

Sandra Pereira Impagliazzo

**A voz do Conselho federal de Medicina: da defesa da ética à ação corporativa**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Jane Dutra Sayd

Rio de Janeiro  
1999

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

**A VOZ DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA:  
DA DEFESA DA ÉTICA À AÇÃO CORPORATIVA**

**SANDRA PEREIRA IMPAGLIAZZO  
ORIENTADOR: *JANE DUTRA SAYD***

Rio de Janeiro  
*1999*

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

**A VOZ DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA:  
DA DEFESA DA ÉTICA À AÇÃO CORPORATIVA**

**Sandra Pereira Impagliazzo**

Orientador: *Jane Dutra Sayd*

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Rio de Janeiro

1999

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

134 Impagliazzo, Sandra Pereira  
A voz do Conselho Federal de Medicina: da defesa da ética  
à ação corporativa/Sandra Pereira Impagliazzo – 1999.  
152f.

Orientadora: Jane Dutra Sayd  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro, Instituto de Medicina Social

1. Ética médica - Teses. 2. Medicina - Orientação  
Profissional - Teses 3. Conselho Federal de Medicina (Brasil) -  
Teses. 4. Medicina Social – Brasil. 5. Corporativismo – Teses. I  
Sayd, Jane Dutra. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Instituto de Medicina Social. III. Título

CDU 61:061.231(81)

## *Dedicatória*

---

*Esta dissertação de Mestrado é integralmente dedicada, da primeira à última palavra, da idéia original à sua forma final, aos meus filhos Fernando e Marianna e aos meus pais, Manuel e Neide. À Marianna e Fernando porque, sem eles, nada disto teria sentido. Aos meus pais porque, com eles foi possível encontrar o sentido.*

## *Agradecimentos*

---

O ser humano nasce, cresce, se reproduz e morre. Mas, esse processo não é assim tão simples e, em nenhuma etapa dele, o homem pode estar sozinho, pois é necessariamente um ser de relação. Assim, neste meu percurso não estive, nem por um momento, sozinha; tive sempre com quem dividir, sejam angústias e desânimos, sejam alegrias e conquistas. Nunca poderia deixar de lembrar e agradecer àqueles que estiveram, de forma mais intensa, participando deste meu processo. Sem dúvida, a lista seria exaustiva, por isso, quero antecipadamente agradecer a todos que, de alguma forma, passaram pelo meu caminho. Mas cabe aqui algumas citações muito especiais ...

Ao *Serviço de Psicologia Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, pela semente inicial deste estudo, e ao *Instituto de Medicina Social - UERJ*, por ter me proporcionado um solo fértil para o crescimento desta semente.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> *Jane Dutra Sayd*, minha orientadora, porque a maestria não está apenas na extensão do conhecimento ou na dimensão da sabedoria. Isto muitos tem, inclusive ela. A maestria está na forma como acolhemos idéias, elaborações, desejos, angústias daqueles que nos buscam esperando um eco. Certamente, encontrei um mestre. Então, dedico à ela o mais sincero e o mais especial dos meus agradecimentos.

Ao amigo e mestre Dr. *George Edward Machado Kornis*, não só pela valiosa contribuição ao aceitar ser leitor prévio deste estudo, mas especialmente por todos os momentos que, ao longo destes quase três anos, pudemos juntos compartilhar. Qualquer palavra estaria muito aquém da extensão de minha gratidão. Por isso escolhi, das palavras, as mais simples, mas as mais sinceras: muito obrigada!

Aos professores *Ruben Araújo Mattos* e *Kenneth Rochel de Camargo Júnior*: como expressar toda a gratidão e carinho que foram plantados e colhidos neste meu crescimento? Obrigada, do fundo do coração!

À turma 97/1 do Mestrado, “agregados” doutorandos e demais alunos do Instituto de Medicina Social, agradeço pelo companheirismo, por todos os momentos de convivência que dividimos nesta estrada. Sem dúvida, esses momentos nos fizeram mais próximos e mais humanos. Muito especialmente agradeço às amigas *Ana Rosa Vieira Oliveira* e *Lúcia Grando Bulcão*, porque muito mais que mestres, neste percurso nos tornamos amigas.

À *Lizete, Liliana, Israel e Lia*, porque se hoje posso estar aqui, agradeço todo o incentivo, toda a força e, principalmente, o fato de terem acreditado nas minhas capacidades, até mesmo quando eu própria duvidei.

À *Júlio, Val e Ana Cecília*, pela “ajudinha” mais que fundamental com o meu inglês. E à *Ian e Caio* pelas “pausas” nas tardes de domingo que me fizeram relaxar e recarregar as baterias.

Finalmente à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> *Ana Maria Szapiro*, ao Dr. *José Henrique Cunha Figueiredo* e à psicóloga *Luciana Guedes da Silva*, que estiveram junto comigo nos meus primeiros passos e continuaram ao meu lado em todos os momentos.

## *Epígrafe*

---

*Esgrimindo esta frase: eu tenho razão, desfazem-se os casamentos. perdem-se os amigos, pais e filhos se afastam; os povos vão à guerra, as discussões se estendem e azedam; destroem-se os diálogos; matam-se os homens. Mas, quem tem razão?*

*Razão é uma virtude que só é possuída por quem acredita que não a tem. Porque, se acredita no contrário, já não a tem. Pois ninguém tem toda a razão. Todos têm, da razão, alguma coisa (contanto que falem com mediana razoabilidade).*

*(...) É preciso reconhecer que o outro pode perceber aspectos que eu não vejo. Desde que coisas e problemas apresentam diversos ângulos e que eu, a partir da minha perspectiva, não os posso ver todos...  
Ninguém tem toda a razão.*

*(...) Ao dialogar, é necessário ser compreensivo. Diálogo compreensivo é o daqueles que tentam compreender a posição contrária, não, porém, a partir de sua própria perspectiva e, sim, a partir da perspectiva contrária.*

*(...) O único modo de crescer como pessoa e viver mais intensamente é crescer em amplitude de consciência e compreensão do mundo. (...) A razão da imensa, da infinita verdade será concedida a você na medida em que reconhecer que não está com toda a razão.*

*Dario Lostado*

## *Resumo*

---

O presente estudo apresenta a construção do discurso que o Conselho Federal de Medicina ergue com relação à medicina e ao médico, na hipótese de que este discurso se organiza ao redor de um projeto hegemônico que o CFM traz para a corporação médica.

Para se atingir esse objetivo, utilizou-se os conceitos da sociologia das profissões, especialmente os pressupostos de Eliot Freidson a respeito dos valores da profissão médica. Como instrumento metodológico foi utilizado o método de análise de conteúdo proposto por Laurence Bardin. Com base nesta metodologia, foi analisada a seção denominada “CFM” do *Jornal Medicina* do Conselho Federal de Medicina, em suas edições de 1997.

Ao final do estudo, concluiu-se que o perfil de médico que o CFM propõe como ideal, é de um profissional com atribuições múltiplas – sociais, políticas, éticas, científicas, corporativas. Os maiores problemas a serem enfrentados pelo médico, de acordo com o discurso do CFM, seriam a saúde sendo guiada pela lógica de mercado, a organização da corporação médica como um grupo heterogêneo e o mundo do trabalho cada vez mais precário. Seu discurso dá destaque aos atributos e valores tradicionais da profissão médica, sendo com principal ênfase na autonomia profissional. Além disto, destacou-se que o CFM, em nome da defesa do exercício ético da medicina, acaba por construir uma estratégia de defesa da corporação médica, nos moldes das organizações de classe do tipo sindical.



## *Abstract*

---

This study discusses how the Conselho Federal de Medicina constructs its discourse on medicine and medical doctors, assuming that this discourse is organized around a hegemonic project brought by the CFM to the medical corporation.

Concepts of the sociology of professions were used in order to reach this goal, especially Eliot Freidson's assumptions on the values of the medical profession. The methodological tool adopted was the content analysis method proposed by Laurence Bardin. Based on this methodology, the section entitled "CFM" of the *Jornal Medicina* of the Conselho Federal de Medicina was analyzed in its 1997 issues.

The study concluded that the ideal medical doctor profile proposed by the CFM is one of a professional with multiple attributions –social, political, ethical, scientific and corporative. The major problems doctors have to face, according to CFM's discourse, would be: market oriented health services, the organization of the medical corporation as a heterogeneous group and the increasingly precarious world of labor. CFM's discourse highlights the traditional attributes and values of the medical profession, emphasizing the professional autonomy. It was also pointed out that the CFM, under the banner of the ethical practice of medicine, builds up a strategy for defense of the medical corporation, similar to union type class organizations.

## *Sumário*

---

APRESENTAÇÃO .....	01
INTRODUÇÃO .....	06
<b>CAPÍTULO 1 → A MEDICINA COMO PROFISSÃO</b>	
1.1 – A noção de profissão .....	21
1.2 – Sistema de valores da profissão médica .....	26
1.3 – Principais atributos da profissão médica .....	29
<b>CAPÍTULO 2 → ALGUMAS CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b>	
2.1 – O método da análise de conteúdo .....	39
2.2 – Organizando a análise .....	40
2.3 – O Conselho Federal de Medicina como Objeto de Análise .....	43
2.4 – A Voz do Conselho Federal de Medicina: O Jornal Medicina ...	45
2.5 – A análise temática do discurso do CFM .....	47
2.6 – Recorte temporal e outras considerações relevantes .....	51
<b>CAPÍTULO 3 → A “MISSÃO” DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA</b>	
3.1 – A Voz do Código de Ética Médica ... ..	53
3.2 – A Voz do Conselho Federal de Medicina e suas Missões .....	54
<b>CAPÍTULO 4 → ANÁLISE DE CONTEÚDO DA SEÇÃO ‘CFM’ DO JORNAL MEDICINA</b>	
4.1 – Sociedade .....	65
4.2 – Paciente/Usuário .....	70
4.3 – Necessidades de Saúde da População .....	72
4.4 – Críticas à Política de Governo .....	74
4.5 – Sistema de Saúde .....	80
4.5.1 – Sistema Público de Saúde .....	80
4.5.2 – Sistema Privado de Saúde .....	81
4.5.3 – Relação Público/Privado .....	85
4.5.4 – Políticas de Saúde.....	86
4.6 – Medicina/Médico .....	87
4.6.1 – Heterogeneidade no Mercado de Trabalho .....	91
4.7 – Escola Médica .....	93

<b>CAPÍTULO 5 → O CFM E A DEFESA DOS VALORES PROFISSIONAIS: DA ÉTICA À AÇÃO CORPORATIVA</b>	
3.1 – Autonomia .....	105
3.2 – Ideal de Serviço .....	110
3.3 – Monopólio e Corpo Esotérico de Conhecimentos .....	115
<b>CAPÍTULO 6 → O PROJETO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA</b>	
4.1 – Um Discurso Específico .....	120
4.2 – Defendendo o Exercício Digno, Ético e Profissional .....	124
4.3 – O Mundo do Trabalho Médico .....	129
4.4 – O Médico do Conselho Federal de Medicina .....	138
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>142</b>
<b>FONTES BIBLIOGRÁFICAS PRIMÁRIAS .....</b>	<b>148</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>149</b>

## ***Tabelas, Quadros e Esquemas***

### **Tabelas**

Tabela 1	Seções do Jornal Medicina	46
Tabela 2	Temas Chave Para a Análise	49
Tabela 3	Missões do Conselho Federal de Medicina	64
Tabela 4	Síntese da Análise de Conteúdo da Seção 'CFM' Tema → SOCIEDADE	98
Tabela 5	Síntese da Análise de Conteúdo da Seção 'CFM' Tema → PACIENTE/USUÁRIO	99
Tabela 6	Síntese da Análise de Conteúdo da Seção 'CFM' Tema → NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	100
Tabela 7	Síntese da Análise de Conteúdo da Seção 'CFM' Tema → Críticas Às Políticas De Governo	101
Tabela 8	Síntese da Análise de Conteúdo da Seção 'CFM' Tema → SISTEMA DE SAÚDE	102
Tabela 9	Síntese Da Análise De Conteúdo Da Seção 'Cfm' Tema → Médico/Medicina	103
Tabela 10	Síntese da Análise de Conteúdo da Seção 'CFM' Tema → ESCOLA MÉDICA	104
Tabela 11	Atributos e Valores Defendidos pelo CFM	119
Tabela 12	Comparação entre as Atribuições Formais e as Auto-Atribuições do CFM	127

### **Quadros**

Quadro 1	Atributos Principais Da Profissão Médica	28
Quadro 2	Relação Entre Os Atributos Da Profissão Médica	38

### **Esquemas**

Esquema 1	Versão Simplificada Do Modelo De Análise De Conteúdo De Laurence Bardin	42
Esquema 2	O Médico Do Conselho Federal De Medicina	141

## Apresentação

---

Durante alguns anos de meu percurso acadêmico estive dentro de hospitais – esses locais estranhos onde o ser humano sofre, seja por estar doente, seja por lidar com doentes. Lugar de sofrimento, de dor, de angústia, onde o indivíduo que adocece, muitas vezes, se desnuda de sua identidade, de seu cotidiano, de sua forma de ser, transparecendo, então, toda sua fragilidade, sua insegurança, suas carências e acaba por tornar-se paciente<sup>1</sup>. E, ao adoecer, abre mão daquilo que configura como uma das características fundamentais do ser humano: o livre arbítrio, o direito de tomar decisões a respeito dos aspectos mais fundamentais de sua vida. Ou, como bem colocou Berlinguer (1988)

*“A doença quase sempre comporta perturbações, mal-estar, dor. A raiz da palavra russa ‘bolezn’ é ‘bol’, que significa ‘sofrimento’ ou ‘dor’; também em outras línguas a palavra identifica-se com o ‘sentir-se mal’. O doente é, então, uma pessoa que necessita de atenções particulares e de tratamento.” (p.38)*

O paciente deposita, então, sua confiança e grande parte das tomadas de decisão acerca de sua própria vida nas mãos de outro indivíduo: o médico. Acredita ser esse indivíduo – o médico – capaz de cuidar, de tratar, de curar, de decidir os melhores caminhos para sua vida. Ou melhor, precisa acreditar nisto, perante sua incapacidade – em geral, momentânea e talvez culturalmente adquirida – de gerenciar sua própria existência.

O médico, por sua vez, se vê incumbido desta árdua, se não impossível, missão: cuidar da vida de outro ser humano. Enquanto campo do conhecimento e área de atuação no espaço social, a medicina é vista como detentora de um saber e de técnicas capazes de assumir para si tal responsabilidade. Entretanto, enquanto prática privada e individual, tendo por espaço a relação que se estabelece entre estes dois indivíduos, muitas vezes pode se ver limitada, hesitante diante desta missão.

---

<sup>1</sup> Ser doente e ser paciente são ocorrências distintas. Ser doente significa, a grosso modo, estar acometido de algum nível de mal estar, podendo ele ser das mais variadas origens. Ser paciente já demanda, além do sentir-se e identificar-se como estando doente, a entrada em cena de um segundo sujeito (seja ele um profissional em particular ou uma instituição de saúde) que se proponha a tratar este indivíduo. Assim, ser doente não implica necessariamente ser paciente; e para ser paciente, ao contrário, é preciso que se identifique ao menos a possibilidade da existência da doença.

Assim, algumas lições pude aprender dentro do espaço hospitalar: estava diante de um local de sofrimento e angústia, independente de que papel se esteja desempenhando aí dentro. Seja como doente, seja como profissional de saúde, o lidar com a doença, com a morte, com a limitação e fragilidade da vida humana gera dor e sofrimento. Estar diante da possibilidade da finitude da vida angustia e desespera.

Neste trajeto, estive muito próxima do exercício profissional dos trabalhadores da saúde, sejam médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos. Pude acompanhar de perto a rotina de seu trabalho assistencial, de sua prática profissional.

Minha primeira passagem por uma instituição hospitalar foi ainda como estagiária do curso de graduação em psicologia, entre os anos de 1991 e 1993, no Hospital de Cardiologia de Laranjeiras. Neste período se deu minha primeira aproximação de uma área do conhecimento denominada 'Psicologia Médica', definida por Jeammet P., Reynaud M. e Consoli, S [198-?] como uma forma de

*“considerar na relação médica o papel de tudo o que está no âmbito da psique, quer dizer, tudo o que diz respeito ao funcionamento mental do doente e do médico ou de todos os que ocupam uma função terapêutica”*(p.5)

Assim, tomando a concepção de um psiquismo atuante no processo terapêutico, percorri um caminho teórico que acabou por me levar até a “máxima” de Balint (1988):

*“a droga mais freqüentemente utilizada na clínica geral era o próprio médico, isto é, que não apenas importavam o frasco de remédio ou a caixa de pilulas, mas o modo como o médico os oferecia ao paciente – em suma, toda a atmosfera na qual a substância era administrada e recebida. (p.1)*

A partir daí, então, a medicina e o médico passam a estar no primeiro plano de meus interesses profissionais. E foi exatamente ao trazê-los ao enfoque, ao tentar compreender suas atividades terapêuticas que nasceu o embrião deste estudo.

Depois desta passagem pelo Hospital de Cardiologia de Laranjeiras e dos primeiros contatos com este campo do conhecimento, ingressei no Curso de Especialização em Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da

Universidade Estadual do Rio de Janeiro, onde atuei, no período entre 1995 e 1998 no Serviço de Doenças Infecto-Parasitárias. No transcorrer deste percurso, enquanto continuava a observar muito de perto a prática profissional do médico, foram surgindo alguns questionamentos. Dentre eles, um me pareceu mais relevante: como erguer uma série de críticas generalizadas à prática profissional do médico sendo esta prática tão fragmentada e individualizada<sup>2</sup>? Se a prática médica é sobredeterminada, dependendo para sua conformação de fatores variados que vão desde a formação em escolas médicas até a aquisição da experiência profissional, passando por fatores econômicos, políticos, sociais, e mesmo motivações psicológicas individuais, como tecer uma crítica única, generalizante, uniforme à esta prática, como se fosse, ela mesma, única e uniforme?

Estas críticas construídas ao redor da prática profissional do médico me levaram, então, a uma questão central: é possível definir, com um mínimo de clareza, o campo desta prática? Construir uma série de críticas e questionamentos à ela sem considerá-la como dotada de certa pluralidade e fragmentação, não seria partir do pressuposto que esta prática é única, exercida por uma categoria profissional também única e coesa? E, para que haja uma corporação médica única e coesa, esta não deveria construir um discurso único, com definições, pressupostos e argumentações únicas? Todos os seus membros não deveriam ‘falar a mesma língua’?

Desta forma, com este questionamento como fonte de inspiração para a realização deste estudo, parti para a investigação sobre a existência de uma convergência de interesses, de valores, de princípios entre os membros da corporação médica. Parti rumo a este intrigante e instigante mundo do conhecimento, procurando caminhos que me levassem a algum destino rumo às respostas a esta questão. Decidi tomar por bússola o discurso construído por um órgão da Medicina – o Conselho Federal de Medicina<sup>3</sup> - procurando identificar pontos cardeais que me norteassem nesta viagem pelo mundo da prática médica.

---

<sup>2</sup> Tomo aqui por “prática médica individualizada” aquela que se dá em âmbito individual, se realizando num espaço privado entre o paciente e o médico, em contraposição à medicina que se realiza no espaço público e coletivo e que não dá conta da relação subjetiva e individual entre médico e paciente, não tendo como objetivo tratar os indivíduos isoladamente.

<sup>3</sup> As razões que me levaram a eleger o CFM como objeto de análise serão expostas nos capítulos subsequentes. Convém, entretanto, aqui destacar sua relevância enquanto instância disciplinadora e reguladora da profissão médica, que vai, em última análise, delinear os contornos da medicina e o perfil de seus praticantes.

Assim, procurei traçar os caminhos da organização da profissão médica, caracterizando os fatores que contribuíram neste processo. Destaquei os atributos principais da profissão médica e a conformação de um sistema de valores, elementos que conferiram uma identidade profissional ao grupo. Dentro ainda desse processo de profissionalização da medicina, destaquei o papel relevante que o CFM teve, e continua tendo, não apenas enquanto instância disciplinadora e reguladora da profissão médica, mas como uma organização profissional que traz um modelo de médico, um corpo de valores que define como ideal à profissão e atribuições que visam, em última instância, defender o exercício ético da medicina. Estes elementos dão estrutura à um projeto hegemônico<sup>4</sup> que o Conselho Federal de Medicina constrói perante a corporação médica.

Como instrumento metodológico, foi empreendida a análise de conteúdo de uma publicação específica do CFM – *Jornal Medicina* - tendo em mente o objetivo de resgatar, num dado momento específico – o ano de 1997<sup>5</sup> – em que se baseia essa defesa do exercício ético da medicina, quais os pontos de sustentação que o CFM se utiliza para tal e que médico considera como sendo o ideal para concretizar o exercício digno, ético e profissional da medicina, princípio maior do Conselho Federal de Medicina. Procurei destacar quais os pontos de argumentação que o CFM traz para a defesa de um determinado corpo de valores para esse médico e esse exercício ideais.

Se continuarmos a tomar este estudo, metaforicamente, como uma viagem, esta forma final que aqui se apresenta é o roteiro desta aventura. E como tal, foi organizado somente depois de um árduo e longo “passeio” por atalhos e caminhos, por vezes agradáveis, por vezes tortuosos. Assim, este roteiro foi construído, passo a passo, depois de algumas idas e vindas, depois de algumas perdas de rumo e de rota. Mas seu resultado final trouxe alguns indícios interessantes sobre qual caminho tomar nesta estrada. Cheguei ao final desta viagem sem nenhuma conclusão fechada em si mesma ou respostas definitivas ao meu questionamento. Roteiro interessante este: ao seu final,

---

<sup>4</sup> No presente estudo, entende-se por *projeto hegemônico* a construção de um conjunto de princípios, normas e valores que visam, em última instância, formar e manter a corporação ao redor destas construções, gerando, desta forma uma homogeneidade e uma coesão ao redor deste projeto hegemônico. Assim, o projeto do CFM pode ser definido como o de formar uma corporação homogênea a partir de suas deliberações e posicionamentos.

<sup>5</sup> O ano de 1997 traz três ordens de especificidades que justificam, ao menos em parte, sua escolha, a saber: neste ano tramitaram pelo Congresso Nacional diversos projetos que visavam a regulamentação dos planos e seguros saúde; a NOB-SUS 96 começa a ser implementada neste ano; e, finalmente, 1997 foi declarado, pelo governo federal, o Ano da Saúde.



temos novos caminhos a desbravar. É a curiosa vida do viajante pelo mundo do conhecimento!

O primeiro capítulo deste estudo destina-se a apresentar a medicina enquanto profissão, destacando seu sistema de valores e principais atributos: a autonomia profissional, o ideal de serviço, a manutenção do monopólio de práticas e saberes e a aquisição de um corpo esotérico de conhecimentos. Este capítulo baseia-se, em grande parte, nas proposições de Eliot Freidson a respeito da profissão médica, não desconsiderando, entretanto, as contribuições de outros estudiosos das profissões. No segundo capítulo expõe-se a metodologia utilizada neste trabalho, com a descrição do método de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin e com a justificativa da eleição do CFM, do *Jornal Medicina* e, mais especificamente, da seção “CFM” deste jornal, como objetos desta análise.

No terceiro capítulo é exposta a análise de conteúdo da seção “CFM” do *Jornal Medicina*, ou seja, este capítulo apresenta a forma como o material foi explorado a partir da metodologia proposta no capítulo precedente. A partir desta análise, foi possível construir algumas inferências com relação ao conjunto de atributos profissionais defendidos pelo Conselho Federal de Medicina, o que constitui o conteúdo do quarto capítulo desta dissertação. Por fim, no quinto e último capítulo propõe-se a construir algumas conclusões, onde procura-se dar ênfase ao discurso específico construído pelo CFM, aos argumentos que utiliza para a defesa do exercício digno, ético e profissional da medicina e para a defesa do mercado de trabalho profissional. Ainda dentro deste último capítulo, é dado destaque ao perfil de médico ideal dentro das argumentações do CFM.

Com relação aos questionamentos motivadores deste estudo, creio ter obtido alguns resultados capazes de contribuir com novas perspectivas a respeito da profissão médica e seu praticante. Além disto, este estudo deu origem à novas hipóteses que poderão constituir-se em novas análises, trazendo mais luz à este tema já bastante analisado, porém, ainda bastante conturbado que é a medicina e o médico.

## *Introdução*

---

Muito já foi dito sobre a “*medicina*”, como se fosse possível falar dela como um conceito único e sem contradições. Já se falou sobre sua construção enquanto campo do saber, sobre o seu exercício prático, passando pelas instituições médicas, por seu discurso, pela corporação profissional, por aspectos políticos, sociais, econômicos, ideológicos nela envolvidos. Mas, o que é “a medicina”? Antes, é possível defini-la de forma clara e consensual?

Sem dúvida, com este termo podemos denotar uma ampla gama de significações, ou, como enfatiza Camargo Jr. (1992) “*medicina é uma palavra polissêmica: refere-se a uma prática, a um saber, a uma instituição*”. Quando se diz, por exemplo, “a medicina está procurando a cura da AIDS”, parece que o sujeito da frase não é idêntico ao de quando se fala “a medicina tem aliviado o sofrimento dos portadores do vírus da AIDS”; também é diferente quando se diz “a medicina tem evitado que as pessoas se contaminem com o HIV”. Em cada um desses contextos, temos uma medicina diferente, com definições, funções e papéis distintos.

Quando se toma a questão “para que serve o médico?”, de início pode-se pensar nela como muito simples e de resposta óbvia. Mas,

*“as respostas são bastante matizadas, e querem algumas delas que ele seja um profissional da promoção da saúde, ou que possa utilizar o trabalho em saúde para a transformação social, outras que é um profissional ligado às classes dominantes e que visa manter a população sob controle.” (Oliveira, 1988. p.7)*

Logo, em se tratando de “*medicina*”, as obviedades e certezas podem ser postas em questão, sugerindo a necessidade de se questionar mesmo a existência de homogeneidade e consenso em suas mais simples definições. E, dentre os questionamentos possíveis de serem feitos com relação à medicina, está a existência de uma corporação única que construa um discurso também único – em outras palavras, pode-se questionar a unicidade e homogeneidade da corporação médica e de seu discurso como um mito.

Em uma visão panorâmica pela história da organização da profissão médica no Brasil pode-se vislumbrar tanto a tentativa de formar uma corporação única e

homogênea, como a relevância que o surgimento de organizações profissionais – dentre elas e com especial destaque, do CFM - teve para esse processo de organização profissional.

### 1. O MITO DO DISCURSO ÚNICO

O desenvolvimento da medicina atual, que deu seus primeiros passos a partir do final do século XVIII, é decorrente do surgimento e consolidação da ciência moderna em um modelo de cientificidade que irá projetar um padrão de racionalidade, advindo basicamente da física. Tal modelo traz proposições que devem ser seguidas por qualquer disciplina que aspire à cientificidade: as proposições de um caráter generalizante, mecanicista e analítico (Camargo Jr. 1994).

A medicina, como outros campos do conhecimento, se conforma à este padrão de racionalidade, passando a produzir um discurso adequado a suas proposições. Porém, concomitante às mudanças que a ciência moderna acaba por trazer, mantém-se no interior das construções teóricas da medicina alguns pontos de complicação. É como se a passagem não se desse por completo, havendo proposições que não tomam como ponto de apoio o modelo de cientificidade da ciência moderna, mas se sustentam ou na concepção de medicina enquanto sacerdócio e arte, ou em outros, como o da medicina como prática social e coletiva. Os discursos se mesclam, se entrecruzam e, em alguns aspectos, formam uma complexa e confusa rede de proposições e pressupostos.

Além disso, há uma grande compartimentalização dentro do corpo teórico da medicina. O diálogo entre as diversas disciplinas que a compõem e destas com a prática nem sempre ocorre, ou como diz Camargo Jr. (1994):

*“a articulação dos saberes entre si e destes com a prática é fluida, o que faz com que a prática médica possa ser vista neste particular como um interminável exercício de criação de ideologias científicas.”*  
(p. 31)

Até o final do século XIX, o modelo hegemônico de prática profissional associava as condutas clínicas à subjetividade, à intuição do médico e à diversos preceitos morais. No início do século XX há um crescente desenvolvimento científico e tecnológico da medicina, criando um campo propício para grandes reformulações. Tem início o processo de especialização da medicina, há um aumento considerável na precisão do

diagnóstico e terapêutica, com igual acréscimo dos custos da produção do serviço médico (Pereira Neto, 1996). Também toma vulto a proposta higienista da medicina, defendendo a atuação coletiva e a entrada do Estado na legalização e legitimação de suas práticas. Como destaca Pereira Neto (1996):

*“A tecnologia e a racionalização do trabalho começam a concorrer com a subjetividade, a intuição, a individualização e a sensibilidade na relação médico paciente. (...) A precisão no diagnóstico, a despersonalização da relação médico-paciente, a introdução de um forte aparato técnico e o assalariamento foram alguns dos novos ingredientes que interferiram na organização do trabalho médico e deram início à gênese da medicina tecnológica.” (p. 11)*

Há, então, uma verdadeira revolução dentro da corporação médica que, se em momentos anteriores de sua história nunca se mostrou exatamente como única e coesa <sup>6</sup>, neste novo contexto sofre uma intensa fragmentação, passando a existir mais claramente uma multiplicidade de posicionamentos e pressupostos que irão aparecer em suas construções discursivas.

Para tornar o problema mais complexo, além de uma multiplicidade de posicionamentos e pressupostos, a prática e as teorias médicas (múltiplas) não estabelecem uma relação entre si de determinação. Porém, o corpo teórico formulado torna-se fundamento da legitimação social da prática médica<sup>7</sup>, seja esta legitimação jurídica, política, cultural. Assim *“o papel exercido pela teoria médica no exercício profissional é contingente”* (Camargo Jr. 1994, p. 32 ).

Nesta pluralidade de discursos disciplinares pode-se vislumbrar que eles, por vezes, são muito mais concorrentes que complementares. E, em meio a esta disputa, a prática médica acaba por recorrer

<sup>6</sup> É possível apontar para a heterogeneidade dentro a medicina desde o seus primórdios. Assim, a teoria de Hipócrates dominou o mundo ocidental até o século XVIII, mas haviam outras teorias divergentes dela. Quando a medicina classificatória surge em Paris no século XIX, apesar de hegemônica, também não lhe faltaram críticas e dissidências. No século XIX, com o aparecimento da noção de causalidade da doença, do agente etiológico, há uma nova modificação no campo da medicina, que traz novas concepções para si. Também no século XIX há uma disputa entre os físicos, boticários e cirurgiões, disputa essa que deu origem, ao menos em parte, à necessidade de organização da profissão médica. Assim, é possível afirmar que a medicina nunca apresentou-se como um conjunto de práticas e saberes único e coeso, sendo, inclusive, característico haverem grupos heterogeneos em seu interior. Talvez uma das motivações que levam à idéia de uma homogeneidade na medicina tenha sido a forma como, tradicionalmente, se historia a medicina, com maior ênfase nas conquistas e sucessos que nos fracassos, o que gera o mito de que a única medicina existente é a que obtém êxitos e glórias.

<sup>7</sup> Um dos pontos a ser destacados na análise do discurso do Conselho Federal de Medicina, como será enfocado, reside precisamente na utilização de toda uma argumentação teórica, de caráter técnico-científico, como forma de legitimar e legalizar as práticas médicas, ou de torná-las ilegais e ilegítimas

*“com surpreendente flexibilidade ao seu arsenal teórico, muitas vezes prosseguindo sem nenhuma teoria, sem que isso represente necessariamente um menor rigor profissional, ou menos ainda uma perda da qualidade – e da eficácia – do exercício profissional”* (Camargo Jr. 1994. p. 32).

Assim, as modificações e rupturas no corpo teórico da medicina e o surgimento de novas proposições no interior da prática e do saber médico não se fazem acompanhar necessariamente pelo abandono de antigos saberes e de proposições anteriores.

Merece destaque, à guisa de ilustração deste discurso fragmentado e multifacetado, a necessária ambivalência presente na prática médica (Sayd, 1995). No seu exercício profissional, o médico encontra um duplo apoio fundamental: por um lado apoia-se em um saber científico que lhe outorga poder e hegemonia diante de outras práticas curativas, saber este que parece preconizar muito mais o diagnóstico que a terapêutica. Por outro lado, baseia-se em um conhecimento empírico, “não científico”, muitas vezes fundamentado na experiência pessoal do profissional e mais voltado para a prática terapêutica, para a secular tarefa médica de aliviar o sofrimento humano.

Se baseado em um só destes apoios o médico acaba por não exercer sua profissão com competência: falta-lhe uma das pernas para poder caminhar com segurança. Volta-se aqui à tradicional questão entre arte e ciência médica: seria o médico um artista ou um cientista? Poderia ele ser apenas uma destas coisas, abdicando totalmente da outra? Há aqui uma ambivalência entre discursos que defendem a medicina enquanto ciência e outros que propõem ser a “verdadeira medicina” uma arte. Questão já velha e, de certa forma, ultrapassada, mas que sempre vem a tona quando se discute o que seria uma suposta “essência” da medicina.

Alguns discursos produzidos sobre a medicina a definirão como o exercício da mais pura racionalidade científica. Outros já admitirão a importância da intuição, da imaginação, dos afetos, dos mitos, da experiência. Haverá os que dirão ser a medicina o exercício de poder. Uns definirão medicina como a perversa prática da medicalização, enquanto outros proporão medicina como sinônimo de sacerdócio. Esta multiplicidade de discursos sobre a medicina pode ser vista em dois exemplos: um tradicional representante da clínica médica e uma centenária revista médica inglesa. O primeiro propõe que

*“a prática da medicina é uma arte que representa muito mais do que a aplicação dos princípios científicos a uma aberração biológica em particular. Seu foco situa-se no paciente, cujo bem estar constitui seu propósito permanente”*<sup>8</sup>. (Cecil, 1977 p. 4),

A segunda afirma que

*“a prática médica deriva-se, em sua parte sólida, do científico, e os termos com os quais persuade o paciente são tomados do científico”*<sup>9</sup>  
<sup>10</sup> (The Lancet, 1993 p.1063).

Assim vislumbra-se que, dependendo de alguns fatores como corrente ideológica, papel e lugar com relação à corporação médica, crenças e valores compartilhados pelo grupo específico ao qual pertence, o discurso produzido irá ter contornos distintos.

Há, ainda, a possibilidade de um uso oportunístico desses apoios, ou seja, da utilização de um ou de outro argumento, dependendo dos interesses que se tem por objetivo. Em um momento afirma-se a supremacia de um dado argumento para, em um segundo momento, infirmá-lo em detrimento de outro. Então, um mesmo segmento pode usar argumentos antagônicos, oportunisticamente, e passear por diversos discursos.

Em síntese, diante desta multiplicidade de discursos produzidos a partir de diferentes referenciais, crenças, valores e ideologias, vislumbra-se a possibilidade de apontar para contradições, fragmentações e fraturas existentes no interior dos discursos construídos a respeito da medicina e do seu praticante.

O próprio discurso científico se constrói através de crenças e valores tomados como consenso geral de um grupo específico. Assim,

*“se evidencia a estratégia de argumentação construída em torno de um conjunto de crenças”, (...) o conhecimento científico, nesta perspectiva, se ancora não em um terreno sólido de uma realidade cuja existência independe do homem, mas no terreno igualmente sólido de crenças e valores partilhados por comunidades específicas e especializadas.”* (Mattos, 1998)

<sup>8</sup> Grifos meus.

<sup>9</sup> Grifos meus.

<sup>10</sup> No original: *Medical practice derives its sounder part from a scientific , and the terms in which a practitioner reasons about a patient are taken directly from science*

A comunidade médica também vai partir de um conjunto de valores e crenças, que normalmente não são postos em questão e que vão determinar, em última instância, quem faz parte e quem está excluído desta comunidade. É a partilha de um determinado corpo de crenças, valores e definições, corpo este que seria construído e criado, e não dado, que vai dar a essa comunidade médica o status de comunidade científica.

Esses valores e crenças, no entanto, não tem estatuto consensual entre os estudiosos da sociologia das profissões e podem ser definidos como um sistema que passa, na atualidade, por turbulências e modificações. Admite-se, no entanto, que os valores e crenças são fundamentais na formação e coesão de um grupo. Resta saber com que tipo de argumentação e sustentação se dá a defesa de um dado sistema de valores. Pode-se ainda questionar se um sistema de valores é, necessariamente, um ponto consensual de um grupo ou se, em dados momentos, representantes diferentes de um mesmo grupo sustentam sistemas de valores também diferenciados, de acordo com os interesses que trazem.

O médico sofre influências múltiplas – sociais, políticas, econômicas, científicas, psicológicas – que irão conformar tanto seu agir como seu pensar a respeito de sua profissão. Além disso o próprio discurso médico é sobredeterminado, tendo muitas influências que se exercerão sobre ele. Assim, a prática do médico, seu discurso e a forma como ele se auto-define são contextualizados, trazendo necessariamente uma historicidade e um campo social matizado ou diversificável. A atividade profissional do médico passou por intensas transformações nas últimas décadas, o que logicamente trouxe também modificações importantes ao discurso que este profissional constrói a respeito de si mesmo. Se o ofício médico mudou, mudaram também seu modo de vida, seu status, seu papel social, sendo sua realidade social, o contexto sócio-político em que se dá, os fatores econômicos, de extrema importância.

Apesar disto, a visão que se tem sobre a medicina sustenta-se, frequentemente, em uma concepção a-histórica, sendo ela tomada como determinada por uma corporação irremediavelmente coesa. Há alguns mitos que parecem permear os comentários feitos à respeito da medicina. Talvez o mais importantes destes mitos refira-se a existência de um discurso homogêneo e monolítico em seu interior. Toma-se a medicina como entidade mítica de uma corporação única, coesa, fechada, sem liberdade de pensamento, sem contradições ou fraturas. A concepção de uma corporação assim organizada acaba por fundamentar muitos dos comentários feitos a

seu respeito, contribuindo inclusive para a conformação de um “ideal de medicina”: o que é “verdadeiramente” a medicina, o que forma um bom médico, qual a função da medicina?

Dáí cria-se um novo mito, o de uma corporação que travou um pacto perverso contra tudo e contra todos. Nada poderia contra esta corporação tornada tão poderosa. Assim, o mito do discurso único acaba por gerar um segundo mito: o da corporação única. E dentro desta construção mítica, destaca-se uma das atitudes que dão corpo à coesão entre os profissionais da medicina: o corporativismo, sendo esta atitude aprendida no transcorrer do processo de formação do médico.

## 2. A ORGANIZAÇÃO DA PROFISSÃO MÉDICA

Pode-se propor o corporativismo<sup>11</sup> como elemento fundamental para a identidade profissional do médico. Para Machado (1995:24) a aprendizagem da colaboração entre colegas de profissão é tão importante quanto a aprendizagem de atitudes e valores com relação aos pacientes. A autora cita, inclusive, algumas características da organização médica, como a identidade entre os membros da comunidade, com baixo índice de deserção; os papéis são, em geral, aceitos por todos; há um poder da comunidade médica sobre os seus membros, havendo clareza nos limites; há um controle na seleção dos membros da comunidade.

O corporativismo é central para a organização dos interesses profissionais do grupo. Uma das mais fortes expressões do corporativismo é a auto-regulação exercida pela própria comunidade médica – ou seja, a autonomia profissional – sendo as associações profissionais as primeiras formas de regulação da corporação:

*“As associações profissionais são uma das formas de regulação mais antigas das corporações. O desenvolvimento do código de ética é um caminho proeminente pelo qual as associações funcionam como auto-regulação, que são sistemas legais, privados, característicos das profissões estabelecidas formalmente”*<sup>12</sup> (Machado, 1995:25)

Assim, destaca-se a necessidade de uma fiscalização exercida pelos pares para que se domine a atividade. Mas, é preciso que haja instrumentos que legitimem esta

<sup>11</sup> Machado (1995:24) define corporativismo como a “capacidade extraordinária de cooperação entre colegas”, uma capacidade de cooperação mútua.

<sup>12</sup> Grifos meus



fiscalização e esta auto-regulação, instrumentos que, de maneira geral, estão sob o domínio dos conselhos profissionais.

Recorta-se, então, a relevância das organizações profissionais tanto no processo de profissionalização da medicina, como na construção de uma estrutura corporativa, fundamental à identidade profissional. Mas, como se deu o processo de profissionalização da medicina no Brasil? E, primordial para a nossa discussão, como o Conselho Federal de Medicina entra em cena e com que propósitos? O intuito aqui não é o de historiar a profissionalização da medicina no Brasil, mas o de, utilizando a contextualização deste processo, recortar a relevância do Conselho Federal de Medicina dentro dele.

A primeira escola de medicina do Brasil, a Escola de Cirurgia da Bahia, foi criada em 1808, não por acaso, ano da vinda da Coroa Portuguesa para o Brasil. Meses depois, no mesmo ano, surgiu a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, a nossa segunda escola de medicina. Mas a criação destas escolas não modificou muito a situação caótica da medicina brasileira no início do século XIX:

*“O desempenho inicial das primeiras escolas médicas brasileiras parece não ter rompido com a situação anterior, sendo seu desempenho questionado por alguns historiadores da medicina”*  
(Santos, 1995 p.100)

Poucos anos após sua criação, em 1813, essas escolas passaram por reformas. Deixaram de se chamar Escolas de Cirurgia, passando a ser denominadas Colégios Médico-Cirúrgicos. A partir de então, as escolas de medicina sofreram algumas reformulações, como a de 1826, quando começaram a conferir cartas de cirurgião ou cirurgião-formado e de médico; em 1831 foram criadas as faculdades de medicina com 14 cadeiras e 6 anos de curso, o curso de parteiras, com 2 anos de duração e o de farmacêutico em 3 anos; em 1879 ampliou-se para 26 o número de cadeiras na faculdade de medicina.

E, assim, vai-se quase um século de reformas procurando dar corpo a formação profissional do médico. Os próprios médicos passaram a demandar uma organização mais sólida, que defendesse seu monopólio e a autonomia:

*“um grupo de profissionais aqui formados buscava o fortalecimento de sua corporação, a defesa da profissão e do mercado de trabalho. A partir de 1832 (...) a reformulação das escolas define claros limites”*

*para o exercício da medicina, reconhece a unificação das atividades médicas (cirurgião, boticário e físico), e o direito do exercício profissional para todos os formados nas escolas brasileiras*<sup>13</sup>  
(Santos, 1995 p.101)

Pode-se vislumbrar o embrião do que virá a se constituir como a organização corporativa profissional e a instauração do Conselho Federal de Medicina. Com a defesa do fortalecimento da corporação, a prática médica passa a ser de competência exclusiva e legal dos médicos formados nas faculdades de medicina. O processo de profissionalização vai, assim, se consolidando, e o médico, adquirindo autonomia, prestígio e mercado de trabalho.

A primeira associação médica do Brasil surgiu em 1829 no Rio de Janeiro – a Sociedade de Medicina. Tinha participação ativa na estruturação das faculdades da Bahia e do Rio de Janeiro e estreitas ligações com o Império. Em 1835 tornou-se a Academia Imperial de Medicina, estreitando ainda mais seus laços com o poder imperial. Foi a partir de sua atuação que surgiu o primeiro decreto sobre o exercício legal da profissão médica.

Dado o pontapé inicial do movimento corporativo dos médicos brasileiros com a criação da Sociedade de Medicina, surgiram outras entidades semelhantes, todas trazendo como objetivo primordial o aprimoramento científico, os princípios éticos profissionais e o fortalecimento da corporação junto ao poder constituído (Santos, 1995).

O primeiro sindicato da corporação (e o primeiro de profissionais liberais do Brasil) nasceu em 1927 – o Sindicato Médico Brasileiro – “*ampliando a estrutura de representação e organização dos médicos brasileiros*” (Santos, 1995:103). Em sua fundação, o Sindicato tinha como propósito a organização de um Código de Deontologia. Na realidade, em 1931 foi publicado o Código de Moral Ética, que, porém, não se constituiu como forte referencial para a organização ética da categoria.

Somente em 1945<sup>14</sup> é criado o Conselho Federal de Medicina, que põe em vigor o Código de Deontologia Médica. Na verdade a criação do Conselho já havia sido sugerida por ocasião do IV Congresso Médico Sindicalista. A criação do CFM decorreu

<sup>13</sup> Grifos meus.

<sup>14</sup> Uma das publicações do CFM analisadas afirma que o CFM foi criado em 1951. Já Santos afirma que essa criação deu-se em 1945, sendo 1951 a data de criação da AMB

da grande urgência de intervenção do poder executivo na organização médica. Tanto que, inicialmente, a escolha dos membros do conselho era função do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Assim, constituía, na verdade, um elemento estranho, externo à corporação (Marinho, 1986).

A categoria médica acaba por rejeitar essa intervenção do poder executivo, indo contra a efetividade das ações do Conselho. Daí nasce a Associação Médica Brasileira em 1951, que lutou pela modificação deste quadro, o que ocorre em 1957, com a regulamentação da atual estrutura dos conselhos da categoria médica:

*“Cria-se a estrutura do Conselho Federal de Medicina, localizado no Distrito Federal, e os conselhos regionais em cada unidade federativa. Estes conselhos são definidos como órgãos supervisores da ética profissional, julgadores e disciplinadores da classe médica. Adquirem, a partir daí, os conselhos federal e regionais, autonomia administrativa e financeira.”* (Santos, 1995:104)

Com isto, a intervenção do Estado fica limitada e o próprio Conselho assume as atribuições de julgamento ético da categoria. A escolha dos membros também deixa de ser função do Estado, passando a ser tarefa dos conselhos regionais e da Associação Médica Brasileira. O Conselho Federal de Medicina passa a ter sua diretoria composta por dez membros efetivos e outros dez suplentes. Os conselhos regionais constituem delegados que, através de escrutínio secreto, elegem nove destes membros do CFM. Os demais membros são eleitos pela Associação Médica Brasileira.

Mas, segundo Santos (1995)

*“Apesar desta nova configuração, o Conselho sempre teve forte ligação com o Estado. Sua idealização teve início no pós-guerra, quando se discutia sobre os deveres estatais que não deveriam ser restritos apenas à direção política e administrativa da nação. Deviam ser ampliados, tendo como perspectiva o maior controle da sociedade”* (p.104)

Foi, então, entre as décadas de 40 e 50 que se consolidaram os principais órgãos ligados à corporação médica: o Sindicato Médico, o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira. Destaque-se que somente mais de um século após o surgimento da primeira associação médica brasileira – a Sociedade de Medicina em 1829 – é que esses órgãos vão se consolidar. E, dentre esses órgãos, o CFM detém forte relevância perante a corporação médica.

### 3. O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Um dos pontos centrais que dá relevância ao CFM é sua representatividade legal e a obrigatoriedade de filiação dos profissionais. Inquestionável proposição, visto que os conselhos detêm para si a aplicação de sanções e punições à corporação, a definição do que é legítimo ou ilegítimo ao exercício profissional, a determinação de quem está incluído ou excluído da categoria médica. E mesmo que uma parcela da corporação teça críticas ou se mostre contrária às suas deliberações, é ele que, em última instância, julga, disciplina e fiscaliza a corporação, em geral, com base no código de ética.

A formulação de um código de ética é uma das formas mais importantes pelas quais associações profissionais exercem sua função de auto-regulação, trazendo um conjunto de normas e regras que devem ser seguidas por grupos específicos e que são de extrema importância como “leis de convivência” ou como um “código de etiqueta”.<sup>15</sup>

O código de ética médica do Brasil só é regulamentado em 1957. Fato relevante que aponta para um questionamento sobre a forma como se conduzia a relação entre médico e paciente antes da entrada em cena deste código. Esse relacionamento se baseava em critérios que diferenciavam o bem do mal, o certo do errado de forma simplista e direta.

Além disto, a relação entre médico e paciente era marcadamente unilateral e assimétrica, devendo o paciente total obediência às ordenações do médico. O que o paciente trazia para esta relação era considerado subjetivo e sem importância perante o

---

<sup>15</sup> A intenção aqui não é a de esgotar o debate acerca da ética, mas apenas abordar dois aspectos a seu respeito, a saber: a ética enquanto um dos pilares fundamentais do processo de organização profissional e sua relevância como ponto de convergência da corporação médica. Ferreira (1986) define a ética como o “*estudo dos juízos de apreciação referentes à conduta humana suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja ela relativamente à determinada sociedade, seja de modo absoluto*”. De forma mais elaborada, podemos destacar a definição de ética proposta por Japiassu & Marcondes (1990): “*Parte da filosofia prática que tem por objetivo elaborar uma reflexão sobre os problemas fundamentais da moral (finalidade e sentido da vida humana, os fundamentos da obrigação e do dever, natureza do bem e do mal, valor da consciência moral, etc.), mas fundada num estudo metafísico do conjunto das regras de conduta consideradas como universalmente válidas*”.

Os autores diferenciam moral de ética, afirmando que a ética está mais voltada para a elaboração de uma reflexão sobre as razões de se desejar a justiça e a harmonia, procurando os meios de alcançá-la. Já a moral detém-se na construção de prescrições destinadas a assegurar esta justiça e harmonia na vida em comum. Seguindo esta diferenciação, então, pode-se pensar que o mais exato seria dizer que há um código de moral, que toma por fonte inspiradora as reflexões da ética. Mas os próprios autores nos dizem que o termo moral, em sentido amplo, pode ser tomado como sinônimo de ética, “*enquanto teoria dos valores que regem a ação de conduta humana, tendo um caráter normativo ou prescritivo*”.

Dadas estas definições, o que interessa destacar nelas é o fato de a ética estar referida ao bem e ao mal da conduta humana, servindo de norma e prescrição para a vida em comum dos indivíduos, sejam eles de uma sociedade específica ou da humanidade em geral.

benefício e a verdade objetiva do conhecimento do médico (Garrafa, 1995). A relação médico-paciente não deixa de ser uma relação assimétrica e unilateral com a formulação do código de ética, mas, com ele, passam a existir instrumentos que disciplinam a conduta médica. Garrafa inclusive, afirma que, antes de haver um código de ética a disciplinar as condutas médicas, essas eram marcadas pelo paternalismo:

*“Para que essa condição houvesse permanecido por tanto tempo inalterada, contribuiu muito a contrapartida profissional através do chamado ‘segredo médico’, que vinculava (e ainda vincula) os dois atores em uma espécie de relação mônada intocável. Com isso o médico acabou tornando-se não somente um agente técnico e científico, mas também moral, e o enfermo passou a representar apenas uma pessoa que necessitava de ajuda técnica. Até mesmo quando as medidas adotadas fossem contrárias à sua opinião: o ‘paternalismo’ foi uma constante em toda a ética médica daqueles tempos”<sup>16</sup> (p.11)*

O CFM acabou por firmar-se como uma espécie de tribunal ético, sendo inclusive criticado por Donnagelo (1975) por restringir-se “a aplicação do código ou à fiscalização ética do exercício profissional” (p.131). Por outro lado, a mesma autora recorta a função do CFM de sustentar o conjunto de valores tradicionais da categoria “caracterizando-se mais como um sistema de referência para a legitimação ou não-legitimação das novas condições de trabalho médico” (p.131).

Com o decorrer do tempo e a partir de intensas modificações ocorridas ao longo das décadas seguintes, surge a necessidade de alterações no código de ética, o que só ocorre em 1984, quando é produzido o Código Brasileiro de Deontologia Médica. Nesta nova edição do Código de Ética:

*“os profissionais expressam os princípios que tratam da afirmação do ideal de serviço, declarando sua responsabilidade para com o paciente e com a sociedade; (...) promovem o desenvolvimento da profissão a partir do progresso científico desta; assumem a autonomia, afirmando condições para o exercício profissional, pactuam quanto ao segredo profissional, comprometendo-se na defesa da profissão e dos pares.”<sup>17</sup> (Santos, 1995:105)*

Deve ser destacada a importância que a adoção de um código de ética tem dentro do processo de profissionalização (não só da medicina, mas de qualquer ocupação que

<sup>16</sup> Grifos meus

<sup>17</sup> Grifos meus

passa por esse processo). Dentro desse processo, a partir da formação de associações profissionais, regulamenta-se a profissão e, passo seguinte, estabelecem-se normas e regras profissionais (Machado, 1995). Assim, e não por acaso, a adoção deste código está vinculada aos conselhos profissionais.

Deve ser ressaltado, porém, que a ética que serve como pilar de sustentação para a profissão médica não é apenas aquela presente no código de ética. A conduta ética não se resume a um determinado número de regras a serem impostamente seguidas (Garrafa, 1995). Importa aqui, não tanto a discussão da forma como o comportamento ético é adquirido pelo indivíduo, mas sim a afirmação de que esta aquisição não se dá através da simples adoção de códigos que imponham regras e punições. Essa aquisição dos princípios éticos que regem a profissão se dá no decorrer do processo de socialização, processo que engloba desde os aspectos puramente técnicos e formais da formação, até a conduta do médico (Rego, 1995). Neste processo de socialização o médico adquire não só a competência técnica, mas o corpo de valores e crenças primordiais da profissão e também as normas e padrões que irão reger suas condutas. Assim, a ética que serve de pilar de sustentação para a profissão médica é mais abrangente do que o conjunto de regras e normas que traz o seu código de ética.

Mesmo assim, o código de ética pode ser postulado como o ponto de convergência entre os diferentes segmentos da corporação médica. Assim, apesar da existência de diferenças entre grupos de médicos, todos os profissionais estão submetidos ao mesmo código, são regidos pelo mesmo conjunto de regras e normas éticas. O que dá ao código de ética um grande destaque como ponto básico de convergência e, de certa forma, de homogeneização da corporação.

Pode-se questionar o código de ética enquanto norma comum e representativa do conjunto da categoria (Pereira Neto & Rocha, 1995), mas não se pode negar o fato de que este conjunto esteja a ele submetido. Uma coisa é a concordância e o aceite de todos os membros da corporação médica com relação ao código de ética; outra coisa é a convergência da categoria com relação às normas e regras que o código traz enquanto preceitos suscetíveis de penalidades e sanções. Se a totalidade da corporação está de acordo com o código de ética é pouco provável, mas que ela está submetida a este código, isso é fato.

Pereira Neto e Rocha (1995), analisam a ética:

*“como uma norma, que é constituída coletivamente, formalizada legalmente em um código e estabelecida através da persuasão ou até da coerção. Não se trata aqui de priorizar o papel da consciência individual como orientadora das ações humanas. A responsabilidade individual passa a ser observada em relação a uma prescrição coletiva, que determina as regras de conduta e relacionamento com seu colega e seu cliente. Seu desrespeito acarreta uma série de sanções.”* (p.23)

Os códigos de ética profissional são produzidos de acordo com conjunturas históricas, representando aspirações e modelos de prática distintos em cada momento específico. Assim, *“o código representa uma estratégia de parte da categoria para se impor sobre o conjunto”*<sup>18</sup> (Pereira Neto & Rocha, 1995:25). Para esses autores, os códigos de ética profissional trazem, além de normas e regras, uma estratégia de hegemonia, visando a imposição de um modelo profissional particular de uma parcela da categoria sobre seu conjunto. Assim, *“uma estrutura de poder se estabelece entre os membros que compõem a profissão, o que comprova sua heterogênea composição”*<sup>19</sup> (p. 26). E mesmo que se afirme que o simples estabelecimento do código não implica seu conseqüente cumprimento (Pereira Neto & Rocha, 1995), pode-se destacar que este estabelecimento traz em si um projeto do que seria o ideal de medicina e de médico dentro da visão de uma parcela significativa da corporação: o órgão fiscalizador e disciplinador da profissão.

Assim, ao se admitir que o código de ética é produzido de acordo com conjunturas históricas determinadas e que representa uma estratégia de hegemonia, pode-se passar a um outro questionamento: que tipo de argumentação é erguida pelo Conselho Federal de Medicina na tentativa de sustentar sua estratégia hegemônica perante o conjunto da categoria médica.

O que se propõe aqui, então, é a existência de uma estratégia de construção de hegemonia, por parte do Conselho Federal de Medicina, embasada no mito de um discurso único que *“escamoteia cuidadosamente a questão do tipo de racionalidade que sustenta seu projeto de interpretação e construção da realidade social”* (in Plastino, 1996 PAG). Desta forma, o mito do discurso único da medicina leva à crença de uma racionalidade também única que a sustentaria. Com esta estratégia, e dotada de

<sup>18</sup> Grifos meus

<sup>19</sup> Grifos meus.

instrumentos facilitadores da construção desta hegemonia – basicamente, o status de disciplinador e julgador da corporação médica e o de legitimador e legalizador de práticas -, o CFM trava a tentativa de homogeneizar a corporação médica a partir deste discurso e desta racionalidade, ambos tomados como únicos.

Inegável, então, sua relevância diante desta corporação. Em dado momento a insatisfação da categoria médica levou à modificações no estatuto e nas funções do CFM, a partir da criação da AMB. Se o quadro atual é de satisfação ou não, se a categoria médica traz outras expectativas diante do órgão fiscalizador e disciplinador de suas práticas, esta é uma questão que não nos ocupa neste momento<sup>20</sup>. Assim, o que é aqui tomado como relevante é o fato de, independente de insatisfações ou aspirações que a corporação médica possa ter com relação ao CFM, ele constitui, neste momento histórico específico, o órgão que aglutina, de certa forma, a corporação médica. Só isso já lhe daria relevância e importância. Daí a escolha de tomá-lo por objeto de análise.

Dito isto, o estudo que aqui se apresenta procura recortar, dentro de um único e representativo segmento da corporação médica – o Conselho Federal de Medicina – suas propostas e proposições, suas argumentações e definições, enfim, o que traz como pilares de sustentação para a construção de seu discurso referente à seu maior alvo – a corporação médica – assim como os argumentos que traz para levar adiante sua tarefa maior: a defesa do exercício ético da medicina.

---

<sup>20</sup> Convém, entretanto, apontar para o fato de a situação atual que marca o mundo do trabalho – desemprego, crise econômica, grandes mudanças no processo de produção e no padrão de consumo que levam o trabalhador a uma crescente insegurança – acaba por afetar, dentre outras diversas coisas, a organização dos trabalhadores, levando as organizações a se colocarem em uma posição mais defensiva e enfraquecendo suas práticas reivindicatórias. Esta temática será retomada adiante, quando da discussão acerca do mundo do trabalho médico. Mattoso (1997) faz uma interessante exposição sobre o tema



## Capítulo 1

---

### A MEDICINA COMO PROFISSÃO

#### 1.1 – A NOÇÃO DE PROFISSÃO

O que é uma profissão? O Novo Dicionário da Língua Portuguesa (Ferreira, 1986) fornece uma variedade de definições do termo, que vão desde o ato de professar ou confessar uma crença ou um sentimento até profissão como um meio de subsistência; de atividade especializada à obtenção de prestígio social ou intelectual, além da definição de profissão como ofício ou carreira.

Então, deduz-se que, de acordo com o senso comum, profissão, ocupação e emprego são tomados como sinônimos. Mas, ao se buscar uma definição mais sistematizada ao termo, adotando a perspectiva da sociologia das profissões, tomar tais termos como sinônimos constitui um equívoco, já que as profissões são dotadas de atributos muito específicos, que tanto as distinguem das ocupações e do emprego, como conferem uma certa especificidade ao termo “*profissão*”.

Vivemos em uma sociedade profissionalizada, caracterizada pela divisão do trabalho em diferentes profissões e especializações (Machado, 1995). A profissão domina o mercado de trabalho e serve de modelo para as ocupações, sendo, então, dotada de status, com hegemonia no campo do saber, monopólio no campo da prática e envolve, em geral, uma relação especial com o Estado.

A medicina, ao lado de outras atividades como o sacerdócio, a engenharia e o militarismo, são tradicionalmente definidas como profissões. Na realidade não há consenso entre os estudiosos da sociologia das profissões sobre o que seria ou não uma profissão<sup>21</sup>. O objetivo de trazer à tona esta discussão é desenhar o processo de profissionalização da medicina para, dentro deste processo, recortar a emergência e relevância do Conselho Federal de Medicina. Também se objetiva analisar a forma como o CFM se posiciona diante dos principais atributos definidos pela sociologia das

---

<sup>21</sup> Citamos como relevantes a esta discussão os seguintes autores: Moore, Wilesky, Larson, Freidson, Paul Starr dentre outros

profissões como característicos da medicina. Assim, é relevante refazer, brevemente, este percurso trilhado e também problematizar algumas questões condizentes com os atributos e características da profissão médica.

A maioria dos teóricos da sociologia das profissões concorda ao definir que um corpo esotérico de conhecimentos e a orientação para um ideal de serviço ou para a coletividade são atributos essenciais na definição de uma profissão (Machado, 1995). E, ao que parece, na medicina esses dois atributos estão, não só presentes, como em certo destaque. Há alguns autores que trazem ao enfoque outros atributos, além destes, para a caracterização de uma profissão, como a autonomia profissional.

Moore (in Machado, 1995) propõe uma escala de atributos para se conceitualizar o profissionalismo, uma escala que inclui a ocupação como fonte de subsistência para quem a exerce, a vocação, a organização, a autonomia, além da aquisição de um corpo esotérico de conhecimentos e uma forte orientação para o serviço. Também se ressalta o recorte que faz da organização dos membros do grupo como atributo para a profissionalização, sendo esta organização dada pelo controle de acesso, seleção e regulamentação dos participantes e a adoção de um código de ética. Aparece, aqui, a relevância da instauração de órgãos que tragam as normas e modelos, assim como mecanismos de controle do acesso e a formulação de um código de ética para a profissionalização de uma atividade ocupacional.

Ressalte-se também os critérios para aquisição de autonomia destacados pelo autor: organização para um controle de admissão, educação especializada, normas efetivas, compromisso com a vocação, enfim, critérios que acabam por estar sob o controle das instâncias reguladoras e disciplinadoras da profissão.

Machado, em sua exposição sobre as posições que Moore adota com relação a autonomia profissional, afirma:

*“a falta de homogeneidade dentro da mesma ocupação é outra questão problemática. O que queremos dizer é que uma mesma categoria pode ter diversas condutas e formas de lidar com seus clientes, variando segundo sua área e especialidade, bem como de profissional para profissional”<sup>12</sup> (p.17)*

Esta falta de homogeneidade mostra-se problemática quando se trata de recortar a corporação médica como categoria única e coesa, sendo potencialmente capaz de

ameaçar o monopólio e a autonomia desta corporação. Mas a heterogeneidade da corporação é também motivo de atenção e preocupação para os órgãos que tomam para si como função regular e disciplinar a atividade profissional.

Machado traz ao debate também as proposições de Wilensky, que recorta como diferencial importante entre profissões e não-profissões o caráter técnico e a existência de normas e regras profissionais nas profissões. Para o autor, segundo Machado, o caráter técnico das profissões *“baseia-se no corpo de conhecimento sistemático adquirido através de um treinamento escolar”*. (p.18). Além disto, destaca a necessidade da existência de um conjunto de normas e regras que dão corpo à categoria profissional, sendo que, via de regra, tais normas e regras são do encargo de órgãos de fiscalização e regulamentação profissional.

Ainda seguindo o estudo de Machado, Wilensky definiu cinco passos essenciais para a profissionalização:

- a- trabalho como ocupação de tempo integral, decorrente da necessidade social dele;
- b- criação de escolas de treinamento, sendo o conhecimento transmitido de forma sistematizada e universal;
- c- formação de uma associação profissional, onde se definem os perfis profissionais que darão identidade ao grupo;
- d- regulamentação da profissão, que assegura o monopólio de competência do saber e da prática e
- e- adoção de um código de ética, com o estabelecimento de normas e regras profissionais.

Desta forma, Wilensky atribui à formação de uma associação profissional um papel primordial no processo de profissionalização de uma ocupação, sendo esta associação definidora dos perfis profissionais e, em última instância, da identidade do grupo.

Passando a focar a medicina neste processo de profissionalização, o primeiro ponto a ser destacado é o fato de os médicos não terem sido desde sempre uma categoria

---

<sup>22</sup> Grifos meus.

profissional organizada e unificada. Houve momentos em que esta cisão e fragmentação foi, não apenas evidente, mas principalmente motivo de muitas discussões e tentativas de organização da categoria. No desenvolvimento do projeto de organização e profissionalização da medicina ocorreram disputas acirradas e variadas tentativas de resolução das questões que tratavam da profissão médica. Como nos diz Coelho (1995):

*“a história da medicina (...) será tecida com outros materiais: conflitos em torno de hierarquias emergentes, acirradas disputas por mercado, luta por poder e prestígio, e até mesmo ignorância e má-fé.” (p.35)*

Dentre essas variadas tentativas, pode-se citar, com base no trabalho de Coelho (1995) e com o propósito de exemplificação, como a medicina se organizou e profissionalizou na Inglaterra, nos Estados Unidos e na França, tomando, em cada um dos casos, trajetórias bastante distintas<sup>23</sup>. É relevante destacar que, nos três casos analisados pelo autor, a formação de algum tipo de associação ou organização profissional aparece nesta trajetória. Assim, surge na Inglaterra o Medical Register (estabelecido pelo Medical Act de 1858), nos EUA, a American Medical Association (1846) e na França a lei Vêntose (editada em 1803, após um período de “anarquia médica” decorrente da dissolução das organizações médicas existentes à época da Revolução Francesa em 1789). Um breve olhar sobre a organização da medicina nesses países mostra um ponto em comum entre elas: há sempre um tipo de legalização que pretende ordenar e organizar as práticas curativas. Assim, a organização da profissão médica tomou rumos diferentes em contextos diversos, porém uma questão está presente em todos os processos: quem tem o direito de exercer a prática curativa?

A defesa do monopólio, do direito e privilégio exclusivos sobre suas práticas e saberes, está no bojo do nascimento da medicina enquanto prática profissional organizada, sendo mantida até hoje como um dos pilares de sustentação da profissão médica.

Para Freidson (1988), além da adesão ao sistema de valores da profissão, há a necessidade de formação intelectual prolongada e de monopólio da atividade médica. Pode-se propor que a formação intelectual se propõe à, entre outras coisas, construir e

manter um corpo esotérico de conhecimentos. Mais que isso, pelas características de formação árdua, prolongada e esotérica, advoga-se o monopólio do saber médico, que deve estar restrito àqueles que se dedicaram à sua aquisição. Desta forma, a existência do monopólio profissional atua como uma espécie de barreira à entrada na corporação. Assim, os dois atributos considerados por Freidson como fundamentais ao processo de profissionalização de uma atividade – formação e monopólio – podem estar intrinsecamente relacionados, um gerando e reforçando o outro. Deve deter o monopólio quem obtém o conhecimento; e este conhecimento está condicionado à aquisição e defesa do monopólio. A medicina só deve ser exercida por quem conhece e só quem conhece a medicina são os que a exercem.

Decorrente desta defesa do monopólio, ocorre a premência de uma atividade auto-regulatória – da autonomia – que permita aos médicos organizarem-se de forma a manter esse monopólio, controlar as práticas curativas, definir quem está incluído e quem está excluído da comunidade médica. Daí ser o corporativismo uma consequência deste processo de organização e profissionalização da medicina, aparecendo como fundamental na dinâmica dos interesses da corporação. Mas, para que os praticantes da medicina pudessem se organizar em um grupo corporativo, algumas características eram de fundamental importância, como a existência de alguns pontos de consenso, de uma identidade profissional, baseada em crenças e valores comuns. Como afirma Rodrigues (1981):

*“De uma maneira geral, parece-nos que poucas pessoas seriam capazes de negar o papel catalisador da identidade de valores, atitudes e outras características suscetíveis de valoração, na formação de um sentimento positivo entre as pessoas” (p.323)*

Assim, há um corpo de valores que dá identidade à corporação médica, consistência à sua prática e rumos aos seus saberes; que serve de bússola para atitudes e normas; que vai imprimir uma certa caracterização ao que denomina-se profissão médica.

---

<sup>23</sup> Edmundo Campos Coelho faz um relato interessante e mais detalhado destes casos. Ver Coelho, E.C. Físicos, Sectários e Charlatães: a Medicina em Perspectiva Histórico-Comparada, In: Machado, M.H. (org.): Profissões de Saúde: Uma Abordagem Sociológica, RJ: Editora FIOCRUZ, 1995

## 1.2 – SISTEMA DE VALORES DA PROFISSÃO MÉDICA

Ferreira (1986) define valores como normas, princípios ou padrões sociais aceitos pelo indivíduo, classe ou sociedade, definição esta que já aponta para sua importância em se tratando de coesão e identificação grupal.

Em uma definição mais sistemática e detalhada do que são valores, Boudon e Bourricaud (1993) afirmam:

*“os valores não são nada mais do que preferências coletivas que aparecem num contexto institucional e, pela maneira como se formam, contribuem para sua regulação”* (p.600).

Os valores não se reduzem a preferências individuais, já que eles *“procedem de discussões, conflitos ou acordos entre uma pluralidade de atores”* (p.601). Essas preferências coletivas engajam os que aderem à elas de maneira solidária. Mas não se deve concluir que os valores são princípios evidentes, explícitos e unívocos, pois *“se formam em um meio pluridimensional”* (p.601), apresentando-se sempre em composição.

Segundo Boudon & Bourricaud (1993):

*“é possível distinguir, em todo sistema de valores, seu núcleo duro e as relações bastante variáveis, sob as quais esse núcleo aparece através dos tempos em combinações diversas”*<sup>24</sup> (p. 603).

Tensões muito fortes na concepção daquilo que é considerado legitimamente desejável, expõem o sistema de valores ao risco de ruptura. Os conflitos de valores significam que a definição do desejável não satisfaz a um grau de coerência mínima. Por outro lado, se os sistemas de valores estão sujeitos ao risco de ruptura, eles também têm capacidade de regulação e correção. Nos dois casos – tanto na ruptura como na correção – os valores são capazes de evoluir e adaptar-se às mudanças do meio. É possível também imaginar sistemas de valores cujo núcleo, muito enfraquecido, reage passivamente ao desafio da dissonância e do conflito na forma de aceitação e submissão. Neste caso não se pode prever se o sistema de valores irá sobreviver ou se confirma o seu declínio e sua decadência.

---

<sup>24</sup> Grifos meus

Vislumbra-se assim a capacidade de evolução dos sistemas de valores, podendo se adaptar às mudanças do meio. Mas como se dá esse processo? Ainda segundo Bourbon e Bourricaud, isso se dá de duas formas: (1) pela reorganização das práticas e (2) pela redefinição de crenças dogmáticas e das paixões. Num ou noutro caso, corre-se o risco de uma intolerância com os comportamentos desviantes (frequentemente inovadores) ou de um conformismo que reforce as paixões e crenças dominantes, o que bloqueia a evolução. Assim, ao abalar-se o sistema de valores, haverá uma tentativa de adaptação às novas condições, seja reorganizando práticas ou redefinindo os valores e crenças. Desta forma, vê-se a necessidade e relevância dos valores para a formação, manutenção e regulação da identidade de um determinado grupo.

Donnangelo (1975) aponta a importância de três principais atributos das profissões tradicionais, a saber, o monopólio de uma área de atividade específica, a formação intelectual prolongada e um sistema de valores que legitima e sustenta o comportamento profissional. No núcleo do sistema de valores da profissão médica estão o ideal de serviço e o ideal de autonomia. Afirma a autora:

*“Em sentido amplo, o conceito de profissão médica compreende os principais atributos apontados nos estudos sobre as profissões nobres ou tradicionais: o monopólio de uma área específica de atividade a partir de prolongada formação intelectual; um sistema particular de valores que legitima e sustenta padrões de comportamento profissional, e em cujo núcleo se encontram o ideal de serviço e o ideal de autonomia (...) a adesão de todos os membros a esse sistema de valores constitui um importante pressuposto da uniformidade e da coesão grupal.”<sup>25</sup> (p.126)*

A questão que advém, então, é como se dá essa adesão ao sistema de valores da profissão médica<sup>26</sup>? Pode-se definir duas formas primordiais pelas quais esses valores são, por assim dizer, assimilados pelos membros da comunidade médica. Uma delas constitui uma forma mais espontânea, se dando dentro do próprio processo de formação profissional. Através do contato com professores, com outros profissionais e com os pacientes, durante o processo de socialização do médico e de aprendizado da prática da medicina, o estudante acaba por incorporar os valores profissionais. Mas há ainda uma

<sup>25</sup> Grifos meus

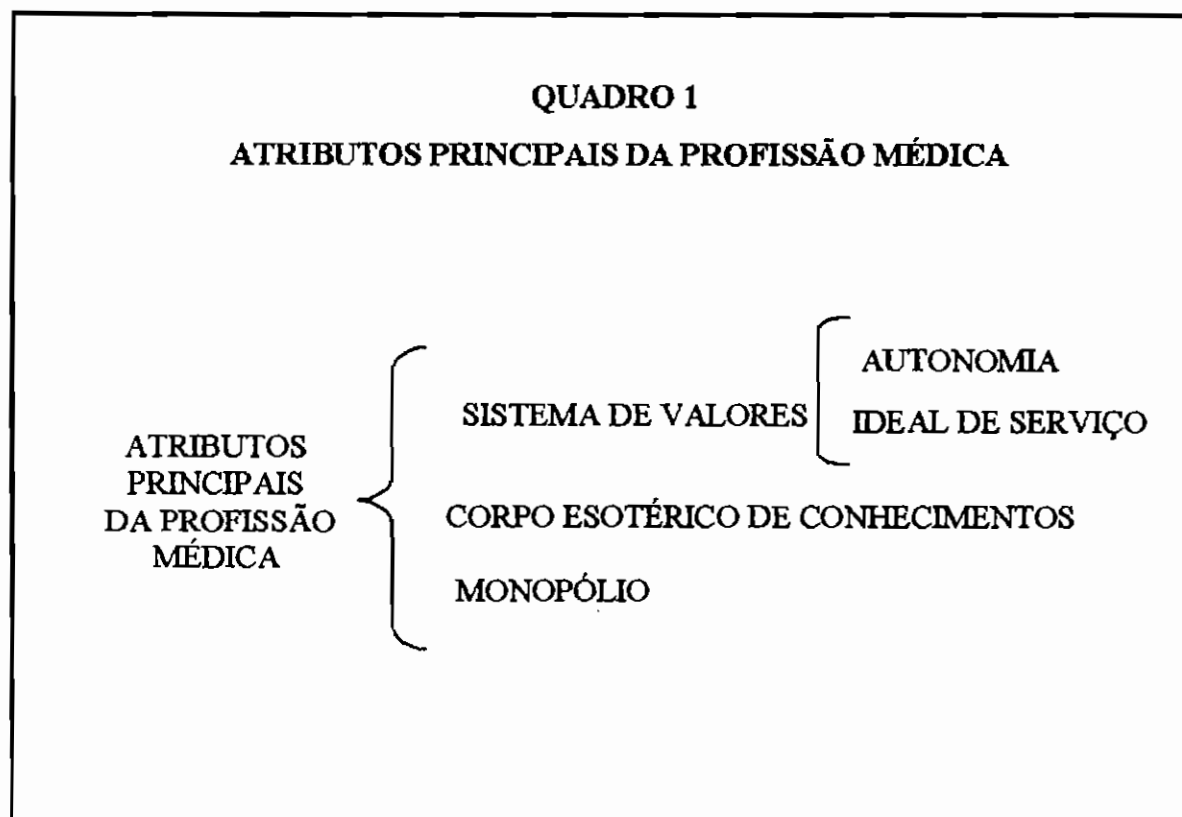
<sup>26</sup> Freidson afirma que a maioria dos valores e das características de uma profissão não são, na realidade, exclusividade de uma única espécie de atividade, mas se aplicam de maneira geral a todas as profissões. Assim, tais atributos não são específicos da profissão médica, mas dizem respeito a maior parte das atividades profissionais.

outra forma, não tão espontânea, para a adesão ao sistema de valores ocorrer. Esta forma se dá através da atividade das organizações profissionais:

*“através do controle das ações individuais por organizações formalmente destinadas a sustentar e a aplicar os códigos éticos, prevenindo os desvios de comportamento através da aplicação de sanções” (Donnangelo, 1975:126).*

Esta é, então, uma das atribuições fundamentais dos conselhos de medicina: levar os membros da corporação médica à adesão a um conjunto de valores suscetível de dar coesão ao grupo, fundamental a sua existência e manutenção.

Para fins deste estudo, e com base nas proposições de Donnangelo, pode-se recortar um conjunto de atributos essenciais à profissão médica, composto pela aquisição de um corpo esotérico de conhecimentos, a defesa do monopólio de saberes e práticas e a adesão a um sistema de valores. Este sistema de valores seria composto por um ideal de serviço e um ideal de autonomia. Esquemáticamente teríamos:





### 1.3 – PRINCIPAIS ATRIBUTOS DA PROFISSÃO MÉDICA

- Sistema de Valores:

- (1) *Autonomia:*

A maioria dos estudos realizados a respeito da profissão médica dá ênfase à autonomia do trabalho médico como especialmente importante. Partem do princípio que a liberdade de ação, de decisão sobre a conduta é indispensável ao trabalho médico. Machado (1997) releva desta forma a autonomia:

*“adotando a definição de autonomia como a capacidade de tomar decisões por conta própria, observamos que ela constitui um valor em si mesmo para a profissão médica. Tanto no que se refere ao saber como no ato em si (sua apropriação), a autonomia é um elemento chave para a profissão médica”*<sup>27</sup>(p.23).

Donnangelo (1975) afirma que o núcleo do sistema de valores da profissão médica está no ideal de serviço e no ideal de autonomia, sendo porém que este último é longamente analisado em sua obra e o primeiro acaba perdendo sua relevância enquanto núcleo do sistema de valores. A própria autora justifica o destaque dado à autonomia:

*“Parecem evidentes as razões pelas quais a discussão deva centrar-se no ideal de autonomia. Embora ele se refira, em última análise, à adesão às formas tradicionais de trabalho, ou seja, à medicina liberal<sup>28</sup>, sua defesa aparece freqüentemente relacionada a exigências intrínsecas à profissão médica, exigências de natureza ética e também técnico-científicas”* (p.127)

Na defesa da autonomia, surgem outras questões que devem ser enfatizadas como a importância da relação médico-paciente para o processo diagnóstico e terapêutico, a eliminação da interferência do leigo e a existência de monopólio de julgamento das ações do profissional no interior da própria corporação médica. Ou seja, a autonomia freqüentemente está relacionada a exigências intrínsecas à profissão médica, exigências de natureza ética e também técnico-científicas. Assim, afirma-se a autonomia como núcleo duro do sistema de valores da profissão médica, estando os demais valores

<sup>27</sup> Grifos meus

<sup>28</sup> Como será destacado no desenvolver deste estudo, a defesa pela autonomia profissional do médico não se limita a inserção do médico no mercado de trabalho enquanto profissional liberal. Mesmo diante do processo de assalariamento da profissão médica, a defesa da autonomia profissional continua sendo um dos pilares que a caracterizam.

vinculados, direta ou indiretamente, à sua defesa. Em convergência com esta proposição, Machado (1997) afirma que capacidade auto-regulatória da profissão médica – a autonomia – decorre:

- da credibilidade social, propondo seus serviços como bens sociais que promovem melhorias para a coletividade (ideal de serviço);
- da fundamentação científica com conseqüente autoridade técnica a partir do conhecimento especializado (corpo de conhecimentos esotéricos);
- das garantias legais e monopolistas de prática profissional (monopólio) e
- do apelo ético, respaldado em um código de atitudes profissionais regendo o ato médico.

A autora, então, faz uma ponte entre a autonomia e os demais atributos componentes da identidade profissional do médico, sendo, porém, dado destaque ao monopólio do conhecimento como fundamentação para a autonomia: “*o domínio e o monopólio desse conhecimento constituem o fundamento da autonomia das profissões e do prestígio profissional*” (p.24). E, além da relação estreita entre a autonomia e os outros atributos da profissão médica, é também dado destaque à importância do código de ética na obtenção da autonomia.

Para Freidson (1988) a autonomia é valor essencial na distinção entre ocupação e profissão:

*“o critério verdadeiramente importante e uniforme para distinguir a profissão de outras ocupações é de fato a autonomia – a posição de legítimo controle sobre o trabalho.”<sup>29 30</sup>(p.82)*

Freidson também afirma que a autonomia profissional não é um fato “natural”, mas é construída e conquistada a partir de diversos fatores, entre eles os políticos e econômicos, as instâncias de representação ocupacional, as instituições educacionais, dentre outros. Afirma ele:

*“Esta autonomia não é absoluta, dependendo para sua existência da tolerância e mesmo da proteção do estado e não necessariamente inclui todas as zonas da atividade ocupacional.”<sup>31</sup> (p.82)*

<sup>29</sup> Grifos meus

<sup>30</sup> No original: (...) the only truly important and uniform criterion for distinguishing professions from other occupations is the fact of autonomy – a position of legitimate control over work.

<sup>31</sup> No original: That autonomy is not absolute, depending for its existence upon the toleration and even protection by the state and into necessarily including all zones of occupational activity.

Assim, a profissão é, em geral, uma forma especial de ocupação, distinguindo-se das demais, por ser dado a ela direito de controlar o próprio trabalho. Para Freidson, a autonomia é concedida às profissões deliberadamente, incluindo o exclusivo direito para determinar quem pode legitimamente fazer seu trabalho e que trabalho dever ser feito. Vê-se aqui, mais uma vez, a estreita relação entre a defesa do monopólio e o ideal de autonomia. Toda ocupação luta para obter ambos estes direitos – monopólio e autonomia. Somente as profissões tem o reconhecido direito de declarar a ilegitimidade e intolerabilidade.

A defesa do monopólio profissional desempenha um duplo papel com relação ao ideal de autonomia: por um lado, a defesa do monopólio justifica o ideal de autonomia: o saber e a prática médica devem estar sob o domínio da corporação porque são o fundamento de capacidade decisória; por outro lado, a defesa do monopólio é dependente da autonomia profissional: só é possível manter o saber e a prática médica restritos à corporação médica quando o profissional tem liberdade de ação e de decisão sobre seus atos. A perda do monopólio, neste sentido, significa a perda da autonomia profissional.

(2) *Ideal de Serviço:*

Este valor, tomado como central por Donnangelo, acaba por ser bastante controverso em sua definição. Se por um lado, Donnangelo dá destaque ao ideal de serviço como estando no núcleo do sistema de valores da profissão médica, por outro lado, a autora acaba por enfatizar quase que exclusivamente o ideal de autonomia como valor primordial da medicina.

Freidson é um dos autores que traz algumas contribuições com relação ao ideal de serviço. Ele relata um estudo, realizado nos EUA, sobre escolha profissional, no qual avaliou-se que a perspectiva dos estudantes de medicina, tal qual a dos assistentes sociais, centrava-se na “*oportunidade de trabalhar com pessoas em vez de com coisas e a oportunidade de ser útil aos outros*”<sup>32</sup>(p.173). Porém, com relação a obtenção de status e renda, os estudantes de medicina se aproximam mais dos advogados e homens de negócios, que visam atingir elevados níveis de prestígio e de remuneração. Além disso, a utilização da criatividade, da originalidade e a possibilidade de utilizar as

---

<sup>32</sup> No original: (...) opportunity to work with people rather things and the opportunity to be helpful to others

próprias habilidades e atitudes especiais não apresentou grande importância entre os estudantes de medicina.

Freidson, porém, critica o fato de a maior parte dos estudos desta espécie serem realizados com estudantes e não com profissionais. Afirma ele que os estudantes de medicina não são praticantes, e que a relevância destes dados para predizer as características dos médicos é incerta.

Ao mesmo tempo, aponta para alguns motivos pelos quais não se pode confiar plenamente na afirmação de que a orientação para a coletividade seja um valor forte e comum entre os profissionais. Ele cita três questões que o levam a pensar desta forma:

- 1) Qual a proporção e intensidade da orientação para a coletividade entre os profissionais?
- 2) A orientação para a coletividade é mais intensa e freqüente que outras orientações?
- 3) A orientação para a coletividade é mais freqüente entre as profissões que entre outros tipos de ocupações?

Mas, segundo Freidson, a orientação para a coletividade, apesar destas questões, continua sendo tomada como especialmente comum entre os profissionais, mesmo sem suporte empírico e evidente para tal. Na realidade, ele não discorda que haja uma orientação para a coletividade entre os profissionais, mas sim que esta seja uma característica exclusiva das profissões. O próprio autor afirma:

*“Eu não nego a realidade da orientação para o serviço como tal (se bem que seria bom demonstrá-la empiricamente), tanto quanto eu nego sua especificidade, sua posse exclusiva ou predominante por ocupações profissionais”* <sup>33</sup> <sup>34</sup> (p.81)

Para ele, a orientação para a coletividade, ou ideal de serviço, geralmente se refere à orientação de membros individuais de uma ocupação e não da organização profissional como um todo. Como o próprio autor afirma:

<sup>33</sup> Grifos meus.

<sup>34</sup> No original: I do deny the reality of a service orientation as such (though it would be good to demonstrate it empirically) so much as I deny its distinct, exclusive, ou predominant possession by professional occupations.

*Parece razoável dizer que embora médicos não careçam de orientação para a coletividade ou para o serviço, ela não parece ser um valor muito proeminente quando comparado com outros. Além disto, o valor é mais dirigido para ajudar indivíduos do que para servir a sociedade ou a humanidade.* <sup>35 36</sup>(p.178)

Haveria, ao lado do ideal de serviço, um desejo de remuneração elevada e obtenção de status social e prestígio, o que conformaria um tipo de ambivalência entre o desejo de ser útil aos outros *versus* o desejo de prestígio e dinheiro. Some-se a isso uma tendência crescente para a orientação científica entre os estudantes de medicina, o que os leva a não ter forte orientação para serviço e sim para a ciência e prestígio. Como propõe Freidson:

*“Embora ele não careça de uma orientação para o serviço, ele é inclinado a enfatizar as regalias materiais e simbólicas de seu status oficial como um profissional, mais do que as recompensas intrínsecas de sua perícia.”* <sup>37 38</sup> (p. 184)

Freidson fala ainda do senso de responsabilidade como relacionado ao ideal de serviço. O médico assume a responsabilidade por seu trabalho e, mais que isso, gosta de assumi-la. Porém, esta responsabilidade é pessoal e não social, sendo consideravelmente diferente ter um senso de responsabilidade pessoal por um cliente ou tarefa particular e ter um senso de responsabilidade social com todas as tarefas e clientes da categoria profissional. E, embora esta categoria tenha um senso geral de responsabilidade social manifestada no compromisso de um padrão mínimo de treinamento e prática, esses cuidados estão longe configurar uma responsabilidade social e um valor da profissão. Assim, Freidson afirma que a orientação para o serviço ou para a coletividade usualmente se refere à orientação de membros individuais e não da corporação como um todo. Entretanto a relevância deste valor para a profissão está na garantia de sucesso que traz para o ideal de autonomia:

*“A profissão orientada para o serviço é uma imputação pública e tem ganho sucesso num processo pelo qual seus líderes tem persuadido a*

<sup>35</sup> Grifos meus

<sup>36</sup> No original: It seems fair to say that while physicians do not lack a service or collectivity orientation, it does not seem to be a very prominent value compared to do others. Furthermore, the value is addressed to concern for helping individuals rather than to serving society or mankind

<sup>37</sup> Grifos meus

<sup>38</sup> No original: Although he does not lack a service orientation, he is inclined to stress the symbolic and material perquisites or his official status as a professional more than the intrinsic rewards of his expertise

*sociedade para conceder e suportar sua autonomia. Tal imputação não significa que seus membros mais comumente ou mais intensamente subscrevem a orientação para o serviço que membros de outras ocupações.”* <sup>39</sup> <sup>40</sup> (p.82)

Assim, apesar de sua “fraqueza”, o ideal de serviço acaba, muitas vezes, servindo de argumentação para a defesa de outros valores. Ao tomar essa orientação para a coletividade como ideal, a corporação médica toma vulto diante do meio social, ganha prestígio e reconhecimento por seu serviço à coletividade. Também a partir deste ideal cria-se uma importante fonte de argumentação para a manutenção do monopólio de saber e de prática. É como se, sendo dotada de um ideal de serviço, isso legitimasse a detenção, no interior da corporação, dos saberes e das práticas que lhe permitem estar voltada para os interesses da coletividade. Se a medicina é boa para a coletividade, se traz em si essa orientação, deve ter o domínio exclusivo dos meios e instrumentos que utiliza para exercer sua nobre função.

#### • Corpo Esotérico de Conhecimentos

A existência de um corpo esotérico de conhecimentos é tida pelos estudiosos das profissões, como essencial à sua conformação. A aquisição do conhecimento esotérico se dá, nas sociedades modernas, dentro das universidades. Ou seja, a educação formal é a base para maioria das profissões, já que demandam uma formação árdua e prolongada. Deve-se destacar, então, a importância do domínio de um conjunto de conceitos e saberes para a caracterização da prática médica enquanto profissão, assim como para a formação da própria corporação médica.

De fundamental importância para que o conjunto de praticantes da medicina sejam todos identificados como pertencentes à mesma comunidade – a comunidade médica – o corpo esotérico de conhecimentos possibilita que todos os seus membros falem a mesma língua. Porém, mais importante que isso, essa linguagem é particular e de uso restrito aos membros desta comunidade. Aliás, a própria designação de corpo “esotérico” de

<sup>39</sup> Grifos meus.

<sup>40</sup> No original: The profession’s service orientation is a public imputation it has successfully won in a process by which its leaders have persuaded society to grant and support its autonomy. Such imputation does not mean that its members commonly or more intensely subscribe to a service orientation that members of other occupations

conhecimentos já aponta para essa característica, já que o termo esotérico significa “*oculto; reservado só para os iniciados*” (Bueno, 1972).

Ao dominar e manter restrito à seus membros os saberes e conhecimentos construídos em seu interior, a corporação médica pode, não apenas estabelecer e reforçar sua identidade, como também definir quem está legitimamente autorizado ou não a exercer suas práticas. Além disto, assim agindo, acaba por reforçar sua importância para a sociedade, já que domina um conhecimento extremamente útil e relevante para o bem estar da coletividade.

Mas é preciso apontar um aspecto importante dentro deste atributo essencial da profissão médica. Por um lado, seu corpo de conhecimentos deve ser esotérico, restrito aos membros da corporação, adquirido através de uma longa e árdua formação. Por outro lado, para que obtenha êxito – e, conseqüentemente, para que garanta seu mercado de trabalho – a corporação médica precisa de credibilidade social com relação a este corpo de conhecimentos. Em outras palavras, os saberes e conhecimentos médicos devem estar, simultaneamente, restritos à corporação e dotados de legitimidade e visibilidade social. Nas palavras de Machado (1995):

*“Esse corpo esotérico de conhecimento deve funcionar como uma caixa preta, ou seja, contendo segredos e técnicas profissionais invioláveis e indecifráveis por leigos, mas ao mesmo tempo com uma visibilidade social acessível a este mesmo público. O conhecimento profissional, assim como todo conhecimento, é, até certo ponto, tácito, e é isso que confere às profissões estabelecidas sua aura de mistério”* <sup>41</sup> (p.21)

Hoje pode-se supor que a própria “democratização das informações”<sup>42</sup> dá conta, em parte, dessa questão, ao dar acesso de informações ao público leigo, antes praticamente restritas à corporação médica. Mas, se por um lado, isto pode levar ao incremento da credibilidade do corpo de conhecimentos da medicina, por outro, favorece que os indivíduos leigos questionem e critiquem alguns destes conhecimentos. Assim, esse acesso à ‘caixa preta’ do conhecimento médico pode levar à corporação a

<sup>41</sup> Grifos meus

<sup>42</sup> O termo “democratização das informações” é aqui utilizado no sentido de muitas das informações, antes de domínio quase que exclusivo de um determinado grupo – sejam médicos ou qualquer outra categoria – hoje estão acessível à sociedade em geral, através dos mais diversos meios de comunicação, como jornais, televisão, revistas, Internet.

se sentir ameaçada ao ver seu campo restrito e exclusivo de conhecimentos invadido, questionado e criticado por indivíduos não pertencentes à corporação.

Mas, ameaças à parte, a existência de um corpo esotérico de conhecimentos continua a ser uma característica fundamental da profissão médica. Mesmo que temas médicos invadam os meios de comunicação, mesmo que indivíduos leigos possam ter acesso a essas informações, o corpo de conhecimentos do médico continua a ser do domínio único e exclusivo dele. Isso porque o que se divulga é um conjunto de informações que dão destaque à importância, à utilidade dos conhecimentos médicos, mas não ao conhecimento em si. Ou como diz Machado (1995):

*“Nem tudo que o especialista sabe e conhece, ele transmite verbalmente. Assim podemos definir o especialista como um indivíduo que conhece tanto que só pode comunicar uma pequena fração do seu conhecimento. Os clientes vêem um mistério nas tarefas a serem desempenhadas, mistério este que não é dado ao leigo conhecer, visto que o conhecimento tácito é relativamente inacessível. Reter o conhecimento e torná-lo específico e suficientemente misterioso é o eixo central que move o profissionalismo”<sup>43</sup> (p.21)*

Pode-se visualizar uma ponte entre este atributo primordial da profissão médica e o seu ideal de autonomia. A aquisição e manutenção do corpo esotérico de conhecimentos, tal qual a defesa do monopólio, justifica a autonomia profissional do médico. Estar dotado de um conjunto de saberes e conhecimentos, legítima e justifica a imperiosa necessidade de o profissional ter liberdade de ação e decisão sobre sua prática. Afinal de contas, só a ele pertence o conhecimento que dá consistência à sua decisão e ação.

Além disso, é possível vincular o corpo esotérico de conhecimentos à defesa do monopólio profissional, admitindo uma certa interseção entre ambos<sup>44</sup>. A defesa do monopólio profissional é possibilitada, em parte, pela aquisição do saber esotérico, que justifica o primeiro: só os detentores do saber esotérico podem exercer a profissão.

<sup>43</sup> Grifos meus.

<sup>44</sup> Devido a essa estreita relação entre o monopólio profissional e o corpo esotérico de conhecimentos, ambos os atributos da profissão médica serão analisados em conjunto no presente trabalho. Neste momento, entretanto, optou-se pela apresentação em separado de cada um deles, já que os autores que se debruçam sobre o tema, via de regra, apresentam esses atributos de forma independente.



• Monopólio:

Muitos dos pontos que merecem destaque com relação a defesa do monopólio profissional da corporação médica já foram relevados quando da discussão dos temas anteriores: o ideal de serviço, o ideal de autonomia e o corpo esotérico de conhecimentos. O monopólio tem estreita relação com cada um desses aspectos relevantes da profissão médica e, muito especialmente, com o corpo esotérico de conhecimentos.

Com relação ao 'valor-chave' da profissão médica – a autonomia – o monopólio é especialmente relevante por justificar e, ao mesmo tempo, depender dele. Justifica-o no sentido de que o direito e privilégio exclusivo sobre a prática e o saber médicos – ou seja, o monopólio do saber e da prática – legitimam a autonomia, a liberdade de ação e decisão do profissional. E o monopólio é dependente da autonomia profissional do médico já que, a partir desta liberdade de ação e decisão é possível argumentar sobre os direitos monopolísticos sobre saberes e práticas; sem autonomia, o monopólio perde força. Sem o monopólio, a autonomia perde sentido. Há assim uma relação de interdependência entre monopólio e autonomia.

O ideal de serviço, mesmo sendo o mais fraco dos valores da profissão médica, ganha novo sentido quando focado sob a luz do monopólio profissional: ele toma vulto quando se trata de justificar a manutenção do direito e privilégio exclusivo de práticas e saberes médicos, pois a promessa de trabalhar voltado para os interesses da coletividade, justifica a defesa monopolística das práticas e saberes profissionais da corporação médica.

Mas há também a defesa do monopólio da prática médica – a medicina deve ser exercida por médicos reconhecidos legalmente como tal. E é a própria corporação, através de seus instrumentos legais, que irá definir a quem é legítimo o exercício da profissão médica e a quem não o é. A corporação médica – através de seus órgãos legais, entre eles o Conselho Federal de Medicina – é quem vai fiscalizar, disciplinar, legitimar a prática médica, logo é quem vai erguer uma defesa monopolística desta prática.

Assim, ideal de autonomia, ideal de serviço, corpo esotérico de conhecimentos, defesa monopolística de práticas e saberes estão intrinsecamente vinculados, formando uma interessante estruturação da profissão médica. Retomando as pontes formadas

entre esses valores e atributos, é possível propor um esquema para a sua compreensão didática:



A partir deste esquema e do que foi até aqui exposto, pode-se fazer as seguintes afirmações:

- A autonomia profissional ocupa o topo do esquema triangular por ser o valor-chave ou núcleo duro do sistema de valores da profissão médica.
- Todos os atributos e valores influenciam-se e são influenciados simultaneamente uns pelos outros.
- O ideal de serviço, mesmo sendo considerado um valor “fraco” da profissão médica, inclui-se como relevante no corpo de valores da profissão médica por permear e servir de justificativa a todos os demais valores da profissão.
- O corpo esotérico de conhecimentos está incluído como importante coadjuvante, se relacionando com todos os demais valores e atributos, servindo de base para justificativa e legitimação deles.

## Capítulo 2

### ALGUMAS CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

#### 2.1 – O MÉTODO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Todo o percurso metodológico trilhado neste estudo baseou-se no método denominado Análise de Conteúdo<sup>45</sup>. Pode-se definir a análise de conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos que se presta ao estudo das comunicações. E, assim sendo, pode ser utilizada na análise de quaisquer comunicações que ocorram entre emissor e receptor, sejam eles indivíduos ou grupos.

O que se pretende quando da realização da análise de conteúdo é poder inferir<sup>46</sup> as condições de produção ou certas variáveis<sup>47</sup> de um tipo de comunicação tomado por objeto de análise. E para que tal inferência seja possível, recorre-se a indicadores. Estes últimos são escolhidos e definidos pelo analista, de acordo com os objetivos da análise.

É a partir das variáveis inferidas que se dá o trabalho de interpretação do analista, atividade que dá conclusão ao trabalho de análise de conteúdo e constitui seu objetivo final. Ou seja, mais importante que a descrição dos textos em si, são as inferências que podem ser construídas a partir do tratamento dado à eles. Assim,

*“a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)”*<sup>48</sup>  
(Bardin, 1977:38)

Na verdade, o analista trabalha com vestígios que, em última análise, são a manifestação de algo que pode ser inferido, ou deduzido logicamente – manifestação de

<sup>45</sup> A metodologia utilizada neste estudo foi baseada na obra de Laurence Bardin – Análise de Conteúdo – Lisboa: Edições 70, 1977

<sup>46</sup> Bardin define inferência como “uma operação lógica pela qual se admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (Bardin, 1977:39)

<sup>47</sup> *Condições de produção* são definidas por Bardin como fatos deduzidos logicamente a partir dos índices selecionados e fornecidos pela etapa inicial da análise – a etapa descritiva. Bardin prefere usar o termo “variáveis inferidas”, criticando o fato de o termo condições de produção levar em consideração apenas a produção, deixando de lado a possibilidade de inferência sobre a recepção da mensagem.

<sup>48</sup> Grifos meus

fenômenos, de dados, de estados. Some-se a isto o fato de os saberes inferidos poderem ser de natureza diversa: psicológica, sociológica, histórica, econômica.

Ao se inferir as condições de produção de uma determinada comunicação, pode-se responder a dois tipos de questões: uma diz respeito às causas ou antecedentes da mensagem; a outra pretende dar conta das suas conseqüências ou possíveis efeitos.

A análise de conteúdo constitui, então, um conjunto de instrumentos que, partindo da escolha e definição de determinados indicadores, permite a inferência de variáveis. São estas variáveis que auxiliam na compreensão e interpretação das condições que possibilitaram a construção de uma comunicação ou de suas conseqüências. Ou, como define Bardin (1977):

*“designa-se sob o termo Análise de Conteúdo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”<sup>49</sup> (p.42)*

Assim, na análise de conteúdo há uma fase inicial de descrição do texto a ser analisado, uma última fase que é a interpretação, isto é a significação dada à essa descrição, e uma fase intermediária à essas duas que é a inferência. É esta inferência que vai permitir a passagem de uma fase à outra. Ou seja, dado um significante chegamos ao significado através do trabalho de inferência que serve de ponte entre os dois.

Entretanto, convém destacar o empirismo do método, que vai depender do tipo de discurso que se toma como objeto e do tipo de interpretação que se tem por objetivo. Por isso, como diz Bardin, *“a técnica de análise do conteúdo adequada ao domínio e ao objetivo pretendidos, tem que ser reinventada a cada momento”* (p.31).

## 2.2 – ORGANIZANDO A ANÁLISE

A análise de conteúdo pode ser organizada em três pólos cronológicos ou etapas (vide esquema 1 – p. 42). A primeira etapa, denominada pré-análise, é uma fase de organização que tem como objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais.

---

<sup>49</sup> Grifos meus

Bardin considera esta fase como período de intuições. Nesta etapa se estabelece um programa, que pode ser flexível, porém deve ser preciso.

A pré-análise possui três objetivos: (1) a escolha dos documentos a serem analisados, (2) a formulação de hipóteses e objetivos e (3) a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. As atividades empreendidas nesta fase são abertas e não estruturadas, havendo uma inter-relação entre elas. Assim, partindo de um conjunto de idéias iniciais, faz-se a escolha do material a ser analisado. Esta escolha pode ser determinada a priori, antecedendo e dando origem à hipóteses e objetivos. Mas também pode ocorrer depois de delimitados os objetivos e hipóteses, sendo uma consequência deles. Em outras palavras, as hipótese e objetivos podem anteceder e nortear a escolha do material ou, no caminho inverso, podem ser consequências desta escolha.

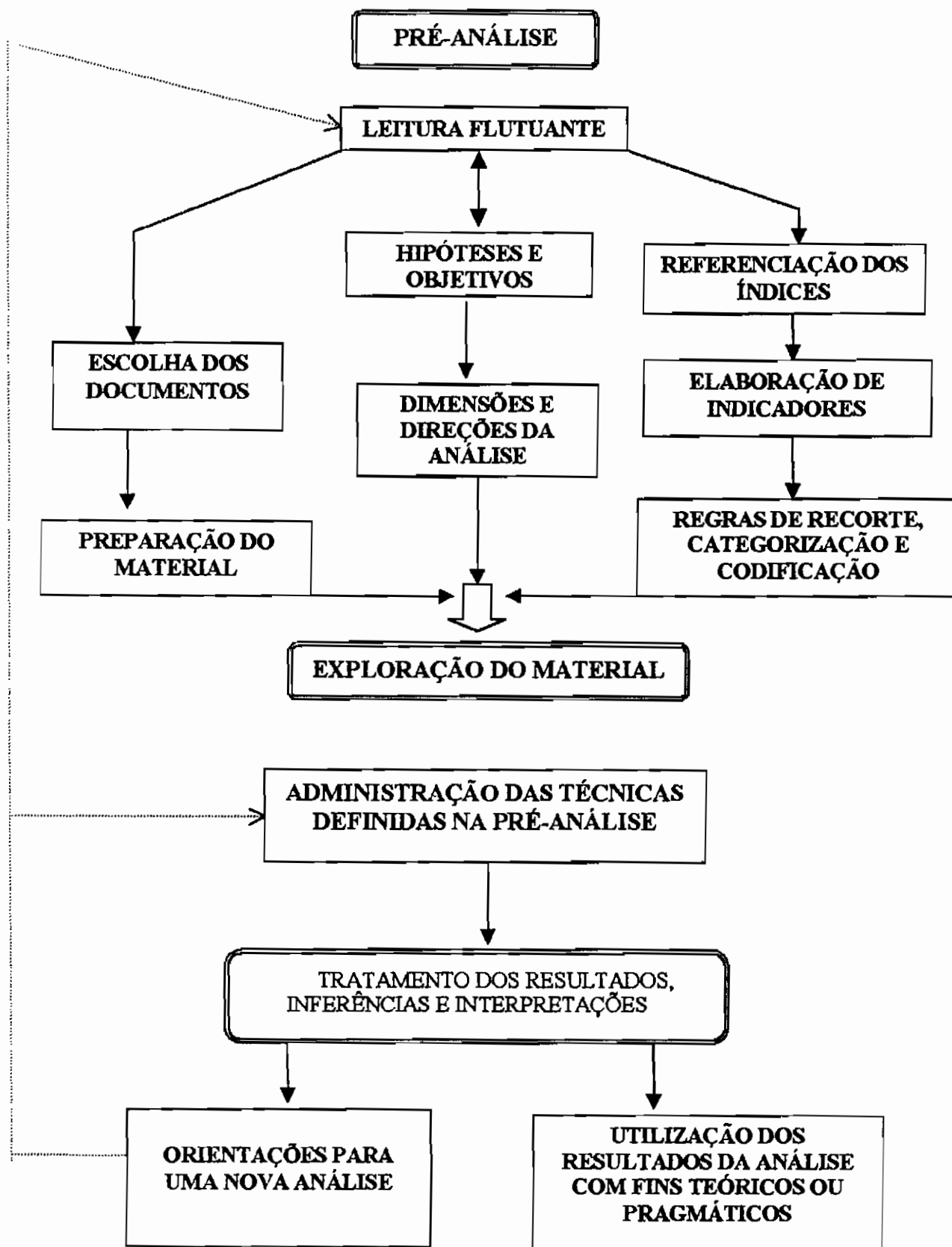
Após a escolha do material, o passo seguinte é a realização de uma leitura flutuante, quando surgem impressões e orientações para a análise. A partir desta atividade – que pode levar à redefinição de hipótese e objetivos iniciais ou à necessidade de uma nova escolha do material – se faz a estruturação de índices e a elaboração de indicadores. Este é um trabalho preparatório da análise, onde se escolhem os índices que serão organizados sistematicamente em indicadores.

Após a pré-análise, parte-se para a segunda etapa, a exploração do material, quando se administra sistematicamente as orientações e decisões tomadas na pré-análise. Nesta fase é feito um recorte do material a ser analisado através de uma grelha de categorias, definidas na pré-análise, que são projetadas sobre os conteúdos. Por fim, a terceira etapa compreende o tratamento dos resultados obtidos e o trabalho de inferência e interpretação. Assim, ao fim da análise, obtêm-se a elaboração de um elo entre os dados do texto e a teoria previa do analista. Apresentando esquematicamente o modelo genérico de análise de conteúdo proposto por Bardin<sup>50</sup>, tem-se:

---

<sup>50</sup> Um esquema semelhante é apresentado por Bardin (p.102), sendo esta versão simplificada aqui apresentada não distorce o original da autora. Esta versão simplificada apresenta pequenas modificações: a seta dupla, indica a influência mútua entre a leitura flutuante e a formulação de hipóteses e objetivos, que é um ponto importante na análise aqui empreendida. Além disto, omitiu-se propositalmente os quadros que se referiam a análises estatísticas e provas de validação, por não terem tido aplicação relevantes neste estudo. Para maiores detalhes, consultar a obra de Laurence Bardin.

**ESQUEMA 1**  
**VERSÃO SIMPLIFICADA DO MODELO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO**  
**APRESENTADO POR LAURENCE BARDIN**



Para a delimitação dos índices relevantes à análise a ser empreendida, pode-se utilizar diversas unidades de registros, que permitirão a organização desses índices em indicadores. É possível utilizar como unidade de registro palavras, temas, personagens, documentos, acontecimentos<sup>51</sup>. Tais unidades de registro serão enumeradas de diferentes formas, na dependência dos objetivos que se tem em mente. Assim, pode ser utilizada a presença, a frequência, a frequência ponderada, a intensidade, a ordem, a direção, a co-ocorrência.

Com essa explanação genérica sobre a técnica metodológica da análise de conteúdo, pode-se, então, passar à exposição da forma como ela foi utilizada na execução deste estudo.

### 2.3 – O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA COMO OBJETO DE ANÁLISE

Inicialmente cabe descrever, de forma sucinta, o que é o Conselho Federal de Medicina, quais suas atribuições gerais e, especialmente, como ele define a si próprio. Não se trata de fazer um histórico do CFM, o que fugiria dos objetivos deste estudo, mas apenas de contextualizar o referido órgão com relação a esses objetivos. O Conselho Federal de Medicina foi criado em 1951<sup>52</sup> com a competência inicial de registrar os profissionais médicos e sancionar o código de ética. Atualmente ele é composto por 28 profissionais. Seus dirigentes consideram que *“sua estrutura administrativa e funcional é enxuta, ágil e moderna”* (MEDICINA, mar.1997: Princípios e História).

De acordo com as disposições do Código de Ética Médica (1988)<sup>53</sup>, a diretoria do CFM compõem-se de 10 membros, mais 10 suplentes, sendo 9 eleitos por escrutínio secreto perante o próprio CFM, em assembléia dos Delegados dos Conselhos Regionais, e o restante eleito pela Associação Médica Brasileira. Ou seja, a diretoria do CFM é escolhida, em sua grande maioria, pelos Conselhos Regionais, havendo também uma pequena participação da AMB. O mandato de cada diretoria é de 5 anos.

<sup>51</sup> Bardin apresenta, de forma bastante didática, a utilização de cada uma dessas unidades de registro.

<sup>52</sup> Eis aqui uma contradição: em um de seus artigos ( mar. 1997:Princípios e História), o Jornal Medicina do CFM afirma que a criação do Conselho data de 1951. Já Pedro Miguel dos Santos, em artigo sobre a profissão médica no Brasil afirma que a criação do órgão se deu em 1945. Segundo o autor, em 1951 foi criada a Associação Médica Brasileira, que levou à modificação da regulamentação do CFM em 1957.

<sup>53</sup> Lei N.º 3.268 de 30 de Outubro de 1957

O CFM e os CRM's constituem, em seu conjunto, uma autarquia, tendo cada um dos conselhos autonomia administrativa e financeira. São dotados de personalidade jurídica de direito público, sendo que os CRM's são subordinados ao CFM. Isto porque, apesar de possuírem autonomia administrativa, financeira e política, não tem autonomia nas questões normativas e éticas. Um Conselho Regional não pode ter resoluções que conflitem com outra do Conselho Federal, prevalecendo sempre a do órgão superior. Além disto, os CRM's podem contestar as sentenças proferidas pelo Tribunal Superior de Ética Médica, já que as decisões do CFM se impõem aos Conselhos Regionais.

De acordo com o Código de Ética Médica (1988), o Conselho Federal de Medicina, junto com os conselhos regionais

*“são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente”*<sup>54</sup> (p.20)

A decisão, então, de tomar o Conselho Federal de Medicina como objeto central de análise adveio de duas constatações principais, a saber:

1. Sendo o CFM o órgão oficial da corporação médica, a hipótese de trabalho inicial era a de que seu discurso traria em si uma ‘faixa híbrida’, onde apareceriam alianças entre os diversos discursos construídos pela corporação médica. Assim o CFM traria uma mistura dos discursos de diferentes grupos dentro da corporação, em uma tentativa de congregar todo este grupo profissional em uma certa homogeneidade. Como o ponto de partida para esta análise foi exatamente a realização de um rastreamento do Jornal Medicina<sup>55</sup>, o que pôde ser percebido logo de imediato foi a presença desta faixa híbrida, com um *mix* de temas, definições e concepções variadas. Mas, além disto, pôde-se recortar um tipo de linha mestra condutora dos discursos, com o objetivo de criar consenso e homogeneidade no interior da corporação médica, a partir do posicionamento do próprio CFM com relação à comunidade médica.
2. Sendo o CFM o órgão julgador e disciplinador da corporação médica, que prega o “*exercício digno, profissional e ético da medicina*” como princípio inegociável

---

<sup>54</sup> Grifos meus



(Janeiro/O Conselho e sua Voz), que definições ele traz da medicina, como retrata o profissional que toma por objeto de julgamento e disciplina, o que faz da medicina uma prática ética, digna e profissional, ou, em outras palavras, de que lugar o Conselho Federal de Medicina pretende atuar, com que objetivos e intenções? Este segundo questionamento veio a confirmar a decisão de pôr em foco o Conselho Federal de Medicina. Assim, o objetivo central desta análise de conteúdo das publicações do Conselho Federal de Medicina, foi o de procurar recortar e avaliar as principais proposições e argumentações feitas por um órgão oficial da medicina a respeito da categoria médica.

#### 2.4 – A VOZ DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA: O JORNAL MEDICINA

Tomando como fonte a metodologia da análise de conteúdo exposta anteriormente, a concretização deste estudo seguiu os passos nela indicados. Assim, partiu-se de um conjunto de idéias iniciais, que foram o fundamento para a construção das hipóteses e objetivos. Em seguida houve a escolha do material – o Jornal Medicina do CFM – e, a partir da leitura flutuante do material, deu-se a estruturação da análise. Com base nesta estruturação, as publicações escolhidas foram exploradas, possibilitando assim a construção de inferências e a análise interpretativa.

As motivações para a escolha do Conselho Federal de Medicina para a realização deste estudo já foram apresentadas. Mas, porque analisar o CFM a partir do seu jornal – o Jornal Medicina? A resposta para esta questão foi encontrada no próprio jornal, que traz em um de seus artigos:

*“o MEDICINA será produzido dentro do CFM. Vai acompanhar nossas atividades de dentro, ombro a ombro, no dia-a-dia. Para transmitir fielmente, abrir as portas, escancarar nossas atividades e demandas à sociedade e à categoria médica” (MEDICINA, jan. 1997: Conselho e sua Voz)*

Logo, supõe-se que o jornal retrate o Conselho Federal de Medicina, sendo uma espécie de “porta-voz” das suas atividades e demandas, tanto com relação à sociedade como à categoria médica. Assim, dentre as publicações do Conselho Federal de

---

<sup>55</sup> Este rastreamento será melhor exposto a seguir

Medicina<sup>56</sup>, foi selecionado o Jornal Medicina. Trata-se de uma publicação de periodicidade mensal que, no ano escolhido para análise (1997), apresentou uma tiragem de 250 mil exemplares por edição. É subdividido em 15 seções, assim caracterizadas para fins deste estudo:

TABELA 1 – SEÇÕES DO JORNAL MEDICINA		
SEÇÃO	TEMÁTICA	AUTORIA
1 Contra Capa (sem título específico)	Tema científico	Citada
2 CFM	Tipo editorial	CFM
3 Brasil Médico	Predominantemente temas políticos	CFM
4 Política Médica	Temática política	CFM
5 Ética	Debate de questões do código de ética	CFM Posição de atores relacionados ao tema
6 Bioética	Artigos sobre bioética	Citada
7 Movimento Médico	Diversos, com predomínio de temas políticos	CFM
8 Fala Médico	Diversos	Opinião de médicos
9 Atualização Científica	Tema científico	Citada
10 Saúde	Diversos	CFM
11 Entrevista	Diversos atores	
12 Excelência	Tema científico	Retrata instituições de ciência médica Autoria citada
13 Medicina Mundo	Ciência médica no mundo	CFM
14 Saber Pensar	Diversos	Citada
15 Ciência Médica	Ciência (as vezes aparece com a denominação do assunto a ser tratado)	Citada

A partir deste primeiro contato com o Jornal Medicina, foi possível construir uma caracterização genérica de sua estrutura. Há, distribuída em todo o Jornal, uma multiplicidade de temas. Encontrou-se uma discussão de temas científicos, que, via de regra, se destinavam a fornecer informações sobre as mais recentes tecnologias ou sobre as formas recomendadas pelas autoridades científicas sobre diagnóstico e terapêutica. Diversas seções se destinavam ao debate de temas políticos e, em geral, tratavam da

<sup>56</sup> Atualmente o CFM apresenta duas publicações: o Jornal Medicina aqui tomado por objeto de estudo e a Revista Bioética, com publicação semestral. Além disto, o CFM apresenta diariamente em seu site na Internet, o “Clipping Saúde”.

crítica a forma como estava sendo conduzida as políticas de saúde e sua mercantilização. Algumas seções não apresentavam uma característica temática específica, trazendo ao debate assuntos de natureza diversa: ora tratavam da discussão política, ora falavam sobre ciência ou ainda sobre ensino médico, ética e mesmo sobre temas não relacionados diretamente ao “mundo médico”.

### *2.5 – A ANÁLISE TEMÁTICA DE CONTEÚDO DO DISCURSO DO CFM*

Após exploração do Jornal Medicina com a caracterização de suas seções, o segundo passo foi o de identificar aquelas que pudessem ser mais relevantes ao objetivo deste estudo, ou seja, era necessário selecionar, dentre as 15 seções do jornal, as que trouxessem as proposições, argumentações e definições do CFM com relação à medicina, ao médico e à sua prática. Então, selecionar, a princípio, as seções que não tinham autoria específica, mas que, antes, vinham representando os posicionamentos CFM, pareceu satisfatório para dar continuidade à tarefa de escolha do material.

Depois de excluir as “seções autorais”, foi preciso tentar identificar seções que fossem representativas das posições e definições do CFM, que retratassem seus argumentos e pontos de defesa com relação à prática médica, à medicina e ao médico, e que, além disto, trouxessem a procurada heterogeneidade e multiplicidade de discursos. Assim, fazendo um recorte, sem dúvida ainda muito arbitrário, mas considerado relevante para os objetivos erguidos, foi selecionada a seção ‘CFM’ para realização desta análise de conteúdo.

A escolha de recortar as seções denominadas ‘CFM’ dentro do corpo do Jornal Medicina deveu-se ao fato de elas se apresentarem como um editorial do jornal, apesar de não receberem esta denominação. A seção ‘CFM’ compõe-se, na verdade, de um conjunto de artigos, sendo que, num mesmo número do jornal, esta seção aparecia de 2 a 4 vezes, perfazendo um total de 36 seções dentro das doze edições analisadas do jornal. Traz uma multiplicidade temática bastante interessante para a finalidade desta análise. É uma seção onde não aparece atribuição autoral a nenhum indivíduo em particular e traz como símbolo, o mesmo impresso na capa do jornal, a saber, a bandeira brasileira com a inscrição CFM.

Esse sinal icônico chamou atenção, possibilitando o levantamento de algumas questões. Porque o CFM adota a bandeira brasileira como símbolo e, mais que isto, porque inscreve sua sigla junto à inscrição “Ordem e Progresso”? É possível arriscar algumas suposições a esse respeito: a bandeira é um dos símbolos máximos de uma nação ou de uma corporação, sendo, muitas vezes, sinal de orgulho e união. À ela exige-se respeito e condescendência. O fato de o Conselho Federal de Medicina adotá-la como símbolo pode estar relacionado ao seu papel de unificador e homogeneizador da corporação médica, procurando mantê-la unida e orgulhosa de si. E a inscrição CFM abaixo de Ordem e Progresso poderia significar uma das propostas que o Conselho Federal de Medicina traz: Ordem e Progresso para a corporação médica.

Pode-se levantar outras motivações que poderiam ter levado o CFM a adotar a bandeira brasileira como símbolo – sua ligação com o Estado, sua posição de órgão oficial da corporação médica, suas aspirações com relação a organização e disciplina da profissão. Este, não é, entretanto, o objetivo deste estudo. O que interessa aqui relevar é o fato de o Conselho Federal de Medicina adotar um símbolo que é utilizado como “marca” da seção elegida para análise, o que foi interpretado como possibilidade de tomar esta seção como uma espécie de porta-voz do CFM.

Há ainda uma outra justificativa para esta escolha: tanto a seção como o órgão escolhidos para análise tem a mesma denominação: CFM. Daí a pressuposição de que a seção traga a identidade e as posições do órgão.

Assim, justifica-se a escolha desta seção para análise: é a seção que melhor retrata o CFM, sendo uma espécie de “porta-voz” principal das reivindicações e lutas do órgão; apresenta-se como um retrato das concepções que o CFM traz acerca da corporação.

Tomada a decisão de analisar esta seção específica, foram definidas alguns temas-chaves a partir de uma primeira leitura dos artigos escolhidos dentro do corpo do jornal. Após este recorte de temas-chaves, eles foram analisados na tentativa de retratar concepções e proposições do CFM.

O que aqui se apresenta, então, é uma análise temática dos artigos do Conselho Federal de Medicina. O que se levou em conta foi a presença de temas extraídos do conjunto dos discursos, sendo estes temas considerados como dados segmentáveis, separáveis e relevantes aos objetivos da análise.

Um outro ponto precisa ser destacado na forma como esta análise foi conduzida. Como dito anteriormente, as hipóteses e objetivos podem nascer a partir do contato com o material a ser analisado ou, ao contrário, pode-se escolher o material a partir da definição de hipóteses e objetivos. No caso específico deste estudo ocorreram ambas as coisas, isto é, o material foi escolhido a partir de algumas hipóteses e objetivos prévios, que foram, porém, redefinidos em decorrência do contato com o material. Assim, após uma etapa inicial de escolha do material, o passo seguinte foi fazer uma leitura flutuante dos artigos selecionados, a partir da qual foi possível fazer um recorte dos temas que se mostraram relevantes para os objetivos desta análise (vide tabela 2).

**TABELA 2 – TEMAS CHAVE PARA A ANÁLISE**

<b>TEMA</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO</b>
<b>1. SOCIEDADE</b>	Referência explícita ao coletivo total da população brasileira
<b>2. PACIENTE/USUÁRIO</b>	Recortes do texto que traziam como palavras chaves os termos paciente ou usuário
<b>3. NECESSIDADE DE SAÚDE</b>	Fragments de texto que traziam a expressão 'necessidades de saúde'
<b>4. CRÍTICAS A POLÍTICA DE GOVERNO</b>	Recortes que traziam como tema central o governo federal, a política neoliberal, a globalização, a privatização.
<b>5. SISTEMA DE SAÚDE</b>	Para uma análise mais abrangente e completa deste tema, ele foi subdividido em sub-itens de forma a abarcar os diferentes aspectos relativos ao sistema de saúde.
<p><b>(a) Sistema Público de Saúde</b>            Explicações que traziam este termo específico.</p>	
<p><b>(b) Sistema Privado de Saúde</b>            Fragmentos de textos que se referiam ao Sistema Privado de Saúde</p>	
<p><b>(c) Relação entre o Sistema Privado e o Sistema Público</b>            Trechos que se referiam ao relacionamento entre os dois sistemas</p>	
<p><b>(d) Política de Saúde</b>            Argumentações a respeito da política de saúde e que trouxessem os termos política de saúde, sistema de saúde (genérico, sem referência explícita a público ou privado), gestão, financiamento, planejamento.</p>	
<b>6. MEDICINA/MÉDICO</b>	Fragmentos de textos que traziam o termo medicina ou referências explícitas à forma como o CFM define o médico.  Foram aqui tomadas os fragmentos de textos que traziam o termo medico, profissional médico, formando/aluno (quando em referência ao aluno de medicina).
<b>7. ESCOLA MÉDICA</b>	Recorte de trechos que tratem da formação, do ensino e da escola médica.

Estes sete indicadores temáticos foram assim identificados e caracterizados com base no método de análise de conteúdo. Depois da estruturação dos temas, foi possível fazer um recorte deles e, a partir daí, analisá-los em bloco. Ou seja, os temas foram identificados e recortados em cada artigo e, posteriormente, “colados” possibilitando, assim, a análise de cada tema isolado dos demais<sup>57</sup>. Após essa estruturação do material, em um trabalho, por assim dizer, de recorte e colagem, foi possível passar a etapa seguinte: o trabalho de inferência acerca das condições de produção do discurso construído pelo Conselho Federal de Medicina em sua publicação.

As deduções lógicas – como as chamam Bardin – decorrentes do trabalho de análise de conteúdo podem responder a dois tipos de problemas. (1) causas ou antecedentes da mensagem a ser analisada e (2) conseqüências ou efeitos que o enunciado é potencialmente capaz de suscitar. No presente estudo, a utilização da inferência está predominantemente relacionada com o primeiro tipo de resposta. Ou seja, procurou-se destacar os antecedentes do discurso produzido pelo CFM, tendo por objetivo, em última instância, apontar para uma pluralidade de antecedentes e pressupostos presentes neste discurso. Mas o segundo tipo de resposta fornecida através da inferência também é importante para este estudo: ao se recortar as motivações do CFM para construir este ou aquele discurso, está-se, mesmo que secundariamente, recortando os efeitos que esse discurso terá sobre seu “alvo”, a saber, a corporação médica.

Ainda resta uma última palavra com relação ao método utilizado neste estudo. No decorrer da pré-análise, quando da preparação do material, foi possível identificar como missões assumidas pelo Conselho Federal de Medicina a defesa do exercício ético da medicina e a defesa da saúde da população. Além disto, identificou-se uma crítica construída sobre o que denominou-se mercantilização da saúde<sup>58</sup>. Então, na tentativa de inferir as condições de produção do conteúdo dos artigos, sendo esses pontos tão relevantes, parece que toma-los como um norteador da análise temática poderia ser um auxiliar importante deste trabalho. Isso porque, ao se destacar os pressupostos e

---

<sup>57</sup> Vale lembrar neste ponto que um dos pressupostos do método de análise temática de conteúdo é o fato de os temas recortados do conjunto de um texto serem considerados como dados passíveis de segmentação e separação.

<sup>58</sup> Fazendo uso do termo “mercantilização da saúde” – tomado de empréstimo das próprias publicações analisadas do CFM – refiro-me à tendência atual de se dar mais ênfase à razão econômica, em detrimento de quaisquer outras, sejam políticas, éticas, sociais, nas questões relacionadas à saúde

predefinições que o CFM traz com relação a medicina, ao médico e sua prática, tomar como norteadores a defesa que ele ergue do exercício ético da medicina e da saúde e as críticas que constrói na tentativa de criar argumentações para esta defesa, parece de fundamental relevância. Daí a análise inicial deste estudo ter recaído sobre as “missões” que o CFM assume como suas.

## 2.6 – RECORTE TEMPORAL DA ANÁLISE E OUTRAS CONSIDERAÇÕES RELEVANTES

Foram analisadas as edições do Jornal Medicina do ano de 1997. A escolha deste período específico como referência para a análise foi feita arbitrariamente, mas deve-se relevar alguns pontos importantes nesta escolha. Em primeiro lugar, este ano foi declarado pelo Governo Federal como o Ano da Saúde. Este fato apareceu, em poucos, mas significantes momentos. Um segundo ponto de destaque nesta escolha está na grande movimentação que ocorreu neste ano com relação a regulamentação dos planos e seguros de saúde<sup>59</sup>, o que apareceu em diversos momentos como fonte de argumentação para diversas reivindicações e proposições do Conselho Federal de Medicina. Há ainda um terceiro fator relevante nesta escolha: 1997 foi o ano no qual as resoluções e determinações da NOB-96<sup>60</sup> começaram a ser implementadas. Tal fato irá aparecer, não em referência explícita à ela, mas em torno um discurso construído com relação ao serviço público. Assim, apesar de a discussão relacionada à NOB-96 não aparecer explicitamente em nenhum momento nos artigos analisados, supõe-se haver alguma relação entre a forma como a política de saúde estava sendo conduzida pelos governos – federal, estadual e municipal – e a frequência com que aparecem as críticas à estes governos nos artigos analisados.

Duas espécies de considerações ainda se fazem necessárias dentro desta exposição metodológica. A primeira relaciona-se com o recorte dado ao estudo; a segunda diz

<sup>59</sup> Durante o ano de 1997 tramitaram pelo Congresso Nacional inúmeros projetos cujo objetivo era a regulamentação dos planos e seguros-saúde, caracterizando este ano como de grande relevância nas questões relacionadas às políticas de saúde.

<sup>60</sup> Norma Operacional Básica. No âmbito jurídico institucional, as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) e as Normas Operacionais Básicas (NOB) objetivam criar condições de viabilização plena do direito à saúde garantido pela Constituição da República. A NOB 96 tem por finalidade primordial “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor de atenção à saúde dos seus munícipes, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios dos SUS”. (Ministério da Saúde: NOB-SUS 01/96 – Versão Preliminar: Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1996)

respeito ao fato de esta análise ser limitada e não abranger toda a complexidade de condições de produção que atuam na conformação dos discursos do Conselho Federal de Medicina.

Com relação à primeira consideração, o que precisa ser relevado é o fato de esta análise ser pontual e não temporal. Ou seja, esta análise não pretende dar conta das possíveis e prováveis mudanças ocorridas no discurso do Conselho Federal de Medicina com o decorrer do tempo. O intuito aqui é o de recortar, num dado momento específico, uma multiplicidade de discursos construídos em torno de uma temática também específica. Por isso é de fundamental importância que a análise seja feita dentro dos limites de um tempo preciso e estático.

A segunda consideração é igualmente relevante, já que põe em destaque o fato de, nesta análise, só terem sido consideradas as condições de produção de discursos relacionadas aos seus objetivos. Assim, não desconhecendo a influência de diversos outros fatores na construção do discurso do CFM – fatores como a inserção política do CFM e sua vinculação com este ou aquele partido político, os interesses individuais dos dirigentes do CFM, as possíveis disputas de poder entre este e os demais órgãos da corporação médica – optou-se por limitar este estudo às condições de produção relacionadas aos pressupostos e predefinições que o CFM trouxesse com relação à medicina e a prática médica.

Em alguns pontos foi inevitável a extrapolação desta demarcação, até porque este limite é um artificialismo metodológico. Mas esse artificialismo foi bastante útil, constituindo, inclusive, uma das condições que tornaram essa análise possível. Assim, ao analisar alguns temas, como o sistema de saúde, a crítica feita às políticas de governo, a autonomia profissional, seria por demais artificial ignorar o momento político pelo qual o país passava à época ou as questões econômicas e sociais trazidas nos discursos. Mas, releve-se que, se o recorte dado a este estudo não inclui todas as condições de produção do discurso do CFM, também não se desconhece sua existência e complexidade.



## Capítulo 3

---

### ***A VOZ DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA: MISSÕES E ATRIBUIÇÕES***

Para esclarecer a missão do CFM, surgiram dois pontos possíveis de recorte: o que explicita o Código de Ética Médica com relação às obrigações do Conselho e o que o próprio CFM assume como sua função em seus artigos (tabela 3 – p. 64.) O primeiro ponto releva as atribuições formais do órgão; o segundo é importante por trazer à tona a forma como o CFM define a si próprio, suas funções e atribuições. Desta forma, procurou-se recortar do Código de Ética Médica o que ele dispõe com relação aos Conselhos de Medicina; nos artigos analisados, destacou-se os trechos que tratavam explicitamente das posições e auto-referências do CFM, podendo ser definido como um auto-retrato desenhado pelo próprio Conselho Federal de Medicina.

#### ***3.1 A VOZ DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA:***

A Lei n.º 3268 de 30 de setembro de 1957, dispõe sobre os Conselhos de Medicina, no seu art. 2º:

*“O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente”*<sup>61</sup> (p. 20)

Assim, recortou-se como atribuições formais do CFM:

- 1- Supervisionar a ética médica
- 2- Julgar e disciplinar os médicos
- 3- Atuar pelo prestígio e bom conceito da medicina e de seus profissionais
- 4- Defender os direitos da coletividade e, especialmente, do paciente, nos aspectos relacionados à saúde.

---

<sup>61</sup> Grifos meus.

Desta forma, a função principal do CFM é julgar e disciplinar a categoria profissional. As atribuições formais dos Conselhos de Medicina<sup>62</sup> estão diretamente vinculadas ao controle da atividade médica, com vistas a evitar a má prática ou a prática anti-ética, não estando eles incumbidos formalmente de nenhuma outra função que extrapole este campo.

Em contrapartida, nos artigos do Código de Ética Médica, o que se percebe, além da indiscutível defesa do exercício ético e da corporação médica, é uma franca defesa da coletividade e, muito especialmente, do paciente. Dos 145 artigos que compõem este código, 23 se referem explicitamente ao paciente ou ao ser humano (seja com esta denominação ou outras, como coletividade, sociedade, comunidade), além dos capítulos referentes aos Direitos Humanos, à Relação com Pacientes e Familiares e à Doação e Transplante de Órgãos. Sendo a supervisão da ética médica dever dos Conselhos de Medicina e estando no código de ética uma clara defesa do ser humano, decorre daí ser função deste conselho trazer para si esta atitude.

### 3.2 - A VOZ DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA E SUAS MISSÕES

Dentro dos artigos analisados e no período considerado, o Conselho Federal de Medicina apresenta como “missões” suas a *defesa do exercício digno, ético e profissional da medicina* – que neste estudo será designado como defesa do exercício ético<sup>63</sup> – e a *defesa da coletividade e do paciente*. Logo, a princípio, traz para si e assume as atribuições formais que encontramos no Código de Ética Médica. Mas é preciso uma análise mais acurada desta “auto-atribuição” para que, em um momento posterior, seja possível contrapor as atribuições formais e as informais. Além destas missões, um dos aspectos de grande relevância para a análise foi o fato de que, permeando estas suas “missões” aparece uma *crítica à mercantilização da saúde*, dando suporte às suas argumentações de defesa.

<sup>62</sup> É importante aqui relevar que os Conselhos Regionais de Medicina e o Conselho Federal mantêm uma estreita relação já que a aprovação dos regimentos internos dos primeiros depende de aprovação do segundo. Uma resolução de um Conselho Regional não pode conflitar com uma do CFM, sempre prevalecendo a do órgão superior – ou seja, a do CFM. Por outro lado, parte da diretoria do CFM é eleita por delegados regionais constituídos por cada Conselho Regional. Releve-se ainda que os Conselhos Regionais são dotados de autonomia administrativa, financeira e política, mas não nas questões normativas e éticas.

<sup>63</sup> O que aqui chamamos de *exercício ético da medicina* refere-se ao que o Conselho Federal de Medicina considera como sendo ético, não sendo atribuído nenhum juízo de valor com relação à esta predefinição do CFM. Posteriormente, quando da análise deste estudo, será enfocado o que o CFM considera como sendo o exercício digno, ético e profissional da medicina a partir das argumentações que traz em seu discurso.

- Defesa do Exercício Ético da Medicina:

Uma das funções primordiais que o CFM se atribui junto a corporação médica é a sustentação de seu maior princípio, a saber “o exercício *digno, profissional e ético da medicina*” <sup>64</sup> (MEDICINA, jan.1997: O Conselho e sua Voz). Tal princípio é definido pelo CFM como sendo um princípio inegociável, o que está em coerência com as atribuições formais que lhe são destinadas. Mas, o CFM também define-se como tendo “atribuições que extrapolam o Código de Ética Médica e a prática profissional”. (MEDICINA, mar 1997: Princípios e História)

O que se apresentou no material analisado é que o Jornal Medicina, e, portanto o CFM se propõe a:

*“incorporar as reivindicações sociais e políticas da categoria médica. Mas trará em suas páginas o progresso científico, a boa tecnologia, o lastro ético do exercício profissional (...) quer ser influente, esclarecedor, fonte de informação e referência para a categoria e para a sociedade. E vai cumprir esse objetivo (...) trazendo as informações médicas e científicas criadas, discutidas, operadas e consolidadas por médicos”* <sup>65</sup> (MEDICINA, jan. 1997: O Conselho e sua Voz p. 3)

Ao incorporar em sua missão as reivindicações da categoria médica, sem que isso esteja previsto em suas atribuições formais, o CFM toma para si a missão de defender a corporação médica. Torna-se, assim, um órgão de defesa da categoria à feição dos órgãos corporativos clássicos, tipo sindicato, que traz, de forma mais nítida, uma defesa de classe. Além disso, o CFM extrapola o campo de sua atribuição formal – a ética – ao dar destaque à cientificidade e à tecnologia e assumindo para si a função de formadora da corporação médica. Utiliza, para isso, a propagação da ciência e do conhecimento médico que considera importante à formação de um médico idealizado. E é ao extrapolar suas atribuições formais que o CFM incorpora em sua missão a defesa da corporação médica.

O CFM interpreta sua obrigação frente ao código de ética como sendo o de “punir o mau médico, a medicina mercenária e o sistema de saúde mercantilista” (MEDICINA, mar.1997: Princípios e História). Mas, ao mesmo tempo, o CFM pretende exercer seu papel de disciplinador e fiscalizador da medicina de forma não

<sup>64</sup> Grifos meus

<sup>65</sup> Grifos meus

repressiva. Para isso, pretende “fabricar” exclusivamente bons médicos. Desta forma, ele defende o exercício ético da medicina, não sendo necessário punir o mau médico, já que ele não existiria. Mas, se mesmo assim houver alguma possibilidade de mau exercício da medicina, isso se deve a fatores externos à corporação, nomeadamente ao sistema de saúde mercantilista e à medicina mercenária.

Prova disto é que o “mau médico” não figura nos artigos analisados. Assim, se por um lado, há uma defesa do paciente e da sociedade com relação à má-prática nos artigos do código de ética, nas argumentações do CFM o mau médico e a má prática se quer chegam a ser uma possibilidade. Por outro lado, a “medicina mercenária” e o “sistema de saúde mercantilista” estiveram bastante presentes nas argumentações do CFM. Percebe-se que esta “luta” contra um sistema de saúde mercantilista perpassa todo o conjunto de discursos analisados, sendo o grande vilão responsável pela precariedade do setor saúde.

Uma outra inserção do Conselho Federal de Medicina refere-se à luta que trava com relação às resoluções legais de procedimentos médicos, se definindo como tendo um papel fundamental nesta questão, como por exemplo:

*“o CFM promoveu um debate para discutir o problema do transexualismo e cirurgias de transgenitalismo, buscando elementos para definir a necessidade de uma resolução que regulamente a questão” (MEDICINA, abr.1997: Transexualismo: Debate Aberto, p.21)*

*“ O projeto se baseou integralmente na Resolução n.º 1358/92 do CFM, que condiciona a utilização dessas técnicas ao auxílio na resolução dos problemas de infertilidade humana: à probabilidade efetiva de sucesso e à ausência de risco à saúde da paciente ou do produto da gestação” (MEDICINA, mai. 1997: Reprodução Assistida em Discussão no Congresso)*

*“ Temos, com as demais entidades da área da Saúde, buscado influenciar o Congresso Nacional para que coloque no texto da lei que está sendo votado, as nossas principais reivindicações” (MEDICINA, out.1997: Um Ano Difícil, mas Produtivo)*

*“Contra o que propôs o Conselho Federal de Medicina, na Resolução n.º 1402/93, os deputados decidiram que as empresas podem estabelecer um plano mínimo (...) O projeto, conforme aprovado pela*

*Câmara, não respeita as necessidades da sociedade” (MEDICINA, nov.1997: Um Projeto Contra a Sociedade)*

*“Não há lei no Brasil que proíba a intervenção cirúrgica da transgenitalidade. O que existe é um tipo penal – a lesão corporal de natureza grave – que, na inexistência de um amparo legal para esse tipo de cirurgia, os juizes utilizam em causas contra os médicos” (MEDICINA, abr.1997: Transexualismo: Debate Aberto)*

Assim, com relação às resoluções legais que dependam, não de deliberações do CFM, mas de regulamentações judiciais e decisões parlamentares, o Conselho define-se como tendo função de persuasão junto às instâncias decisórias de tais regulamentações. Isso aparece muito claramente quando o CFM trata de procedimentos médicos que necessitam de regulamentação pelo parlamento e governo federal. Vislumbra-se uma luta pela precedência e relevância do CFM na legalização e regulamentação dos procedimentos médicos. O CFM se quer decisor e regulamentador de tais resoluções, usando para tal diferentes tipos de argumentações, dentre elas:

- argumentações éticas, como quando afirma, por exemplo, que

*“é importante que o CFM estude a possibilidade de considerar éticas as cirurgias de transgenitalidade. (MEDICINA, abr.1997: Transexualismo: Debate Aberto)*

- argumentações técnico-científicas, quando alega que

*“em certos casos, os atributos naturais (que definem o sexo) podem gerar dúvidas quando a genitália é ambígua ou ambivalente. Poderá ocorrer um acento civil errôneo e desastroso; melhor adaptá-lo até o diagnóstico correto, adaptando o novo ser por tratamento cirúrgico-homonal a uma vida biopsicossocial sadia.” (MEDICINA, abr.1997: Transexualismo: Debate Aberto)*

- ou ainda sob argumentação de serem verdadeiros defensores e conhecedores das necessidades de saúde da população:

*“uma manifestação do CFM, regulamentando a questão, poderá apressar a tramitação do projeto e tirar da marginalidade e até do desespero muitos brasileiros que sofrem com este problema”. (MEDICINA, abr.1997: Transexualismo: Debate Aberto)*

Neste aspecto, a defesa do exercício ético da medicina pode estar com uma roupagem nova, porém por detrás de tais argumentações, o que se percebe é ou uma proteção do profissional médico ou uma defesa do mercado de trabalho<sup>66</sup>. Buscando regulamentar e legalizar os procedimentos a partir de suas resoluções internas, o CFM está, em última instância, defendendo a corporação médica.

A formação, a escola e ensino médicos também estão no enfoque do CFM. Ele cumpre com as suas atribuições do código ao supervisionar as escolas médicas para zelar pela boa prática e bom conceito da medicina. Mas, ao identificar problemas relacionados à escola médica, acaba por defender a corporação. Vemos, por exemplo, que foi formulada uma extensa avaliação do ensino médico (CINAEM<sup>67</sup>) e que, dentre os diversos resultados encontrados, está a proposição de que médicos e alunos seriam vítimas ou da má gestão das escolas, ou da falta de recursos. De qualquer forma, seriam os maiores prejudicados pelos resultados insatisfatórios apontados na pesquisa. Note-se os exemplos recortados dos artigos do Jornal Medicina:

*“ Ao analisar o corpo docente das escolas médicas, o Projeto CINAEM detectou que a maior parte dos professores era pouco preparado para o ensino, para a pesquisa e para as atividades administrativas que realizavam – resultado dos baixos salários e falta de investimento no aprimoramento do corpo docente.(...) Com pertinência aos alunos, a análise da CINAEM demonstrou que o crescimento do conhecimento dá-se muito lentamente durante os seis anos do curso de graduação, ou seja, há um investimento muito grande de tempo de um contingente enorme de jovens em uma fase extremamente rica de suas vidas para obter-se um resultado bastante aquém do desejável.(...) Quanto à gestão das escolas médicas o Projeto identificou vários problemas que vão desde a resistência a mudanças até a burocracia excessiva, passando pela ineficiência administrativa.”<sup>68</sup> (MEDICINA, ago.1997: CINAEM – A Realidade das Escolas Médicas)*

Assim, se nos artigos analisados foi possível recortar uma espécie de auto-retrato que o CFM traz de si mesmo e que define algumas missões que ele assume para si, a missão que diz respeito diretamente à corporação médica foi o ponto mais relevante deste auto-retrato.

<sup>66</sup> Pode-se afirmar que o CFM visa não apenas defender, mas aumentar o mercado de trabalho do médico ao medicalizar situações e ampliar, assim, a influência do médico na sociedade.

<sup>67</sup> Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico – realizada entre 1991 e 1997, abrangendo 48 das 60 escolas médicas existentes à época no país, com envolvimento ativo do Conselho Federal de Medicina na organização do processo.

<sup>68</sup> Grifos meus

Retomando, então, o que foi dito até aqui com relação missão do CFM no que se refere à corporação médica temos que o Conselho se propõe à:

1. Trazer como seu maior princípio a defesa do exercício digno, profissional e ético da medicina, adotando para si, porém, atribuições que extrapolam a ética e a prática profissional.
2. Incorporar as reivindicações sociais e políticas da corporação, o que dá ao CFM o estatuto de órgão de defesa da corporação médica nos moldes das organizações de classe mais clássicas, do tipo sindicato.
3. Punir o mau médico, a medicina mercenária e o sistema de saúde mercantilista, sendo que o primeiro não figura como possibilidade nas suas argumentações, enquanto os outros dois aparecem como maiores vilões das práticas de saúde.
4. Exercer função de persuasão junto às instâncias decisórias das regulamentações no tocante à saúde, se pretendendo decisor e regulamentador de tais resoluções, utilizando argumentações éticas, técnico-científicas, sob a alegação de serem os verdadeiros defensores e os melhores conhecedores das necessidades de saúde da população
5. Defender a formação, a escola e ensino médicos, exercendo sua função de supervisor desta escola com vistas a zelar pelo bom exercício da medicina.

Formando a opinião e conscientizando os médicos acerca de temas que considera relevantes, defendendo os interesses políticos e sociais da categoria, defendendo a escola e a formação médica, o CFM pode exercer sua função (“auto-atribuída”) de influenciar e esclarecer a corporação médica, homogeneizando-a em torno de um padrão considerado ideal.

Deve ser destacada a amplitude de atribuições que o CFM se delega diante dos interesses da corporação médica, tendo funções diante das questões éticas, sociais, políticas, econômicas, legais, acadêmicas e de formação profissional. Nota-se, desta forma, uma extrapolação das atribuições e funções estritamente previstas no código.

- Defesa da Coletividade:

Parte considerável dos artigos analisados faziam menção a esta temática. A questão que surge, então, é como a coletividade e o ser humano figuram nestes discursos.

Esta é a proposta do CFM: *“ser, não um veículo descartável, mas um canal de comunicação com a categoria e a sociedade”* (MEDICINA, jan.1997: O Conselho e sua Voz). Busca servir de ponte entre a sociedade e a corporação médica, procurando uma certa sintonia entre ambas. Realiza a defesa de uma através da defesa de outra; defende uma utilizando as argumentações da outra. O que é interesse de uma apresenta-se como interesse de outra, ou melhor, o atendimento aos interesses da corporação médica traz conseqüências sobre as demandas da sociedade e vice-versa.

Uma das explanações do CFM faz menção à seu papel social e político e à sua atuação na vida das pessoas, crendo ser tal atuação primordial já que

*“atua, vive, influencia e interfere no cotidiano das pessoas. Do nascimento à morte, do início ao fim da linha, os médicos estão sempre presentes. Ao lidar com o bem maior, a vida, transcendemos o estrito campo da ciência e influímos na relação pessoal, afetiva e moral das pessoas”.*<sup>69</sup> (MEDICINA, mar.1997: Princípios e História)

Assim, a medicina seria vital, sua função ultrapassaria o objetivo de tratar doenças. O CFM propõe a medicalização da sociedade como um bem – o cotidiano dos indivíduos é um cotidiano medicalizado, onde a medicina atua, vive, influencia e interfere.

Haveria, porém, algumas formas de o CFM concretizar essa influência na vida das pessoas. Uma destas formas seria indiretamente, através do profissional médico. Ou seja, fiscalizando, disciplinando, promovendo a prática digna, ética e profissional da medicina, o CFM estaria influenciando a vida das pessoas – mas não diretamente à elas e nem da forma tão incisiva como seu argumento propõe.

Uma outra forma seria ao se propor a conscientizar os profissionais médicos acerca das necessidades de saúde da população, levando conhecimentos e informações e organizando campanhas de esclarecimento, o CFM também estaria influenciando a vida dos indivíduos. Além disto, estas campanhas de esclarecimento visam, não apenas

---

<sup>69</sup> Grifos meus



consicentizar os médicos, mas também trazer a sociedade como parceira e atuante. Atingido o objetivo destas campanhas se estaria influenciando o cotidiano dos indivíduos, sendo que alguma destas campanhas trazem explicitamente um objetivo bastante audacioso, como o de quebrar as resistências culturais dos indivíduos (e dos médicos) ou mudar sua mentalidade com relação a algum procedimento médico:

*“O Conselho Federal de Medicina está preparando uma ampla campanha de esclarecimento – direcionada tanto aos médicos como a população em geral – para os riscos e desnecessidade, na maioria dos casos, desta prática. (...) Há, sem dúvida, uma questão cultural na proliferação de partos cesáreos, enraizada no decorrer do tempo tanto entre os médicos quanto entre as mulheres. Quebrar esta resistência cultural deve ser o objetivo da campanha do CFM”<sup>70</sup> (MEDICINA, ago.1997: Recorde Lamentável, p.3)*

*“mudar essa mentalidade que se impôs durante anos tanto entre médicos como entre as mulheres é uma tarefa árdua”.<sup>71</sup> (MEDICINA, dez. 1997: Cesarianas e Modernidade)*

Uma importante fonte de argumentação para a defesa da coletividade refere-se a luta travada pelo CFM com relação à regulamentação dos planos e seguros de saúde. Esta luta, às vezes, traz à tona os argumentos corporativistas, outras tantas vezes, trazem uma defesa dos direitos da sociedade. Assim, por exemplo, vê-se que, na luta pela regulamentação dos planos e seguros saúde, a intenção é pressionar o Congresso Nacional para a aprovação do que o CFM considera fundamental. Ou, na argumentação do CFM: *“a universalidade do atendimento, fim das carências, liberdade de escolha do profissional médico”* (MEDICINA, out. 1997: Um Ano Difícil).

Outra forma bastante freqüente de a sociedade figurar nas explicações do CFM é como motivação para críticas ao governo federal e suas políticas. Como esta temática foi bastante freqüente nos artigos e relevante à este estudo, ele será enfocado a parte, dentro da análise de discurso do CFM. Cabe aqui, porém, indicar como a sociedade aparece como eixo central destas críticas. Isso se dá, por exemplo, nas seguintes passagens:

*“O Conselho Federal de Medicina considera inadmissível o contingenciamento dessas verbas. É obrigação constitucional do governo federal prover condições para a boa saúde da população”*

<sup>70</sup> Grifos meus

<sup>71</sup> Grifos meus

*brasileira. E isso ele não está fazendo. Ao contrário, está permitindo que a situação geral da saúde se deteriore.”* <sup>72</sup> (MEDICINA, nov. 1997: Contingenciamento Perverso)

*“o projeto (...) não respeita as necessidades da sociedade e, legalizando as exclusões, parece ser mais uma manobra do governo para tolher a ação do Judiciário, que tem decidido pela obrigatoriedade dos planos e seguros de atendimento a todas as patologias”.* <sup>73</sup> (MEDICINA, nov. 1997: Planos de Saúde: Um Projeto contra a Sociedade)

A partir da análise do discurso construído pelo CFM com relação à sua missão de defesa da saúde da população, destaca-se 3 pontos primordiais:

1. Se propõe a trazer ao diálogo a sociedade e a corporação médica, servindo de meio para a fluência deste diálogo. Trata-se de tomar a sociedade como coadjuvante de sua luta pela prática ética, profissional e digna da medicina.
2. Se expõe como tendo função primordial na vida cotidiana dos indivíduos, donde pode-se inferir que acredita ser a medicalização deste cotidiano (já que vive, atua, influencia e interfere nele) favorável a sociedade.
3. Se define como defensor dos interesses da sociedade, utilizando argumentos variados, que vão desde a defesa do exercício ético da medicina até a crítica acirrada as políticas do governo federal, tudo em nome da defesa da sociedade.

- Crítica à Mercantilização da Saúde:

Por fim, a crítica à mercantilização da saúde aparece em uma grande maioria dos artigos analisados, sendo um “carros-chefes” das exposições do CFM, combatida tanto em nome da defesa do exercício ético da medicina corporação como da defesa da saúde da população. Ao afirmar que tem por função punir a medicina mercenária e o sistema de saúde mercantilista, o Conselho define que tem por atribuição lutar contra uma hegemonia da razão econômica sobre as políticas de saúde.

A luta pela aprovação de suas reivindicações no projeto de regulamentação dos planos e seguros de saúde é uma das formas que o CFM utiliza para travar sua crítica a hegemonia do econômico sobre o social (e mais especificamente sobre a saúde). Aliás,

---

<sup>72</sup> Grifos meus

<sup>73</sup> Grifos meus

em torno desta problemática dos planos e seguros de saúde o CFM constrói grande parte de suas argumentações. Ele se define como ator-chave para uma regulamentação que permita o exercício digno, ético e profissional da medicina, a defesa dos interesses da sociedade, indo contra a mercantilização da saúde.

Outro ponto de sustentação do papel que o CFM se atribui com relação à esta tendência mercantilista está nas críticas feitas ao corte de verbas na área social, especialmente para a saúde, colocando-se frontalmente contra esta prática:

*“O governo Fernando Henrique Cardoso continua insistindo em reter, “contingenciar” como a equipe econômica gosta de dizer, cerca de R\$1,3 bilhão das verbas previstas no Orçamento da União de 1997 para o Ministério da Saúde. (...) O Conselho Federal de Medicina considera inadmissível o contingenciamento destas verbas”.*  
(MEDICINA, nov. 1997: Contingenciamento Perverso).

Assim, em seu auto-retrato, CFM se propõe a erguer defesas contra precedência da política econômica sobre a política de saúde, seja na esfera pública (defesa contra o corte de verbas, por exemplo) ou na esfera privada (luta contra a regulamentação dos planos e seguros de saúde regidos pela lógica econômica).

TABELA 3 - MISSÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ATRIBUIÇÕES FORMALIS			
ATRIBUIÇÕES FORMALIS	DEFESA DO EXERCÍCIO ÉTICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• supervisionar a ética médica</li> <li>• julgar e disciplinar os médicos</li> </ul>	
	DEFESA DA CORPORACÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• atuar pelo prestígio e bom conceito da medicina e de seus profissionais</li> </ul>	
	DEFESA DO PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• defender os direitos coletividade e, especialmente, do paciente, nos aspectos relacionados à saúde.</li> </ul>	
AUTO-ATRIBUIÇÕES	PRINCÍPIO INEGOCIÁVEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Exercício digno, ético e profissional da medicina”</li> </ul>	
	DEFESA DO EXERCÍCIO ÉTICO DA MEDICINA	FORMADORA DA CORPORACÃO MÉDICA IDEAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar, esclarecer, influir e ser referência para a categoria</li> <li>• destaque à cientificidade e à tecnologia</li> <li>• propagação da ciência e do conhecimento médico que considera importante à formação do médico ideal</li> <li>• conscientizar os profissionais médicos</li> </ul>
		ÓRGÃO DE DEFESA DA CORPORACÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• incorporação das reivindicações sociais e políticas</li> </ul>
		INSTÂNCIA DISCIPLINADORA E REGULADORA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• punir o mau médico, a medicina mercenária e o sistema de saúde mercantilista</li> <li>• persuasão junto às instancias decisórias das regulamentações no tocante à saúde, se pretendendo decisor e regulamentador de tais resoluções</li> </ul>
		DEFENSORA DO MERCADO DE TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ao propor a medicalização da sociedade como um bem, amplia a influência do médico sobre a sociedade, o que repercute como aumento do mercado de trabalho para o profissional.</li> </ul>
		DEFENSORA DA ESCOLA MÉDICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao supervisionar a escola e a formação do médico cumpre com sua função de zelar pelo bom exercício profissional da medicina</li> </ul>
	DEFESA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pretende tomar a sociedade como coadjuvante de sua luta pela prática ética, profissional e digna da medicina → sociedade como parceira</li> <li>• Tem função primordial na vida cotidiana dos indivíduos, donde infere-se que acredita ser a medicalização deste cotidiano favorável a sociedade.</li> <li>• Defensor dos interesses da sociedade → sociedade como vítima em potencial do sistema de saúde.</li> </ul>	
CRÍTICA À MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Punir a medicina mercenária e o sistema de saúde mercantilista</li> <li>• Lutar contra a mercantilização da saúde com persuasão e persistência</li> <li>• Erguer defesas contra a precedência da política econômica sobre a política de saúde: <ul style="list-style-type: none"> <li>– esfera pública → defesa contra o corte de verbas</li> <li>– esfera privada → (luta contra a regulamentação dos planos e seguros de saúde regidos pela lógica econômica.</li> </ul> </li> </ul>		

## Capítulo 4

---

### **ANÁLISE DE CONTEÚDO DA SEÇÃO 'CFM' DO JORNAL MEDICINA**

Neste capítulo será apresentada a análise temática propriamente dita e, com ela, algumas inferências úteis em sua interpretação final. A maior parte dos temas destacados na pré-análise da seção 'CFM' do Jornal Medicina estão, de alguma forma, associados à defesa do exercício ético da medicina, à defesa da sociedade e à crítica à mercantilização da saúde. Por isso, organizou-se a exposição desta análise procurando dar destaque a forma como aparecem esses pontos centrais dentro de cada tema.

#### 4.1 – SOCIEDADE

O CFM utiliza-se do tema *sociedade* em diversos momentos em seus artigos, ora servindo como argumento de defesa do exercício ético da medicina, ora sendo protagonista da defesa erguida pelo CFM da própria saúde da população (tabela 4 – p.98). O tema ainda aparece vinculado à crítica à mercantilização da saúde feita pelo Conselho.

Cabe, então, em primeiro lugar dar destaque a forma como o tema '*sociedade*' serve, nas exposições do CFM, como gancho para a defesa do exercício ético da medicina. O próprio CFM apresenta uma argumentação a este respeito bastante relevante, afirmando que, a partir da defesa deste exercício ético, o CFM pretende estar cumprindo seu papel frente a sociedade. Assim,

*“O Conselho, o CFM, o Conselho Federal de Medicina está ciente do seu legítimo papel frente a **sociedade** brasileira e o exercerá sempre. Ao defender os interesse corporativos, isso deve ser entendido como defesa da boa prática médica, do exercício profissional ético, da formação técnica e humanista rigorosa”<sup>74</sup> (MEDICINA, mar. 1997: Princípios e História).*

---

<sup>74</sup> Grifos meus

Este recorte já é, em si, paradigmático da forma como a defesa do que chama de exercício ético aparece como função primordial do Conselho. Cria-se, a partir da equação *defesa do exercício ético = defesa da sociedade*, a perspectiva de tornar a sociedade cúmplice desta defesa do exercício ético da medicina. É como se, ao defender esse exercício ético dos “ataques” passíveis de ocorrer, estar-se-ia defendendo a própria saúde: *médicos satisfeitos = sociedade saudável*.

Em um outro ponto o CFM se mostra preocupado com a questão das más condições do serviço público, sendo um outro tema de importância e que se apresenta com faces diferentes. Ao defender o serviço e o servidor público, o CFM procura defender o mercado de trabalho do médico. E, nesta causa, busca novamente a cumplicidade da sociedade:

*“O CFM está profundamente preocupado com esta situação e vem procurando alertar a **sociedade** sobre a necessidade de que os governos federal, estaduais e municipais reavaliem a sua atuação neste campo. A saúde do brasileiro merece ser bem tratada. E isso não vai acontecer se os profissionais da Medicina continuarem sendo desvalorizados e abandonados pelos governos nas três esferas”<sup>75</sup>  
(MEDICINA, jun. 1997: Uma Realidade Sombria)*

Assim, no material analisado, a sociedade aparece como cúmplice em potencial da defesa que o CFM procura fazer da corporação médica. Através de argumentações diferentes – uma que envolve as próprias condições de saúde da população e outra que tenta convencer a sociedade de seu papel relevante frente as políticas de saúde – o CFM tenta dar voz à sociedade na luta pelos interesses da corporação médica.

A sociedade aparece também como tendo papel relevante na discussão acerca da educação médica, já que se trata, indiretamente, de discutir sobre a vida das pessoas:

*“O MEC precisa desenvolver com a **sociedade** uma ampla discussão nacional de educação superior. Na área da saúde essa questão torna-se ainda mais importante, pois é a vida das pessoas que está em jogo”<sup>76</sup>  
(MEDICINA, mai.1997: Universidade – Autonomia Responsável)*

*“... procurou construir um movimento de envergadura nacional, capaz de discutir democraticamente o ensino e a profissão médica com representantes de professores e alunos das escolas médicas, bem*

<sup>75</sup> Grifos meus.

<sup>76</sup> Grifos meus.

como da *sociedade civil de todas as regiões do país*”<sup>77</sup> (MEDICINA, ago. 1997: CINAEM: A Realidade das Escolas Médicas)

Há uma preocupação com os valores dos indivíduos e com a preservação dos interesses da coletividade com relação às inovações tecnológicas:

*“Sem dúvida, são evidentes os benefícios que tais avanços tecnológicos podem trazer para a humanidade. No entanto, numa sociedade marcada pela luta incessante pelo lucro, onde os valores éticos mais nobres encontram as mais amplas e variadas dificuldades para sobreviver, torna-se indispensável estabelecer rigorosos critérios para manter as inovações técnicas dentro dos limites da dignidade, sempre direcionadas para os interesses maiores da coletividade”*<sup>78</sup> (MEDICINA, mai.1997: Reprodução Assistida em Discussão no Congresso)”

Também aparece como assunto nos artigos analisados, a saúde como exercício de cidadania:

*“O Programa “Protegendo a Vida” surgiu a partir de uma idéia simples (...) a mobilização social em prol de uma causa coletiva, tendo a saúde como complemento básico ao exercício de cidadania”*.<sup>79</sup> (MEDICINA, set.1997: Paraná: Um Programa de Sucesso)

Em síntese, a sociedade aparece em quatro momentos diferentes quando relacionada com a defesa da saúde da população:

- Como cúmplice na defesa das reivindicações da corporação médica, a partir da identificação dos interesses da sociedade e dos interesses da corporação.
- Como interlocutora relevante na avaliação do ensino médico, sob a argumentação de ter sua vida em jogo.
- Tendo seus valores e interesses defendidos de um potencial mal das inovações tecnológicas.
- Tendo sua saúde como complemento de cidadania.

<sup>77</sup> Grifos meus.

<sup>78</sup> Grifos meus.

<sup>79</sup> Grifos meus.

Tais momentos podem ser reagrupados em três formas de enfoque na sociedade:

- (1) Sociedade enquanto demandante de atenção à saúde.
- (2) Sociedade enquanto parceira em potencial da corporação médica.
- (3) Sociedade enquanto dotada de valores e interesses que podem ser enfocados a partir da saúde, como, por exemplo, o exercício de cidadania

Com relação à crítica à mercantilização da saúde, a sociedade entra nesta crítica de duas formas: como pactuante desta crítica ao ser chamada a ter voz ativa em sua construção e como vítima desta lógica econômica, demandando proteção e atenção.

No primeiro caso, como pactuante, o CFM propõe:

*“A visão gerencial e economicista da saúde deixa de ser exclusiva da equipe econômica. Passou a ser dogma do governo, com a Presidência e os ministros da Fazenda, Administração, Saúde e Planejamento, acoplando os indicadores de Saúde aos números da contabilidade. Isto é uma rota de colisão com a **sociedade**”*<sup>80</sup> (MEDICINA, jan.1997: Novo Ministro, Novo SUS?)

Ou ainda quando propõe :

*“... é preciso que toda a **sociedade** (...) se manifeste e pressione o Congresso e o governo para impedir que, novamente, o país mergulhe numa situação de desespero”*<sup>81</sup> (MEDICINA, dez.1997: Um Pacote Recessivo)

Mas, na maioria das vezes, a sociedade aparece como vítima da mercantilização da saúde , como se vê nos recortes:

*“ A intenção de transformar a CPMF em mais um imposto permanente, a onerar o bolso do contribuinte, é um desrespeito ao povo brasileiro”*<sup>82</sup> (MEDICINA, abr.1997: CPMF: Nova Surpresa)

*“O resultado (do contingenciamento de verbas) está sendo terrível para a **população** brasileira. Vários e importantes programas estão impedidos de continuar, devido a total inexistência de recursos” (...)* Da forma como o projeto ficou, os planos terão todo o direito de não cobrir doenças de custo mais alto, o que é, sem dúvida, um prejuízo para a **sociedade** como um todo<sup>83</sup> (MEDICINA, nov.1997: Um Projeto Contra a Sociedade).

<sup>80</sup> Grifos meus.

<sup>81</sup> Grifos meus.

<sup>82</sup> Grifos meus.

<sup>83</sup> Grifos meus.



Além disto, a defesa da saúde da população é mais uma das inspirações que o CFM busca para formular suas críticas ao governo federal. Destaca-se aqui as argumentações que o CFM traz em sua crítica a esta esfera do governo utilizando a defesa da saúde da população:

*“há urgência de que o governo se conscientize da verdadeira situação de nosso o **povo** e **redirecione sua política**, se isso não ocorrer continuaremos sendo obrigados a afirmar: **'O país vai bem, mas o povo vai muito mal'** “*<sup>84</sup> (MEDICINA, jul.1997: Crítica Confirmada)

Reafirma-se a posição do Conselho Federal de Medicina com relação ao governo federal e sua política, uma posição de crítica diante da situação que impõe à sociedade como um todo e à corporação médica, em particular.

Também merece destaque o papel que o CFM atribui ao Estado com relação à saúde da sociedade. Para o Conselho, o Estado deve garantir mecanismos de proteção, ter ação eficaz na área da saúde, manter uma política nacional de saúde:

*“a ação do Estado não pode ser contemplativa ou parcial em nenhuma área da Saúde. Tem que ser diligente e plena, (...) assegurando a **todos**, igualmente, a oportunidade de uma vida quantitativa e qualitativamente melhor. Esta é uma obrigação intransferível do Estado.”*<sup>85</sup> (MEDICINA, fev.1997: Bem Público)

Em síntese, a sociedade é utilizada nas argumentações do CFM como cúmplice da corporação médica, seja na defesa dos interesses desta, seja como motivação das críticas erguidas à mercantilização da saúde. Para o Conselho, há uma identificação entre os interesses da corporação e os interesses da sociedade. Ao defender a sociedade – seja da mercantilização da saúde, seja lutando pelo atendimento às suas demandas de atenção à saúde – o Conselho está defendendo o que considera como o exercício ético da medicina.

---

<sup>84</sup> Grifos meus.

<sup>85</sup> Grifos meus.

#### 4.2 - PACIENTE/USUÁRIO

O termo paciente ou usuário<sup>86</sup>, apareceu mais diretamente ligado à crítica feita à mercantilização da saúde (tabela 5 – p.99). Esta parcela recortada e específica da sociedade – paciente/usuário – tem grande relevância dentro dos argumentos de crítica do CFM às políticas de governo, aparecendo como vítimas imediatas, tanto do desmonte e privatização do sistema público de saúde, como das vantagens concedidas ao sistema privado de saúde:

*“Os **pacientes** que não podem pagar serão submetidos ao apetite voraz das empresas que apenas visam lucros. Aos que não podem(...) resta a assistência estatal desestruturada, com um serviço público desmotivado e sem recursos suficientes” (MEDICINA, abr.1997: Ano da Saúde?)*

*(...) a discussão sobre o managed care é muito oportuna. Pode trazer à tona elementos interessante. Por exemplo, a conscientização (...) dos **pacientes** sobre os custos da assistência médica“ (...) Sem regulamentação os planos privados de saúde (...) lesam o consumidor com contratos leoninos e praticam a exclusão. Os **pacientes** tem sido vítimas de restrições e assistência precária”<sup>87</sup> (MEDICINA, jul.1997: Saúde: Alternativa De Gestão)*

*“É bastante lamentável que os senhores parlamentares tenham aceito pressões das grandes empresas seguradoras para aprovar uma regulamentação que não garante a cobertura de todas as patologias, criando um chamado plano mínimo – ou de referência – que deixará a maior parte dos **usuários** sem a devida cobertura para os procedimentos mais complexos e, portanto, mais caros”.<sup>88</sup> (MEDICINA, nov.1997: Um Projeto Anti-Social)*

<sup>86</sup> À primeira vista, pode parecer incoerente a análise de dois temas tão próximos: sociedade e paciente/usuário. Mas, no decorrer da análise, fez-se necessária a análise em separado das duas temáticas, visto ser notória a forma como o uso dos termos paciente/usuário apareceu vinculada às críticas erguidas à mercantilização da saúde, o que não ocorreu de forma predominante com o termo sociedade. Na realidade, pode-se inferir que falar em paciente/usuário é substancialmente diferente de referir-se ao coletivo total da sociedade. O uso do termo sociedade apareceu relacionado às questões mais genéricas: por exemplo, é este coletivo que paga a CPMF, que tem necessidades e demandas de atenção à saúde, que sofre influências da forma como o ensino e a formação médica são conduzidas. Já o paciente/usuário é quem paga especificamente pela saúde, ou quem não consegue o atendimento, quem sai diretamente lesado com a forma como as políticas de saúde são conduzidas. Daí a relevância em se tomar a análise de destes temas em separado.

<sup>87</sup> Grifos meus.

<sup>88</sup> Grifos meus.

*“A fila dupla prejudica o usuário do SUS. Quem paga ou tem convênio é atendido na frente, tem alimentação e hotelaria especial”<sup>89</sup> (MEDICINA, nov.1997: Hospitais Universitários Pedem Socorro)*

Em outros momentos, o indivíduo objeto da prática médica (o paciente) e o indivíduo consumidor dos serviços de saúde (o usuário) aparecem como solidários com a classe médica, ambos vitimados pela forma como são conduzidas as políticas de saúde:

*“Esta é a lógica da ‘reforma’ do sistema de saúde ora em estudo pelo governo federal. Não se pode chamar esse projeto de reforma, já que ele é na verdade instrumento para a transferência do patrimônio público para o setor privado e para o desmantelamento do sistema. O resultado vai atingir tanto pacientes quanto médicos; tanto quem pode pagar quanto quem não pode”<sup>90</sup> (MEDICINA, abr.1997: Ano da Saúde?)*

*“Caso seja transformado em lei (...) vai criar novos e mais graves problemas tanto para médicos quanto para pacientes.. Vai criar, por exemplo, uma grande questão ética: o segurado terá acesso a exames que podem indicar a necessidade de um procedimento complexo não coberto pelo plano. Constata-se a patologia mas ela não pode ser tratada. Como ficam, perante essa realidade, médico e paciente?”<sup>91</sup> (MEDICINA, nov.1997: Planos de Saúde: Um Projeto contra a Sociedade)*

Não se pode questionar, neste ponto, que o paciente teria graves prejuízos com a aprovação desta proposta; mas há, também, uma preocupação com a categoria médica e sua prática profissional. De um lado, há o paciente que não é tratado; de outro lado, há o médico que deixa de tratar – o que envolve a questão do exercício digno, ético e profissional da medicina.

No mesmo artigo, aparece também uma preocupação com a limitação da livre escolha do paciente em relação ao médico:

*“O projeto aprovado pela Câmara também não permite ampla e total liberdade de escolha do médico pelo paciente (...) A exigência de credenciamento do profissional é uma forma de controlar os médicos, ampliando suas áreas de exclusão”.<sup>92</sup> (MEDICINA, nov.1997: Planos de Saúde: Um Projeto contra a Sociedade)*

<sup>89</sup> Grifos meus

<sup>90</sup> Grifos meus.

<sup>91</sup> Grifos meus.

<sup>92</sup> Grifos meus

Como no argumento anterior, se o paciente sai prejudicado com esta limitação, há um prejuízo ainda maior do médico, que terá seu mercado de trabalho limitado, sem possibilidade de fazer crescer sua clientela. Outra vez, o paciente serve de trampolim para a defesa da corporação. Esta é uma das entradas do paciente no discurso do CFM: proporcionar mais um argumento para a construção da defesa do exercício ético da medicina e, secundariamente, da corporação médica.

E como aparece o tema paciente/usuário como fonte de argumentação da defesa da saúde da população? Surpreendentemente, o tema simplesmente não aparece em nenhum momento vinculado à defesa da saúde da população. Talvez porque para defendê-la, é melhor argumentar sob outros aspectos, referir-se a sociedade enquanto coletivo total e não como consumidores de serviços de saúde.

#### 4.3 - NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Tendo sido definida como uma das missões do Conselho Federal de Medicina, o atendimento e a preocupação com as necessidades de saúde da população emergem em seus discursos, porém com diferentes argumentações (tabela 6 p.100).

Tomando a forma como o CFM faz referência às necessidades de saúde da população, percebe-se que este tema praticamente não figura entre suas argumentações de defesa do exercício ético. Ou seja, no material analisado, tais necessidades praticamente não aparecem diretamente vinculadas à defesa do exercício ético. O único trecho destacado como tratando da defesa do exercício ético pelo viés das necessidades de saúde da população, só pôde ser assim concebido por uma inferência a partir do que diz o artigo:

*"o estudo comprovou que as escolas médicas no Brasil vão mal e precisam se reciclar urgentemente para atender às **necessidades de saúde** da população brasileira"* <sup>93</sup> (MEDICINA, ago.1997: CINAEM: A Realidade das Escolas Médicas)

O CFM defende uma reciclagem das escolas médicas para que elas atendam às necessidades de saúde da população, adequando a formação profissional ao perfil da população. Mas também é possível apontar que, sob a argumentação de atender às necessidades de saúde da população, a escola médica conforma-se ao ideal de prática

<sup>93</sup> Grifos meus

médica defendido pelo CFM . Afinal de contas, o Conselho Federal de Medicina alega ser o conhecedor dessas necessidades, tanto que se propõe a esclarecer e conscientizar os médicos a esse respeito. E aqui repousa a argumentação de defesa das necessidades de saúde da população como ponte para a defesa do exercício ético da medicina.

Já com relação à crítica à mercantilização da saúde, esta figura como uma das maiores responsáveis ao não atendimento das necessidades de saúde da população:

*“A gravidade da situação pode ser comprovada pela atitude dos próprios líderes do governo no Congresso, que assinaram um manifesto exigindo a liberação de verbas. Esta claro que mesmo esse ato mostrou-se inútil para romper a barreira de insensibilidade em relação às necessidades da população brasileira, erguida pela equipe econômica e amplamente apoiada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso.”* <sup>94</sup> (MEDICINA, nov.1997: Contingenciamento Perverso)

Assim, uma das soluções encontradas para a satisfação das necessidades de saúde da população seria exatamente abrir mão da mercantilização da saúde, redirecionando a política de saúde por outros caminhos que não o econômico.

Na verdade, o que se pôde recortar dos artigos analisados foi que, por detrás da argumentação acerca das necessidades de saúde da população, está embutida uma crítica à política do governo federal. Assim, nos artigos analisados, o CFM ergue uma crítica à falta de sensibilidade por parte do governo federal com as necessidades de saúde da população:

*“Um governo democrático e verdadeiramente direcionado para os reais interesses do povo brasileiro não é aquele que volta as costas para as necessidades urgentes constatadas nas áreas de saúde, saneamento e educação (...) Há urgência de que o governo se conscientize da verdadeira situação do nosso povo e redirecione sua política”.* <sup>95</sup> (MEDICINA, jul.1997: Crítica Confirmada)

*“Não é excessivo insistir na necessidade de ações concretas de descentralização para que, efetivamente, os brasileiros recebam o atendimento de que necessitam”* <sup>96</sup> (MEDICINA, jul.1997: Descentralização Necessária)

---

<sup>94</sup> Grifos meus

<sup>95</sup> Grifos meus

<sup>96</sup> Grifos meus

*“A crise que os Estados brasileiros sofrem vem se agudizando a cada dia. Praticamente abandonados pelo governo federal (...) os governos estaduais encontram-se com poucas condições de atender às **necessidades da população**”* <sup>97</sup> (MEDICINA, ago.1997: Crise dos Estados)

O que estes trechos vêm à ilustrar é a utilização da defesa dos interesses da sociedade, sob a vertente de necessidades da população, como arma de ataque à tão criticada falta de política social (e de saúde) do governo.

As necessidades de saúde da população são enfatizadas em diferentes momentos, com diversos argumentos e são apontadas algumas soluções para estas necessidades:

- 1- reciclagem das escolas médicas
- 2- conscientização do governo federal com relação à estas necessidades
- 3- ações concretas de descentralização
- 4- atenção aos governos estaduais por parte do governo federal
- 5- atendimento à população pelo serviço público de saúde
- 6- rompimento da barreira de insensibilidade em relação às necessidades da população brasileira, erguida pela equipe econômica

Em suma, as necessidades de saúde da população são tratadas pelo discurso do CFM, com uma ampla gama de soluções possíveis, que variam desde o enfoque na formação médica até uma sensibilização do governo federal, sendo porém que o maior destaque dado à estas necessidades reside nas críticas tecidas ao governo federal.

#### 4.4 - CRÍTICAS À POLÍTICA DE GOVERNO

O primeiro e mais relevante ponto a ser destacado neste tema refere-se a uma visível defesa do funcionalismo público, com subsequente crítica ao governo federal:

*“Num contingente de mais de 200 mil profissionais, o mercado de trabalho apresenta algumas especificidades que nos chamam atenção. Estes médicos inserem-se numa assistência à saúde **predominantemente estatal** (...)”* <sup>98</sup> (MEDICINA, jun.1997: Perfil dos Médicos: Mercado de Trabalho e Remuneração)

Note-se, portanto, que a defesa do funcionalismo público aparece vinculada à defesa dos interesses da corporação, já que esta corporação tem uma inserção no mercado de trabalho predominantemente estatal. A partir desta constatação, fica mais

---

<sup>97</sup> Grifos meus

nítido o motivo pelo qual o CFM ergue uma defesa do funcionalismo e do serviço público. Não se pode negar que possa haver motivações outras, para além da defesa da corporação, para tal postura por parte do CFM. Mas, é bastante nítido que a posição do CFM calca-se nestes interesses corporativos.

Aqui estão alguns fragmentos de texto que ilustram esta postura do CFM:

*“ O Palácio do Planalto está jogando todo o seu poder para aprovar a emenda da Reforma Administrativa como quer: acabando com a estabilidade do **funcionalismo público**, com o Regime Jurídico Único, com a paridade entre servidores ativos e inativos e com a isonomia salarial. (...) A propaganda do **governo** afirma que a reforma é necessária para tornar o Estado menor e mais ágil, livrando-o de funcionários ineficientes. Isso não é verdade. (...) Ao contrário do que o **governo** pretende, o **serviço público** precisa ser estável, precisa ser profissionalizado, precisa ter continuidade administrativa. E precisa, acima de tudo, ser constituído por servidores devidamente preparados e valorizados.”* <sup>99</sup> (MEDICINA, mai.1997: Reforma contra o País)

*“Por todo o país, há, entre os médicos, uma sensação de abandono. Preocupado que está com a globalização e com a integração do Brasil no mercado neoliberal internacional, o **governo** dá pouquíssima atenção à área da Saúde, a não ser quando lhe interessa apresentar propostas que trazem embutidos planos de privatização (...) ou quando lhe convém propor reformas administrativas e previdenciárias que destroem e desvalorizam o **funcionalismo público**, inclusive os médicos que atuam no **serviço público** e, hoje, constituem a maioria da categoria. Os profissionais médicos continuam convivendo com más condições de trabalho, atuando em hospitais públicos sem equipamentos adequados e sem os medicamentos necessários, recebendo remuneração mais do que insuficiente pelo atendimento ao SUS e, para completar, obrigados a manterem dois ou três vínculos para sobreviver”.* <sup>100</sup> (MEDICINA, jun.1997: Uma Realidade Sombria)

Há uma denúncia do abandono sofrido pelo servidor público (e, consequentemente ao médico funcionário público), das más condições de trabalho e da sobrecarga de trabalho dos profissionais. Desta forma, desenha-se a argumentação do CFM para criticar o governo federal e sua política económica como forma de defender a corporação, sendo que esta defesa se constrói predominantemente sob a insígnia de

<sup>98</sup> Grifos meus

<sup>99</sup> Grifos meus

<sup>100</sup> Grifos meus

defesa do funcionalismo e serviço público contra seu potencial desmonte por parte do governo federal.

Mas, o que se mostrou como argumentação central do CFM para as críticas às políticas do governo federal foi à tendência de mercantilizar a saúde, adotando uma lógica econômica para reger as políticas de saúde. Esta postura – a crítica à mercantilização da saúde – configura um ponto central das críticas às políticas governo – especialmente às políticas sociais e a saúde. Se as missões do CFM – a defesa do exercício ético da medicina e da sociedade – servem de argumento para as críticas ao governo, a crítica à mercantilização da saúde é o maior alvo de ataque do CFM, sendo concomitantemente a base de seus argumentos e a fonte de suas principais reivindicações:

*“A visão gerencial e economicista da saúde deixa de ser exclusiva da equipe econômica. Passou a ser dogma de governo.”*<sup>101</sup> (MEDICINA, jan.1997: Novo Ministro, Novo SUS?)

*“Prefeitos, governadores, funcionários públicos graduados, instituições financeiras públicas e privadas compactuaram, tem responsabilidade direta nesse escândalo. Por decoro público evita-se a expressão mais popular de indignação. O governo repete, martela, reprisa sempre que não há dinheiro para a saúde, educação, transporte público, educação”*<sup>102</sup> (MEDICINA, mar.1997: Um Velho Filme)

*“Pode um governo estadual criar organizações sociais autônomas, de caráter privado, e para elas transferir a execução de serviços em áreas consideradas como dever do Estado, como saúde, educação e assistência social? (...) A legislação federal só permite à entidades de direito privado a participação de forma complementar – e não substitutiva – no Sistema Único de Saúde. (...) Este é um passo a mais para a proposta geral de transferir todo o sistema de saúde para a iniciativa privada. O governador Almir Gabriel é do mesmo partido que o presidente Fernando Henrique Cardoso, o PSDB, e com ele comunga das idéias neo-liberais da globalização”*<sup>103</sup> (MEDICINA, mai.1997: CFM Questiona as Organizações Sociais)

*“Preocupado que está com a globalização e com a integração do Brasil no mercado neoliberal internacional, o Governo dá pouquíssima atenção à área da saúde, a não ser quando lhe interessa*

<sup>101</sup> Grifos meus

<sup>102</sup> Grifos meus

<sup>103</sup> Grifos meus



*apresentar, sibilinamente, propostas que trazem embutidos planos de privatização.*"<sup>104</sup> (MEDICINA, jun.1997: Uma Realidade Sombria)

*"Eleito com um programa no qual um dos cinco dedos do então candidato à presidente Fernando Henrique Cardoso era a Educação, o Governo Federal está mostrando, agora, qual sua verdadeira posição em relação a este tema: nada mais, nada menos, que privatizar as universidades federais. (...) Privatizar as universidades federais significa colocá-las à mercê das leis de mercado"* <sup>105</sup> (MEDICINA, jun.1997: Contra a Privatização das Universidades)

*"(...) embora Fernando Henrique Cardoso tenha sido eleito como uma plataforma política em que defendia grandes investimentos na área social (os cinco dedos da mão, que foram a base da sua propaganda eleitoral), rapidamente abandonou essa idéia para abraçar um projeto neoliberal que releva a área social a segundo ou talvez terceiro plano"*<sup>106</sup> (MEDICINA, jul.1997: Crítica Confirmada)

Uma outra crítica erguida ao governo federal recai sobre o constante corte de verbas para a área social:

*"O SUS (...) nunca contou com um orçamento que pudesse garantir sua plena implementação"* <sup>107</sup> (MEDICINA, abr.1997: Ano da Saúde?)

*"O Conselho Federal de Medicina vem constantemente condenando a política de FHC de reduzir drasticamente as verbas para a área social – principalmente saúde e saneamento – enquanto, paralelamente, utiliza bilhões de reais para salvar bancos."* <sup>108</sup> (MEDICINA, jul.1997: Crítica Confirmada)

*"O governo federal corta ou reduz verbas sob a desculpa da necessidade de sanear as finanças públicas (...) Não se trata de uma crise conjuntural, mas de uma situação estrutural que vem se agravando com o passar do tempo. Nela, está embutida a indisfarçada intenção de reduzir a capacidade do Estado"*<sup>109</sup> (MEDICINA, ago.1997: A Crise dos Estados)

<sup>104</sup> Grifos meus

<sup>105</sup> Grifos meus

<sup>106</sup> Grifos meus

<sup>107</sup> Grifos meus

<sup>108</sup> Grifos meus

<sup>109</sup> Grifos meus

*“O governo Fernando Henrique Cardoso continua insistindo em reter, “contingenciar” como a equipe econômica gosta de dizer, cerca de R\$ 1,3 bilhão das verbas previstas no Orçamento da União de 1997 para o Ministério da Saúde. (...) O Conselho Federal de Medicina considera inadmissível o contingenciamento dessas verbas. É obrigação constitucional do governo prover condições para a boa saúde da população brasileira”<sup>110</sup> (MEDICINA, nov.1997: Contingenciamento Perverso)*

*“Elevar as taxas de juros, aumentar as alíquotas do Imposto de Renda e do IPI e cortar gastos da área social foram algumas das saídas do governo Fernando Henrique Cardoso para enfrentar a crise provocada pela queda das bolsas da Ásia que, imediatamente, refletiram no Brasil. Essas medidas (...) demonstraram pelo menos duas coisas: a primeira, que o governo de Fernando Henrique Cardoso insiste na danosa política neoliberal; a segunda, que a economia brasileira no Plano Real é frágil e vulnerável. (...) Manter a política neoliberal (...) significa cortar gastos em áreas essenciais (como saúde e educação) para pagar juros da dívida externa”<sup>111</sup> (MEDICINA, dez.1997: Um Pacote Recessivo)*

Assim, o tipo de discurso construído pelo CFM com relação ao governo federal é de crítica à política econômica, ao ideário neoliberal, à tendência privatizante e globalizante como formas de desestruturar e desmontar qualquer política social e, com ela, os investimentos na área da saúde. É a razão econômica que vai aparecer como grande vilã que ataca e adoce a saúde.

Ainda dentro da temática referida às críticas construídas pelo CFM ao governo federal, houve um aspecto muito relevante que apareceu como gancho para tais críticas: o fato de 1997 ter sido declarado pelo governo federal como o ‘Ano da Saúde’. Todas as referências que apareceram dentro dos artigos analisados sobre este tema traziam uma crítica ao governo. Ressalte-se que, nesta temática específica relativa ao Ano da Saúde, a crítica construída pelo CFM é nominal ao presidente Fernando Henrique Cardoso, já que todas as referências a ela citam-no como responsável pelas dificuldades encontradas no campo da saúde.

*“Depois de longos e intermináveis anos de crise, o Presidente da República decretou que este é o ano da Saúde. Poderá ser alto o preço que o país pagará se este for mais um ano de boas intenções,*

---

<sup>110</sup> Grifos meus

<sup>111</sup> Grifos meus

com o cofre recheado de palavras”<sup>112</sup> (MEDICINA, jan.1997: Novo Ministro, Novo SUS?)

“No momento em que foi anunciado que o presidente **Fernando Henrique Cardoso** divulgaria um pacote para transformar 1997 no **Ano da Saúde** no Brasil, houve um grande alento. As expectativas incluíam medidas que atingissem o cerne da questão, constantemente relegada. Não foi isso que se viu. Muito ao contrário, o pacote trouxe os mesmos programas e medidas propostas e definidas pelo próprio Ministério da Saúde, já algum tempo e ainda não implementadas.”<sup>113</sup> (MEDICINA, abr.1997: Ano da Saúde?)

“Embora o presidente **Fernando Henrique Cardoso** tenha anunciado que 1997 seria o **Ano da Saúde** no Brasil, praticante nada está sendo feito em nível federal e muito menos no nível dos estados e municípios para superar os principais problemas encontrados na área da Saúde.”<sup>114</sup> (MEDICINA, jun.1997: Uma Realidade Sombria)

“Apesar de o presidente **Fernando Henrique Cardoso** ter anunciado que esta ano de 1997 seria o “**Ano da Saúde**”, o que tivemos foi redução de verbas orçamentárias para a Saúde Pública, avanço de epidemias como a do dengue e a do sarampo, dificuldades par a implantação efetiva do Sistema Único de Saúde, etc.”<sup>115</sup> (MEDICINA, out.1997: Um Ano Difícil, Mas Produtivo)

“O presidente **Fernando Henrique Cardoso** afirmou que 1997 seria o “**Ano da Saúde**”. O povo brasileiro exige que ele cumpra sua promessa e deixe, definitivamente, de sucatear a saúde pública em prol de uma política neoliberal que já demonstrou amplamente sua perversidade.”<sup>116</sup> (MEDICINA, nov.1997: Contingenciamento Perverso)

Em síntese, a crítica construída pelo CFM ao governo federal, à sua política neoliberal e privatizante e à globalização deram aos artigos analisados uma grande especificidade. A crítica maior feita ao governo federal repousou exatamente sobre a hegemonia da razão econômica sobre qualquer outra política de governo, seja ela social ou política. O que tornou esta crítica ao governo federal especialmente relevante para

<sup>112</sup> Grifos meus

<sup>113</sup> Grifos meus

<sup>114</sup> Grifos meus

<sup>115</sup> Grifos meus

<sup>116</sup> Grifos meus

este estudo foi desenhar a forma que ela toma para servir de argumentação para as funções maiores do CFM.

Este ‘discurso-denúncia’ do CFM trouxe para si a defesa do exercício ético da medicina e da sociedade, além de ter sido constante em vários artigos que reclamavam da falta de investimento na área social (tabela 6 – p.100).

#### 4.5 - SISTEMA DE SAÚDE

Com este recorte, procurou-se destacar as posições do CFM com relação a sistema de saúde, público e privado, de acordo com as diferentes argumentações e temáticas que apareceram no decorrer dos artigos. Para dar maior clareza à análise, subdividiu-se esta exposição em quatro etapas, a saber: sistema público, sistema privado, relação entre público e privado e políticas de saúde (tabela 7 – p.101).

##### 4.5.1 – Sistema Público de Saúde

Quanto trata do sistema público de saúde, o CFM mantém, dentro desta temática, sua construção crítica ao domínio da razão econômica nas políticas de governo. Há uma explícita defesa do serviço público e, especialmente, da efetiva implementação do SUS. Destaque-se que não apareceram argumentações claramente defensivas ou da corporação ou da saúde da população; ao invés disto, o que se destacou foi a reafirmação da crítica à mercantilização da saúde:

*“Os defensores de que o desperdício e a fraude são a base de funcionamento do sistema de Saúde pública do país conseguiram conquistar corações e mentes da opinião pública (...). O que está aí é condenável, indefensável, improbo”*<sup>117</sup> (MEDICINA, jan.1997: Novo Ministro, Novo SUS?)

*“A visibilidade de um ato público – quando funcionários e população abraçaram o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – chamou atenção para o fato: os hospitais universitários (...) se renderam ao caos generalizado da saúde pública. O H.C. de Minas Gerais chegou a ficar sem crédito para comprar medicamentos ou realizar cirurgias.”*<sup>118</sup> (MEDICINA, nov.1997: Hospitais Universitários Pedem Socorro)

---

<sup>117</sup> Grifos meus

<sup>118</sup> Grifos meus

Outro ponto de destaque nesta análise com relação à posição do CFM diante do sistema público de saúde é a clara defesa que ergue com relação ao Sistema Único de Saúde, como se destaca a seguir:

*“O SUS foi uma proposta democrática, elaborada com a participação de setores representativos da sociedade, que permitiu o estabelecimento de diretrizes básicas bem definidas. No entanto nunca foi implementado, tanto do ponto de vista técnico quanto teórico”* (MEDICINA, abr.1997: Ano da Saúde?)

*“Ganha força a solução polêmica de destinar uma fatia cada vez maior para atendimento a convênios, planos de saúde e particulares. Para os críticos, cria-se desta forma dois agendamentos e duas resolubilidades, o que representa uma fratura exposta no princípio de equidade do SUS. (...) Podem atender convênios, mas que haja controle social, com fila única e transparência e nunca ultrapasse 10%. E que o dinheiro arrecadado seja revertido para a melhoria do atendimento do SUS”*<sup>119</sup> (MEDICINA, nov.1997: Hospitais Universitários Pedem Socorro)

Vê-se assim que o CFM parte em defesa do serviço público de saúde e, mais explicitamente, do Sistema Único de Saúde. Identifica-se a missão do CFM com esta defesa: o SUS aparece como uma instância que atende às necessidades da população, aos interesses da corporação médica e afastada da mercantilização da saúde. Ou seja, defendendo o sistema público de saúde, o CFM estaria, em última instância, defendendo os interesses da corporação médica (dada sua inserção profissional prioritariamente nesta modalidade de serviço), como também da sociedade (dado seu direito à saúde, assegurado pela constituição, sendo este um dever do Estado).

#### 4.5.2 – Sistema Privado de Saúde

Ao se tomar o sistema privado de saúde como foco de análise, percebeu-se que este é mais um ponto de sustentação das críticas do CFM às políticas econômicas do governo federal e a sua tendência em privatizar o sistema público de saúde. Ficou evidente que a crítica maior feita pelo CFM com relação ao sistema privado de saúde é o fato de ele ser regido por uma lógica econômica, que atende aos interesses de mercado, neoliberais e globalizantes, em voga. Quando se procurou destacar a defesa do exercício ético da medicina e da sociedade a partir desta temática – sistema privado

<sup>119</sup> Grifos meus

de saúde – o que se vislumbrou foi uma discussão econômica permeando toda a argumentação. O eixo central girava em torno dela. Recorta-se, com especial relevância, as críticas à regulamentação dos planos e seguros de saúde privados:

*“O que a sociedade esperava da Câmara dos Deputados era a aprovação de um projeto (...) que a defendesse da ganância das empresas seguradoras e de planos d saúde, as quais, mesmo antes da transformação do projeto em lei, já prejudicou (...) o médico – pagando-lhes honorários aviltantes, sem considerar a grandeza do trabalho médico (...) A aprovação do substitutivo do deputado Paulo Landim (...) traz embutida a possibilidade de as grandes empresas internacionais de seguro-saúde atuarem no mercado brasileiro. Isto pode significar, também, a morte para as cooperativas de médicos hoje existentes no país”*<sup>120</sup> (MEDICINA, nov.1997: Um Projeto Anti-Social)

Parte da posição do CFM diante do sistema privado pode ser apontado como tentativa de defender os interesses da sociedade. Via de regra, a argumentação baseia-se numa crítica à forma como está se conduzindo a regulamentação dos planos e seguros de saúde privados:

*“Temos (...) buscado influenciar o Congresso Nacional para que coloque no texto da lei que está sendo votado nossas principais reivindicações, ente elas a universalidade do atendimento, fim das carências, liberdade de escolha do profissional médico”*<sup>121</sup> (MEDICINA, out.1997: Um Ano Difícil, mas Produtivo)

As principais reivindicações do CFM estavam referidas à defesa da sociedade com críticas em relação ao que o sistema privado quer ver aprovado na lei. Ou seja, reivindica um plano mínimo ou de referência (*versus* universalidade do atendimento), prazos de carência para a prestação da assistência e restrições na escolha do profissional dentro daqueles credenciados ao plano/seguro de saúde.

Este, porém, foi o único ponto que pôde ser recortado com relação ao sistema privado de saúde e que não trazia embutida uma temática claramente ligada ao mercado. Todos os demais trechos fazem referências à questões da mercantilização do sistema de saúde, com críticas à voracidade financeira deste sistema – o que apresentou-se como a marca fundamental das argumentações do CFM.

<sup>120</sup> Grifos meus

<sup>121</sup> Grifos meus

Chamou atenção a argumentação construída pelo CFM acerca da técnica da medicina ter sido vitoriosa sobre a lógica econômica vigente dos sistemas de saúde. A arbitragem técnica, defendida pelo CFM como melhor saída para a conturbada questão da remuneração dos procedimentos médicos por empresas privadas, aponta para a manutenção da autonomia nas mãos do profissional médico, já que a técnica é uma prerrogativa do conhecimento da corporação:

*“O conflito acerca da remuneração dos procedimentos médicos com as empresas e instituições contratantes de serviços médicos tem, hoje, um caminho amadurecido, civilizado e politicamente correto: a arbitragem técnica. (...) O resultado representa um marco nas relações profissionais de todos os médicos brasileiros e empresas privadas de medicina, foi encontrada uma solução, negociou-se e seu resultado foi acatado, sem controvérsias, por todos os participantes. É preciso que este novo caminho seja perseguido por todos os envolvidos – empresas contratantes de serviços e médicos.”*<sup>122</sup>  
(MEDICINA, mar.1997: Novos Caminhos)

Ao mesmo tempo, o CFM critica a submissão do médico ao controle das empresas privadas; critica o fato de os procedimentos do médico estarem vinculados a preços e padronizações da conduta por estas empresas:

*“Como o pagamento é global, e não por unidade, só vai ter fluxo garantido de pacientes o médico que aceitar o rígido controle do valor de seus procedimentos que, no mais das vezes, são fixados em termos de preço e padronização de conduta técnica pela empresa gerenciadora da atenção. (...) É imprescindível o envolvimento dos médicos no debate. Porque a outra face da moeda é a total submissão dos profissionais às regras de contenção e lucro dos planos e seguros-saúde.”*<sup>123</sup>  
(MEDICINA, jul.1997: Saúde: Alternativa de Gestão)

Em síntese, o CFM defende a autonomia técnica da profissão médica como meio importante de lidar com a mercantilização da saúde levada a cabo pelas empresas privadas de saúde. O entendimento com as empresas privadas de saúde se dá quando elas acatam e obedecem os critérios da corporação e do CFM – critérios embasados na competência e autoridade técnica do profissional médico. É através de sua capacidade técnica que o profissional pode defender-se da submissão que lhe é imposta pelas

<sup>122</sup> Grifos meus

<sup>123</sup> Grifos meus

empresas de saúde. Há, inclusive, uma denúncia da exploração sofrida pelos médicos inseridos no sistema privado de saúde:

*“A exigência de credenciamento do profissional é uma forma de controlar os médicos, ampliando as áreas de exclusão. Quem não se submeter às exceções impostas pelas empresas, será naturalmente, descredenciado e retirado do referenciamento”<sup>124</sup> (MEDICINA, nov.1997: Planos de Saúde: Um Projeto contra a Sociedade)*

Mas há, ainda, um segundo ponto que merece destaque, no qual o CFM tece elogios à privatização do SUS, à sua terceirização. Apesar de esta posição do CFM parecer contraditória com sua nítida defesa ao sistema público de saúde e, especificamente ao SUS, aqui o CFM propõe vantagens em uma forma de gestão nos moldes dos mecanismos competitivos do sistema de saúde, o Managed Care:

*“A nossa proposta não é fazer juízo de valor, apenas levantar a discussão de alternativas. O modelo que defendemos é o SUS. Mas dentro dele temos que aprender a gerenciar os custos, tornar racional o uso do dinheiro. (...) A assistência médica gerenciada se insere no elenco de mecanismos competitivos dos sistemas de saúde. É uma forma de torná-los mais eficientes e adaptados a um ambiente regulatório. (...) O managed care nada mais é que uma eficiente regulação privada, uma intervenção no microgerenciamento da assistência médica (...). Seja através do credenciamento de médicos e serviços, assalariamento de pessoal ou convênio com empresas médicas, é um modelo eficiente na contenção de custos”<sup>125</sup> (MEDICINA, jul.1997: Saúde: Alternativa de Gestão)*

O discurso do CFM, que mostrou-se um feroz crítico da forma como a iniciativa privada se relaciona com os profissionais médicos e com o serviço público de saúde, criticando a forma como o sistema privado submete os médicos a seus princípios, neste ponto tece elogios a este sistema, ou seja, os médicos estariam dispostos a se submeter ao managed care.

Seja erguendo críticas ao sistema privado de saúde, seja tecendo elogios à privatização do SUS, o CFM acaba por defender os interesses da corporação médica. Se critica, é com vistas a reivindicar melhorias nas condições de trabalho do profissional; se elogia, objetiva apontar formas tidas como ideais de relacionamento

<sup>124</sup> Grifos meus

<sup>125</sup> Grifos meus



entre os mecanismos competitivos em voga e o médico. Mesmo que por intermédio de argumentos contraditórios, o CFM procura defender a categoria médica.

Entende-se assim que o SUS é considerado pelo CFM como um seguro saúde “ético”, por não estar voltado para o lucro, mas não identifica o sistema *público* de saúde como o sistema *estatal* de saúde.. Os convênios com empresas médicas, o credenciamento de médicos pelo SUS são propostos, então, como uma forma de atender à população, de um lado, e oferecer um trabalho em moldes semiliberais, de outro. É possível, portanto, para o CFM, uma iniciativa privada em parceira com o sistema público – sem intermediários, sem lucro para terceiros outros que não médicos.

#### 4.5.3 *Relação Público/Privado*

Mais um ponto merece ser destacado dentro desta questão: a forma como o CFM discute a relação sistema público/sistema privado. A relação entre os dois sistemas é enfocada pelo CFM como uma relação de exploração do primeiro pelo segundo. Ou seja, o sistema privado, para manter seus princípios e conquistar seus objetivos, domina e desmonta o sistema público de saúde. O sistema privado cresce com prejuízo do sistema público:

*“Até mesmo os hospitais universitários estaduais paulistas (...), que sempre tiveram dotação orçamentária definida e suficiente para cobrir seus gastos, estão buscando alternativas de captação de recursos. Ganha força a solução polêmica de destinar uma fatia cada vez maior para atendimento a convênios, planos de saúde e particulares. Para os críticos, cria-se desta forma dois agendamentos e duas resolubilidades, o que representa uma fratura exposta no princípio de equidade do SUS. E a tendência é o crescimento da fila dupla, pois fracassou a tentativa de incluir, na regulamentação dos planos de saúde, a proibição deste tipo de parceria”*<sup>126</sup> (MEDICINA, nov.1997: Hospitais Universitários Pedem Socorro)

*“Caso seja transformado em lei, o substitutivo de Paulo Landim vai criar novos e mais graves problemas tanto para médicos quanto para pacientes. (...) O resultado será um aumento de demanda no SUS para tratamentos complexos. (...) Existe aí um veio maquiavélico. Criando um plano mínimo, o projeto aumenta o mercado para as empresas, mas, paralelamente, cria uma pressão maior sobre o SUS, que não será ressarcido pelo seu trabalho”*<sup>127</sup> (MEDICINA, nov.1997: Planos de Saúde: Um Projeto Contra a Sociedade)

<sup>126</sup> Grifos meus

<sup>127</sup> Grifos meus

*“Ficou claro para o CFM que a iniciativa do Pará na aprovação desta lei é um passo a mais para a proposta geral de transferir todo o sistema de saúde para a iniciativa privada”*<sup>128</sup> (MEDICINA, mai.1997: CFM questiona as organizações sociais)

*“Esta é a lógica da “reforma” do sistema de saúde ora em estudo pelo governo federal. Não se pode chamar esse projeto de reforma, já que ele é, na verdade, instrumento para a transferência do patrimônio público para o setor privado e para o desmantelamento do sistema”*<sup>129</sup> (MEDICINA, abr.1997: Ano da Saúde)

Em resumo, o CFM denuncia a participação do sistema privado de saúde como coadjuvante no encaminhamento dado pelo governo às políticas de saúde, com conseqüente desmantelamento do sistema público, beneficiando a iniciativa privada. Este discurso foi especialmente visível nos artigos que discutiam a regulamentação dos planos e seguros de saúde.

De maneira geral, as temática relacionadas ao sistema privado traziam junto uma defesa do sistema público, sendo raras as proposições que não faziam tal associação, como a que elogiava a forma de gerenciamento privado do SUS. Na verdade, o sistema privado faz-se representar pelos seguros e planos de saúde e são estes que sofrem as maiores críticas do CFM. Quando o “privado” é representado por um grupo de médicos autônomo, a questão passa a ser ética, baseada na autonomia profissional regulada pelo managed care. E, nestes casos, a ênfase recai sobre a arbitragem técnica.

#### 4.5.4 – *Política de Saúde*

Mesmo quando se refere de forma mais genérica à problemática da saúde, fazendo menção à política de saúde ou ao sistema de saúde de modo inespecífico, sem relação com público ou privado, os argumentos de base econômica continuam uma constante:

*“Para sairmos da situação caótica em que vivemos é preciso uma mudança fundamental de mentalidade, uma nova **política de Saúde**, o que parece não estar nos planos do governo Fernando Henrique Cardoso, que só se interessa em seguir à risca as normas do Banco”*

<sup>128</sup> Grifos meus

<sup>129</sup> Grifos meus

*Mundial e do FMI e manter a estabilidade do Plano Real a qualquer custo”* <sup>130</sup> (MEDICINA, abr.1997: Ano da Saúde)

*“É imprescindível discutir a contenção de custos na saúde, hoje o Calcanhar de Aquiles de qualquer sistema do mundo”* <sup>131</sup> (MEDICINA, jul.1997: Saúde: Alternativa de Gestão)

Pode-se, então, resumir da seguinte forma o posicionamento do Conselho Federal de Medicina diante do tema Sistema de Saúde: o CFM constrói um discurso defensivo com relação ao sistema público de saúde e ao SUS, tecendo críticas ao sistema privado, especialmente à forma como se conduziu a regulamentação dos planos e serviços de saúde privados. Tais crítica giram em torno da lógica econômica que rege esse sistema e da forma como ele incide sobre o sistema público, gerando um desmonte deste. A relação público/privado é marcada, segundo posição do CFM, por um prejuízo do primeiro em relação ao segundo, que vem aumentando seu mercado e sua clientela às custas da diminuição de recursos do público.

#### 4.6 – MEDICINA/MÉDICO

Como o CFM define o médico e a medicina que pretende defender? O que caracteriza essa corporação, quais suas funções e seus atributos? Ou, em outras palavras, qual a visão de médico e de medicina que o seu órgão fiscalizador e disciplinador traz para sedimentar sua defesa?

O que pôde ser recortado dos artigos analisados foi uma multiplicidade de posicionamentos acerca das definições dadas ao médico (tabela 8 – p.102); definições que vão desde a sua defesa como um cidadão comum, pagador de impostos, até a sua superioridade dada pela nobre função de cuidar da vida humana:

*“Somos cidadãos como todos os desses país, trabalhamos ganhando salários, na maioria das vezes injustos e, em muitos casos, ofensivos. Pagamos impostos e temos um zelo e uma dedicação à nossa profissão provada e repetida no dia-a-dia. No meio de qualquer fatalidade ou emergência, o primeiro pedido: chamem um médico! Podem continuar chamando, também somos país, irmãos, amigos, vizinhos e companheiros de jornada por uma sociedade fraterna e mais justa”.* <sup>132</sup> (MEDICINA, fev.1997: Generalização Burra)

<sup>130</sup> Grifos meus

<sup>131</sup> Grifos meus

<sup>132</sup> Grifos meus

Ou seja, se por um lado é ressaltada a face do médico como cidadão comum “como todos os outros deste país”, que recebem baixos salários; por outro lado, marca-se a distinção dele com relação ao restante da sociedade, podendo-se inferir, neste ponto, uma certa superioridade deste profissional dedicado, fundamental exatamente nos momentos mais críticos.

Em outro trecho foi possível destacar com maior clareza a pluralidade de características e funções que o Conselho Federal de Medicina atribui ao profissional médico:

*“Hoje, são 208.828 filiados. Números expressivos, mas necessários para um país complexo e complicado que ainda assiste, muitas vezes inerte, crianças morrendo de fome, diarreia, endemias por falta de saneamento básico, hospitais abarrotados por falta de prevenção, etc. (...) uma categoria que ostenta a condição de setor de ponta de qualquer sociedade moderna. **Sem médicos não há Medicina, sem Medicina não há Saúde, sem Saúde não há qualidade de vida** (...) Do nascimento à morte, do início ao fim da linha os médicos estão sempre presentes. Ao lidar com o bem mais, a vida, transcendemos o campo estrito da ciência e influímos na relação pessoal, afetiva e moral das pessoas. A prática médica não se restringe aos consultórios, ambulatorios, centros cirúrgicos, prontos-socorros, centros de saúde, etc.”*<sup>133</sup> (MEDICINA, mar.1997: Princípios e História)

O CFM destaca o médico como necessário à resolução de problemas sociais como a fome e o saneamento básico; como categoria de ponta; como ponte para a qualidade de vida; como sempre presente na vida das pessoas e como influente nas relações destas pessoas. Em um único artigo, o médico figura como tendo uma ampla gama de atribuições, desde as sociais até as que transcendem o espaço físico da prática médica. Assim, o CFM pretende contribuir para a construção de uma classe médica onipotente, com uma diversidade de atribuições, através da ciência, da tecnologia e da ética no exercício profissional do médico.

Inserir-se, nesta discussão, um dos pontos centrais de análise: o CFM luta, em última análise, pela ética, dignidade e profissionalismo da Medicina. Para tal, se propõe a trazer “*progresso científico, a boa tecnologia, o lastro ético do exercício profissional*” (Janeiro/O Conselho e sua Voz)

---

<sup>133</sup> Grifos meus

A panorâmica científica que se destacou do jornal é melhor visualizada quando se percorre suas demais seções do Jornal Medicina, mas também é possível de se recortar alguns pontos que apontam para sua relevância, como a apresentação de uma classificação relacionada aos estados sexuais:

*“O professor apresentou uma classificação dos estados intersexuais, baseada em Klebs (1876), que busca englobar todas as possibilidades clínicas da transexualidade, facilitando o diagnóstico e as propostas terapêuticas”*<sup>134</sup> (MEDICINA, abr.1997: Transexualismo: Debate Aberto)

Com relação ao lastro ético, entra em foco a forma como o CFM define a saúde – uma definição ampla que engloba os direitos de cidadania, além do acesso a serviços diversos que, em conjunto, garantem o estado de saúde dos indivíduos (Código de Ética Médica). Para o CFM, a medicina tem por objetivo promover, recuperar e recuperar a saúde, tendo:

*“a necessidade de proporcionar (...) completa satisfação biopsicossocial, que resulta no pleno estado de saúde”*<sup>135</sup> (MEDICINA, abr.1997: Transexualismo: Debate em Aberto)

Os médicos devem apresentar certas posturas diante de toda a controversa questão do sistema de saúde, suas problemáticas particulares, além de estar atento para outras situações:

*“Uma campanha pode ajudar, mas não terá resultados concretos, com a diminuição da taxa de cesarianas, se os médicos não se conscientizarem do problema”*<sup>136</sup> (MEDICINA, ago.1997: Recorde Lamentável)

*“A filosofia básica do “Protegendo a Vida” é a de despertar os profissionais de saúde (...) para a questão da doença e da morte”*<sup>137</sup> (MEDICINA, set.1997: Paraná: Um Programa de Sucesso)

*“É preciso que toda a sociedade, incluindo com especial ênfase os médicos e todo o pessoal da saúde, se manifeste e pressione o Congresso e o governo para impedir que o governo mergulhe”*

<sup>134</sup> Grifos meus

<sup>135</sup> Grifos meus

<sup>136</sup> Grifos meus

<sup>137</sup> Grifos meus

novamente numa situação de desespero”<sup>138</sup> (MEDICINA, dez.1997: Um Pacote Recessivo)

*“A existência de índices elevados de parto cirúrgico, como acontece no Brasil (...) é um problema de saúde pública que deve preocupar a todos, desde autoridades sanitárias, até os médicos e as pacientes.”*<sup>139</sup> (MEDICINA, dez.1997: Cesarianas e Modernidade)

Com isto, amplia-se as atribuições do médico, que, além de todas as funções já citadas, deve estar consciente dos problemas de saúde considerados relevantes, ter uma atuação política relevante (principalmente dada a ênfase que é atribuída à sua participação política).

Desta forma, o médico deve lidar, não apenas com a dimensão biológica e orgânica do ser humano, mas deve estar voltado para os aspectos psíquicos e sociais, já que o pleno estado de saúde é dado pela satisfação biopsicossocial.

Além destas atribuições delegadas ao médico, o CFM define assim a medicina:

*“Entre todas as atividades profissionais, a nossa (a medicina) é a mais bela e humanística. Cuidamos do ser humano desde a sua concepção e o acompanhamos em toda a sua existência”*<sup>140</sup> (MEDICINA, out.1997: Um Ano Difícil, Mas Produtivo)

Em síntese, são as seguintes atribuições delegadas ao médico:

- é um cidadão comum “como todos os outros deste país”, porém distinto da sociedade em geral por sua extrema dedicação à profissão;
- tem papel fundamental nos momentos críticos, estando sempre presente na vida dos indivíduos, exercendo influência nas relações entre eles. É também fundamental para a qualidade de vida das pessoas;
- é necessário na resolução de problemas sociais;
- faz parte de uma categoria de ponta;
- deve transcender o espaço físico da prática médica;
- deve ter formação científica, boa tecnologia e lastro ético;
- deve possuir habilidades e atitudes perante os pacientes, contemplando as dimensões biológica, psíquica e social do ser humano;

<sup>138</sup> Grifos meus

<sup>139</sup> Grifos meus

<sup>140</sup> Grifos meus

- deve estar consciente dos problemas de saúde considerados relevantes;
- deve ter uma atuação política relevante.
- É um profissional da medicina, definida como a profissão mais bela e humanística

O que se detectou no médico ideal do CFM foi uma grande multiplicidade de atributos e papéis, estando incumbido do exercício de uma atividade que igualmente detém funções múltiplas: científicas, sociais, altruístas, políticas. Este profissional, tal qual proposto pelo CFM, é um verdadeiro “*super-homem*”. O que é interessante de se destacar a este respeito foi a “convivência pacífica” entre essas atribuições. O CFM espera que o médico exerça, *naturalmente*, todas elas. Todas são igualmente importantes para o exercício digno, profissional e ético da medicina, a mais bela e humanística profissão.

#### 4.6.1 – Heterogeneidade no Mercado de Trabalho:

Vale ainda, neste ponto, dar relevo a uma questão trazida à tona pelo CFM, a heterogeneidade encontrada no interior da própria corporação médica com relação ao mercado de trabalho e à remuneração do profissional médico. O que se apresenta é o seguinte:

*“Num contingente de mais de 200 mil profissionais, o mercado de trabalho apresenta algumas especificidades que nos chamam atenção. Esses médicos inserem-se numa assistência à saúde predominantemente estatal, desenvolvida em poucos centros urbanos, concentradores de infra-estrutura. (...) O Brasil é um país de pediatras, gineco-obstetras, cirurgiões gerais e clínicos. Nestas especialidades concentra-se grande parte dos médicos.”<sup>141</sup>*  
(MEDICINA, jun.1997: Perfil dos Médicos: Mercado de Trabalho e Remuneração)

Ou seja, os médicos são em sua maioria funcionários públicos – fato já apontado anteriormente. Além disto, temos uma parcela significativa de médicos atuando em quatro áreas específicas. Dentre eles, temos uma maioria de homens (com exceção da pediatria), trabalhando, em média, em três atividades. Via de regra são mal remunerados, especialmente quando comparados aos colegas de outras especialidades. Assim, o próprio CFM conclui:

---

<sup>141</sup> Grifos meus

*“Há a formação de elites econômicas no interior da profissão médica, o que é reforçado não só pelos preços de mercado dos serviços prestados, mas, principalmente pelas “antipolíticas” adotadas pelos governos. Salários baixos, más condições de trabalho e uma enorme ausência de infra-estrutura da rede básica esperam nossos pediatras, gineco-obstetras, cirurgiões e clínicos gerais, para atender e prestar assistência fundamental à população brasileira. (...) Podemos dizer que o mercado de trabalho médico tem se apresentado, no Brasil, de forma por demais desigual e heterogênea, seja visto pelo prisma da segmentação (especialização), valorizando excessivamente os procedimentos de alta tecnologia (...), seja pelos aspectos de gênero ou de geração. Nota-se claramente a formação de verdadeiras castas econômicas, constituídas de uma parcela pequena, mas significativa de médicos com rendimentos elevados, status e, conseqüentemente, um profundo e perigoso distanciamento da maioria dos médicos brasileiros.”*<sup>142</sup> (MEDICINA, jun.1997: Perfil dos Médicos: Mercado de Trabalho e Remuneração)

Alguns pontos merecem destaque com relação à heterogeneidade da corporação médica. Em primeiro lugar, o CFM deplora esta heterogeneidade. Para ele a igualdade entre todos os membros da corporação é de fundamental importância, sendo, inclusive definido como anti-ético que parcelas da corporação formem castas econômicas. A busca da homogeneidade entre os membros da corporação médica pode ser definido como um dos objetivos primordiais do CFM, sendo a heterogeneidade um mal a ser combatido. Daí, pode-se constatar que o Conselho não finge que os médicos sejam todos iguais, mas, lamenta que não o sejam; reconhece e luta contra a heterogeneidade.

Em segundo lugar, destaca-se que a heterogeneidade constatada no interior da corporação médica é atribuída principalmente a fatores externos a corporação, basicamente à lógica econômica e a antipolítica do governo. A corporação médica figura como vítima desses fatores, fragmentando-se e perdendo força.

Em terceiro lugar a heterogeneidade detectada no mercado de trabalho e na remuneração dos profissionais poder ser apenas a ponta de um *iceberg* de uma heterogeneidade mais ampla no interior da corporação médica. Há de se supor que haja outras rupturas, outras heterogeneidades que façam da corporação médica um grupo cindido, com interesses e características múltiplas em seu interior.

---

<sup>142</sup> Grifos meus



#### 4.7 – ESCOLA MÉDICA

A formação médica despontou nos artigos analisados como mais um dos temas de relevo neste estudo. Isto porque, ao tomá-lo por enfoque, foi possível visualizar quais as expectativas e posturas o Conselho Federal de Medicina tem em relação à corporação e ao médico (tabela 9 p.103).

Boa parte da temática relativa à formação médica tem como eixo a defesa do exercício ético da medicina. Toma como sustentação a defesa da capacitação humana adequada e a má qualidade dos cursos e currículos. Além disto, procura interferir no mercado de trabalho médico e na atuação do profissional, para que exerça sua atividade de forma ética, digna e profissional

*“Não se contesta a necessidade de um novo tipo de gestão para o sistema, mas essa busca de alternativa não pode ser realizada senão por intermédio da profissionalização e da valorização dos recursos humanos em saúde”*<sup>143</sup> (MEDICINA, abr.1997: Ano da Saúde)

*“Mesmo que uma determinada escola obedeça aos critérios do MEC para a abertura de cursos, no caso da medicina é um despropósito permitir-se a sua criação em áreas já saturadas de profissionais, como as regiões Sudeste e Sul. Além disto, já temos, no Brasil, quantidade mais que suficiente de profissionais. O número excessivo de médicos avilta os salários.”*<sup>144</sup> (MEDICINA, mai.1997: Universidade: Autonomia Responsável)

*“Esta atuação deve começar pela própria formação do estudante de Medicina, levando o médico formado a só indicar a cesariana em casos clinicamente necessários”*<sup>145</sup> (MEDICINA, ago.1997: Recorde Lamentável)

O que se destacou dentro das proposições do CFM foi uma tentativa de apontar para a necessidade de maiores investimentos na capacitação dos profissionais. Porém, estes investimentos devem ser feitos de maneira a conformar adequadamente o mercado de trabalho médico, não gerando uma formação excessiva de profissionais em áreas já saturadas. O investimento deve incidir especialmente na melhoria de recursos para a formação dos médicos – hospitais, bibliotecas, equipamentos, corpo docente.

---

<sup>143</sup> Grifos meus.

<sup>144</sup> Grifos meus.

<sup>145</sup> Grifos meus.

Porém, vale enfatizar dois pontos específicos nesta formulação. O primeiro tem relação com a demanda de hospitais para a formação do profissional médico:

*Hoje temos um contingente de profissionais com deficiência de formação. Faculdades que não tem sequer um hospital para ministrar o treinamento prático, nem bibliotecas, equipamentos suficientes e, principalmente, corpo docente adequado." <sup>146</sup>  
(MEDICINA, mai.1997: Universidade: Autonomia Responsável)*

*É uma medida suicida (deixar os hospitais universitários competirem no mercado), pois coloca em risco sua existência e os  **cursos**, cujos  **currículos** estão baseados nas atividades hospitalares <sup>147</sup>"  
(MEDICINA, nov.1997: Hospitais Universitários Pedem Socorro)*

Tal proposição se apresenta em contradição com uma outra argumentação do CFM que critica o caráter hospitalocêntrico do setor público e também a cristalização dos currículos médicos:

*"O Conselho esperava que, passada a situação de emergência, o governo reorientaria sua política de Saúde privilegiando o setor público, modificando seu caráter hospitalocêntrico e priorizando ações básicas e preventivas." <sup>148</sup> (MEDICINA, abr.1997: CPMF: Nova Surpresa)*

*"Em relação a questão curricular, ou ao modelo pedagógico (...) houve uma cristalização do que existia ao início do século, criando um descompasso entre a incorporação de novas tecnologia e conhecimentos, as demandas sociais e o médico recém-formado". <sup>149</sup>  
(MEDICINA, ago.1997: CINAEM: A Realidade das Escolas Médicas)*

Ou seja, o CFM critica um hospitalocentrismo da assistência, mas reivindica uma formação que tem o hospital como fundamental. Reclama por mais hospitais, defende os hospitais universitários, critica a existência de escolas médicas que não possuem uma estrutura hospitalar. Mas, ao mesmo tempo, cobra do governo uma política de saúde que não esteja fundada num caráter hospitalocêntrico. Critica que os currículos estejam

<sup>146</sup> Grifos meus.

<sup>147</sup> Grifos meus.

<sup>148</sup> Grifos meus.

<sup>149</sup> Grifos meus.

cristalizados no início do século, mas revitaliza essa cristalização ao reclamar uma formação hospitalocêntrica para os médicos.

O segundo ponto a ser destacado está na reivindicação por investimentos no corpo docente das escolas médicas. É interessante, com relação a este ponto, que tanto médicos como formandos são enfocados como vítimas do sistema educacional que vai mal:

*“O estudo comprovou que as **escolas médicas** no Brasil vão mal e precisam se reciclar urgentemente. (...) Ao analisar o **corpo docente** das escolas médicas, o Projeto CINAEM detectou que a maior parte dos professores era pouco preparada para o ensino, para a pesquisa e para as atividades administrativas que realizavam – resultado dos baixos salários e falta de investimento no aprimoramento do corpo docente. (...) Com pertinência aos **alunos** (...) mostrou que o crescimento do conhecimento se dá muito lentamente durante os seis anos do curso de graduação. (...) Quanto gestão das **escolas médicas**, o Projeto CINAEM identificou vários problemas que vão desde a resistência a mudanças até a burocracia excessiva”.*<sup>150</sup> (MEDICINA, ago.1997: CINAEM: A Realidade das Escolas Médicas)

Assim, se a escola médica vai mal, este fato deve-se à má gestão, sendo docentes e discentes vítimas disto. Por outro lado, para o CFM, propõe uma solução para este problema:

*“criar uma consciência geral da necessidade de uma permanente avaliação (...) a partir da detecção de um problema ou deficiência, **alunos, docentes e gestores de cada escola busquem os meios de superá-los, transformando permanentemente o ensino médico para que se tenha sempre melhores formandos**”*<sup>151</sup> (MEDICINA, ago.1997: CINAEM: A Realidade das Escolas Médicas)

Desta forma, o que parece propor o CFM é que os problemas identificados nas escolas médicas sejam solucionados internamente e em prol dos próprios componentes desta instituição de ensino – em última instância, a corporação médica.

Mas, algumas das argumentações construídas com relação à formação e ao ensino médico se respaldavam, não na defesa do exercício ético da medicina, mas em uma defesa da saúde da população. Esta é tomada como parte integrante e interessada na boa formação do profissional médico:

<sup>150</sup> Grifos meus.

<sup>151</sup> Grifos meus.

*“o MEC precisa desenvolver, com a sociedade, uma ampla discussão da política nacional de educação superior. Na área da saúde, essa questão torna-se ainda mais importante, pois é a vida das pessoas que está em jogo. É necessário que novos profissionais saiam dessas faculdades com uma formação adequada para o nível de responsabilidade que os espera. A falta de qualidade dos cursos provoca a queda na qualidade do atendimento”.*<sup>152</sup> (MEDICINA, mai.1997: Universidade: Autonomia Responsável).

*“As escolas médicas precisam se reciclar urgentemente para atender às verdadeiras necessidades de saúde a população brasileira. O ensino médico continua desvinculado da realidade de saúde local, com baixa ênfase nos maiores problemas de saúde enfrentados pela população. (...) A terceira fase consistiu em caracterizar os formandos, tanto em relação a seu conhecimentos específico, quanto a suas habilidades e atitudes perante os pacientes”*<sup>153</sup> (MEDICINA, ago.1997: CINAEM: A Realidade das Escolas Médicas)

*“Não basta a universidade formar profissionais com competência técnica, mas deve-se também estar atento para a formação de profissionais comprometidos com os problemas sociais e com os valores da moralidade ética”*<sup>154</sup> (MEDICINA, out.1997: Nova Fraude Contra o Vestibular)

Pode-se, neste ponto, seguir o seguinte raciocínio: se o médico deve estar consciente das necessidades de saúde da população e comprometido com o atendimento delas, e se é o CFM quem se propõe a informá-los e esclarecê-los acerca destas necessidades, logo, quem verdadeiramente conhece essa demanda da sociedade é o Conselho Federal de Medicina. Portanto, se as escolas devem se reciclar para atender as necessidades de saúde da população, é, em última instância, o CFM quem deve determinar os parâmetros para esta reciclagem. Do mesmo modo, as atitudes e habilidades frente aos pacientes é interesse do CFM.

A questão do ensino médico também surge vinculada à crítica à mercantilização da saúde e à política do governo, que não privilegia a área social. Há uma denúncia da falta de recursos e de políticas que garantam o setor:

*“A lista única e o transplante serão efetivos quando o Estado assegurar isso como política de Estado. (...) isso só será possível com*

---

<sup>152</sup> Grifos meus.

<sup>153</sup> Grifos meus.

<sup>154</sup> Grifos meus.

*investimentos na capacitação de recursos humanos e instalações de centros especializados”* <sup>155</sup> (MEDICINA, fev.1997: Bem Público)

*“A alternativa de deixar os hospitais universitários competirem no mercado não assegura o cumprimento de suas funções”.* <sup>156</sup>  
(MEDICINA, nov.1997: Hospitais Universitários Pedem Socorro)

A crítica à preponderância da razão econômica, então, surge aqui mais uma vez como forma de denunciar a política de Estado. Esta política não atenta, segundo o discurso do CFM, para a necessidade de investimentos na área da saúde – neste caso, representada por suas escolas de formação – nem para a prejudicial política neoliberal e sua ênfase às políticas de mercado.

Mas o que chama atenção no diagnóstico feito pelo CFM com relação às escolas médicas é o fato de o Projeto CINAEM apontar para diversos problemas identificados em um estudo levado a cabo com apenas 60% das escolas médicas:

*“A avaliação foi realizada de 1991 a 1997 e abrangeu 48 das cerca de 60 escolas médicas existentes no país”* <sup>157</sup> (MEDICINA, ago.1997: CINAEM: A Realidade das Escolas Médicas)

Pode-se, então, questionar se um estudo realizado com uma parcela que representa um pouco mais da metade do universo a ser avaliado, pode apontar para avaliações conclusivas ou se não seria melhor levantar tendências detectadas nestas escolas.

Resumindo, a forma como as funções da escola médica podem ser inferidas a partir dos textos nos levam a confirmar as já propostas funções que o CFM atribui aos médicos. Tais funções são bastante amplas, sendo a escola médica quem fornece ao médico o instrumental necessário para a o desempenho destas funções e para o exercício profissional. Além disto, na escola médica está a solução das necessidades de saúde da população – daí a justificativa de ela ser reciclada e de se fazer investimentos. Uma resolução satisfatória dos problemas que atingem as escolas médicas, diminuirão os problemas de saúde da população.

---

<sup>155</sup> Grifos meus.

<sup>156</sup> Grifos meus.

<sup>157</sup> Grifos meus.

TABELA 4 - SÍNTESE DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

<i>TEMA → SOCIEDADE</i>	
<b>DEFESA DA CORPORAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Defesa da corporação = defesa da sociedade</li> <li>• Sociedade como cúmplice das reivindicações da corporação</li> </ul>
<b>DEFESA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedade demandante de atenção à saúde</li> <li>• Sociedade dotada de valores e interesses que podem ser enfocados a partir da saúde, assim como a cidadania da população o pode.</li> <li>• Saúde como bem maior da sociedade, podendo ser desde um estado de bem estar pleno até o exercício da cidadania.</li> </ul>
<b>CRÍTICA À MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociedade como participante ativa das críticas feitas à mercantilização da saúde</li> <li>• Sociedade como vítima desta lógica econômica.</li> </ul>

TABELA 5 – SÍNTESE DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

<i>TEMA → PACIENTE/USUÁRIO</i>	
<b>DEFESA DA CORPORAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• paciente é enfocado, junto com o médico, como vítima do desmantelamento do sistema de saúde público</li> <li>• médicos e pacientes prejudicados pela regulamentação dos planos e seguros saúde</li> <li>• preocupação com a limitação da livre escolha do paciente em relação ao médico, o que está indiretamente vinculado à limitação do mercado de trabalho médico</li> <li>• paciente/usuário serve de “trampolim” para a defesa corporativa, proporcionando mais um argumento para a construção da defesa da corporação médica.</li> </ul>
<b>DEFESA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem referência</li> </ul>
<b>CRÍTICA À MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em geral o termo paciente/usuário foi utilizado em referência à esta crítica</li> <li>• paciente/usuário aparece como grande prejudicado desta hegemonia econômica,</li> </ul>

TABELA 6 – SÍNTESE DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

<i>TEMA → NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO</i>	
<b>DEFESA DA CORPORAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Defesa da reciclagem das escolas médicas para que atendam às necessidades de saúde da população, o que pode ser visto como tentativa de defender a corporação com relação a seus interesses relacionados à formação profissional.</li> </ul>
<b>DEFESA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soluções propostas para as necessidades de saúde da população:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Reciclagem das escolas médicas</li> <li>Conscientização do governo federal com relação à estas necessidades</li> <li>Ações concretas de descentralização</li> <li>Atenção aos governos estaduais por parte do governo federal</li> <li>Atendimento à população pelo serviço público de saúde</li> <li>Rompimento da barreira de insensibilidade em relação às necessidades da população brasileira, erguida pela equipe econômica</li> </ol> </li> </ul>
<b>CRÍTICA À MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>abrir mão da mercantilização da saúde, redirecionando a política de saúde por outros caminhos que não o econômico, para que as necessidades de saúde sejam atendidas.</li> </ul>



TABELA 7 – SÍNTESE DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

<i>TEMA → CRÍTICAS ÀS POLÍTICAS DE GOVERNO</i>	
<b>DEFESA DA CORPORAÇÃO MÉDICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crítica a forma como o governo federal vem se posicionando com relação ao funcionalismo público, o que incorre numa defesa da corporação, que tem uma forte inserção estatal</li> </ul>
<b>DEFESA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A defesa da saúde da população é mais uma das inspirações que o CFM busca para formular suas críticas ao governo federal</li> <li>• Defende que o Estado deve garantir mecanismos de proteção, ter ação eficaz na área da saúde, manter uma política nacional de saúde</li> </ul>
<b>CRÍTICA À MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Argumentação central do CFM com relação as políticas do governo federal</li> <li>• Esta crítica mostrou-se maior alvo de ataque do CFM ao governo federal, sendo concomitantemente a base de seus argumentos e a fonte de suas principais reivindicações.</li> <li>• Crítica sobre ao constante corte de verbas para a área social</li> <li>• O tipo de discurso construído pelo CFM com relação ao governo federal é de crítica a política econômica, ao ideário neoliberal, à tendência privatizante e globalizante como formas de desestruturar e desmontar qualquer política social e, com ela, os investimento na área da saúde.</li> <li>• O fato de 1997 ter sido declarado pelo governo federal como o 'Ano da Saúde' aparece como gancho para as crítica ao governo federal</li> </ul>

TABELA 8- SÍNTESE DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

## TEMA → SISTEMA DE SAÚDE

TEMA → SISTEMA DE SAÚDE		
A- SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE	DEFESA DA CORPORACÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>defendendo o sistema público de saúde, há em última instância, a defesa da corporação médica</li> </ul>
	DEFESA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>defesa da sociedade através da defesa do sistema público, dado o direito à saúde, assegurado pela constituição, sendo este um dever do Estado.</li> </ul>
	CRÍTICA À MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>reafirmação da crítica à mercantilização da saúde, sendo este o mais forte argumento de defesa do sistema público</li> </ul>
	Há uma clara defesa do relação ao Sistema Único de Saúde	
B- SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE	DEFESA DA CORPORACÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>feroz crítico da forma como a iniciativa privada se relaciona com os profissionais médicos</li> <li>elogios como defesa da corporação médica (remuneração dos médicos e forma de gerenciar o sistema de saúde)</li> <li>objetiva apontar formas tidas como ideais de relacionamento entre a iniciativa privada e o médico</li> </ul>
	DEFESA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>A argumentação baseia-se numa crítica à forma como está se conduzindo a regulamentação dos planos e seguros de saúde privados (único ponto recortado com relação ao sistema privado de saúde que não trazia embutida uma temática claramente econômica)</li> </ul>
	CRÍTICA À MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>mais um ponto de sustentação das severas críticas do CFM às políticas econômicas do governo federal regido por uma lógica econômica, que atende aos interesses de mercado, neoliberais e globalizantes em voga</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>severas críticas à regulamentação dos planos e seguros de saúde privados</li> <li>as temática relacionadas ao sistema privado traziam junto uma defesa do sistema público</li> <li>elogio ao sistema privado como tentativa do CFM buscar uma solução satisfatória para a entrada em cena de forma tão incisiva da iniciativa privada. Seria uma forma de procurar conciliar à lógica econômica e de mercado – que regem o privado – com a defesa dos interesses da corporação (e secundariamente, da sociedade)</li> </ul>	
C- RELAÇÃO PÚBLICO /PRIVADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>sistema privado, para manter seus princípios e conquistar seus objetivos, domina e desmonta o sistema público de saúde. O sistema privado cresce com prejuízo do sistema público</li> </ul>	
D- SISTEMA DE SAÚDE	DEFESA DA CORPORACÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem referência</li> </ul>
	DEFESA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem referência</li> </ul>
	CRÍTICA À MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>argumentos econômicos continuam uma constante</li> </ul>

TABELA 9- SÍNTESE DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

<i>TEMA → MÉDICO/MEDICINA</i>		
	ATRIBUIÇÕES	
CARACTERIZAÇÃO DO MÉDICO	SOCIAIS	• papel fundamental nos momentos críticos, estando sempre presente na vida dos indivíduos
		• influencia as relações entre os indivíduos, sendo fundamental para a qualidade de vida
		• tem papel na resolução de problemas sociais
		• consciência dos problemas de saúde relevantes
	POLÍTICAS	• deve ter uma atuação política relevante
	CIENTÍFICAS	• É um profissional de ponta
		• formação científica, boa tecnologia
	ÉTICA	• lastro ético
SUPERIORIDADE DO MÉDICO	• é um cidadão comum porém se distingue da sociedade em geral por sua extrema dedicação à profissional	
	• habilidades e atitudes perante os pacientes, contemplando as dimensões biológica, psíquica e social do ser humano	
CORPORAÇÃO MEDICA	• heterogeneidade com relação ao mercado de trabalho e na remuneração dos profissionais • supõe-se, então a possibilidade de outras diferenciações intra-corporativas	
MEDICINA	• MAIS BELA E HUMANÍSTICA PROFISSÃO	

TABELA 10– SÍNTESE DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

<i>TEMA → ESCOLA MÉDICA</i>	
DEFESA DA CORPORAÇÃO MÉDICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• defesa da capacitação humana adequada,</li> <li>• denuncia a má qualidade dos cursos e currículos</li> <li>• através de algum tipo de influência sobre as escolas médicas, pretende interferir no mercado de trabalho médico e na atuação do profissional, para que exerça sua atividade de forma ética, digna e profissional</li> <li>• necessidade de maiores investimentos que deve incidir especialmente na melhoria de recursos a formação dos médicos – hospitais, bibliotecas, equipamentos, corpo docente</li> <li>• tanto médicos como alunos são como vítimas má situação sistema educacional</li> <li>• os problemas identificados nas escolas médicas sejam solucionados internamente e em prol da corporação médica</li> <li>• sendo a escola médica quem fornece ao médico o instrumental necessário para a o desempenho destas funções e para o exercício profissional, solucionando-se os problemas da escola médica soluciona-se os problemas da prática médica</li> </ul>
DEFESA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• população esta tomada como parte integrante e interessada na boa formação do profissional médico</li> <li>• se há uma resolução satisfatória dos problemas que atingem as escolas médicas, os problemas de saúde da população terão, conseqüentemente, uma resolução</li> </ul>
CRÍTICA À MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de recursos destinados ao ensino, o que repercute qualidade da formação profissional do médico</li> <li>• denuncia a política de Estado que não atenta para a necessidade de investimentos na área da saúde neste caso, representada por suas escolas de formação</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• crítica o hospitalocentrismo da assistência, mas reivindica uma formação que tem o hospital como fundamental</li> <li>• questionar se um estudo realizado com uma parcela que representa um pouco mais da metade do universo a ser avaliado pode apontar para avaliações conclusivas ou se não seria melhor levantar tendências detectadas nestas escolas</li> <li>• A escola médica é, então, segundo pode-se inferir dos textos analisados, o meio pelo qual o profissional se instrumentaliza para alcançar seus objetivos – ou ao menos os objetivos que o CFM parece ter em mente como sendo os do médico</li> </ul>	

## Capítulo 5

---

### **O CFM E A DEFESA DOS VALORES PROFISSIONAIS: DA ÉTICA À AÇÃO CORPORATIVA**

Feita a análise temática dos argumentos erguidos pelo CFM na defesa do exercício ético da medicina, o que se pretende neste momento é recortar, com base no arcabouço teórico da sociologia das profissões, que valores e atributos são defendidos pelo Conselho Federal de Medicina (tabela 11 – p.119). Para se alcançar essa aspiração, é importante recordar que o conjunto de atributos aqui tomados como essenciais à profissão médica são a adesão à um sistema de valores, formado pelo ideal de autonomia e o ideal de serviço, a manutenção do monopólio técnico e teórico e uma formação esotérica.

#### 5.1 – AUTONOMIA

Tomando o ideal de autonomia como o núcleo duro do sistema de valores da profissão médica, a questão que se pretendeu responder com esta análise foi com quais argumentos o CFM faz sua defesa da autonomia profissional.

O que mais se destacou com relação a questão foi o fato de o CFM não se mostrar “passadista” ou saudosista dos tempos idos nos quais o médico era um profissional liberal, dotado de uma forma de autonomia técnica e financeira condizente com essa inserção no mercado de trabalho. Apenas uma passagem denunciava a perda de autonomia profissional decorrente do processo de assalariamento do médico:

*“A institucionalização do mercado de trabalho de serviços tem levado a um crescente e incontrolável processo de burocratização do trabalho médico, gerando ansiedades, frustrações e, conseqüentemente, a perda inevitável da autonomia médica (técnica e econômica)”*<sup>158</sup> (MEDICINA, jun.1997: Perfil dos Médicos: Mercado de Trabalho e Remuneração)

---

<sup>158</sup> Grifos meus

Com exceção desta única passagem, o que se destacou foi o reconhecimento, por parte do CFM, da realidade atual deste mercado de trabalho médico – que deixou de ser predominantemente liberal, passando a estar submetido a uma situação de assalariamento no sistema de saúde, seja ele público ou privado. É a partir deste reconhecimento que o CFM vai erguer a defesa da autonomia profissional do médico. Reconhecendo que o médico é um profissional não liberal, mas assalariado, o que o CFM vai defender é sua autonomia a partir desta condição, repudiando a sua submissão técnica e a lógica do sistema público ou privado. Além disto, vai defender especialmente a remuneração do profissional – ou seja, a idéia liberal de autonomia financeira é substituída pela idéia de boa remuneração:

*Sem regulamentação, os planos privados de saúde hoje exploram os médicos (...). Além de receberem pouco, os médicos tem perdido sua autonomia técnica . (...) Além de receberem pouco, os médicos tem perdido sua autonomia técnica” <sup>159</sup> (MEDICINA, jul.1997: Saúde: Alternativa de Gestão)*

Assim, mesmo considerando que, primordialmente, a autonomia refira-se estritamente à capacidade de auto-regulação da corporação, pôde-se recortar a defesa de um outro tipo de autonomia, a financeira. Esta é entendida como boa remuneração do profissional, como uma das importantes formas que o CFM encontra de construir sua defesa exercício ético da medicina. Prova disto está nas inúmeras referências críticas que faz com relação à má remuneração do médico, sendo o fato atribuído a mercantilização da saúde.

Destacou-se, assim, uma temática permeando boa parte dos artigos referida à questão da má remuneração dos médicos, sendo a reivindicação por remuneração melhor e mais digna para o profissional enfocada sob o prisma de denúncia de perda da autonomia financeira. Se não mais reivindica a autonomia liberal do médico, se seu assalariamento já é aceito como fato, a luta muda de perfil, mas se mantém sob o signo de luta por melhores salários.

A autonomia, entretanto, é defendida com argumentos que enfocam o exercício ético da medicina: para a boa prática médica é essencial que o profissional tenha remuneração digna e que detenha o controle sobre sua atividade. Ou seja, justifica-se a autonomia através do exercício ético:

*“A saúde do brasileiro merece ser bem tratada. E isso não vai ocorrer se os profissionais da Medicina continuarem sendo desvalorizados e abandonados pelo governo das três esferas”* (MEDICINA, jun.1997: Uma realidade Sombria)

*“Caso seja transformado em lei, o substitutivo de Pinheiro Landim vai criar novos e mais graves problemas, tanto para médicos como para pacientes. Vai criar, por exemplo, uma grande questão ética: o segundo terá acesso a exames que podem indicar a necessidade de um procedimento complexo não coberto pelo plano. Constata-se a patologia, mas ela não pode ser tratada. Como ficam perante essa realidade médico e paciente?”* (MEDICINA, nov.1997: Um Projeto Contra a Sociedade)

O CFM defende veementemente o sistema e o funcionalismo públicos, criticando tanto a má remuneração dos profissionais inseridos no serviço público como a relação que este setor estabelece com os médicos. Este conjunto de argumentações conforma uma defesa da autonomia profissional – especialmente a financeira – visto ser a inserção no sistema público de saúde uma realidade do profissional médico:

*“Não se trata de uma crise conjuntural, mas de uma situação estrutural que vem-se agravando com o passar do tempo, nela está embutida a indisfarçada intenção de reduzir a capacidade do Estado, desprestigiando o funcionalismo público, que hoje enfrenta salários aviltantes e precárias condições de trabalho. Foi contra essa situação que vários segmentos de servidores, entre eles médicos e professores, realizaram manifestações em busca de uma condição mais digna de vida”* <sup>160</sup> (MEDICINA, ago.1997: A Crise dos Estados)

Denuncia a também submissão do médico à lógica do sistema privado:

*“A exigência de credenciamento do profissional é uma forma de controlar os médicos, ampliando sua área de exclusão”* <sup>161</sup> (MEDICINA, nov.1997: Planos de Saúde: Um Projeto contra a Sociedade)

Neste sentido há uma luta do CFM por uma outra forma de regulamentação dos planos e seguros privados, baseada na arbitragem técnica, isto é, na autonomia técnica do profissional. Assim, essa luta passa por uma defesa da autonomia profissional,

---

<sup>160</sup> Grifos meus

<sup>161</sup> Grifos meus

claramente ameaçada pela lógica do sistema privado. Desta forma, a autonomia financeira é justificada pela autonomia técnica do médico:

*“O conflito acerca da remuneração dos procedimentos médicos com as empresas e instituições contratantes de serviços médicos tem, hoje, um caminho amadurecido, civilizado e politicamente correto: a arbitragem técnica”* <sup>162</sup> (MEDICINA, mar.1997: Novos Caminhos)

A defesa da autonomia profissional passa também pela forma como o CFM argumenta em favor da escola médica. Em suas argumentações, as decisões com relação a formação profissional devem estar de posse da corporação e seus problemas devem ser identificados e solucionados por ela – o que figura também como defesa do monopólio profissional. É a escola médica que instrumentaliza o profissional para alcançar seus objetivos, sendo a autonomia um dos principais objetivos da corporação:

*“(O Projeto CINAEM) pretendeu criar uma consciência geral da necessidade de uma permanente avaliação, de modo que os resultados tornem-se auto-aplicáveis, ou seja, que a partir da constatação de um problema ou deficiência, alunos docentes e gestores de cada escola busquem os meios para superá-los, transformando permanentemente o ensino médico para que se tenha sempre os melhores formandos”* <sup>163</sup> (MEDICINA, ago.1997: CINAEM: A Realidade das Escolas Médicas)

Constata-se que a defesa da autonomia da corporação médica erguida pelo CFM se sustenta, primordialmente, em uma crítica à mercantilização da saúde, denunciando a tendência à privatização do sistema de saúde e o desmonte do serviço público. Mas, é possível destacar uma tentativa do CFM em se adequar a este estado atual de coisas. Encontra-se, neste sentido, a defesa da arbitragem técnica – logo, da autonomia – e o incentivo à privatização e terceirização do SUS como soluções para a problemática questão da remuneração dos profissionais.

Esse posicionamento do CFM com relação à privatização do SUS por um lado parece contraditório com a linha mestra da quase totalidade das argumentações do CFM. Mas, por outro lado, pode ser interpretada como uma forma que o Conselho encontrou de buscar um tipo de conciliação entre a lógica econômica e os interesses da

---

<sup>162</sup> Grifos meus



corporação médica que, em última instância, podem ser definidos como a defesa da autonomia profissional.

Assim, o valor-mor da corporação médica é mantido, criando-se mecanismos para isso. Defende-se esse valor das conjunturas que possam constituir ameaças externas que abalariam sua permanência no cerne da corporação. Ou se procura a adequação e conformação da autonomia à essas conjunturas, de forma a mantê-la como ponto central da corporação, mesmo diante de tais adversidades. É possível que esta seja uma fase de transição da postura do CFM, que ora vê a forma como o sistema de saúde tem sido conduzido como uma ameaça à autonomia da corporação, ora busca adequar-se as transformações ocorridas na área da saúde com vistas a preservar essa autonomia. Em qualquer caso, é indiscutível a permanência e solidez deste valor como essencial à corporação médica.

Também merece destaque a relação entre a autonomia profissional e o código de ética médica. Em primeiro lugar, tomando o que Freidson (1988) chama de autonomia – a posição de controle legítimo sobre o trabalho, a capacidade de tomar decisões por conta própria – o próprio código de ética é a demonstração do mais alto grau de autonomia profissional. Representa um conjunto de regras e normas formulado intra-corporação que, tendo estatuto de lei, normatiza e controla o exercício profissional. O código de ética traz em seus artigos uma defesa da autonomia profissional, dando ao médico, individualmente, um certo grau de liberdade e controle de sua prática, respeitados os acordos corporativos que dão direção e homogeneidade a esta prática. Assim, é notória a defesa da autonomia técnica tanto nos artigos analisados como no código de ética profissional. O mesmo ocorre com relação a remuneração do profissional – que é denominada nos artigos do CFM como autonomia financeira.

È possível, portanto, inferir que o valor “*ideal de autonomia*” em si não se encontra abalado, dentro das argumentações do CFM, enquanto valor primordial e núcleo duro do sistema de valores da profissão médica, continuando a figurar como fundamental à corporação. O que gera uma certa ameaça a esse valor é a forma como o médico é impedido de exercer autonomamente sua atividade profissional, impedimento este propiciado primordialmente pela lógica econômica que rege as políticas de saúde. Daí a denúncia feita com relação à perda de autonomia – seja técnica ou financeira – por parte dos profissionais. Com isso, há uma crítica à forma como o governo especialmente a esfera federal – submete a saúde à critérios econômicos. Também

decorre deste posicionamento do CFM a denúncia com relação ao desmonte do sistema público pelo privado, decorrente do crescimento deste último com o prejuízo do primeiro.

O ponto de maior destaque na forma como a defesa da autonomia surge nas argumentações do CFM é o fato de ela se basear, na maior parte das vezes, na defesa do exercício ético da medicina. Para que o médico tenha uma conduta ética, é necessário que lhe seja concedida autonomia técnica e financeira. A perda desta autonomia leva ao prejuízo da boa prática médica. Mas, além disto, é o "meio externo" à corporação – as políticas de saúde, a mercantilização da saúde, o desmonte do sistema público e a voracidade do sistema privado – o responsável por essa perda de autonomia e, conseqüentemente, pela má prática profissional. Desta forma, o CFM mantém distante da responsabilidade do médico a conduta anti-ética, sendo esta gerada por fatores extrínsecos à ele e, assim, pode manter-se afastado de uma postura repressiva com relação ao médico, adotando uma posição mais defensiva de seus interesses.

### 5.2 – *IDEAL DE SERVIÇO*

O ideal de serviço, junto com o ideal de autonomia, conforma o corpo de valores da profissão médica. Porém, é considerado "fraco" diante do ideal de autonomia e da necessidade dos profissionais de buscarem um status social, prestígio e maior remuneração. Isto é potencialmente capaz de gerar uma ambivalência entre o desejo de ser útil, de estar voltado para os interesses da coletividade e a busca status social e financeiro.

O ideal de serviço pode ser enquadrado, dentro das argumentações do CFM, como uma das missões que ele próprio define como sendo de sua competência. Ou seja, o CFM assume para si a missão de defender a saúde da população, o que pode ser interpretado, em última análise, como a proposição do ideal de serviço como sendo um valor importante para a corporação médica.

Aliás, o tema sociedade apresentou-se como um dos mais freqüentes dentro dos artigos analisados. O que merece destaque, então, é a forma como a sociedade aparece como ponto de sustentação para o incentivo ao ideal de serviço ou à orientação para a coletividade. Em outras palavras, de que forma este ideal de serviço é defendido pelo CFM?

Primordialmente, o CFM defende que a corporação médica deve estar consciente das necessidades de saúde da população:

*“... uma campanha pode ajudar, mas não terá resultados concretos, com a diminuição da taxa de cesarianas, se os médicos não se conscientizarem do problema”*<sup>164</sup> (MEDICINA, ago.1997: Recorde Lamentável)

Por outro lado, destaca-se o fato de o Conselho Federal de Medicina apresentar uma concepção ampla do ideal de serviço, pondo ênfase na orientação que a corporação médica como um todo deva ter para a coletividade. A defesa de que o médico, em sua prática individual, deva apresentar esse valor com relação a seu paciente não aparece entre as argumentações do CFM.

Isto está em dissonância com o que Freidson (1988) afirma em relação ao ideal de serviço, já que, para o autor, este ideal seria mais uma orientação individual do profissional que uma característica da corporação com um todo. Além disto, o ideal de serviço estaria, para Freidson, mais relacionado à ajuda prestada a indivíduos que à humanidade ou à sociedade, o que diverge das argumentações do CFM, que dá maior destaque à sociedade como um todo que à indivíduos isolados. Em síntese, as argumentações do CFM estão duplamente em sentido oposto às de Freidson: enquanto este afirma que o ideal de serviço é uma orientação do *médico* que visa ajudar os *indivíduos*, o CFM argumenta que este valor deve ser uma característica da *corporação médica* como um todo, que deve estar voltada para a *sociedade*.

Este ponto ganha especial relevo quando se destaca as determinações do código de ética concernentes à relação entre médico e paciente. Nos artigos do código, o médico é levado a adotar uma orientação para o paciente individual, respeitando seu direito de escolha, sua individualidade e, sobretudo, tendo sua conduta determinada, acima de tudo, pelo interesse e bem estar deste paciente.

No conjunto dos artigos analisados, entretanto, o que aparece é a coletividade, enfocada a partir de três referenciais distintos: sociedade, paciente/usuário e as suas necessidades de saúde. Dentro destes diferentes referenciais, o CFM acaba por dar destaque ao ideal de serviço como importante lastro para a corporação médica. Ou seja, o tema sociedade é especialmente presente nas argumentações do CFM, sendo que

---

<sup>164</sup> Grifos meus

nem sempre ele está associado ao ideal de serviço, podendo se prestar a outras finalidades<sup>165</sup>.

Em primeiro lugar, há de destacar o papel fundamental que o CFM se atribui perante a sociedade, sendo ele próprio dotado de uma orientação para a coletividade:

*“(o CFM) atua, vive, influencia e interfere no cotidiano das pessoas. Do nascimento à morte, do início ao fim da linha, os médicos estão sempre presentes. Ao lidar com o bem maior, a vida, transcendemos o estrito campo da ciência e influímos na relação pessoal, afetiva e moral das pessoas”.*<sup>166</sup> (MEDICINA, mar.1997: Princípios e História)

Assim, se o CFM é dotado de um ideal de serviço e se, ao mesmo tempo, pretende informar, influenciar e formar uma corporação médica, logo, espera que este mesmo ideal seja uma marca do grupo profissional. Daí pode-se destacar que, nas argumentações do CFM a medicalização da vida dos indivíduos é tomada como um bem para a sociedade, sendo enfocada como ideal de serviço. Estar voltado para a coletividade é o mesmo que medicalizar o cotidiano dos indivíduos.

Em alguns momentos, o CFM incentiva a categoria médica a exercer uma prática mais abrangente, que contemple as diferentes dimensões do ser humano e que, como consequência, proporcione um pleno estado de saúde:

*“Há necessidade de uma grande reformulação do modelo pedagógico, de forma a que o curso médico contemple as dimensões biológica, psíquica e social do ser humano”*<sup>167</sup> (MEDICINA, ago.1997: CINAEM: A Realidade das Escolas Médicas)

*“a necessidade de proporcionar (...) sua completa satisfação biopsicossocial, que resulta no pleno estado de saúde”*<sup>168</sup> (MEDICINA, abr.1997: Transexualismo: Debate em Aberto)

Mas o que mais sobressaiu na análise foi o fato de a coletividade figurar de maneiras diferentes nas argumentações do CFM, oscilando entre parceira nas lutas da

<sup>165</sup> Estas outras finalidades que a sociedade exerce nas argumentações do CFM foram expostas no capítulo anterior, quando da apresentação da análise temática de conteúdo do Jornal Medicina. Neste momento, objetiva-se dar relevo às argumentações que o CFM constrói com o objetivo de defender o ideal de serviço como relevante à corporação.

<sup>166</sup> Grifos meus

<sup>167</sup> Grifos meus

corporação médica e vítima da mercantilização da saúde, ou seja, ora a sociedade é coadjuvante importante na luta por melhorias do sistema de saúde, ora é a maior prejudicada da forma como esse sistema é gerido. Em ambos os casos, o CFM propõe que é necessária a orientação da categoria para a coletividade: se traz a sociedade como parceira, é porque a corporação está voltada às suas necessidades; se objetiva defender a sociedade da mercantilização da saúde, é porque tem o ideal de serviço como ponto de sustentação importante.

*“O MEC precisa desenvolver com a sociedade uma ampla discussão nacional de educação superior. Na área da saúde essa questão torna-se ainda mais importante, pois é a vida das pessoas que está em jogo”*<sup>169</sup> (MEDICINA, mai.1997: Universidade – Autonomia Responsável)

*A visão gerencial e economicista da Saúde deixa de ser exclusiva da equipe econômica, (...) é uma rota de colisão com a sociedade”*<sup>170</sup>. (MEDICINA, jan.1997: Novo Ministro, Novo Sus)

Deve também ser ressaltado que a única definição de medicina encontrada nas publicações estudadas a propunham como a mais humanística das profissões, sendo esta caracterização da medicina motivo de orgulho para a categoria:

*“Entre todas as atividades profissionais, a nossa é a mais bela e humanística. Cuidamos do ser humano desde a sua concepção e o acompanhamos em toda sua existência. Devemos estar orgulhosos de sermos Médicos.”*<sup>171</sup> (MEDICINA, out.1997: Um Ano Difícil, Mas Produtivo)

Dentre as várias funções que o CFM atribui ao médico, há algumas que voltam esse profissional para o ideal de serviço: o médico tem um papel fundamental para os indivíduos, influenciando suas vidas, suas relações, agindo em prol de sua qualidade de vida, contemplando suas dimensões biológicas, psíquicas e sociais. Desta forma, com relação ao ideal de serviço, o CFM parece estar disposto a preservar esse valor da profissão médica, o que pôde ser vislumbrado na forma como atribui ao médico funções que priorizem o ser humano e a coletividade.

<sup>169</sup> Grifos meus

<sup>170</sup> Grifos meus

<sup>171</sup> Grifos meus

Mas, na análise do ideal de serviço, pôde-se caracterizar a utilização deste argumento para, na realidade, levar a cabo uma defesa exercício ético da medicina. Assim, algumas das proposições do CFM trazem como objeto a sociedade e outras trazem a corporação médica, embora muitas vezes os argumentos se mesquem e não seja possível definir com exatidão se o Conselho está defendendo a sociedade ou os médicos:

*“O CFM, Conselho Federal de Medicina, Conselho está ciente de seu legítimo papel na sociedade brasileira. E o exercerá sempre. Ao defender os interesses corporativos isso deve ser entendido como defesa da boa prática médica, do exercício profissional ético, da formação técnica e humanista rigorosa.”*<sup>172</sup> (MEDICINA, mar.1997: Princípios e História)

Pode-se, então, inferir que, dentro das publicações analisadas e no período de tempo específico estudado, o ideal de serviço se faz presente nas argumentações do CFM com duas diferentes inserções identificadas:

- 1) através da ênfase dada às necessidades de saúde da população e através do incentivo à conscientização do profissional médico com relação à essas necessidades, da definição de medicina como profissão voltada para os interesses da humanidade e do recorte dado à função social do médico.
- 2) como ponto de sustentação para a defesa exercício ético da medicina, ao tomar a coletividade ou como parceira das reivindicações da categoria ou como vítima do sistema de saúde.

Resta ainda uma última palavra com relação ao ideal de serviço. Ao se afirmar que há uma certa perda de importância do ideal de serviço perante a orientação para a cientificidade, pôde-se visualizar esta afirmação diante da visão genérica do Jornal Medicina. Esta publicação traz uma importante parcela de artigos cuja temática central recai sobre a chamada ciência médica, sendo a temática referente à prática médica bastante menos freqüente, em comparação àquela outra. Assim, se por um lado, a orientação para a coletividade se encontra diluída nos artigos analisados, a orientação científica é mais relevante.

Desta forma, é possível verificar uma disputa de importância do ideal de serviço contra uma forte “orientação científica”, onde a prioridade tende a ser a busca de

---

<sup>172</sup> Grifos meus

respaldo científico para a prática médica. O que se mostra problemático é o fato de, muitas vezes, essa busca ser feita em detrimento da orientação para a coletividade<sup>173</sup>. Ademais, a orientação científica figura como ponte para o desejado prestígio e status social e financeiro, o que não pode ser afirmado com relação ao ideal de serviço que vai, então, para um plano relativamente secundário no conjunto das publicações.

### 5.3 – MONOPÓLIO E CORPO ESOTÉRICO DE CONHECIMENTOS

Ponto central das proposições do Conselho Federal de Medicina, o tema “monopólio” pode ser inferido como uma das suas razões de ser<sup>174</sup>. A luta pela manutenção do monopólio, seja de saber ou de prática, constitui uma importante característica da corporação médica, independente se essa tentativa de manter o monopólio se dê com relação à outros saberes e práticas externas à corporação ou internas à ela. Assim, com relação ao monopólio, definido como o direito e o privilégio exclusivo sobre práticas e saberes, é possível destacar que o Conselho Federal de Medicina o defende em diversos momentos nas publicações analisadas.

Por vezes essa defesa se dá sob a alegação de posse do conhecimento exclusivo, esotérico<sup>175</sup>, definido como a aquisição de um conjunto de saberes através de um processo de formação árdua, longa e sistematizada, sendo este conjunto mantido restrito à corporação. Quando se defende a aquisição de um corpo esotérico de conhecimentos, mantém-se a posição de que tanto a prática como o saber e a formação médica são de domínio da corporação médica e devem estar sob seu controle e comando.

<sup>173</sup> Cite-se, a título de exemplo, a crítica construída com relação a formação médica, que seria excessivamente científica e especializada, relegando a segundo plano as necessidades de saúde da população. Daí, inclusive, decorre as tentativas de uma atividade conjunto docente-assistencial, que desse conta dessa defasagem entre formação e prática médica

<sup>174</sup> Note-se porém que, se a defesa da manutenção do monopólio profissional poder ser proposta como um dos objetivos do CFM, este tema não apareceu explicitamente em nenhum dos artigos analisados, podendo ser apenas inferido a partir de outras proposições. Pode-se, com relação a isto, afirmar que o objetivo último do CFM é defender a manutenção de saberes e práticas sob o domínio da corporação médica, sendo que esta defesa não se dá de forma direta, mas ocorre a partir de outros pontos de sustentação.

<sup>175</sup> De forma geral, os estudiosos das profissões analisam isoladamente o monopólio e a aquisição de um corpo esotérico de conhecimentos. No presente estudo tornou-se a aquisição do corpo esotérico de conhecimentos como uma forma de defesa do monopólio profissional, especialmente do monopólio do saber. Ressalte-se também que o monopólio das práticas profissionais pode ser justificado, dentre outras formas, a partir da aquisição do corpo esotérico de conhecimentos. Daí a decisão de analisar em conjunto

O que se percebe é que esses atributos da profissão médica servem primordialmente de argumento de defesa do exercício ético da medicina. Além disto, o saber esotérico e a prática monopolítica da medicina dão corpo à profissão médica e são também meio de garantir um mercado de trabalho e de criar legitimidade social para a profissão médica.

A defesa do campo do saber e da prática médicos – ou do monopólio – surgiu em alguns recortes nos artigos analisados, como se destaca a seguir:

*“A categoria médica, volta e meia, é sacudida na imprensa por análises e condenações de alguns expertises que opinam e acham que conhecem e dominam profundamente todas as áreas do conhecimento. As incursões noticiosas da mídia nacional na área médica tem ultimamente revelado um total despreparo de alguns jornalistas para lidar com a questão Saúde, Medicina, Médicos. (...) O mínimo que se exige de quem comenta um assunto é que busque também um mínimo de informação. (...) Quem quer informar tem que ter dados concretos na mão para fazê-lo. Sob pena de, primeiro, iludir-se a si próprio e, conseqüentemente, vender uma ilusão ou mentira para milhares de leitores ou milhões de telespectadores, o que é certamente, um atitude, no mínimo, irresponsável”*<sup>176</sup> (MEDICINA, fev.1997: Generalização Burra)

Neste trecho, o que se recorta é a defesa do monopólio do saber médico que, segundo a argumentação apresentada pelo CFM, deve ficar restrito àqueles que tem competência e preparo para discutir as questões referentes à saúde, ao médico e à medicina – ou seja, pode-se inferir que este saber deva estar limitado ao domínio do médico.

Em outro artigo, o CFM traz à cena proposições que pretendem manter o monopólio das decisões relacionadas à vida privada dos indivíduos nas mãos da competência técnica e teórica do médico:

*“Em certos casos, os atributos naturais (que definem o sexo) podem gerar dúvidas quando a genitália é ambígua ou ambivalente. Poderá ocorrer um assento civil errôneo e desastroso; melhor adia-lo até o diagnóstico correto, adaptando o novo ser por tratamento cirúrgico-hormonal a uma vida biopsicossocial sadia”* (MEDICINA, abr.1997: Transexualismo: Debate Aberto)

*“os desvios de comportamento sexual são uma opção humana fora do controle de regras, punições e leis adotadas. Há casos –*

<sup>176</sup> Grifos meus



*homossexuais, bissexuais, travestis, exibicionistas ou psicopatas – que não podem ser objeto de transgenitalização cirúrgica, mas devem receber cuidados profissionais adequados*<sup>177</sup> (MEDICINA, abr.1997: Transexualismo: Debate Aberto)

Aqui figura a idéia de que o médico deve deter o monopólio – e com ele, um certo poder decisório – mesmo nos casos não considerados como assuntos médicos. Assim, o CFM defende que algumas decisões vinculadas à vida privada dos indivíduos devam estar nas mãos de quem detém a competência técnica e teórica do assunto – o médico. Desta forma, o monopólio é, sem dúvida, defendido pelo CFM, sendo que suas argumentações, algumas vezes, ultrapassam os limites dos assuntos médicos e atingem a vida privada dos indivíduos. Infere-se, então, que a defesa do monopólio de saber e práticas médicas extrapola o campo mais convencional de atuação da medicina.

Houve ainda o caso em que o CFM defendeu a detenção do poder decisório relacionado aos cursos de formação médica nas mãos da corporação, o que pode ser enfocado sob o ponto de vista de manutenção do monopólio, aqui mesclada com a autonomia de decisão sobre os rumos da corporação:

*“Lamentavelmente, para a criação de cursos na área de saúde, este decreto reitera que a decisão final permanece com o Conselho Nacional de Educação. Entendemos que, neste particular, os critérios de avaliação do Conselho Nacional de Saúde são de extrema importância e sua opinião deveria voltar a ter caráter deliberativo. O CNE avalia apenas a estrutura da escola, o quadro de professores e outras condições técnicas ligadas estritamente à qualidade do ensino. O CNS, por sua vez, faz a análise da necessidade social dos cursos naquela região, levando em consideração as condições de saúde da população local e o número de médicos por habitante já existente naquela região”* (MEDICINA, mai.1997: Universidade: Autonomia Responsável)

Em suma, tanto a prática, como o saber e a própria formação médica são defendidos como aspectos de domínio da corporação médica, devendo estar, então, sob seu controle e comando. Houveram, porém, dois pontos que apareceram como contraditórios, nesta temática. O primeiro, e de mais fácil identificação, está relacionado com a defesa da interferência do Conselho Nacional de Saúde à frente dos cursos médicos. Como relatado no trecho acima, o CFM faz essa defesa argumentando que o Conselho Nacional de Educação estaria voltado apenas para às “condições

<sup>177</sup> Grifos meus

*técnicas ligadas estritamente para à qualidade do ensino*". Porém, mais à frente, no mesmo artigo, propõe que *"a falta de qualidade dos cursos provoca a queda na qualidade do atendimento"*. Em um ponto argumenta a ineficiência de se focar a qualidade do ensino para defender a entrada de outros enfoques que manteriam o poder decisório nas mãos do Conselho Nacional de Saúde – logo, com a corporação médica. Mais adiante, enfatiza a necessidade de revalorizar a qualidade dos cursos. Ora, a avaliação da qualidade do ensino e dos cursos é ou não importante? Volta-se aqui, inclusive, a uma questão já debatida nos meios acadêmicos de medicina: quem deve ter voz com relação aos cursos de medicina, os pedagogos ou os profissionais de saúde?

O segundo ponto que surgiu como contraditório nasce de uma inferência feita a partir do entrecruzamento dos argumentos que enfatizam a participação da sociedade nos assuntos relacionados à saúde e à profissão médica com a defesa do monopólio da categoria referentes à esses campos. O que aparece como problemático nesta questão é que, em alguns momentos, a sociedade é chamada a participar ativamente nos processos decisórios do sistema de saúde, nas questões da formação e ensino médico, atuando diretamente como parceira da corporação médica nos assuntos relacionados à saúde. Mas em outros momentos, a sociedade é enfocada como vítima dos problemas do sistema de saúde, da formação médica, passando de parceira à protegida da corporação. Assim, mesmo que em algumas situações específicas a sociedade seja chamada a partilhar com a corporação médica alguns pontos problemáticos e controversos, na maioria das questões mais diretamente relacionadas ao campo do saber e da prática médica, essa sociedade fica excluída como parceira, sem voz ativa dentro dele.

Também é interessante dar destaque à forma como a defesa do monopólio é erguida dentro do Código de Ética Médica, apresentando-se quase que exclusivamente como um dispositivo legal que impede a divulgação e propagação de procedimentos, que devam estar restritos à comunidade médica. Em geral o impedimento está vinculado à um outro aspecto importante: só é permitido ao médico utilizar-se de meios diagnósticos ou terapêuticos reconhecidos pela corporação médica. Cria-se assim uma forma interessante de controle das práticas e saberes médicos: eles devem ser reconhecidos por essa corporação através de órgãos competentes (primordialmente do Conselho Federal de Medicina) e devem estar restritos à esta corporação. A divulgação dos assuntos médicos só é permitida para fins de esclarecimento e educação da comunidade, criando assim uma cultura médica na comunidade suficientemente sólida

para dar credibilidade à esses assuntos; porém, suficientemente restrita para manutenção do monopólio nas mãos da corporação médica.

Desta forma, com vistas a sistematizar as argumentações construídas pelo CFM com relação aos principais atributos e valores da profissão médica, organizou-se a tabela a seguir:

**TABELA 11 - ATRIBUTOS E VALORES DEFENDIDOS PELO CFM**

IDEAL DE AUTONOMIA	DEFESA DO EXERCÍCIO ÉTICO DA MEDICINA	DENÚNCIA COM RELAÇÃO A PERDA DA AUTONOMIA DO PROFISSIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ AUTONOMIA TÉCNICA               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total submissão dos profissionais às regras de contenção e lucro dos planos e seguros-saúde. Além de receberem pouco, os médicos tem perdido sua autonomia técnica</li> <li>• A exigência de credenciamento do profissional é uma forma de controlar os médicos</li> </ul> </li> <li>☐ AUTONOMIA FINANCEIRA               <ul style="list-style-type: none"> <li>• A reivindicação por remuneração melhor e mais digna para o profissional pode ser enfocada sob o prisma de denúncia de perda da autonomia econômica</li> <li>• Defesa da autonomia financeira do médico assalariado, servidor público em sua maioria</li> </ul> </li> </ul>
	CRÍTICA À LÓGICA MERCANTILISTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Má remuneração do médico e perda da autonomia decorrente da mercantilização da saúde</li> </ul>	
IDEAL DE SERVIÇO	DEFESA DO EXERCÍCIO ÉTICO DA MEDICINA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ideal de serviço como ponto de sustentação para a defesa exercício ético da medicina, ao tomar a coletividade ou como parceira das reivindicações da categoria ou como vítima do sistema de saúde.</li> </ul>	
	DEFESA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ideal de serviço em si, através da ênfase dada às necessidades de saúde da população e através do incentivo à conscientização do profissional médico com relação à essas necessidades, da definição de medicina como profissão voltada para os interesses da humanidade e do recorte dado à função social do médico.</li> </ul>	
MONOPÓLIO E CORPO ESOTÉRICO	DEFESA DA CORPORACÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanto a prática, como o saber e a própria formação médica são defendidos como aspectos de domínio da corporação médica, devendo estar, então, sob seu controle e comando.</li> <li>• Médico detém o monopólio do saber e da prática mesmos nos casos não considerados como estritamente médicos</li> </ul>	
	DEFESA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• decisões relacionadas à vida privada dos indivíduos nas mãos da competência técnica e teórica do médico               <ul style="list-style-type: none"> <li>• sociedade como parceira e com vítima</li> </ul> </li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quem deve ter voz com relação aos cursos de medicina, os pedagogos ou os profissionais de saúde? Contradição no discurso</li> <li>• Figura exclusivamente nos artigos enfocados como uma variável inferida, já que não aparece explicitamente em nenhum momento. É indiscutível sua inserção no discurso do CFM</li> <li>• Ao defender a escola médica, o CFM está tanto defendendo a qualidade do corpo esotérico de conhecimentos e buscando meios de atingir o seu princípio inegociável.</li> <li>• Íntima relação entre a aquisição deste conhecimento esotérico e a defesa do monopólio: ao defender o monopólio de saberes médicos no interior da comunidade médica, está-se, sem dúvida, criando mecanismos que mantenham esses saberes como esotéricos.</li> </ul>		

## *Capítulo 6*

---

### *O PROJETO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA*

#### *6.1 – UM DISCURSO ESPECÍFICO*

A partir da análise temática do conteúdo dos discursos do Conselho Federal de Medicina pôde-se inferir que os atributos principais da profissão médica constituem importantes pontos de sustentação para as argumentações de defesa exercício ético da medicina erguida pelo CFM. Estes atributos figuram como importantes fatores de identidade profissional, sendo que tanto essa identidade quanto os argumentos de defesa destes atributos não são dados “naturais”, mas, antes, são construções do próprio CFM. Tais construções conformam um projeto hegemônico que o Conselho traz para a corporação médica.

O que aqui se denominou como projeto hegemônico refere-se à construção de um conjunto de princípios, normas e valores que visam, em última instância, formar e manter a corporação estruturada ao redor dessa construção, gerando uma homogeneidade e uma coesão intra-corporativa. Assim, o projeto do CFM pode ser definido como o de formar uma corporação homogênea e coesa a partir de suas deliberações e posicionamentos. A partir deste projeto hegemônico o CFM apresenta, então, um discurso específico, cujo objetivo é solidificar esse seu projeto.

O nascimento da medicina enquanto prática profissional demandou a formação de uma organização profissional, que nasce com o objetivo de criar uma autonomia e manter o monopólio de práticas e saberes. Para que esse projeto profissional desse certo foi preciso a criação de um corporativismo entre os membros da profissão. Assim, a medicina torna-se uma profissão cujos membros possuem um forte vínculo cooperativo, sendo capazes de tomar decisões por conta própria, com legítimo controle sobre o seu trabalho e que mantém restrito ao grupo suas práticas e saberes. Dentro deste projeto profissional, forma-se um corpo de valores que deve ser consensual e que gera uma identidade entre os membros do grupo profissional.

Ademais, esta organização conforma um perfil de profissional que passa a ser esperado e desejado por ela, perfil que está não apenas definido, mas legalmente constituído, dentro do Código de Ética Médica. Porém, há um “algo a mais” não dito no código, mas que figura claramente nas argumentações do Conselho Federal de Medicina. Este “algo mais” é exatamente o que dá especificidade ao seu discurso.

Ao defender os valores da profissão médica, o CFM não está somente defendendo a identidade profissional dos médicos. Está principalmente defendendo a homogeneidade da corporação a partir de seu próprio posicionamento diante dela. O CFM reconhece a existência de uma heterogeneidade no interior da corporação médica, mas procura, se não extingui-la, ao menos amenizá-la.

Foi possível identificar essa empreitada do CFM em diversos momentos da análise. Pode-se afirmar que a maior parte de suas argumentações representa uma tentativa de criar um projeto hegemônico para a corporação médica. Este projeto está sustentado sobre as proposições e argumentações do que o Conselho Federal de Medicina ergue em nome do exercício ético da medicina. Desta forma, o CFM pretende gerar uma homogeneidade no interior da corporação médica a partir de suas próprias concepções e posicionamentos diante dos problemas que representam, a seu ver, uma ameaça à esta corporação. Logo, a pretensão do CFM é deter uma hegemonia perante a comunidade médica sob a alegação de defendê-la da ameaça que é a heterogeneidade.

Na tentativa de homogeneização da corporação a partir de sua própria visão, o CFM propõe as principais reivindicações da corporação a serem atendidas – as sociais e políticas. Tais reivindicações seriam construídas a partir das concepções do próprio CFM, e, a partir desta construção, seria erguida a sua defesa. Mas, antes, seria necessário formar junto à categoria profissional um consenso com relação às suas demandas de defesa, às suas reivindicações sociais e políticas. Por isso a importância da tarefa de informar, esclarecer, influenciar, ser referência, em suma, manter a corporação unida e coesa em torno das suas reivindicações.

Ao exercer essa tarefa, o CFM visa, em última instância, gerar consenso junto a corporação com relação aos pontos centrais da prática e do saber médicos – quer ser formador e multiplicador de um determinado perfil da categoria. A própria defesa da autonomia e do monopólio profissional dependem da existência de algum grau de homogeneidade intra-corporativa. E, ao gerar consenso e coesão dentro da corporação

médica a partir de seus princípios e posicionamentos, o Conselho Federal de Medicina está buscando uma hegemonia.

Ao constituir a defesa de um sistema de valores da profissão médica e de algumas de suas importantes características, ao argumentar em favor do sistema público de saúde, ao tecer críticas à voracidade do sistema privado, ao denunciar a mercantilização da saúde, o CFM está, em última análise, defendendo o que considera como o exercício ético da medicina. Quando se toma como ponto de corte deste estudo o sistema de valores da profissão médica, vislumbra-se que muitas das argumentações que o CFM ergue repousam exatamente sobre esse sistema de valores, principalmente sobre a autonomia e a detenção do monopólio de saberes e práticas. Daí poder-se inferir que esse sistema de valores são tomados pelo CFM como um importante meio de garantir o exercício ético da prática médica.

O ideal de autonomia se mantém e, ao mesmo tempo, se modifica diante das intensas transformações ocorridas nas últimas décadas, especialmente no que diz respeito ao mundo do trabalho e às conjunturas econômicas. A partir destas transformações, as argumentações utilizadas para a sustentação deste sistema de valores é que se modificam e, algumas vezes precisam ser reformuladas. Mas o corpo de valores em si, dentro das publicações analisadas, mantêm-se.

Assim, como meio de concretizar uma adaptação dos valores às mudanças do meio – e aqui, muito especificamente, ao meio econômico e político – há uma reorganização das práticas médicas, não no sentido teórico-prático, mas no intuito de adaptá-las à nova conformação do mercado de trabalho com predomínio do assalariamento e às regras do mundo regido por uma lógica econômica. Esse mecanismo identificado nas publicações do CFM está em concordância com a seguinte afirmação de Freidson (1988)

*A autonomia é o resultado crítico da interação entre poderes políticos e econômicos e a representação ocupacional, interação às vezes facilitada pela instituição educacional e outros dispositivos, o qual com sucesso persuade o estado que o trabalho da ocupação é confiável e valorizado<sup>178 179</sup>. (p. 82)*

<sup>178</sup> Grifos meus

<sup>179</sup> No original: Autonomy is the critical outcome of the interaction between political and economic power and occupational representation, interaction sometimes facilitated by educational institutions and other devices which successfully persuade the state the occupation's work is reliable and valuable

Confirma-se assim a proposição de que a autonomia não é um dado “natural” e absoluto, mas que está na dependência de diversos fatores para sua existência. Ou seja, a autonomia nasce da interação entre esses fatores – política, economia, representações profissionais, escola médica. O CFM, sendo um representante da corporação, vai, então, procurar uma interação que conduza à autonomia profissional do médico e, mais que isso, que esteja convergente com suas proposições hegemônicas.

Talvez devido a essa concepção da autonomia enquanto resultado de uma interação entre esses diversos fatores, o CFM adote determinadas posturas diante deles, procurando que cada um esteja estruturado de forma a garantir essa autonomia profissional. Esta postura do CFM transparece claramente em seus artigos, como postura de crítica, de negociação, de persuasão, atingindo não apenas aqueles fatores políticos, econômicos, representacionais, educacionais, mas a própria sociedade. Recorrendo mais uma vez a Freidson (1988), afirma ele:

*“através do processo de negociação política e persuasão, a sociedade é levada a acreditar ser desejável conceder um status profissional de autonomia auto-regulada.”<sup>180 181</sup> (p.83)*

Dáí justifica-se a grande relevância que o CFM dá à sociedade em seu discurso. Ao trazer à tona uma sociedade demandante de melhor atendimento às suas necessidades de saúde, ao dar destaque à coletividade como importante parceiras nas suas lutas por um sistema de saúde mais adequado, na verdade, o CFM está procurando fazer desta sociedade cúmplice de seu projeto hegemônico. Procura envolver esta sociedade neste projeto, afirmando que os interesses da corporação médica se identificam aos interesses da coletividade e que sua medicalização faz parte destes interesses. Desta forma, o CFM procura levar à sociedade a desejar e legitimar os atributos da profissão médica, em especial a autonomia, visto ser esta autonomia, nesta perspectiva, benéfica à seu próprio estado de saúde.

<sup>180</sup> Grifos meus

<sup>181</sup> No original: (...) through a process of political negotiation and persuasion, society is led to believe that it is desirable to grant an occupation the professional status of self-regulate autonomy.

## 6.2 - DEFENDENDO O EXERCÍCIO DIGNO, ÉTICO E PROFISSIONAL DA MEDICINA

O Conselho Federal de Medicina traz para si como princípio maior e inegociável a defesa do exercício digno, ético e profissional da medicina. Princípio este, aparentemente, coerente com as atribuições do CFM, sejam as formais ou as encontradas em seus discursos. A questão que se levanta diante deste princípio é, então, com quais pressupostos e objetivos o Conselho conduz esse princípio central que assume.

Antes, porém, de dar destaque à argumentação do CFM com relação ao seu princípio maior, é necessária uma breve discussão acerca das atribuições formais e das atribuições que o CFM assume para si em suas publicações. O que primeiro precisa ser relevado é que ambas as atribuições se relacionam com a defesa do exercício ético da medicina e com a defesa da sociedade. Mas há diferenças importantes entre elas.

Em suas atribuições formais, a defesa exercício ético da medicina é restrita a supervisão da ética, ao julgamento e disciplina dos médicos e a busca de prestígio e bom conceito da medicina. Quando se analisa o discurso do CFM, essas atribuições ultrapassam esse limite. Mais que isso, o CFM, ao extrapolar esses limites, acaba por construir uma estratégia de defesa da corporação médica nos moldes das associações de classe de estilo mais clássico, tipo sindicalista. Assim, a defesa do exercício ético da medicina toma feições de uma ação corporativa empreendida pelo CFM.

O CFM, então, passa a adotar uma postura que defende a corporação, extrapolando a ética e a prática médica – o que é assumido textualmente em seu discurso. Não abdica da defesa da ética, mas argumenta a seu favor com proposições que a extrapolam. Prova disso está nas outras atribuições que o órgão assume para si: atender as reivindicações sociais e políticas da corporação – que dá ao CFM o status de órgão de defesa da corporação propriamente dito –, punir a medicina mercenária e o sistema de saúde mercantilista, persuadir as instâncias decisórias das regulamentações da saúde, defender a formação e a escola médicas, conscientizar os profissionais. Tudo isso em nome do exercício ético, digno e profissional da medicina. É como se o CFM assumisse para si o dever de defender a prática ética da medicina e o direito de exercer uma ação corporativa, que defenda a comunidade médica dos perigos que a rondam –



nomeadamente, a mercantilização da saúde e a precarização do seu mercado de trabalho.

Assim, se o Conselho Federal de Medicina quer extrapolar suas funções primeiras – a ética e a prática profissional – podemos questionar o que surge como resultado desta extrapolação. O primeiro e mais evidente resultado é a assunção de uma defesa corporativa. Mas quando se enfoca a estrutura do Jornal Medicina, pode-se encontrar outros resultados desta postura do CFM. Percebe-se que sua temática se divide em dois campos principais: um tema mais voltado para reivindicações políticas e um outro que enfoca o que podemos chamar de tema técnico-científico da profissão médica. Os temas referidos à prática médica e à própria ética – objetivos principais do Conselho Federal de Medicina de acordo com suas atribuições formais – estão ou diluídos corpo do Jornal ou não têm tanta ênfase e espaço como os outros temas citados<sup>182</sup>. Segue-se, então, á esta análise, o seguinte:

- Fornecer suporte político e informação técnico-científico tem grande importância nas argumentações do Conselho Federal de Medicina, dada a grande ênfase com que esses temas aparecem nos artigos analisados.
- Dado que o próprio CFM se propõe a extrapolar a ética e a prática médica, e que nas publicações analisadas há uma pequena discussão explícita dessas temáticas, podemos inferir que essa extrapolação recai no campo político e técnico-científico – com maior espaço de discussão nas publicações.
- Ao assumir para si a defesa da corporação médica nos moldes sindicalistas, essa defesa não toma, por sua vez, uma característica de defesa de classe pura e simplesmente, visto que as argumentações que o CFM traz como justificativa para sua defesa recaem no campo da defesa do exercício ético da medicina. Em outras palavras, a semelhança entre a defesa da corporação erguida pelo CFM e pelas organizações sindicalistas é apenas parcial, residindo no fato de ambas objetivarem assegurar condições de trabalho para a corporação. Mas, por outro lado, os argumentos do CFM repousam mais

<sup>182</sup> À ética são destinadas duas seções do Jornal: uma denominada Ética, que traz uma exposição da opinião de dois médicos (em apenas um número do Jornal, a opinião não era de médicos, mas de deputados federais) com relação a algum dos artigos do código de ética, com uma pequena coluna que expõem a posição do CFM; outra seção denomina-se Bioética e destina-se a apresentar uma discussão de temas relacionados à esta questão específica. Esta última seção não representa nem traz uma posição direta do CFM à esta problemática, já que é uma matéria que apresenta autoria citada, ou seja, traz a posição de um indivíduo particular com relação à Bioética.

sobre o exercício ético e técnico-científico, enquanto que a defesa sindical reside sobre a defesa de classe enquanto categoria profissional, com reivindicações políticas.

- O médico ideal do CFM não aparece jamais como um médico capaz de exercer uma má prática. Assim sendo, o CFM pretende honrar seu princípio fundamental não através da fiscalização e da aplicação de sanções disciplinares à corporação médica, visto que isso acaba tornando-se desnecessário. Esse princípio é honrado na medida em que o CFM defende a corporação do “meio externo”, este sim potencialmente capaz de conduzir à prática anti-ética da medicina. Com isso o Conselho Federal de Medicina deixa de ter um papel repressor para assumir uma função de defesa perante a corporação médica.

De qualquer forma, independente do ponto de sustentação utilizado – se a ética, a prática, a política, a ciência – o intuito final é a defesa do que o CFM considera como sendo o exercício ético da medicina. Ao dar destaque, no caso específico do estudo aqui levado a cabo, à política e à ciência, o que o CFM pretende, ao final das contas, é dar suporte ao médico e à sua prática.

Um último ponto que merece destaque é o fato de ambas as “missões” do CFM – defesa exercício ético da medicina e da sociedade – aparecem com argumentações distintas com relação às atribuições formais, mas com um mesmo ponto de sustentação nas publicações tomadas para estudo. No primeiro caso, a corporação é defendida a partir de dispositivos que visam manter a autonomia e o monopólio da categoria profissional, sendo a defesa da população erguida contra a má prática dos médicos. No segundo caso – na análise das publicações – o argumento comum utilizado é a crítica à mercantilização da saúde.

Pode-se, então, resumir desta forma as diferenças encontradas entre as atribuições formais e as assumidas pelo CFM em suas publicações:

**TABELA 12 - COMPARAÇÃO ENTRE AS ATRIBUIÇÕES FORMAIS E AS ATRIBUIÇÕES ASSUMIDAS PELO CONSELHO FEDERA DE MEDICINA**

	ATRIBUIÇÕES FORMAIS	AUTO-ATRIBUIÇÕES
DEFESA DA CORPORACÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisão da ética</li> <li>• Julgamento e disciplina dos médicos</li> <li>• Busca de prestígio e bom conceito da medicina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postura que defende a corporação, nos moldes “sindicalistas” extrapolando a ética e a prática médica</li> </ul>
DEFESA DA POPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteger os indivíduos da má prática e dos sistemas de saúde mercenários ou mal organizados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• População como fonte de argumentação para a defesa do exercício ético da medicina</li> </ul>
ARGUMENTOS UTILIZADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Defesa da autonomia e o monopólio da categoria profissional</li> <li>• Defesa da população erguida contra a má prática dos médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crítica à mercantilização da saúde argumento comum para a defesa da corporação e da população</li> </ul>

Após essa pequena exposição acerca das atribuições formais e das atribuições assumidas pelo CFM, pode-se passar agora a tentar delimitar as argumentações que ele traz para sustentar seu princípio maior – o exercício digno, ético e profissional da medicina. O CFM traça uma rede de argumentações sustentam esta defesa a partir dos valores e atributos principais da corporação médica. Infere-se, conseqüentemente, que o exercício digno, ético e profissional da medicina depende diretamente da manutenção e solidez deste sistema de valores e atributos da profissão.

Ao perder a autonomia, o poder de auto-regulação da corporação, perde-se com ela a dignidade, a ética fica comprometida e, especialmente, a atividade médica perde sua característica principal enquanto atividade profissional, logo, não é exercida com “profissionalismo”. A mesma linha de raciocínio pode ser seguida com relação ao monopólio, a aquisição de um corpo esotérico de conhecimentos e ao ideal de serviço. Um prejuízo em qualquer um desses aspectos acarreta conseqüente prejuízo ao princípio fundamental do CFM.

Esses seriam, portanto os objetivos que o CFM traz para sustentar esse princípio. Mas, que pressupostos levam o CFM a sustentá-lo? Primeiramente, a dignidade profissional defendida pelo Conselho parece estar diretamente vinculada não apenas aos valores profissionais, mas muito especialmente à remuneração profissional e à precarização do mercado de trabalho médico. Mais que qualquer outro aspecto

defendido pelo CFM, a dignidade do médico está intimamente relacionada à criticada mercantilização da saúde diante de uma hegemonia da lógica econômica. A defesa da dignidade profissional torna-se sinônimo de defesa da autonomia financeira.

Com relação ao exercício ético da medicina, a questão torna-se um tanto mais conturbada. Nos artigos analisados, a ética em si não figura explicitamente como ponto central de argumentação. O discurso é caracteristicamente de denúncia quanto à forma de condução da saúde no cenário atual das políticas de saúde. Há uma clara predominância do debate político e, por traz dele, uma defesa exercício ético da medicina estruturada sobre críticas e sobre reivindicações. Daí, ao menos com relação às publicações e ao período analisado, o discurso político e, secundariamente, o científico, ocupa o lugar de destaque, em detrimento da discussão acerca da ética e da prática médica.

A defesa exercício ético da medicina se dá, portanto, através da denúncia da precarização do sistema de saúde e do fornecimento de informação científica. Estando inserido em um sistema de saúde valorizado e estando respaldado em conhecimentos científicos, a ética é decorrência deste estado de coisas. Haveria uma hegemonia do discurso político sobre os demais e uma valorização da informação científica.

Berlinguer (1993), por exemplo, fala de uma exigência premente de atualizar a ética médica, tanto nas normas quanto nas aplicações práticas, criticando o fato de não haver nas universidades um ensino específico sobre ética, sendo que a formação moral dos estudantes se dá por vias múltiplas. Neste ponto, é possível dar destaque a disputa entre a orientação para a coletividade e a orientação científica como uma das vias de “deformação ética” dos profissionais e estudantes de medicina. Isto porque, como nos diz Garrafa (1995), “*nos dias de hoje sentimos freqüentemente que o progresso moral não avançou proporcionalmente ao progresso intelectual (científico e tecnológico)*<sup>183</sup>” (p.53). O debate técnico-científico se faz cada vez mais presente e relevante, em detrimento da discussão ética. E o discurso que o CFM apresenta em seu Jornal Medicina aponta para essa situação ao dar uma ênfase maior à cientificidade.

Garrafa também faz menção ao posicionamento do pensador alemão Hans Jonas que, com relação a essa defasagem da ética com relação à ciência, propõe que o estado atual do conhecimento humano a respeito do próprio homem está atrasado com

---

<sup>183</sup> Grifos meus

comparação ao conhecimento que temos sobre a natureza, havendo assim um progresso unilateral e desequilibrado, com uma ignorância relativa ao ser humano e à ética, à qual se pode atribuir muitos problemas do mundo contemporâneo. E, dentro desta situação, o Conselho Federal de Medicina, mesmo tendo a ética como atribuição formal e principal, dá maior ênfase ao progresso científico e tecnológico, incrementando ainda mais esta problemática situação.

Com relação ao exercício profissional da medicina, pode-se inferir que, ao defender a dignidade com argumentos relacionados à autonomia financeira da corporação e ao abrir mão do aprofundamento do debate ético, o CFM julga ser o exercício profissional dependente das condições de trabalho dadas ao médico, especialmente à remuneração e as condições técnicas.

### 6.3 – O MUNDO DO TRABALHO MÉDICO

Dentre as mais relevantes defesas dos interesses da corporação erguidas pelo Conselho Federal de Medicina está a relacionada ao mercado de trabalho do profissional. Grande parcela das temáticas analisadas referiam-se, direta ou indiretamente a esse ponto central do mundo médico – o trabalho. Chama atenção, porém o fato de o CFM praticamente não fazer uso do termo “mercado de trabalho”.

Em tese, o mercado de trabalho médico seria um mercado ilimitado e cativo. Ilimitado porque o adoecimento, mesmo que se considere a sua perversa divisão social, acometendo com severidade e intensidade maior populações mais carentes, é um acontecimento ‘democrático’: todos são suscetíveis à ele, mesmo que esse adoecer tenha características, incidências e distribuições diferenciadas. Logo, o médico teria, assim, em tese, um mercado ilimitado, dado o seu monopólio profissional.

Cabe ao CFM definir que práticas são legítimas, quais são permitidas e quais são interditas à corporação médica. Isso vai, evidentemente, repercutir no mercado de trabalho médico. Mesmo que a população tenha o direito de livre escolha das práticas diagnósticas e terapêuticas que considere mais apropriada às suas demandas, essa liberdade é, ao menos parcialmente, tolhida. As práticas ditas alternativas, em geral não reconhecidas pelo CFM sob a argumentação de falta de cientificidade, acabam tendo o estatuto de charlatanismo e curanderismo.

Porém deve ser ressaltado que algumas práticas, apesar de carecerem de status científico, acabam sendo aceitas pelo CFM dada sua legitimidade e aceitação social. O reconhecimento de práticas legitimadas socialmente pode estar relacionado ao atendimento dos interesses da sociedade e da corporação médica: seno tais práticas do interesse de ambos, o CFM acaba por reconhecê-las como legítimas.

Nisto destaca-se que, apesar da grande ênfase dada pelo CFM à informação e formação científica e de que a maior parte do que é considerado por ele como da competência médica seja respaldado com argumentos científicos, não é regra que as práticas médicas tenham que estar legitimadas cientificamente. Há casos em que o reconhecimento de determinadas práticas está respaldado na legitimidade e no reconhecimento social delas, ao invés de estar centrada no status científico. Nestes casos, a aceitação popular acaba sendo absorvida pelo CFM, que reconhece tais práticas como lícitas ao médico. Este foi o caso do reconhecimento da homeopatia, em 1980 e, mais recentemente da acupuntura em 1998 como práticas legitimamente médicas.

Esta importância concedida à legitimação social das práticas está em convergência com o posicionamento do CFM com relação à coletividade. Pode-se atribuir a aceitação de tais práticas como uma estratégia do Conselho Federal de Medicina para trazê-las para sua alçada, e portanto, para o seu controle. Reconhecendo tais práticas como legítimas e legais, o CFM termina não apenas por trazer à si o controle delas, como também aproxima-se mais da sua estratégia de colocar a sociedade em cumplicidade com os interesses da corporação médica. Vislumbra-se assim que nem todo projeto do CFM baseia-se no caminho de submeter à sociedade aos interesses da corporação; o caminho inverso também é possível: legitima-se aquilo que é do interesse da sociedade.

Entretanto, o reconhecimento destas práticas pode estar relacionado à uma posição estratégica do CFM que visa não apenas garantir, mas aumentar o mercado de trabalho do profissional médico. O reconhecimento de algumas práticas legitimadas socialmente, logo, que apresentam uma demanda, mesmo na ausência de legitimação científica, acaba por representar um incremento no mercado de trabalho médico.

Ressalte-se o fato de o Conselho Federal de Medicina coibir um determinado tipo de prática não significa que a sociedade irá, necessariamente, abandonar a escolha desta prática. A população não parece escolher suas alternativas terapêuticas a partir das determinações e posicionamentos do CFM. Porém, sendo a medicina a prática terapêutica hegemônica, reconhecida pela opinião pública, com respaldo legal e a única

acessível no sistema de saúde – principalmente o público – sem dúvida, o posicionamento do CFM toma relevo. Isso se dá, não pelo fato de ser o Conselho Federal de Medicina quem legitima as práticas médicas, mas por ser, a partir deste posicionamento, que as práticas consideradas legítimas e legais, ganham espaço junto à opinião pública, às instituições médicas e na organização dos serviços de saúde.

Mas, mesmo diante desta constatação e desta caracterização, o mercado de trabalho médico tem sofrido intensas transformações. Se, por um lado, este mercado não se esgota, por outro, a forma como ele se organiza pode variar bastante, o que aliás este não é privilégio do mundo do trabalho médico. O mundo do trabalho em geral tem sofrido intensas modificações nas últimas décadas; trata-se de um período de transição e ainda não é possível vislumbrar o desfecho dela.

O que se desenha como perfil do mundo do trabalho aponta para uma crise estrutural: o princípio de que “o trabalho funda a civilização ocidental, que comanda todo o planeta” (Forrester, 1997:7) encontra-se profundamente abalado. Estamos diante de “uma nova forma de civilização que já desponta, onde só uma pequena porcentagem da população terrestre encontrará funções” (p.31).

O mercado de trabalho informal ganha cada vez mais espaço, e é constante a ameaça de desemprego. Há uma verdadeira gangorra social, onde as perspectivas de vida oscilam entre a submissão as regras deste novo mundo ainda muito conturbado e a luta por uma sobrevivência cada vez mais precária. A qualificação profissional, o status social e a renda, fatores antes intimamente vinculados e articulados, separam-se. Qualificação profissional deixa de ser garantia de status e renda. Surgem novos estilos de vida, na maioria das vezes de qualidade duvidosa e extremamente patogênicos.

Há ainda uma outra problemática suscitada por essa nova conformação: há uma crescente insegurança do trabalho (Mattoso, 1995). Esta insegurança atinge diferentes aspectos, terminando por indicar exatamente essa desestruturação do mundo do trabalho:

*“Esse processo assumiria a forma de uma crescente ampliação da insegurança do trabalho, que, por sua vez, apontaria para uma maior desestruturação do mundo do trabalho constituído no pós-guerra. Esta expansão da insegurança do trabalho se daria em diferentes níveis: insegurança no mercado de trabalho, insegurança no emprego, insegurança na renda, insegurança na contratação e insegurança na representação do trabalho” (Mattoso, 1995:77)*

Não é difícil antever as conseqüências que essa crescente insegurança no trabalho trazem, tanto para o trabalhador em si – que é quem mais sofre com esta insegurança – quanto para o processo de produção. Conseqüências que englobam desde a inserção do profissional no mercado de trabalho, até as formas de organização dos trabalhadores; desde os padrões de produção e consumo até a saúde (física e mental) destes profissionais<sup>184</sup>. Neste sentido, diz Dejours (1999), que

*“quem passa pelo processo de dessocialização progressivo, sofre. É sabido que esse processo leva à doença mental ou física, pois ataca a identidade”* (p.19).

Esta situação atinge todo o mundo e todos os indivíduos, incluindo os profissionais médicos. Mas o mundo do trabalho médico apresenta suas especificidades, que irão dar a ele características e organizações específicas. Há uma nova configuração do trabalho médico, com uma passagem da prática liberal para a prática empresarial e conseqüente assalariamento, com queda na remuneração profissional proveniente da mudança na forma de prestação de serviços médicos.

Além disso, e anterior a esses acontecimentos, há o processo de especialização da medicina, que provavelmente vai afetar mais diretamente o aspecto artesanal da medicina, além de tornar alguns médicos “mais médicos” que outros. Prova disto está na pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”, coordenada por Maria Helena Machado<sup>185</sup>: existem no país 65 especialidades médicas, distribuídas de forma desigual, tanto numérica e geograficamente como em relação à remuneração e carga horária; enfim, há uma inserção e distribuição diferenciada, o que gera uma diferenciação, inclusive com relação à status e prestígio.

Donnangelo (1975), em parte, focaliza esta problemática já há 25 anos atrás. A autora diferencia a medicina, enquanto categoria profissional, do médico, enquanto trabalhador. Essa diferenciação é essencial porque, a princípio, enquanto categoria profissional, a medicina parece ter mantido, de alguma forma, o mito de coesão, de unicidade, se apresentando para a sociedade como categoria única. Mas, enquanto trabalhador, o médico se vê diante de grandes limitações, tradicionalmente ausentes em

<sup>184</sup>Christophe Dejours traz uma interessante discussão acerca do abalo da saúde dos trabalhadores diante da conformação atual do mundo do trabalho em sua obra *A Banalização da Injustiça Social* - RJ: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999

<sup>185</sup> O livro *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade*, sob a coordenação de Maria Helena Machado, apresenta os resultados desta pesquisa.



sua prática; se vê limitado em sua liberdade de ação, em sua prática liberal, em seu ideal de serviço; vê seu mercado sendo gerido e planejado por interesses muitas vezes diferentes dos seus e por atores outros que não seus pares.

Intensas transformações também tem ocorrido no sistema de saúde nas últimas décadas e, muito especialmente, nas décadas de 80 e 90. Segundo Mendes (1996), a crise na saúde “*se manifesta nas dimensões da ineficiência, da ineficácia, da iniquidade e da insatisfação da opinião pública*” (p.15). Assim, esta crise na saúde vai trazer um movimento em direção à reformas dos sistemas de saúde. E, estando inserida, como todas as demais áreas das políticas públicas, dentro do ideário neoliberal, os rumos que as políticas de saúde tem tomado são condizentes com este ideário, com conseqüentes repercussões no mercado de trabalho médico.

As principais características da profissão médica não saem ilesas de tamanhas modificações. Novas regras e normas burocráticas tolhem a autonomia. Empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e o próprio Estado controlam a prática médica. Com relação ao ideal de serviço, há um excesso de trabalho com má remuneração, falta de tempo e de recursos para atender aos ideais de boa prática, enfim, o ideal de serviço parece, de certa forma, atropelado pelos ideais de mercado; a demanda quantitativa suprime a qualitativa; e o ideal de serviço vai perdendo ainda mais força como um dos valores essenciais da profissão médica. Diante deste quadro, Donnangelo (1975) já dizia:

*“a incompatibilidade entre fatores intrínsecos à profissão médica e as novas formas sociais de trabalho constitui o elemento mais freqüentemente invocado pelas associações profissionais e pela literatura médica para definir uma crise interna a medicina”.*(p. 125)

Eis, então, um ponto chave para esta discussão: há uma dissonância entre os atributos e valores clássicos da profissão médica (fatores que dão corpo e identidade a ela) e as conjunturas atuais do mundo do trabalho. Assim, os valores primordiais da profissão médica vão se modificando diante dessas transformações. A corporação médica precisa se adequar ao novo quadro e que, diante desta necessidade, surgem mecanismos que visam a defesa desta corporação e de seus valores.

Perante um mercado de trabalho fragilizado e precário, o Conselho Federal de Medicina gera um conjunto de argumentações enfocando a precária remuneração dos profissionais ou as condições insatisfatórias de trabalho, argumentações essas que irão,

muitas vezes, ser respaldadas pela ameaça de perda da autonomia profissional, queda na qualidade da formação e ensino médicos e diminuição do controle monopolístico por parte da corporação. Especialmente, essa denúncia da precarização do mercado de trabalho médico baseia-se na suposta perda de qualidade dos serviços de saúde, com prejuízo maior para a coletividade.

É com vistas à defesa do mercado de trabalho que o CFM tece críticas tão constantes à hegemonia da lógica economicista – a grande vilã da precarização do mercado de trabalho médico. Além disto, diante da tendência privatizante do mundo neoliberal, com a intenção de diminuir cada vez mais e mais a participação do Estado, o CFM mantém uma postura que defende o sistema público, não só como prestador de serviços de saúde, mas principalmente como empregador do profissional de saúde.

Também é no âmbito da defesa da corporação via mercado de trabalho que o CFM vai procurar trazer a sociedade como grande vítima destas transformações do mundo do trabalho médico. Ao ter como encarregado de cuidar de sua saúde um profissional mal remunerado, insatisfeito e inseguro, a maior prejudicada é a própria sociedade. Daí justifica-se, tanto a “vitimização” da sociedade como a sua entrada em cena como “reivindicadora” de melhores condições de trabalho para o médico – em última instância, o guardião de sua saúde.

Mas é no que concerne ao ideal de serviço que repousa a maior justificativa levantada pelo CFM para a defesa do mercado de trabalho médico. A medicina é definida como uma profissão humanitária, voltada para o bem da coletividade. O médico tem papel fundamental no bem estar da população, sendo fundamental na vida dos indivíduos. Como justificar sua inserção no novo mundo do trabalho, precário e indigno? Tendo o médico atribuições tão nobres e indispensáveis diante da sociedade, não deveria ele ser valorizado, bem remunerado, ter melhores condições de trabalho? Neste ponto residem, primordialmente, os argumentos de defesa do CFM com relação ao mercado de trabalho médico.

E se há uma suposta crise na medicina decorrente do conflito entre o corpo de valores da profissão médica e a nova conformação do trabalho, a postura do CFM não é a de abandonar esses valores e submeter-se à esse nascente mundo do trabalho. Antes, o Conselho Federal de Medicina vislumbra a possibilidade de reforçar cada vez mais esses valores intrínsecos à profissão médica e extrapolar as limitações da nova conjuntura, utilizando, muitas vezes, a denúncia com relação a essa precarização do

sistema de saúde e do mercado de trabalho médico, como prejudiciais não apenas ao profissional médico, mas sobretudo à sociedade.

Diante da crescente insegurança gerada no mundo do trabalho da qual nos fala Mattoso e da ameaça de dessocialização progressiva com perda de identidade que nos propõe Dejours surgem mecanismos que buscam maiores níveis de segurança e a manutenção da identidade e da socialização do grupo profissional. O discurso do CFM pode, então, ser enquadrado como uma das tentativas feitas neste sentido.

O Conselho Federal de Medicina utiliza, neste tentativa, argumentos que apontam para a nocividade das políticas atuais, para a mercantilização e desmonte do sistema de saúde, para o risco de inserir a saúde – e com ela, os médicos – na mesma lógica em que estão sendo inseridos os todos demais setores. Note-se que, neste sentido, algumas vezes o CFM vai erguer defesas não apenas com relação à saúde, mas aos diversos setores que, segundo seu posicionamento, não podem estar inseridos nesta lógica econômica e de mercado: a educação, os transportes, a habitação.

Há, porém, uma nova forma de organização das representações dos trabalhadores que precisa ser aqui apontada. Dejours aponta para uma ampliação dos debates e das reivindicações trabalhistas com os movimento sindicais de 1968. Na década de 80 surge o conceito de “recursos humanos”, basicamente à margem das organizações trabalhistas e onde as novas concepções e novos métodos de produção passaram a ser formulados por gerentes e patrões, e não por líderes das organizações trabalhistas. Já Mattoso indica que as organizações dos trabalhadores tem assumindo uma postura claramente defensiva, enfraquecendo as suas práticas reivindicatórias. O nível de engajamento à essas organizações decresce mundialmente a partir da década de 80, o que gera um sério abalo no grau de organização profissional, com uma conseqüente perda de espaço e força para o debate e a conquista das reivindicações profissionais.

As proposições de Dejours e de Mattoso, entretanto, são contrapostas pelo que nos traz Machado (1997) a este respeito, que aponta para um crescente nível de sindicalização dos profissionais liberais como um fato perceptível nas sociedades atuais. Afirma a autora que

*“O fim ou ameaça da perda de privilégios e prerrogativas monopolistas, bem como a crescente inserção no mercado de trabalho na condição de ‘assalariados’, tem levado parcelas significativas desses profissionais a buscar abrigo e proteção para seus direitos*

O estudo levado a cabo por Machado aponta esse fenômeno da sindicalização como crescente no Brasil, entre os profissionais mais qualificados. Os dados da pesquisa “O Perfil dos Médicos no Brasil” mostraram que 44,9% dos médicos estão filiados ao sindicato médico, sendo porém este nível de sindicalização diferenciado de acordo com as regiões brasileiras, com índices mais altos na região nordeste e mais baixos na região sudeste. Tal diferenciação é atribuída à maior perda das condições de trabalho nos estados nordestinos, com salários mais baixos, hospitais sem condições de atendimento e pequena oferta de emprego.

Essa divergência é inesperada, principalmente em se considerando a relativa contemporaneidade dos estudos de Mattoso (1995) e Machado (1997). Com relação à Dejourns, ainda poder-se-ia alegar que sua obra refere-se a realidade francesa. Mas Mattoso e Machado são autores nacionais, que tratam da realidade brasileira e, mesmo assim, trazem argumentações e realidade opostas. Mattoso trata de forma mais abrangente uma desordem do mundo do trabalho, apontando para uma diversidade de situações que decorrem disto. Já Machado traça um perfil especificamente da categoria médica, trazendo dados levantados a partir do estudo desta categoria. Além disto, justamente o que é trazido por Mattoso como causa do decrescente nível de sindicalização é proposto por Machado como causa do aumento deste nível: as tendências atuais do mundo do trabalho.

Parece, entretanto, que independente de qual posição estaria mais próxima da realidade encontrada no mundo do trabalho médico – se uma crescente ou decrescente sindicalização – o CFM tem funções e posicionamentos próprios com relação às organizações sindicais da categoria.

O fato de o CFM defender a corporação médica em relação ao seu mercado de trabalho sugere a possibilidade que, independente de as filiações sindicais serem crescentes ou decrescentes, este tipo de representação profissional está em declínio. O CFM, por sua vez, tendo filiação obrigatória, com a totalidade da corporação vinculada a ele, independente da vontade ou da concordância que se possa ter com relação às suas causas, assume de maneira um tanto paternalista o papel de órgão classista frente ao mercado. De certa forma, o CFM se ergue como substituto das reivindicações e defesas que seriam, tradicionalmente, erguidas por organizações sindicais. Porém, utiliza para isso uma argumentação ética que lhe é própria.

Essa linha de análise converge para o ponto de vista de Mattoso, que propõe uma postura defensiva das organizações profissionais. A luta pelas condições de trabalho e remuneração feita pelo CFM é relativamente despolitizada em relação à tradicional luta sindical: tenta levar suas argumentações para um fórum especializado, ético e técnico, o que se daria, outrora, no âmbito mais público da sociedade civil.

Além desta diferença que pode ser apontada entre a defesa corporativa clássica dos sindicatos e a erguida pelo CFM em nome do exercício ético da medicina, um outro aspecto pode ser destacado. As organizações sindicais se estruturam em torno de uma participação direta dos seus filiados: suas decisões e deliberações passam pela aprovação dos membros da organização, através de assembleias, de debates, de votação. Já o CFM traz uma outra estruturação: seu corpo deliberativo é indiretamente eleito pela corporação; as decisões são tomadas sem consulta direta à ela; não há fórum de debates ou votações para tomada de decisões. Nas organizações sindicais o poder é delegado aos membros da categoria; no CFM o poder é exercido em nome destes membros. É como se o CFM afirmasse: “todo poder emana da corporação e *em seu nome* será exercido”, enquanto que, as organizações sindicais estariam mais de acordo com a afirmação: “todo poder emana da corporação e *por ela* será exercido”.

Esse quadro de coisas, tanto sob a perspectiva de Dejours e de Mattoso, como a de Machado, apontam para grandes transformações estruturais no mundo do trabalho, que irão gerar uma nova conformação do trabalho e das organizações trabalhistas. Sob este impacto o CFM, como instância de filiação obrigatória e como órgão máximo de legalização e legitimação das práticas, vê-se diante da imperiosa necessidade de construir reivindicações trabalhistas, de garantir mercado e condições de trabalho para os profissionais médicos, criando mecanismos de proteção para a categoria diante destas transformações estruturais do trabalho.

#### 6.4 – O MÉDICO DO CFM

O CFM desenha um determinado perfil de médico, condizente tanto com o corpo de valores e atributos que defende, como com o projeto profissional que constrói. O médico ideal do CFM é um profissional inserido no sistema de valores da profissão médica. Este sistema de valores profissionais, tal como é definido pelo CFM, depende diretamente de uma formulação ideal das políticas de saúde, que dê respaldo ao profissional e à seus valores.

A autonomia profissional é, provavelmente, a maior inspiração para a defesa da corporação que o CFM constrói. E, como Machado enfatiza, a heterogeneidade da corporação médica é uma das grandes ameaças à autonomia profissional. Se a corporação médica adota condutas e posturas diferentes, heterogêneas, variando de acordo com sua área de especialidade, a autonomia profissional pode torna-se sinônimo de soberania profissional. Isso porque a autonomia refere-se ao poder de um grupo de organizar-se e administrar-se por si próprio, mas dentro de certas condições e obedecendo certos princípios (Lalande, 1993).

O Conselho Federal de Medicina procura homogeneizar a corporação médica de diversas maneiras. A mais clara delas é a própria formulação e implementação de um código de ética, que constitui, em última instância, um manual de boas maneiras, tanto com relação aos pacientes, como com relação aos demais profissionais. A submissão a um mesmo conjunto de normas e regras faz com que os médicos, ao menos sob o estatuto desta legislação, sejam todos iguais. Ou seja, “todos são iguais perante a lei”, regra que vale também com relação ao código de ética.

Mas, além dessa homogeneização via código de ética, o CFM vai criar uma série de mecanismos que objetivam esse mesmo fim. Ao propor-se a organizar campanhas de saúde com o intuito de conscientizar o profissional, ao se propor a esclarecer, informar e influenciar a corporação, o CFM está aspirando que essa homogeneidade seja dada a partir de suas posições e proposições. O CFM quer-se hegemônico diante da corporação médica, sendo essa hegemonia mais facilmente alcançada se consegue homogeneizá-la a partir de suas definições.

Esse médico ideal detém o monopólio, tanto das práticas como dos saberes, sendo porém determinado pelo CFM quais práticas e que saberes são legitimamente e legalmente médicos. Ou seja, o médico detém o monopólio daquilo que o CFM

considera como sendo da competência médica. Saberes e práticas consideradas ilícitas e fora do campo da medicina estão excluídas das alternativas profissionais dos médicos, não fazendo parte do corpo de aspectos que merecem uma defesa monopolística.

O médico do CFM é constantemente ameaçado pela mercantilização da saúde, pelas políticas implementadas pelos governos, pelo sistema privado de saúde. E, para que sejam mantidos seus valores e seu perfil como profissional que exerce sua atividade com dignidade, ética e profissionalismo, é imperativo rechaçar essas ameaças, visto que vão de encontro aos interesses que o CFM defende como sendo da corporação médica.

Outra característica do médico do CFM é a sua predominante prática exercida em um modelo hospitalocêntrico, o que é visto como um modelo negativo, sendo necessária a iniciativa de criação de modelos alternativos a este, privilegiando outros aspectos da assistência, como a prevenção. Mas, em contradição com esta proposta, o CFM reivindica a formação médica baseada exatamente no modelo hospitalocêntrico, na medida em que denuncia a existência de escolas de formação que não possuem um hospital escola. Ou seja, o médico do CFM deve ser formado em um modelo centrado no hospital-escola, mas deve exercer uma prática que não privilegia a assistência hospitalar.

Há uma multiplicidade de funções que o Conselho Federal de Medicina atribui como características do médico. Além de ser um profissional com autonomia, defensor dos direitos monopolísticos de sua profissão, com orientação científica e para a coletividade, este médico tem atribuições sociais, políticas, éticas, além das científicas e corporativistas. É definido pelo CFM como dotado de uma superioridade, consequência do papel que exerce diante da coletividade. Presença constante e indispensável na vida dos seres humanos, o Conselho espera deste profissional uma atuação não apenas digna, ética e profissional, mas de tal forma ampla e múltipla que corre-se o risco de perder de vista suas atribuições e funções mais primordiais. Se ao médico cabe, não apenas o cuidado à saúde dos indivíduos, mas também influenciar o cotidiano destes sujeitos, ter uma atuação política e social, ser extremamente dedicado à profissão, ter habilidade e atitudes diante da complexidade do ser humano, valorizando seus aspectos biológicos, sociais e políticos, pode ser que esse médico não tenha um perfil profissional, mas um estatuto de “super-homem”.

A única definição encontrada nos artigos analisados a respeito da Medicina, a propõe como a mais bela e humanística das profissões. Este é um posicionamento

contraditório do CFM, se considerarmos que beleza remete à estética, à arte e, ao menos nas publicações analisadas, não figura a referência à medicina enquanto arte. Além disto, a definição da medicina enquanto profissão humanística remete ao ideal de serviço, à medicina enquanto profissão orientada para a coletividade, o que não é um dos argumentos mais fortes do CFM. Na verdade, a orientação para a coletividade serve, via de regra, como ponto de sustentação para a ação corporativa do CFM. Pode-se, então, afirmar que para o CFM, a medicina é uma profissão bela e humanística, sendo exercida por uma corporação que deve ser dotada de características e funções múltiplas, mas que muito pouco contemplam essa definição dada à sua profissão.

A partir da análise aqui construída, é possível definir o médico defendido pelo Conselho Federal de Medicina como um profissional autônomo, porém assalariado, detentor do monopólio dos saberes e práticas da sua profissão, com formação predominantemente científica, sendo seus conhecimentos esotéricos. Esses conhecimentos e a prática profissional deste médico estão estreitamente vinculados ao preceito do Conselho Federal de Medicina.

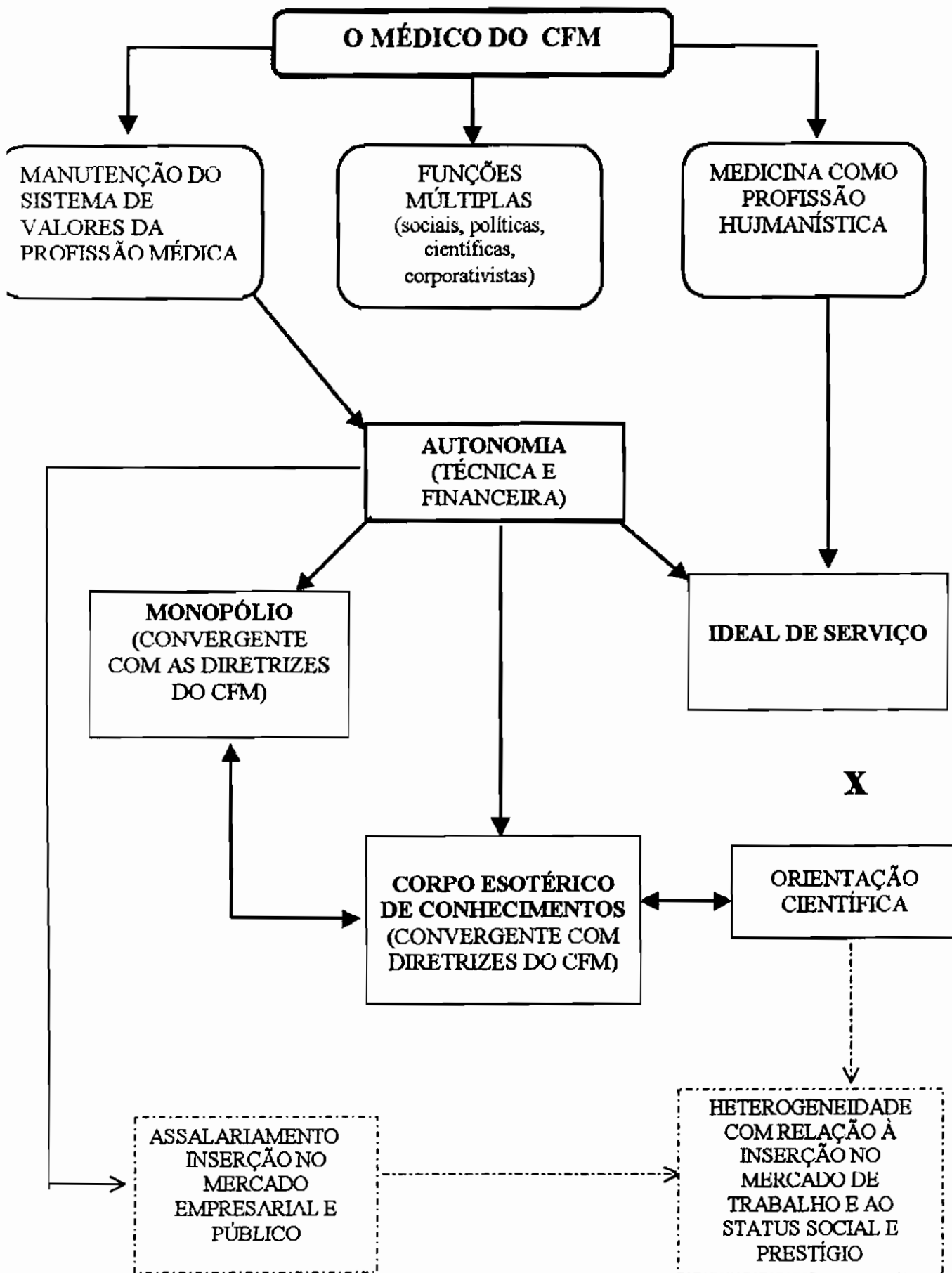
Há, assim definições que tomam como ponto de sustentação o modelo de cientificidade, enfatizando o médico como profissional orientado para a cientificidade; outras que se sustentam nos antigos pressupostos de medicina enquanto arte ou sacerdócio e uma terceira fonte de argumentação, que reside na medicina enquanto prática social e orientada para a coletividade. Os discursos coexistem, se entrecruzam, organizando-se em uma rede complexa de pressupostos e definições de papéis e funções para este profissional.

Na verdade, saberes e definições contemporâneas e “de última geração”, parecem conviver harmoniosamente com as mais antigas e eruditas concepções acerca da medicina e de seu praticante. E, se há a possibilidade do uso “oportunistico” de definições, pressupostos, argumentações distintos a partir dos objetivos que se tem, do que se quer defender, podemos neste ponto vislumbrar a utilização deste artifício em diversos momentos nas argumentações do Conselho Federal de Medicina.

Assim, o médico do CFM é utópico, possível nas construções discursivas do Conselho Federal de Medicina, em suas deliberações e idealizações. A questão que nasce desta constatação é que médico encontramos no cotidiano das práticas de saúde, que funções ele desempenha, que interesses ele traz.



## ESQUEMA 2



## ***Considerações Finais***

---

Não foi surpresa a constatação de que a grande diretriz que rege o Conselho Federal de Medicina é a defesa do exercício ético da medicina. Isso era, até certo ponto, esperado. Mas, algumas das argumentações que o CFM traz para concretizar esta sua maior atribuição merecem destaque:

- admite o assalariamento da corporação médica como fato, construindo sua defesa a partir desta realidade do mercado de trabalho. Logo não há um saudosismo, mas uma adequação das reivindicações a essa realidade.
- Os interesses defendidos da corporação médica giram em torno do sistema de valores e atributos da profissão médica, além de um grande enfoque nas reivindicações salariais.
- A ética e a prática médica não figuram como prioridade nos artigos analisados, havendo um predomínio das discussões políticas e científicas; isto pode ser interpretado como subordinação da ética e do exercício profissional às questões políticas e à formação científica.
- As maiores ameaças à corporação médica residem na política implementada pelo governo (especialmente o Federal), que prioriza às razões econômicas, o sistema privado, favorecendo o desmonte do serviço público e a precarização do exercício da medicina.

Nestes pontos pode-se perceber que o CFM pretende, explicitamente, ultrapassar as fronteiras de suas obrigações formais e, assim, tomar como missão ser órgão reivindicador a substituir, em outros moldes a atividade sindical. Em outras palavras, pode-se levantar a hipótese de o CFM pretender superar o papel das organizações sindicais, erguendo uma defesa da classe médica. Esta defesa, porém, se constrói com argumentações distintas das feitas pelos sindicatos. O CFM basicamente defende a corporação médica sob a égide da defesa do exercício ético, digno e profissional da medicina, afastando-se das clássicas argumentações dos sindicatos, mais centradas na organização de classe da corporação.

Porém, mais que qualquer outra coisa, chego ao final deste percurso com muito mais questionamentos que certezas. Se, de início, questionava que médico o Conselho Federal de Medicina trazia como ideal, neste momento questiono quais os interesses e

expectativas deste profissional. É possível recortar interesses comuns a todos os membros da corporação médica ou, ao contrário, esta corporação conforma-se como fragmentada e heterogênea, não sendo possível identificar tais atributos? É esta defesa, com estes argumentos e princípios que traz o CFM, que a corporação médica aspira? Estes são os interesses e a posição dos profissionais que praticam a medicina? Em outras palavras, há uma convergência entre a posição do Conselho Federal de Medicina e a dos que praticam quotidianamente a medicina?

Um outro questionamento decorrente deste estudo refere-se a relação estabelecida entre as diferentes formas de representação profissional da medicina. Há uma relação entre elas? Se positivo, esta relação é de convergência ou divergência? Há uma heterogeneidade entre as diversas associações profissionais, cada uma defendendo interesses distintos e tomando-os como sendo “os” interesses da corporação médica?

Como apontado, o Conselho Federal de Medicina traz explicitamente uma tentativa de criar homogeneidade entre os membros da corporação médica. Para tal, busca informar, esclarecer e influenciar o grupo, na expectativa de criar um corpo consensual de princípios, valores e diretrizes. Ao empreender esta busca, está em última instância visando criar uma identidade profissional, sendo esta identidade fundada a partir do próprio CFM. Porém, além desta criação de consenso e identidade profissional, o CFM busca criar uma hegemonia intra-corporação, onde seus princípios e diretrizes seriam tomados como mais válidos e verdadeiros.

É interessante apontar que o CFM, na sua tentativa de homogeneizar a corporação médica, traz argumentos heterogêneos. Homogeneiza através da informação científica, da conscientização dos profissionais acerca dos grandes problemas de saúde da população, do código de ética, do sistema de valores da profissão médica. Define a medicina como profissão humanitária, apontando para a importância da orientação para a coletividade; mas, ao mesmo tempo, faz uso da coletividade para construir argumentos de defesa para a corporação. Sustenta o status e prestígio social do profissional médico com argumentos distantes do “social” e próximos à obtenção de vantagens profissionais – remuneração digna, inserção em um sistema que valorize e respeite a autonomia profissional.

Como organismo disciplinador e julgador da conduta ética e das práticas profissionais, como detentor do poder de normatização e legitimação destas práticas, é evidente a submissão dos profissionais à estes princípios e diretrizes. Mas o Conselho

Federal de Medicina parece visar a extrapolação desta submissão obrigatória de seus profissionais, procurando subsidiar sua hegemonia, não a partir de regras e normas impostas, mas a partir da defesa de interesses que ultrapassam a ética e a prática.

Assim, o exercício digno, ético e profissional da medicina, princípio maior assumido pelo Conselho Federal de Medicina, encontra pontos de sustentação múltiplos, que oscilam desde a manutenção do corpo de valores da profissão médica, até a reafirmação de suas crenças dogmáticas; mas, ao final das contas, a dignidade é dada pela remuneração profissional condizente com o status e a importância da profissão médica; a ética é subordinada a outros fatores, como o debate político e a informação técnico-científica; o exercício profissional está vinculado ao atendimento das reivindicações de um sistema de saúde convergente com as proposições do CFM.

Segundo os ditames do CFM, o sistema de valores da profissão médica não está em risco de ruptura, mas suas fontes de argumentação tem se modificado. A autonomia profissional, outrora sinônimo de liberalismo, é agora defendida a partir da nova realidade do mundo do trabalho médico: o assalariamento e a inserção profissional no mercado de trabalho empresarial ou público. O monopólio de práticas e saberes é convergente com as determinações e prerrogativas do CFM, que tende a privilegiar uma orientação científica. O mesmo se dá com a aquisição do corpo esotérico de conhecimentos, com forte tendência cientificista e que reforça e é reforçado pelo posicionamento do Conselho Federal de Medicina. Por fim, o ideal de serviço, dentro das argumentações do CFM, configura como um valor “fraco”, porém fundamental como sustentação dos demais valores da corporação médica.

Podemos interpretar que, a partir das argumentações do CFM, há uma relação intrincada entre os valores da profissão e também entre as missões do CFM. Mas, ao final, ambos servem para a defesa dos interesses da corporação. Além disso, para o CFM, os interesses da corporação residem exatamente sobre a manutenção do sistema de valores da profissão.

Recorte-se que a autonomia apresenta-se como um dos “carros chefes” da defesa da corporação que o CFM ergue. E sendo o corporativismo central para a autonomia é de se esperar que as associações profissionais sejam suas maiores defensoras – tanto da autonomia quanto do corporativismo. Daí ser “natural” a defesa da autonomia como valor primordial para a profissão médica, assim como o incentivo a uma atitude corporativista entre os profissionais. Porém, este conseqüente incentivo ao

corporativismo a partir da defesa da autonomia não aparece nos discursos do CFM. Aliás, a atitude corporativista, se por um lado é bastante incentivada pelo Código de Ética Médica, por outro lado não figura dentre as argumentações do CFM. Talvez a causa subjacente a esse “desaparecimento” do corporativismo resida na busca do CFM por uma hegemonia dada, em parte, pelo consenso grupal em torno de suas argumentações. Assim, se todo o grupo tem uma atitude convergente com relação a seus princípios, pressupostos e determinações, o corporativismo seria uma consequência implícita disto.

O CFM traz para si a função de punir o mau o mau médico, a medicina mercenária e o sistema de saúde mercantilista. Os dois últimos perpassam todo o discurso do CFM, que tece uma feroz crítica mercantilização da saúde, a predominância da lógica econômica regendo a saúde. A referência ao mau médico, a possibilidade da má prática da medicina exercida pelo profissional, desaparece das argumentações do CFM. Só há mau exercício da medicina em decorrência de fatores extrínsecos à corporação médica; o médico por si não é responsável pela má prática, mas é levado a ela pela falta de condições necessárias ao exercício profissional.

Com relação às modificações que tem ocorrido tanto no mundo do trabalho quanto no sistema de prestação de serviços médicos, percebemos que o Conselho Federal de Medicina, estando também inserido neste contexto de grandes transformações, apresenta predominantemente um discurso que tende a preservar o mercado de trabalho do médico e um sistema de saúde que privilegie tanto sua remuneração quanto as boas condições necessárias ao seu exercício profissional. Em alguns poucos momentos parece arriscar uma tentativa de adequar os interesses profissionais dos médicos às novas formas de mercado e de sistema de saúde que surgem.

Decorrente desta constatação, surge uma outra espécie de questionamento. Estamos em meio a uma crise do sistema de saúde, crise esta que é referida por Mendes (1996) à ineficiência, ineficácia, a iniquidade e a insatisfação da opinião pública e que demanda reformas nos sistemas de saúde e uma nova agenda que dê conta destas dimensões. A questão que surge, então, é até que ponto as reformas e as “agendas” contemplem os interesses profissionais dos “executores” da saúde. Privilegia-se usuários, prestadores (enquanto instituições), gestores e financiadores nas formulações de reformas e agendas para a saúde. Fala-se em gastos, em impacto nos padrões de

saúde da população, em distribuição de recursos, em universalidade. Mas até que ponto o profissional que ocupa uma das pontas deste processo – a outra sendo ocupada pelos usuários do sistema de saúde – são ouvidos e considerados por planejadores e gestores? Não seriam os médicos considerados como executores dos planejamentos traçados, muitas vezes à revelia de sua realidade?

Não tenho, neste momento, respostas conclusivas a estas questões que, surgiram a partir do recorte dado à defesa que o Conselho Federal de Medicina traz com relação à corporação médica. Na realidade, esta é uma defesa que denuncia, implicitamente, a exclusão do projeto profissional da medicina – ao menos do seu projeto – nas importantes decisões que são tomadas com relação à saúde da população.

O que o CFM parece defender é que uma outra lógica deveria ser considerada na organização dos sistema de saúde. Uma lógica que considere não apenas questões econômicas, mas principalmente o profissional que põe este sistema em movimento; uma lógica que, ao privilegiar o usuário, considere a importância de valorizar o profissional que o atende como meio de atingir esse objetivo; enfim, uma lógica que considere a manutenção dos valores primordiais da corporação médica como importante instrumento na formulação de políticas de saúde mais eficazes, eficientes, equitativos e que satisfaçam a opinião pública.

É bem provável que esta postura do CFM não reflita fielmente a posição dos indivíduos que compõe a categoria médica, sendo, antes, uma vertente dos possíveis interesses deles. Mas aponta para essa outra lógica, talvez relevante para pensar novas saídas para os problemas da saúde. Talvez a solução não resida única e exclusivamente na defesa que o CFM ergue da corporação, possivelmente uma posição unilateral, que visa a hegemonia de seu discurso e a homogeneidade da corporação a partir de seus preceitos; mas talvez seja preciso

*“recuperar a vontade dos indivíduos, grupos e coletividades, de maneira a compor-se uma massa crítica apta a construir projetos novos. Projetos críticos e alternativos ao senso comum, ao niilismo e à mixórdia neoliberal, as três modalidades de discurso atualmente dominantes” (Campos, 1994:29)*

Talvez seja fundamental, na busca de melhores condições de saúde das populações, reduzir a distância entre os altos escalões que comandam, planejam e dirigem os sistemas de saúde e os executantes das ações e serviços. Neste ponto surge

novamente a questão de se considerar até que ponto o exercício cotidiano das práticas médicas se identifica com as diretrizes traçadas por planejadores e dirigentes? Os médicos não figurariam, nas tentativas de transformação dos sistemas de saúde, mais como agentes passivos dela do que como sujeitos capazes de contribuir ativamente neste processo?

Ou seja, para que transformações se façam presentes nos sistemas de saúde, não apenas como projetos e ideologias, mas como possibilidades reais de melhorias nos sistemas de saúde, é preciso trazer ao diálogo, além de especialistas, os maiores envolvidos diretamente com esta problemática: pacientes e médicos. É preciso considerar o cotidiano das práticas de saúde.

## ***Fontes Bibliográficas Primárias***

---

1. **MEDICINA. Brasília : Conselho Federal de Medicina, v.10, n.77, jan. 1997.**
2. **MEDICINA. Brasília : Conselho Federal de Medicina, v.10, n.78, fev. 1997.**
3. **MEDICINA. Brasília : Conselho Federal de Medicina, v.10, n.79, mar. 1997.**
4. **MEDICINA. Brasília : Conselho Federal de Medicina, v.10, n.80, abr. 1997.**
5. **MEDICINA. Brasília : Conselho Federal de Medicina, v.10, n.81, mai. 1997.**
6. **MEDICINA. Brasília : Conselho Federal de Medicina, v.10, n.82, jun. 1997.**
7. **MEDICINA. Brasília : Conselho Federal de Medicina, v.10, n.83, jul. 1997.**
8. **MEDICINA. Brasília : Conselho Federal de Medicina, v.10, n.84, ago. 1997.**
9. **MEDICINA. Brasília : Conselho Federal de Medicina, v.10, n.85, set. 1997 .**
10. **MEDICINA. Brasília : Conselho Federal de Medicina, v.10, n.86, out. 1997.**
11. **MEDICINA. Brasília : Conselho Federal de Medicina, v.10, n.87, nov. 1997.**
12. **MEDICINA. Brasília : Conselho Federal de Medicina, v.10, n.88, dez. 1997.**



## ***Referências Bibliográficas***

---

- BALINT, Michael. **O Médico, Seu Paciente e a Doença.** São Paulo: Livraria Atheneu, 1988. 421 p.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977. 232p.
- BERLINGUER, Giovanni. **A Doença.** São Paulo: Editora HUCITEC, 1988. 150 p. (Saúde em Debate)
- GIOVANNI Berlinguer. **Questões de Vida – Ética, Ciência e Saúde.** Londrina: APCE-HUCITEC-CEBES, 1993. 218p. (Saúde em Debate, 57)
- BOUDON R. & BOURRICAUD, F. **Dicionário Básico de Sociologia.** São Paulo: Editora Ática, 1993. 218 p.
- BUENO, F.S. **Dicionário da Língua Portuguesa.** São Paulo: Edições Fortaleza, 1972.
- CAMARGO Jr, K. R. **Paradigmas, Ciência e Saber Médico.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992.16 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 22)
- CAMARGO, Jr. K .R. **As Ciências das AIDS & A AIDS das Ciências.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. Parte I, p. 17-48
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Os Médicos e a Política de Saúde – Entre a Estatização e o Empresariamento: A defesa da Prática Liberal da Medicina.** São Paulo: HUCITEC, 1988. 215p.
- CECIL, R. e LOEB, R. **Tratado de Medicina Interna.** 14ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Interamericana, 1977. Parte I, p. 1-18: A Natureza da Medicina
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994. 334p. (Saúde em Debate , 73)

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.  
**Código de ética médica : Legislação dos Conselhos de Medicina.** Rio de Janeiro:  
CREMERJ, 1988. 36p.

COELHO, Edmundo Coelho. **Físicos, Sectários e Charlatães: a Medicina em  
Perspectiva Histórico-Comparada.** In: MACHADO, MH (org.) **Profissões de  
Saúde: Uma Abordagem Sociológica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ 1995. p.  
35-62

DEJOURS, Christophe. **A Banalização da Injustiça Social.** Rio de Janeiro: Editora  
Fundação Getúlio Vargas, 1999. 160p.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Medicina e Sociedade: o Médico e seu  
Mercado de Trabalho.** São Paulo: Pioneira, 1975. Cap. III , p. 125-170: Profissão  
Médica e Mercado de Trabalho, Ideologias Ocupacionais.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.**  
Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

FREIDSON, Eliot. **Profession of Medicine – A Study of the Sociology of Applied  
Knowledge.** Chicago: The University of Chicago Press, 1988. 419p.

FREIDSON, Eliot. **Professionalism Reborn: Theory, Profhncy and Policy.** Chicago:  
The University of Chicago Press, 1994. 238p.

FORRESTER, Vivianne. **O Horror Econômico.** São Paulo: Editora da Universidade  
Estadual Paulista, 1997. 155 p.

GARRAFA, Volnei. **Dimensão Ética em Saúde Pública.** São Paulo: Faculdade de  
Saúde Pública/USP, 1995. 72p. (AdSaúde Série Temática 4)

JAPIASSÚ, Hilton & MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia.** Rio  
de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1990.

- JEAMMET, P. , REYNAUD, M , CONSOLI, S. **Manual de Psicologia Médica.** São Paulo: Editora Masson do Brasil. [198-?] ]
- LALANDE, André. **Dicionário Técnico e Crítico de Filosofia.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- MACHADO, Maria Helena (coord.). **Profissões de Saúde: Uma Abordagem Sociológica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 226p.
- MACHADO, Maria Helena (coord.). **Os Médicos no Brasil: Um Retrato da Realidade.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 244p.
- MARINHO (1986), M.J. **Profissionalização e credenciamento: a política das profissões.** Rio de Janeiro: SENAI, 1986.
- MATTOS, Ruben Araújo. **Sobre a Investigação Racional: Uma Breve Nota de um Pesquisador Inquieto Nesses Tempos de Crise da Modernidade.** 1998. Mimeogr.
- MATTOSO, Jorge Eduardo Levi. **A desordem do Trabalho.** São Paulo: Editora Página Aberta, 1995. 212p.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda Para a Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1996. 300p. (Saúde em Debate, 88).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **NOB-SUS 01/96 – Versão Preliminar: Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- OLIVEIRA, Jane Araújo. **Uma Proposta Para Reflexão da Universidade sobre a Educação Médica no País.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.1-40, jan/abr, 1988.
- PEREIRA NETO, André de Faria. **Palavras, Intenções e Gestos: Os Interesses Profissionais da Elite Médica – Congresso Nacional dos Práticos (1922).** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1996. p.276

- PEREIRA NETO, André de Faria & ROCHA, Sérgio Luiz Alves da. **Além da Norma: Sobre Dois Códigos de Ética Médica Brasileiros (1931-1988).**(Saúde em Debate, 46)
- PLASTINO, Carlos Alberto. **Os Horizontes De Prometeu: Considerações Para Uma Crítica da Modernidade.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997. (Série Estudos Em Saúde Coletiva,141)
- REGO, Sérgio. **O Processo de Socialização Profissional na Medicina** In: MACHADO, Maria Helena. (org.). **Profissões de Saúde: Uma Abordagem Sociológica,** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. p. 119-132
- RIBEIRO, J.M. & SCHRAIBER L.B. **A Autonomia e o Trabalho em Medicina.** **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.190-199, 1994.
- RODRIGUES, Aroldo. **Psicologia Social.** Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1981. Cap. 9. p. 319-345: **Atração Interpessoal.**
- RODRIGUES, Aroldo. **Psicologia Social.** Rio de Janeiro : Editora Vozes, 1981. Cap. 10. p. 247-361: **Tendência à Associação com Outros.**
- SANTOS, Pedro Miguel. **Profissão Médica no Brasil.** In: MACHADO, Maria Helena. (org.). **Profissões de Saúde: Uma Abordagem Sociológica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. p. 97-117.
- SAYD, Janc Dutra. **Mediar, Medicar, Remediar: Aspectos da Terapêutica na Medicina Ocidental.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 196 p.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. **O Médico e seu Trabalho – Os Limites da Liberdade.** São Paulo: HUCITEC, 1993. 231p. (Saúde em Debate, 61).
- SCHRAIBER, Lilia Blima. **O Trabalho Médico: Questões acerca da autonomia Profissional.** **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 57-64, 1995.
- THE LANCET. v.342, n. 8879, p. 1063-1064, Oct. 1993. Editorial.