

O SUBDESENVOLVIMENTO DA MEDICINA E A FORMAÇÃO DE GENERALISTAS *

Cesar Gomes Victora **

Antes de discutir o que pensamos ser o tipo de Medicina mais adequado aos países pobres, é importante fazermos um breve apanhado do que foi a evolução dos quadros nosológicos nos países ricos nos últimos dois séculos, pois isto poderá colocar em perspectiva nossas proposições.

No século passado, eram as doenças infecto-contagiosas as predominantes entre as causas de óbitos nos países da Europa Ocidental e da América do Norte, assim como no resto do mundo. Sabe-se muito bem que, com exceção da vacinação antivariólica, não existia nenhuma medida específica para o tratamento ou prevenção destas doenças antes dos meados do século atual. A incidência destas doenças, no entanto, já iniciara a diminuir no século passado e vários estudos atribuem esta diminuição primariamente às alterações sociais e econômicas ocorridas naqueles países com uma conseqüente elevação nos padrões de vida, em particular do estado nutricional (1,2). Em segundo lugar, viriam as realizações no campo da Saúde Pública, da higiene ambiental que vieram a ser implantadas efetivamente apenas na segunda metade daquele século. E, somente em terceiro lugar, viriam as medidas a nível individual, preventivas e curativas.

Mesmo nos dias atuais, sabe-se que o mais importante problema de saúde nos países industrializados – qual seja, a mortalidade prematura de homens em idade produtiva – tem sido muito pouco influenciado pelos atos médicos, estando muito mais relacionado à ação de fatores sociais e econômicos do que à disponibilidade destes serviços (3).

As conclusões que podemos tirar, para os dias atuais, em países como o nosso, tornam-se evidentes:

1º) que a maneira mais eficaz, ou melhor, a única maneira de efetivamente melhorar o quadro nosológico de nosso país seria através de alterações na estrutura socio-econômica que viessem a incre-

mentar os padrões de vida da maioria de nossa população;

2º) e que, paralelamente a estas alterações, medidas de caráter coletivo – como de saneamento ambiental, por exemplo –, teriam maior prioridade do que medidas a nível individual, como é a Medicina.

Estas medidas deixam nosso assunto – a Medicina nos países pobres – ocupando um lugar modesto dentro das medidas que poderiam aliviar a má situação de saúde de nossa população. Não é dentro do campo de ação do médico, ou de qualquer outro profissional, que encontraremos a fórmula para resolver estes problemas. A própria atividade do profissional de saúde, se não for acompanhada de uma visão e de uma ação crítica, pode servir a manutenção do atual estado de coisas, ao se limitar a tratar no indivíduo os efeitos de uma estrutura insalubre.

Mesmo com estas restrições, a Medicina tem, sem dúvida, um papel e o terá dentro de qualquer sistema social. Como salienta Dubos em seu livro "A Miragem da Saúde", cada sociedade tem padrões próprios de morbidade, conforme seu grau de desenvolvimento, e seria utópico pensar ser possível, algum dia, atingir um estado de "completo bem-estar físico, mental e social" para toda a população, como preconiza a OMS (4). Mas embora tal meta seja impossível de ser atingida, isto não é argumento para a inação frente aos problemas sócio-sanitários que enfrentamos. Como já foi mencionado, estes seriam, em grande parte, alterados com mudanças profundas nas estruturas que os determinam.

Mas sendo a Medicina, senão um fator fundamental para a melhoria dos padrões de saúde de nossa população, pelo menos uma parte desta solução, seria o tipo de atividade hoje exercida em nosso país – e em outros países dependentes – o mais apropriado a nossa realidade? Antes de concordarmos em responder negativamente, façamos um breve resumo das formas predominantes de assistência médica que existem hoje no Brasil.

Os tipos de atendimento médico que hoje encontramos refletem, de maneira precisa, a estrutura de classes de nossa população. Existe, por um lado, uma Medicina privada, de consultórios particulares, que serve à minoria que concentra a

renda nacional. A classe média alta vem se utilizando crescentemente dos seguros-saúde, que permitem um acesso aos serviços privados, se bem que de uma forma algo mais restrita. Em um escalão já mais inferior, existe a Medicina Previdenciária – que inclui a Medicina de Grupo – a qual serve à população trabalhadora com situação regularizada. E, por fim, existe aquela enorme parcela da população, de subempregados e moradores de áreas rurais, que utiliza os serviços filantrópicos, precaríssimos, quando estes existem, ou que de outra forma está totalmente alheia aos discutidos benefícios da ciência médica.

Mas o assunto central desta discussão é saber se alguma destas modalidades, da maneira como são hoje praticadas, está perto do que julgamos ser o tipo de Medicina mais adequado a nossas necessidades. O fato de existir dentro da assistência médica uma estrutura de classes, refletindo a existente dentro da sociedade como um todo, não impede que existam características em comum entre os tipos citados. Além dos interesses econômicos por detrás da prática médica – que serão vistos mais adiante – os quais são em grande parte responsáveis pelas características a serem descritas, é relevante o fato de que os profissionais que promovem assistência médica dentro dos diferentes serviços citados são os mesmos indivíduos que não sobrevivem com uma única atividade, mas que saltam de um emprego para outro e, daí para seu consultório particular. Estas pessoas foram treinadas para fornecer o tipo formalmente semelhante de assistência em todos estes locais. Com isto, não pretendemos afirmar que o médico trata igualmente os pacientes que vê nos diferentes serviços, mas sim que seu tipo de raciocínio na solução de problemas clínicos é o mesmo, sendo apenas limitado por fatores como o poder aquisitivo do paciente, o tempo disponível para a consulta e o próprio serviço dentro do qual trabalha naquele momento.

Algumas das características comuns que mencionamos são as seguintes:

a) Os serviços são centralizados e têm como base o hospital; tal como acontece na Universidade. Uma porção excessivamente alta dos pacientes é internada,

* Painel apresentado no 1º. Pré-CECM, Porto Alegre, 21/04/78.

** Prof. do Departamento de Medicina Social Faculdade de Medicina Universidade Federal de Pelotas.

quando um atendimento ambulatorial, descentralizado, seria suficiente para muitos destes pacientes, além de ser muito mais econômico e humano.

b) O atendimento é episódico e concentrado em casos agudos de doenças, sendo a Unidade de Tratamento Intensivo o protótipo deste tipo de cuidado. Difícilmente consegue o paciente ser atendido em diferentes ocasiões de sua vida pelo mesmo médico; a continuidade do atendimento que permite um melhor conhecimento do paciente por seu médico, é relegada a um plano inferior, a não ser em certas instâncias do atendimento privado, em que a continuidade interessa economicamente ao profissional. A inexistência - pelo menos até há pouco tempo - de prontuários médicos para os pacientes ambulatoriais do INPS (atual INAMPS) é um exemplo da falta de continuidade levada ao extremo.

c) O atendimento, mesmo onde os recursos da instituição não o deveriam permitir, é sofisticado e usa intensivamente o capital: abusa-se dos exames complementares, como os de laboratório e os radiológicos; receitam medicamentos em profusão, muitos dos quais de eficácia não comprovada ou substituíveis sem desvantagens por produtos mais baratos; e utiliza-se em grande parte dos casos de serviços de especialistas, pela precária formação geral dos médicos assistentes. A alternativa que seria a utilização de médicos generalistas, que utilizassem mais a clínica do que os recursos complementares, mais o conhecimento da história natural das doenças do que os medicamentos e mais suas habilidades do que as dos especialistas, permitiria um atendimento mais barato, sem qualquer perda no nível científico e com significativa melhora no relacionamento com o paciente.

d) Por fim, o enfoque científico prevalente entre os médicos é mecanicista, um enfoque "de engenharia" conforme aponta McKeown (5), em que o organismo do paciente é visto como uma máquina em que determinada peça não está cumprindo sua função de maneira adequada e que, portanto, necessita de reparo, podendo então ser devolvida ao meio de onde provém, devidamente consertada. O enfoque alternativo seria um enfoque "ambiental", não mais no sentido antigo da teoria ecológica das doenças, mas no sentido que empresta ao termo Navarro, (6) onde a doença do indivíduo é vista como uma manifestação de fatores do ambiente, incluindo estes não somente as características físico-químico-biológicas, mas também os fatores relativos à estrutura sócio-econômica e política que os determina. O enfoque mecanicista descrito impede uma visão real dos pro-

blemas que o paciente apresenta no consultório médico e mantém o profissional aparentemente alheio a estes. O atendimento fornecido, desta forma, é predominantemente curativo, sendo as ações preventivas ou integradas - as quais seriam possivelmente muito mais eficazes - relegadas a um plano muito inferior.

Após estas colocações, pareceria então fácil resolver os problemas da Medicina brasileira: como vem propondo a Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), devemos formar médicos generalistas, que trabalhem em serviços descentralizados, como Postos de Saúde, praticando uma Medicina simplificada, continuada e integrada com ações preventivas. Embora não tenhamos dúvidas de que este tipo de profissional seria muito mais adequado a nossa realidade de saúde, tais planos - elogiáveis e necessários - esbarram em uma dificuldade ímpar: o fato de que a estrutura do setor saúde é nada mais do que um reflexo da estrutura da sociedade como um todo e que, portanto, não pode ser alterado isoladamente, como salienta Garcia (7). Conforme Navarro, são duas as maiores dificuldades para resolver o "subdesenvolvimento da saúde": a dependência cultural e a concentração de poder econômico e decisório (8). Estes dois fatores estão ligados de forma tão íntima que é impossível analisá-los separadamente.

A finalidade lucrativa da maior parte dos órgãos provedores de assistência médica é a maior responsável pelas distorções apresentadas. Assim, um paciente hospitalizado implica uma maior movimentação de capital do que se recebesse atendimento ambulatorial; a utilização intensiva de recursos complementares aumenta o faturamento das empresas, enquanto que o exame cuidadoso do clínico pouco o faz; a utilização de vários especialistas é da mesma forma muito mais interessante para o capital do que se apenas um clínico geral for utilizado, assim como a prescrição de medicamentos sofisticados traz maiores rendimentos do que o uso de drogas simples aliado à observação do paciente. Concomitantemente, o enfoque "de engenharia" permite ao profissional ignorar os fatores do ambiente - relacionados à própria estrutura de produção da qual ele faz parte - que determinam a doença do indivíduo que o procura.

Estes fatores econômicos que influem na prática médica iniciam a agir durante o processo de formação do futuro profissional, onde se faz presente a dependência cultural em relação ao tipo de atividade médica predominante nos países industrializados do Ocidente. Os hospitais universitários tentam imitar os padrões atingidos nestes países, sem atentar

para uma realidade social que é diferente em muitos aspectos. Os interesses das indústrias ligadas à Medicina, muitas das quais subsidiárias de firmas estrangeiras, são assim favorecidas por esta transferência internacional de padrões de assistência médica.

Assim, a própria estrutura universitária serve como agente de preservação do sistema vigente. O acesso à Universidade é limitado, permitindo a entrada, quase que exclusivamente, de jovens oriundos das classes sociais elevadas que possuem condições educacionais de ser aprovados nos exames vestibulares. Estas pessoas serão, mais tarde, as que perpetuarão a estrutura destas escolas, reproduzindo dentro delas sua visão de classe, sua visão de saúde. O mesmo ocorre dentro dos outros órgãos que determinam políticas de saúde - ministérios, secretarias, direções hospitalares - onde as pessoas com formação universitária ocupam a quase totalidade dos postos.

Dentro do sistema descrito, é importante observar que a idéia da formação de generalistas passou a ganhar força em um momento em que o mercado de trabalho médico, nos grandes centros, estava praticamente saturado pelo marcado aumento no número de egressos de escolas médicas; neste sentido, a solução da formação de médicos generalistas surgiu também como uma tentativa de solução técnica para um problema que é basicamente político, qual seja o problema da falta de profissionais em áreas rurais como resultado da concentração regional de renda.

Para finalizar, torna-se evidente que as soluções para o setor saúde dependem muito menos dos aspectos técnicos da prática médica do que da solução dos problemas de distribuição de renda e de poder decisório. A formação de um novo tipo de profissional de saúde, ou de profissional médico em particular, é importante no sentido em que tenta fornecer alternativas para o atual estado de coisas, congregando indivíduos que estão insatisfeitos com este, mas por si só é importante no sentido de realizar qualquer modificação mais profunda na saúde de nossa população.

BIBLIOGRAFIA

1. MCKEOWN, T.: *Medicine in Modern Society* (London, George Allen and Unwin, 1965).
2. MUSTARD, H.S.: *Introduction to Public Health*, 2nd edn (New York, The Macmillan Co., 1945).
3. POWLES, J.: "The effects of health services on adult male mortality in relation to the effects of social and economic factors". *Ethics in Scien-*

-
- ce and Medicine* (1978), no prelo.
4. DUBOS, R.: *Mirage of Health* (New York, Anchor Books, 1961).
 5. MCKEOWN, T.: "A sociological approach to the history of medicine", in MCLACHIAN, G. & MCKEOWN, T.: *Medical History and Medical Care* (London, Oxford University Press, 1971).
 6. NAVARRO, V.: "From public health to health of the public: a redefinition of our task". *American Journal of Public Health* 64(6):538-42, 1974.
 7. GARCIA, J.C.: *La Educacion Medica en la America Latina*. Publicación Científica nº. 155. Organización Panamericana de Salud, 1972.
 8. NAVARRO, V.: The underdevelopment of health or the health of underdevelopment: an analysis of the distribution of human health resources in Latin America. *International Journal of Health Services* 4(1):5-27, 1974.