

MODELOS E TRANSFORMAÇÕES DO PAPEL DO MÉDICO

RUI MIGUEL FARINHA

Departamento de Patologia Clínica. Hospital de S. João. Porto

RESUMO

Onde se fala dos modelos e transformações do papel do médico, da sua Profissionalização e Desprofissionalização. Enfatiza-se a sua Fragmentação, a Especialização progressiva e as hierarquias daí resultantes tentando neste quadro interpretar o papel actual e futuro do médico de Medicina Interna e comparando-o ao médico de Patologia Clínica .

SUMMARY

Models and Transformations in the Doctor's Role

This article deals with the models and transformations of the doctor's role, professionalization and de-professionalization, high lighting fragmentation, progressive specialization and emergent hierarchy, trying in this context to interpret the current and future role of the specialist in Internal Medicine and comparing it with that of the Clinical Pathologist.

Nos anos 30 assiste-se ao confronto de uma dupla perspectiva das relações interpessoais entre o médico e o doente. Por um lado temos um historiador da medicina (*Henry Sigerist*) que afirma *A relação entre médico e doente é uma relação pura de pessoa a pessoa*, por outro lado aparece-nos um economista (*Schumpeter*) realçando que *A relação médico-doente é o ultimo sobrevivente da exploração directa e pura do homem pelo homem*.

Nos anos 70, muitos estudos evidenciam que esta relação é até certo sentido irrelevante e mesmo em certos aspectos iatrogénica, causando mesmo dano ; a relação médico-doente não parece influir de forma positiva sobre os indicadores da saúde considerados na altura mais importantes (ex: mortalidade, morbilidade). Do ponto de vista da estrutura organizativa, o encontro individual entre o médico e o doente aparece cada vez mais como um anacronismo ; o recurso a estruturas complexas, como são os Serviços de Saúde Nacionais nos Estados de Bem-Estar, parece ter eliminado tanto o carácter de *relação pura de pessoa a pessoa* como a *exploração*

directa de tipo capitalista.

Actualmente, fala-se que o médico está a ser lentamente **proletarizado**, enquanto que o paciente está a ser **colectivizado** na figura de consumidor em massa. A relação tradicional médico-doente (com ênfase na dependência do doente) está a ser transformada numa relação do tipo prestador-consumidor (especialmente, entre doentes de nível social mais elevado, com determinada educação, mais direccionados no sentido de adquirir um maior controle das suas vidas, incluindo da sua saúde). Para ilustrar esta alteração identificam-se três inclinações na sociedade contemporânea :

- Deslocação da medicina do tratamento de doenças agudas (medicina curativa) na direcção da medicina mais preventiva com intenção de compensar os efeitos das desordens crónicas. Segundo *Reeder (1972)*, há que distinguir o sistema dominado pelos cuidados curativos, emergentes, onde se pode falar de um mercado dominado pelo vendedor (a relação tende a ser caracterizada pelo modelo tradicional de interacção médico-doente) e

o outro lado em que se acentua a prevenção, onde o cliente tem que ser persuadido que tem uma necessidade para serviços médicos, o indivíduo tem que ser encorajado a recorrer ao consultório médico, para a realização de *check-ups* periódicos (aqui contrariamente à anterior fala-se de um mercado do consumidor).

- Crescimento da insatisfação do público em geral com o desenvolvimento da burocracia, a expansão das reinvidicações do direito à saúde.

- O desenvolvimento do consumismo, não poupa também esta relação que se vai estabelecer numa forma de interacção de uma maneira mais igualitária em termos de decisões e responsabilidades no impacto de determinadas acções ; o novo conceito coloca o consumidor numa base mais igualitária em relação ao médico. Isto também alimenta a filosofia subjacente ao envolvimento crescente do paciente na legislação de saúde e outras matérias como grupo de interesse de consumidores.

É evidente que não são poucos os que insistem em ressaltar a persistente continuidade e significado da relação médico-doente (*E. Freidson*), inclusivamente na medicina pública e social; uma vez que subsistem certos aspectos tradicionais ou porque emergem novas interpretações num contexto social, cultural e tecnológico que não parece poder ignorar essa relação interpessoal. Pode-se pois afirmar que o que está a mudar é o sistema comunicativo das acções para a saúde/doença no seu conjunto.

PROFISSIONALIZAÇÃO E DESPROFISSIONALIZAÇÃO MÉDICA

No início era o *olho clínico*, o *faro clínico* a arte do diagnóstico por excelência : para o médico, tratava-se de observar e examinar rigorosa e demoradamente o doente, de o interrogar, de o palpar, de o auscultar, para chegar finalmente a um diagnóstico, depois de ponderadas e criticadas todas as hipóteses. A competência clínica assentava fundamentalmente na acuidade dos sentidos e na perspicácia, isto é, na capacidade de recolha e tratamento instantâneos dos sinais e sintomas. O treino clínico obtinha-se pela observação repetida dos casos e por uma longa prática. Esta era corresponderá historicamente ao triunfo da **Medicina enquanto Profissão** distinta do ofício ou ocupação, porque dotada de autonomia técnica, isto é, da capacidade de auto-avaliação e de auto-controle do aspecto técnico do seu trabalho. O Acto Médico (diagnóstico, decisão terapêutica e tratamento) mantém assim intacta a sua unidade.

Há pois duas características socialmente relevantes no que diz respeito à ascensão da **Profissionalização**: treino

prolongado num corpo de conhecimento especializado e abstracto e um ideal de serviço (com todo o conjunto de princípios deontológicos que o estruturam). A partir do momento que um grupo profissional se estabelece, procura consolidar o seu poder formalizando as relações sociais que se estabelecem entre os profissionais e os seus clientes, os seus colegas e os agentes representantes do Estado. Assim podem ser estabelecidas as características adicionais da Profissão :

- A profissão determina os seus próprios modelos de educação e treino; a profissionalização nunca seria possível sem o controle dos modelos de educação; o estudante da profissão atravessa uma experiência mais rigorosa de socialização do que a dos de outras ocupações; a prática profissional é em geral legalmente reconhecida por determinada forma de autorização; as licenças e os órgãos de admissão são fiscalizadas pelo próprio corpo ou organização colegial dos profissionais; a maior parte da legislação que gere a profissão é estruturada por ela própria; à medida que a profissão proporciona maior rendimento, maior poder e maior prestígio exige estudantes de nível superior; o profissional está relativamente liberto da avaliação e controle pelo leigo; os membros são fortemente identificados pela sua profissão.

Como se nota as profissões estão envolvidas na vigilância e controle do trabalho, o que é parte da sua distância social e autoridade em relação à sociedade.

Em relação à profissionalização do médico, o seu prestígio e estatuto vinha-lhe pelo reconhecimento público do monopólio que dispunha numa das mais essenciais funções da sociedade (importância social da função médica): o diagnóstico e tratamento das desordens da saúde. Os médicos aliás não só controlariam as condições do seu próprio trabalho mas igualmente o trabalho de outros membros das profissões de saúde, daí resultando a sua dominação profissional. O poder monopolístico da profissão médica seria tal que podia subordinar ocupações adjacentes e relacionadas, mantendo-as num estatuto de quase-profissões ou grupos paramédicos.

A medicina foi-se afirmando como um tipo ideal de ocupação, apresentando os atributos que, em alguma medida as outras ocupações deveriam também exhibir. Esses atributos básicos, que justificavam para além de outras características a detenção de um conhecimento técnico altamente especializado, compreendem a institucionalização de valores altruístas (o profissional é um indivíduo não motivado pelos seus interesses pessoais nem apenas pelo simples desejo de recompensas económicas, mas o comprometimento pela ética da

responsabilidade seria uma motivação suficiente para o indivíduo com vocação), a competência profissional, a actuação com vista ao bem comum (responsabilidade social), o serviço prestado ao cliente e comportamento segundo uma rigorosa ética profissional.

Todos estes elementos, atrás considerados, embora continuando a constituir parte integrante do conhecimento do senso comum relativo à profissão em causa, têm vindo a ser postos em causa. A sua crise no interior do próprio imaginário social, diz-nos muito sobre as transformações a que a profissão tem sido submetida. Embora o seu projecto se encontra consolidado no sentido de só a profissão médica se encontrar habilitada a declarar oficialmente sobre a saúde e a doença no emaranhado dos seus conhecimentos muito codificados e cientificamente conotados, a sua posição social tem sofrido importantes transformações nas últimas décadas, colocando o problema da renegociação do seu estatuto profissional e social. Essas transformações, definidas como desafio à autonomia da profissão médica (aqui a autonomia pode ter duas diferentes concepções: autonomia da influência ou poder de outros e autonomia no sentido de influenciar ou exercer poder sobre os outros) derivam:

a) Crescimento de novas fontes de autoridade externa à organização (modo burocrático de organização)-contexto corporativo dos cuidados médicos (aqui o médico é mais um empregado que um praticante dotado de independência). O médico está sujeito a regras e regulações por parte da instituição em que está adstrito e com toda a probabilidade é administrado por indivíduos treinados em gestão e administração e não em medicina;

b) Crescente regulação estatal - justificada pelo crescimento exagerado dos custos em saúde (é evidente que esta regulação conduz a uma erosão da autonomia médica);

c) Desenvolvimento profundo do conhecimento e tecnologia médica com inevitáveis repercussões na tradicional relação médico-doente associado também ao cada vez maior aumento do consumismo.

A Autoridade Profissional do Médico encontra-se pois num estado de declínio, os médicos encontram-se numa fase de mudança em que partem de uma autoridade absoluta no que diz respeito às matérias médicas no sentido de cada vez mais apresentarem menos autoridade. Com muitos pacientes (os mais influentes e educados) insistindo numa maior igualdade na relação médico-doente e as organizações de saúde que empregam médicos procurando controlar custos, maximizar lucros e prestando serviços economicamente eficientes que sejam cada vez mais lucrativos no mercado da saúde (numa concepção análoga à de qualquer outra ocupação em que o bem ou

serviço se encontrasse plenamente mercadorizado), os médicos são pois apanhados no meio. Significa isto que os médicos estão a experimentar um processo de **Desprofissionalização**, isto é, significando no essencial um declínio na autonomia da profissão e no controlo sobre os clientes. Para os médicos, apesar de continuarem a reter a maior autoridade nos assuntos médicos, esta já não é absoluta e a acção médica cada vez está mais sujeita a controlo pelos pacientes, organizações de saúde e representantes governamentais. Esta situação leva a maior controle e monitorização de sistemas pelo governo na procura de conter custos, nas organizações de saúde no sentido de conter as despesas dos empregados e nas companhias seguradoras no sentido de procurarem a maximização dos seus rendimentos (estas últimas ainda sem grande poder no nosso país, ao contrário do que acontece em outros países). *Ritzer e Walczak*, argumentando que as políticas governamentais chamam a si maior controle sobre os cuidados médicos e o aumento da orientação lucrativa em medicina identificam uma inclinação na prática médica que se afasta daquilo que eles chamam de racionalidade substantiva (centrada nos ideais de serviço) e se aproxima da chamada racionalidade formal (centrada nas regras, regulações e eficiência económica); actualmente, esta última tornou-se dominante na prática médica, sendo o resultado um maior controle externo sobre os médicos pelo governo e pelas organizações que se vai pois repercutir num menor poder e autonomia da profissão médica. Assiste-se pois a pressões que se abatem sobre os médicos, quer provenientes de baixo (dos consumidores) quer de cima (governo e organizações).

Enquanto que as ocupações podem tornar-se profissionalizadas através do desenvolvimento de relações monopolísticas no mercado como uma estratégia de controlo ocupacional, as profissões podem também ser corroídas e desprofissionalizadas através da ameaça da fragmentação e da regulação externa. O conhecimento especializado do profissional cria a base para a distância prestigiada e social entre o perito e o cliente, uma vez que o cliente, por definição, é excluído do conhecimento esotérico da associação profissional. Desde o momento que esse conhecimento pode ser codificado e desenvolvido por exemplo, pelo sistema computadorizado, a profissão torna-se vulnerável à racionalização do conhecimento. A **Desqualificação** pode ocorrer quando as perícias convencionais são substituídas por uma nova tecnologia, especialmente, aquilo que se refere ao uso de computadores. Onde o grupo de conhecimento de uma profissão é apoiado numa ciência natural, esses conheci-

mentos podem tornar-se a base de práticas rotineiras. A consequência desta forma de conhecimento é a possível fragmentação da profissão e o seu controle externo por meio de processos burocráticos. Daí a necessidade da profissão precisar de uma barreira para se proteger dessa rotinização, sendo essa barreira constituída pela indeterminação do conhecimento, o conhecimento da profissão terá que ter uma mística distintiva que sugere que terá que haver uma atitude profissional e competência que não pode ser reduzida meramente ao conhecimento sistemático e rotinizado.

Na sociedade contemporânea assiste-se assim a uma certa difusão da **Desprofissionalização** ou **Proletarização**. Considera-se haver três processos pelos quais isto pode acontecer:

1) Crescimento da burocracia - os profissionais que desempenham funções em determinadas organizações hierárquicas encontram a sua autonomia profissional minada por essa mesma estrutura regulamentar e autoritária. Uma vez que o Hospital moderno é uma enorme organização burocrática, os grupos profissionais que lá trabalham encontram-se face a limitações da sua liberdade, autonomia e iniciativa pela formação hierárquica da estrutura institucional;

2) O processo de socialização e desenvolvimento do conhecimento pode levar à fragmentação de uma profissão em grupos separados e distintos;

3) Há grandes pressões para novos profissionais e para-profissionais se tentarem impôr.

O desenvolvimento de um sistema organizacional burocrático produz condições de trabalho proletário, e desde que os profissionais comecem a operar segundo essas condições, há a tendência a uma progressiva proletarização. Uma vez que os profissionais médicos cada vez mais desenvolvem o seu trabalho espartilhado pelas teias burocráticas é de esperar um declínio no seu estatuto e prestígio com a degradação do seu profissionalismo. Esta falta de autonomia provem, em certa medida, da própria falha por parte da profissão em regular por si própria todas as mudanças que entretanto foram registadas em termos de modificações legais, económicas, políticas e educacionais (o médico tem dificuldade em pôr os problemas em certos termos, habituado que foi durante décadas a dispôr de um *cheque em branco*).

Pode-se então definir **Proletarização** como um processo que envolve:

1) uma divisão extensa do trabalho em que o trabalhador desenvolve um limitado número de funções;

2) todas as condições de trabalho e as suas características são determinadas por uma autoridade que não o tra-

balhador directamente envolvido;

3) o salário é a principal fonte de rendimento, o que é determinado mais pelo mercado do que pela negociação individual;

4) os trabalhadores no sentido de se defenderem têm a tendência a criar algum tipo de associação no sentido de reivindicarem melhorias das suas condições.

Quer o governo quer as empresas seguradoras podem ser vistas em parte como agentes do consumidor, usando o seu considerável poder económico no sentido de proteger os consumidores para reforçar modelos mínimos de prática enquanto vão controlando os preços. No entanto a concentração do poder económico e administrativo nas mãos daqueles que pagam as contas dos pacientes se por um lado leva à redução da liberdade clínica dos prestadores, por outro, conduz à redução da capacidade de escolha do paciente (este fica cativo do contrato estabelecido com aqueles que pagam pelos seus cuidados de saúde e que é que vão decidir o que interessa pagar; os pacientes como indivíduos perdem mais influência nas novas condições contratuais do que ganharam colectivamente através do movimento dos consumidores).

Começa-se pois a falar da Proletarização da Medicina a partir do momento em que o acto médico é decomposto numa série de intervenções complementares efectuadas por pessoal médico especializado no seio de unidades tecnicamente diferenciadas, a par das crescentes tentativas de racionalização financeira, económica e organizacional. O *olhar clínico* de que se falava atrás, é suplantado ou largamente apoiado por todo um conjunto de aparelhos e técnicas que fotografam, medem e fixam os sintomas e os desvios clínicos, tornando a doença mais legível. O Acto Médico passa a ser medido, tecnicamente decomposto e reorganizado num espaço técnico socialmente controlado. A relação dual médico/doente é substituída por um trabalho colectivo de produção de cuidados, cada vez mais dividido técnica e socialmente. Há pois um actual processo tendente a submeter a produção médica, especialmente a hospitalar, às regras de organização e gestão empresariais (por exemplo, a criação dos laboratórios centrais nos hospitais, vai determinar o fim do isolamento dos serviços, a sua subordinação técnica à organização hospitalar e, portanto, o seu declínio como feudo e como centro de decisão autónoma).

- Em conclusão pode-se afirmar que apenas os prestadores têm simultaneamente a experiência de fornecimento de serviços a um indivíduo concreto e também alguma autoridade técnica no sentido de desempenharem um papel importante na determinação do melhor serviço a

prestar. São os que estão melhor equipados para servir de mediadores entre os pacientes e o sistema formal. No sentido de prestar um serviço o mais humano possível, os médicos têm de possuir um determinado grau de autonomia dentro de limites razoáveis ditados pelos direitos dos pacientes, os modelos oficiais e a própria escassez de recursos .

A ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA

Atrás falou-se na necessidade de um serviço o mais humano possível na relação médico-doente, isto entronca com o problema cada vez mais actual da especialização médica. A prática da medicina tem vindo a passar por um processo Tayloriano : corta o doente em fatias, por especialidades, por idades, por categorias, por técnicas, etc.. A tendência à especialização aparece como uma consequência lógica da evolução técnica e organizacional do trabalho médico. A divisão do trabalho exige uma aprendizagem muito árdua de gestos técnicos, associados em geral a materiais de exploração ou de tratamento extremamente caros que devem ser amortizados por um uso intensivo, logo especializado. As especialidades ditas funcionais (divisão por órgão ou grupo etário) vêm revelar uma verdadeira fragmentação da Medicina Interna (o mesmo se passando com a Cirurgia Geral). É segundo Freidman *a medicina em migalhas*. Assim a medicina, ao aprofundar os seus conhecimentos, teve de subdividir-se na variedade dos interesses científicos e profissionais, criando-se a pouco e pouco as diferentes especialidades; os conhecimentos médicos desenvolveram-se muito, definindo novas áreas com metodologias próprias de abordagem das perturbações e levando a prática médica para uma acentuada **Sobrespecialização**. Enquanto que algumas delas possuem muito antiga tradição, outras apenas recentemente apareceram ou estão a aparecer. A medicina desdobrou-se realmente em várias medicinas, que têm que se encontrar para cumprir as suas funções assistenciais e pedagógicas, mas que se vão distanciando, falando diferentes linguagens; o diálogo, cada vez mais raro, apenas se mantém em ocasiões pontuais na procura de uma proposta multidisciplinar de terapêutica. O que acontece é que estamos a assistir à **Desintegração e Fragmentação** da Medicina. O Especialista torna-se menos médico, ou então apenas médico da sua própria medicina; passa apenas a interessar-se e a conhecer unicamente o sistema, a função ou o órgão da sua especialidade ; assiste-se a uma divisão do conhecimento, a uma pulverização científica e clínica.

O grande exagero da especialização, fez com que desaparecesse o espírito do médico geral assistente, do cha-

mado médico de família, simultaneamente amigo, conselheiro, alguém que se ouvia e respeitava e ainda um técnico actualizado e sabedor, difícil de ser substituído (e não é no **Funcionalismo**, que se falava atrás, que ele se vai reencontrar, mas na revelação da sua própria competência e no exemplo daqueles que queiram ou sejam capazes de criar outra vez o sentido correcto da Medicina Geral). E a especialização encontra-se de tal maneira exagerada, que hoje se pode falar do Médico Geral da sua Especialidade, o qual se encontra perante o terrível dilema da imparável fragmentação científica dos conhecimentos que adquiriu e das técnicas que dominou, desactualizando-se se não conseguir acompanhar a rapidez desse progresso, mas sentindo a impossibilidade de o fazer em todos os campos da actividade científica e da prática clínica. Inclusivamente vai desaparecendo o Especialista Geral para dar lugar ao Especialista Especializado. É evidente que não se pode recusar o progresso, mas é lícito desejar que esse progresso se humanize e se saiba distinguir o Homem que sofre, das constatações objectivas de uma determinada função. A relação que se estabelece é mais impessoal, mais apressada, mais superficial e a partir dela cada vez se sabe menos; tanto os médicos como os doentes utilizam cada vez mais instrumentos técnicos (meios informáticos, telemáticos, etc...), que distanciam cada vez mais as suas subjectividades, funcionando como uma niilização da descoberta das personalidades. Tudo isto leva a uma radical reorganização cultural e estrutural do conjunto do sistema comunicativo, que domina e influencia a relação. Por outro lado, como já se viu anteriormente, o médico cada vez mais está preso a uma rede organizativa, cada vez mais administrada que deixa cada vez menos espaço à comunicação interpessoal; assiste-se a uma implosão da interacção humana que deixa lugar a uma rotina mais ou menos estandardizada. O treino médico encontra-se focalizado mais em procedimentos técnicos que em lidar com os doentes como indivíduos. O ênfase dado ao julgamento e às técnicas clínicas, cria o perigo de tornar os médicos insensíveis à relação com os seus clientes, o que pode resultar em situações de práticas erradas. É evidente que o suporte emocional eventualmente prestado pelo médico não só reduz a incerteza do paciente em relação ao tipo e resultado do tratamento mas também tem um impacto significativo na avaliação do tratamento pelo doente. Há pois uma tendência inerente a despersonalizar o doente com todos os inconvenientes daí resultantes, não só em termos da própria apreciação clínica por parte do médico como também do próprio comprometimento psicossocial do paciente no alívio dos seus sintomas.

A Especialização para além do efeito de desapossar o médico, enquanto indivíduo, do controle global do acto médico tende também a hierarquizar (técnica e socialmente) os médicos entre si.

O NOVO ESTATUTO SOCIAL DA PROFISSÃO MÉDICA

A expectativa social do poder médico, através de um saber que sempre foi hermético (curar ou aliviar o sofrimento), conferiu-lhe um estatuto e um poder especiais em todas as sociedades e em todos os tempos. O poder de curar cria efectivamente um ascendente sobre o indivíduo que sofre (potencialmente qualquer cidadão), daí a dimensão social desse poder. Um binómio característico das sociedades contemporâneas é a oposição entre o racionalismo e o hedonismo lúdico e descomprometido com que as pessoas norteiam as suas vidas. Escasseiam os valores fortes que mereçam grandes empenhos nas sociedades em que as coisas e valores são mediadas pelo dinheiro. A medicina não escapa a isto, tendendo a **esvaziar-se dos valores humanistas** de sempre, a **tecnocratizar-se** e a assumir-se meramente como um serviço.

Como consequência das novas condições do exercício da medicina com todos os seus **Médicos Sobrespecializados**, disponíveis para tratar apenas aspectos parciais dos sofrimentos das pessoas e implicando esta tecnocracia custos financeiros elevados, perde-se uma boa parte do carisma que a profissão sempre teve. A relação médico-doente hoje tende a ser vista pelas duas partes apenas como uma relação de prestação de serviços. A generalização de uma maior diferenciação cultural e a divulgação de uma cultura materialista, empirista e racionalista atenuaram o fosso que existia antigamente entre o médico e o doente, era então difícil escapar a uma forma paternalista de relação em que as decisões terapêuticas eram globalmente tomadas pelo médico. Com esta **Sobrespecialização** vai decorrer uma perspectiva parcial do adoecer, centrada sobre o órgão ou o sistema da especialidade; os objectivos terapêuticos são fixados pelas normas estatísticas relativamente ao que são, por exemplo, os valores normais da tensão arterial, das funções hepática, renal, etc..., sem que haja lugar a uma perspectiva global e humanista da pessoa doente. Muitos clínicos tornaram-se senhores de um saber vasto feito de pormenores e minúcias sobre a fisiopatologia de uma estrutura ou função, em áreas de especialidade em que o numero de doenças se multiplicou, abrindo caminho para a **Tecnocratização** (os valores hipocráticos que durante séculos orientaram as atitudes médicas são substituídos

por critérios de eficácia centrados sobre a performance de determinado órgão ou sistema, tudo isto distante de uma práxis médica humanista; a tecnocratização da medicina aliás acompanha tendências semelhantes noutras áreas do funcionamento social e parece surgir da crença ingénua de que as poderosas tecnologias actuais esvaziaram de conteúdo ético as questões inerentes à condição humana).

A medicina parece vir a sofrer de um desgaste, de uma desconsideração que é pois inversamente proporcional ao seu progresso. Assiste-se a uma perda de prestígio dos médicos e da Medicina, uma quebra do seu poder na Sociedade e no Estado, uma desvalorização da Classe (o tempo em que os médicos ocupavam papéis de destaque, inclusive a Presidência da República, já lá vai). O actual afastamento dos médicos do poder de decisão é pois preocupante e poderá levar a curto prazo a situações de conflito de consideráveis dimensões com os órgãos de gestão. Abordar os problemas relacionados com os serviços de saúde apenas do ponto de vista do benefício terapêutico e esquecer de certa maneira os custos, tem permitido que outros, preocupados essencialmente em cumprir orçamentos tomem as decisões. A prevenção do conflito reduz a possibilidade da sua ocorrência e o impacto do confronto, e deve ser realizada com a maior brevidade. É necessário que os médicos se organizem em actividades ou em estudos que evidenciem que através dos seus conhecimentos podem contribuir para a melhor utilização dos recursos, que cada vez se tornam mais escassos, sendo necessário que para isso complementem os seus conhecimentos e prática no terreno (que mais ninguém possui), com outros tipos de ferramentas indispensáveis para o desempenho cabal desses objectivos. Será por isso fundamental a aquisição de noções de Gestão e Economia (ministrados durante a própria licenciatura ou no âmbito de uma formação pós-graduada) que os próprios médicos saberão melhor que ninguém aplicar no domínio que por direito lhes pertence.

A ESPECIALIZAÇÃO PROGRESSIVA A FRAGMENTAÇÃO E AS HIERARQUIAS

Dentro da Medicina existe uma fragmentação da ocupação nos médicos especialistas, que controlam a profissão e os médicos generalistas, cujo rendimento e estatuto tem apresentado um declínio marcado nos últimos anos (actualmente as propostas de modificação vão noutro sentido, em que se pretende que estes últimos desempenhem um papel central e fundamental, como aliás já se verifica noutros países que desenvolvem todo o seu sistema centrado nos cuidados primários, o que aliás se for

bem feito poderá constituir a resposta para os problemas humanos e económicos que temos vindo a denunciar).

• **A Medicina Interna e as outras Especialidades**

A *Medicina Interna* tenta preservar a perspectiva global e holística da actuação clínica mas, pelas razões já anteriormente enunciadas, vai-se assistindo à sua desagregação devido aos numerosos assaltos feitos ao seu campo de actuação pelas *medicinas mais especializadas ou mesmo sobreespecializadas* acabando por restar aquilo que às outras não é considerado como caso interessante (as outras que têm uma visão mais tecnicista, mais tecnocrática a que se contrapõe a visão mais humanista da medicina por parte da *Medicina Interna* ; acabando este modelo tecnicista por constituir o meio de produção e reprodução das condições técnicas e científicas que permitem obter poder sobre o sistema médico). Há geração de efeitos de desvalorização relativamente à *Medicina Interna*, objectivamente demonstrada na sua colocação periférica , sujeita à humilhação de contituir-se como o último recurso dos casos que a mais ninguém interessa tratar, e assim considerada como parente pobre do colectivo dos médicos.

O grande corte deveria ser feito entre as três grandes áreas: Medicina, Cirurgia e Laboratórios (compreendendo toda a panóplia de exames auxiliares de diagnóstico). O que deveria acontecer, e o que parece lógico considerar, é que os especialistas “especializados” uma vez que, mais técnicos e orientados para determinados pormenores perdendo por isso toda a noção de conjunto do doente, deveriam servir a Medicina Interna, que dada a amplitude dos seus conhecimentos e dada a visão de conjunto que pratica no tratamento dos doentes, está de certa forma indisponível por manifesta falta de possibilidade, face ao cada vez maior espectro de novos conhecimentos e novas técnicas que se vão descobrindo e pondo em prática (isto que se passa nos grandes Hospitais Centrais onde se dispõe de toda essa gama de especialidades e sobreespecialidades já não acontece nos Hospitais mais pequenos e mais do interior, onde muitas vezes apenas existe o médico de Medicina Interna que tem de lidar com todo o tipo de doentes, o que é aliás semelhante aquilo que se passa com o patologista clínico, em relação ao campo laboratorial, como se irá ver mais à frente. A especialização deveria ser vista apenas como um aprofundamento de conhecimentos, sem perder de vista a visão global do doente. Esta concepção permite oferecer resistência aos processos de desvalorização ; a ideia é a da conciliação e complementaridade, não deixando de denunciar os aspectos em que os especialistas contribuem para a destruição da relação médico-doente.

Neste sistema a Medicina Interna seria considerada área fundamental que conciliasse as duas vertentes humanista e tecnicista, deixando às outras especialidades médicas o papel de complementar o estudo do doente com as novas técnicas de ponta nos seus âmbitos específicos. As ideias dos indivíduos que consideram que a Medicina Interna se encontra numa crise de identidade com a evolução das especialidades não devem ser alimentadas, antes pelo contrário, esta deve ser encarada como o elemento-chave de todo o processo, a cabeça de polvo que orientaria a situação num determinado sentido, caso ache que se justifique a adopção de uma técnica mais desenvolvida que só os superespecializados estarão aptos a executar. Os médicos de Medicina Interna terão que ter uma visão universal de todos os problemas no sentido de estabelecer diálogo com as outras especialidades e ter uma formação pessoal e humana no sentido de lidar com o doente como um todo e não como um conjunto de partes.

Há a necessidade de criar um espaço para a acção social baseada na solidariedade e nas relações intercomunicativas, uma política dirigida a ressaltar a dimensão holística da atenção sanitária ; aumentar essa componente holística é conceder uma maior importância aos aspectos que dão continuidade aos esforços de atenção, à dimensão humana da medicina, ao compromisso com a situação do paciente e o seu cuidado integral, contra um tipo de atenção institucional e dicotómica. Essa descontinuidade da medicina e a atenção sanitária dicotomizada que se produzem como resultado da especialização crescente são um problema fundamental, que pode levar a não respeitar as condições humanas dos doentes, pode reduzir a efectividade na luta contra as enfermidades e pode dificultar uma maior eficiência dos serviços. Os serviços seriam incentivados a organizar a actividade assistencial de acordo com programas baseados no doente, mais que de acordo com os sectores especializados do conhecimento médico. Há pois necessidade de reforçar a dimensão humana da medicina numa perspectiva compreensiva, que deveria incluir modificações substanciais para tornar os serviços mais humanos e pessoais; é necessário uma evolução estável e em permanente movimento dos serviços, orientada para a alteração no sentido da visão humanista da vida.

A Especialização, como alguém já disse, poder-se-ia sintetizar irónicamente na afirmação de que *cada vez se sabe mais de menos coisas, até um ponto em que se acabará por saber tudo de nada*. É evidente que nos dias que correm a superespecialização é necessária e tem vantagens no sentido de com os mesmos meios, melhor estruturados e protocolados, consegue-se produzir mais e

isso nestes tempos em que os recursos são cada vez mais escassos torna-se cada vez mais importante.

• O caso da Patologia Clínica

O laboratório clínico foi adquirindo com o decorrer do tempo um maior protagonismo, uma vez que os avanços tecnológicos forneceram a possibilidade de realização de numerosas provas que proporcionaram importante informação sobre as várias enfermidades. Houve um grande avanço nas investigações utilizando-se aparelhos cada vez mais complexos. Por outro lado cada vez são mais as provas que se solicitam para um mesmo doente, destacando-se aqui a importância do enquadramento global do indivíduo na interpretação correcta dos resultados. Actualmente, a exploração clínica proporciona dados que geralmente são complementados ou confirmados pelos laboratórios. Não se pode afirmar que os dados obtidos com a clínica tenham maior importância que os obtidos pelo laboratório, ou vice-versa. Deve existir uma interrelação entre ambos os factores de forma a se chegar a uma conclusão adequada através dos resultados obtidos pelas duas vias de informação. As determinações e os estudos de laboratório proporcionam os dados científicos fundamentais que se utilizam para fazer frente aos problemas identificados pela valorização clínica, e são uma parte essencial da informação que confirma a base de dados do doente. A informação do laboratório pode utilizar-se com fins diagnósticos ou para confirmar um diagnóstico preliminar realizado durante a obtenção da história clínica e exploração física. As disciplinas da medicina de laboratório incluem várias áreas importantes: Hematologia, Bioquímica (que inclui a determinação de mais de 200 substâncias no soro e líquidos corporais, referentes a todos os aparelhos e sistemas orgânicos), Banco de Sangue e Medicina Transfusional, Microbiologia Médica, Microscopia Médica, Radioimunoensaio (especialmente para os ensaios de endocrinologia), Imunologia (talvez a área em que os progressos se têm vindo a implementar com maior intensidade, levando em muitos casos a reestruturações completas das concepções até então vigentes).

AS RELAÇÕES INTERNAS

A Patologia Clínica é uma especialidade complexa, com uma metodologia própria que necessita um apoio tecnológico muito diferenciado e uma actualização constante de quem a exerce. Em qualquer das suas áreas fundamentais as características quantificáveis com interesse clínico ou de investigação são cada vez mais numerosas, sendo necessário conhecer os métodos de determinação em pormenor, validá-los e adaptá-los, se preciso for, aos

recursos disponíveis. O médico de Patologia Clínica possui duas missões distintas mas complementares, supervisiona o laboratório clínico no desenvolvimento das capacidades de perspectivar, organizar, valorizar e controlar a qualidade de todo o trabalho laboratorial e ao mesmo tempo funciona na ligação com os médicos clínicos na tentativa de tirar o melhor partido dos testes, discutindo em que situações é o teste diagnóstico, em que situações pode o teste prestar informações mesmo não sendo diagnóstico, que testes comumente avaliáveis fornecem informações similares e quando é que um teste deverá ser usado em relação aos outros, quais as desvantagens do teste e as possibilidades de erro ou falsos resultados. Tudo isto num domínio muito semelhante ao da Medicina Interna, uma vez que lida com todos os aparelhos e sistemas do organismo humano, e tal como a Medicina Interna começa a haver a tendência para a esvaziarem no sentido de se criarem novas especialidades que foram beber à especialidade-mãe à medida que os conhecimentos se tornam mais abundantes e complexos e tal como acontece com a Medicina Interna deixa de se considerar o doente na sua dimensão holística e fragmentando-se as especialidades, fragmenta-se o doente, com todos os inconvenientes que daí advêm, na abordagem completa do indivíduo como um todo.

A Patologia Clínica considerada como uma Medicina Interna Laboratorial enferma na base, dos mesmos problemas por que passa esta última, descontando os respectivos enquadramentos singulares. Como ela, começa a ser esvaziada, tal como se demarcou uma Cardiologia, uma Gastroenterologia, uma Pneumologia, etc, também em relação à Patologia Clínica se assiste à sua subdivisão numa Imunohemoterapia, numa Imunologia, numa Endocrinologia laboratorial, numa Hematologia Clínica (que vai buscar a dimensão clínica à Medicina Interna e o estudo laboratorial à Patologia Clínica) etc, que aliás são as áreas onde os desenvolvimentos técnicos se têm incrementado, começando por por um lado ser difícil para um só indivíduo abarcar todos os novos conhecimentos e técnicas, ao mesmo tempo que funciona como mais uma oportunidade de se autonomizarem e criarem novas áreas de saberes e de poderes.

AS RELAÇÕES EXTERNAS

Os médicos de Patologia Clínica situam-se no campo das ciências laboratoriais, que não sendo directamente clínicos, são objecto de procura por parte dos médicos clínicos para a compreensão dos aspectos e das configurações variadas das patologias. A tendência correcta seria a da aproximação entre estes dois grupos de médicos. No

entanto acabam por constituir dois corpos dentro do hospital como resultado de duas trajetórias distintas: o corpo inseparável da prática clínica, do contacto com o doente e o corpo ligado às disciplinas laboratoriais, sem contacto com o doente, separado da prática clínica, funcionando a este nível como consultor ou colaborador, a pedido expresso dos clínicos. O que acontece na maior parte das vezes, é que a principal missão do médico patologista clínico não é aplicada até às últimas consequências e acaba por funcionar apenas como um supervisor das técnicas que se executam no laboratório, descurando-se a outra componente, mais importante enquanto membro do corpo médico, indo de encontro à sua desvalorização nas hierarquias das diversas especialidades. Há pois que discutir e fomentar estratégias de revalorização sob o perigo de se esvaziar a especialidade de uma forma irreversível.

Se bem que os clínicos recorram cada vez mais às especialidades relacionadas com os meios auxiliares de diagnóstico, tanto para estabelecer o seu diagnóstico e precisar a terapêutica a instituir como para dar à medicina o seu estatuto científico (bem como para se escudar de eventuais problemas legais que cada vez mais vão surgindo), mantem-se no entanto uma relação de poder que favorece a clínica. Essas especialidades estão aliás na dependência estatutária das especialidades clínicas que as excluem do seu poder de decisão; mesmo se as conclusões de uma série de análises laboratoriais apontarem no sentido de um diagnóstico preciso, os clínicos permanecem livres de não as levar em conta e

mantêm assim o monopólio da decisão terapêutica (o que aliás vai de encontro à própria definição de saúde da OMS que não tem sentido senão em função do homem encarado como um todo: não só biológico mas também psicológico e social). Ainda a salientar, em termos jurídicos, uma importante distinção entre o patologista clínico e os outros médicos, enquanto estes últimos estão apenas vinculados a uma obrigação de meios não a uma obrigação de resultados já o primeiro terá de responder pelos resultados, sendo responsabilizado por eles.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- CARAPINHEIRO, G. (1993) *Saberes e Poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto : Afrontamento.
- CHAUVENET, A. (1978) *Médecines au choix, médecines de classes*.
- COCKERHAM, W. (1995) *Medical Sociology. Sixth edition. Cap.10 pp 187-206; Cap.13 pp 249-260*, Prentice Hall.
- FREIDSON, E. (1988) *Profession of Medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. pp 333-382. Chicago: University of Chicago Press, 2ª edition.
- MADELIN (1981) *Malades et médecins. La crise de confiance*.
- PARSONS T. (1975) *The sick role and the role of the physician reconsidered.* "Milbank Memorial Fund Quarterly" Vol. 53, 3.
- REEDER L. G. (1972) *The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional-client relationship.* *Journal of Health and Social Behaviour*. Vol.13 pp 406-412.
- RUIVO F. (1987) *A construção de um projecto profissional: o caso da medicina*. *Revista crítica de Ciências Sociais* n° 23, Setembro 1987 pp 129-139.
- STEUDLER F. (1972) *Sociologie Médicale*.
- TURNER B. (1995) *Medical Power and Social Knowledge*. pp 129-152, London ; Sage Publ. 2ª edition.