

UMA NOVA TENSÃO INVADE AS ESCOLAS MÉDICAS: DO DILEMA GENERALISTA/ESPECIALISTA AO CUIDADOR DE SINISTROS VERSUS DOS USUÁRIOS¹

Emerson Elias Merhy - DMPS/FCM/UNICAMP - Final de 1999

INTRODUÇÃO

Quase que já é um senso comum a afirmativa de que o que acontece com o mercado de trabalho influencia, ou mesmo determina, a conformação do ensino no interior das escolas médicas. É muito conhecida a polêmica, ou melhor a tensão, que invadiu as escolas médicas nestas últimas décadas, entre uma formação terminal de um médico generalista ou especialista.

Por mais que os discursos, oriundos do próprio interior das escolas, apontassem para a realização de uma missão generalista a ser perseguida, a realidade mostrou que a formação médica desemboca em um profissional com uma competência não terminalizada, e que irá perseguir novas aquisições de conhecimentos e técnicas, na sua modelagem como um especialista. O crescimento evidente das residências médicas, o desdobramento cada vez mais detalhado de sub especialidades, dentre várias outras evidências, têm sido demonstrações claras daquela tensão.

Óbvio que não encontramos em um estado puro esta polaridade, ou temos generalistas ou especialistas, pois o mercado pode se dar ao luxo de utilizar como um generalista alguém que levou onze anos para se tornar um sub especialista. Como é o caso de certos neurocirurgiões realizando atividades de consultantes em ambulatórios não especializados, por exemplo.

Isto é, no mercado pode-se absorver perfis e competências gerais ou especializadas, mas o que efetivamente conta para entendermos o que se passa é olharmos com mais atenção a lógica de funcionamento do modelo de assistência e o modo como ele necessita de consumir certas competências profissionais para formar os seus projetos de intervenção diagnósticas e terapêuticas, no caso do médico.

O modelo típico do século XX, da medicina tecnológica, sofre inflexões para a realização de seus projetos terapêuticos, nas quais é possível observar uma mudança de rota na estruturação do mercado de trabalho, que não se coloca mais entre a tensão generalista versus especialistas. Hoje, começa adquirir cada vez mais sentido a busca de profissionais médicos que possam operar a construção de projetos terapêuticos comandados pelas tecnologias mais cuidadoras do que as centradas em procedimentos. Criando uma nova tensão para dentro das escolas médicas e mesmo encontrando na realidade brasileira um formato mais próprio e distinto do que vem acontecendo em países como os EUA e Argentina, nos quais o capital financeiro vem reinando sem muita resistência efetiva estas mudanças.

De fato, há parcelas do próprio capital procurando investir no setor saúde, não vinculados à parceria entre a “medicina tecnológica” e os complexos industriaisⁱ, explorando uma possível ruptura tecnológicaⁱⁱ com os

¹ Este texto faz parte de outros produzidos pelo autor em torno do tema, em particular sua produção: no livro Agir em Saúde, pela editora Hucitec; no capítulo 3 dos Cadernos 3 do PROHASA, sobre Managed Care; no artigo Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde, escrito para a Revista Interface, UNESP – Botucatu, e a ser publicado no primeiro semestre de 2000.

modelos tecnológicos centrados em procedimentos médicos, na formação de uma relação distinta entre a competência cuidadora e a profissional centrada. As modalidades do capital que apostam em uma outra modelagem para o trabalho médico, procuram através de tecnologias específicas capturar a microdecisão clínica por uma gerencial, mantendo a natureza própria do território produtivo da saúde.

A disputa interna entre interesses capitalistas diferentes no setor saúde mostra bem este processo. É possível ver uma transição tecnológica e uma reestruturação produtiva do setor, capitaneada pelo capital financeiro interessado na capacidade lucrativa do setor saúde. E nesta disputa aparece, como situação tecnológica emergente, a possibilidade de um novo lugar a ser ocupado pelas tecnologias leves, no interior dos processos de trabalho médico, reorientando as relações entre os núcleos de competência para a produção dos atos de saúde. Há uma transição tecnológica colocada pelo lado do próprio capital, como se setores “neoliberais” articulados a projetos distintos, brigassem entre si por fatias do processo de acumulação da área da saúde. Para o capital financeiro, que entra na disputa atual pela distribuição das atividades lucrativas, no setor saúde, é fatal atuar dentro de um modelo de novo tipo que controle os custos dos projetos terapêuticos, dado vital para ele, procurando não “jogar a criança com a água do banho”, i. é, sem perder certas competências e identidades, enquanto ação de saúde.

O capital financeiro ao entrar via seguradorasⁱⁱⁱ, de forma maciça, vai buscar respaldo em um novo arranjo tecnológico: em particular entre as tecnologias leve-duras e leves, inclusive enriquecendo-as, procurando colocar uma certa leveza no campo das leve-duras e uma certa dureza nas leves, que permitam construir uma gestão de um cuidado individual a partir da noção de “acidentalidade” (sinistro) em saúde e das possibilidades de seu controle ou, pelo menos, minimização. Vai buscar ferramentas do campo de ação da saúde pública, da administração dos serviços de saúde, para ampliar a valise dos processos relacionais para além da relação médico-paciente. Produz caixas de tecnologias, para o médico, que passam a contar com: saberes clínicos que possibilitam a construção de projetos terapêuticos integralizados, não por “somação”, saberes da economia e saúde que permitam realizar uma gestão do cuidado de custo controlável, vários projetos tecnológicos de intervenção na prevenção de riscos ou de seus controles, com uma certa forma de incorporação da epidemiologia e seus modos de fazer ações de saúde.

Este processo procura promover a troca de um médico centrado em procedimentos por um outro ordenado a partir das relações cuidadoras, mas opera esta transição **afirmando mais um cuidador do capital do que um cuidador do usuário**. A lógica acumulativa do capital financeiro não busca a defesa da vida individual e coletiva como sua finalidade no campo da saúde, seu eixo é a produção de um projeto terapêutico que permita o controle da incorporação de tecnologia de alto custo, nem que isto custe a própria vida do usuário. Mesmo que processe uma outra relação entre a dimensão cuidadora e a profissional específica, o que mostra uma potência reestruturante do trabalho médico, não leva esta transformação na direção das perspectivas de captura que o usuário pretende do trabalho vivo em ato em saúde: o de ser um dispositivo que lhe permita manter sua autonomia, ou recuperar graus desta autonomia, no seu modo de andar a sua vida.

Este é o grande desafio da escola médica do próximo milênio

i Este movimento do capital em torno de novas linhas de acumulação tem se refletido nos processos de reestruturação produtiva e de sua hegemonização pelo capital financeiro em todas as frentes da produção econômica na sociedade atual.

ii Considero “ruptura tecnológica” quando há uma nova configuração tecnológica para a produção do cuidado em saúde, de tal modo que o objeto das ações de saúde e suas finalidades colocam-se como qualidades distintas das configurações anteriores.

iii Os textos produzidos pelo grupo de investigadores do projeto Atenção Gerenciada na América Latina, do qual o autor participa, mostram extensivamente estas questões. Ver, como exemplo, tese de doutoramento de Celia B. Iriart – Atenção Gerenciada. Instituinte da reforma neoliberal, defendida em março de 1999, junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas.