

# A microrregulação médica

José Mendes Ribeiro<sup>1</sup>

Em “*Ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas*” destaca-se logo de início uma imagem feliz acerca do trabalho cotidiano do médico frente a seu cliente. O emprego de três tipos de “valises”, das quais uma diz respeito ao prolongamento de seus sentidos (estetoscópio, endoscópio etc); outra se refere ao modo como o médico estrutura seu pensamento e define os problemas (expresso pela clínica e epidemiologia); e a última mais diretamente relacionada ao encontro entre indivíduos. Partindo desse arranjo, o autor analisa as interações entre indivíduos que definem e ordenam o conjunto da prática médica associadas às tendências observadas na esfera do mercado, onde são estruturadas as trocas e relações entre agentes. A cena clínica é vista como espaço de competição informada ou potencialmente informada estabelecida pelo cliente/usuário e o médico. Com esta estrutura analítica, entra no campo que define como o da micropolítica do processo de trabalho médico. A “valise” onde se estrutura a relação competitiva entre agentes/sujeitos (“espaço relacional trabalhador-usuário”) é enfatizada.



A ênfase na compreensão das relações entre indivíduos como fundamento da análise de processos é comumente tratada nas Ciências Humanas através das referências da Economia. No entanto, a freqüente insatisfação com o potencial explicativo da disciplina estimula os pesquisadores a adotarem modelos sociológicos (normas, valores, representações) ou políticos (estruturas, arranjos institucionais) no sentido de observar as relações entre agentes no contexto de grandes coletivos de indivíduos, de suas tradições e regras de convívio e leis. O autor destaca a competição pelo conhecimento (informação) entre médicos e clientes/usuários/beneficiários de serviços de saúde no contexto da “estruturação produtiva do setor” e da configuração do modelo de atenção. Como determinante deste processo aponta a lógica do capital financeiro como definidora da transição tecnológica (o equilíbrio entre as “três valises”).

---

<sup>1</sup>Professor da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, ENSP/Fiocruz.

Aponta a crise da Medicina Tecnológica através da captura pelo capital financeiro (seguradoras) que atua no setor saúde sobre a decisão clínica, buscando subordiná-la a uma lógica gerencial. A atenção gerenciada seria, neste contexto, a expressão da reestruturação do mercado setorial, reordenando empregos e práticas médicas, assim como as expectativas dos usuários. Para o autor, este processo se dá de modo coerente ao que designa como uma competição entre “setores neoliberais” pela hegemonia setorial.

A análise acima resumida, espero que com razoável fidelidade, merece, pela importância do autor e pelas opiniões emitidas, alguns comentários sucintos no sentido de assegurar a continuidade do debate.

Como dito, a imagem das “valises” constituintes da prática clínica é feliz na medida em que permite mapear o protagonismo de cada componente em dada situação de trabalho e de relação com os clientes. Mais interessante ainda é o uso deste recurso para destacar a competição entre médicos e clientes no encontro clínico, onde a informação assimétrica e as estratégias compensatórias são objeto de políticas em diferentes sistemas sanitários.

Com relação ao ataque do capital financeiro à autonomia médica através da lógica gerencial, imagino que o desfecho encontra-se em aberto. Em primeiro lugar, o ataque à autonomia decisória não é exclusividade do desenvolvimento dos mercados e pertence à própria Administração Pública e arranjos organizacionais em ambulatorios e hospitais. O próprio planejamento em saúde se ocupou de canalizar ou estruturar um leque amplo de decisões médicas. Os sistemas de remuneração do ato médico no setor público, do código 7 do Inamps às AIHs, também representaram iniciativas no sentido de decompor e medir as decisões clínicas e cirúrgicas, para distribuir incentivos.

No planejamento público em saúde e nos mercados diversos controles foram obtidos sobre a prática médica e seus resultados são desiguais. Podemos dizer que sucessos foram alcançados por programas de saúde e equipes multidisciplinares, nos quais a prática clínica foi potencializada pelo

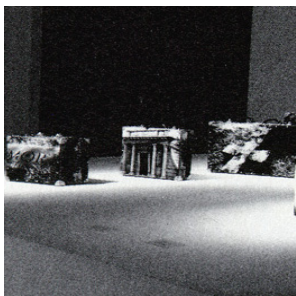
enfoque epidemiológico em benefício de clientes e usuários.

Por outro lado, a profunda e acelerada diferenciação da clínica em especialidades e sub-especialidades geram uma separação no interior das redes sanitárias e grandes organizações (como os hospitais) entre as atividades capturadas pela burocracia gerencial e aquelas dotadas de maior autonomia e *status* organizacional.

Por fim, o movimento de reestruturação da clínica e da cirurgia em mercados, como no debate em torno do *managed care*, sofre mais claramente os reflexos da demanda por qualidade por parte dos beneficiários de planos e seguros de

saúde, assim como da competição entre organizações em mercados dinâmicos. Neste sentido, inovações como *gatekeepers* (cujos similares no setor público podem ser identificados nas equipes de saúde da família brasileiras ou nos *general practitioners* britânicos) convivem com a demanda crescente por tecnologias e especialistas de elevado tempo de formação e de alta intensidade de trabalho.

As conquistas da Biomedicina sobre o prolongamento e a qualidade da



vida (e suas promessas em termos de transplantes, clonagens, angiogêneses, por exemplo) geram pressões políticas sobre a democratização do acesso pelos sistemas públicos e entre as comunidades que rateiam os seguros de saúde na qualidade de beneficiários. Desta forma, os médicos tendem a preservar amplas atividades fora do controle intensivo das burocracias públicas e organizacionais privadas como resultado da demanda informada por qualidade. O ataque à autonomia tende a ser incompleto.

Este quadro representa um dos motivos relevantes para a minha crença sobre os abusos praticados pelos médicos e empresas serem compensados essencialmente pela disseminação de informações e estratégias que equilibrem a assimetria do encontro médico-cliente/usuário/beneficiário. As informações devem ser promovidas por organizações não-governamentais, grupos de defesa dos consumidores, agências governamentais, universidades e clientelas organizadas. Neste caso, nos situamos dentro de soluções voltadas à qualidade das escolhas individuais e este é um ponto de convergência, apesar dos termos distintos da discussão, que observo com o instigante artigo de Merhy.



ALAN BELCHER, Instalação da exposição na Power Plant, Toronto.  
20ª Bienal Internacional de São Paulo