

O Nefrologista entre o poder e a vulnerabilidade em tempos tecnológicos.

Nephrologists between power and vulnerability in times of technology.

Autores

José Miguel Viscarra Obregón¹

Marcio Fabri dos Anjos^{2,3}

¹ Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Medicina, Disciplinas de Nefrologia e Bioética, Maringá, PR, Brasil.

² Centro Universitário São Camilo, Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil.

³ Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Câmara Interdisciplinar de Bioética, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

A vulnerabilidade do paciente é sempre foco de maior atenção quando se analisa a relação médico-paciente. Pouca ênfase é dirigida à vulnerabilidade do nefrologista em relação à própria prática profissional, frequentemente afetada pelas profundas transformações culturais decorrentes do desenvolvimento tecnológico. A atividade da Nefrologia é embasada na pesquisa e na instrumentalização dos procedimentos, ambos permeados pela tecnologia. Além disso, os relacionamentos com instituições são regidos por regras mercadológicas. Dados recentes constata a escassez de novos nefrologistas, fato que mobiliza a proposta de melhorar a capacitação técnica de novos nefrologistas, favorecendo o estabelecimento da Nefrologia Intervencionista e o implemento durante a graduação médica de ferramentas que aumentem a atratividade por tal especialidade. A Bioética lança um olhar diferente sobre essa questão, pois considera aspectos subjetivos relacionados ao profissional e ao seu entorno social com o intuito de potencializar sua autonomia ética. Essa proposição pode ser considerada durante a graduação e a especialização para o reconhecimento da sua condição de vulnerabilidade e da importância de uma atitude reflexiva que levaria a perceber as incidências cotidianas que agem sobre a moral do nefrologista, para ser possível enfrentar adequadamente os riscos baseado em parâmetros bioéticos.

Palavras-chave: Ética profissional; vulnerabilidade em saúde; bioética; conflito de interesses.

ABSTRACT

The doctor-patient relationship is often discussed from the perspective of patient vulnerability. Little attention is given to the vulnerability of nephrologists in their professional practice, a reality often affected by profound cultural transformation arising from technological development. Nephrology is based on research and procedure instrumentalization, both permeated with technology. In addition, the relationship between nephrologists and institutions is governed by market rules. Recent data showed a shortage of new nephrologists and the need to improve the technical training of new professionals, foster the establishment of interventional nephrology, and attract more graduating physicians to this medical specialty. Bioethics offers a different perspective on the issue, since it takes the subjective concerns of medical doctors and the social environments they participate in into consideration in order to enhance their ethical autonomy. These ideas may be discussed as part of undergraduate or specialization programs, thus reinforcing the acknowledgement of vulnerability as a condition and of the relevance of adopting a reflective attitude toward the events of everyday life that interact with the morality of nephrologists, so that risks are adequately faced having bioethical parameters as a reference.

Keywords: Professional ethics; vulnerability in health care; bioethics; conflicts of interest.

Data de submissão: 14/11/2017.

Data de aprovação: 02/03/2018.

Correspondência para:

José Miguel Viscarra Obregón.

E-mail: josemvobregon@gmail.com

DOI: 10.1590/1678-4685-JBN-2018-0011



INTRODUÇÃO

As abordagens sobre aspectos da atividade profissional dos nefrologistas em geral privilegiam a vulnerabilidade dos pacientes, e raramente aspectos da vulnerabilidade dos nefrologistas. O presente estudo, de cunho ético-reflexivo, visa explorar aspectos dessa vulnerabilidade relacionada às transformações culturais trazidas pelo desenvolvimento científico contemporâneo. Após breves recortes sobre tais transformações, serão identificadas incidências sobre a condição moral do nefrologista e exigências para o enfrentamento de suas vulnerabilidades emergentes.

A MEDICINA NO CONTEXTO DE TRANSFORMAÇÕES CIENTÍFICAS

As transformações ocorridas no modo de pensar do médico foram justificadas pelo grande avanço da ciência médica no estudo do corpo, e muitos fatores concorreram para isso. Em âmbito maior estão as grandes transformações engendradas desde a Renascença, e depois no século XVIII, com a formalização de sinais e sintomas associados a uma visão anatomopatológica das doenças com desdobramentos crescentes até nossos dias¹ – com destaque para as concepções de doença e saúde, no que se refere a conquistas como as vacinas e novas compreensões sobre saúde mental, que foram subsequentemente desencadeando um raciocínio clínico vigente até hoje, que consiste na interpretação de alguma estrutura corporal alterada como gênese de qualquer enfermidade.

Juntamente com os aspectos da compreensão do médico sobre os processos de saúde e doença, e correspondentes expressões corpóreas, o conhecimento científico revolucionou também os instrumentos na área médica. Há dois tipos de instrumentos que merecem destaque: os que realizam diagnósticos e os que servem como suplementos clínicos. Nas escolas de formação médica, foram instituídos o ensino e uma prática médica denominada “reducionista”, pois a premissa passou a ser: diagnosticar e tratar uma enfermidade localizada em um órgão. Seguindo essa construção, as grandes Clínicas (Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Ginecologia e Obstetrícia) foram subdivididas em especialidades.²

A afirmação das autonomias subjetivas é outro fator que decorre no longo processo desencadeado pela revolução do conhecimento científico. A Revolução Francesa (1779), com a proclamação de seus ideais, plantava a semente da autonomia do cidadão, que

abriu caminho para a autonomia do doente em suas situações de saúde, concepção que chega aos nossos dias com o vigor que conhecemos. Assim, enquanto o médico é potencializado por novos instrumentos de diagnóstico e recursos clínicos, vê fugir de seu poder sua própria ascendência sobre o paciente, o que se classificou como o fim do paternalismo médico. Por outro lado, vê também ameaçada a exigência de sua habilidade para diagnosticar, agora bastante relegada a instrumentos. Isso explica por que o trabalho do médico também sofreu profundas mudanças ao longo de todo o século XX, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, pois sua atuação profissional deixou de ter cunho liberal associado à profissão e passou a ter um caráter mais tecnológico, subordinado à impactante evolução científica em franco desenvolvimento desde esse período.

A figura do médico era bastante autônoma, por tratar-se de um profissional que atendia prioritariamente em seu consultório e tinha o controle dos agendamentos; podia decidir sobre eventuais atividades hospitalares e tratava diretamente com o paciente sobre honorários profissionais. Mas tudo isso foi substituído por um processo de decisões presidido predominantemente por instituições de saúde, como hospitais, clínicas e ambulatórios, por meio de múltiplos vínculos empregatícios que geram a necessidade de pensar na rentabilidade. A isso se soma a ação de intermediários entre o paciente e o médico, como, por exemplo: outros profissionais, convênios de saúde, seguradoras de hospitais, laboratórios farmacêuticos e o próprio Estado. Em poucas palavras, a autonomia médica de outrora foi sendo de certa forma diluída em processos de múltiplas parcerias e por uma espécie de autonomia tecnológica. Ao profissional sem alternativas, torna-se praticamente inevitável ser capacitado pela tecnologia e, dentro dessa nova condição, ver-se desafiado a buscar formas de se sentir suficientemente autônomo para realizar escolhas e alcançar reconhecimento adequado.³

Atualmente, o espaço em que ocorre a relação médico-paciente é predominantemente hospitalar, tais como: enfermarias, unidades de urgência, emergência ou de cuidados intensivos, em que são atendidos pacientes com doenças de caráter agudo. Uma vez solucionados os problemas, esses pacientes são dispensados para seguimento ambulatorial, em geral com outros profissionais, fator que dificulta a criação de vínculo. Esse modelo se contrapõe ao atendimento

em consultório, em que há vinculação ao médico por tempo indeterminado e o tratamento não resulta na cura da doença, em geral de caráter crônico.

IMPACTOS DAS TRANSFORMAÇÕES NA NEFROLOGIA

Desde seu estabelecimento como especialidade, no início dos anos 1960, a Nefrologia se caracterizou por sua ligação com a pesquisa e a terapia renal substitutiva (diálise e transplante renal), ambas representativas das novas formas científicas e tecnológicas da Medicina. A diálise possibilitou o tratamento de pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica, fato que na época atraiu muitos profissionais médicos para a especialidade devido à possibilidade de aplicação clínica do conhecimento gerado pela pesquisa básica e sua utilização para o diagnóstico e tratamento. Além disso, os procedimentos eram prerrogativa do nefrologista, notadamente: a hemodiálise ou a diálise peritoneal; a confecção de acesso vascular ou peritoneal para a terapia dialítica; biópsia renal percutânea, com intuito diagnóstico e o seguimento clínico do transplante renal.

Os nefrologistas pioneiros realizavam tais procedimentos, porém, com a complexidade e aumento do número de pacientes, principalmente idosos e portadores de diabetes, algumas ações passaram a ser realizadas por médicos de outras especialidades. Radiologistas, cirurgiões vasculares e outros especialistas se tornaram essenciais por possibilitar ao nefrologista condições para sua atividade profissional. Com o passar do tempo, no entanto, esses especialistas relegaram a um segundo plano tais procedimentos, pois avanços técnicos em outras áreas geravam mais interesse científico e maiores aportes financeiros.

É importante ressaltar que a terapia renal substitutiva sempre foi considerada uma atividade médica de alto custo devido ao uso de equipamentos e insumos desenvolvidos às custas do avanço tecnológico. A remuneração desse procedimento foi assumida predominantemente pelo Estado, resultando num significativo volume financeiro gerido pelas unidades de diálise. O nefrologista sempre foi partícipe desse ambiente econômico-administrativo, com variados graus de envolvimento, alguns alheios ao ato médico, porém com a possibilidade de rendimento financeiro significativo em virtude do modelo de remuneração do procedimento dialítico, vigente até hoje, que privilegia o pagamento de materiais e medicamentos, entre insumos e equipamentos, em detrimento do

honorário médico. As unidades de diálise apresentaram crescimento progressivo, acompanhando a crescente demanda de doentes renais crônicos que necessitavam de terapia dialítica. Além disso, houve uma concentração dessas unidades em cidades de médio e grande portes, localizadas principalmente no sul e sudeste do país, a maioria delas de capital privado.^{4,5}

O jovem médico recém-formado que optava pela Nefrologia vislumbrava a possibilidade de atuar em uma especialidade que conjugava profundos conhecimentos da clínica e sua aplicação técnica. Além disso, havia a perspectiva de ser dono ou sócio de uma unidade de diálise, fato que lhe garantia certa estabilidade financeira.

Com esse cenário, durante muitos anos o interesse pela especialidade se manteve em equilíbrio. No entanto, tal estabilidade foi abalada pela crise econômica global que se instalou a partir de 2008, pois o campo da saúde foi um dos setores mais sensíveis a esse impacto, já que foram necessários ajustes administrativos para equilibrar as contas.⁶ Os honorários e procedimentos médicos foram penalizados tanto no âmbito público quanto no privado. Em virtude dessas alterações, o ganho do nefrologista apresentou queda significativa, fato que promoveu o encaminhamento de sua atividade profissional para outras áreas, tais como UTI, Pronto Atendimento ou ambulatório.

NOVAS GERAÇÕES DE NEFROLOGISTAS

Nos últimos anos, a entrada de novos nefrologistas no mercado de trabalho vem decaindo, o que pode ser verificado pelo desinteresse por vagas oferecidas para treinamento (estágio ou residência) em unidades hospitalares de ensino.⁶ Enquetes realizadas com estudantes no fim do curso médico, prestes a definir uma especialidade para a pós-graduação, buscam respostas para os motivos associados a tal fato. Patel e Balzer, que entrevistaram graduandos de cursos médicos nos EUA e Europa, concluem que os estudantes deveriam ter uma “impressão positiva” da Nefrologia ao longo do curso médico, tendo acesso a metodologias mais criativas que utilizem as mídias sociais como ferramenta educacional, para possibilitar uma visão mais integrativa entre teoria e prática e demonstrar as vantagens de acompanhar longitudinalmente um enfermo crônico.⁷

Essa sensível diminuição de novos nefrologistas merece atenção. Stack et al. dão um enfoque à questão da desproporção entre o crescente aumento de

pacientes com doença renal crônica e a escassez de nefrologistas em atuação no mundo. Também são aventados múltiplos fatores que contribuem para a não opção pela Nefrologia, entre eles: falta de demonstração dos aspectos positivos da Nefrologia durante a graduação; procedimentos realizados exclusivamente pelo nefrologista no passado, que foram assumidos por outras especialidades; falta de perspectiva de ganho financeiro significativo; ambiente de trabalho desestimulante devido às características de ser rotineiro, com poucas inovações tecnológicas e alternativas de procedimento; horários de trabalho pouco flexíveis; reduzida substituição da força de trabalho no mercado por causa do retardo da aposentadoria dos antigos profissionais.⁸

Em um artigo intitulado “É a Nefrologia uma especialidade sob risco?”, Kaloo et al. tomam emprestado do mundo dos negócios o termo “valor agregado” para informar que uma especialidade é atrativa se tiver um balanço adequado entre os procedimentos técnicos e a consulta médica.⁹ Perante o desafio que os jovens médicos anteveem caso optem pela Nefrologia, é de se supor que os motivos estão atrelados à busca de atividades de trabalho embasadas na tecnologia, que gerem estabilidade financeira e proporcionem melhor qualidade de vida, dados sugeridos pelas enquetes citadas anteriormente. Atendendo a essa possível expectativa, surgiu nos anos 1990 a denominada Nefrologia Intervencionista, com a proposta de incrementar a capacitação técnica do nefrologista, recuperando assim sua “autonomia”. Atualmente, a subespecialidade tem forte apoio das sociedades científicas e do meio acadêmico e é dirigida prioritariamente ao “jovem nefrologista”.^{10,11}

PERSPECTIVAS DE POTENCIALIZAR NOVOS NEFROLOGISTAS

O contraponto de uma fase inicial próspera e atrativa para os recém-formados e a evolução histórica pouco animadora de uma especialidade atualmente considerada menos interessante suscitam perguntas sobre perspectivas. Uma delas pode estar na necessidade de reflexão sobre aspectos que vão além da atividade profissional em si. O desafio de escolher uma carreira não é de cunho exclusivamente técnico, uma vez que o treinamento, particularmente a residência, fornece capacidade adequada. Então se coloca uma questão de fundo sobre quais pressupostos importantes poderiam agregar valor a um profissional além do conhecimento técnico. Fabri afirma que “*O exercício*

de uma profissão compõe a personalidade moral, pois as atividades têm um enorme poder na construção de nós mesmos, nas relações com os outros e com o ambiente. Incide em nossa identidade, na saúde integral e autoestima”.¹² Essa ponderação sugere a necessidade de ir além da polarização de interesses financeiros para que uma profissão seja realizadora e atrativa.

Dessa forma, é importante lançar um olhar sobre situações vivenciadas no cotidiano de qualquer médico e que demandam percepção, reflexão crítica e tomada de decisão. Conforme relata Schraiber, a Medicina dita liberal, exercida até os anos 1960, traduzia-se por uma proximidade entre médico e paciente, num ambiente restrito e íntimo de domicílio ou no consultório, em que a “confiança” era o principal valor em jogo; ali, o profissional assumia o comando dessa dualidade relacional, pois tinha vocação e talento para o exercício da Medicina de perfil liberal. Mas, logo depois, o avanço científico conjugado com a predominância do sistema capitalista instalou outra prática médica, subsidiada por eficientes tecnologias, com outras características que impactam significativamente no trabalho e perfil do profissional médico.

Tal postura provoca mudanças nas expectativas individuais e coletivas da profissão, assim como altera o exercício de sua intervenção técnica. O contraste com a medicina liberal se dá especificamente nos âmbitos técnicos, organizacionais e mercantis. Assim, a medicina é exercida principalmente em ambientes institucionais, possibilitando que a relação com o paciente seja estabelecida por contrato; do médico se exige exclusivamente habilidade técnica e precisão; o paciente estabelece uma relação de confiança com a instituição; outros partícipes se fazem presente no ato de cuidar.³

Esse novo ambiente que emerge em nossos tempos se instala na sociedade dita global, bastante fascinada pelo desenvolvimento tecnológico, resultando em incidências diretas nas “*formas de produção de bens, de valores e sentidos e de relações*”.¹³ O médico se potencializou com o desenvolvimento tecnocientífico, mas ao mesmo tempo foi afetado na interioridade dos valores responsáveis por sua identidade e autoestima, com forte influência no seu modo de agir e sentir. É importante reconhecer o poder das transformações trazidas pelas ciências tecnológicas particularmente desde este último século. Não se trata de menosprezar o valor de tal desenvolvimento, mas perguntar sobre as formas de o nefrologista defender ou mesmo

reinventar sua identidade e dignidade profissional nessa nova condição tecnológica.

Atualmente, a atividade profissional do médico está disposta sobre alicerces fundamentados na economia de mercado, que o obrigam a lidar com inúmeras situações conflitivas que podem debilitá-lo moralmente. É imprescindível perceber esse agravo moral. A regra atual em voga é a busca da excelência, pilar do mundo empresarial. O empoderamento resultante credencia o profissional a alcançar posições de destaque na sociedade, um status disponível para quem é altamente competitivo e busca a infindável atualização de conhecimentos técnicos. Essa busca frenética pressupõe atingir níveis de excelência em que o erro, a incerteza ou a dúvida devem ser insignificantes.

O DESAFIO DA FORMAÇÃO DO NEFROLOGISTA

O currículo das escolas de Medicina, que se conduzia pela afirmação do protagonismo médico nos procedimentos clínicos, teve no paternalismo a sua forma de ação mais representativa. Mas atualmente a priorização das demandas exigidas pelo paciente e pela sociedade tem levado a metodologias que satisfaçam a tais demandas. Dessa forma, a maioria das escolas aposta em métodos educacionais norteados pela lógica tecnológica, em que são utilizadas a imagem e a virtualidade, dispensando ou tornando secundárias as relações interpessoais de aprendizado em favor da aquisição de conhecimentos técnicos, seja de fundamentos teóricos, seja de práticas operacionais. As atividades de ensino-aprendizado são balizadas pelo tempo, considerado um fator de importância prioritária. Algumas universidades norte-americanas instituíram no ensino médico o autoaprendizado digital, estimulando o raciocínio, a memória e as habilidades de relacionamento com seus pares e outros profissionais da saúde, entendido como “aprendizado em equipe”.^{14,15} Esse modelo também se faz presente no exercício prático da Medicina durante o internato, em que o diagnóstico e tratamento não serão mais prerrogativas do médico, e sim da chamada inteligência artificial: robôs e computação cognitiva, conforme relatado em uma reportagem especial no jornal O Estado de São Paulo sobre a inovação na saúde:

Indicar o melhor tratamento para cada doente e analisar exames de imagem são algumas das tarefas que deverão deixar de ser exclusivas dos médicos – e dos humanos. O

avanço de áreas como a inteligência artificial, a computação cognitiva e o machine learning (aprendizado de máquinas) já faz com que softwares consigam ler e cruzar informações de saúde cujo processamento seria impossível para o mais brilhante especialista. Mas, para a coordenadora médica da área de Healthcare Transformation da IBM, Mariana Perroni, não se trata de substituir profissionais, mas empoderá-los. “Para um especialista se manter atualizado em tudo que é publicado na área dele, seria necessário estudar 20 horas por dia. Trabalho duro e boa intenção dos médicos já não são suficientes para garantir um cuidado eficiente de alta qualidade”, diz ela, que também é médica intensivista.¹⁶

O empoderamento por meio da tecnologia parte do pressuposto de que os profissionais não se submetem mais à forma clássica de ler um texto ou um livro. A informação advém de forma fácil e rápida, e a seleção desses dados é responsabilidade do solicitante, que busca satisfação imediatista, resolutiva, porém poucas vezes contextualizada. Com essa conformação pouco crítica e reflexiva sobre a informação e o conhecimento, é possível que interesses alheios se apresentem e sejam atendidos pelo receptor, muitas vezes de forma imperceptível, sem passar pelo filtro crítico de sua consciência, que lhe possibilita real autonomia de escolha.

A sociedade como um todo também apresentou mudanças significativas em sua relação com o trabalho. A atuação do médico é um paradoxo, pois: “a ação é manual-dependente, mas altamente tecnológica e, ao mesmo tempo, o domínio da prática e do saber tecnológico está socialmente apropriado, de modo exclusivo, pelos próprios médicos”.³ O alto prestígio social por ser especialista contrasta com o progressivo controle que o médico vem sofrendo em suas diversas formas de trabalho.

Sob outro ponto de vista, é possível afirmar que as estratégias para o ensino da Medicina devem proporcionar ao docente e ao discente certos princípios fundamentados, em que “toda ação deve ser precedida de uma reflexão”,¹⁷ e preparar os futuros profissionais a reconhecer seus limites e assumir conscientemente a própria vulnerabilidade diante de conflitos éticos que possam vivenciar durante a atividade profissional. A atenção primária à fragilidade do paciente não deve

inibir a possibilidade de que se manifeste a vulnerabilidade do profissional. A fragilidade é uma condição intrínseca a qualquer ser humano e se relaciona à nossa finitude e insuficiência. O contato direto com o mundo e suas contingências pode vulnerar (*vulnus* = ferida) o ser humano a qualquer momento. É possível dizer que a fragilidade é uma condição para sermos vulneráveis.¹³

O profissional médico não se reconhece frágil, muito menos vulnerável, no entanto está cotidianamente exposto a riscos de diversos matizes, entre eles o de ordem ética. É importante que se capacite em sua consciência crítica para entender o funcionamento de seu entorno profissional e principalmente sua posição nesse complexo circuito de fatores que incidem em sua atividade, como, por exemplo:

- Aspectos legais de trabalho assalariado e seus desdobramentos quanto à remuneração e ao justo valor; à insuficiência de garantias trabalhistas básicas; à carga horária de trabalho nem sempre regulada pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT);

- A frequente exigência de empresas empregadoras quanto a não contratação formal do profissional (“pejotização”), buscando assim uma relação interinstitucional para haver menor risco trabalhista e redução no pagamento de impostos;

- Benefícios oferecidos pela indústria farmacêutica, associados a contrapartidas que carecem de fundamentos morais e éticos;

- A atividade empresarial, em particular do nefrologista, requer conhecimentos de gestão, partindo do pressuposto de que o labor do nefrologista também é um “negócio”;

- Condições locais de exercer o ofício de forma digna, no que se refere a espaço, tempo e equipamentos.

- Relacionamento com a saúde suplementar, que impõe as regras relacionais (contratualização; aquisição de cotas).

O médico atende indivíduos fragilizados, com os quais mantém contato por tempo indeterminado, portanto, pressupõe-se que as demandas contenham aspectos psíquicos, sociais e culturais que merecem atenção e habilidade para conseguir um vínculo adequado. Temas como: depressão, morte, redução da autonomia e cuidados paliativos são recorrentes no cotidiano do nefrologista, e além dessa multiplicidade de solicitações disfuncionais oriundas do paciente, o médico também terá que lidar com situações

provenientes de outras relações com diversos profissionais envolvidos no tratamento de saúde.

Os pressupostos éticos e morais que afluem da relação médico-paciente só ocorrem se os coparticipantes se permitirem ouvir o outro. Essa liberdade requerida, no entanto, vem sofrendo pressões externas de várias origens, que tem base na transformação que o homem ocidental vem experimentando ao longo dos últimos séculos, talvez de forma mais impactante desde o início da era industrial. A tecnologia, símbolo desta nova era, vem ocupando cada vez mais o espaço da palavra, atributo fundamental para um diálogo que pode resultar em alguma ação.¹⁸

CONCLUSÕES

O desinteresse dos jovens médicos pela Nefrologia, justificado pela escassez de procedimentos tecnológicos realizados pela especialidade ou porque, durante a graduação os estudantes necessitem ser expostos a especialidades atrativas que determinarão uma futura escolha, não leva em consideração aspectos relacionados ao profissional em si e ao seu entorno social.

Essas questões suscitam uma prévia reflexão sobre a condição humana da vulnerabilidade no campo da ética e exigem tomadas de decisão embasadas em valores previamente acessados mentalmente pelo profissional. Dirigir um olhar a isso representa um substantivo exercício de cidadania.

Ocorre que a vulnerabilidade não se restringe exclusivamente à condição orgânica frágil da espécie. É de suma importância entender que o processo formativo da personalidade, da moral e da ética, pressupostos que capacitam o profissional para lidar com a vulnerabilidade, é algo que não vem pronto, depende de diferentes variáveis, como o ambiente em que se vive desde a infância e a necessidade de reconhecer os partícipes que auxiliam na formação subjetiva do caráter, considerando todos os interesses em jogo.¹⁷

A sociedade ocidental é balizada pela lógica capitalista. Voluntariamente ou não, o médico necessita ter a ciência do poder que regulariza, normatiza e decide as ações que influenciam o ato médico. Reconhecer que esse fato é inevitável, que não há saída, fortalece o meio que busca a satisfação dos interesses de forma unilateral.¹⁹ O estabelecimento de uma postura política nesse ambiente tão privatizado é um desafio que possibilita a realização de atuações mais condizentes com a arte médica, cuja

essência é embasada em princípios estabelecidos pela Bioética: beneficência e não maleficência.

É de suma importância entender o quanto o complexo “saúde e doença” se conecta às relações sociais do enfermo e do profissional da saúde, influenciadas pelo poder hegemônico. A esse respeito, Foucault chama a atenção para os “sujeitos concretos de ação política”, que agem nos bastidores das interações sociais, especificamente na área da Saúde, submetendo a classe médica aos interesses daqueles que detêm o poder e promovendo a exclusão em variadas graduações e níveis. Tais exclusões são constatadas tanto em pacientes como em profissionais e se fazem presentes de diversas formas e matizes, perceptíveis ou não.²⁰

A Nefrologia, especialidade em questão, tem na sua atividade de trabalho um íntimo contato com a tecnologia e seus avanços; um relacionamento com instituições que são regidas por parâmetros mercadológicos. Além disso, o nefrologista se depara com desafios do próprio enfermo porque lida com situações que envolvem risco de morte ou morbidade alta. Nessas atividades cotidianas há muita pressão e condicionamentos que se originam de poderes maiores e geram perspectivas nada animadoras para um exercício profissional mais digno e justo.

Reconhecer a própria condição vulnerável de certa forma potencializa a autonomia do nefrologista e lhe possibilita assumir alguma forma de resistência e, portanto, de poder interagir nas relações. De posse dessa condição subjetiva, o recém-formado pode pleitear assumir o status de aprendiz da especialidade, porém com um reconhecimento mais seguro das vivências que terá no transcorrer de sua vida profissional.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. O nascimento da clínica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2014.
2. Rocha H. A Nefrologia no Brasil: alguns aspectos de sua evolução histórica. In: Mion Junior D, Romão Junior JE. História da Nefrologia Brasileira. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia; 1996. p. 15-28.
3. Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.
4. Machado MH, Pinto LP, Castro A, Cenzi J. Perfil dos nefrologistas no Brasil. *J Bras Nefrol* 2000;22:10-6.
5. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Perfil dos Profissionais de Nefrologia 2016. [cited 2017 Aug 16]. Available from: <http://www.sbn.org>
6. Newman J, Clarke J. Gerencialismo. *Educ Real (Internet)*. 2012 May/Aug [cited 2016 May 5];37(2). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/edreal/v37n2/03.pdf>
7. Patel AB, Balzer MS. On Becoming a Nephrologist: medical students' ideas to enhance interest in a career in Nephrology. *Am J Kidney Dis* 2013;62:450-2.
8. Sharif MU, Elsayed ME, Stack AG. The global nephrology workforce: emerging threats and potential solutions. *Clin Kidney J* 2016;9:11-22.
9. Kalloo SD, Mathew RO, Asif A. Is Nephrology specialty at risk? *Kidney Int [Internet]* 2016 Jul [cited 2017 Feb 12];90:31-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kint.2016.01.032>
10. Souza E. A Nefrologia Intervencionista. [cited 2017 Sep 17]. Available from: <https://sbn.org.br/resumo/a-nefrologia-intervencionista/>
11. Sachdeva B, Abreo K. The history of interventional nephrology. *Adv Chronic Kidney Dis* 2009;16:302-8.
12. Fabri dos Anjos M. Profissionais da saúde entre interesses e altruísmos. In: Pereira A. Dilemas e Discernimentos Clínicos. São Paulo: CREMESP. Forthcoming; 2017.
13. Fabri dos Anjos M. Nascer e viver e morrer num mundo global: da fragilidade à proteção. IX Encontro Luso-Brasileiro de Bioética; III Encontro Lusófono de Bioética – Proteção e Desenvolvimento Global; 2016 Sept 15-17; Porto, Portugal [cited 2017 Aug 08]; Available from: http://www.sbbioetica.org.br/uploads/repositorio/2017_04_17/IX-ENCONTRO-LUSO-BRASILEIRO.pdf
14. Schwartzstein RM, Roberts DH. Saying Goodbye to Lectures in Medical School- Paradigm Shift or Passing Fad? *N Engl J Med* 2017;377:605-7.
15. Schwartzstein RM. Medical Education in the Era of Alternative Facts. *N Engl J Med* 2017;377:607-9.
16. Cambricoli F. Inovar para viver mais. São Paulo: O Estado de São Paulo. 2017 Aug 14.
17. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
18. Arendt H. A condição humana. 10ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
19. Dos Anjos MF. Bioética clínica, biopolítica e exclusão social. In: Siqueira JE, Zoboli E, Sanches M, Pessini L, eds. Bioética clínica: memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética; 2015 Sep 16-18; Brasília, Brasil. Brasília: CFM/SBB; 2016. p. 37-52.
20. Valerio RG. Sobre a biopolítica de Giorgio Agamben: entre Foucault e Arendt. *Griot – Rev Filosofia [Internet]*. 2013 Dec [cited 2017 Sep 20];8:175-89. Available from: <http://www2.ufrb.edu.br/griot/images/vol8-n2/14.pdf>