

Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)

A critical analysis of medical specialities and strategies for their integration into the Unified National Health System in Brazil (SUS)

Gastão Wagner de Sousa Campos ¹

Maurício Chakour ¹

Rogério de Carvalho Santos ¹

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, C. P. 6111, Campinas, SP, 13081-970, Brasil.

Abstract *The implementation of medical specialization in Brasil has been relatively free of constraints. There has thus been a progressive fragmentation of medical work. The so-called root specialities are losing both their strength and clinical problem-solving capacity. Two operational concepts are proposed for achieving better administration of medical responsibilities and the role of medical professionals: 1) field of competence and 2) core competence. General goals are suggested for reforming specialized training and integration of specialists into the Unified National Health System.*

Key words *Medical Specialties; Health Systems; Health Policy; Public Health*

Resumo *Identificou-se relativa liberdade dos médicos brasileiros para criação de novas especialidades médicas, havendo, em consequência, progressiva fragmentação do trabalho em saúde, verificando-se também crescente diminuição da importância e mesmo da capacidade resolutiva das especialidades-raízes: clínica médica, pediatria, cirurgia geral e gineco-obstetrícia. Propõem-se dois conceitos operativos para redefinição da abrangência e da responsabilidade do trabalho médico: Campo de competência e Núcleo de Competência. São também levantadas diretrizes para reforma das políticas de formação e de incorporação de especialistas ao SUS.*

Palavras-chave *Especialidades Médicas; Sistemas de Saúde; Política de Saúde; Saúde Pública*

Considerações sobre as especialidades médicas e sobre sua influência na organização do trabalho em saúde

A criação de especialidades médicas tem sido mais ou menos “livre” no Brasil. A Associação Médica Brasileira (AMB) tem deixado a cargo dos médicos a iniciativa pela abertura de novas Sociedades de Especialistas. Em documento interno estabeleceu-se que “para caracterizar uma área de atuação médica como especialidade é necessário que ela reúna pelo menos cem especialistas afins, e que exista há pelo menos dois anos como entidade civil organizada” (AMB, 1994a).

Estes dois critérios – uma dada massa crítica de profissionais e uma certa estabilidade temporal para a área de atuação – têm uma lógica tipicamente liberal; a livre-iniciativa dos profissionais descobriria necessidades do sistema de atenção sem outros condicionantes que os acima mencionados. Ou seja, para a entidade médica engarregada por lei da regulamentação das especialidades não haveria critérios políticos, sociais ou econômicos interferindo neste processo. Em nenhum momento menciona-se qualquer possibilidade de planejamento da quantidade ou do tipo de especialistas que deveriam estar sendo formados.

No entanto, hoje, já é possível constatar-se a insuficiência desta política. Paradoxalmente, uma vez criada a especialidade, parece esgotar-se o espírito liberal e desregulamentador das entidades médicas.

Verifica-se clara tendência da maioria das sociedades de especialistas de definir de modo extremamente rígido a área de competência das especialidades, conseqüentemente negando aos demais médicos capacidade para realizar procedimentos incluídos na área de competência regulamentada por cada especialidade (AMB, 1994b).

Partindo de uma postura liberal, a política das especialidades defende normas estritamente corporativistas. Esta contradição tem gerado mais problemas do que soluções para os sistemas públicos e privados de saúde.

Por um lado, é inegável a legitimidade técnica da maioria das especialidades médicas. Em geral, contribuem para aumentar a capacidade resolutiva da prática médica. Um exemplo: a existência de cirurgões especializados em mão aumentaria, teoricamente, a possibilidade de recuperação de casos considerados perdidos até alguns anos atrás.

Por outro lado, contudo, a fragmentação do trabalho médico em múltiplas especialidades tem dificultado o diagnóstico e a instituição

de terapêuticas em tempo hábil. Em decorrência, multiplicam-se os encaminhamentos e a realização de exames complementares injustificados. Ainda não se encontraram diretrizes práticas que atenuassem estes efeitos inevitáveis da incorporação de novas especialidades aos sistemas de saúde. Quer nos países desenvolvidos, quer em outros mais pobres, constata-se tanto um declínio da eficácia dos serviços de saúde, quanto um outro efeito deletério que se convencionou denominar de “elevação crescente dos custos em saúde” (Freidson, 1978).

Retomando o exemplo anterior, se é estúpido negar valor à existência de algumas equipes especializadas em cirurgia de mão, estrategicamente posicionadas em hospitais de referência regional, não podemos ignorar, também, que, na medida em que são instalados estes novos serviços, desenvolve-se tendência da maioria dos cirurgiões gerais de encaminharem todos os casos de lesão desta parte do corpo, ainda que tivessem tradição de resolvê-los com razoável grau de competência no período anterior à existência destes serviços especializados.

Sendo assim, quando se adotam processos de trabalho centrados na lógica da especialização, há sempre uma tendência ao esvaziamento de função e posterior desaparecimento das “especialidades mais gerais”. Refiro-me não somente ao clínico geral, supostamente, egresso das faculdades, mas aos pediatras, gineco-obstetras, cirurgiões gerais e internistas. O mesmo efeito passa a acontecer também com algumas outras especialidades-raízes de alguma linha de especialização, como os casos dos neurologistas e cardiologistas (CFM, 1996).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde pretendeu enfrentar este problema criando um modelo hierarquizado de atenção. Em teoria, haveria uma rede básica onde trabalhariam ou o clínico geral (médico de família) ou, pelo menos, equipes compostas pelas quatro “especialidades gerais”: clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia e medicina sanitária. Em algumas situações incorporam-se cirurgiões, para cirurgia ambulatorial, e psiquiatras.

Sem dúvida, é uma proposta racional. Entretanto, ela tem encontrado dificuldades práticas para sua operacionalização. De saída, não são facilmente encontrados clínicos gerais, trata-se de um profissional em extinção no País. Além do mais, constata-se uma tendência das redes primárias operarem com baixíssima capacidade resolutiva, não somente por problemas de infra-estrutura ou de manutenção, que são relevantes, mas também pela dificuldade de os profissionais médicos exercerem a clíni-

ca com sentido eficaz. Os melhores serviços básicos funcionam como pronto-atendimentos voltados para cuidado sintomático e são, em inúmeras localidades, instâncias de triagem que não aliviam a sobrecarga dos especialistas (Campos, 1992).

As faculdades de medicina têm estruturado seus cursos dentro da mesma lógica. A maioria dos professores tem formação especializada e tem dificuldade em conservar e, portanto, em transmitir saberes e práticas mais polivalentes. O ensino é segmentado e, muitas vezes, padece de lacunas básicas importantes, conforme as características aleatórias da composição do corpo docente (Abem, 1995).

Observa-se na residência uma tendência a reproduzir este modelo. Pesquisa recente da Fundap encontrou que as áreas menos procuradas pelos graduados são exatamente aquelas das “especialidades gerais”. Não há, por parte das escolas, dos hospitais ou dos governos, políticas que priorizem a formação desta ou daquela especialidade (Fundap, 1994).

Nota-se, tanto pelos valores dos honorários da tabela da AMB, como pelos salários e normas de remuneração de órgãos governamentais, uma desvalorização do trabalho mais clínico, mais polivalente, mais integrativo, em contraste com uma supervalorização de outros dependentes de tecnologias “duras”, de equipamentos operados por especialistas em “pedaços” muito específicos do processo diagnóstico ou terapêutico. Provavelmente, estes estímulos financeiros expliquem o perfil de interesse dos candidatos à residência.

Portanto, urge soluções que modifiquem o sentido da graduação médica, da residência e das políticas das entidades médicas e do Estado.

Discussão de algumas diretrizes potencializadoras de mudanças neste quadro

a) Reconhecendo a inevitabilidade da especialização, como definir a área de competência de cada especialidade de maneira a não ocorrer uma concomitante perda da capacidade de resolver problemas de saúde dos demais médicos?

Já nos referimos à propensão das especialidades definirem um campo muito rígido de atribuições próprias. Até chegamos a identificá-la com um certo corporativismo. Por outro lado, ao mesmo tempo que se busca retirar atribuições das especialidades-raízes, observa-se, por parte dos novos especialistas, a perda

de habilidades médicas básicas. Cirurgiões descuidam da clínica, clínicos da dinâmica psíquica dos seus pacientes, cardiologistas ignoram a pneumologia básica e assim sucessivamente. Desta forma, a prática médica se complica sem que ocorra, proporcionalmente, melhoria da eficácia ou diminuição de custos. Ao contrário.

Uma linha alternativa de raciocínio poderia ser a seguinte: dividir a denominada área de competência de cada especialidade em dois espaços inclusivos:

Um mais geral, denominado *campo de competência*, que incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidade. O campo de competência não caracterizaria monopólio profissional da especialidade; ao contrário, seria um campo de intersecção com outras áreas. Por exemplo: o campo de competência do especialista em cirurgia de mão seriam as lesões de mão e mais saberes e práticas próximos ao do cirurgião geral.

E um segundo, mais específico, denominado de *núcleo de competência*, que incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade, justificando, portanto, a sua existência como uma nova área. Retomando o exemplo: o núcleo de competência do especialista em cirurgia de mão poderia ser constituído pelos casos graves de trauma, amputação ou semi-amputação da mão com lesões importantes de vasos ou outras estruturas nobres. Se adotado este critério, inúmeras lesões de mão continuariam a ser também da competência do cirurgião geral.

O *campo de competência* teria limites e contornos menos precisos e o *núcleo*, ao contrário, teria definições as mais delineadas possíveis.

A constituição destes espaços organizar-se-ia segundo um jogo de negociações provisórias, em certa medida intermináveis porque impossíveis de serem arbitradas exclusivamente por uma racionalidade técnica. Isto porque a definição destes campos dependeria também de interesses políticos, profissionais e não apenas de diretrizes médicas positivas.

Neste sentido, a AMB e órgãos públicos poderiam organizar encontros entre todas as especialidades ligadas à cirurgia, à pediatria, ou à neurologia, mediando os resultados dos debates entre as várias alternativas que certamente surgirão.

Com a criação destas duas lógicas de critérios, uma mais flexível e outra mais rígida, pretende-se assegurar tanto a necessária existên-

cia de especialidades, quanto a conservação da capacidade resolutive das chamadas especialidades gerais ou especialidades-raízes. Senão, com o tempo, elas seriam expropriadas de toda capacidade resolutive.

Ao mesmo tempo, partindo-se desta perspectiva, caberia exigir-se do especialista uma certa polivalência – a específica ao seu campo de competência, contribuindo assim, também, para a ampliação da declinante capacidade resolutive dos profissionais altamente especializados.

b) Se a proposição e o aparecimento de novas especialidades seguem inevitavelmente um padrão mais ou menos livre, dependente tanto da iniciativa dos médicos, quanto de algumas regulamentações, o Sistema Único de Saúde não deveria furtar-se de ter uma política que interferisse nesta dinâmica.

Basicamente, acreditamos que o SUS deveria criar mecanismos que indicassem uma clara prioridade não só pela formação, como também pela contratação de trabalho desta ou daquela especialidade.

Quanto à formação, sabe-se que instituições governamentais custeiam a maioria das vagas para residência. Neste sentido, seria viável, sem grandes rearranjos institucionais, proceder-se a definição do perfil dos profissionais a serem formados conforme necessidades de saúde e a lógica do sistema público. Superar o *laissez-faire* atualmente existente, que reproduz de forma centralizada os interesses ou dos profissionais enquanto corporação, ou do mercado, é um desafio inadiável.

A principal diretriz sugerida seria a definição de cotas mínimas de vagas para as denominadas “especialidades gerais”: pediatria, cirurgia geral, clínica médica, gineco-obstetrícia e saúde pública. Poder-se-ia, em curto prazo, instituir-se a obrigatoriedade de o conjunto dos serviços de residência médica reservarem metade das vagas para estas áreas. Caberia às Secretarias Estaduais e Comissões de Residência Médica administrarem esta distribuição, de maneira que um serviço especializado exclusivamente em pediatria, por exemplo, não se visse obrigado a criar residência de clínica. Seria ridículo. O importante seria o planejamento em toda a rede. Estas residências seriam terminais, ou seja, as demais especialidades somente contariam com a outra metade do número de vagas para prosseguimento dos seus cursos específicos. Estas cotas sugeridas deveriam ser revistas periodicamente conforme o impacto no sistema de formação e no assistencial.

Além disso, seria importante assegurar que todas as especialidades iniciassem a residência

por uma destas “especialidade gerais”, conforme já é praxe em inúmeras instituições.

c) Quanto ao mercado de trabalho, haveria que se considerar que de pouco adiantaria modificar o perfil da residência se não houvesse mudanças equivalentes no perfil de contratação e de remuneração de médicos do SUS.

Haveria que se valorizar o exercício destas especialidades gerais, assegurando tanto salários, como incentivos por desempenho adequados. Por outro lado, seria importante rever o quadro de pessoal de hospitais públicos, ampliando o número de profissionais com estas características também nos níveis secundário e terciário de atenção. Metade dos médicos de um hospital moderno poderia também ter este perfil mais resolutive e polivalente.

Por último, caberia iniciar um processo de discussão com a AMB e com o Ministério da Saúde voltado para a revalorização dos procedimentos clínicos e cirúrgicos mais integrais e abrangentes. A atual política está degradando o trabalho essencialmente interpessoal da Medicina.

Comentários finais

Com estas diretrizes, pretendemos tão-somente indicar alguns caminhos que, se trilhados, poderiam desencadear processos de superação de algumas das dificuldades do sistema de saúde brasileiro. Trata-se de uma abordagem parcial e que tem como objetivo mais estimular a elaboração de novas alternativas para estes já velhos problemas sanitários, do que pretender fornecer receitas acabadas.

Referências

- ABEM (Associação Brasileira de Ensino Médico), 1995. *Anais. XXXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica*. Porto Alegre: ABEM.
- AMB (Associação Médica Brasileira), 1994a. *Proposta de Regulamentação para a Criação de Novas Especialidades em Medicina*. Brasília: Conselho Científico. (mimeo.)
- AMB (Associação Médica Brasileira), 1994b. *Regimento da AMB*. Brasília: AMB.
- CAMPOS, G. W. S., 1992. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- CFM (Conselho Federal de Medicina), 1996. *Consolidado Parcial da Pesquisa Perfil do Médico Brasileiro*. Brasília: CFM. (mimeo.)
- FREIDSON, E., 1978. *La Profesión Médica*. Barcelona: Península.
- FUNDAP (Fundação para o Desenvolvimento da Administração Pública), 1994. *Relatório de Gestão 1993/94*. São Paulo: Fundap.