



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Sheila Pereira da Silva e Souza

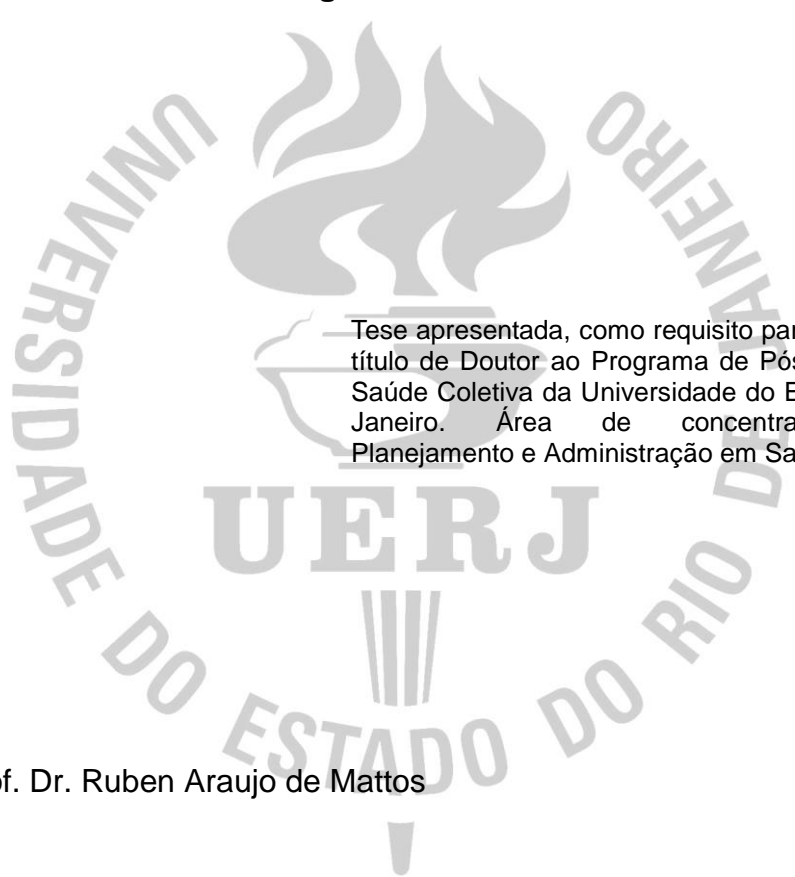
**Medicina tecnológica, cuidado e *business*: estudo sobre a prática
dos médicos oncologistas no Brasil**

Rio de Janeiro

2007

Sheila Pereira da Silva e Souza

Medicina tecnológica, cuidado e *business*: estudo sobre a prática dos médicos oncologistas no Brasil.



Tese apresentada, como requisito para a obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

S729 Souza, Sheila Pereira da Silva e.
Medicina tecnológica, cuidado e business: estudo sobre a
prática dos médicos oncologistas no Brasil / Sheila Pereira da Silva
e Souza. – 2007.
182f.
Orientador: Ruben Araújo de Mattos.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.
1. Medicina – Prática – Teses. 2. Tecnologia médica – Teses. 3.
Cuidados médicos – Teses. 4. Oncologia – Teses. I. Mattos, Ruben
Araújo de, 1957-. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.25

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Sheila Pereira da Silva e Souza

Medicina tecnológica, cuidado e business: estudo sobre a prática dos médicos oncologistas no Brasil

Tese apresentada, como requisito para a obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 25 de abril de 2007.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. André de Faria Pereira Neto
Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Prof.^a Dra. Célia Regina Pierantoni
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro
Universidade Estácio de Sá – UES

Prof.^a Dra. Jane Dutra Sayd
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2007

DEDICATÓRIA

Peço licença aos meus filhos Tiago e Carolina para dedicar este trabalho ao meu neto Tiago, que acabou de chegar, e aos outros netos que ainda virão.

Os netos nos mostram a concreta passagem do tempo, mas renovam nossas esperanças de um mundo melhor para se viver.

AGRADECIMENTOS

Mais do que agradecer, gostaria de compartilhar este momento com pessoas que construíram este percurso comigo.

Ao meu orientador Ruben Mattos pela paciência e sabedoria.

A prof.^a Jane Sayd, por me socorrer aos quarenta e cinco minutos do segundo tempo.

Às amigas Tânia Chalhub, Lúcia Bulcão e Valéria Romano, pelo incentivo e amizade.

À Dra. Inez Gadelha, que me ensinou os caminhos da oncologia.

À Maria Teresa Fortes, que me auxiliou no acesso aos médicos entrevistados.

Ao Dr. César Lasmar, que incentivou e possibilitou o término desse trabalho.

Aos médicos entrevistados, que são a alma dessa tese.

Ao meu filho Tiago que sempre me socorre quando preciso.

À minha filha Carolina, pelo carinho e compreensão a mim dedicados.

Agradecimento especial:

A Flávio Augusto, eterno companheiro de todas as vidas.

RESUMO

SOUZA, Sheila Pereira da Silva. *Medicina tecnológica, cuidado e business: estudo sobre a prática dos médicos oncologistas no Brasil*. 2007. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Esta tese consiste em um estudo sobre o trabalho e a prática médica observados a partir do “tipo ideal” Werberiano da medicina tecnológica qual seja: a prática médica especializada, equipada e fragmentada, que começou a ser exercida no Brasil a partir nos anos sessenta. Elegemos para esse estudo médicos oncologistas clínicos inseridos em serviços públicos e privados de saúde. A eleição dos oncologistas clínicos se deu pelo reconhecimento da oncologia como uma prática muito especializada e amparada por equipamentos e procedimentos que se fortaleceu no Brasil na década de sessenta. Pretendeu-se compreender as singularidades dessa prática focalizando a formação, o tipo de *cuidado* ofertado aos pacientes, a inserção dos médicos no mercado público e privado e a relação entre eles. Inicia-se com uma abordagem geral da prática médica baseada no saber sobre as doenças, no processo histórico e cultural da apreensão desta prática e suas repercussões na sociedade e no mercado de trabalho. Em seguida apresentamos uma revisão sumária da trajetória da oncologia no Brasil, a representação social do câncer, as políticas de saúde da área e a relação entre os médicos, o estado e a sociedade nesse campo. Esse conjunto foi caracterizado como Projeto Médico Oncológico. Utilizou-se, no trabalho de campo, a pesquisa qualitativa e empregou-se como técnica entrevistas com seis profissionais médicos oncologistas que trabalham no Instituto Nacional do Câncer e no setor privado de saúde. Foi realizada uma entrevista piloto visando apresentar na íntegra os temas abordados nas demais entrevistas. A partir do olhar e das reflexões dos médicos são apresentadas quatro categorias para discussão e considerações. Finalizando o estudo apresenta através das categorias obtidas no trabalho de campo uma problematização do modelo idealizado na medicina tecnológica.

Palavras-chave: médicos; medicina-tecnológica; oncologia; cuidado; prática médica; política de saúde.

ABSTRACT

SOUZA, Sheila Pereira da Silva. *Technological medicine, care and business: a study on the practice of medical oncologists in Brazil*. 2007. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

This thesis consists of a research on the medical work and practice, based on Weber's "ideal type" of technological medicine, of the specialized medical practice, equipped and fragmented, that started in Brazil in the 1960's. We selected for this research clinical oncologists working in public and private health services. The choice for clinical oncologists was due to the recognition of oncology as a highly specialized, equipment and protocol-driven practice that grew stronger in Brazil during the 1960's. We attempted to comprehend the particularities of this practice, focusing on education the type of *care* that was given to patients, the placement of doctors in the public and private sectors and their connection. It begins with an overview of the medical practice based on knowledge of diseases, on the historical and cultural process of learning the practice and its repercussions on society and on the job market. Following, we present a summary of the history of Oncology in Brazil, the social significance of cancer, the health policies for that area and the relationship between doctors, the State and society in that field. This section was named "Medical Oncological Project". During fieldwork, we used quality assessment through interviews with six oncologists that worked both in the Instituto Nacional do Câncer (National Institute for Cancer) and in the private health sector. We conducted a pilot interview in order to fully present the topics that would be brought up in the interviews that followed. Based on the doctors' points of view and thoughts, we present four categories for discussion and comments. In closing the research, we present a problematic consideration of the ideal model for technological medicine based on the categories obtained from the fieldwork.

Keywords: doctors; high technology medicine; oncology; health care; medical practice; health policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIFICC	Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CEME	Central de Medicamentos
DNA	Desoxyribonucleic Acid [ácido desoxirribonucleico]
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MPAS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
Rx	raio x
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	9
1.1	Falando de médico para médico	12
2	CONSTRUINDO UMA NOVA INVESTIGAÇÃO	15
2.1	Subsídio: a dissertação de mestrado	15
2.2	O novo desafio	16
3	PRATICANDO OS CONCEITOS	18
3.1	Uma médica visitando a sociologia?	18
3.2	Problemas teóricos e práticos da metodologia	22
3.3	Sobre o perfil dos médicos entrevistados	26
4	MÉDICOS: PROFISSÃO E PRÁTICA	36
4.1	O mundo do trabalho médico	36
4.2	Praticar a medicina	42
5	PROJETO MÉDICO ONCOLÓGICO	46
5.1	A representação do câncer	46
5.2	As políticas de saúde para o câncer, engrenagem médico x estado x ligas	50
6	COM A PALAVRA: OS ONCOLOGISTAS CLÍNICOS	59
6.1	Entrevista piloto	60
6.1.1	<u>Médico cuidador: “Ajudar a pessoa a passar... pela doença”</u>	68

6.1.2	<u>Médico empreendedor: “o sistema não é o ideal, mas...”</u>	89
6.1.3	<u>Médico especialista: “Quem fica olhando raio X de osso é velhinho, né?”</u>	113
6.1.4	<u>Médico Servidor Público ? “imagina mudar isso tudo se não tem alguém que queira”</u>	131
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	145

1 APRESENTAÇÃO

Este projeto se configura como desdobramento do nosso primeiro estudo sobre a inserção do médico no serviço público de saúde. Pretendeu-se focalizar a construção da prática médica na medicina tecnológica. Tomamos como base a definição de **medicina tecnológica** utilizada por Schraiber (1997) *“designação que adotei para referir a prática especializada e equipada, que vem sendo exercida no Brasil a partir dos anos 60.”*

Esse eixo de mudança na medicina não se estrutura, mormente, na base liberal. Ele se compõe centralmente na base tecnológica trazendo como conseqüências restrições ao tipo liberal, mas tendo seu maior impacto no significado para o médico da sua prática.

Na perspectiva do tipo ideal de medicina tecnológica espera-se que a imagem da medicina esteja centrada na suposta cientificidade, na incorporação das tecnologias, no uso das tecnologias sejam elas através de equipamentos ou medicamentos de última geração; esses elementos, por si só, poderão negar a relação com o outro, fazendo parecer que a preocupação do cuidado com a pessoa não pertence mais ao horizonte temático. A idéia de um modelo tecnológico, implicitamente, pressupõe também que o aumento da organização tecnológica diminua o espaço do mercado de trabalho.

Desse ponto de partida, com o objetivo de conhecer médicos da medicina tecnológica, elegemos os oncologistas clínicos para esse estudo. Reconhecemos que os médicos oncologistas realizam sua prática – trabalho médico no social – de

forma muito especializada e que exercem suas atividades amparados por equipamentos e por medicamentos utilizados especificamente pela especialidade.

No trabalho anterior – dissertação de mestrado – nosso objeto de estudo havia sido a prática dos médicos que trabalhavam no Programa Saúde da Família. Naquele feito, observamos que a construção da carreira médica individual é de grande importância no que tange à maior compreensão sobre a forma como a categoria médica trafega pelo mundo profissional e pelos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados.

No mestrado, vimos os caminhos que cada profissional acaba por tomar, as escolhas feitas ao longo da carreira, os rumos dos projetos profissionais individuais, o tipo de profissional que se produz e o tipo de cuidado que ele oferta ao seu paciente. Vimos, também, como esta forma de ser e de atuar se reflete no serviço público de saúde.

Nesse segundo trabalho, pretendemos compreender a prática médica oncológica a partir, tal e qual no primeiro estudo, dos médicos oncologistas. Conhecer suas interfaces com o serviço público e os privados, bem como suas motivações e dificuldades na carreira da medicina tecnológica. O primeiro e o segundo estudos apresentam singularidades da prática médica, singularidades relativas às práticas estruturadas e reestruturadas no mundo médico. Não se objetivou aqui correlacionar carreiras médicas, especialidades médicas ou técnicas médicas. Nosso objetivo não é o de comparar, e sim, contrastar valores médicos, práticas médicas e a ingerência dos processos técnicos e políticos nas escolhas dos médicos entrevistados, tendo como fio condutor a medicina tecnológica.

Observamos que se pouco há em comum entre as duas formas de se praticar a medicina, muito há em comum nos processos políticos que as sustentam; embora essa sustentabilidade se manifeste nos contrastes entre as políticas. Conquanto não se apresente no corpo da tese, de forma a integrá-la como capítulo, o primeiro estudo está interligado ao pensamento que nos levou a este segundo, portanto, seria impossível que o primeiro estudo não se revelasse algumas vezes, principalmente objetivando perceber as construções subjetivas de cada grupo sobre seu trabalho.

No presente estudo, tanto quanto no primeiro, trabalhamos com entrevistas abertas tendo como tópico principal as motivações profissionais para a escolha da oncologia clínica como especialização. Reafirmamos que essa tese não tem como eixo o campo de estudos sobre as especialidades médicas. O objeto foi o médico oncologista e sua prática, no âmbito da medicina “armada” e especializada. Foram abordadas questões referentes à formação na área responsável pelo desenho que essa prática hoje possui. Historiou-se também a oncologia como área do trabalho médico. Julgamos oportuno referenciar o câncer e os aspectos sociológicos relacionados a ele, uma vez que, por ser dotado de forte estigma, interfere diretamente na abordagem médica.

Em síntese, esse trabalho partiu da premissa que a medicina tecnológica pressupõe uma prática cada vez mais especializada e equipada e que os médicos oncologistas constituem um exemplo dessa medicina, que chamaremos de biomedicina radicalmente desenvolvida. Objetivou, de forma geral, conhecer e refletir sobre os valores que permeiam a produção e a reprodução da prática médica oncológica assim constituída. Procurou perceber as tensões e adaptações cotidianas desses médicos. Buscou caracterizar a estrutura do campo da saúde que

permitiu a conformação desta área da medicina e que tipo de cuidado ele produz. Objetivou, também, viabilizar um contraste pontual com a prática médica no PSF.

De forma específica, o trabalho identificou os principais elementos que influenciam esta prática, buscando relacioná-los com os contextos históricos, educacionais e sociais vigentes e as combinações técnico-políticas que permitiram a construção dessa prática. Ponderou, também, se a prática médica oncológica incorpora, além da biotecnologia, compromissos com os desafios da saúde pública na área.

1.1 Falando de médico para médico

Antes de entrarmos no núcleo do trabalho, à guisa de facilitar o entendimento do leitor sobre **o lugar de onde falamos**, pensamos ser pertinente pormenorizar e explicitar nossas motivações para estudar a categoria médica.

Nosso interesse pela categoria médica como objeto de investigação e pesquisa surgiu **antes** do estudo com os médicos que trabalham na atenção básica em saúde (primeiro estudo realizado no mestrado sobre os médicos do Programa Saúde da Família). Ele surgiu quando me formei em medicina.

Durante os primeiros dez anos de formada trabalhei em hospitais públicos. Embora não atuasse diretamente em saúde pública, algo me impedia de transitar entre o mundo do serviço público e do privado tal e qual meus colegas de profissão. Talvez o movimento dos médicos residentes tenha sido um dos responsáveis pela minha implacável e teimosa admiração pelo serviço público de saúde. Em que

pesem algumas divergências, o que buscávamos naquela época é o que queremos ainda hoje, ou seja, um serviço com salários dignos, com as pessoas bem assistidas e satisfeitas e profissionais comprometidos em exercer bem a sua profissão.

Após dez anos de formada, me envolvi em um projeto político comprometendo-me, definitivamente, com o campo da saúde pública. Durante meu desempenho no papel de gestora do Sistema de Saúde chamou-me a atenção o **descrédito** dos médicos em relação às nossas propostas, por mais que reconhecessem sua viabilidade e o compromisso das mesmas com a qualidade do serviço. Paralelamente, resistiam em cumprir as normas estabelecidas, mesmo sabendo que o não cumprimento destas normas comprometeria a qualidade da atenção prestada ao paciente.

Suscitava-me curiosidade a postura, o discurso e a prática dos meus pares. Esta inquietação acerca dos médicos levou-me a tentar compreender a categoria à qual pertença e esse foi meu ponto de partida. O mestrado aumentou minha capacidade de entendimento das questões relativas aos médicos e, é claro, aguçou minha curiosidade.

Embora a dissertação tenha dado voz ao médico que trabalha no PSF e, através desta voz, captar sentimentos e tendências que depois se institucionalizaram, como por exemplo, as especializações e residências que hoje existem pelo país em Saúde da Família¹, outras interrogações foram surgindo na caminhada.

¹ O Ministério da Saúde atualmente estimula a qualificação dos médicos e enfermeiros para o trabalho no PSF. Alguns municípios oferecem cursos de especialização para profissionais de saúde que atuam na municipalidade. Há também escolas de saúde e universidades que oferecem aos médicos estes cursos. Hoje existem consórcios formados por faculdades e secretarias estaduais que também oferecem esta especialização.

Posteriormente, meu trabalho no Instituto Nacional do Câncer apresentou-me a médicos que “pertenciam” à medicina pautada em uma forma de praticar medicina diferente dos médicos da Saúde da Família e também dos médicos que trabalhavam no Pronto Socorro. Mas seriam diferentes mesmos? Diferentes em quê? Não são todos médicos? Será que somente as especialidades escolhidas os diferenciavam?

Existe um contexto sociocultural e de práticas construídos e constituídos historicamente que torna a edificação do projeto profissional uma empreitada complexa e tortuosa que não passa apenas pela escolha da especialidade ao final do curso. **Esta construção cotidiana acaba por estruturar sua prática, seu compromisso profissional, sua qualidade técnica e o ”cuidado” que oferece ao outro.**

No âmbito da cultura médica – conjunto de regras e comportamentos pelos quais as instituições adquirem um significado para os agentes sociais e através dos quais se encarnam em condutas mais ou menos codificadas – (JAPIASSÚ, 1996) essas escolhas têm um significado e um reconhecimento muito peculiares.

Estudar como se construíram estas carreiras profissionais, como e por que eles hoje trabalham no PSF ou no INCA, traz à baila situações que ao serem discutidas aumentarão nossas reflexões acerca do médico, da sua prática e da sua atuação nos nossos serviços de saúde. Foi esse meu objetivo. Meu desejo é refletir sobre possibilidades, dificuldades e facilidades dos médicos em geral, isto é, partir de uma discussão focalizada em médicos cuja prática está inserida na tipologia da medicina tecnológica e fomentar um debate ampliado sobre as questões gerais da categoria médica e sua inserção nos serviços de saúde. Essa discussão será meu ponto de chegada e, automaticamente, meu ponto para uma nova partida.

2 CONSTRUINDO UMA NOVA INVESTIGAÇÃO

2.1 Subsídio: a dissertação de mestrado

Anteriormente no mestrado, como já foi dito, discutimos a inserção e a prática dos médicos no PSF. A eleição do PSF se deu em função deste representar um modelo preconizado e induzido pelo Ministério da Saúde que pretende ter a saúde como mote, visando também mudar o modelo assistencial. Sabe-se que a prática médica é alicerçada na cura de doenças, de acordo com o modelo biomédico e, nesta perspectiva, o estudo apresentou algumas tensões advindas desta alteridade. Iniciou-se (o estudo) por uma revisão histórica e bibliográfica do PSF no Brasil, apresentando a trajetória do programa e suas várias e variadas diretrizes. Em seguida, foi feita uma abordagem sobre o cotidiano das práticas médicas baseadas no saber sobre as doenças, bem como a apreensão desta prática por parte dos médicos e suas repercussões na sociedade.

Utilizou-se, no trabalho de campo, entrevistas com nove profissionais médicos que trabalham em Programas de Saúde da Família premiados pelo Ministério da Saúde em 2000. A partir do olhar e das reflexões dos médicos entrevistados foram focalizadas sete categorias que simbolizam dificuldades, adaptações e construções advindas deste cotidiano. Foram identificados focos de tensão cristalizados em situações inerentes ao trabalho, aos sujeitos, às relações de poder e ao binômio saúde - doença.

Podemos apresentar, resumidamente, as categorias que representavam esses focos de tensão: “médico mil e uma utilidades” que retratava, além de outras

questões, as dificuldades de se atuar de acordo com uma visão ampliada de saúde com formação voltada para doença; “vínculos para que te quero” que simbolizava as questões relacionadas aos vínculos do PSF tanto das relações de trabalho como das relações com as comunidades; “referência contra quem” que dizia respeito ao suporte técnico e de serviços necessários para as atividades do PSF, “PSF - brinco de ouro dos políticos” que discutia o PSF em sua dimensão política; “modelos de atenção e a tensão entre os modelos” que trabalhava as dificuldades dos modelos assistenciais; “não basta ser doutor tem que ser especialista” que discutia a necessidade da categoria médica se especializar e o médico do PSF ser reconhecido como especialista pelos seus pares; “cada PSF tem sua *personalidade*, será a do médico?”, que trazia questões sobre a dificuldade que os médicos têm para trabalhar em equipe. Finalizando, o estudo reafirmou a importância do profissional médico em relação às diretrizes do Sistema Único de Saúde e a necessidade de se discutir as bases da prática médica visando o engajamento médico no PSF e no sistema público de saúde.

2.2 O novo desafio

O novo desafio, que trilhou um caminho análogo ao anterior, pretendeu aplicar a mesma técnica de entrevistas para imergir no mundo dos oncologistas, trazendo à tona categorias que nos permitam conhecer seus dilemas e perceber até que ponto sua prática se compromete com os desafios que a saúde pública tem na oncologia.

A prática médica foi pesquisada, nesse estudo, considerando-se que a oncologia expressa plenamente os princípios e a prática da medicina tecnológica (SCHRAIBER, 1997). Como já foi dito anteriormente, esses médicos estão imersos na biomedicina, são profissionais com sete anos de especialização, exercem uma atividade na qual equipamentos e máquinas são imprescindíveis e são dependentes da indústria farmacêutica. A oncologia, que começou a se delinear como especialidade nos anos 60, se consolidou na medicina tecnológica. A composição da cancerologia ilustra esse entendimento uma vez que sua base é composta por três especialidades: a oncologia clínica, a radioterapia e a cirurgia oncológica²; a formação médica é longa e sua prática determina uma estreita relação entre médicos, pacientes e máquinas.

Esse foi o novo desafio: estudar o trabalho e a prática de médicos oncologistas imersos na medicina tecnológica e que trabalham no serviço público de saúde. Conhecer os dilemas, as tensões, as adaptações desses profissionais e, principalmente, descobrir se há algo de novo nesse *front*.

² Nossa abordagem será apenas sobre os oncologistas clínicos.

3 PRATICANDO OS CONCEITOS

“Quanto mais a gente se expõe, mais possibilidades existem de tirar proveito da discussão”.

Pierre Bourdieu, Introdução a um seminário da Ecole des Hautes en Sciences Sociales, outubro de 1987

3.1 Uma médica visitando a sociologia?

Bourdieu em sua *Introdução a uma Sociologia Reflexiva* (1989) nos diz sobre os perigos de se utilizar os conceitos e a teoria como fim em si mesmos. Eles devem servir, principalmente, para visualizarmos e nos apropriarmos melhor do nosso objeto. Em sendo esta tese produzida por via dupla, qual seja: uma médica cujo trabalho cotidiano é realizado em ambiente médico hospitalar visitando a sociologia e, ao mesmo tempo, usando o olhar sociológico para observar a prática médica, deve-se esperar uma combinação pouco detentora do *habitus* sociológico, mas, e ao mesmo tempo, “estranhando” o mundo médico o suficiente para pesquisar sobre ele.

Nosso ponto de partida foi olhar a prática médica como um trabalho realizado por um profissional inserido na sociedade. Precisava-se, então, procurar nexos, encontros, premissas e conceitos que permitissem costurar essa idéia força.

Partindo-se da sociologia das profissões, entendemos que as idéias clássicas geradas em primeira instância da interpretação do marxismo, mesmo sendo reinterpretadas e modificadas por outros autores, seriam insuficientes e enrijeceriam nossa busca. A idéia de observar o trabalho como atividade controlada e rotineira que, em última instancia, promove o isolamento do produtor de seu produto; ou a

chamada alienação do trabalhador, mesmo modificada por teorizações sobre as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, não seriam suficientes para nós.

As categorizações relacionadas à prática liberal tais como, liberdade para organizar a produção do ato, comercialização, captação da clientela, dimensões do **cuidado** oferecido a essa clientela, não poderiam ser discutidas somente olhando-se o trabalho na concepção Marxista. Ficavam faltando as relações técnicas e sociais desse tipo de trabalho. Buscamos, então, estudos que iluminassem e atrelassem as categorias trabalho, profissão, técnica, prática e cuidado à sociedade.

O segundo ponto a ser visitado foi a sociologia médica. O conceito de sociologia médica nasceu nos Estados Unidos revelando a focalização das preocupações acadêmicas sobre as leis que regulam as relações entre a profissão médica e a sociedade e se espalhou em vários campos buscando compreender a questões de ordem ética, econômica, institucional, moral e de classe. Segundo Nunes em Sociologia da Saúde (1999) nos diz que nessa perspectiva trilhamos, entre outros, Parsons em 1951; Sigerist (1929 –1960) e Stern (1948-1951).

Esse campo, para além de conceber a atividade médica como trabalho ou como profissão, entende que: se por um lado a prática médica possui conhecimentos especiais de base cognitiva gerando um saber esotérico, por outro lado, está inserida no mundo do trabalho, tanto que também foi afetada pelas transformações do mesmo.

A incorporação do olhar sociológico sobre a organização social e a estrutura de **cuidados** veio completar e, ao mesmo tempo, abrir novas visões, discussões e abordagens críticas sobre essa profissão e esse modo de agir. Freidson (1970) e Donnangelo (1975), construíram campos de estudos que consideram o trabalho, a

profissão, as organizações institucionais e a estrutura de **cuidados** dos médicos como âncoras para os estudos sobre a prática médica.

Visando uma organização didática e tática das nossas idéias, diríamos que as discussões promovidas pela sociologia das profissões em aliança com a sociologia médica geraram estudos sobre os médicos e o Estado; os médicos e os pacientes; os médicos e as normas às quais se submete a área da saúde; além de estudos sobre o corpo e sobre o binômio saúde-doença.

No Brasil, a partir de Donnangelo, diversificam-se os estudos sobre o trabalho médico. Vemos em Nogueira, 1978 o desenvolvimento do subcampo da prática médica. Schraiber (1997) traz em seus estudos sobre a prática médica a recuperação do caminho percorrido pela sociologia visando abordar teoricamente o trabalho médico inserido na sociedade.

Estudos de Gonçalves(1994) sobre o processo de trabalho em medicina e os estudos específicos sobre a prática médica de Schraiber (1993, 1995, 1997, entre outros) indicam que no interior da prática técnica o processo de trabalho se configura como a combinação entre o agente médico, o saber técnico, os instrumentos necessários e o doente (a consulta médica) no espaço social dinâmico a ela reservado. Esses estudos, dos quais nos valemos, pressupõem a historicidade, os nexos da medicina com a sociedade e os médicos em relação ao todo social.

Através da categoria historicidade compreendemos que a prática atual da oncologia é produto de vários contextos históricos nos quais ela foi se constituindo. Em Herzlich (1994) e Foucault (1979) entendemos o todo social configurando o estado de saúde dos indivíduos, sua forma de adoecer e de compreender a doença e a forma de enfrentamento das mesmas desde as epidemias até as doenças

modernas. Comungamos sobre o caráter social da prática médica, ou seja, a prática é realizada no social de forma interdependente e não circunstancial.

Essa visão, para nós, facilita o entendimento que em jargão popular dir-se-ia “o modo de ser da sociedade produz o modo de se praticar a medicina”. Em outras palavras, a técnica, a ação e o subjetivo dos médicos dizem respeito ao momento social vivido. O médico estaria dinamicamente no todo social, sendo sua prática e sua ação estruturadas e estruturantes desse todo.

A noção de estruturas estruturantes e estruturadas do meio social nos foi fornecida por Guiddens (1984). Ele nos diz que, de acordo com a teoria da estruturação, são as práticas sociais ordenadas no espaço e no tempo que devem ser o objeto de estudo básico das ciências sociais e não apenas as experiências individuais dissociadas do conjunto social. Ou seja, a conduta humana deve ser explicada e compreendida através de vários ângulos e olhares, pois uma só conduta pode significar desejo do ator individual, operação de forças sociais autônomas, ação e reação a determinados estímulos, criada e recriada pelo ator individual.

Aos conceitos já citados acrescentaríamos *engendramento das práticas* alicerçados em Bourdieu (1997). Para ele, o realismo da estrutura converte os sistemas de relações em totalidades já constituídas fora da história do indivíduo e da história do seu grupo. Diz que é preciso conhecer a engrenagem para, a partir dela, moldar uma teoria da prática em que seja contemplada a dialética da interioridade e exterioridade. Essa noção de movimento de interiorização do exterior e exteriorização poderá servir também para entendermos a prática como a re-situação do que é introjetado em nós (MINAYO, 2003).

Por fim, mantendo em ação os instrumentos teóricos, usamos a noção de campo de Bourdieu que nos lembra que nosso objeto não estará isolado de um conjunto de relações do qual retira o essencial das suas propriedades, será necessário compreender o campo, seus limites, suas interfaces. É preciso, segundo Bourdieu (1997), pensar *relacionalmente* a construção da prática médica e, para nós em especial, a construção da prática oncológica no âmbito da saúde com todos os seus matizes.³

Também tomada de Bourdieu (1997) a noção de **habitus** (uma maneira de ser, um estado habitual, uma tendência) nos mostra a oncologia como um sistema de disposições que agem como estruturantes, que dizem, como um princípio gerador de práticas e de representações sem, contudo, ser produto explícito de obediência às regras, que poderá ser objetivamente adaptada ao seu fim, sem que isso expresse uma intenção e que pode ser coletivamente orquestrada, sem que isso seja uma ação reconhecida de um regente.

É uma espécie de sentido do jogo que não tem necessidade de raciocinar para se orientar e se situar de maneira racional no espaço. (BOURDIEU, 1987, p. 62).

3.2 Problemas teóricos e práticos da metodologia

Escolhemos como método para esse estudo a pesquisa qualitativa e como técnica para a coleta de dados a entrevista aberta. Embora atualmente seja menos necessário a defesa da pesquisa qualitativa como método, uma vez que seu

³ Nos faz entender que as redes de sustentação dos médicos que trabalham no PSF são tão frágeis e precárias quanto o projeto no qual estão inseridos. Em contraste, observamos que os oncologistas se ancoram em um

reconhecimento e sua relevância para as pesquisas sociais já foram vinculadas aos princípios da cientificidade, julgamos oportuno reafirmar nossa escolha, baseados tanto no perfil do trabalho quanto pelo perfil do entrevistador⁴.

No nosso entendimento, a pesquisa qualitativa é o melhor instrumento para evidenciar os processos em curso (BECKER, 1992), pois, se pretendemos estudar fenômenos culturais e processos relacionais de vida esta metodologia será extremamente oportuna (SCHRAIBER, 1997). Esta já se tornou um clássico em determinadas áreas das ciências humanas e tem sido usada, também, no campo da saúde, sendo uma construção que permite ao pesquisador externar sua criatividade, mantendo a objetividade necessária à pesquisa (SCHRAIBER, 1997).

Bordieu (1997, p. 700) nos fala que para compreender quem se entrevista é necessário que tentemos nos situar no lugar que o entrevistado ocupa no espaço social e que é necessário que nos coloquemos no seu lugar em pensamento:

É dar-se uma compreensão genética e genérica do que ela... [o entrevistado] é, fundada no domínio teórico-prático das condições sociais das quais ele é produto: domínio das condições da existência dos mecanismos sociais cujos efeitos são exercidos sobre a o conjunto da categoria da qual ele faz parte e domínio dos condicionamentos inseparavelmente psíquicos e sociais

projeto médico que sustenta sua prática tornando um vínculo que seria precário, posto que não foi estabelecido através de concurso público, fique menos exposto aos “ventos políticos”.

⁴ Uma vez que a inquietação do pesquisador nos contaminou, uma vez que o assunto nos parece instigante ou quando nos sentimos surpresos ou indignados, poderíamos dizer que se instalou o processo de pesquisa dentro de nossos corações e mentes. Aí surgem os desafios.

O primeiro desafio será nos convenceremos que, por mais singela que seja nossa pesquisa, ela fará parte de um arsenal de produção do conhecimento que pode, em um dado momento histórico, alterar a realidade. Uma vez convencidos de que nossa contribuição será importante, surge o segundo desafio: firmar nossas convicções e torná-las legítimas, legitimadas e aprovadas pela comunidade científica. Para enfrentar esses desafios a metodologia não pode se apresentar como um “horror” a ser superado e, sim, como o instrumento que nos trará conforto e pragmatismo, nos permitindo estar com nossos pares e solicitar lhes a crítica, argumentar e contra-argumentar, ser convencido e convencer.

associados à sua posição e à sua trajetória particulares no espaço social.

Becker (1992) nos diz que devemos ter uma atitude técnica que permita que o entrevistado traga à tona sentimentos e valores do seu cotidiano, como se o entrevistador manipulasse conscientemente o momento de encontro dos dois, sabendo que as pessoas possuem ambigüidades de sentimentos e, conseqüentemente, de posturas.

Falando sobre a objetividade de uma pesquisa científica, nos apoiamos em Souza Santos (1987), que nos diz que esta objetividade pode ser mais que a aplicação rigorosa e honesta dos métodos de investigação. É desnudar o objeto de estudo até percebermos os pilares em que se assentam (como uma dissecação), facilitando o entendimento inclusive de posições contraditórias.

Porém, ele não abre mão (nem nós) da atitude que o cientista social deve ter em relação a sua responsabilidade, ou seja, não se deve produzir conhecimentos e se eximir de suas conseqüências, assim como não se deve aplicar esses conhecimentos escapando-se de suas conseqüências.

Há um desafio para as ciências sociais que é o de desconstruir a dicotomia entre estrutura e ação, pensar e agir, produzir e consumir conhecimento, além de questões intrigantes como determinismo/contingência, consenso/resignação, espera/esperança. Para Souza Santos (2004)

À teoria crítica compete, em vez de generalizar a partir destas alternativas, em busca da Alternativa, torná-las conhecidas para além dos locais e criar, através da teoria

da tradução, inteligibilidade e cumplicidades recíprocas entre diferentes alternativas em diferentes locais.

Desta forma, ele cria espaço para as experimentações e traduções possíveis para outros espaços, abrindo a possibilidade para a ciência fornecer ingredientes que se transformem em receitas ou idéias para a prática.

Esse recorte a ser construído com perícia e habilidade é o que permitirá que a entrevista, como instrumento de pesquisa, seja legítima do ponto de vista acadêmico, compondo um mosaico capaz de provocar discussões sobre as descobertas. Becker (1992) completa nossos conceitos apontando para o fato de uma história simbolizar muitas e caracterizar construções sociais. Conhecer estas histórias, através das entrevistas, serve como pedra de toque (BECKER, 1992) para a avaliação de teorias que pretendem lidar, seja com os fenômenos de origem psicológica de comportamento, com teorias das raízes da construção dos mesmos, ou como tentativa de explicar a distribuição de determinado fenômeno.

Assim, ainda que uma entrevista não propicie, por si mesma, a prova definitiva de uma proposição, ela servirá para avaliar se a teoria proposta para a análise do fenômeno está correta naquele momento. Esse pode ser um instrumento importante para áreas de pesquisas tangenciais à pesquisa central. Por exemplo, ao se conhecer a história de vida de um médico do PSF, vem à tona a questão do PSF como mercado de trabalho para o médico e os seus vínculos trabalhistas aí envolvidos.

Assim foi feito. Focalizamos os oncologistas clínicos; as entrevistas gravadas foram posteriormente agrupadas e categorizadas. O número de profissionais

entrevistados não foi determinado *a priori*; ele foi esgotado pelo critério da repetição das falas e seu sentido (MINAYO, 2003).

As categorias emergiram das entrevistas e simbolizam tensões, dificuldades, oportunidades e trouxeram para a pesquisa, e para além do discurso oficial, a vivência pessoal que facilitou a compreensão do arcabouço que compõe a prática médica em oncologia e suas repercussões no Sistema Único de Saúde.

O esquadramento de um roteiro mínimo para as entrevistas teve como objetivo caracterizar o lugar social de onde falava o entrevistado. Abrangeu as seguintes informações:

- ❖ Identificação da trajetória pessoal: local de origem, local de formação, tempo de formação, motivações para a escolha da carreira de oncologista, início da carreira, as oportunidades profissionais.
- ❖ Identificação da trajetória profissional: inserção nas instituições nas quais trabalham, outros vínculos, consultório, entidades científicas.
- ❖ Relação com o serviço público, com a medicina privada e a indústria farmacêutica.
- ❖ Relações com pacientes e outros médicos.

3.3 Sobre o perfil dos médicos entrevistados

Como já dissemos, o presente estudo procurou conhecer a prática profissional de um grupo de médicos oncologistas clínicos. Esta prática expressa o

modo como o médico produz e reproduz seu trabalho nos espaços sociais, quer sejam públicos ou privados. Esse ato médico, tão diferenciado quanto único, pode ser um exemplo individual do modo geral da atuação médica em oncologia clínica, como também pode ser útil como elemento de contraste em relação a outras especialidades ou práticas.

A escolha da área médica e dos médicos entrevistados se deu, como já sinalizado anteriormente, pela aspiração de se estudar médicos da medicina tecnológica. Focalizando a oncologia, identificamos alguns aspectos vinculados à estrutura da medicina tecnológica (SCHRAIBER, 1997, p. 63):

Extensão e diferenciação dos serviços, com progressiva especialização;

Setor público e privado se conectam por vários mecanismos;

Incorporação de equipamentos e instrumentos materiais;

Complexo médico industrial-medicina tecnológico dependente;

Médicos com diferenciais de renda significativos;

Heterogeneidade da relação médico-paciente.

Esse é o contexto no qual os entrevistados vivem a medicina, passaram por duas especializações, após a graduação, o que significa a progressiva e intensiva especialização. Todos trabalham em serviço público exercendo sua especialidade. Todos têm consultório particular, dividindo e mesclando sua vida profissional entre o público e o privado. Seus processos de trabalho são dependentes do complexo

médico industrial e farmacêutico; têm diferencial de renda em relação aos profissionais menos especializados ou cujos processos de trabalho dependem menos de equipamentos especiais.

Foram entrevistados cinco médicos e uma médica, todos na faixa etária entre trinta e cinco e quarenta e cinco anos. Segundo Machado (1997), é nessa faixa etária que os médicos se encontram no auge das suas carreiras. São médicos oriundos de várias partes do Brasil, mas que se especializaram no Estado do Rio de Janeiro e mantêm sua atividade profissional na capital do estado. Trabalham exclusivamente como oncologistas, isto é, só cuidam de pacientes com câncer, não exercem atividades relativas à primeira especialização (clínica médica).

Durante as entrevistas, buscamos levar o entrevistado a refletir sobre a construção da sua carreira, que opções teve, como percebeu a oncologia como uma oportunidade. Procuramos saber também, em que aspectos seu cotidiano se diferencia do cotidiano esperado antes de praticar a oncologia clínica. Estimulamos os entrevistados para que falassem de suas percepções sobre as dimensões do cuidado que oferecem aos seus pacientes. Outra abordagem foi sobre sua vida profissional fora da instituição pública: de que forma organiza seu consultório, como se relaciona com colegas de profissão e o que considera limitações do seu trabalho (saúde suplementar, remuneração dos pacientes particulares, jornada de trabalho, entre outros).

Procuramos conhecer também quais os referenciais de boas práticas e boas técnicas. Sempre trabalhando a idéia central do estudo: discutir a prática médica oncológica nos limites da medicina tecnológica, pautando o tipo de cuidado e seu significado para os médicos, os rearranjos da oncologia na esfera mercantil e os

arranjos institucionais capazes de alimentar essa forma de praticar a medicina. O que buscamos foi visualizar no discurso técnico as dimensões do cuidado; a concreta organização da sua prática; além de captar algumas formas de inserção do médico oncologista no mercado de trabalho.

Considerando as dificuldades de se obter entrevistas com relatos dessa natureza, principalmente tendo em vista os profissionais em pauta, que estão sempre com agendas completas, com pacientes os interpelando pessoalmente ou por telefone, foi necessário um contato prévio em que as entrevistas eram agendadas com antecedência; mas, em função da agenda desses profissionais, muitas entrevistas foram reagendadas e outras não ocorreram. Aqui, há que se registrar que houve mais receptividade dos médicos do primeiro estudo – os médicos que atuam no PSF – e pudemos perceber, inclusive, uma certa satisfação em receber a entrevistadora. No presente estudo, houve resistência.

A dificuldade do primeiro contato foi mediada pelas chefias ou por profissionais que secretariavam a clínica oncológica no sentido de esclarecer sobre a pesquisa e a pesquisadora. Vencida a primeira oposição, quase todos perguntaram: "*por que eu fui o escolhido?*". Respondia-se que ele era um médico importante por ser comum, esclarecendo – se que comum, aqui, significava representar bem um tipo de trabalho em uma especialidade ainda recente na medicina brasileira. Os oncologistas pareciam estar pouco familiarizados com a pesquisa qualitativa. Queriam conhecer o processo de construção da pesquisa.

Mas a fala que distencionou grande parte dos entrevistados foi quando explicamos que o primeiro estudo havia sido feito com médicos que trabalhavam no PSF. Era como se, alguns deles reconhecessem, a partir desse momento, a

importância do seu relato como representante do grupo, com a identidade da possível elite médica. Todos fizeram breves comentários sobre os médicos da Saúde da Família.

Em contraste, os médicos do PSF se sentiam confortáveis e valorizados ao serem escolhidos para participar da entrevista. Um deles comentou: “*que bom, finalmente alguém quer nos ouvir*” (médico do primeiro estudo).

Os oncologistas quando, por fim, entendiam a importância da pesquisa, não pareciam muitos dispostos a falar sobre sua prática fora do serviço público. Embora dispostos a falar sobre a medicina e sobre a prática na Instituição, tentaram abordar apenas de forma geral as relações com a medicina de grupo e a indústria farmacêutica.

Nos pareceu que as falas sobre todos os temas eram mais cuidadas, mais pausadas que as dos médicos do PSF por nós entrevistados. Os oncologistas respondiam às questões de uma forma espontânea, porém zelosa, cuidando da fala. As respostas vinham de forma encadeada, seqüenciada e contextualizada. Isso nos levou a apresentar o trabalho preservando as falas de forma mais ampla, no contexto em que foram ordenadas. Elas foram organizadas em blocos mais extensos, focalizando em negrito as idéias centrais das categorias a serem discutidas. Foi interessante comprovar o comportamento pessoal padrão, com falas muito parecidas, com poucos comportamentos inesperados, como se todos viessem do mesmo lugar. Em contraste, os médicos do PSF possuíam origens, comportamentos e posturas muito variáveis.

Algumas vezes o roteiro foi atualizado em função das entrevistas anteriores e, dessa forma, redirecionando a intervenção e tornando cada entrevista única.

Algumas questões foram esclarecidas de imediato para o entrevistado. Primeiramente quanto ao consentimento livre que deveriam assinar. Em segundo lugar, que o objetivo era compreender a prática e não contestá-la. Em terceiro, que aquela não era uma avaliação de sua técnica, prática ou de seu trabalho na Instituição, ou seja, a entrevistadora não queria fiscalizar o cumprimento da carga horária ou quantos vínculos ou atividades outras ele possuía além daquela.

A clareza das regras do jogo foi de grande importância pois, para eles, far-se-ia apenas um questionário padronizado e a entrevista estaria rapidamente resolvida. Alguns perguntaram: “*não quer que eu responda por e-mail?*”.

Buscou-se estabelecer com o entrevistado uma relação pessoal que permitisse que ele fosse o mais exato possível no explicitado sobre seus valores e posturas. Manter o "controle" sobre a investigação não foi um processo fácil porque foi necessário estabelecer critérios para cada entrevista e recolocar formas possíveis no conteúdo pertinente à pesquisa.

Algumas temáticas surgiram de forma espontânea como se eles já trouxessem em sua bagagem pessoal como, por exemplo, a questão das políticas insuficientes de prevenção e detecção precoce do câncer, bem como a concentração da assistência médica individual no sul e sudeste do Brasil ou a graduação médica de baixa qualidade em grande parte das escolas médicas.

Outras informações surgiram não tão espontaneamente, porém, vieram de imediato, demonstrando pouca reflexão sobre o tema. Por exemplo, quando falam de sua construção de carreira não percebem esse novo rearranjo liberal no seu consultório privado. Não percebem os mecanismos sociais conformadores dessa produção e o arranjo institucional que permite essa adequação.

As questões referentes à autonomia técnica, principalmente quanto a procedimentos medicamentosos, são vistas como realidades e que, portanto, não podem ser modificadas. Eles falam: “*eu não acho correto ser mais bem remunerado pelo medicamento e não pelo trabalho técnico, mas é assim*”. Raramente os entrevistados foram além da mera constatação da realidade por eles vivida.

Em oposição, os entrevistados do primeiro estudo (PSF) relatavam suas dificuldades do dia a dia de forma mais intensa, tinham clareza sobre a fragilidade da política que sustentava seus postos de trabalho e das suas dificuldades em trabalhar diretamente com a comunidade.

Nos relatos, tanto do primeiro estudo quanto do segundo, percebe-se um conjunto de temas de maior ou menor importância para os entrevistados, gerando um pensamento mais superficial ou mais crítico e articulado. Por exemplo, surgiu de forma espontânea, como uma das grandes preocupações do grupo do primeiro estudo, a problematização quanto aos vínculos precários das equipes. Já os médicos oncologistas, embora também não mantenham vínculos estáveis com o Ministério da Saúde, uma vez que todos são contratados por uma fundação, não se sentem precarizados. Aliás, só percebem que existe uma certa fragilidade em ser contratado, e não pertencer ao quadro de funcionários do Ministério da Saúde quando são estimulados a falar sobre isso.

A metodologia da entrevista, de um modo geral, representou um processo de *aprendizado* para a pesquisadora, porque em alguns momentos, involuntariamente, havia a vontade de induzir situações ou, na maioria das vezes, discordar da resposta. Embora com posição social e científica distinta dos entrevistados e, muitas vezes, com posições divergentes, a disciplina para que esse *desvio* não ocorresse

foi imposta pela retomada do objeto e do roteiro da entrevista e por buscar compreender e encontrar formas de participar, de alguma maneira, da concepção e percepção da realidade que o entrevistado possuía.

Nesse sentido, o roteiro mantinha as conversas em torno de temas como: local de formação; o ideal e o real na formação; residência médica; o trabalho profissional; instituições públicas; técnicas de intervenção utilizadas; relações dos serviços médicos; tipos de clientela; e o cuidado médico.

A sistematização das informações foi realizada através de dois instrumentos de registro: o *gravador* e o *caderno de campo*. O caderno foi utilizado para anotar, além das experiências vividas, informações sobre o entrevistado; postura; recepção à entrevistadora; informações sobre o local das entrevistas. E, principalmente, registraram-se informações que o próprio entrevistado fornecia fora da gravação, as quais não foram poucas ou irrelevantes. A descontração provocada pela ausência do gravador trazia algumas questões interessantes como, por exemplo, opiniões sobre a entrevista, sobre a própria vida e também curiosidade sobre a vida da entrevistadora.

Esses momentos informais, dadas às dificuldades de acesso e aproximação com os entrevistados, garantia as bases da relação interpessoal capaz de materializar um trabalho desse tipo. Um deles, depois de muitas dificuldades para a realização da entrevista relatou: "*Nós também trabalhamos com pesquisa [de câncer] e sabemos como é difícil realizar um bom trabalho, por isso temos que ajudar os colegas*" (médico entrevistado).

O uso do gravador, por sua vez, foi necessário para apreender-se melhor as falas e, muitas vezes, captar as reações do entrevistado. De certo modo, seu

emprego permite ao entrevistador reviver a entrevista, facilitando a análise posterior e ampliando a compreensão. Embora seu uso possa inibir o entrevistado a princípio, depois de alguns minutos ele é praticamente esquecido, não se tornando um elemento de preocupação quanto à espontaneidade das respostas.

A gravação implicou em posterior trabalho de transcrição o qual optou-se por ser realizado por um profissional tecnicamente habilitado visando a qualidade do procedimento e a facilidade de manuseio posterior. Após a transcrição das fitas, houve um segundo trabalho de edição do material. Nessa edição, optou-se por retirar a fala do entrevistador, além de manter-se o anonimato dos entrevistados. Foram protegidos também os relatos pessoais que fossem capazes de identificar pessoas ou situações no local de trabalho do entrevistado, bem como a identificação da fala da única médica.

As entrevistas foram lidas e relidas até se tornaram parte de um conhecimento introjetado pela pesquisadora facilitando que o conjunto de questões, apresentado de forma individual, compusesse um mosaico da atenção oncológica; permitindo -nos transitar do particular ao geral e do geral ao particular.

As entrevistas nos introduziram no *habitus* oncológico. Nos fez perceber como os médicos são convidados a profissionalizarem seu cuidado com o paciente e como são estimulados a cuidarem dos seus negócios oncológicos, de acordo com as regras mercadológicas da oncologia; e como são convencidos a se manterem atualizados cientificamente.

Permitiu-se, assim, não só conhecer o pensamento de personagens técnicos acerca de suas inserção social no trabalho, mas também revelar alguns aspectos éticos e lógicos de sua forma de pensar a produção do próprio trabalho. Das

entrelinhas emergiu o que é valorizado e o que é desvalorizado, como eles se comportam nessas situações, bem como os limites do técnico e do ético.

Agrupamos as falas e o que elas identificam em quatro categorias que para nós simbolizam o núcleo duro do estudo e as questões que gostaríamos de discutir. As categorias são: **médico cuidador; médico empreendedor; médico especialista; médico servidor público**. As categorias oriundas das falas serão apresentadas em bloco, com análises posteriores.

Metodologicamente, organizamos o trabalho da seguinte maneira. além dos capítulos anteriores que versavam sobre a apresentação do tema e os métodos empregados na pesquisa (capítulos um, dois e três) apresentaremos, no capítulo quatro, as idéias que compartilhamos sobre o trabalho médico e a prática médica. No capítulo cinco, apresentamos a construção da oncologia como especialidade no Brasil, seus nexos e contextos, segundo nossas observações. No capítulo seis, já conhecendo nossas idéias sobre a prática, o trabalho médico e a oncologia no Brasil, apresentamos ao leitor as entrevistas, cuja forma de organização já foi descrita anteriormente. Antes de cada grupo de entrevistas apresentamos o objeto que originou a categoria e, em seguida, nossa discussão sobre o assunto abordado. O capítulo sete é dedicado aos nossos comentários e nossas conclusões finais. No oitavo e último capítulo estão as nossas referências bibliográficas e a bibliografia específica sobre a oncologia.

4 MÉDICOS: PROFISSÃO E PRÁTICA

4.1 O mundo do trabalho médico

Antes de apresentarmos o trabalho de campo pensamos ser pertinente abordar e contextualizar, de forma geral, as adaptações sofridas pelos médicos ao longo do século XX e, posteriormente, situar suas conexões com a oncologia.

Sobre a identidade da profissão médica. Identidade e profissão são duas categorias muito discutidas quando aplicadas à medicina, aqui, adotaremos a definição de identidade como relação de semelhança absoluta e completa entre duas coisas possuindo as mesmas características essenciais (JAPIASSÚ, 1996).

Antes de aplicarmos o conceito de profissão à categoria médica é importante diferenciar profissão de ocupação. Amparados em Freidson (1970), diremos que ocupação se diferencia de profissão por esta adquirir por meios políticos, técnicos, culturais e ideológicos autoridade cognitiva e normativa diferenciando-se por ser incompreensível para os leigos, ser institucionalizada e ser relevante para a sociedade.

A profissionalização é um processo de submeter-se a um longo tempo de formação, através de um currículo pré-estabelecido, com etapas a serem superadas. Após esse período de formação, o profissional se submete quotidianamente ao código de ética regulamentado (Starr *apud* Neto, 1995). Portanto, profissão pode significar capacitação específica, conhecimento hermético, compromisso profissional, interesses específicos e lealdade corporativa.

Diante destes conceitos, de profissão e identidade, diríamos que as principais diferenças entre a profissão médica e as demais são o grau de autonomia (na perspectiva dos conceitos de liberdade política e autodeterminação), o prestígio, a autoridade e a responsabilidade. O profissional médico se identifica, além das características acima, pela satisfação profissional em trabalhar só, livre e seguindo suas próprias diretrizes⁵. Freidson (1985) nos lembra que a formação é o monopólio do saber e nos remete à máxima de que só quem conhece a medicina pode exercê-la e que ela só pode ser exercida por quem a conhece profundamente.

Mesmo com muitas mudanças relativas a esse ponto de vista, ainda hoje poderemos nos sentir confortáveis ao dizer que a medicina se caracteriza por uma formação profissional longa e pelo monopólio de suas atividades e de seus saberes. E que a identidade médica está, não só, mas principalmente, ligada à idéia de cuidar de pessoas doentes. Lembramos também que a corporação médica é regida por um código respeitado pela categoria, do qual constam: o sigilo médico, a liberdade de prescrição (mesmo que relativa, ainda existe) e a independência quanto ao trabalho individual com o paciente.

Uma vez apresentadas essas idéias sobre a profissão médica, traçaremos a trajetória da profissão nesse último século, considerando a estreita relação entre o nascimento das especialidades, a entrada do aparato tecnológico e da intermediação do Estado no exercício profissional em geral e na prática médica oncológica, em particular.

⁵ Talvez por um atavismo do tempo em que ele caminhava sozinho por longas distâncias para ver o paciente em seu domicílio.

A profissão médica e a medicina experimentaram mudanças profundas no século XIX adquirindo, a medicina e os médicos, plena autoridade sobre a doença⁶.

No início do século XX o exercício da medicina era realizado em bases liberais, quer dizer, o médico dependia de si mesmo para exercer sua profissão de forma autônoma e solitária, determinando seus honorários, sua carga de trabalho e sua forma de lidar com pacientes.

No âmbito do mundo do trabalho nos identificamos com Donnangelo (1975), que utiliza o termo liberal para caracterizar esta forma de produção de serviço. A autora usa como substrato o controle do tempo, o ritmo de produção e o controle da produtividade. Os médicos possuíam controle sobre estas variáveis, mesmo no período em que o hospital surge como um espaço de extensão da prática liberal do consultório.

A forma de ser médico era muito individualizada, e esse modelo de exercer a profissão identificava o médico. Os conhecimentos eram adquiridos muito mais na prática do que em bases científicas. No Brasil, em meados da década de 1920 a profissão médica apresenta uma mudança relativa aos conhecimentos biomédicos e as políticas públicas.

O conhecimento médico começa a ser organizado segundo a área do corpo ou o tratamento das doenças. Inicia-se aí, também, a intervenção do Estado nas questões da saúde, com o estado assumindo funções de gerente e produtor de serviços, como por exemplo, em 1920 com a criação do Departamento Nacional de

⁶ Após disputar um espaço técnico, político e, até mesmo, religioso com “curandeiros” e afins, e conquistar o prestígio social, após o movimento provocado nas escolas médicas pelo relatório Flexner.

Saúde Pública. Nesta época surge a possibilidade de assalariamento médico pelo Estado.

Para ilustrar o começo desta mudança poderemos citar o Congresso Nacional dos Práticos ocorrido em 1922. A discussão se deu em três vertentes que demonstram os interesses da categoria; as vertentes eram: o especialista, o generalista e o higienista (Neto, 1995).

A elite médica discutia e disputava dois grandes eixos: generalismo versus especialização; prática em serviços públicos versus prestação de serviços médicos privados. O tempo demonstrou que embora os grandes nomes da medicina⁷, em 1922, fossem os generalistas, aqueles que defendiam as especializações ganharam terreno; e os higienistas consolidaram suas relações com o Estado. Podemos inferir estes fatos “olhando” a história.

Os generalistas se caracterizavam por valorizar a relação direta com o paciente, com uma prática pautada na experiência, mais como arte sistematizada do que como ciência. Eles foram tendo que se adaptar a uma nova realidade que dava mais ênfase à possibilidade de desvendar o invisível, a fragmentar o corpo para se aprofundar em conhecer a doença no interior do corpo (SAYD, 1998).

Os especialistas começaram a alcançar hegemonia, eram identificados com a racionalidade científica que florescia com base na precisão do diagnóstico por todos os meios disponíveis. Começou a se consolidar o entendimento de que cada profissional médico seria responsável por uma parcela do tratamento e da cura do paciente; com o consenso que o hospital seria o prolongamento do consultório,

⁷ Dr. Miguel Couto, renomado médico generalista brasileiro do início do século, defendia que “o internamento no hospital deveria ser exceção e o tratamento em domicílio a regra”.

sendo o melhor lugar para acolher o paciente que necessitasse destas várias intervenções. Quanto aos higienistas, estes aprofundaram sua aliança com o Estado, durante o processo de industrialização, convergindo para o trabalho fundado no estado previdenciário.

Outro momento de inflexão para a categoria deu-se com a consolidação das especialidades, a massificação do atendimento médico como bem de consumo e a entrada definitiva do complexo médico industrial na arte de curar.

Estas mudanças começaram na década de cinqüenta, com a introdução da tecnologia e da reorganização do mundo do trabalho. O hospital começa a ser a referência para o melhor desempenho das especialidades, a cirurgia começa a se consolidar como importante área de atuação médica e os cirurgiões passam a operar pacientes com câncer.

A questão do assalariamento, que havia começado na década de trinta, passa a fazer parte dos vínculos possíveis dos médicos. A atuação que começou quase como uma concessão do médico com atendimentos fora do seu consultório, se tornou uma situação multifacetada de assalariamento como, por exemplo, consultórios credenciados à medicina de grupo, serviço público, serviços privados conveniados, ambulatórios privados entre outros tantos possíveis. No que tange às variáveis de tempo e história, a identidade da profissão continuou amparada, basicamente, pela cura e pelo tratamento de doenças.

É nesta época que a oncologia começa a ser praticada por médicos liberais generalistas em seus consultórios. Embora se saiba que pertence aos generalistas da década de trinta o título de pioneiros da oncologia, ela se consolidou com a medicina tecnológica e hoje é um dos campos representativos desta medicina.

Às características acima, atribuídas aos médicos, acrescentaríamos a incompatibilidade da profissão com as questões propostas pela saúde pública. Esse foco nos é trazido por Campos (1997), afirmando que esta dificuldade está nas características históricas, tornando o médico uma caixa preta do sistema. Ainda segundo o autor, existem duas dificuldades intransponíveis para a integração do médico em projetos públicos.

A primeira seria sua condição de profissionais livres, autônomos, treinados para assim serem durante sua formação e especializados em práticas curativas individuais. A segunda, como consequência da primeira, seria a postura contrária, mesmo que de forma inconsciente, à integração sanitária, levada pela sua atuação individual junto ao paciente, incompatibilizando os médicos com o objetivo estratégico de ação integral.

Concordamos com Campos, mas incluímos nessa análise a dificuldade que os médicos têm para compatibilizar projetos profissionais e de carreiras médicas com configurações institucionais que permitam que o centro da atuação médica seja a pessoa e não a doença. Em outras palavras, o médico tem dificuldade de se inserir em projetos cujo núcleo de atuação não seja a cura ou o acompanhamento da doença ou do prenúncio dela. No mais das vezes, cuida da doença da pessoa e não da pessoa doente. Geralmente ele não tem uma visão ampliada da saúde e, dificilmente, se vê inserido e, tão pouco, conseguindo construir um projeto profissional e de carreira que não tenha como âncora o saber e a técnica de curar doenças.

Os médicos aprendem as técnicas e os protocolos com pouca contextualização sobre onde, como, para quem ou em que eles serão utilizados. Na

oncologia desconhecem freqüentemente os vínculos da especialidade com o Sistema Único de Saúde. Mas, por motivações científicas, corporativas e mercadológicas são capazes de sustentar uma política que acaba por garantir uma medicina de boa qualidade como é o caso da oncologia clínica.

4.2 Praticar a medicina

Novamente iremos do geral ao específico, abordando a prática médica no modelo atual e depois focalizando a oncologia. Começaremos dizendo que, atualmente, grande parte das críticas ao modelo biomédico recaem sobre a categoria médica e sua prática curativa, hospitalocêntrica, médico centrada etc.

Os vários contextos sociais e históricos permitem compreender a construção da prática médica tal como ela se apresenta na atualidade. As profundas modificações que ocorreram no exercício da medicina, oriundas do mundo do trabalho e do capital, desde relatório Flexner de 1910 aos dias atuais, significaram compor e recompor essas práticas em sociedade. Em suas trocas e negociações diárias, na micro-esfera da sua prática, os médicos inventam e reinventam o ideário médico do nascimento da medicina ou, para ser mais atual, do nascimento da clínica.

Desvelar o mistério da doença ainda é uma prerrogativa da categoria médica, nem que seja apenas no plano simbólico. E a doença permanece viva nesta micro-esfera; mesmo sem autonomia, existe a possibilidade de reconstruir espaços que permitem escolhas médicas. O caso, o saber, o atendimento giram em torno da doença.

Segundo Foucault, em o Nascimento da Clínica (1980), esta forma de praticar a medicina iniciou-se quando a instituição hospitalar se tornou um espaço que permitiu à medicina catalogar, vigiar e curar doenças utilizando o modelo botânico. Estas mudanças começaram no final do século XVII (SAYD, 1998) quando os hospitais passaram a ser locais de tratamento das doenças e não só depósito de enfermos e indigentes.

Eles abrigaram o novo médico que se voltava mais para a medicina classificatória, favorecendo o estudo dos doentes e da doença. Em um segundo momento, a anátomo-patologia representou uma revolução no agrupamento de doenças porque o critério passa a ser a visão da lesão dos tecidos. Contribui, assim, para a reificação das doenças porque conferia um sentido aos sinais e aos sintomas, dando-lhes vida própria, por assim dizer.

Os critérios científicos convencionais se tornaram o capital intelectual com o qual o médico se capacita para exercer sua atividade social. Atualmente, os médicos são capazes de diagnosticar doenças que, sequer, se apresentaram aos seus portadores.

O alicerce desta prática superpõe a doença e o doente. Assim é ensinado ao médico, assim ele reproduz, muito mais do que produz, conhecimentos. Tal prática se consolidou, é hegemônica e foi o núcleo do qual se derivaram as outras práticas no campo da saúde. O ato médico, neste modelo, é pautado em rotinas programadas e organizado mentalmente, ainda durante a formação médica.

A predeterminação traz certa tranqüilidade e conforto ao ato médico. Paradoxalmente, no mesmo protocolo de doenças existe uma forma criativa e solitária de se conduzir o caso, que poderá levar ao sucesso ou ao insucesso da

ação (SOUZA, 2001). Esse modo de se praticar a medicina significa “*modo de realização do científico e do tecnológico na vida social*” como nos diz Schraiber (1993, p. 29).

Ora, se o científico e o tecnológico na medicina são estruturados na categoria doença, poderíamos dizer que a medicina ocidental contemporânea tem como mote produzir conhecimento sobre as doenças e que neste produto se ancora a prática médica, sendo o médico o sujeito desta prática e de sua coerência histórica. Contraditoriamente, este médico perdeu o elo que justifica sua prática que é o cuidar do outro.

Portanto, o conteúdo da prática médica consiste em um saber científico, tecnológico, baseado na doença que conduz a um saber moral reconhecido pelos indivíduos, que a ele delegam poder de decisão (SCHRAIBER, 1997).

Se a autoridade técnica e moral do agir médico têm como base o seu conhecimento e, por isso, sua opinião e opção têm mais valor do que a do paciente, é provável que o médico encontre sempre muita dificuldade quando não consegue traduzir o sofrimento em algo amparado pelo conhecimento científico. Daí a dificuldade em inserí-lo em projetos nos quais ele não reconheça a doença como objeto de trabalho. Podemos observar como os oncologistas se sentem confortáveis em transitar pelo mundo da doença concreta, contrastando com a dificuldade médica em abordar situações de vida não reconhecidas como doença, como ocorre no PSF. Por se sentirem confortáveis em lidar com uma doença concreta os médicos oncologistas, em geral, constroem carreiras e projetos baseados no acompanhamento da doença e no controle desta. Investem na busca de novos

conhecimentos sobre a doença que mantenham sua autoridade técnica e que os mantenham atualizados sobre novas drogas e equipamentos.

5 PROJETO MÉDICO ONCOLÓGICO⁸

Vimos, anteriormente, questões referentes ao médico como profissional e à prática médica em geral. Trazendo essa generalidade para a especificidade da oncologia temos um profissional com as características, os dilemas e as adaptações gerais modificadas e modificando o mundo de uma especialidade nova, se comparada às demais. Por ser nova para melhor compreendermos os médicos que exercem essa prática é mister que como pré-requisito se conheça a historicidade da área que chamaremos de o projeto da médico oncológico.

Abordaremos, primeiramente, a doença sobre a qual o projeto da medicina oncológica se debruça. Nos deteremos nos limites sociológicos referentes ao câncer, por ser uma doença estigmatizante, que muda o cotidiano das pessoas. Em segundo lugar, abordaremos os aspectos relativos à construção do que atualmente chamamos de política de controle do câncer. Esse panorama nos dará subsídios para a discussão da prática oncológica que virá a seguir.

5.1 A representação social do câncer

Estar doente, ou sentir-se doente, atualmente significa estar sob cuidados médicos, que pressupõe: o diagnóstico, os exames, o tratamento. A Doença é uma figura de linguagem, simboliza uma constelação de dados que indicam um caminho a ser seguido pelos médicos (CAMARGO JR, 1998).

⁸ O que batizamos como **Projeto Médico Oncológico** é o imbricado da medicina com a biotecnologia, alimentando arranjos capazes de manter o *status quo* dos médicos.

Todos nós temos experiências acerca do adoecimento, porque, mesmo quando se fica doente de forma aguda e passageira, somos confrontados com a inevitabilidade da morte. Como bem aponta Gadamer (1996, *apud* Cardoso & Gomes, 2000) "*A preocupação com a própria saúde é um fenômeno que nasceu com o homem*".

Hoje temos condições de gerenciar (se assim podemos nos referir) nosso capital saúde (RUFFIÉ, 1993, *apud* CARDOSO & GOMES, 2000) A dita evolução das biociências e a divulgação das suas aplicações, nos tornam (em tese) responsáveis pela nossa saúde.

Sabemos, ou deveríamos saber, o que devemos fazer para nos mantermos saudáveis. Mas, a História nos mostra que a doença, com seus significados e contextos sociais, acompanha os homens através do tempo. Desde a doença como fenômeno coletivo (HERZLICH, 1994) as enfermidades incuráveis ou contagiosas excluía o doente do seu meio social. Embora algumas destas doenças tenham recrudescido nos países periféricos, outras foram substituídas pelas doenças chamadas da modernidade.

O câncer pode ser considerado uma doença emblemática da modernidade. Tem início insidioso, é uma doença com características individuais, modifica o cotidiano do indivíduo, tornando-o dependente de máquinas, medicamentos e procedimentos sem os quais sua vida não seria possível. Emblemático também é o fato da qualidade no atendimento do paciente com câncer estar intrinsecamente

relacionada ao hospital moderno com serviços chamados “de ponta” com equipamentos especiais e médicos especialistas.⁹

Sociologicamente percebemos que o câncer modifica as relações familiares do indivíduo, suas relações no trabalho e com amigos. A pessoa é obrigada a adaptações e readaptações na sua vida. O doente apresenta uma ruptura com sua vida e seu cotidiano sendo levado a um novo sentido para sua existência.

Goffman (1988) nos fala que pessoas com doenças crônicas são, muitas vezes, estigmatizadas por provocarem reações negativas nas outras pessoas como, por exemplo, quando apresentam queda dos cabelos após a quimioterapia. Para Goffman (1988), elas sentem vergonha por que compactuam com os valores da sociedade, se sentindo culpadas pela sua doença. Ser portador de câncer significa ter medo de sentir dor, medo da morte, medo do futuro.

Nos documentos históricos sobre o câncer encontramos expressões como terrível inimigo do homem (relatório apresentado na conferência Latino-americana sobre diagnóstico precoce do câncer, em 1960). Expressões usadas, até os dias atuais, como *bombardear* células cancerosas com raios, *matar* células com quimioterápicos, trazem embutida toda a simbologia relacionada ao câncer.

⁹ Embora seja uma doença celular do ponto de vista biológico, a forma como o câncer acomete as pessoas tem se diferenciado de acordo com a idade, o sexo, as condições sócio-econômicas e o acesso aos serviços de saúde. A retrospectiva histórica nos mostra o desenvolvimento industrial e o aumento da expectativa de vida como fatores relacionados ao câncer.

Poderíamos dizer que, por um lado, o processo de industrialização ocorrido na nossa sociedade trouxe em seu bojo o desenvolvimento sócio econômico e o controle das doenças agudas, aumentando a expectativa de vida. Por outro lado modificou os hábitos de vida, deslocou o homem da terra, criou aglomerados urbanos, multiplicou as desigualdades sociais, fazendo das metrópoles os espaços onde estas desigualdades sociais se manifestam, trazendo novos fatores de risco para ocorrência das doenças crônicas degenerativas, entre elas o câncer.

Muito embora o câncer seja uma enfermidade “democrática” podemos observar, através das informações trazidas pelo estudo das localizações tumorais, os aspectos relativos ao perfil da sociedade brasileira. Outra questão é que a maior frequência/incidência de tumores é, indubitavelmente, um dos principais fatores a determinar a necessidade de se dispor de tecnologias para superá-los. Mas, isto não quer dizer que só se enfrenta tumores muito frequentes dispondo-se de alta tecnologia. O câncer de pele, o mais incidente em nosso país, é uma prova disso.

A representação social do câncer pode ser observada em conversas cotidianas. As pessoas dizem o câncer se espalha, se difunde, se prolifera ou se extirpa cirurgicamente, os indivíduos vêem o câncer “criando raiz”. Um caranguejo que adquire uma morada dentro do corpo (*idem*).

Em que pese toda a tecnologia atual com reais possibilidades terapêuticas, pensamos que esse imaginário perverso sobre o câncer acompanha, não só aqueles que já foram acometidos pela doença, como também os indivíduos sadios em geral. Os leigos e os médicos não oncologistas, em geral, ainda pensam no câncer como a presença da morte *in contesti*.

Olhando as ponderações acima colocadas entendemos duas falas dos médicos: a primeira referente à consideração da dimensão do sofrimento do paciente nesse tipo de patologia, caso assim não seja, o médico não obterá sucesso prático (MERHY, 2002) na sua proposta terapêutica.¹⁰

A segunda questão é referente às dificuldades que, segundo os oncologistas clínicos entrevistados, os médicos de outras especialidades têm em acompanhar o paciente com câncer. Para além das questões relacionadas ao campo dos saberes particulares, parece que os médicos têm dificuldades em lidar ou dar seguimento e acompanhamento aos pacientes oncológicos.¹¹

¹⁰ O termo sucesso prático foi tomado de Merhy (2002) significando mais do que o sucesso técnico da terapia ou do diagnóstico, mas o sucesso do cuidado em si.

¹¹ A revista Associação Médica Brasileira apresentou um artigo em 2004 50 (3) que traz um estudo realizado com médicos não oncologistas que avalia o nível de informação e as atitudes preventivas em uso corrente pelos médicos ligados à Faculdade de Medicina do ABC paulista. O estudo conclui que, na prática, as condutas médicas de não oncologistas em relação ao câncer não estão em conformidade com os consensos publicados e o médico age muitas vezes como o leigo em relação ao câncer.

5.2 As políticas de saúde para o câncer, engrenagem médico x estado x ligas

Antes das entrevistas com os médicos oncologistas, à guisa de aumentar nossos conhecimentos sobre o mundo médico oncológico seria desejável, tal como foi feito no estudo anterior, conhecer as políticas governamentais além da observação da organização dos serviços. Conhecer o desenho da política ajuda a entender o *engendramento das práticas*. Assim, para estudar a prática médica e o processo de trabalho dos oncologistas se fazia necessário pesquisar as mudanças e os arranjos políticos que permitiram a prática atual.¹² Abriremos um parêntesis cuja finalidade será relatar um pouco dessa história já que este recurso nos auxiliará em discussões posteriores.

Bodstein (1985) nos relata em seu livro História das Políticas de Controle do Câncer no Brasil a forma como as políticas de câncer foram idealizadas e construídas. O autor diz que em meados da década de 1930, o incipiente debate sobre a criação de uma campanha nacional sobre o câncer tomou corpo. No Governo de Getúlio Vargas, o Dr. Mário Kroeff, após várias tentativas frustradas, convenceu o presidente que o Brasil estava “atrasado” em relação ao diagnóstico e tratamento do câncer e que a Capital precisava ter o seu Serviço de Cancerologia. Em conjuntura política favorável, ainda na década de trinta, foi construído o Instituto

¹² Nossa pesquisa, nesse momento, deparou-se com a escassa documentação da área, diferentemente do primeiro estudo, poucos autores se interessaram em discutir as políticas da área do ponto de vista da sua organização e prática. Talvez isso se dê em função do distanciamento da saúde pública em relação à área ou por ser um campo em que a assistência médica individual e curativa predomine.

Conseguimos obter informações através da história de vida de alguns médicos que se destacaram na oncologia e através das histórias de instituições especializadas em oncologia. Nesse sentido as informações foram obtidas na Revista Brasileira de Cancerologia; a Acta Oncológica; no relato oral de médicos oncologistas e em Bodstein –1985 – em sua História das Políticas de controle do Câncer no Brasil.

Nacional do Câncer, de onde se desenvolveu a forma específica de apreensão das práticas.

No período que se segue, entre 1945 e 1960, a oncologia perdeu espaço como questão de saúde pública, pois nessa ocasião as ações do recém criado Ministério da Saúde (desmembramento do conjunto Ministério da Educação e Saúde), eram voltadas para as doenças de massa, que eram vistas como entraves ao desenvolvimento nacional. Nesse período se argumentava que combatendo a pobreza estar-se-ia melhorando as condições de saúde. Portanto, o debate que interessava, naquele momento, era o chamado câncer profissional, movimentando discussões em torno de vestimentas e equipamentos de segurança capazes de evitar a doença.

Nas décadas de 50 e 60 o país se abriu ao capital internacional (*ibidem*) e a indústria farmacêutica nacional já havia sucumbido por falta de investimentos. Particularmente na década de 60, as multinacionais da indústria farmacêutica influenciavam a assistência médica com o que foi chamado de modernização do ato médico, fragmentando a prática médica, estimulando as especializações e priorizando a assistência hospitalar. A complexidade relacionada ao diagnóstico e tratamento do câncer foi, sem dúvida, um estímulo para a indústria farmacêutica e de equipamentos. Em maio de 1968 foi oficializada a Campanha Nacional de Combate ao Câncer nos moldes da Lei Orgânica das Campanhas, seu objetivo agora fixado por lei era, principalmente:

Intensificar e coordenar, em todo território nacional, as atividades públicas e privadas de prevenção, diagnóstico precoce, assistência médica, formação de técnicos especializados, pesquisas, educação, ação social e

recuperações relacionadas com neoplasias malignas em todas as suas formas clinicas com a finalidade de reduzir lhe a incidência.

Pensava-se que sob forma de campanha haveria mais flexibilidade financeira e administrativa para as ações de combate ao câncer, porém, não foi assim que aconteceu. Na conjuntura pós-1964, durante o regime militar, a política ditada era privatista. O ministro Raymundo de Brito, que tinha prestígio junto aos médicos no antigo estado da Guanabara (e talvez por causa disso), estabeleceu em seu programa atividades específicas para o câncer. Mas elas não saíram do papel por que este permaneceu um breve período como ministro, sendo substituído ainda em 1967 pelo ministro Leonel Miranda, que trouxe a proposta de privatização da saúde. Houve extinção de serviços relacionados à saúde pública. Estas ações de saúde pública foram agrupadas em uma supervisão no Ministério, racionalizando a demanda, e entre elas, a do câncer.

Sem dúvida o desprestígio indicava o início de uma crise nesta área, crise que se concretizou posteriormente. Os idealizadores da Campanha Nacional de Combate ao Câncer elaboraram ao final da reunião comemorativa dos trinta anos da fundação do Instituto Nacional de Câncer (setembro de 1968) um memorial contendo um veemente e enérgico apelo ao Presidente da República, aos ministros da saúde, da fazenda e do planejamento, solicitando que não houvesse mais cortes na área da saúde.

Nesta conjuntura, o Instituto Nacional de Câncer, até então bem aparelhado, foi imediatamente alvo do objetivo privatizante que acometeu o Ministério da Saúde. Segundo declarações da época, o câncer era um problema de assistência médica

individual e não de saúde pública, portanto deveria ser privatizado. Em 22 de maio de 1969 foi assinada pelo Ministro da Saúde a cessão do Instituto à Fundação de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. As palavras do Ministro foram:

O hospital não perderá nenhuma de suas atribuições específicas, só que com grandes e amplas possibilidades de progresso por que dará lucro (...) deste momento em diante o hospital vai ganhar vida nova, desvinculando-se definitivamente da burocracia paralisante, para se transformar numa entidade mais próxima da empresa do que da repartição pública.

O Dr. Fialho, na época catedrático da Fundação Escola de Medicina e Cirurgia no Rio de Janeiro, assumiu a direção do Instituto, afirmando a sua importância de servir também ao ensino de graduação e à pesquisa universitária. Estava instaurada, ou talvez, acirrada a dicotomia entre o público e o privado, entre a assistência individual e curativa (terapêutica) e a saúde pública em relação ao câncer. Ao nosso ver, esse momento político fortaleceu a prática oncológica isolada das questões gerais da saúde pública.¹³

Chegando à década de 80 percebemos uma conjuntura política muito específica. Se, por um lado, foi chamada de década perdida para a economia, por outro, o processo de redemocratização do país ganhou força histórica, atingindo todos os setores, inclusive o da saúde. Nesse contexto buscava-se solução para a

¹³ Aqui é importante registrar que esta política de desfinanciamento do ponto de vista assistencial e o descompromisso com a prevenção e a detecção precoce do câncer comprometeram as políticas voltadas para o câncer em pelo menos vinte anos, como veremos posteriormente, e fortaleceram o ensino da prática médica oncológica individualizado e descontextualizado. O plano de Leonel Miranda não deu certo e o INCA retornou para o MS na década de 70.

grave crise instalada no campo da saúde. Todos os níveis de atenção apresentavam pontos críticos, fosse no modelo de gestão, de financiamento ou assistencial.

Havia um colapso nos hospitais de grande porte como o Hospital do Câncer. Mas, existia uma conjuntura favorável ao fortalecimento técnico-político e administrativo do INCA desde seu retorno para o MS. Por esse motivo, em detrimento de outros hospitais federais, foi proposta uma co-gestão entre o MPAS e o MS no sentido de viabilizar a manutenção do Instituto.

Aqui é necessário ressaltar que o Instituto, já naquela ocasião, era considerado uma instituição chave para a política de combate ao câncer no país. Suas formulações políticas para a área ganharam força de portarias no MS. A atuação médica no Instituto fortalecia a prática voltada para os altos padrões tecnológicos. Hoje, apenas os procedimentos oncológicos por ele institucionalizados são pagos pelo SUS.

Na década de noventa, após uma reorganização político administrativa, o Instituto foi recolocado como formulador de políticas e principal formador de recursos humanos para a área de oncologia. Em que pese a prática do MS em formular programas centralizadores e verticais com resultados apenas parciais para o problema do câncer, houve nesta década uma inflexão na assistência oncológica, desta vez voltada para as questões de saúde pública. Destacamos que não aprofundamos a inserção do Instituto no cenário da saúde pública em função do objeto dessa tese ser os médicos oncologistas.

Assim, vimos que a oncologia se construiu alicerçada em nomes de destaque no âmbito da elite médica, que era constituída por médicos professores universitários, e que existia uma influência direta dos médicos nas ações governamentais. Muito diferente dos acontecimentos que encontramos no primeiro estudo. No PSF, o médico foi convidado a participar das equipes que originalmente seriam de enfermeiros e agentes comunitários (SOUZA, 2001). Foi uma política planejada e induzida pelo Estado. Na oncologia o médico se aperfeiçoava fora do Brasil trazendo procedimentos e práticas e os introduzia diretamente nos serviços, sob a égide do moderno e avançado. Nomes como o Prof. Mário Kroeff ou Antonio Candido Camargo, entre outros, introduziram, a seu modo, a prática oncológica no Brasil.

Eles compunham um grupo de médicos politicamente influentes e, por isso, exerciam pressão política para a aquisição de novas tecnologias para o diagnóstico e tratamento do câncer. Não existiam comissões técnicas para determinar a relação custo/benefício. Ações individuais, arranjos institucionais e políticos determinavam maiores ou menores investimentos na área.

É importante sinalizar como a assistência ao doente de câncer, que prima pela utilização de alta tecnologia, possibilitou o pensamento de lucro e facilitou a introdução do ato médico pautado pela “mão armada” através dos equipamentos e pela indústria farmacêutica. Essa configuração de interesses técnicos e políticos fortaleceu o projeto médico oncológico que passou a ser financiado pelo Estado e a formar profissionais de acordo com as necessidades do projeto médico, em detrimento do imperativo do sistema. Foi o espaço onde projeto profissional e Estado se encontraram e se fortaleceram. Até os dias atuais, os procedimentos relativos ao

câncer estão entre os mais bem pagos pelo SUS e fazem parte das configurações que permite a manutenção dos “negócios da oncologia” como veremos a seguir.

Além do papel do Estado como grande financiador e formador de médicos oncologistas, os médicos também se estruturaram em Ligas de Combate ao câncer. Influenciados por uma lógica de organizações sociais adquiridas dos países desenvolvidos. Lideranças médicas (por exemplo, o Dr. Mário Kroeff) construíram no país um tipo de organização que mobilizava a sociedade para o apoio aos pacientes. No início, essas organizações tinham caráter filantrópico e visavam apoiar os pacientes que não podiam ficar em seus domicílios.

Mais tarde, com o apoio do Estado, passaram a promover campanhas nacionais e atendimentos médicos ambulatoriais se fortalecendo em um modelo análogo ao das santas-casas. Nesses espaços que se constituíam com a influência dos médicos, o estímulo do Estado sob a égide da filantropia, permitiram o desenvolvimento das características atuais. Isto é, **poucas unidades públicas para a assistência e formação, saberes e práticas concentrados no conhecimento médico; financiamentos de pesquisas e formação à margem das necessidades do Estado embora, em parte, promovidos por ele.** Os médicos diziam que “*nos países civilizados as medidas governamentais e civis unem-se, criando ligas e fundações para o combate à doença*”.¹⁴ Desde a década de trinta elas vem sendo organizadas¹⁵.

¹⁴ Trecho do memorial enviado pelos cancerologistas do SNC ao Ministro da Educação e Saúde por intermédio de Philadelpho Azevedo (Prefeito da Capital na época e que era irmão do médico Sérgio Lima Azevedo, cancerologista).

¹⁵ Em dezembro de 1934, em um banquete oferecido pela sociedade paulistana ao Dr. Prof. Antônio Cândido Camargo, foi lançada a idéia de se criar a Associação Paulista de Combate ao Câncer, que mobilizou a sociedade paulista, tendo como madrinha Dona Carmem Prudente (esposa do renomado médico da época, Dr. Prudente). Esta associação angariou fundos durante mais de uma década até inaugurar o Instituto Central Antônio Cândido Camargo em São Paulo, hoje um importante centro de oncologia onde são realizados além da

O combate ao câncer assume a feição de uma força tarefa na qual toda a sociedade deve ser envolvida. No nosso entendimento, as ligas são esse símbolo. Elas continuam em atividade, arrecadam recursos financeiros para a compra de equipamentos, reformas de unidades, ações voluntárias e assistenciais e ações publicitárias de massa. Como ilustração da atualidade das ligas citamos que, em 1984 o Sr Ermínio de Moraes, industrial brasileiro da área de alumínio e mineração, foi homenageado como Presidente de uma dessas Fundações.

Atualmente a ABIFICC (Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer) consolidou-se politicamente como representante dessas entidades. Tem por objetivo coordenar nacionalmente as ações político-administrativas das Instituições que a compõem; custeia todas as suas atividades através das mensalidades pagas por seus associados. Ou seja, é a grande administradora das ligas. Tem poder político e com ele fortalece as ações médicas individuais. Seus representantes compõem as sociedades médicas científicas do câncer e fazem parte de conselhos consultivos para as políticas da área.

Nos conselhos consultivos vinculados ao Ministério da Saúde discutem e buscam influenciar o modelo de financiamento público para os procedimentos médicos; as políticas de implantação das novas unidades sejam públicas ou

assistência, ensino e pesquisa. Na década de 40, a Liga Baiana Contra o Câncer (uma das mais tradicionais) exibia filmes sobre o câncer para a população nos cinemas locais. Hoje é um hospital especializado.

Em 1945 foi criada, por um grupo de senhoras da sociedade pernambucana (com o apoio dos médicos), a Sociedade de Assistência aos Indigentes Hospitalizados. É hoje a Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer.

No Paraná, a Liga Paranaense Contra o Câncer já em 1947 promovia encontros e seminários para leigos e profissionais de saúde. Essa liga se tornou, tal como a Liga Baiana, hospital especializado no tratamento do câncer.

Em 1951 foi fundada no Rio de Janeiro, pela esposa do Dr. Alberto Coutinho, Dona Ingeborge Coutinho, a Legião Feminina de Educação e Combate ao Câncer. Além de angariar fundos para o combate ao câncer, promovia cursos dirigidos às senhoras da sociedade, que se tornaram captadoras das mulheres para serem atendidas nos ambulatórios em que seus maridos trabalhavam (algumas aprenderam a fazer colpocitologia).

A Liga Norte- Rio- Grandense Contra o Câncer é uma instituição fundada há mais de 50 anos, voltada ao atendimento preferencial da população mais carente. Presentemente, cerca de 85% de seus serviços são prestados a pacientes do SUS.

prestadoras de serviço ao SUS; seus representantes **parecem exercer maior influência na apreensão da prática médica oncológica do que as escolas médicas, uma vez que têm assento em fóruns destinados a discutir os conteúdos da residência médica em oncologia.**

Daqueles dias aos tempos atuais percebemos combinações institucionais que precederam a prática que fortalece a assistência médica individual. As políticas nessa área sempre privilegiaram investimentos em equipamentos e medicamentos nos quais os médicos eram (e são) engrenagens perfeitas, segundo eles mesmos dizem.

A questão da integração¹⁶ da assistência oncológica começou a se manifestar no âmbito do câncer no Ministério da Saúde no final da década de 90. Até então no âmbito das ações de saúde voltadas para as doenças crônicas, as relacionadas ao câncer eram aquelas que mais se afastavam da visão de rede de atenção à saúde.

Reconhecemos que houve no final da década de 1990 uma tentativa política do Instituto de se aproximar dos estados, buscando construir ações conjuntas, mais amarradas, indo ao encontro das necessidades nacionais. De 2000 a 2005, a busca de parcerias com os estados vem se consolidando. Mas, no cotidiano das práticas, os médicos demonstram em seus discursos que têm pouco conhecimento sobre a política que ancora a formação e a prática oncológica no Brasil.

¹⁶ Integração aqui entendida apenas como acompanhamento do paciente nos pilares da assistência oncológica (cirurgia, quimioterapia e radioterapia) se referindo à integração dos serviços.

6 COM A PALAVRA : OS ONCOLOGISTAS CLÍNICOS

Nesse capítulo apresentaremos as falas dos médicos entrevistados. Relembramos que a seleção dos sujeitos considerou alguns pressupostos: médicos entre trinta e cinco e quarenta e cinco anos, oncologistas, exercem suas atividades em uma instituição pública e em consultório ou clínica particular. Foram entrevistados seis médicos sendo cinco homens e uma mulher. Foi também entrevistado um profissional formado na década de setenta que nos subsidiou quanto à reconstrução e inflexão ocorrida nessa década. Essa entrevista, que chamamos de entrevista piloto, introduz as demais entrevistas.

As entrevistas são apresentadas em blocos que nos permitem contextualizar melhor as falas. Destacamos com negritos os pontos relativos à categoria que desejamos analisar posteriormente.

Essa voz que damos doravante aos médicos – arriscamos dizer – são seus próprios pensamentos sobre a qualidade do trabalho, o mercado de trabalho, a relação médico–paciente, as relações comerciais, questões que atualmente estão em pauta em qualquer *fórum* em que se discuta os problemas da área.

Trazem como principais referências, as dimensões do cuidado, os arranjos institucionais, a formação técnica e as políticas de saúde.

A categoria médico cuidador servirá para conhecermos as representações subjetivas que o cuidado tem para eles, principalmente a que serve esse cuidado, ou seja, o que significa para eles cuidar do paciente e como eles realizam esse ato.

A categoria médico empreendedor nos trará por referência os arranjos institucionais públicos e privados. O objetivo foi evidenciá-los como cenários favoráveis à realização desse trabalho médico e o quanto eles possibilitam, ou não, a realização de um ideal de trabalho, ideal aqui significando uma pretensão ou uma aspiração a um trabalho perfeito do ponto de vista técnico e ético. São abordados os aspectos público e privado desses arranjos institucionais, assim como a relação comercial entre o médico individualmente e a indústria farmacêutica; aborda ainda as relações comerciais com os convênios.

A categoria médico especialista nos traz a formação técnica como pano de fundo para a formação prática, e como são arregimentados aqueles mais afeitos à sedução da biomedicina. A categoria médico servidor público nos mostra a percepção destes sobre as políticas da área. Com a palavra os médicos.

6.1 Entrevista piloto

Optamos por realizar, antes das entrevistas esperadas, uma entrevista piloto. Esta foi obtida com um profissional que iniciou-se no exercício da oncologia na década de setenta e que participou ativamente dos processos técnicos e políticos da construção da oncologia clínica no Brasil. Essa opção teve como objetivo construir pilares para as entrevistas posteriores, trazendo um panorama e um roteiro para os temas abordados nas entrevistas.

Nesse primeiro bloco o entrevistado nos fala sobre o início da especialidade que tinha como base um bom conhecimento clínico visando entender, prevenir e acompanhar os efeitos das drogas. Fala também que em função da toxicidade do

tratamento precisavam conhecer a vida do paciente e que essa situação resulta em compromisso com o outro. Trata-se, portanto, de um tipo de cuidado. O foco é o escopo de toxicidade do medicamento, mas o produto acaba sendo o interesse pela pessoa doente. Fala sobre o reconhecimento da especialidade profissional, que não aceitou ser reduzida a um dos procedimentos, mudando seu nome de quimioterapeuta para oncologista clínico, terminologia que, segundo o entrevistado, reflete mais e melhor a atividade.

M – a própria evolução[da oncologia] como sempre não surgiu aqui, ela foi importada, ela surgiu bem depois da cirurgia e da radioterapia ela surgiu durante os anos 60 no Brasil. Os cirurgiões é que usavam; começaram a fazer o esquema terapêutico. No Brasil, o pioneiro foi o professor...que começou a fazer o esquema terapêutico e ele era clínico, ela era clínico e foi o pioneiro. Houve então uma mudança no instituto [INCA]e o clínico passou a se interessar pela quimioterapia, por quê ? porque ele dominava a clínica mais que o cirurgião. Por que de imediato se viu que não era qualquer um que podia usar, mas também não era fazer uma..., vamos dizer assim uma... uma escolha deliberada prá fazer só aquilo[o tratamento], o cara tinha que ter um pré-requisito prá saber usar aquilo prá não matar o doente, que era o pré-requisito de ser um bom clínico, saber clínica, entendeu, por quê? Por que ele, ele... é fundamental... Ele alterava tanto com o medicamento, alterava tanto o equilíbrio, que se ele não for bom clínico, prá corrigir a neuropatia, corrigir a obstrução intestinal, porque os medicamentos tinham o... vamos dizer o escopo de toxicidade muito ampla. Se o cara não fosse um clínico ele iria sei lá, matar o doente. É tanto que... é... é... você pra radioterapia, você pode até dispensar a clínica, não é ele que trata o doente. Mas aí a especialidade se fortaleceu com isso, que além de ter uma visão mais ampla da coisa ele tem uma prática

muito mais abrangente com aquele doente. Talvez seja por isso que você sinta que eles têm compromisso. Porque eles sabem que aquele indivíduo vai morrer se ele não souber tratar. A gente tem que orientar a família, porque... como é que vai ser com a roupa, como é que vai ser, como é que vai ser com a dormida, como é que vai ser com, entendeu, com a cama, como é que vai ser com tudo isso. Eu me lembro que eu tive um doente lá no México, ele morava em... lá no deserto lá prá cima, o coitado viaja oitocentos quilômetros prá poder fazer o tratamento comigo lá no instituto nacional de cancerologia, e o que eu tive que fazer prá aquele homem, porque eu tive que ensinar a cortar unha, eu tive que ensinar, entendeu. A ... manter a narina limpa, o dente limpo, prá tomar banho, não sei o que, e explicava assim, tinha que chamar a família prá explicar, como é que tinha que ser o cuidado com a roupa, porque se eu não fizesse isso ele podia ter uma resposta 'a quimioterapia maravilhosa, mas ele iria morrer, entendeu. Então, a exigência vem daí, por isso que a gente é exigente

É tanto que um radioterapeuta diz "Não, meu remédio é a máquina" prá o radioterapeuta o foco é a máquina.... pro oncologista clínico o foco é o paciente, né. É aquele remédio... o foco, na verdade, é a toxicidade do tratamento que ele dá que é muito mais perigosa por que é sistêmica, eu não tenho uma toxicidade local como é na radioterapia, entendeu, mas ao mesmo tempo, a vida... a vida toda do... do paciente passa a interessar a ele. E não só a toxicidade. Então tem que saber se ele tem bons hábitos de higiene, tem que saber se ele... O que que ele come, você tem que dizer "Oh! Não coma comida crua", entendeu, "Você não pode ter verminose", entendeu. Então é aquele cuidado mesmo, aquele cuidado que a gente esperaria de um médico, né.

Você não começa um tratamento em hematologia, né, sem saber se o indivíduo não tem verme, se o indivíduo não tem infecção urinária, se o indivíduo não tem isso, não tem

aquilo, prá você passar prá ele o tratamento. É o cuidado integral.

Agora isso, por quê? por causa disso, a ... ele lida com todo o organismo; ele pode não operar o cérebro, mas ele sabe muito bem o que é que aquele tumor vai dar no cérebro o que e que precisa prescrever para o paciente não ter edema cerebral antes e depois. E ele é quem tem a indicação.

Quer dizer, eu... eu... a minha interpretação, sem dúvida, minha interpretação é que o fato dele se preocupar com o doente quando não é um foco propriamente, o foco é que ele sabe que ele vai mexer com o corpo todo. Ele tem que cuidar prá não.. entendeu. Ele sabe que mal que ele pode causar se ele não cuidar bem do doente é a responsabilidade, entendeu, é a questão responsabilidade mesmo eu tenho que cuidar bem prá não perder o doente no tratamento. tanto que você não vê nas enfermarias [do INCA}, outros especialistas para todos os doentes, ele faz um ou outro trabalho de segmento. Tanto que você vê que quem cuida do dia a dia do doente é o oncologista, quem prescreve no dia a dia do colírio até o laxativo é o oncologista.

Ele pode tá tratando um tumor no pulmão mas ele tem que saber do indivíduo como um todo e não e por causa do tumor é por causa do tratamento que ele faz. Pode explodir em qualquer canto a toxicidade.

Quando chegou a essa especialidade uns poucos dominaram tanto que o Dr... do Instituto, fez herança .o Dr....[do Instituto} herdou tudo, herdou clinica herdou doentes, herdou tudo. Era muito restrita, uns ensinavam aos outros. Lá pelos anos 70 e 80 surgiu a Sociedade Brasileira de Quimioterapia Antineoplásica o que é hoje a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica.

Depois mudou o nome. Por quê? Porque a gente começou a reagir. Eu mesma(o) nos anos setenta quando me chamavam... Era assim, quimioterapeuta, ou era radioterapeuta, a gente começou a reagir, entendeu, eu

mesma(o) odiava de ser chamada(o) de quimioterapeuta, eu não “Eu sou um(a) médica(o), entendeu, eu sou uma clínica(o)”, porque a coisa não podia se resumir à quimioterapia ... a coisa não se resumia à quimioterapia como se resume a radioterapia aí a sociedade mudou de nome.

Foi instintiva, porque eu... eu... era membro da sociedade ia pro congresso e tudo nunca via essa preocupação não, entendeu, aí eu nunca discutia isso, nunca discutia agora, quando se fortaleceu a ... a ... ASCO, a American Society of Clinic Oncology aí aqui a gente começou a mudar o rumo da sociedade da oncologia clínica, mas eu acho que instintivamente e por trás sempre houve essa preocupação, “Olha não é a mesma coisa que radioterapia”, não é... é simplesmente fazer um... um... procedimento de curta duração assim no máximo loco regional e que tem pouca interferência, apesar de ter alguma sobre o sistema,. não não é assim. Se não souber fazer bem a preparação, paralela, né...E a sociedade mudou de nome, eu não sei lhe dizer em que ano foi, mas foi assim... depois de meados de 70.

No próximo bloco temos o relato do nascimento de um mercado com características diferenciadas, considerando-se as possibilidades do mundo médico. O entrevistado nos fala do início do processo de comercialização dos quimioterápicos e afins pelos oncologistas.

[Atualmente] O grande lucro é individual, tá se acabando[isso eles dizem] porque o número de especialistas tá aumentando, mas [só] por isso. Por exemplo, só de radioterapia e quimioterapia o SUS pagou mais de um bilhão e duzentos milhões mais de oitocentos milhões só de quimioterapia, nesse mercado, qual mercado que você tem no Brasil que tenha... oitocentos

milhões por ano só no SUS. Só pagando os procedimentos...de Quimioterapia.

Agora o mercado é enorme, mas o grande problema, o problema prá nós do sistema[Sistema Único de Saúde], prá eles foi ótimo, o grande problema é que é... floresceu desta forma, cresceu muito porque foi dado a eles serem também vendedores de remédios. No tempo do INAMPS, no tempo do INAMPS se tentou não dá prá eles, serem... entregarem remédios, eu digo eles, não são só os médicos, o clínico individual, é... o hospital. Mas no tempo do INAMPS se tentou fazer a comissão de oncologia, as comissões de oncologia estaduais e havia a CEME, lembra da Central de medicamentos? A CEME é que distribuía os quimioterápicos e aí só para os hospitais, o ... era prá aqueles hospitais, né, que a CEME é que fazia e era muito restrita a oferta. A oferta [de medicamentos]era muito restrita da..[oncologia]. quando acabou-se a CEME e tudo, a saída para a oncologia foi fazer assim “Olha eu te pago um pacote e você me dá um serviço, não me preocupo em distribuir remédio”. Não existe a distribuição de excepcionais? não existia ,Existe? Primeiro pro hospital a pessoa ia, era... chegava lá com a receita do hospital tal e tal era credenciado no INAMPS e pegava o remédio. A distribuição do quimioterápico era centralizada mais ou menos assim, não era bem assim. Mas só que havia uma central de medicamentos do pessoal ligado à CEME, aí quando isso, esse modelo parou de servir, de existir, né, A oncologia, se não me engano, foi uma das primeiras, né, Por que? Era muito era muito complicado, porque é muito especializado, é muito especializado, é uma área técnica muito complexa, aí eles disseram “Não, vocês fazem o que quiserem com os remédios, eu te pago o pacote vocês pegam o doente” aí foi que prá mim que se deu a coisa ,porque eles passaram a ter uma relação direta com a indústria, é assim, que o consultório deles já é o tempo todo, é assim no privado no público... o INCA, por exemplo, compra remédio direto, né, ele chama o vendedor que pode

ser tanto o laboratório como pode ser o intermediário e faz a compra.

Cada um faz sua compra. Primeiro os laboratórios por conta da organização, o setor é bem organizado, é muito mais bem organizado do que qualquer outro, primeiro ele é menor, né, a quantidade de prestadoras é menor, no SUS tem em torno de trezentos. ... vamos dizer, o operador do mercado que é o oncologista é muito pequeno, não é? dá prá eles controlarem bem, segundo você tem boas normas, são muito... são muito bem feitas, né, eles organizam o sistema, então o que que eles fizeram, terceiro... a indústria passou a negociar direto, a negociar com ele direto, então eles fazem o preço com cada, com cada operador, com cada prestador, então no que você tem uma compra grande, você obtém o melhor preço, né.

Não, mas tem as grandes farmácias e as distribuidoras. Antes você tinha que internar para fazer em segurança por você não tinha o domínio da coisa, você não dominava a toxicidade você internava por segurança. Ele levava o indivíduo pro consultório e internava no hospital e fazia. Ganhava a consulta e o remédio. Agora o grande salto mesmo foi que começaram a surgir remédios que diminuía a toxicidade principalmente os vômitos. O novos medicamentos controlaram, o vômito praticamente acabou então diminuí a necessidade de internação. O que que se deu, isso aumentou o número de pacientes ambulatoriais aumentou ainda mais ainda a autonomia, né, dos oncologistas, os laboratórios começaram a usar um negócio chamado consignação. Então eles funcionam quase tudo em consignação principalmente os isolados[serviços].

Essa... coisa assim, entendeu, então eu chego e te dou cem frascos do remédio, duzentos de outro, quinhentos de outro, cinquenta de outro, no final do mês eu chego; é... você gastou tanto, me paga tanto eu reponho no mesmo...estoque, é um bussinessizão !

Mas é isso aí..é um grande negócio existem algumas... algumas publicações do quanto se movimenta em oncologia ... O custo médio hoje de uma quimioterapia no SUS, o custo médio tá em torno de R\$500,00, médio , no setor privado é mais caro. Normalmente um doente fica nove meses por ano em tratamento (só quimio) no setor privado é mais caro três vezes. Hoje a gente estima que haja cerca de 120 mil pacientes de oncologia por ano no Brasil é uma verdadeira legião no SUS

Agora no setor privado tem uma conta que não cai bem. se a medicação for via oral ele não paga aí o paciente tem que comprar prá usar, agora. ninguém compra, então ele vai pro SUS. Agora a escolha do medicamento no setor privado é feita muito mais pelo status do remédio novo. O que dá status é o uso do remédio novo.

Agora eles atendem bem e cuidam dos os pacientes do SUS e do privado, mas quem está no comando e a indústria farmacêutica , o médico fica vendido[e vendendo], o que é errado do ponto de vista do nosso código de ética profissional, né?

O profissional entrevistado nos traz, de forma global, a questão do cuidados do paciente oncológico, das relações comerciais, a formação da especialidade e a fragilidade do estado na área que acaba por fortalecer os atores individuais, cujos nomes optamos por não mencionar.

O cuidado para eles significa evitar qualquer situação que altere o tratamento da doença, o cuidado integral está se referindo à vigilância quanto a possibilidade de eclodir uma complicação do tratamento, seja no campo da fisiopatologia, seja no âmbito da vida da pessoa. Não se trata do todo dentro do conceito ampliado de saúde (lazer, educação, trabalho, moradia etc.) É diferente do todo do médico da

Saúde da Família. Porém quando o entrevistado descreve esse cuidado constata-se que aspectos importantes da vida do paciente são observados.

Vimos também que esse cuidado é ancorado na clínica e, como nos é dito: “de imediato se viu que não era qualquer um que poderia fazer aquilo (administrar a quimioterapia no paciente) era preciso ser bom clínico”, saber clínica para corrigir as intercorrências e cuidar para que outros aspectos do cotidiano não interferissem. Vimos ainda, através desta fala, como se herdavam os pacientes, a clínica, os conhecimentos relativos aos serviços públicos ou privados.

Outro aspecto evidenciado na entrevista nos parece ser a mudança surgida quando o Estado abdica de distribuir os quimioterápicos e afins, facilitando a comercialização desses insumos diretamente entre o médico e a indústria farmacêutica. Fato que parece ter gerado um problema ético, como veremos a seguir. A especialidade floresceu sob a égide de uma boa formação clínica, mormente no serviço público, caracterizando-se pelo compromisso com o paciente, pela busca constante da atualização técnica e, por fim, transformando-se em um “bussinessização”.

6.1.1 Médico cuidador: *“Ajudar a pessoa a passar... pela doença”*

Durante as entrevistas realizadas veio à tona, de forma espontânea, a questão da auto-imagem que os médicos oncologistas têm de “cuidadores” de pacientes. Todos, de alguma maneira, se sentem cuidando integralmente do seu paciente. Na entrevista piloto o médico havia nos dito que pensavam de forma

diferente dos radioterapeutas; enquanto esses diziam, “*nosso tratamento é a máquina, nosso foco é a máquina*”, o foco dos oncologistas parece ser mais amplo.

Para os oncologistas, cuidar significa prestar assistência médica com boa qualidade técnica e acompanhar a vida do paciente em todos os detalhes possíveis para que não ocorra nenhum risco de falha no tratamento médico. Mas essas entrevistas mostram também que, apesar do foco ser a doença e não a pessoa, eles se vêm impelidos a cuidar da pessoa doente.

Médico 1

É, é você completamente diferente, porque a gente tem uma visão às vezes meio que segmentada da coisa, então, o cardiologista trata do coração, o pneumologista trata dos pulmões, o gastroenterologista trata do tubo digestivo, o neurologista do cérebro, e a impressão que a gente fica é que cada um desses especialistas corre muito com o paciente né, da mão de um, prá outro, prá outro, prá outro, e nunca tem alguém que realmente toma conta, bom, você como oncologista, você tem pacientes absolutamente complexos que ninguém mais quer botar a mão. Então, o paciente do cardiologista ele é bem atendido pelo pneumologista, ele é bem acolhido pelo endocrinologista, bem acolhido pelo gastroenterologista. O paciente oncológico é um paciente que estes especialistas participam, mas eles de pronto remetem o doente de volta prá você, falam: “Olha, você tem que falar com seu médico; e o seu médico é o oncologista”, não existe espaço na oncologia, prá você não ser médico, no ponto de vista clínico”

Podemos observar que esse entrevistado se percebe como um especialista com uma prática clínica aprofundada em uma área e não um especialista não conhece pouco as demais. É interessante a forma como ele descreve o médico clínico.

“Como é a visão de ser médico clínico: você atender o paciente, você conversar com o paciente, você é assumir a responsabilidade daquele paciente de uma forma integral. Você está preocupado como é que está a glicemia dele também, também é uma preocupação sua como é que anda o colesterol, é uma preocupação sua se a mulher fez ou não fez o preventivo, então é o paciente oncológico ele gera uma relação com o oncologista que é uma relação de muito maior dependência , proximidade e, é uma relação muito estreita mesmo, não_é..., e, não existe espaço na oncologia pro sujeito não ser clínico, o que que eu te digo, o cardiologista ele pode optar por fazer o ecocardiograma, ele pode optar por ser intensivista, ele por optar por ser, fazer cateterismo cardíaco, na oncologia clínica, isso não existe, isso não existe, você vai tratar de paciente com câncer, você vai botar a mão na barriga do paciente, você vai ter que escutar o paciente, você vai ter que conversar com o paciente, não tem alternativa, entende? Então, é uma especialidade em que você não conhece oncologista, a não ser aquele que se envolve com uma área é... administrativa, ou ele muda de especialidade, na hora que ele faz[essa opção]... ele deixa de ser oncologista e ele passa a ser epidemiologista, mas o oncologista clínico ele está atendendo gente mesmo, ele está na prática clínica, tá clinicando mesmo, então isto é uma coisa muito poderosa né, você está aqui no ambulatório, eu passo na enfermaria todo o dia, praticamente todo dia, então é um atendimento bem mais médico, bem mais.

“você acompanha o paciente terminal, você tem essa... uma questão é... muito pessoal né, você tem a questão de assumir uma responsabilidade, de uma notícia, muitas das vezes muito ruim, é... você assume isso tudo, você não tem como ter meia palavra né, é a palavra inteira e é aquilo mesmo, você dá um suporte emocional prá esse indivíduo, então é...

Como veremos a seguir eles têm a visão especial sobre o paciente oncológico.

– O que acontece... o paciente oncológico ele é um doente muito complicado no ponto de vista emocional, é difícil você chegar pro paciente e dizer “eu vim aqui só dar notícia boa”, né, você vai falar que ele vai fazer quimioterapia e vai ficar careca, vai enjoar, ele vai ter complicações, a gente tá falando em reduzir o risco de morte, ou falhar, então, sempre a informação que ele recebe é uma informação ruim, né, é... aqui não se fala em coisas do tipo “olha eu sei que você tá muito mal agora, mas você vai tomar este comprimidinho e amanhã você já vai estar bem”, como se você fosse tomar um antibiótico prá tratar uma infecção urinária, tá ardendo né, mas vai passa. Não aqui as coisas são, a médio prazo e freqüentemente com uma possibilidade de insucesso muito grande, então o paciente que ele é emocionalmente bastante... bem mais complicado, né. É, enfim, vem a questão de... emocional né, tem questão de ser um paciente em que as intervenções são muito agressivas, então você sempre tá diante de alguém que você tem uma possibilidade de você fazer uma coisa muito boa, mas também tem um grande problema, uma toxicidade mais grave, uma cirurgia com uma mutilação maior...

... bem mais complicado, bem mais complexo do ponto de vista de interação, tem uma coisa que a gente só aprende com o tempo, que... a função nossa como clínico, como médico, não é curar ninguém, nenhum doente chega é..., fundamentalmente procurando a cura, ele procura o médico porque ele tem dor, porque ele tem falta de ar, porque ele tem, sei lá, tosse, e... e a tua função é aliviar aquele sofrimento, e se você vai aliviar o sofrimento de uma forma definitiva, então “...Então, é... é um paciente diferente, é um paciente que ele se entrega muito a você, eu costumo conversar com os doentes, e converso, converso, converso, né, na primeira consulta eu falo[para o paciente]... “olha prá mim tudo o que você tiver me dizendo eu assumo com uma verdade, a gente tem que pactuar isso, então

*o que você tá me dizendo é uma verdade e o que eu vou te falar é uma verdade também sobre o seu... problema,... **muitos deles morrem, talvez a maioria realmente venha a morrer, mas é uma relação muito... muito rica né, que você aprende muito, que você é... você vê muitas coisas assim diferentes, é um paciente que ele é... você vê realmente como ele é, não é dissimulado, né não é...***

O entrevistado nos diz que, em geral, os médicos “*correm muito*” com o paciente mas que na oncologia isso não é possível; entenda-se esse correr muito como consulta rápida, exame físico superficial, pouco tempo para a consulta médica. Como vimos na entrevista piloto a consulta médica oncológica requer um acompanhamento minucioso, inclusive da vida pessoal do paciente, e eles vêm essa atuação como de responsabilidade integral pelo paciente. O entrevistado diz que os pacientes são muito dependentes e focaliza o poder que isso representa para ele. É interessante quando diz que seu atendimento é *mais médico*, reconhecendo que, então, existem atendimentos menos médicos? Ou reforça a identidade médica em tratar as doenças. Quando diz que pactua com o paciente e se responsabiliza também pelas más notícias reconhecemos que existe, mesmo que de forma não planejada, uma relação de confiança e escuta. Acredita em seu paciente e sabe que este não o ludibria, pois entende que ele (médico) pode ajudá-lo. Percebemos que sua fala é calcada em idéias de responsabilização (do médico) e dependência do paciente, fato que parece não incomodá-lo, ao contrário, crê que isso lhe trará a possibilidade de sucesso terapêutico (MERHY, 2002).

Médico 2

Eu acho... eu acho que tem assim, é... o que que muda em relação às outras especialidades principalmente, você lida

com uma especialidade que tem uma associação muito forte com o final da vida, uma iminência muito grande disso, e que culturalmente a gente vê que a maior parte dos oncologistas se sentem quase dono da vida do outro, eu posso dizer que eu não... se você me perguntar se eu não tenho isso, eu procuro não ter eu procuro deixar o outro entender e me sinalizar se quer, principalmente em.. eu faço parte da pesquisa eu deixo bem claro ah! Que que eu acho, então quando eu acho eu viro dono, eu digo assim: Porque é verdade, se eu sinalizar eu vou estar contaminando a sua decisão, então o que que eu vejo de diferença, primeiro isso, primeiro isso assim, as pessoas dizem “ você é muito carismático, então você acaba envolvendo o paciente” né... Você sabe que entra dentro da vida do paciente muito rápido, não tem realmente meio termo, ou as pessoas gostam de mim ou me detestam, não tem meio termo, não tem meio do caminho.

Novamente vemos aqui a referência, dessa vez colocada de forma crítica, que o oncologista se sente dono da vida do paciente e que, desejando ou não, esse profissional acaba por participar intensamente da vida da outra pessoa.

Médico 3

ele traz uma história, entendeu, não traz só a história do câncer, ele tem uma vivência, ele tem um... toda uma... e isso prá mim é prazeroso, eu gosto de estar com eles, entendeu, em geral, é claro, que nem todo doente você gosta, mas de uma forma geral eu gosto de estar com essas pessoas, eu tenho prazer de estar com elas e... fazendo alguma coisa dentro da minha profissão, então eu acho que... é... é...então eu acho que isso é...uma... é assim... me dá prazer, entendeu, você fazer um follow-up, um segmento de uma paciente, entendeu, eu gosto de ouvir a paciente, eu gosto de falar com ela, eu gosto de

trocar idéias com ela, então isso é a primeira coisa, que eu acho que isso deveria ser prá toda medicina, não só exatamente prá... prá oncologia, mas é claro que isso ameniza um pouco a oncologia, né, por que... a oncologia às vezes pode ser muito dura, muito pesada, né, e prá mim às vezes ela é muito dura, muito pesada, né, e às vezes eu faço alguns exercícios, eu: “mas porque que ela [a oncologia]é tão dura comigo... mas ela não é comigo ela é com ele”, entendeu, e aí você fica assim, gente às vezes eu quero dar mais do que eu posso, então é um exercício também da gente é... entender a nossa limitação como médico, entendeu.

M – Isso a gente faz o tempo[se envolver com o doente]... sabe, é uma coisa assim, sem querer você vê e você tá lá, né, e envolvido, né, e você sofre junto, mas você tem que de novo voltar e dizer, olha é a minha limitação, entendeu, é a limitação da ciência, entendeu, não tem jeito, né, então eu posso amenizar o sofrimento dela, né, eu posso tentar ver qual é a melhor maneira da gente levar aquela realidade até o fim, né, seja ele qual for, mas... existe uma limitação, então assim, você diminui um pouco o seu sofrimento na hora que você o tempo todo faz esse exercício, entendeu. a tratar, a cuidar, o médico é um cuidador, ele não é um curador, entendeu, ele é um cuidador, né, e a gente tem que aprender isso, a gente tem que ter isso o tempo todo na cabeça, né, e o tempo todo se a gente cuida, a gente tem que ter a referência do doente, do quanto o cuidado tá sendo bom, ou não está sendo bom, né, e não a nossa referência, né, então... este exercício eu pratico todos os dias, eu acho que de uma certa forma ele ameniza um pouco o teu desgaste, né, por que se o teu objetivo for curar, você tá ferrado, não vai ter oncologista, então ele ameniza, tá, é...

Mais uma vez, a fala é construída expressando o interesse pelos aspectos da vida da pessoa e reconhecendo, outra vez, que isso deveria ser válido para toda a

medicina; dá dimensão humana às limitações da ciência e nos diz que o médico não é um curador e sim um cuidador (pelo menos nessa especialidade).

Médico 4

É... exatamente, um interesse pelo acompanhamento e tratamento do paciente com câncer...tá eu acho que um tratamento que... exige muito do do... médico, na verdade, porque você tem que acompanhar esse paciente, eu acho que ele exige um acompanhamento mais próximo, né, mais cuidadoso, porque ele tem sintomas causados pela doença, né, é uma doença que traz muita alteração também, é... não só do ponto de vista de de... sinais sintomas do paciente, mas na vida do paciente da família, então eu acho que você tem que ter uma interação muito grande com o paciente com a família, a ... o tratamento às vezes é tão difícil quanto os sintomas da doença, na verdade, eu acho que se a gente aplicar o tratamento mal aplicado, né, a gente com certeza vai piorar a vida do paciente.

E o que que você pode melhorar prá..[melhorar]. na vida desse paciente, você tem que estar muito de olho nos efeitos colaterais do tratamento que você está propondo prá ele também, né, acho que basicamente isso, isso tudo é aplicação de clínica médica.

Isso também [a vida]prá gente é importante, porque na verdade a gente... a ... tudo isso vai influenciar no tratamento que o paciente vai estar fazendo, assim, a ... a ... qual a condição social deste paciente, na verdade o que o diagnóstico do câncer trouxe prá cabeça deste paciente, como ele tá enfrentando a doença, como a família vê a doença, né, isso tudo na verdade... tá... se reflete na capacidade do paciente de de... fazer o tratamento que a gente tá propondo, então, você tem que estar acompanhando isso também.

... se for uma doença metastática ou se for uma doença curável a ... a redução do risco dessa doença voltar,

mesmo sabendo disso, tá, tendo entendido e normalmente, é importante que alguém da família também participe disso, né e ele opta por não tratar, “Não, eu não quero fazer quimioterapia”, tá... o que eu faço pelo ao menos no meu ambulatório é manter o acompanhamento desse paciente, tentar a ... se for um paciente que tem doença metastática que eu vou fazer quimioterapia prá melhorar a qualidade de vida, controlar sintomas, aumentar a sobrevida, tentar fazer isso com... sem tratamento quimioterápico, com a ... medicação prá controlar sintomas, manter esse acompanhamento dele, né. Não é raro de alguma vez o paciente optar por não tratar, e conforme você mantém o acompanhamento, né, e esse paciente tem o estado geral preservado, você consegue ainda, manter um bom estado geral que tá por tratar no momento. Hoje eu vi uma senhora aqui.

É na verdade, na maioria das vezes pelo ao menos quando a gente acompanha paciente metastático o objetivo não é curar, né, mas também assim, se o único objetivo da gente, como médico, for curar, acho que a gente reduz muito o que a gente tá fazendo, na verdade é... tentar manter qualidade de vida desse paciente no tempo de sobrevida que ele tem, tentar dar uma qualidade de vida... aceitável prá esse paciente e prá família dele, né, tentar ajudar, na verdade é tentar ajudar que ele passe por isso, por isso que ele... interessa também ao trabalho da gente, não é só... É exatamente, não é só isso, na verdade você vai... acompanhar um paciente durante o período difícil que ele vai passar, e você vai ser um apoio prá ele isso...

Aqui o médico nos traz de forma espontânea, e novamente, a idéia de cuidar e diz que “*tudo se reflete na capacidade do paciente de fazer o tratamento que a gente tá propondo*”, assim, ele cuida para que o paciente faça o que lhe é proposto, este é o objetivo desse cuidado. É interessante quando fala sobre o paciente que

não deseja fazer o tratamento, mas muda de idéia quando se sente acompanhado.

E, outra vez, enfatiza o cuidado e não a cura.

Médico 5

Eu trato o paciente, tudo isso eu tenho por obrigação, você tem que tratar o paciente, ok. A doença não, “Olha, vou tratar o seu câncer”, não tô nem ai prá o que ele é, o que ele faz, como se alimenta, etc... [assim, dessa forma] não vejo resultado adequado, não adianta você querer tratar uma doença, uma doença de pulmão, e não orientar ele, não colocar ele num programa que sempre tá falando de tabagismo, entendeu, é... mudar hábito alimentar, caso seja necessário, entendeu, outros hábitos que talvez seja melhor com a ... com a vida dele, orientar exercícios, coisas que a gente tem que fazer. M – Quando o paciente chega prá você e diz assim: “ eu vou morrer por que eu tenho câncer, na verdade muitas vezes, isso pode ser a verdade como pode não ser, né, o câncer é uma doença crônica, por isso eu digo, você precisa conviver, aprender a conviver com aquilo, com essas mudanças que você vai ter que fazer na sua vida, prá poder conviver com aquilo de uma maneira... vamos dizer assim, em harmonia com a sua doença, que às vezes é isso o que a gente procura, é a harmonia entre a doença e o paciente dela, que o paciente... é a harmonia entre a doença e o paciente dele, que o paciente... o hospedeiro. M – Sério, ué, não é, não é um hospedeiro, não hospeda uma doença.

M – Tem boas maneiras de você abordar isso [decisões sobre o tratamento], eu tenho uma tendência a orientar o doente que tome esta decisão de maneira racional, eu tenho por obrigação educar ele do que é câncer, do que é o tratamento, prá que ele tenha todos os subsídios prá tomar esta decisão, que ele vem com preconceitos de “Ah! Quimioterapia é forte, vou vomitar, vou ficar careca, vou perder o cabelo, não sei o que, parará... vou passar mal,

vou virar do avesso, na verdade muitas vezes isto pode ser verdade como pode não ser, o tratamento dele pode não incluir nada disso, acho que se você tomar a decisão “ah! Não quero tratar” “Não quer tratar, Ah! você não quer tratar por que você não quer tratar?” Se ele dá uma justificativa sólida, tá ótimo, o profissional tem que dar todos os subsídios prá que ele tome esta decisão, se ele continua tendo a decisão de que não quer tratar, eu respeito, a decisão é dele.

Esse entrevistado nos traz também a idéia da harmonia com a doença e a qualidade de vida que ele, como médico, pode oferecer ao seu paciente e que trata o paciente e não a doença. Diz ter obrigação de educar o paciente sobre a doença.

Médico 6

e tem uma... uma... sobrecarga emocional muito grande, muito grande que isso é uma falha, né, da... a gente não tem este suporte, ou a pessoa tá meio preparado, já vem com uma estrutura emocional, ou pára no meio, como eu vi alguns colegas parando no meio, porque não... não conseguiram lidar com às vezes com o sofrimento das pessoas, ou com morte, com dificuldade prá entender... Olha o que mais me desperta é a possibilidade de você ajudar as pessoas que estão realmente necessitadas, que ela... todo... todo paciente necessita, mas o paciente oncológico às vezes é aquele paciente que... vem de um sofrimento que os outros profissionais não conseguem lidar com isso, é... e... esta é grande realidade, a gente vê os pacientes chegarem, passando pelas mãos de outros profissionais que não conseguem lidar com isso, nem às vezes aliviar muito o sofrimento e... e... às vezes o suporte emocional que os pacientes precisam, então isso... isso me... me... estimula, porque eu acho que eu posso contribuir prá isso.

...Em todos os sentidos, tanto no aspecto da cura, mas às vezes com doenças incuráveis, no aspecto que você ajudou aquele paciente a viver por aquele período de tempo melhor, se você não estivesse ali, ele iria morrer da mesma maneira, mas iria morrer muito pior. Então eu acho que isso é um ganho, eu acho que é um desafio, que é importante pra gente, porque senão você fica se sentindo, é... um... perdedor, porque se a se... a vitória é só curar, entendeu,? e você consegue curar, não vou te falar não são muitos que a gente consegue... aí... hoje em dia melhorou muito, então eu estimo que... você não consegue curar grande parte das pessoas, isso não é verdade, mas vamos lá, eu.. eu... os pacientes que você não consegue curar, se você consegue ajudar, isso já é uma vitória, então eu acho que são pequenas vitórias, mas que são importantes pra quem tá do outro lado.

[família] São difíceis, na verdade às vezes, assim, mais... a situação mais difícil às vezes é o relacionamento com a família, entende, ou às vezes até com o próprio paciente,... tem alguns pacientes que é difícil você falar “Olha, eu não tenho mais nada pra fazer por você”, é difícil, até porque às vezes, muitas vezes, você acaba se envolvendo emocionalmente com o paciente, né, então é... se ele também vai contra, “Será que eu não tenho mais nada pra fazer por ele”,

M – Entendeu, então eu acho que o teu equilíbrio de você entender que chegou no seu limite, é muito importante pra pessoa que está do outro lado, que tem... que tem um limite, todos nós temos um limite, e as pessoas... os pacientes têm um limite, principalmente no tratamento paliativo, no tratamento curativo, não, é... aí é que eu vou... Vou fundo mesmo, tento esgotar todas as possibilidades e coloco isso para os paciente, às vezes é... “Olha isso vai ser um fardo que você vai ter que carregar, ou vai ser uma semente que você vai plantar, mas pra colher na frente, quando você planta você tem todo... o trabalho não é

simples não, não é só jogar ali e... e ir embora, tem que regar, você tem que cuidar, e é isso aí.

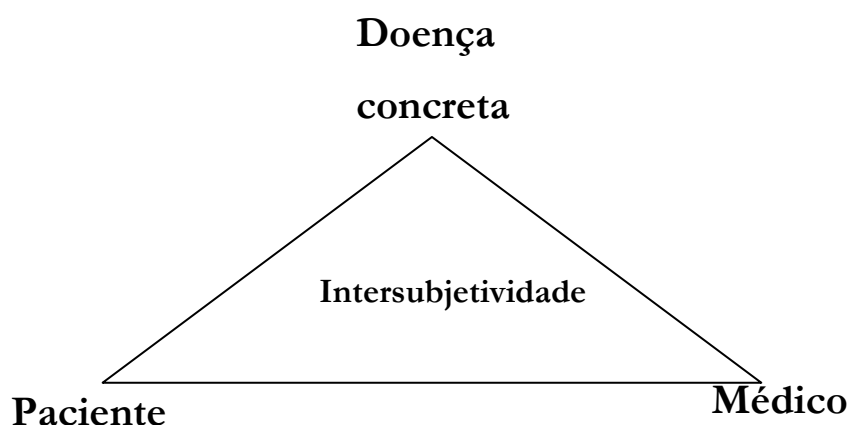
Ele...[o oncologista] ele tem é essa.. é... é... da função do... do... clínico geral, como eu te falei ainda há pouco, do médico de família, ele tem isso, ele faz múltiplas coisas, às vezes ele tem que cuidar não só do paciente, mas da família, e... do lado emocional, do lado... sei lá, até do lado... brigas familiares, ele sempre se envolve em muitas coisas, né.

Este entrevistado nos fala do despreparo dos outros médicos para lidar com o sofrimento humano, que gosta de ajudar quem realmente necessita e que para ele este é o caso dos pacientes com câncer. Usa também o termo cuidar e reafirma a idéia do limite humano confundindo-se com os limites da ciência, quando sente que nada mais poderá ‘fazer pelo seu paciente’. Nos diz que se o objetivo da medicina fosse sempre curar ele se sentiria um perdedor. Relata de forma interessante como se envolve em brigas familiares e termina por realizar múltiplas tarefas como o médico de família.

Considerações sobre o cuidado oncológico

Médico cuidador: “ajudar as pessoas a passarpela doença ”

- Espaço social
- Foco: escopo de toxicidade
- Conhecimento da pessoa



- Dimensão cuidadora/dimensão técnica:

cuidado profissionalizado.

- Projeto conservador terapêutico: responsabilização, relação de confiança e escuta gerando vínculo.

Como vimos, quando entramos no mundo da oncologia para, a nossa surpresa, encontramos médicos protagonistas de **cuidados**. E o que isso quer dizer?

Quer dizer que encontramos um profissional imerso no projeto médico da biomedicina na sua forma mais radical, qual seja: uma formação longa e sólida proporcionada no ambiente hospitalar, procedente de escolas tradicionais, com residências médicas anteriores em que o conhecimento biomédico é o núcleo duro da formação e, por fim, oriundos de formação oncológica em que o tratamento se

fundamenta em um conhecimento clínico profundo e na utilização de equipamentos, máquinas e medicamentos. Mas essa definição não seria capaz de “borrar” a dimensão cuidadora da prática?

Focalizando a categoria cuidado vemos que significa atenção, encargo, responsabilidade. Poderíamos dizer, no âmbito do senso comum, que todos os médicos cuidam dos seus pacientes. Deveria ser uma dimensão da prática médica, porém, não é o que temos visto atualmente nesta prática.

Trazendo a discussão para o campo da saúde vemos que alguns autores discorreram sobre as várias dimensões do cuidado e o encontro entre os sujeitos no campo da saúde. Essas idéias nos servirão de apoio visando o melhor entendimento da dimensão dos cuidados oncológicos.

Autores como Mattos e Pinheiro (2006) discutem e organizam as dimensões do cuidado, principalmente no Sistema Único de Saúde. Mattos (2006) nos diz que:

Falo do cuidado exatamente no mesmo sentido utilizado por Ayres (2001). Cuidado é uma dimensão da vida humana. Dimensão que freqüentemente se dá no plano da intersubjetividade. Portanto há sempre várias formas de cuidar, e há vários conhecimentos sobre esse cuidar”.
(MATTOS, 2006, p. 120)

Assim, nos sentimos confortáveis quando procuramos saber dos médicos entrevistados de que forma se sentem cuidadores e que concepção têm sobre esse cuidar.

Vemos em Cecílio (1994) que o modo impessoal e descomprometido de agir em saúde tem sido considerado como um dos sintomas mais graves do nosso sistema de saúde. Merhy (2002) nos diz que o médico muitas vezes “brinca de cientista” fetichizado pelos procedimentos tecnológicos, comprometendo as dimensões do cuidado; a dimensão cuidadora perde terreno para dimensão centrada nos saberes técnicos e o ato de cuidar se torna apenas o procedimento técnico. Grande parte dos projetos terapêuticos expressa essa desigualdade entre as modalidades do cuidado em saúde. Seria possível um projeto conservador que produzisse um resultado diferente?

Merhy (2002) também nos diz que o modelo médico hegemônico é capaz de produzir um projeto tecnológico em que a dimensão profissional prevaleça e destrua a dimensão cuidadora, uma vez que a primeira (profissional) serve de apoio e sustentação aos interesses corporativos.

Para falarmos sobre o encontro entre os sujeitos nos valem de Ayres (2001)¹⁷ que nos faz pensar na intersubjetividade, que parece estar negada nas práticas em saúde atualmente. O autor nos diz que mesmo quando procuramos estabelecer algum diálogo não percebemos que já estamos inseridos no processo.

O fato é que consideramos que há um vazio entre nós – profissionais de saúde – e a nossa população alvo. Ainda segundo o autor, o sucesso desse momento só se daria caso o encontro desejante dos sujeitos e seu mundo se realizasse para além do êxito técnico e que conseguisse construir um projeto que

¹⁷ Habermas (*apud* Ayres, 2001) nos fala da subjetividade como o encontro do que somos com o que o outro é; e que só dessa forma nos reconhecemos como sujeitos. Em outras palavras, subjetividade é intersubjetividade por que é sempre relacional.

satisfizesse a ambos. Seria possível a realização desse momento de encontro desejante na oncologia?

Nosso olhar enviesado pela crítica à biomedicina e aos retrocessos provocados pela prática ancorada a esta, na relação médico-paciente, nos mostrará que o encontro do oncologista com o paciente será permeado pela idéia chave de que o médico, imerso na biomedicina, teria uma visão fragmentada de seu paciente com procedimentos centrados na doença e não no doente. Além disso, não exerceria o diálogo e a escuta necessárias à realização da dimensão cuidadora da prática médica. Quais são as tensões esperadas? **Procedimentos** médicos vislumbrados pelos médicos como cuidado; clinica restrita apenas a procedimentos oncológicos; pouca incorporação do saber clínico; quase ausência da ação cuidadora.

E então, esse médico que antecipadamente poderia ser visto como a “engrenagem defeituosa” do nosso sistema de saúde¹⁸ nos desconcerta ao dizer que cuida do paciente, que a vida do paciente lhe interessa, e quando solicitamos que nos explique como é cuidar do paciente nos diz que o ajuda a “*passar pela doença*”; tenha ela o desfecho que tiver; um médico que fala de pequenas vitórias, negociações e pactos quase diários com o paciente para a ampliação do tempo de vida e que quase sempre se envolve com algum aspecto da vida do seu paciente.

Este não é o cuidado desejado pelo movimento sanitário porquanto não ir ao encontro da emancipação do sujeito, tão pouco se apercebe dos problemas comunitários da pessoa. Mas é um cuidado voltado para o conjunto de pacientes que lhes dizem respeito, que diz respeito à pessoa com câncer.

E, embora a finalidade ou o núcleo desse cuidado não seja o indivíduo e sim a patologia, esse cuidado se expressa como um cuidado com a vida daquelas pessoas, com a dimensão do seu sofrimento. Nessa perspectiva o estreitamento da vida está posto pela doença, pelo sofrimento concreto que permite ao médico ser médico, ou como eles dizem: “*gosto de ajudar quem realmente precisa*”. Qual é a novidade?

É que na ponta da medicina radicalmente desenvolvida e cientificamente embasada, isto é, na radicalização do projeto biomédico há espaço para cuidadores, cuidando de gente. Então será possível, e mais fácil, em outros campos da medicina termos cuidadores cuidando de gente?

Nessa forma de praticar a medicina percebe-se alguns contrapontos às afirmações feitas anteriormente sobre o agir impessoal e descomprometido. Em primeiro lugar o médico oncologista **sabe**, através do seu encontro subjetivo com outro e por meio do seu conhecimento e interesse técnico, que acolher é fundamental para lograr seu sucesso técnico (ter uma boa resposta ao tratamento proposto).

O seu aparato técnico e simbólico, com saberes bem estruturados sobre a clínica e a oncologia, (lembremo-nos que caso não possuam esses saberes consolidados não serão os oncologistas aos quais estamos nos referindo, inseridos no nicho da radicalidade da biomedicina) lhe permite saber que a história de vida é importante, que o acolhimento é importante.

¹⁸ Por considerar procedimentos técnicos e “visão armada” como a principal dimensão do cuidado e agindo de forma impessoal

Em segundo, que a pessoa-paciente naquele momento apresenta uma doença que mudou radicalmente o ritmo da sua vida. Esta pessoa não está aguardando informações para ser tornar um sujeito de sua própria saúde; também não está ali para que se busque sua real necessidade de saúde; ela está ali esperando que o médico entenda seu sofrimento e a ajude a reordenar a sua vida e se possível curá-la. Como disse o médico entrevistado, o paciente vem em busca de *conforto e alívio*. Nesse sentido, o oncologista se interessa por todos os aspectos da vida da pessoa-paciente, exatamente como os médicos do PSF, desde que esses fatores possam interferir no tratamento.

Então ambos (médico e paciente) desejam e esperam que o controle técnico da doença se transforme em sucesso prático visando melhorar as condições de vida (MERHY, 2002), de acordo com a realidade precisa da doença. O que pode provocar essa forma de interação? A aceitação por ambas as partes de um mesmo fato. Que fato seria esse? No caso da oncologia clínica, a concretude da doença. Assim, médico e paciente podem construir um projeto conjunto ***parecido com*** a intersubjetividade sugerida por Habermas (*apud* AYRES, 2001),

Outra possibilidade de sucesso do diálogo seria o encontro diante das circunstâncias. Nesse caso, o paciente reconhece os mesmos valores técnicos e morais daquele cuidador. Não estamos falando de êxito técnico apenas, falamos do sucesso em reorganizar o modo de conduzir a vida e de, como já disseram nossos entrevistados “*ajudar a pessoa a passar pela doença*”; trazendo um sentido muito mais de conduzir a vida com a doença que de curá-la.

Caso não ocorram, nesse espaço relacional, o vínculo e a responsabilização, o sucesso da técnica também não ocorrerá. Portanto, o oncologista ao

profissionalizar esse espaço relacional, **profissionaliza o seu cuidado**. E o que há aqui: a institucionalização da responsabilização pelo ato de cuidar amarrando os projetos terapêuticos individuais. É como se o médico usasse esse espaço relacional a seu favor e, por conseguinte e muitas vezes involuntariamente, beneficiasse o paciente.

Ação cuidadora e ação profissional — cuidado profissionalizado.

A tensão entre a dimensão cuidadora e a dimensão profissional da qual nos fala Merhy (2002) poderá ser quase inexistente, pois da dimensão cuidadora depende o sucesso terapêutico que se transforma em sucesso prático.

A centralidade é a doença, mas o tratamento é a vida. Nesse momento, médico e paciente são capazes de uma compreensão que gera o que se pode chamar de binômio médico-paciente em sua expressão positiva. O Humano se faz presente em sua dimensão possível.

Podemos dizer que **aí se expressa o sonho da medicina tal como ela sonha ser**. Que sonho é esse? A centralidade da radicalidade do conhecimento sobre a doença conseguindo ajudar as pessoas.

Será que quando a categoria doença não é reconhecida, quando não é a doença que muda o modo de vida das pessoas, quando não é ela que restringe a vida o projeto médico não se sente à vontade? Como ajudar as pessoas a passarem pela doença se elas não têm doença? Será que outras técnicas médicas são capazes de expressar essa dimensão cuidadora que a oncologia clínica como técnica possibilita?

Mas note-se, é uma medicina humana, mas, não pautada pelas necessidades do sujeito. As necessidades são percebidas se forem postas pela doença ou seu tratamento. Caso contrário, dificilmente serão apreendidas pelo médico oncologista.

Outra questão a ser colocada é que nas condições em que a oncologia é exercida, isto é, na concretude da doença, o conhecimento por parte do médico de todos os aspectos da vida do ser doente e as tecnologias que permitem a manutenção da vida na doença talvez sejam aspectos do casamento possível e desejável entre a medicina social e a patologia. O que nos faz lembrar Mattos (2006) que reinterpreta a concepção de Virchow “*a Medicina é uma ciência social a política nada mais é do que a Medicina em grande escala*” (Rosen,1979, p.80 *apud* Mattos,2006,p.125) quando nos diz que talvez tenha passado despercebido o caráter medicalizante da concepção de Medicina social de Virchow. A oncologia parece praticar esse conceito.

Mas veja, essa tese **não é** em defesa da biomedicina, não nos iludimos quanto ao projeto conservador, apenas destacamos que ele parece fazer um bom uso da identidade médica de cuidar de doentes.

O que mostramos, a partir da observação empírica, foi que: um determinado projeto médico político priorizou o conhecimento técnico médico sólido e que interesses corporativos, que nesse caso, foram capazes de manter o bom nível técnico de uma instituição pública¹⁹. E que seus projetos de carreiras individuais na

¹⁹ As pessoas estão ali por querem estar, não por um “bico” (como se diz popularmente de vínculos empregatícios precários ou ocupação com importância secundária para as pessoas) e se esforçam para permanecer ali, porque “ser” da Instituição lhes confere prestígio profissional e lhes abre portas para a possibilidade de um projeto pessoal sólido. Portanto elas mesmas se incumbem de zelar, mesmo que inconscientemente, pela qualidade daquilo que lhes assegura a manutenção do dito prestígio.

sua prática, ao abordarem os mais variados aspectos da vida dos seus usuários, permitiram ao médico ser recolocado no seu espaço social.

Mas esse espaço, em função da doença a qual ele se reporta, garante a abordagem mais ampla da pessoa doente. Esse momento de confluência de interesses e práticas assim organizados é capaz de **possibilitar a** existência de um serviço público de qualidade que, no caso dos médicos estudados, foi o Instituto Nacional do Câncer.

Será possível reproduzir esse êxito em espaços em que o conhecimento médico sólido possa ser aplicado também quando a doença ainda não se apresentou? Melhor dizendo, será possível recolocar o médico como cuidador de pessoas, estejam elas doentes, na iminência de ficar ou por causas que tenham a ver com a doença?

Se existem projetos de médicos profissionais do **cuidado**, bem formados tecnicamente que são capazes realizar o que a medicina sonha ser; por que não reconstruir arranjos institucionais em que projetos profissionais orbitem em torno dos sujeitos para os quais se destinam as instituições?

6.1.2 Médico empreendedor: “o sistema não é o ideal, mas...”

As formas atuais do trabalho médico se alteraram visando se adequarem às modificações do mundo do trabalho, como já vimos anteriormente. Longe de ser um sacerdote ou apenas um artista, o médico em geral e os médicos estudados, em particular, são profissionais também cuidadores nos seus negócios médicos

(convênios consultas particulares, remuneração por procedimentos) e, para os que ainda têm, em seus consultórios. As falas adiante nos trazem as questões centrais sobre a atividade médica fora da instituição pública, porém, a partir dela.

Veremos no primeiro bloco a base do pensamento para a organização do consultório particular, em seguida, em outro bloco, veremos as relações comerciais com a indústria farmacêutica e os dilemas éticos sobre essa escolha. Por último, apresentamos as tensas relações com os seguros e convênios saúde.

Explicando melhor através dos médicos:

Médico 1

Mas o que acontece, por exemplo no meu consultório eu atendo doentes na minha sala, é prá fazer quimioterapia, atravessa o corredor... e tá na sala de quimioterapia, eu poderia ter um consultório no local e falar para o paciente, “bom, você tem que fazer quimioterapia, então você vai prá esse endereço”, o paciente pegaria o carro e iria, né, fazer a quimioterapia em outro local, se esse paciente fosse uma consulta privada, ou seja, ele pagando a consulta, seria perfeitamente viável, não teria nenhum problema, num ponto um paciente convênio com uma consulta pagando a ele quarenta reais, prá você conseguir abrir uma sala por mês, quer dizer, manter uma sala aberta, você te que fazer aí umas cinqüenta consultas, prá a partir daí você começar a ter alguma lucratividade.

Aqui já percebemos que faz parte dos negócios oncológicos a remuneração direta ao médico pela comercialização da quimioterapia.

Não o que acontece é o seguinte é que você tem lugar... o que acontece, se você cobra trezentos reais numa consulta

médica em Ipanema[zona sul,bairro nobre do Estado do Rio de Janeiro], se você atende no Flamengo[zona sul,classe média do RJ] você não vai cobrar trezentos, você vai cobrar duzentos, se você atende na Tijuca[zona norte,classe média RJ] cento e cinqüenta, se você atende em Madureira[subúrbio, RJ] cem, em Campo Grande[subúrbio, zona oeste,RJ] talvez oitenta, então você vê tem um gradiente aí... a quimioterapia, 90% da quimioterapia da iniciativa privada paga pelo convênio, o pessoal normal não vai pagar, e uma pessoa, por exemplo uma pessoa que tenha dinheiro para pagar, freqüentemente tem um bom plano de saúde, enfim, uma quimioterapia que custa cinco mil reais em Ipanema, custa cinco mil reais em Campo Grande, não tem diferença, só que tem o seguinte, rala, montar uma estrutura em Ipanema, custa cinco vezes mais cara do que montar uma estrutura em Campo Grande...

A primeira questão é a seguinte, hoje todo mundo tem um convênio, então você, é... você também não pode assim ver alguém cobrando uma consulta e mandar esse alguém fazer quimioterapia no seu consultório na mesma área física que pelo convênio. É uma quebra de contrato que não tem mais tamanho, quer dizer que o contrato só vale prá uma coisa mas não vale prá outra?, então a coisa funciona assim.

É... é... existe uma coisa em oncologia que é a questão da medicação que é a questão do pagamento da medicação, que é o que dá sustentação das estruturas, então é... a quimioterapia, ela é paga por um sistema tipo a APAC que basicamente mesmo também paga a... diálise, a prestação de procedimento de alta complexidade e as unidades utilizam este recurso prá você poder tratar o doente, ou seja, ganha pelo tratamento quanto mais você tratar, mais você recebe, e o seguinte só tem que fazer o tratamento, então isso é um... um círculo vicioso, graças à Deus né,
– Tem pessoal que pensa nisso, né, existe... existe um problema sério em oncologia clínica, que é o seguinte, é a

rentabilidade, então existem pessoas que acham que o oncologista só ganha dinheiro né, então é... tem uma visibilidade do ponto de vista econômico que não é pequena né, é... algumas pessoas falam prá você o seguinte: “eu não sei como é que você agüenta fazer isto”, ou seja se faz um trabalho que pareceria , bem entre aspas mesmo, o “trabalho sujo”, talvez a mesma coisa que as pessoas dizem do médico que trata de doentes com AIDS. ...O que move a oncologia é basicamente, do ponto de vista econômico, a questão da... da remuneração relacionada ao uso da quimioterapia, não parece ser a situação de nos próximos anos a quimioterapia passar a ser uma coisa... barata, muito pelo contrário, o movimento que a gente vê é cada vez mais caro.

O entrevistado nos traz, superficialmente, a questão da rentabilidade da quimioterapia, nos fala da atração que ela exerce, nos diz que por uma questão ética de não “quebrar o contrato” com a seguradora ele “cobra o pacote”, isto é, a consulta e a quimioterapia. Nos fala de negócios, preços, remunerações, lucro etc.

Médico 4

Mais ou menos assim, eu trabalho em duas estruturas, assim, eu trabalho numa estrutura que é... uma clínica que é convênios, né, e trabalho em outra estrutura que é só atendimento privado, né, é... na clínica..., né. É... Na verdade não é um serviço tem alguns médicos lá que... Que ocupam aquele espaço.

... assim, eu tenho mais paciente de convênio, né, então, tem a clínica que tem a quimioterapia também, né, então tem aquela central de quimioterapia da clínica e eles fazem o tratamento lá, e tem aquele um outro grupo que é de pacientes privados que na verdade eles... a maioria, na verdade, paga a consulta, né, mas opta prá fazer a quimioterapia usa o convênio, né. Porque a quimioterapia é que na verdade é muito caro.

Esse já nos diz que separa a consulta do “pacote”. Faz a cobrança da consulta de forma particular e cobra a quimioterapia do convênio, por ser essa a parte mais onerosa para o paciente (segundo ele). Mas até aqui não relataram como obtêm os quimioterápicos.

Médico 6

Você não pode hoje em dia [abrir direto o consultório com quimioterapia], o cara que forma em oncologia clínica, ele não bota a plaquinha dele na porta do consultório e “atende-se oncologia” não pode, ele precisa ter... uma estrutura de de quimioterapia, hoje em dia que é regulamentada pela ANVISA e é super hiper complicada, cheio de mazelas e detalhes que isso inviabiliza você abrir em qualquer lugar, quer dizer, você não pode abrir um centro de quimioterapia em qualquer lugar, então é bom que isso fiscaliza e tem o lado ruim que dificulta o acesso à população em geral, mas hoje em dia... então hoje em dia você tem clínicas que... montam uma estrutura e as pessoas acabam indo trabalhar lá, a é assim que acontece Entendeu[não tinha serviços de oncologia], não só na medicina pública mas na medicina privada, antigamente o paciente privado vinha para o INCA, quer dizer, não tinha[serviços privados]. Não tinha medicina privada de oncologia, não existia, e hoje em dia você tem milhares de pacientes que foram tratados, graças a isso, e foram bem tratados, entendeu, muitos ficaram curados, muitos morreram, mas... foram bem tratados, então isso tem um ganho social incrível, até porque o INCA não ia suportar, INCA não suporta hoje em dia o tratamento da grande parte da população, imagina com esse, com esse... é... fluxo de pacientes da medicina privada, não é possível, então teve essas vantagens, eu posso falar que o sistema não é o

ideal, mas é o ... dentro do que existe eu achei que foi um ganho muito importante, entendeu.

Esse médico nos fala sobre a existência da agência reguladora que acompanha e fiscaliza os consultórios que trabalham com quimioterapia e sobre as normas técnicas, segundo ele, rigorosas para a abertura desses serviços isolados. Nos fala também que foi um ganho para a população a abertura desses serviços uma vez que ampliou a oferta de tratamento oncológico.

Como vimos, nessa primeira parte das entrevistas sobre os negócios oncológicos, o consultório médico, fora da instituição pública, exige que os oncologistas sejam, além de médicos, empreendedores do seu **negócio. Negócio aqui caracterizado como uma estrutura empresarial capaz de corresponder a uma demanda de mercado que, por ora, ainda é, em parte, controlada pelos médicos.**

Hoje os planos de saúde compram dos oncologistas clínicos os “pacotes” de tratamento em oncologia. Esse arranjo é composto pela consulta médica e o procedimento de administração de quimioterápicos injetáveis. A aquisição do medicamento que será utilizado é feita pelo médico diretamente da indústria farmacêutica ou seu representante, como veremos a seguir. Alguns médicos trabalham com medicamentos em consignação. **Eles se organizam de forma associativa** entre colegas, formando clinicas de central de quimioterapia.

“Quanto vale a vida?”

Nesse bloco, os médicos falam sobre as relações comerciais com a indústria farmacêutica. Embora, em tese, o médico em seu consultório tenha autonomia técnica (decisão/ação, SCHRAIBER, 1997) na deliberação sobre a assistência prestada ao seu paciente, existem restrições no plano mercantil. Esse plano mercantil significa que, de alguma forma, os serviços médicos têm que ser remunerados, como disse o nosso entrevistado: “*alguém tem que pagar a conta*”. Em última instância existe um mercado distribuindo renda e gerando produtos. Na medicina e na oncologia a mão invisível do mercado se faz sentir...

As falas dos médicos nos trazem alguns dilemas relativos à questão ética sobre o momento de interromper a quimioterapia contrariando, por vezes, o próprio paciente; ou sobre as drogas mais rentáveis ou não. Também se nota que para alguns é desconfortável falar sobre a comercialização das drogas quimioterápicas no consultório particular. Alguns se justificam dizendo que a consulta médica é desvalorizada e já que o médico acompanha o seu paciente até a morte, é como se fosse um pagamento indireto pela dedicação. Outros apenas constataam a realidade e dizem “*é assim e pronto*”. Alguns ainda fazem o discurso da não aceitação sobre a forma como são remunerados, mas continuam usando-a em seus consultórios. Outros ainda, não discutem o assunto. Vejamos as falas:

Médico 1

...Cada vez mais caro, isso aí a .. imagina em dólar, né... em... em...1993, começou a ser usar o ... naquela época isso eqüivalia aí a uns dois mil dólares, mais ou menos, então... comercializar uma coisa de dois mil dólares, é uma coisa que você vai contra a.... Hoje em remédios [a quimio]

tá batendo aí nos seus quatro a cinco mil dólares por mês, três mil dólares, então a tendência não é de popularização de barateamento dos preços, muito pelo contrário, a tendência é de aumento nos preços, aumento nos custos, antigamente você tinha um remédio que era caro, no caso você tinha ... e a ... hoje você tem, aliás você tinha uma utilização relativamente restrita hoje você usa muito mais muitos remédios caros, a questão de custo, não acho que seja assim vai baixar, lucratividade diminui, né... até por várias razões de mercado, é... e a forma de remuneração, por exemplo

Quanto vale a vida? No padrão americano cinquenta mil dólares, prá cada ano de vida... este valor aplicável no Brasil, a gente vai pegar... enfim, questão de valores número mesmo, dinheiro, porque se isso aqui tem um preço alguém tem que pagar, pode ser eu, pode ser o governo, pode ser a seguradora

Esse entrevistado nos traz as questões dos valores dos procedimentos, nos aponta a tendência do aumento do custo dos quimioterápicos, quer dizer, cada droga nova da indústria farmacêutica será mais cara que a anterior. Depois nos questiona de forma contundente: quanto vale a vida? Ou melhor, quem paga a conta?

Médico 2

Eu falei assim: “Olha eu posso dizer no início eu tive que... por uma questão de verbas, né, fazer o que... Porque assim, a coisa que eu digo que talvez eu seja assim o primeiro oncologista pobre, é exagero, pobre eu não estou, né, mas a questão é assim, eu só faço quimioterapia prá quem está com estado geral prá fazer quimioterapia, enquanto a gente vê aqui fora,[pessoas que dizem] enquanto tem esperança eu faço a quimioterapia. Tanto

que você vê o que às vezes, eu vou procurar aqui a coerência, se o que a gente aprende é “Só faça a quimioterapia quem tem estado geral prá receber”, isso é o que que eu faço.

Com certeza, Ah![o paciente diz] “Então eu vou a um lugar que faça”. “Vai... eu não quero dinheiro, eu quero apenas é a minha consciência”.

Esse outro entrevistado nos traz uma questão que parece ser ética na oncologia: até quando aplicar a quimioterapia. Parece contraditório frente a dimensão do cuidado que praticam. É uma tensão entre manter a esperança do indivíduo e o ganho financeiro que isso lhes acarreta, ou interromper um tratamento quando tecnicamente não mais se justifica.

Médico 3

M – Então era assim, você ganhava honorário particular e você ia prá um hospital onde existia quimioterapia e internava o teu doente ou fazia um “day clinic” e você acompanhava ganhava às vezes honorários prá você ficar lá... olhando o cara fazer quimioterapia, né...

M - ...Então era assim que funcionava então não tinha essa... esse apelo de que você fala de autonomia de não sei o que, entendeu, oncologista não ganhava tanto dinheiro, não era diferente de um clínico e de um... não, entendeu, então na minha época não era assim, depois o que que aconteceu, na verdade foi um marco, Dr ... que resolveu fazer uma clínica e credenciar é... todo mundo foi nessa... esse negócio de quimioterapia, e aí começou a ter essa divulgação de que os oncologistas conseguem sobreviver bem neste mundo, hoje em dia com a questão da quimioterapia, a venda de remédios, eu demorei anos prá aceitar que eu poderia fazer quimioterapia no meu consultório, eu fui uma das últimas[pessoas] a começar, por que na

minha cabeça... o que meu pai me ensinou é que a gente não podia nem ser dono de farmácia, nem prescrever... entendeu, então prá mim era uma coisa amoral, entendeu, imoral, né, eu...eu ter quimioterapia dentro do meu consultório, até a hora em que eu olhei e eu “não... mas é um absurdo, entendeu, todo mundo faz e eu vou... prescrevia e mandava prá outro fazer eu não sei a qualidade do que está fazendo, me dava um trabalho do cão, que eu cheguei nos ... acompanhando os pacientes que eu prescrevia... etc. E aí foi, mas assim, isso não era assim, entendeu, na verdade é de uns... dez anos prá cá, tá, que houve esta mudança, que eu acho que tem influenciado a opção das pessoas também, entendeu, acho que a oncologia agora tem o apelo é... do ganho, tem o apelo é...

Essa entrevista nos traz de forma mais objetiva o dilema de comercializar as drogas quimioterápicas em seus consultórios. Diz que acha imoral, evoca o pai e seus ensinamentos de que o médico não poderia ser dono de farmácia, mas depois, mostra como sucumbiu à realização da prática que desabonava eticamente. E nos traz a influência que isso poderá acarretar na escolha da oncologia como uma especialidade com possibilidade de lucros maiores do que as outras em geral. Não vimos em nenhuma das entrevistas uma satanização dessa relação comercial.

Médico 4

É... é... que é uma coisa... na verdade, que eu acho meio estranha, na verdade, eu acho que o médico tinha que ganhar bem pelo trabalho médico, né, pela consulta médica, pelo acompanhamento e não ganhar... pela quimioterapia, né. Que é por onde ganha, na verdade, que eu acho que é uma coisa meio...estranha.

M – É... não é... uma coisa... na verdade é o que está acontecendo, na maioria... em várias especialidades,

assim, eu acho que o trabalho médico não é bem valorizado e os procedimentos é que são valorizados, né, então as pessoas tendem a ganhar no procedimento e não no trabalho, né.

É... é sim, eu acho... assim, a ... eu vejo assim, eu acho que é... é uma coisa que vai haver uma transição, justamente por isso, eu não acho lógico o médico ganhar em cima de procedimento, né, a lógica é você ganhar em cima do trabalho médico, então eu acho, como eu não vejo perspectiva disso mudar, porque não está mudando prá nenhuma especialidade. Aqui no Rio é muito difícil, acho que tem locais que tem o centro de formação forte, por exemplo, o Rio, São Paulo, é muito difícil, né, mas em locais que não tem os centros de formação forte, a ... isso existe no Brasil, cirurgiões fazendo...Quimioterapia. É... quimioterapia, prescrevendo... clínicos fazendo quimioterapia, né, sem ter especialização em oncologia clínica, porque a rigor não é exigido, né.... questão é se você tem... é o preparo prá identificar se aquele paciente pode receber aquela quimioterapia, né, se esse paciente... se você vai ter preparo prá tratar os efeitos colaterais que essa quimioterapia vai trazer, se você tem o preparo prá tratar... a complicação dessa doença quando ela progredir, né.”

Veja que a idéia da valorização do trabalho médico não saiu do horizonte desse entrevistado, mas ele se presta à lógica de mercado que encontrou. Aqui também ficamos conhecendo a imperícia de alguns médicos na utilização de quimioterápicos sem conhecimentos técnicos para isso, principalmente fora dos grandes centros formadores. Esse fato parece incomodar muito aos entrevistados.

Médico 5

Acho que existe a necessidade de se tratar isso de uma maneira ética, se for atrás do mercado de oncologia,

primeiro que oncologia se for pelo mercado você vai utilizar droga mais cara, por que é um recurso que vai te dar um retorno financeiro você maior e etc, e não necessariamente você vai estar beneficiando o teu doente. O meu compromisso é com o doente, os meus são doentes, única e exclusivamente.

Não... o procedimento eu não coloco nem em questão, essa questão... acho que o procedimento[o pagamento pelo medicamento] não tem que entrar em questão.

*M – Entendeu, tem cirurgião fazendo quimioterapia...[o que pensa sobre isso] **Aí é com ele, eu não tenho a mínima idéia, eu não sei se ele manuseia as complicações da mesma maneira que eu, entendeu, não sei se ele está atrás... do lucro que você falou... isso eu não posso responder por ele, isso é uma ética dele, se ele se sente ético fazendo isso, se é confortável prá ele chegar em casa e deitar no travesseiro da casa dele com essa carga toda em cima.***

Olha, o conselho regional de medicina permite isso[o exercício da especialidade sem título], se eu quiser abrir meu consultório de endocrinologista eu vou abrir, quem vai dizer que eu não sou endocrinologista?.

*“Eu acho... eu acho que a oncologia clínica ela vai ser uma, vai acabar tendo uma reestruturação, né, por quê? **Porque a questão de concorrência vai muito é da questão de é... mercadológica, né, então, hoje quando você ser... um oncologista bem vestido, com um carro bastante moderno, é... e as pessoas acabam pensando muito nisso, né.***

Nesta fala o entrevistado reafirma as questões anteriormente colocadas por outros, a face mercadológica da oncologia, a falta de qualificação técnica de não oncologistas no manuseio das drogas e nos fala da ausência do conselho profissional nessa discussão ou na fiscalização. Mas no momento de discutir o

procedimento diz que isso não está em discussão, e crê que o foco não é o procedimento e sim o uso não ético das drogas, seja por não oncologista, seja pelos oncologistas.

Médico 6

Eu acho que é... de uma maneira errada, mas... é... viável, o que sustenta hoje em dia, né, a oncologia, são os procedimentos, entendeu, porque a parte médica ela é muito desvalorizada, e como essa é uma especialidade que requer muito do profissional, tá, é... diferente da grande maioria das especialidades, é... o atendimento não acaba só na consulta, entendeu, pelo contrário, ele só acaba quando o paciente vem a falecer, porque ele continua durante em casa, nas férias... então requer muito do profissional, então ele tem que ter uma remuneração...

a parte médica é muito desvalorizada, não remunera o suficiente, no meu ponto de vista, é enfim, não... se só fosse a parte médica acho que não despertaria o interesse é... dos profissionais que estão na oncologia. Ao mesmo tempo você remunerar o procedimento também não é o ideal, porque existem as contaminações do processo,

Vimos então nesse bloco que a comercialização das drogas foi incorporada ao cotidiano das práticas oncológicas. Os dilemas éticos da comercialização parece que foram superados pela sensação de valorizar o trabalho médico, como uma compensação pela desvalorização da consulta médica; e o acompanhamento do paciente pelo médico. A questão que prevalece como preocupação nos parece ser a realização tecnicamente incorreta do procedimento.

Além da questão da comercialização existe outra tensão percebida nesse embricamento da indústria farmacêutica com a oncologia. É a indução por parte da

indústria de pesquisas na área. Essa fala é unânime entre os entrevistados e surgiu de forma espontânea. Há insatisfação por não terem a autonomia que gostariam quanto a determinadas escolhas terapêuticas. A estratégia da indústria consiste em excluir do mercado os quimioterápicos que sejam capazes de concorrer com as novas drogas. Por outro lado, uma parte dos oncologistas prefere usar a droga mais atual nos tratamentos.

Médico 3

... bom, atualmente ela manda [a indústria farmacêutica], né, na... na publicação médica, não tenha a menor dúvida disso, a gente tá totalmente rendida ao conhecimento farmacêutica.

M – A nossa... o nosso conhecimento atualmente, ele é... ele é direcionado pela indústria farmacêutica, porque eles fazem as perguntas, entendeu, eles perguntam o que interessa a eles o que não interessa eles não perguntam, né, agora, no outro dia eu soube que existe uma revista só de resultados negativos, tá, parece que esta revista tá pegando só os resultados negativos e publicando, porque existe uma [tendência] enorme na literatura de só publicar o que é positivo, né... o estudo é a indústria farmacêutica, porque ela é que paga o INCA é um exemplo disso,... olha eu comecei a fazer um estudo em 93, uma dificuldade enorme, fiz um estudo e foi super interessante em 93, 94, depois eu tentei em 96 rerepresentar este estudo, porque eu me negava, acontece que eu não ia pagar um remédio, uma droga que a gente usava aqui que era baratíssima, ...,[foi retirada]

... Entendeu, então toda a tua informação, ela é... atualmente está vinculada a uma... a uma demanda da indústria farmacêutica.

M – Tirando obviamente alguns institutos mais... né, isolados, mas o grosso, até nos Estados Unidos isso acontece.

Há aqui a colocação da dependência da indústria farmacêutica para se pesquisar na área ou para se medicar na área, sendo que tanto uma como outra ação estão vinculadas à indústria farmacêutica. Os entrevistados reconhecem que todo o conhecimento advém das pesquisas dos laboratórios e participam dessas pesquisas nos ambulatórios da Instituição a qual estão vinculados.

Médico 6

*A indústria farmacêutica é um problema ... o que a gente vê é... ela... existe uma pressão muito grande da indústria, em cima dos profissionais da oncologia, muito grande mesmo, e que às vezes é muito difícil ele escapar disso, mas eu acho que a gente tem o dever, que somos de formador de opinião a ter uma visão crítica e não aceitar tudo, é difícil isso, mas eu acho que... os grandes formadores de opinião têm esse dever, é... por outro lado existe é... grande parte dos avanços que a gente conseguiu, foi muito no sentido da indústria, que é hoje em dia o foco financiador, né... Hoje em dia é difícil, mesmo nos Estados Unidos que você tenha estudos que não sejam financiados pela indústria farmacêutica, isso é ruim, porque é difícil às vezes você separar seu interesse comercial do interesse científico, é muito difícil, é... então hoje em dia, a gente tem **um assédio muito grande da indústria farmacêutica, é... prá falar... dos produtos, eu acho que é um erro, eu acho que você não deve falar dos produtos eu acho que você deve falar as doenças e dos tratamentos que você dispõe, acho que sempre que possível eu acho que você tem que tentar ter essa... essa distância, né, é...***

Este entrevistado traz à tona a demanda da indústria farmacêutica como norteadora das pesquisas e dos avanços na oncologia. Ele fala em interesses comerciais e científicos e reconhece que esses financiamentos são responsáveis pelos avanços em novas terapias. Mas, no parágrafo seguinte, vemos que novos avanços significam novos custos, devido à estratégia de substituição das drogas.

M – Olha aqui a gente também se distanciou, hoje em dia eu acabo fazendo de tratamento o que eu fazia há cinco, dez anos atrás, eu não consegui incorporar a tecnologia dentro dos tratamentos, a não ser quando eu boto ele prá centros de estudos[pesquisa clínica], então a grande vantagem ...assim, o destaque que eu tenho, são os meus estudos, então é por isso que o INCA é um grande foco de estudos, ele tem volume de pacientes e tem muitos estudos, então, fica mais fácil, quer dizer, eu uso os estudos, prá...Prá... prá assistência.

M – Senão, não tá vendo, o interesse..., porque é difícil você não acompanhar isso e a gente acaba vendo que tem tudo na frente, tem umas terapias mais modernas, todo mundo acredita nisso, vai eu falar isso ao contrário, então, hoje em dia, é... eu tô muito envolvido com pesquisa clínica muito por causa disso, porque eu consigo oferecer o que eu tenho de melhor para os meus pacientes.

Porque é... essa é a grande discussão, entendeu, como é que bota preço.

M – Essa é a grande discussão, o que a indústria fala que na verdade, e isso é verdade, eu não sei como, eu não sei como se estimar, que prá aquela droga chegar naquele estágio de comercialização, é... tem uma conta que eles fazem, de cada... não sei se de cem ou de mil, mas é um número grande é dez mil, só uma chega ao mercado, então, todo... todo custo que eles tiveram com o desenvolvimento com as outras drogas acabam sendo diluído por aquilo, fora que eles têm um tempo também de... de... de... comercializar aquilo que é protegido, depois

daquilo você pode ter cópia, então ele tem aquele tempo de cinco anos prá tirar o lucro e depois daquilo já era, vem as cópias e acabou.

M – O médico é uma... eu falo que a gente é meio uma engrenagem dessa indústria, entendeu, uma engrenagem, se você não tiver muito cuidado você é sugado.

Aqui ele nos fala sobre o difícil equilíbrio entre a comercialização e as pesquisas e da sua dificuldade em conciliar as novas drogas e as limitações do serviço público. Se, por um lado, faz uma certa defesa da indústria farmacêutica quando diz que seu investimento deve ser recompensado financeiramente, por outro, reconhece que o alto custo significa dificuldade de acesso às novas terapias para a maioria da população. E, por fim, nos diz que se considera uma engrenagem dessa indústria.

É necessário comentar, antes de passarmos a apresentação das entrevistas que focalizaram as relações com o sistema supletivo de saúde, que esse embricamento da prática médica oncológica com a comercialização de insumos se deu, segundo nossa entrevista piloto, depois da inflexão ocorrida na área na década de oitenta. Até essa década, o controle e distribuição dessas drogas eram feitos pelo Estado, através da CEME (central de medicamentos). Depois, o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) tentou organizar comissões de oncologia estaduais, mas a oferta dos medicamentos e a estrutura eram muito restritas, poucos estados e serviços dispunham de dependências especiais para administração dessas drogas que, à época, devido aos efeitos extremamente tóxicos, só podiam ser administradas em ambiente hospitalar.

A mudança dessa política promovida pelo fim do controle do Estado permitiu aos médicos, de forma individual e em seus consultórios, comercializarem esses medicamentos. Com a evolução dos quimioterápicos no sentido da diminuição dos efeitos colaterais, a comercialização individual nos consultórios foi facilitada, gerando possibilidade de lucros reais para os médicos na sua utilização. A autonomia nesse comércio se dá nos moldes de outras especialidades, como a cardiologia e a ortopedia, porém, nesses casos, a intervenção médica somente se dá em ambiente hospitalar.

Já na oncologia, o chamado “pacote” é pago diretamente ao médico desde que ele (ou seu grupo) possua uma central de quimioterapia. Nesse mundo dos negócios oncológicos o que confere prestígio e *status* é a aquisição do último lançamento da indústria farmacêutica para a oncologia. Em contrapartida, os laboratórios não hesitam em usar estratégias de mercado baseadas na substituição das drogas, desmontando esquemas terapêuticos já previstos.

Em regiões do país em que há serviços isolados de quimioterapia o conhecimento técnico se transforma em poder político e o médico poderá exigir uma participação nos lucros dos prestadores de serviço ao SUS e de serviços particulares ou conveniados. Esses arranjos, por vezes, geram dilemas técnicos e éticos.

Os entrevistados, embora de forma lucrativa como aqui revelaram, se tornaram uma engrenagem da indústria farmacêutica e dependentes dela, tanto para subsistir como para produzir conhecimento na área e, que se diga, para eles isso é muito importante. Mas não parecem ter essa reflexão sobre o trabalho que

desenvolvem, têm a visão de que no consultório trabalham mais para si do que para os outros.

A relação com os convênios...

Além da tensão com a indústria farmacêutica relativos a' comercialização e pesquisa, e também fazendo parte do mundo dos negócios oncológicos encontramos a relação comercial deles com o sistema supletivo de assistência médica. As relações parecem ser menos cordiais, ou por não serem nada lucrativas ou talvez porque aqui a pauta seja pura e simplesmente a remuneração e a valorização do trabalho médico. A valorização do próprio trabalho é o elemento mais geral desses conflitos em razão do crescimento das organizações empresariais do sistema supletivo depois do amplo movimento de credenciamentos.

Médico 3

...mas mesmo assim eu não sei se o cansaço é dessa infraestrutura que não... não está gerando bem, entendeu, não está indo bem, né... eu não... não estou satisfeita com a minha prática clínica, né. Por causa disso, por exemplo, eu tinha o hábito de acompanhar os meus doentes internados, entendeu, meu doente que eu tratava dele, cuidava e internava, eu... eu cuidava dele, eu não tenho mais tempo, eu não tenho condição, o convênio determina onde ele quer internar o doente, é num hospital às vezes na zona norte, que você não vai poder... não sabe nem como chegar, muito menos a possibilidade de ir, você tem um volume de doentes grande, então tudo isso está minando um pouco, e

está me deixando insatisfeito com a prática clínica da oncologia.

Essa entrevista nos traz limitações não na autonomia técnica, porém nas decisões gerais que deveriam ser tomadas em conjunto pelo paciente e o médico.

Médico 4

Porque, por exemplo, eu acho que a tendência é cada vez mais os convênios, porque como acontece hoje em dia, você prescreve um tratamento, fornece a quimioterapia e cobra do convênio, né, a ... eu acho... a minha opinião é que no futuro, não sei se no Rio ou São Paulo, mas talvez em cidades menores, os convênios assumam o tratamento, porque não... um local por exemplo, que tem um hospital da UNIMED, né, que tem várias capitais que tem, menores, e tal, por que que ela não monta um serviço de oncologia clínica ali dentro, ao invés de credenciar outras clínicas pra tratar, porque aí ela passa a ... a ela ganhar com o procedimento, né. ... ou talvez ainda não queiram ter o trabalho.

Este entrevistado nos diz que, na sua percepção, os convênios que possuem hospitais próprios se interessarão economicamente (no futuro) em ter sua própria central de quimioterapia, pelo visto se relacionando diretamente com a indústria farmacêutica.

Médico 5

É horrorosa, né .[a relação com o convênio].. Acho que é uma relação vil, mas...Remunera mal, entendeu,?

A seguradora hoje em dia tem limites, ela... é porque os custos começaram a aumentar muito, hoje em dia, ela tem auditorias, não dá prá fazer tudo da sua cabeça, tem limites e às vezes tem mais limites do que aqui...[INCA]

- Tem mais limites do que no INCA, né, em algumas coisas, chega uma hora que fala, não tem, o custo que você tá pagando é um estudo que... não teve grande impacto, o custo é alto e não tem como fazer, tem regras, você pode ter certeza que tem regras, tem regras.

Vemos aqui a autonomia técnica ameaçada. O oncologista nos fala de auditorias técnicas que se revelam como contenção de custos. Para ele é uma relação vil e que remunera mal o trabalho médico, por isso a redenção pelo ganho com o procedimento.

Considerações sobre os negócios oncológicos

Médico empreendedor: “o sistema não é o ideal, mas...”

■ Indústria farmacêutica:

1. Relação comercial direta com a indústria farmacêutica no consultório privado.

2. Pesquisa: quem faz as perguntas?

3. *Status* do remédio novo

■ Medicina complementar: comercialização do “pacote” oncológico.

■ Dilema entre: ciência, consciência e interesses.

(uso ético das drogas quimioterápicas)

Visitando o mundo do profissional médico oncologista, nessa categoria médico empreendedor, encontramos características indicadas por Freidson como intrínsecas à profissão médica. Nessa categoria vimos que os oncologistas reorganizaram seu espaço de trabalho, possuem autoridade e a responsabilidade sobre o seu paciente; vimos também satisfação com o seu trabalho e a formação como monopólio do saber. Eles são especialistas em uma prática curativa individual; como foi visto, seu centro de atuação é a doença e não a pessoa, ainda que nesse caso focalizar a doença signifique cuidar da pessoa.

Parece-nos que embora trabalhem com uma certa satisfação com seus pares, teriam dificuldades de se engajarem em projetos institucionais cujo centro da intervenção médica não seja a doença. Esse arranjo corporativo inerente a essa especialidade traz para a medicina tecnológica o foco do uso do conhecimento cuidador e tecnológico facilitando a organização de associações entre médicos ou empreendimentos individuais que permitem uma certa independência econômica e financeira.

Mesmo sentindo sua prática comprometida pela ingerência da indústria farmacêutica e pelo sistema privado (autonomia afetada), o maior foco de tensão para eles não seria esse e sim o uso dos procedimentos oncológicos realizados por não especialistas.

Os oncologistas entrevistados além de serem cuidadores de seus pacientes são cuidadores dos seus negócios. Os médicos da especialidade, oportunamente, perceberam a possibilidade de através da comercialização direta com a indústria farmacêutica, empreender não a medicina liberal, mas uma medicina que possui

momentaneamente o domínio do mercado, não existindo uma ação econômica do Estado sobre esse mercado, embora essa atividade seja fiscalizada através de uma agência nacional reguladora (ANVISA).

O médico, e seu trabalho passaram, nesse caso, a ser constituído de consulta médica e o procedimento médico. Isso é o que, de fato, o conecta a clientela.

Contrastando com o primeiro estudo, vemos que os médicos do PSF têm mais dificuldades com negócios particulares. Quando têm outro vínculo de trabalho este consiste de plantões no final de semana para complementar a renda e relativizar a precariedade do vínculo no PSF. São engrenagens que movem a política local; pouco interfere nos lucros da indústria farmacêutica de forma individual.

Refletindo sobre as questões oriundas do trabalho empírico e trazendo essas reflexões para o debate sobre a desprofissionalização, a proletarização e a corporificação dos médicos, poderíamos dizer que os médicos entrevistados não nos trouxeram a sensação de serem proletarizados, ou desprofissionalizados ou mesmo, diante de circunstâncias mais cerceadoras, corporatizados. Eles pareceram desenvolver de forma satisfatória as idéias encerradas no conceito de profissão médica que vimos no início desse trabalho. Também não se encaixariam na definição mais ampla de proletarização médica ou de corporificação.

Almeida (1997) no diz que as principais críticas à reflexão freidsoniana sobre a profissão médica são a desprofissionalização, a proletarização e a corporatização dos médicos. Em linhas gerais, a desprofissionalização defende que existem inequívocas mudanças no *status* dos médicos e da medicina, através da perda do

monopólio do conhecimento, da imagem positiva e da capacidade de impor suas próprias regras.

Ora, a oncologia é uma janela que aponta uma nova forma de manter-se no mundo médico com respeito público e o monopólio do saber, em que pese as intermediações da indústria farmacêutica nesse saber.

No caso específico, a incorporação tecnológica recolocou o médico em seu espaço social de atuação. Sustenta sua prática e a sua identidade profissional. Alimenta, através da subjetividade com seu paciente balizada por um conhecimento esotérico, a autoridade e a responsabilização pelo paciente.

Quanto à idéia da proletarização, cuja base teórica é o *status* de proletário, ou seja, a venda da força de trabalho para sobreviver sem o controle sobre o seu processo de trabalho. Mais uma vez, a oncologia nos mostrará um rearranjo em que a medicina e os médicos ainda detêm seu poder essencial.

Embora sejam por vezes assalariados, e o sistema suplementar realize algumas auditorias, os oncologistas ofertam ao mercado um pacote de procedimentos médicos que ainda é lucrativo e que nutre seus negócios com a indústria de fármacos. Os oncologistas conseguiram, por enquanto e de forma surpreendente, um arranjo com a indústria farmacêutica que se por um lado os cerceia, por outro, lhes oferece a possibilidade de autonomia financeira de forma individualizada, ou organizados em pequenos grupos de produtores (extensão de vários consultórios particulares). Por outra parte, grandes hospitais e as grandes corporações de assistência médica privada ainda não participam desse mercado. Parece-nos que para os oncologistas a perspectiva da proletarização ainda está distante.

A questão da corporatização (como a submissão às normas e controle das grandes corporações ou complexos multiempresarias) financiando as relações entre médicos e pacientes fica por vezes amenizada. Fica amenizada por outra dimensão do mesmo conceito, como nos diz Almeida (1997) que seria devido **aos impulsos empresariais internos** que médicos transformariam seus consultórios em centros ambulatoriais para diagnósticos e tratamentos. Na oncologia, os médicos seguindo este impulso certificam sua central própria de quimioterapia para comercialização de medicamentos que são adquiridos diretamente da indústria farmacêutica.

Almeida (1997) nos diz também que essas questões ainda carecem de aprofundamentos no que tange à categoria médica. Concordamos com essa afirmação, uma vez que a compreensão das políticas e das práticas oncológicas nos mostrou que existem bolsões de boas práticas inscritas nas políticas conservadoras que são capazes de reorganizar a atividade médica de forma favorável ao médico.

Diríamos que, mesmo sendo apenas através de uma especialidade, os médicos resistem em perder o controle sobre a sua profissão e resistem em perceberem –se como desprofissionalizados, proletariados e corporatizados no sentido já citado.

6.1.3 Médico especialista: “Quem fica olhando raio X de osso é velhinho, né?”

Essa categoria nos apresenta as questões relativas à especialização médica oncológica. Ela se torna relevante, menos por focalizar a formação médica e mais

por nos mostrar como essa especialidade retroalimenta as várias faces da prática oncológica.

São dois blocos de falas. No primeiro, os entrevistados transmitem um certo encantamento por encontrar durante o período de residência médica um serviço de qualidade; parece que se sentiram convidados e estimulados à integração; o que nos faz lembrar das motivações e do poder simbólico de que fala Bourdieu (1989). O segundo bloco foi agrupado com as falas relativas à formação médica e a visão que têm dessa formação.

As motivações: “é uma chance de você ser médico na plenitude mesmo”

Os médicos entrevistados nos relataram, de forma unânime, que durante o curso médico pouco ouviram falar em oncologia, apenas uma das escolas médicas citadas possuía a oncologia organizada como uma subdisciplina da clínica médica. Durante a primeira residência, dizem que observaram a dificuldade dos serviços quanto ao tratamento de pacientes oncológicos, fato que parece ter sido fundamental na escolha da especialidade.

Médico 1

Aí tinham algumas coisas que me apaixonavam, clínica médica, hematologia, e... e aí o que aconteceu, eu fiz prova prá continuar residente em clínica médica, eu era residente de neuro do fundão...Nisso, um amigo meu, o meu staff de enfermaria que era staff aqui do INCA, ele falou: “Por que tu não faz oncologia?” e é verdade que, hoje não, mas que

naquele tempo oncologia era uma coisa que a gente não fazia idéia do que era, não aparecia na “VEJA” você não ouvia falar nisso na faculdade. Era sempre uma coisa muito... a gente não sabia o que que era , não se ouvia falar, isso em 1992, não é 1950 não, é 1992, há 14 anos.

E vim... e eu acho que já na primeira semana era isso mesmo e me encontrei. - Foi uma experiência muito boa. Tratar de paciente grave, de paciente com câncer, né, é... Quimioterapia, uma idéia assim meio que a quimioterapia vai salvar os pacientes, os tumores que são curáveis com a quimioterapia, você vai... enfim, aquela coisa romântica né.

O que que acontece aqui, na verdade o serviço público também é heterogêneo, você tem lugares fantásticos, tem lugares comuns, o patrimônio nosso tem uma questão de uma área física muito boa, tem uma questão de conforto prá trabalhar que não é ruim, mas o patrimônio aqui é fundamentalmente humano.

– Você sabe, hoje acho o seguinte: acho que o oncologista, né, é uma chance de você ser médico na plenitude mesmo, é muito envolvente a coisa sabe, é... você pode[ser médico].

Este entrevistado nos diz, tal como os demais, que foi convidado a participar do processo de seleção para a oncologia; nos fala sobre sua chegada como residente em um a instituição dinâmica e organizada; como teve uma visão romântica da oncologia; mostra-se entusiasmado com o lugar no qual trabalha e diz que o patrimônio é humano. Ainda mantém a visão de que é possível exercer a medicina em plenitude tanto na instituição quanto na especialidade.

Era justamente pré requisito, eu já tinha pré requisito, entrei como R2 de hemato e comecei a segunda residência. Aí ela falou assim “faz né, se você gosta tanto, vai fazer o INCA..., vai fazer residência mesmo assim. Aí eu falei assim “Mas ..., são mais três anos” Aí ela: “Ué, você não quer fazer oncologia? “Eu acho que é...” “Então, pronto.” “Gente eu não sei se eu vou agüentar fazer mais três anos” Aí ela ao mesmo tempo disse assim: “Se eu parar, eu não faço se eu parar um ano, eu não faço”, porque uma coisa é você tá no pique, outra coisa é você parou... não dá prá agüentar, porque foram no total sete anos...` ...

M – O INCA, primeiro assim, eu digo que o que foi sendo construído no passado foi tendo um espelho né, do como ser... como ser... de a coisa do primor, da questão da formação, da informação e que isso é importante que é indispensável, então isso contamina, contagia e as pessoas vão adotando isso como postura, tem isso também, mas assim, eu digo que de uns anos prá cá realmente essa questão da residência tem a tendência a melhorar, por isso que as pessoas estão muito mais compromissadas, por exemplo, ter staff até o final do ambulatório.

Esse entrevistado traz novamente a referência que faz as pessoas se tornarem referência, ou seja, ele nos diz que os residentes vão adotando a mesma postura dos *staffs*. Fala do investimento de tempo e dedicação que a oncologia exige e, de novo, diz que foi convidado a se inscrever no processo de seleção. Sua fala transmite que o esforço individual de estar e trabalhar ali são gratificantes.

Médico 3

...e aí nesse período uma pessoa que fez residência comigo na hemato, residente.... me inscreveu na residência do INCA, ... E aí eu entrei no concurso, né, prá residência

do INCA e comecei de novo os três anos de residência do INCA, né. Então eu fiz um ano de clínica médica, que era pré requisito prá hemato também, e dois anos de pré requisito de hemato... quer dizer dois anos de hemato, então eu tinha mais do que pré requisito e aí eu fiz mais três anos de residência... olha eu fiz seis anos de residência médica.

a residência no INCA me encantou, assim, era um mundo novo, quer dizer, eu fiz seis anos de residência, quer dizer seis anos estudando no Fundão mais três anos, eu tinha nove anos da minha vida universitária dentro no Fundão, então prá mim só existia o Fundão, entendeu, quando eu conheci alguns profissionais do INCA aquilo me surpreendeu muito, eu achei que eles faziam... um nível... tinham um nível médico muito bom, né, uma agilidade que o Fundão não tinha, né, e assim, o INCA tinha muito recurso, né, assim, muita gente, muito paciente e aquilo tudo foi me encantando, né, claro que nestes anos de residência a hematologia foi muito forte prá mim, eu comecei fazer mais é...

É assim... eu acho que é... o INCA primeiro ele tem recursos que os outros hospitais não tem, não tenha a menor dúvida disto, né, quer dizer mesmo se você olhar dentro da realidade do Rio de Janeiro, eu vivi no Fundão ...eu podia comparar o número de drogas clínicas que tinha era maior, tomografia, ressonância, agora menos, eu te falei que eu me surpreendi quando eu sai do Fundão e dei de cara com Dr... né, que era oncologista, hematologista e um excelente clínico, tá, no mesmo top que... que médicos do Fundão.

Essa fala é contundente no sentido de nos trazer elementos importantes para as escolhas médicas. Nos é dito que ele não conhecia a especialidade, foi convidado a fazer a seleção, foi ficando encantado com a Instituição, com os

recursos a ela destinados e com os profissionais que ali atuavam, os quais possuíam nível técnico equivalente ao universitário, em que pese ser um serviço público, até então, sem o *status* de instituição de ensino.

Médico 4

Eu acho, na verdade eu acho que quem faz uma estrutura são as pessoas. No dia que o INCA... começar a não valorizar essa questão a qualidade, do trabalho que as pessoas fazem ele vai cair... assim, o que faz qualquer estrutura andar são as pessoas, na verdade, o que move o INCA são as pessoas que trabalham no INCA. No dia que o INCA parar de se preocupar com a qualidade do trabalho que as pessoas estão fazendo, né. Pode ter a verba que tiver que não vai... Na verdade vai ser verba... muita verba desperdiçada.

Esse traz novamente a referência da qualidade técnica como valor imponderável para a qualidade da assistência prestada e avança afirmando que caso não haja qualidade técnica a verba (palavras do entrevistado) será desperdiçada.

Médico 6

... o fato de ter vindo parar num hospital como o INCA, foi um grande incentivo, onde as coisas funcionavam onde você via que os pacientes... eles eram tratados adequadamente, isso me estimulou muito, se eu tivesse ido prá um hospital onde as coisas não funcionassem, talvez isso me deixasse é... desanimado, porque a especialidade ela é muito difícil, né, principalmente no começo, então o fato de você ter um hospital, ou uma

instituição que funcione que você dê o atendimento adequado aos pacientes, isso é muito importante.

... porque com todas as críticas que a gente tem ao INCA, é um centro de excelência, entendeu, poderia ser muito melhor, poderia mesmo, eu faço essa crítica todo o dia, mas eu acho que comparando com os outros centros, a gente está muito à frente, É... e eles acham que por um erro nosso, pela formação inclusive, que eles vão encontrar sempre isso, né, que não deveria ter prá eles prá.. nas universidades...

É... eu acho... primeiro ponto é... a cultura do hospital, acho que é importante prá isso, e eu acho que o segundo ponto são os formadores de opinião, as pessoas que orientam, é desde que eu vim pro INCA, isso foi uma coisa que eu esqueci de falar, é... desde a minha... o que me despertou o interesse em fazer oncologia também e acho que hoje desperta... é a qualidade técnica dos profissionais que estão treinando...

M – Ou seja, eu acho que felizmente o INCA ele dispõe de uma... não uma nata, mas dos melhores profissionais do mercado, eu acho que ainda estão aqui, uma seleção acho que de... natural, como é muito difícil você ficar, então aqueles que ficam são aqueles que querem mesmo, entendeu, então são aqueles que ficaram melhores colocados nas suas residências de medicina interna, são aqueles que são mais vivos, então, isso acaba contagiando acho que as... o grande patrimônio que a gente tem aqui no INCA é a filosofia de querer fazer o melhor, então eu acho que isso é fundamental que eu acho que sempre contagiou prá qualidade da instituição, né, a filosofia de querer fazer o melhor, então as pessoas estudam, estão sempre atualizadas e elas cobram dos residentes isso, quer dizer, os residentes vêm como as pessoas são, como os seus preceptores são e vão em frente e tentam passar isso de pai prá filho.

M – E isso eu acho uma coisa importante, então eu acho que nos outros hospitais o que não tem é isso.

[o INCa] Tem essa tradição, primeiro que... acho... o ... isso já é antigo, isso não começou...agora, isso começou com as pessoas... quando eu vim prá cá, isso foi uma coisa que me chamou muito a atenção, da qualidade técnica dos profissionais que trabalhavam aqui e isso foi passando de geração prá geração, ah! se... é.. a gente se... o ... o INCA ter uma instituição de pesquisa ajuda muito também, porque isso contagia, fazer pesquisa é muito difícil, exige uma qualidade técnica perfei... um aperfeiçoamento muito grande, muito detalhe e isso acaba contagiando muitos
M – É... mas todo mundo fala que é uma ilha, por causa de que, porque lá é... mas eu acho que o maior patrimônio é a qualidade técnica dos seus profissionais. E isso eu acho uma coisa importante, então eu acho que nos outros hospitais o que não tem é isso. Existe... na oncologia aqui do Rio de Janeiro, muito por que a grande... mãe, a grande formadora é... dos oncologistas do Rio de Janeiro foi o INCA, então as pessoas se comunicam.

Note-se que esta fala é semelhante às outras. Primeiro, a surpresa de encontrar uma Instituição pública com qualidade superior ao que esperavam. Depois, a constatação que os médicos que lá trabalham zelam pela qualidade técnica do trabalho e apoiam residentes com algumas características que convêm à Instituição. Percebe-se que não é apenas um elogio formal, que poderia ser feito durante uma entrevista, é uma forma engajada de pertencer ao grupo. Fala também que a diferença entre essa instituição e algumas outras seria o seu interesse pela Instituição e pelo trabalho desenvolvido. E afirma que esse interesse é repassado de geração a geração de oncologistas.

Conforme vimos nesse bloco de entrevistas os entrevistados possuem uma sólida formação em clínica médica e se encantaram com o que aparentemente a

residência propunha; a biomedicina ajudando a curar ou cuidar de pessoas, além de obterem o reconhecimento profissional pelos seus pares. Isso contribuiu para que eles se estruturassem naquele ambiente e produzissem e reproduzissem essa prática, agora junto aos novos residentes. Outra questão interessante é a de que foram convidados e estimulados a se tornarem oncologistas. Segundo suas falas, é necessário manter-se sempre atualizado inclusive para não “*perder o mercado*”.

Mesmo não generalizando, podemos distinguir a essência de uma matriz de formação em oncologia. Como são poucos os centros formadores no Brasil, estes acabam por interagir e, embora com algumas diferenças no conteúdo da formação, vão adquirindo uma identidade formada pelo trabalho, a prática e a visão de mercado.

Aqui poderemos ilustrar, contrastando com o primeiro estudo. Os médicos do PSF chegavam motivados pela política, mas não tinham uma formação específica para o trabalho, além disso, se desencantavam ao perceber as fragilidades da política que os mantinha. Tinham formações em diversas áreas, ou por vezes, eram recém formados, o que não seria possível na oncologia²⁰.

A especialidade vista por eles: “Quem fica olhando raios-X de osso é velhinho, né?”.

²⁰ Aliás, e oportunamente, diríamos que no primeiro estudo verificamos que a qualidade da formação médica não é pré-requisito para o trabalho médico no PSF, uma vez que não existia, à época, uma avaliação de conhecimentos básicos em medicina para o ingresso nesse mercado de trabalho.

Nesse bloco os médicos nos falarão sobre o longo investimento na carreira, da necessidade de atualização constante e da pouca inserção que a oncologia possui nas escolas médicas.

Médico 1

Também é uma especialidade muito dinâmica, falo em cima das coisas que mais se tem verdades sendo ditas a cada dia, então você tem esta necessidade contínua e constante de se atualizar, prá você ter uma idéia, a maioria dos oncologistas vir a ler regularmente é... periódicos, não só livros, mas também textos periódicos, então é... se você for ver a média aí de um, de um... tô falando de uma prática é... normal.

–Então o que acontece é... eu acho que a discussão do currículo é... brasileiro, completamente O nosso residente de oncologia clínica, ele é um sujeito que é elitizado por natureza, você entra numa aula, numa classe de medicina você vai ver quantos deles é... são fluentes em língua inglesa, bom é... do ponto de vista prático, não existe publicação em língua portuguesa em oncologia clínica, você tem duas ou três revistas aí, mas que não são as referências, né...

[para ser oncologista] é tão importante ser médico quanto falar inglês não tem jeito é a realidade, é a realidade.

... tem que investir dois anos de clínica médica, mais dois ou três anos de residência, e aí que vem a questão, o sujeito menos favorecido que precisa imediatamente ganhar dinheiro, tá no caminho errado, não vai ser aqui que ele vai ganhar dinheiro de pronto.

Observe-se que o entrevistado nos diz que a especialidade é dinâmica no sentido da necessária atualização através de periódicos internacionais. Nos fala que o retorno do investimento na formação é demorado e que isso, de certa forma, limita

a opção pela especialidade aos que não necessitem de retorno financeiro em curto prazo.

Adiante, ele nos falará sobre a presença embrionária da oncologia nas escolas médicas. Nos diz que a oncologia freqüentemente está inserida na cadeira cirúrgica e, de forma curiosa, nos diz que o conservadorismo das universidades dificulta a aceitação do novo. Cita como exemplo a radiologia e diz que esta é baseada no Rx simples, e não na ressonância magnética, porque os catedráticos antigos gostam de ver Rx. Essa fala nos mostra que o entrevistado parece estar totalmente imerso na medicina tecnológica.

É a cirurgia é tipo daquela especialidade super poderosa, super... é que manda, né, porque é uma especialidade tradicional, a cirurgia, a clínica médica, então tem esse lado, né é... a oncologia é uma coisa que ficou durante algum tempo meio que próximo demais das cirurgias e os cirurgiões envolvidos demais com essa coisa de... é... por exemplo, você vai dar uma aula sobre câncer de mama, hoje câncer de mama é uma doença que ela é alvo cirúrgico, mas completamente clínica, mas quem dá aula de câncer de mama ainda é o, o ... cirurgião, em ...eu consigo dar as aulas sobre câncer de mama, mas não é simples, você falar sobre... câncer ... mas continua sendo todo o currículo dado pelo cirurgião. Então é uma inércia que é difícil você... entrar.

Então, é... toda vez que você entra com uma coisa nova, é difícil as pessoas aceitarem, abrirem espaço, você vai ver que na maioria, imensa maioria das universidades, a oncologia é vista como um... uma portinha do lado da clínica médica, não é vista como uma especialidade,– Até por que as universidades, as grandes universidades são antigas, então quer dizer, se você for ver um curso de radiologia, é um curso baseado no raio X simples, poucas aulas sobre ressonância, por quê? Porque se você for ver a maioria dos médicos que fazem

ressonância são médicos mais jovens. Quem fica olhando raio X de osso é velhinho, né?

Médico 3

“a oncologia é uma especialidade nova e ela cresceu muito nos últimos anos, então, mas assim, eu me lembro que quando eu comecei a fazer onco, os cirurgiões em reto, colo, ninguém acreditava que você depois de fazer uma cirurgia de colo os pacientes de fazer uma quimioterapia, entendeu, não existia essa cultura, você convencer um cirurgião a encaminhar pra um oncologista era uma dificuldade, o que eles encaminhavam, eles encaminhavam aqueles pacientes que eles não queriam na sua conta, entendeu, mas eles não sabiam que você podia fazer de fato alguma coisa, é... puro desconhecimento, porque na faculdade a gente não tinha aula de... oncologia.

Esses médicos, embora não sejam os pioneiros na oncologia na Brasil, nos falam também, de forma quase unânime, da pouca inclusão da oncologia na escola médica. E apontam essa prática como uma das causas do desconhecimento dos outros médicos sobre as possibilidades dos tratamentos oncológicos.

Médico 4

Na verdade eu acho que a perspectiva é que... esse ganho em cima dos procedimentos vá se reduzindo cada vez mais, né, é o que acho, e assim, financeiramente, se a gente for ver a oncologia clínica é uma especialidade que... a ... que te permite manter uma certa qualidade de vida, hoje, por exemplo, eu vejo o pessoal da minha turma de faculdade, né, a maioria das pessoas, não tá, boa parte, não está trabalhando com suas especialidades.

Médico 6

Uma outra coisa que me chamava a atenção, é que... que os novos avanços, né, dessas especialidades que estavam

surgindo e mexia muito com parte, com a parte tecnológica, entendeu, com parte de genética, cursos que me... me chamavam muito...a atenção, era uma ciência mais é... aplicada, não era tão empírico assim, como a gente às vezes vê em outras especialidades. E aí fui caminhando, fui gostando, é...

Nessas falas percebemos, na primeira, a oncologia como uma especialidade que pode ser exercida como única fonte de renda e trabalho. Quase lembrando Freidson (1985) poderíamos dizer que o monopólio do saber nos remete à máxima de que “só quem conhece a medicina oncológica pode exercê-la e que ela só pode ser exercida por quem a conhece profundamente”. Na segunda vimos o fascínio que a tecnologia exerce sobre alguns médicos.

Considerações sobre a especialidade oncologia

Médico especialista: *quem fica olhando Rx de osso é velhinho, né?*

- Processo longo de investimento na carreira.
- Área técnica pouco conhecida na graduação, na residência médica e dos médicos em geral.
- “Encantamento” (recursos humanos, políticos e econômico-financeiro) - Auto estima elevada
- Cultura médica oncológica: qualidade técnica.

- Médico *cuidador* sempre em busca de novas formas de tratamento-*Status* do novo

As entrevistas com os oncologistas trouxeram à tona o tema especialização, embora não seja o objeto dessa tese, vimos o quanto parece ser gratificante para os entrevistados o fato de serem especialistas. Vimos também que a oncologia ainda pode ser considerada uma especialidade nova, com poucos espaços de formação seja na graduação, seja na pós-graduação.

Refletindo sobre a necessidade de especialização que os médicos têm vimos em Durkheim (1970) que a especialização se dá em todos os âmbitos da geração do conhecimento; é um fenômeno da sociedade moderna na busca por uma relação de trocas e em que indivíduos agem sobre indivíduos e sofrem a ação exercida sobre eles. O que Durkheim chamou de “solidariedade orgânica” (*idem*).

Não deixa de ser um valor positivo, mas na sociedade atual e, principalmente, no campo da saúde pode-se aferir que práticas extremamente especializadas criaram ilhas afastando-se sobremaneira do conhecimento generalizado, prejudicando a *solidariedade orgânica* em que Durkheim acreditava (*ibidem*). A oncologia se assemelha a uma destas ilhas de Durkheim.

Voltando ao campo da medicina, Sayeg (1987) diz que:

Aparentemente, desde os primórdios da medicina haveria a tendência à especialização (.....).

(....) havia médicos dedicados às artes bélicas, militares e navais. Havia médicos para as várias classes sociais. Descrevendo-se ainda em Roma, médicos oculistas, ginecologistas e 'especialistas em fístulas'. Não é novidade, portanto, que todos queiram ser especializados em alguma "coisa ou em qualquer coisa. (SAYEG, 1987, p. 69-70)

Parece-nos que ser especialista é uma tendência menos atual do que poderíamos pensar. Nem os profissionais vinculados à saúde pública escapam à sedução da especialidade, mesmo sabendo que é uma idéia originária do mundo médico mais tradicional. Não é arriscado dizer que todo médico quer ser especialista em alguma coisa, ou lembrando Campos (1997), ninguém quer ser especialista em generalidades.

Trazendo a discussão para a oncologia, Machado (1997) classificou a cancerologia como uma especialidade intermediária baseada na premissa que é uma área mais relacionada a habilidades técnicas (cirúrgica) do que à base cognitiva das ciências médicas, intermediando estas duas áreas.

Assim, esta especialidade rompe com os dois mundos, aparentemente isolados, formando clinicas autônomas e com o processo de trabalho condensado por ramos básicos da medicina. Por um lado, concordamos com Machado (1997). Por outro, vemos a oncologia como um tripé interligado formado pela oncologia clínica, oncologia cirúrgica e radioterapia, configurando o guarda chuva oncológico ou pilares da assistência oncológica.

Esses pilares foram sendo construídos dando-se ênfase às práticas antes mesmo do reconhecimento destas práticas como uma especialidade. Praticar a especialidade significava, ser o médico do cuidado e ser um médico em busca de novas formas de tratamento.

Ao contrário de especialidades que surgiram baseadas nas tecnologias ditas modernas (medicina nuclear, ultra-sonografia etc.) essa especialidade se fortaleceu na década de 1960, em consonância com o chamado desenvolvimento tecnológico no campo da assistência médica individual e curativa.

Até 1952, não existiam equipes especializadas em oncologia. Todos os médicos eram cirurgiões gerais e operavam tumores malignos. Aqueles que se dedicavam às práticas oncológicas não tinham titulação específica. Embora houvesse a preocupação com ensino da oncologia por parte das lideranças médicas, poucos serviços hospitalares recebiam alunos ou médicos para aprender oncologia.

Observando a história inferimos que essa prática só se apreendia em instituições especializadas porque não havia um movimento visando internalizar esse conhecimento nas escolas médicas, assim como hoje há dificuldade para se interiorizar a estratégia de saúde da família, nestas mesmas escolas.

O aprendizado mantinha-se na relação do tipo mestre-discípulo²¹, embora o conteúdo aprendido fosse reconhecido cientificamente. Os estudantes tornavam-se estagiários dos serviços e depois de formados especializavam-se no mesmo local.

²¹ Em 1942, o Dr. Kroeff foi aos Estados Unidos e importou, de lá, o modelo das sessões clínicas para discussão de casos de câncer. Esse fato é importante porque se configurou como rotina até os dias atuais. Esse modelo é atualmente chamado de planejamento da terapia, em que o cirurgião oncológico, o oncologista-clínico e o radioterapeuta se reúnem para a organização da terapia do paciente.

Alguns se tornavam membros do *staff* e começavam a ensinar a especialidade. Atualmente, pelas falas dos *staffs* vemos esta reprodução quando comentam sobre a relação com os residentes.

As entrevistas nos trouxeram também uma das marcas dos oncologistas entrevistados: a constante atualização e a relação estreita com a pesquisa, fato que parece ser menos freqüente nos cotidiano dos outros médicos em geral. Os oncologistas são ávidos por novidades oncológicas, seja de novos procedimentos ou medicamentos. Eles parecem revelar a relação lúdica com novos equipamentos e medicamentos “misteriosos e fascinantes” dos quais nos falou Mehy (2002).

Esse interesse, próprio da oncologia, já havia sido observado anteriormente, mais precisamente na década de trinta, quando os oncologistas pioneiros registravam suas angústias e experiências em atas de reuniões técnicas. Interessante destacar como ilustração um trecho do relato de Helion Pova sobre sua própria prática, que bem aclara a herança dos médicos oncologistas atuais.

Tenho trabalhado com alguma tenacidade na matéria, buscando confirmação experimental, para tão desolador fato, procurando apreciar a influência da saúde geral dos ratos, nos quais evoluem transplantes de sarcoma, seguindo o seu curso fatal que dura de 30 a 50 dias... Sem autoridade para uma incisiva conclusão, somos, todavia, levados à crença de que os animais postos previamente em condições de saúde precária, pela sede e fome prolongadas, alimentação carenciada uno ou poli-avitaminada, infecções experimentais, não se tornam, como era de prever-se, mais frágeis à morte pela enxertia maligna. Podemos concluir ser o câncer um ônus da

saúde? [...] Esperemos a palavra última da ciência.” (Ata da 4ª Sessão da Congregação, p. 18). (BULCÃO, 2005, p. 103).

Essa técnica prática e experimental, esse perfil de cuidar e pesquisar e o desconhecimento que persiste ainda hoje são as marcas do agir médico atual, demonstrando um pouco do arcabouço da especialização em oncologia, que parte da angústia do desconhecimento sobre a doença até o tratamento atual; passando pelo desconhecimento dos médicos em geral.

A fala do médico da década de noventa ainda é muito semelhante a do médico do início do século passado. Se antes a abordagem terapêutica inicial era prerrogativa do cirurgião (e ainda é), atualmente, com o advento dos equipamentos que permitiram visualizar microscopicamente os tumores (tecidos, células, DNA), ocorreu uma inversão na abordagem terapêutica cabendo ao **oncologista clínico** a coordenação das fases das terapias a serem instituídas para cada paciente.

A oncologia clínica, cujas peculiaridades da formação acabamos de conhecer, fortalece nossa idéia central na qual sugerimos ser a oncologia um típico exemplo da medicina tecnológica. A estrutura da assistência médica oncológica individual, a tecnologia e a organização dos serviços favoreceram a dimensão cuidadora da prática médica e o mercado de trabalho para os oncologistas.

6.1.4 Médico Servidor Público ? “*imagina mudar isso tudo se não tem alguém que queira*”

Abordar as questões relacionadas às políticas de câncer com os entrevistados significou para nós um grande desafio. Eles não são servidores públicos que convivam com as dificuldades de exercer a sua prática, não são submetidos à má qualidade da gestão, ou a falta de condições técnicas mínimas de trabalho, aliás, reconhecem que há uma gestão, senão excelente, ao menos razoável e que possuem, relativamente, boas condições para trabalhar. São servidores aguerridos na defesa de novas técnicas e na expansão dos serviços. Não demonstraram e não nos parece que tenham introjetado as questões intrínsecas do SUS no que tange à área oncológica. Talvez porque não sejam estimulados, com freqüência, a refletir sobre esse tema.

Como vimos anteriormente, a historicidade da área aponta prioritariamente para a assistência médica individual estruturada nos avanços tecnológicos sejam de equipamentos ou insumos. Isso faz dos médicos entrevistados profissionais cuja carreira não foi alicerçada em projetos coletivos, embora sejam pessoas bem informadas, não acompanham os projetos relacionados à política de combate ao câncer de forma integral. Foi necessário considerar durante as entrevistas que mesmo estando atuando em instituições públicas, os médicos entrevistados que trabalham na assistência organizaram seu projeto profissional médico primando pela incorporação de tecnologia e pela atualização técnico–científica.

Por isso se posicionam e falam com mais desenvoltura sobre os mecanismos de incorporação tecnológica e expansão de serviços médicos assistenciais do que sobre prevenção, diagnóstico precoce e outras modalidades que fazem parte da mesma política de saúde para a área.

Assim sendo, organizamos essa categoria em dois blocos. No primeiro os entrevistados se posicionam sobre as políticas assistenciais para o câncer. No segundo bloco eles falam sobre prevenção e detecção precoce.

Médico 1

Têm várias coisas nisso, primeiro é que as pessoas estão muito mais velhas, vivem mais, e não morrem mais tanto de tuberculose, de pneumonia agora, tanto que estão vivendo muito mais e aí outras doenças começam a ser problemas e o câncer é uma delas, né. O tratamento do câncer teve uma mudança completa né, radical, nos últimos vinte anos, não é uma coisa que vem mudando há cinquenta anos, vem mudando nos últimos vinte à trinta anos, as cirurgias né, é... as indicações de quimioterapia, o resultado da quimioterapia, a indicação do resultado, as análises de terapia, então do ponto de vista da doença instalada mudou muito e, enfim, o governo criou essa coisa de cacon²² que é uma forma de você viabilizar a oncologia pública no Brasil inteiro, então isso é uma coisa fantástica, você vê as pessoas interessadas em montar esses centros...

...você imagina o seguinte: É... o nosso, a gente tem uma questão de limitação de recurso, o mundo inteiro discute isso, menos os americanos, né, os canadenses falam sobre isto, os ingleses, os franceses, todo mundo entende que isto seja uma coisa a ser discutida ...senão quebra a

²² São os chamados Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) São hospitais gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil. Caracterizam-se por disporem de todos os recursos humanos e equipamentos instalados em uma mesma estrutura organizacional e prestarem atendimento ao paciente numa perspectiva multiprofissional integrada.

firma[se fizer tudo para todo mundo], e aí é melhor você fazer uma coisa razoável prá todo mundo do que simplesmente não ter infra estrutura, não ter pra ninguém, então essas coisas precisam ser discutidas eu não digo deliberadas, mas discutidas, as pessoas precisam entender qual que é o nível do problema. Não é porque tem mensalão que nós não vamos discutir..., olha, no SUS que é... que é... que é pago o valor da tal da APAC é tanto, então não adianta você ter é... oferecer prá este indivíduo um remédio que custa três vezes o valor da APAC, por quê?[por o sus não paga].

Vimos que faz referência às questões nacionais de forma comparativa quando diz: “*não por que tem mensalão etc.*” que vamos usar as drogas sem discutir sua forma de distribuição. Quer dizer, ao levantar a discussão sobre a forma e os valores de pagamento da assistência médica oncológica, nos traz o dilema sobre a política de financiamento. Esse dilema diz respeito à incorporação de novas drogas ou tempo de tratamento acima do valor pago pelo SUS através da APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade). Como disponibilizar novos tratamentos e manter o acesso universal a estes uma vez que o novo, em oncologia, é sempre mais dispendioso?

Ele nos fala, também, sobre a política nacional de expansão da assistência oncológica através de um projeto do Ministério da Saúde (CACON), reconhece como sendo um bom projeto por estimular a abertura de centros de tratamento públicos ou conveniados. Inclusive porque abre o mercado para convênios com o SUS. Nos diz que essa política estimula a abertura de novos serviços.

Ah! Existe, com certeza, né, na verdade, a ... o tratamento, a ... que a gente pode oferecer pelo SUS hoje, em algumas situações ele é bem defasado em relação ao tratamento que a gente pode oferecer... em clínica privada, né, hoje tem algumas doenças, assim, claramente, o paciente tratado pelo SUS tá recebendo um tratamento inferior ao tratamento feito fora..

... Né, e isso é uma situação que é... difícil, né, eu acho que... cada vez mais a gente vai enfrentar esse tipo de situação, né, porque... se a gente for... na hora que eu estou frente a frente com o paciente, na verdade o meu compromisso é com ele, então é muito difícil, às vezes aceitar isso, né, mas se eu pensar em termos de saúde pública eu vejo que talvez seja insustentável prá o sistema de saúde pública sustentar alguns tratamentos atuais de oncologia, né, se eu pensar em termos de saúde pública...

Assim... a ... o que eu vejo, o que eu observo é que, acho que uma etapa tão importante quanto a gente ter uma estrutura como o INCA que oferece um tratamento adequado é você ter estruturas que permitam fazer prevenção e diagnóstico precoce, né, e... isso você não vê no serviço público como uma regra geral, né, se a gente for ver, né, o tempo que os pacientes...

Aqui ele chama atenção para a dificuldade de acesso das pessoas ao sistema de saúde para complementar diagnósticos, realizar exames ou, até mesmo, a dificuldade do médico não oncologista em suspeitar do diagnóstico de câncer. E retoma a questão das escolhas de tratamento entre o mais atual, de maior custo, e o menos recente que poderá ser garantido para todos.

Médico 5

M – Mas, isso na verdade, acho que seja mesmo uma política pública, entendeu, , bem estruturada com e não é

só falar o que tem que fazer mas tem que dar subsídios prá isso, né, não adianta chegar prá mulher e falar “tem que fazer diagnóstico precoce de mama” distribuir mamografia prá todo mundo, e aí vai tratar aonde, aí você já vira prá mulher e fala: “Olha agora a senhora tem câncer de mama”.] e vai tratar onde?]

– Eu acho que... que você... é... bom, primeiro você precisa entender que é... a oncologia é uma especialidade que cresce a cada dia, né, então, é... do ponto de vista público a coisa vai um pouco mais lenta, então, você acaba fazendo no serviço público, vamos dizer que seja uma coisa um pouco mais defasada, ah! mas não em todas as doenças, talvez eu trate um perfil de toxicidade maior em algumas doenças e hoje em dia eu possa tratar de uma maneira mais..., com menos toxicidade pro doente, há um... então há um preço de custo envolvido aí, entendeu, porque as drogas ficam mais cara, parará..._então a nível custo, você tem que pensar que você não tá tratando um doente individual, você está tratando uma população, então será que esta intervenção que você vai fazer a custa um dinheiro deste... tamanho..., entendeu, é válida, tem benefício, então qual é a relação custo benefício prá eu tratar uma população, eu tratar individualmente é diferente...

Novamente vemos a fala relacionada ao dilema da escolha dos tratamentos. Estes, e os outros entrevistados falam sobre a dificuldade de acesso dos pacientes aos serviços de saúde, tanto para o diagnóstico quanto para os tratamentos.

Aliás, e a propósito, é preciso que se diga que essa questão da incorporação tecnológica em oncologia é um debate interno e permanente no Instituto. Faremos essa discussão mais adiante.

até porque ainda não existe uma política governamental pra isso, é que existe uma concentração maior nos grandes centros, é... de oncologistas, por exemplo, no Rio de Janeiro tem..., o Rio de Janeiro é muito... quer dizer... na capital, você vai pro interior e tem muitas cidades que não tem nenhum oncologista, né, **o que que a gente tá falando é por exemplo de Cabo Frio, de... na região dos lagos que não tem nada, a gente tá falando na serra Teresópolis que tem um oncologista, é... e que a gente precisava é... difundir isso mais, entendeu até porque o que que acontece, é.. é... isso tem um reflexo importante, porque se não tem atendimento oncológico na periferia, nesses outros... lugares, o paciente acaba chegando, acaba vindo pra cá de alguma maneira, acaba chegando assim, numa fase muito avançada, porque eles ficam perambulando pelo sistema, não teve atendimento... adequado, porque não tinha profissional, e **acaba vindo... chega pra cá numa fase em que a gente não tem mais muita coisa pra oferecer, então, deveria... seria mais custo eficaz você investir na periferia, quer dizer, nos transportes, saúde, com profissionais de oncologia, onde poderiam tratar a doença numa fase bem inicial, além de ser o tratamento mais eficaz, é... muito mais... tem muito mais chance de sucesso e o custo é bem menor.****

prevenção, a mesma a coisa é investir em diagnóstico precoce, e acho que investir em profissionais é... de saúde, nessas... nas regiões que não são os grandes centros...., a outra possibilidade na medicina pública são os cacons, é... que o governo federal, né, implementou pelo Brasil afora, mas só... só... é um número muito pequeno, onde se montam uma estrutura e as pessoas vão trabalhar naquele centro de especialidade, você precisa ter condições mínimas pra você ter um centro de oncologia, **com radioterapia, com cirurgia e com quimioterapia, que é uma idéia que eu acho interessante, interessante, até pra estimular as pessoas a saírem dos grandes centros e trabalhar...**

É... o que você tinha perguntado, e isso é um problema, porque isso vai acabar distanciando os avanços na população, porque talvez não seja possível suportar é,,,

Outra fala comum a todos, reconhecendo a dificuldade de acesso, a concentração de serviços em grandes centros e os avanços tecnológicos relativos ao tratamento que não chegam à maioria da população. Eles têm a preocupação com o custo individual do tratamento e o quanto isso repercute na utilização de novas drogas para todos.

No próximo bloco os entrevistados nos transmitem suas impressões sobre a política de prevenção e diagnóstico.

Médico 1

Do ponto de vista de saúde pública, tem a questão de prevenção, né, é... eu acho que é uma coisa que é pouco entendida e hoje em dia eu acho que existe um trabalho grande de saúde pública, mas que parece por vezes completamente é... sem eco no governo, então por exemplo quais que são as campanhas que têm, é... instaladas de... existe, teve agora a questão da vacinação das crianças, eu não sei se é porque eu vejo pouca televisão, eu não vejo televisão, eu ouço pouco rádio e tal, mas a campanha da aftosa teve tanto espaço quanto a campanha da vacinação Sabin, né... a vacinação prá raiva tá batendo, então eu acho que a questão da prevenção as pessoas tá meio... eu não vejo as pessoas absolutamente preocupadas com isso, qual que é a ... porque campanha de prevenção, você hoje tem uma, mas isso não dura prá vida inteira, então são esforços que são pontuais

A visão deste entrevistado é que as propostas de saúde pública para a área não conseguem alavancar medidas concretas do governo. Constatamos isso em quase todas as falas. Ele pensa também que as campanhas deveriam ter periodicidade e esclarecer conceitos equivocados. Não demonstrou nenhum engajamento nesse tema. É interessante quando diz que não vê as pessoas preocupadas com a questão da prevenção.

Médico 3

eu acho é... que tudo volta prá formação médica, né, é... o que eu te falei, imagina, eu que já tinha vontade de fazer saúde pública eu me desestimulei na hora que eu me esbarrei com uma... com uma cadeira, né, de preventiva na faculdade [ruim], né, é... imagina aqueles que têm na cabeça que medicina é intervencionista, é... curativa, entendeu, esses então..., né, a prevenção prá eles passa batida, acha que não faz parte da parte do... do currículo dele, entendeu, né, eles vêem isso como antropologia por que não tem nenhuma...[inserção] é eu acho que... não é existe.

Mas assim, na oncologia, nossa, é fundamental[prevenção e diagnóstico precoce], né, isso não é só na oncologia, né, mas na própria cardiologia, né, mas isso tem haver muito pouco as pessoas pensando em... em prevenção, né, então eu acho que passa muito pela faculdade e eu acho que passa muito pelo interesse econômico, né, e todas as políticas de saúde elas são imediatistas, né, então você investir em saúde pública não é uma coisa imediata, é uma coisa... longa, né, distante, tanto na pública quanto na privada, prá falar em saúde... em prevenção na saúde privada, eles respondem prá você: “Mas por que que eu vou investir numa carteira... que muda, entendeu, aí eu gasto um dinheiro prá fazer prevenção neles aqui, aí eles migram prá outro, prá outro plano de saúde, então na verdade o que eu fiz foi beneficiar o outro plano de saúde” Então se todos pensassem juntos, todo mundo junto ia estar sendo beneficiado, porque se todo mundo

fizer prevenção, né, todo mundo vai estar se complementando, você está entendendo, migrando prá um ou prá outro, todo mundo tem aquilo básico, então é... eu acho que falta muito política de fato, entendeu, de saúde é... investindo em prevenção, você não vê campanhas sérias é... estudadas, né, planejadas, dando continuidade, né, porque tudo no Brasil não tem continuidade, técnicos é... convincentes, mas... aí entra a minha experiência própria que eu acho que só técnicos convincentes não... não é o suficiente tem que ser convincentes e articulados.

– Entendeu, e... prá poder é... sustentar aquela política, entendeu, então eu acho que... esse é que é o grande problema, os médicos não pensam, o governo não faz questão de pensar, a ... a iniciativa privada não pensa porque não dá lucro imediato, entendeu, não é interessante a indústria farmacêutica, pensar.

– Então, você não tem ninguém que sustente, entendeu, não tem, você não tem quem invista em pesquisa porque não é interesse, né, em pesquisa de saúde... de prevenção, você tem profissionais que ou já se acostumaram com isso, entendeu, ou tem pouco poder também de articulação, sei lá porque, né, ou algo do gênero, ou o governo que não se interessa por que exatamente isso não vai ter retorno prá ele, né, tem a saúde privada que também..., então quem vai se interessar, ainda tem a cultura da raça, da nossa cultura que é difícil prá mudar, entendeu, por que fazer prevenção, tem gente que não quer verificar a pressão prá ver se está hipertenso, tu imagina mudar isso tudo se não tem alguém que queira.

Esse entrevistado nos fala de forma incisiva que as pessoas que pensam em prevenção não são convincentes e articuladas o suficiente para que os governantes se interessem pelo tema; nos diz também que por não gerar lucro ou dividendos

políticos, o governo, os planos de saúde e a indústria farmacêutica não se interessam e, portanto, a prevenção não acontece como deveria.

Nos fala também que a disciplina destinada a essas discussões no curso de medicina não tem prestígio junto aos médicos intervencionistas (cita como exemplo os cirurgiões). Segundo o entrevistado sem esses seguimentos, que segundo ele teriam poder de mudança e sem engajamento, a mudança não acontece. Esse entrevistado não reconhece a existência de uma política consistente para a prevenção e o diagnóstico precoce.

Médico 4

M – É... né, você cansa de ver pacientes que são atendidos num sistema, uma atenção primária, né e não se suspeita do diagnóstico de câncer, tá, se a gente for pegar os pacientes com câncer de pulmão que foram, que a gente vê aqui, por exemplo, se a gente pegar de dez uns... seguramente, uns dois ou três foram tratados pra tuberculose antes de alguém pensar em câncer de pulmão, né.

...da formação médica, acho que a formação médica... primeiro que na maioria das faculdades não existe a disciplina na oncologia, né, é... eu acho que todo bom clínico devia ser preparado, não pra saber oncologia, acredito que não, mas eu acho que pra, saber prevenção, né, e identificar, né, os sinais e sintomas dos principais tipos de câncer, né, eu acho isso super importante e isso a gente não vê no serviço público.

É uma deficiência de formação[médica], na verdade, não é nem... uma deficiência de formação clínica, é... eu tenho... eu tinha um professor de clínica médica que ele sempre falava isso, que na hora que você está escolhendo um especialista você está escolhendo a sua doença, e não deixa de ser verdade.

Se você tivesse pessoas com boa formação de clínica médica ou uma formação generalista sólida prá atender, eu acho que você..[melhoraria]”

Note-se que entrevistado fala da formação médica em geral como um fator importante na falha do diagnóstico da doença. Tem uma visão voltada para a doença, elabora superficialmente as questões de prevenção, sempre as relacionando á consulta médica ou aos exames médicos.

Médico 5

Ah eu acredito que elas estejam avançando[as políticas], tá entendendo, da mesma maneira que eu te falei, você tem profissional especializado no Brasil inteiro, tá todo mundo fazendo diagnóstico, o que que adianta fazer, por exemplo, diagnóstico de câncer de próstata no meio do Maranhão, e aí... você vai fazer prevenção... chega lá no interior do Maranhão onde é que o cara vai arrumar preservativo, culturalmente o cara não vai botar o preservativo, então isto é uma coisa que não vem avançando, entendeu.

Este pensa que as políticas de prevenção vêm avançando, mas que existem problemas culturais não considerados que dificultam esse avanço.

Considerações sobre as políticas de câncer

Médico servidor público? *“Imagina mudar tudo isso se não tem quem queira ”*

- Pouco reconhecimento da consistência das políticas de prevenção - espectadores
- Reconhecimento dos projetos políticos de expansão da assistência.
- Intervenções no campo das novas tecnologias.

Vimos através das falas que os médicos entrevistados não parecem envolvidos em políticas de combate ao câncer de forma integral. Eles seguem, como vimos anteriormente, a regra geral dos médicos, qual seja, a dificuldade de se engajarem em projetos de saúde pública. Mesmo exercendo suas atividades em uma instituição pública voltada para as formulações de políticas para a área, dizem que a política não existe, ou é insuficiente, ou seja, não reconhecem ou não legitimam essas políticas.

Fazem críticas ou observações como espectadores, como se a política fosse externa a eles, e construída fora da instituição na qual trabalham. Demonstram também, como a regra geral, que foram treinados para a prática curativa individual da qual falamos e, dessa forma, se distanciam de projetos com objetivo de ações integradas.

Talvez por isso não percebam que **são a face mais consolidada da política** para a área; não percebem que se a outra face da política não está tão solidificada quanto a da assistência médica individual isso se deve à construção histórica da área, uma vez que a intervenção das lideranças médicas foi voltada **principalmente** para o fortalecimento do campo médico de interesse tecnológico, corporativo e privado. A ampliação do conhecimento nas ciências biológicas, na mecânica e na

eletrônica que consolidou a oncologia significou, em parte, a priorização para diagnósticos e tratamentos.

Para eles não se consegue dar respostas para a acessibilidade aos serviços especializados ou mesmo ao atendimento intermediário que garanta o diagnóstico precoce e, em conseqüência, a possibilidade de melhores respostas terapêuticas diminui. Trazem também como preocupação a escassez de profissionais e a má distribuição, tanto nacional quanto regional, dos serviços especializados.

Apontam as questões culturais como entraves a serem superados pela saúde pública. Foi curioso notar que eles, aparentemente, não discordam sobre valores e normas a respeito da condução do serviço e do procedimento terapêutico (com exceção da questão dos medicamentos), e principalmente do papel a ser exercido pelo médico. Não fazem críticas ao serviço e sim às políticas.

Mas o incômodo ou dilema maior, na nossa opinião, é a política do ponto de vista de medicamentos e insumos, como vimos no primeiro bloco. Os entrevistados repetem, com ênfase, que existe defasagem entre as medicações protocoladas pelo INCA, as únicas a serem pagas pelo SUS. Isso aparece espontaneamente nas falas porque há o interesse característico dos especialistas, como já vimos anteriormente, no *status* do remédio novo. Não há dúvida de que estes profissionais vivenciam os dilemas da distribuição dos medicamentos. Mas o estímulo, a determinação e a priorização da incorporação de novas tecnologias para o serviço público não deverão vir “a reboque” para alguns que estarão, de alguma forma, representando os interesses da indústria farmacêutica.

Nesse momento podemos afirmar que os médicos entrevistados vivem um dilema entre ciência, consciência e interesses (BERLINGUER,1973). A ciência que

busca sempre o novo, as novas possibilidades, as novas descobertas, a consciência de se estar encravado entre a corrida pela intervenção mais nova, e por conseguinte, mais cara para o serviço público e o acesso da população a essa intervenção e o interesse, que no caso da oncologia articula interesses públicos e privados.

Não se deseja tornar o projeto médico oncológico o “vilão” dos problemas que a saúde pública enfrenta na oncologia. Percebe-se que é necessário traçar políticas mais claras diante de recursos finitos e racionalizar os avanços na ciência e tecnologia na assistência oncológica. A solução para os dilemas e conflitos apresentados acima, ao nosso ver não deve ser prerrogativa de escolhas médicas individuais ou da consciência moral do médico. Se, por uma parte, os médicos entrevistados nunca se sentiram estimulados a participarem, de algum modo, da formulação de política para a área; por outra, o Ministério da Saúde não pode se desestimular em organizar uma rede com prioridades estabelecidas, com um projeto sanitário para a área que não deixe dúvidas quanto a centralidade do cuidado das pessoas e do seu não adoecimento. Sem desconsiderar os avanços já alcançados na área.

Em contra ponto vimos os médicos do PSF (no primeiro estudo) perpetrarem críticas quanto a organização dos serviços, críticas diretas aos gestores locais, críticas ao trabalho em equipe, refletindo a compreensão de sentirem-se parte da política local e nacional. Os oncologistas entrevistados são uma ilha no nosso sistema único, os médicos do PSF entrevistados se sentem isolados como uma ilha dentro do nosso sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes das considerações finais apresentaremos um quadro resumo do estudo por nós apresentado:

Tipo ideal da Medicina Tecnológica:

- Década de 60
- Formação longa (núcleo de conhecimento biomédico)
- Fragmentação da assistência
- Fragmentação do mercado de trabalho
- Conexões público privado
- Dependência do complexo médico industrial
- Re-significação da prática médica agora pautada por:

MÉDICO → MÁQUINAS/ EQUIPAMENTOS → PACIENTE

Considerações sobre a oncologia:

- Construção política de um projeto médico conservador.
- Boa técnica sustentando a prática
- Organização tecnológica aumentando o mercado de trabalho
- Núcleo tecnológico da prática não diminuindo o valor ético e técnico do bem cuidar e o comprometimento em ser cuidador

Retrato final

Medicina Tecnológica

- Dimensão técnica se sobrepondo a dimensão cuidadora
- Desgaste da relação médico-paciente
- Tecnologia fragmentando o mercado de trabalho
- dependência do complexo médico industrial
- Inconsistência de conhecimentos técnicos **em geral**

Oncologia clínica

- Conhecimento cuidador e tecnológico gerando a organização do trabalho
- negócios rentáveis para o médico.
- Relativa exclusividade de mercado
- Resistência a desprofissionalização
- Resistência a proletarização
- Consistência de conhecimentos técnicos

Oncologia clínica : Que prática é essa dentro da medicina
Tecnológica ?

- Uma nova forma de manter-se no mundo médico
- Respeito público pelo saber técnico
- Monopólio do saber
- Reorganização do mercado em outras bases
- Intersubjetividade gerando autoridade e responsabilização.
- Cuidadores cuidando dos pacientes, dos negócios e até da fala nas entrevistas.

Como foi visto, nosso trabalho foi alicerçado sob a perspectiva da exploração do eixo de condução da tipologia da medicina tecnológica. Essa medicina de base técnica e supostamente desenvolvida teria trazido, entre outras mudanças de linha, a resignificação da prática médica. Essa prática estaria principalmente pautada, na atualidade, mais em procedimentos e uso de tecnologias do que na intersubjetividade dos sujeitos. Em outras palavras, esta prática estaria substituindo a relação médico-paciente enquanto expressão do cuidado, por procedimentos e técnicas centrados nos médicos e na doença. Quando se observa o médico comum sob esse prisma poder-se-ia dizer que a dimensão cuidadora do agir médico afastou-se do horizonte das preocupações desse profissional. Essa tese nos traz uma problematização desse pressuposto.

Outra questão por nós colocada aponta que, ao contrário do modelo idealizado da medicina tecnológica, a dimensão do cuidado exercida de forma profissional, nesse caso, favoreceu uma prática comercial para os médicos. A concepção de que quando se aumenta a organização tecnológica provavelmente se diminui o espaço do mercado de trabalho no modelo tecnológico, também foi por nós problematizada.

Pois, o que encontramos foi exatamente o contrário. Nesse caso, a oncologia manteve o mercado de trabalho, aumentou o espaço público e manteve as relações público-privado. Os médicos fazem acordos individuais com o capital, assumem seus negócios e pelas características da doença assumem o cuidado do seu paciente. É uma prática próxima ao modelo liberal, embora o ganho não seja com a consulta e sim, com a comercialização dos medicamentos. Existe aí acúmulo de capital, controle do tempo e articulação do público e do privado através do mercado. Esse arranjo acaba possibilitando uma “*expertise*” de atuação.

Para conhecer o caminho traçado para se chegar à especialidade visitamos a formação desse médico e a apreensão dessa prática. Nessa visita encontramos um afunilamento no qual se concentram poucos centros formadores. Por fim, percorremos a trajetória desse profissional como servidor público.

Iniciando nossas reflexões finais nos reportamos ao capítulo sobre a construção da política oncológica no Brasil. Podemos inferir que as políticas de saúde forjadas nas instituições públicas produziram o *habitus* oncológico onde o *engendramento das práticas* ancora e favorece, mantém, produz e reproduz o projeto médico oncológico.

A consolidação desse desenho permite que floresçam projetos pessoais possibilitando ao médico oncologista dissociar-se da política que lhe dá sustentabilidade. Dito de outra forma, o *habitus* oncológico supõe uma preparação especial de saberes específicos, gerada por uma percepção de oportunidade, fomentada, mantida e modificada por sua rede relacional na qual o principiante tem que aprender e apreender o alfabeto oncológico e o sentido do jogo dos negócios, que existe sem existir, e que tornam dissonantes os que caminham na vida médica oncológica de outra forma. Complementando o quadro, faz parte da cultura médica oncológica realizar em ato uma medicina de boa qualidade. Nesta via de mão dupla o oncologista investe politicamente na política que lhe dá sustentação e mantém seu *status quo*.

Para os comentários finais sobre as categorias específicas subverteremos a ordem apresentada no corpo da tese e começaremos comentando a categoria médico especialista, em seguida médico servidor público? Nos blocos finais comentaremos sobre médico empreendedor e médico cuidador.

Na categoria médico especialista vimos que a marca técnica da especialidade é a de uma formação longa seguindo inevitavelmente um padrão, mais ou menos livre, dependente muito mais da iniciativa dos médicos do que das necessidades do nosso sistema de saúde. A oncologia clínica traz como marca a exigência de uma especialidade anterior que é a clínica médica. Assim, a oncologia clínica é considerada pelos médicos como sendo uma sub-especialidade da clínica médica.

Mas como vimos ela supera do ponto de vista resolutivo e organizativo, a especialidade-mãe. É uma especialidade que se torna polivalente porque amplia seu escopo de atuação médica trafegando na contra mão das outras superespecialidades, ou seja, há que se reconhecer bem a clínica para se conhecer a oncologia. A oncologia, ao contrário da medicina tecnológica, focaliza dados que poderíamos chamar de *secundários* dos pacientes.

Recapitulando o contexto histórico dessa formação, vimos que a formalização da residência médica na década de 1980 como política do Ministério da Educação²³ facilitou a igualdade de acesso dos médicos, mas não impactou a assistência médica oncológica no que tange a sua descentralização e seu compromisso com o SUS.²⁴ A centralização das vagas oferecidas continua no sul e sudeste e o SUS é pouco discutido como sistema de saúde brasileiro no âmbito dessa formação.

Notamos também, em que pesem as preocupações manifestadas publicamente através de congressos, reuniões e programas oficiais desde o início do século passado até os dias atuais, que os médicos aprendem e apreendem esta

²³ Visava regulamentar o tipo de capacitação em que o médico deve ser um estudante em condições de bolsista com direitos e deveres; é um programa regulamentado pelo Ministério da Educação.

²⁴ Embora as diretrizes do Sistema Único de Saúde preconizem a formação de Recursos Humanos para o campo da saúde como responsabilidade dos gestores do SUS, a formação médica ainda hoje é determinada pelo Ministério da Educação, não havendo uma gestão conjunta entre os Ministérios voltada para as necessidades do Sistema.

prática de forma introspectiva, não existindo um núcleo comum de competência capaz de permitir a troca de saberes e experiências entre os futuros oncologistas e outros médicos. Talvez esse conhecimento hermético e afunilado facilite a manutenção da reserva de mercado na área.

No campo da política de saúde voltada para a oncologia, na categoria médico servidor público nosso trabalho percebeu que, no Brasil, a oncologia tem acompanhado os países desenvolvidos no que tange às questões voltadas para novas técnicas e tecnologias embora esse conhecimento não signifique a incorporação imediata de novidades pelo serviço público.

Se ainda não atingimos o desejado, estamos próximos a oferecer uma medicina moderna e de qualidade no que tange à assistência médica individual. Porém, não se resolveu, no âmbito de uma política mais abrangente, questões relevantes da promoção da saúde, prevenção e do controle de alguns cânceres; bem como o acesso aos serviços de saúde nessa área.

Não estamos reconhecendo a dicotomia entre a prevenção e a assistência, tão pouco defendemos mais aporte financeiro em um ou outro componente do que deveria ser uma mesma política. O que defendemos é que cabe ao campo sanitário consolidar sua visão política sobre as questões da oncologia. Para nós não cabe aos oncologistas, embora eles possam caminhar juntos, a consolidação das políticas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer.

A abordagem da relação médica com a indústria farmacêutica completa o quadro de preocupações e opções também na política de medicamentos oncológicos. Sabemos que desde a década de 1960 a pesquisa passou a ser atividade, principalmente, na indústria farmacêutica.

Podemos perceber, nas entrevistas e fora delas que as estratégias de *marketing* na oncologia (e em outras áreas), incluem a promoção de congressos internacionais. Há facilitação para a publicação de trabalhos internacionais e colaboradores médicos de renome no círculo da oncologia desde que a indústria farmacêutica “*faça as perguntas*”, como nos disse um entrevistado. Há um investimento ideológico na manutenção da sedução pelos novos lançamentos e na utilização em larga escala, durante os cinco anos, que sustentam o lucro sobre o monopólio da descoberta. Embora não tenhamos aprofundado novos estudos sobre quimioterápicos e afins, pensamos que lançar medicamentos novos não significa necessariamente maior eficácia no tratamento, mas significa necessariamente mais lucro para os laboratórios.

A lógica da indústria farmacêutica, decretando a obsolescência dos medicamentos, a competição e a rentabilidade dessa indústria, aliados aos interesses profissionais científicos ou mercadológicos, certamente serão fatores determinantes para a inclusão acrítica dessas tecnologias.

Esses são dilemas que permanecem pendentes. A incorporação de novas tecnologias, a política de medicamentos e o apelo social do câncer. Dagognet (1964, p. 16 *apud* ALMEIDA, 1995, p. 140) nos diz que “*O remédio introduz um mundo mais cultural que natural..., veicula esperança, senão uma crença e concretiza uma vontade de socorro*”. Portanto esse apelo poderá provocar situações inusitadas, porque qualquer procedimento novo ou remédio novo vem envolto na esperança de cura ou sobrevida.

Quanto a esse tema, qual seja, as políticas de saúde para a área, entendemos que a trajetória possível será o fortalecimento de políticas mais efetivas

na prevenção e detecção da doença; equacionando o acesso a tecnologias, tratando adequadamente maior número de indivíduos, buscando a melhor relação custo-benefício e considerando-se as desigualdades sociais e regionais.

Nos últimos vinte e cinco anos, a genética e a engenharia genética, incorporando a genética dos tumores, está construindo a possibilidade de pensarmos que para cada tipo de tumor ou de indivíduo poderá haver um marcador ou receptor tumoral. **É a máxima da tecnologia do atendimento individual.** A identificação de genes prognósticos de câncer em indivíduos saudáveis remete ao desafio de tratar uma possibilidade genética. Essa possibilidade será para todos? Para alguns? Ela significa mais e melhor qualidade de vida? Ou fortalecerá o campo médico de interesse apenas tecnológico, corporativo e privado? Será a medicina moderna automatizada impondo-se ao Sistema Único de Saúde a partir das inovações técnicas e tecnológicas, inovações essas promovidas por grandes grupos de interesses econômicos nacionais e internacionais?

O campo de poder das políticas públicas tem o imenso desafio de construir relações éticas entre o estado e a sociedade e entre os profissionais e suas organizações. Uma vez que as necessidades das pessoas expressam varias dimensões – biológica psicológica, social e cultural, é preciso que na construção do conhecimento seja incluído a responsabilidade social para com a prestação direta de serviços.

Pensamos que o SUS não deveria furtar-se a desenvolver uma política que interferisse nesta dinâmica, uma vez que o envelhecimento populacional nos dias de hoje já se tornou, como vimos, um problema de saúde pública.

Na categoria médico empreendedor, outra face do nosso trabalho, nos voltamos para a forma que o médico estabelece para sua atuação fora do serviço público. Seja na sua relação com o sistema suplementar de saúde, seja com seus pacientes particulares (aqueles que não são atendidos pelo SUS ou por sistema complementar), ou na sua relação comercial com a indústria farmacêutica.

A visita ao mundo do trabalho dos oncologistas clínicos nos permitiu perceber que o médico que transita pelos dois mundos, o público se correlacionando com o privado, se apresenta como uma resistência, senão, uma oposição aos processos descritos teoricamente de desprofissionalização e proletarização. Em que arena política se dá a resistência da oncologia em se proletarizar e desprofissionalizar?

Primeiro, o desenho da oncologia não foi pré-definido como em algumas áreas (por exemplo, PSF), é o produto de disputas e negociações de lideranças médicas que gravitam até hoje, quer no arranjo institucional, quer na indústria da assistência médica.

Segundo, essa área trabalha de forma tão estreita com o Ministério da Saúde que praticamente não existe distinção entre uma e outra. Historicamente as lideranças médicas do campo formulam a política de assistência e as negociações sobre aspectos políticos administrativos dessa política são elaboradas pelo conselho consultivo em que têm assento todas as sociedades médicas da área e Ligas (que abrigam essas lideranças, como vimos anteriormente) articuladas com área.

Terceiro, a colaboração desse grupo para as políticas governamentais se constitui, na maioria das vezes, nos seus próprios interesses. Como vimos, as Ligas e as Associações Médicas exercem uma pressão política permanente, abrindo na arena setorial espaços para o desenho da política governamental. O legado da

política passada certamente afetou e afeta a política que constatamos no presente. Por isso, qualquer estratégia de mudança deve considerar a herança dos arranjos institucionais atuais e que serão confrontados em qualquer probabilidade de transformação. Esse profissionalismo em cuidar, seja dos pacientes seja dos próprios interesses é marca inconfundível dos oncologistas.

Essa marca permite que se mantenham com certo prestígio profissional, além do que a pouca divulgação das técnicas e procedimentos oncológicos sustentam uma restrição de mercado. Como exemplo poderemos citar que o Ministério da Saúde só reconhece serviços de oncologia para fins de remuneração de procedimentos quimioterápicos que tenham como responsável técnico um oncologista (não basta ser médico). Como são poucos para a demanda existente, eles detêm o monopólio do saber oncológico.

Alguns entrevistados fazem a leitura que a comercialização do remédio tende a acabar, tanto pelo crescimento do número de médicos desejando se especializar nessa área, como pela oferta desse tipo de serviço diretamente dos hospitais próprios das operadoras do sistema de saúde suplementar. Mas, enquanto isso não acontece, observamos que o médico, em grupo ou individualmente, lucra com a comercialização dos medicamentos e, portanto, não se proletarizou. Embora exerça uma ocupação paralela a sua, qual seja, a de comerciante.

Sobre a categoria médico cuidador recapitulamos que no estudo de campo observamos o trabalho e a prática de uma determinada especialidade médica inserida e enraizada na biomedicina, organizados em um projeto médico conservador.

Os profissionais inseridos nesse trabalho e nessa prática são formados e especializados no espaço público, mantendo atividades privadas seguindo um modelo que preconiza a comercialização de medicamentos. Para nossa surpresa, percebermos **responsabilização e vínculo entre os médicos e seus pacientes e como eles se auto declararam cuidadores**. Três fatores contribuíram para nossa surpresa e posterior ponderação sobre o trabalho de campo.

Primeiro, partindo das nossas convicções aprofundadas por autores que fazem e cultivam a crítica à biomedicina. Segundo, compartilhando a idéia que um dos nós críticos existentes no nosso sistema de saúde, entre tantos outros, é o ato de cuidar. Terceiro, observando a medicina tecnológica com seu foco nos procedimentos técnicos centrados nos médicos e em seus saberes.

Assim, desse ponto de partida, observamos um determinado ato de cuidar que promove um projeto terapêutico que considera, de alguma forma, o mundo subjetivo do paciente através da fala, da escuta e da responsabilização pela pessoa. Certamente essa não é a lógica do projeto médico conservador em geral, mas o trabalho empírico nos mostrou que, dependendo da organização institucional existe a possibilidade desse mesmo projeto médico-conservador responder satisfatoriamente em sua dimensão cuidadora e não apenas curativa, mesmo que a motivação para ser cuidador não venha de conhecimentos sanitários ou das ciências sociais.

Falando de outra maneira, esses conhecimentos podem facilitar o acolhimento, o vínculo. Mas dimensão ética e técnica do bem cuidar na medicina para nós está no nível da práxis e do comprometimento em ser cuidador. Portanto a motivação para cuidar é pura ética médica.

Essa discussão é central para nós. Por quê? Porque na centralidade da biomedicina encontramos cuidadores; e, observando-se o campo que não tem a centralidade na doença, o que se vê, em geral, é a perda do compromisso de cuidar e se responsabilizar pela sua prática.

No projeto médico profissional conservador da oncologia vemos, em parte, o ideário médico com suas dimensões profissional e cuidadora. Na radicalização da biomedicina vemos o que falta na maioria das outras práticas. Resta-nos saber se essa medicina é possível em outras áreas.

Então, pergunta-se: quando o paciente não “*tem nada*” o que é que ele tem? Quando ele não se adapta ao discurso médico, como proceder? Mesmo na ausência de doença, o médico continuará abordando o paciente entre o normal e o patológico, pois ele não conhece uma terceira via. Algumas vezes incorpora o discurso psicológico ou psiquiátrico e faz diagnóstico sobre um tema do qual, na maioria das vezes, tem pouco conhecimento. Quando não, ele desqualifica a queixa. O discurso médico parece não considerar os não doentes.

Para nós essa discussão tem duas vertentes. A medicalização da sociedade e a ausência de uma estrutura acadêmica e de práticas capazes de habilitar o médico a cuidar das pessoas.

Como nosso tema não é a medicalização da sociedade comentaremos brevemente que a nosso ver a medicina muito contribuiu, tanto com seu discurso preventivista moderno como na sua inserção política no estado com a idéia do processo de medicalização interferindo em outras dimensões que não a do corpo biológico (o mental, o afetivo o social) (ALMEIDA,1988). Em outras palavras, as pessoas desejam rechaçar qualquer desconforto, anestesiando conflitos ou

situações desagradáveis. No mercado de bens simbólicos todos querem ter saúde perfeita. É como se a medicina fosse vítima dela mesma ao medicalizar a vida.

Já na abordagem da prática médica o que percebemos é que o médico em geral tem dificuldades em aproximar-se de problemas que não sejam relacionados ao adoecer ou morrer. Por isso, o médico é capaz de cuidar na oncologia. **Como vimos, entre outros fatores por nós abordados, o câncer é uma doença para o médico e para o paciente. Não há dúvidas para nós que a centralidade da doença permite um bom projeto médico.** Pode ser que os médicos se sintam mais confortáveis quando são os supostos mediadores entre a vida e a morte. Com vimos a biomedicina pode não ser a grande vilã do quadro atual de descompromisso e pouca responsabilização pelos pacientes.

Então sugerimos que a crítica a biomedicina talvez deva inserir a ausência da dimensão cuidadora, não como consequência de outros fatores e sim como um dos fatores fundamentais para a discussão do agir em saúde. Nosso trabalho nos mostrou que é possível se interessar pela vida do outro mesmo estando- se na ponta da biomedicina e apesar de se ter a doença como centralidade.

Não se perderá a identidade profissional por se reconhecer a centralidade da doença, ao contrário ela pode ajudar o médico a lidar melhor com os doentes se souber que a vida deles é importante para se praticar boa medicina. Reconhecer a centralidade da doença também será importante para se perceber que ao lidar com orientações sobre não ficar doente ele estará usando o conteúdo central da biomedicina, na lógica da medicina. Ao se embotar essa face da identidade médica derroca-se a responsabilização pelo outro.

Essa dificuldade que vemos descrita como ausência da dimensão cuidadora a nosso ver deveria ser trabalhada no campo da formação médica, como elemento central nucleador e não isolado em uma disciplina. E re-trabalhada a cada momento específico da vida profissional, seja no ingresso para pós-graduação, seja ao ingressar no serviço público, seja nos cursos de atualização que os médicos fazem de tempos em tempos. **Para nós é necessário que a ética e a técnica sejam os alicerces da apreensão da prática.**

Pensando nas escolas médicas como lugar de ensino e aprendizagem, implicado com a formação do médico, dentro de uma aposta bem definida em um certo modelo de atenção à saúde, centrado em pessoas e se comprometendo com pessoas o médico conseguirá se ver, tal e qual o oncologista (embora por meios diferentes) um cuidador de pessoas, que executa atividades voltadas para a sua profissão, a medicina.

No nosso ver, a formação médica deve-se aprender sobre a dimensão cuidadora de forma profissional. No caso da oncologia o projeto terapêutico serviu de subsídio para um tipo de cuidado, voltado para um grupo de pacientes com uma doença específica. Mas cada especialidade poderá inserir em sua prática a dimensão do cuidado voltada para sua especificidade.

Ressaltamos também que, para nós quando a estrutura do conhecimento médico é insuficiente (má qualidade técnica na formação), os problemas de se acolher, ouvir e cuidar são realçados. É preciso que o médico conheça sua competência técnica e reconheça entre elas o cuidar do outro como parte da sua prática.

Se o médico for capaz de localizar em seu papel a intersubjetividade e a alteridade relacional como uma das dimensões da sua prática, será capaz de atuar na presença e ou na ausência de doença instalada. Caso contrário pensamos que a oncologia continuará sendo uma exceção. Em outras palavras, para a construção social do médico é necessário que ele saiba cuidar de pessoas doentes com ética e técnica. Como nos diz Mattos:

“Se o conhecimento que fundamenta um cuidado for marcado pela imprudência, pela desatenção relativa às suas conseqüências, pelo silenciamento de outros conhecimentos, dele pode derivar a dor, o sofrimento, a opressão. O que caracteriza melhor o cuidado é sua contribuição para uma vida decente, e não sua cientificidade. O que não significa que devemos rejeitar as contribuições da ciência para o cuidar.” (*Mattos, 2006, pág 121*).

Entendemos serem esses os grandes dilemas da saúde pública voltada para o câncer percebidos no trabalho apresentado, outros existem e não puderam ser discutidos ou apresentados.

Embora saibamos que não existe uma situação ideal para se exercer a prática médica, embora os dilemas vividos pela categoria médica atualmente acabe por desenhar um médico para nós ainda desconhecido, o que se desejou foi demonstrar a necessidade de se ter um olhar para as questões aqui levantadas.

Finalizando e retornando ao início das nossas considerações gostaríamos de ressaltar que para nós a relevância desse trabalho fica por conta da discussão

partindo da idéia chave que o núcleo tecnológico de uma prática não diminuí necessariamente seu valor ético, aqui reforçado pela idéia do cuidado e da responsabilização. Sua conduta com os pacientes é alicerçada no apelo profissional correto.

Podem não ter engajamento nas políticas não voltadas para a assistência, podem não ter o compromisso desejável como cidadãos, podem ter se tornado comerciantes. Porém tem compromisso com seus pacientes, cumprindo seu papel de médico. Seria o caso de se perguntar: a excelência do cuidar só ocorre realmente em situações em que o médico é o mediador entre a vida e a morte? Em outras palavras apenas quando a doença é a vida e a vida é a doença?

Será que o médico só se sente médico quando o seu objeto de trabalho é a pessoa com doença concreta, capaz de mudar seu modo de caminhar a vida? Será que mediar e remediar esse momento da vida do outro usando tecnologia de ponta contribui para esse médico se sentir com mais prestígio ou ver-se como elite dentro do mundo médico? Será que intermediar acontecimentos cuja centralidade não seja a doença fica mais confortável como atividade para outros profissionais?

Seja sobre a prática, a formação, os cuidados e os serviços, nosso objetivo é, tal e qual o produto da nossa dissertação de mestrado, que esse trabalho suscite discussões, contribuições e argumentos circunscritos ao universo desta tese e que novas discussões ou enfoques nos tragam outros horizontes e outras possibilidades, para os médicos e a medicina.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Médicos e Assistência Médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. *Cadernos de Saúde Pública*, v13, n4, Rio de Janeiro, 1997

ALMEIDA, E.L.V. *Medicina Hospitalar – Medicina Extra Hospitalar: duas medicinas?* 1988. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

_____. *As Razões da Terapêutica*. 1995. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

ALMEIDA, J.A. *Educação Médica e Saúde, possibilidade de mudança*. Eduel, 1999.

ANTONUCCI J B: A História da Medicina Nuclear no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro 48 (3), 449- 50, 2002.

AYRES, J.R.C. Sujeito, Intersubjetividade e Práticas em Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v. 6, n1, p. 63-72, 2001.

BECKER, H.S. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, 1992.

BELLODI, P.L. *O Clínico e o Cirurgião: Estereótipos, Personalidade e Escolha da Especialidade Médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

BERLINGUER, G. *Medicina e Política*. São Paulo: Hucitec, 1973.

BODSTEIN, A.C.R. (coord.) *História e Saúde Pública: A Política de Controle de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Pec/ Ensp, 1985.

BORDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: DIFEL, 1989.

BORDIEU, P. *et. al. A Miséria do Mundo*. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

_____. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção ao câncer: o papel da CNCC*, 1997.

_____. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA. INCA. *Relatório de 1973, Plano de Trabalho para 1974*, Brasília s.n 1974.

BRASIL. Serviço Nacional de Câncer. 30 anos de Atividade do INCA. Rio de Janeiro, 1968.

_____. Meio Século de Combate ao Câncer no Brasil, Rio de Janeiro, INCA, 1986.

_____. Campanha Nacional de Combate ao Câncer: Relatório de Atividades: 1982.

_____. Campanha Nacional de Combate ao Câncer: Relatório de Atividades: 1981.

_____. Campanha Nacional de Combate ao Câncer: Relatório de Atividades: 1980.

_____, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE. Resenha da Luta Contra o Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 1946.

BRETANI, R. Prevenção e Detecção Precoce do Câncer no Estado de São Paulo: proposta para a década de 90. *Acta Oncológica Brasileira*, Rio de Janeiro, 12(2), 61-67, 1992.

BULCÃO, G.L. *Sobre o Ensino Médico no Rio de Janeiro: a história da FCM dos anos 30 aos 50*. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

CABRAL, J.C. A História do Radiodiagnóstico no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro 47 (2), 194, 2001.

CAETANO, R. *Inovações e Trajetórias Tecnológica no Território das Imagens Médicas*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

CAMARGO Jr., R. K. Biomedicina. VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 168, 1998a.

_____. Medicina, médicos, doenças e terapêutica: exames de alguns conceitos. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 170, 1998b.

CAMPOS, G. W. S. *Os Médicos e a Política de Saúde*. São Paulo: Hucitec. 1988.

_____. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. *Publ. Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro v. 1, n. 2, p. 79-95, 1992.

_____. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13, p. 141-144, 1997.

_____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAPRISTANO, D.F. Câncer, Problema de Saúde Pública. In: CAPRISTANO, D.F. *Saúde para todos um desafio ao Município. A resposta de Bauru*. São Paulo. Hucitec, 80-5, 1988.

CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. Representações Sociais e História: Referências teóricas metodológicas para o campo da saúde coletiva. Rio de Janeiro, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(2), p. 499-506, 2000.

CARMO, P. O. A História da Mastologia no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro 48 (1) 135-138, 2002.

CECÍLIO, O.C.L. (org.) *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

COELHO, E.C. *As Profissões Imperiais*. Medicina, advocacia e engenharia no Rio de Janeiro. 1822-1930. Rio de Janeiro: Record, 1999.

COELHO, M. A S. M. A História do Ensino no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro 47.(4), 441-444, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. *O Médico e seu trabalho*. Distrito Federal, 2004.

COSTA, F. J. *Ordem médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DURKHEIM, É. *As Regras do Método Sociológico*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1974.

_____. *Sociologia e Filosofia*. Rio de Janeiro: Forense, 1970.

ECO, H. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1985.

EIBENSCHUTZ, C. (org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

FILHO, O.S. Cirurgião Oncológico: Fator de Prognóstico no Tratamento do Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro 50(2),2004.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979a, p. 99-111.

_____. O nascimento da medicina social In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979 b, p. 79-98.

_____. A política de saúde do séc. XVIII In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979c, p. 193-207.

_____. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FREIDSON, E. *Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company, 1970.

_____. The reorganization of the medical profession. *Medical Care Review*, New York n. 42, p.11-35, 1985.

FREYRE, G. *Sociologia da Medicina*. Brasília: UNB, 2004.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO. *Fundação Oncocentro de São Paulo, história, objetivos, organização, programas*. São Paulo: Fundação Oncocentro, 1992.

GADELHA, M.I.P. Subprograma de Educação em Cancerologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro 34(4), 255-73,1988.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GOFFMAN, E. *Estigma, Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC,1988.

GONÇALVES, L.E. *Médicos e Ensino da Medicina no Brasil*. São Paulo: Edusp, 2002.

GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas em Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec- Abrasco,1994

GUIDDENS, A. *A Constituição da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes,1984

GUIMARAES, U.P. Organização e Execução da Luta Anti-cancerosa no Brasil, *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro 1959. Separata

GUIZZARDI, M.F. A História da Radioterapia no INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro 40(3), 305-307,2000.

HERZLICH.C. *Sociologia da Doença e da Medicina*. São Paulo: Edusc,1994.

INCA. Contribuição à História da Luta Contra o Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 1985.

_____. Relatório de Atividades. Rio de Janeiro: INCA, 1975.

_____. Relatório de Atividades. Rio de Janeiro: INCA, 1974.

JAPIASSÚ, M. *Dicionário básico de filosofia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

KLIGERMAN, J. O Câncer como um Indicador de Saúde no Brasil. *Editorial*, Rio de Janeiro 45(3), 1999.

_____. Câncer um Problema de Saúde Pública no Brasil. *Jornal Brasileiro de Medicina* 38-46,1992.

_____. Planejamento da Assistência Oncológica: um Exercício de Estimativas. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro 48 (4) 533- 543, 2002.

_____. Desafios para a Oncologia no novo Milênio. *Editorial. Revista Brasileira de Cancerologia* ,Rio de Janeiro 45 (4),1999.

_____. Política Nacional de Saúde e a Educação Médica Brasileira. Conferência Internacional sobre Educação Médica, *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro 46(3), 2000.

_____. A Ampliação da Assistência Oncológica no Brasil. *Editorial. Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro 46(4), 2000.

_____. Assistência Oncológica e Incorporação Tecnológica. *Editorial. Revista Brasileira de cancerologia*, Rio de Janeiro 47 (3), 2001.

_____. Fundamentos para uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. *Editorial*, Rio de Janeiro 48 (1), 2002.

_____. Pesquisa Médica e Incorporação Tecnológica. *Editorial. Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro 49 (1), 2003.

KROEFF, M. O Ensino da Cancerologia deve ser ministrado nas Universidades? *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, nº 1 1952.

LEVCOVITZ, E. *Transição X Consolidação*. O dilema estratégico da construção do SUS. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

_____. *Planejamento para o Desenvolvimento Institucional*. A Co-Gestão no Instituto Nacional do Câncer. Monografia. Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1985.

MACHADO, M. H. *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MARCILLAC, J. Considerações Gerais sobre Epidemiologia do Câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, nº1 1957.

MARTINS, H.P. *Contra a Desumanização da Medicina*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MATTOS, R.A. Cuidado Prudente para uma Vida decente. in: *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Cepesc-Abrasco, 2006, pág 119-133.

MATTOS, R. A; PINHEIRO, R. *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro, Abrasco, 2001.

_____. *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Cepesc-Abrasco, 2006.

MENDES, E. V. (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. *O Capitalismo e a Saúde Pública*. Campinas: Papyrus, 1985.

_____. *A Saúde Pública como Política: um estudo dos formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. *Saúde e Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em Saúde, um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO M. C. *Saúde e Doença – Um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. (org.). *Pesquisa Social - Teoria Método e Criatividade*. Petrópolis, Vozes, 2003.

MIRRA A,P. A Situação Atual da Cancerologia no Brasil. *Acta Oncológica Brasileira*, Rio de Janeiro, v19,p. 104-6, 1986.

_____. O Ensino da Cancerologia. *Acta Oncológica Brasileira*, Rio de Janeiro, v7, p. 104-6, 1987.

MONTORO, A.F.; NOGUEIRA D.P. (coord.) *Meio ambiente e Câncer*. São Paulo: T.A. Queiroz, 1983.

NETO, P.F.A. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 11(4), 600-615, 1995.

_____, Identidades Profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos Brasil, 1922. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(2), 399-409, 2000.

_____. *Ser Médico no Brasil*, O presente no passado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

NOGUEIRA, P.D. (coord.). *Meio Ambiente e Câncer*. São Paulo, T.A. Queiroz, CNPq, 1983.

NOGUEIRA, R. *A formação social na prática médica*. 1978. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1978.

NUNES, E.D. *Sobre a Sociologia da Saúde, origens e desenvolvimento*. São Paulo: Hucitec, 1999.

PAIM, J. S. A universidade e a reforma sanitária. *Divulg. Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 108-16, jun. 1991.

_____. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. *Divulg. Saúde Debate*, Rio de Janeiro v. 14, p. 59-65, ago. 1996.

PIERANTONI, C. R. Profissões de Saúde: a formação em questão. *Cad. RH Saúde*, Rio de Janeiro v. 1, n. 3, p. 23-34, nov. 1993.

PINTO, L. *Pierre Bourdieu e a Teoria do Mundo Social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.

QUINTANEIRO, T. *et al. Um Toque de Clássicos*. Belo Horizonte: UFMG, 1995.

RAMOS, CERQUEIRA, A; LIMA, M. C. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação Medicina. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Rio de Janeiro v6(11),107-116, 2002.

SALZNO, F. M: Saúde Pública no Primeiro e no Terceiro Mundos: Desafios e Perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 7(1), 2002.

SOUZA SANTOS, B. *Pela Mão de Alice*, o social e o político. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. (org.). *Conhecimento Prudente para uma Vida Decente*. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto: Afrontamentos, 1987.

SAYD, J. D. *Mediar, Mediar, Remediar*: aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Eduerj, 1998.

SAYEG, M. A. A formação do médico generalista e a medicina especializada. In: SAYEG, M. ^a *Textos de apoio, planejamento I*, recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro: ENSP/Abrasco, 1987. p. 65-88.

SCHRAIBER, L. B. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1989.

_____. *O Médico e Seu Trabalho*: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. Políticas Públicas e Planejamento nas Práticas de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro Rio de Janeiro n. 47, s/p, jun. 1995.

_____. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. *Cad. FUNDAP*, Rio de Janeiro Rio de Janeiro v. 19, p. 106-21, Jan. Abr. 1996.

_____. *Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea: Novos desafios, outros dilemas*. 1997. Tese de livre docência, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

SILVA JR, A.G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde - o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SINGER, P. *Prevenir e curar*. Rio de Janeiro: Forense, 1988.

SOUZA, S.P.S. *A Inserção do Médico no Serviço Público de Saúde, em foco o Programa de Saúde da Família*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

TEIXEIRA, F. C. Formação de recursos Humanos para o SUS. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro n. 41, s/p, dez. 1993.

TUCUNDUVA, L.T.C.M. Estudo de Atitude e do Conhecimento dos Médicos não Oncologistas em Relação às medidas de Prevenção e Rastreamento do Câncer. *Revista Associação Médica Brasileira*, Rio de Janeiro 50(3), 257-62,2004.

ZEFERINO, L.C e GALVAO, L. Prevenção e Controle do Câncer de Colo Uterino; por que não acontece no Brasil? *Acta Oncológica Brasileira*, Rio de Janeiro, v17, p. 172-7, 1997.