

Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas

contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde

Emerson Elias Merhy¹

² No texto do autor, editado no livro Saúde e Democracia, organizado por Sonia M. Fleury Teixeira, editora Lemos, 1998, há um desenvolvimento mais detalhado desta discussão, na qual pode-se perceber que há uma centralidade ocupada pelo “trabalho vivo em ato” como “substância” dos processos de trabalho que acontecem neste encontro.

³ Este estudo (...) se dedica à análise de uma forma particular de existência da mesma (tecnologia), qual seja a constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não - materiais na produção de serviços de saúde”. Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Tecnologia e Organização Social da Prática de Saúde, Hucitec, 1994, p.20.

⁴ Esta classificação deve-se à centralidade que ocupa no meu conceito o trabalho vivo em ato para o olhar sobre os processos de trabalho e as suas conformações tecnológicas.

Imaginando os possíveis arranjos das valises

Para facilitar o entendimento das questões que tratarei neste texto, proponho como imagem o encontro entre o médico e um usuário, olhando-a sob a noção das valises que aquele profissional de saúde utiliza para agir neste processo de interseção². Estas valises representam caixas de ferramentas tecnológicas, enquanto saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais³, que fazem sentido de acordo com os lugares que ocupam naquele encontro e conforme as finalidades que o mesmo almeja.

Acredito que o médico, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma, vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”⁴; outra, está na sua cabeça, na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, uma outra, presente no espaço relacional trabalhador-usuário, que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato.

Olhando estas valises e procurando entendê-las sob a ótica da micropolítica dos processos de trabalho, pode-se afirmar que todas expressam processos produtivos singulares implicados com certos tipos de produtos⁵. Por exemplo, a valise das tecnologias duras permite processar, com os seus equipamentos, imagens, dados físicos, exames laboratoriais, entre outros. Porém, para serem realizados, além do trabalho morto da máquina, estes produtos consomem o trabalho vivo de seu “operador” com seus saberes tecnológicos. Mas, de tal modo que há uma captura



¹ Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp.

predominante do momento vivo pela lógica produtiva instituída no equipamento.

A outra valise, a da cabeça, permite processar o recorte centrado no olhar do médico sobre o usuário, enquanto objeto de sua intervenção, em um processo de captura do mundo daquele e de suas necessidades sob uma forma particular de significá-lo. Este olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, expressando-se como trabalho morto, daí seu lado duro. Mas, nos momentos de sua concretude, no agir do médico sobre o usuário, mediante seu trabalho vivo em ato, é “contaminado” no seu processar produtivo, dando-lhe uma certa incerteza no produto a ser realizado e desviando-o de sua dureza pela relação centralmente leve que o usuário real impõe para o raciocínio clínico. Mesmo que armado, o olhar do médico vai se singularizar no ato. Porém, por mais que sofra esta “contaminação”, dando-lhe uma certa leveza pelo agir em ato do trabalho vivo do médico - que não é plenamente capturado pelo saber tecnológico bem definido, pois esta captura também é disputada pelo usuário, presente em ato neste processo -, os produtos realizados nesta situação produtiva podem ser circunscritos pela imposição do lado mais duro deste processo sobre o mais leve. Mas o contrário também pode ocorrer. Não há só uma forma de se realizar o ato clínico⁶.

Esta situação incerta, da finalidade que será cumprida neste tipo de processo produtivo inscrito na valise da cabeça, contaminará a valise da mão, pois se relaciona com ela em um processo de dominância. É a partir deste terreno, o da valise da cabeça e de seus processos produtivos, que os produtos da valise da mão adquirem significados como atos de saúde. E o maior endurecimento dos processos produtivos em torno de saberes tecnológicos muito bem definidos dará uma maior ou menor interdição à possibilidade de o mundo do usuário penetrar como capturante, também, das finalidades dos processos produtivos em saúde.

Os distintos modelos de atenção variam nesta situação relacional. Mas sem dúvida, a valise que, por suas características tecnológicas próprias permite reconhecer, na produção dos atos de saúde, uma situação de permanente disputa em aberto de jogos de captura, impossibilitando que as finalidades e mesmo os seus objetos, sejam de uma única ordem, é a valise do espaço relacional trabalhador-usuário. Os processos produtivos em saúde, que ocorrem neste espaço, só se realizam em ato e nas interseções do médico e do usuário. É este encontro que dá, em última instância, a singularidade do processo de trabalho do médico enquanto produtor de cuidado.

Entretanto, é um encontro que o médico também procura capturar. É só verificar para este momento produtivo a importância que as regras sobre a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação médico-paciente adquirem, para se ter noção do quanto o trabalho vivo em ato do médico também está operando sobre este espaço, tentando com a valise da cabeça, impor seu modo de significar este encontro e ampliando-a com saberes além dos da clínica do médico.



⁵ “Até por motivos etimológicos, tecnologia refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos. Refere-se às configurações reciprocamente assumidas ou assumíveis pelo conjunto daqueles três momentos do processo de trabalho, dados os objetivos, as finalidades do mesmo” - Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, página 18, *Tecnologia e Organização Social da Prática de Saúde*, Hucitec, 1994.

⁶ Esta tensa relação entre o vivo em ato do trabalho clínico e as teorias que permitem significar este encontro como entre um profissional e um usuário, é problematizada de modo muito rico por Cornelius Castoriadis, no livro *Encruzilhadas do Labirinto I*, Paz e Terra, em um debate sobre a Psicanálise no capítulo Psique.

Este é um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, estes processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando, como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros. A presença de situações mais duras neste espaço produtivo é praticamente insignificante, pois mesmo que para o encontro também tenha que se ter uma certa materialidade dura, ele não é dependente desta. É como se pudesse dizer que o processo de produção de um certo acolhimento realiza-se até na rua, ou em qualquer outro espaço físico.

Este momento produtivo, essencialmente do trabalho vivo em ato, é aberto à disputa de capturas por várias lógicas sociais, que procuram tornar a produção das ações de saúde de acordo com certos interesses e interditar outros. Não perde nunca sua tensão de espaço de disputa e, mais que isso, não perde nunca a demonstração de que as forças, mesmo interdidadas, estão operando em ato com sua presença, sempre. É neste espaço que a busca capturante do usuário apresenta maior chance de conquistas, para impor “finalidades” ao trabalho vivo do médico.

A relação particular que esta valise adquire com as outras duas define o sentido social e contemporâneo do agir em saúde: a produção do cuidado, como uma certa modelagem tecnológica (de saúde) de realizar o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades, como expressão do “seu modo de andar na vida”, e as distintas formas produtivas (tecnológicas) de capturar e tornar aquele mundo seu objeto de trabalho.

As diferentes formas de realizar os modelos de atenção à saúde, sob a ótica do trabalho médico, definindo reestruturações produtivas no setor, mostram que os arranjos entre essas valises são estratégicos e mesmo definidores do sentido dos modelos, a partir das configurações que adquirem internamente, e entre si, as valises da cabeça e do espaço relacional.

Por exemplo, na medicina tecnológica⁷ há um empobrecimento da valise das tecnologias leves, deslocando-se o eixo do arranjo tecnológico para uma articulação especial entre a valise das tecnologias leve-duras com a das tecnologias duras, de um jeito a mostrar uma relação cada vez mais focal da competência da ação do médico, a ponto de o mesmo praticamente reduzir-se a uma unidade de produção de procedimentos, como o ato de saúde a ser pretendido. Expressa certos procederes bem definidos, reduzidos a meros procedimentos pontuais, sub-especializados no plano da formação da competência profissional, com os quais os profissionais estabelecem seus verdadeiros vínculos, mediante os quais capturam os usuários e seu mundo. Mesmo assim, não elimina a tensão constitutiva do conjunto dos atos de saúde enquanto produção do cuidado e muito menos consegue apagar o fato de que o conjunto dos procederes em saúde são situações que buscam a captura do trabalho vivo em ato, substantivamente.

O trabalho médico, para se realizar como uma forma do cuidado em saúde, tem de construir competência de ação em duas dimensões básicas das intervenções em saúde - uma, a da dimensão propriamente cuidadora, pertinente a todos os tipos de trabalhos de saúde, e a outra, a dimensão

⁷ Pode-se ver esta discussão sobre a medicina tecnológica sob outros ângulos em autores como Maria Cecília F. Donnangelo, no livro *Saúde e Sociedade, Duas Cidades*, 1976, Lilia Blima Schraiber, *O médico e seu trabalho*, Hucitec, 1993.



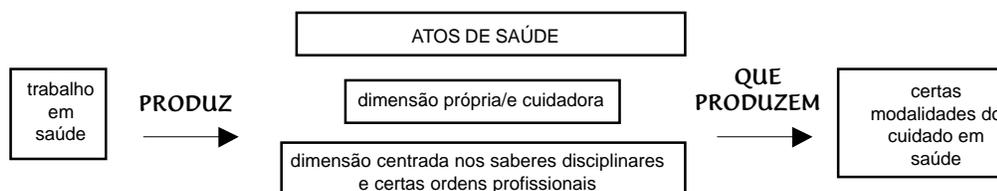
profissional centrada, própria de seu recorte tecnológico específico -, para compor seu lugar na organização e estruturação dos modelos de atenção. A construção destas competências é conseguida nos possíveis arranjos que as três valises permitem, produzindo uma intervenção médica tanto focada nos procedimentos, quanto em certas formas cuidadoras.

O trabalho médico como desafio para a atual transição tecnológica comandada pelo capital financeiro

O trabalho médico, na sua intervenção, procura capturar o usuário a partir do seu universo de ação profissional e dos saberes tecnológicos que o conforma, tentando, em um duplo movimento, tanto trazer o usuário e seu mundo para dentro do seu agir tecnológico, quanto subsumi-lo a este. No entanto, é interessante observar que, apesar deste esforço, o recorte desses processos relacionais, pelos saberes médicos não se sobrepõe plenamente ao que é pretendido pelo usuário nesta mesma relação⁸.

Este trabalho constrói projetos terapêuticos⁹ tensos, pois cobra-se dele, e também de todo o seu saber-fazer, tanto um operar a produção de uma dimensão própria do cuidar - dada pelos processos relacionais e leves do trabalho em saúde, nas suas relações próprias com os saberes tecnológicos estruturados, da valise das tecnologias leve-duras -, quanto a um outro específico do próprio ato médico, vinculado a um certo recorte do saber disciplinar, expresso por uma ordem “profissional”, composto centralmente nas relações entre aqueles saberes tecnológicos com a valise das tecnologias duras, focando a produção de procedimentos centrada no médico.

No quadro abaixo, pretende-se dar visibilidade a esta situação:

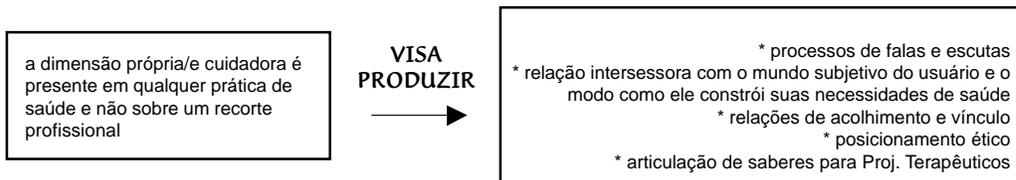


As dimensões cuidadora e “profissional específica” são territórios de práticas técnicas que se compõem em qualquer produção de atos de saúde e que vão se definindo, conforme o modelo de atenção, em certos empobrecimentos ou enriquecimentos, como campos de saberes tecnológicos, no uso das valises que constroem e lhe são disponíveis. Pode haver, inclusive, predomínio de uma sobre a outra, de tal modo que há modelos nos quais a dimensão propriamente cuidadora pode estar praticamente anulada. Como a noção do que seja a dimensão profissional é mais visível, pela própria materialidade

⁸ No texto A Perda da dimensão cuidadora..., publicado no livro O SUS em BH, Kamã, 1998, o autor trata mais detalhadamente deste tema.

⁹ O projeto terapêutico adquire um formato definido pela maneira como um certo modelo de atenção à saúde realiza o encontro entre a capacidade de produzir certas práticas de saúde e o mundo das necessidades de saúde como seu problema de ação tecnológica, incorporando-as nos seus objetos. Assim, pelos projetos terapêuticos poderá ser vista a maneira como no dia a dia os profissionais operam suas “caixas de ferramentas”, compondo e dando um certo sentido para as práticas de saúde do médico e desenhando uma certa maneira tecnológica de agir. Ver em particular coletânea citada na nota 1.

dos procedimentos, descreve-se adiante o que compõe a dimensão cuidadora, para avançar nesta reflexão:



O projeto terapêutico, produzido pela medicina tecnológica, é expressão de uma somatória de atos fragmentados sobre um usuário insumo, dividido por tantas unidades de produção de procedimentos quanto se puder constituir. A terceira valise estará colocada em um espaço subordinado, reduzida a situações objetais entre trabalhador e usuário sob a forma de procedimentos. Os produtos vinculados à realização da dimensão propriamente cuidadora ficam plenamente centrados nas lógicas corporativas e de produção de procedimentos e, assim, o vínculo passa a ser com um exame, uma consulta, por exemplo.

Nesta modalidade, os processos de trabalho são cada vez mais ordenados por uma redução dos núcleos de competência às capacidades de produção de modos bem estruturados de atos de saúde, enquanto procedimentos, que não deixam mais nítido quem comanda quem: se o trabalhador ao seu saber, ou se o saber pontual ao trabalhador. A redução e endurecimento das caixas de ferramentas tecnológicas, para a garantia de procedimentos focais cada vez mais restritos e válidos em si mesmos, tornam-se um martírio e ao mesmo tempo um êxito do exercício do trabalho médico. Esta modelagem hegemoniza-se de tal modo, como conformação do trabalho em saúde em geral nas nossas sociedades, que se faz presente no conjunto dos processos produtivos do setor. Inclusive no campo das ações de saúde pública. A dimensão centrada no profissional praticamente elimina, ou reduz ao máximo, a dimensão cuidadora como componente da ação competente do profissional médico.



STEVE HIET, fotografia.

A terceira valise, das tecnologias leves, foi subsumida nesse processo por uma relação privilegiada das outras duas, e o trabalho vivo em ato do médico tende a ser plenamente capturado e expresso por saberes tecnológicos que reduzem seu foco de ação à produção dos procedimentos. Sua capacidade de gerir o cuidado fica restrita ao comando de unidades de produção de procedimentos médicos. Mas, as lógicas que pedem as ações tecnológicas daquela terceira valise estão ali, tensamente, pressionando o predominante “núcleo profissional” por um “propriamente cuidador”, mais abrangente.

Esta modelagem é possível de ser assumida por uma lógica de produção capitalista que vê na parceria entre os serviços da medicina tecnológica (com

seus equipamentos e saberes focais bem estruturados) e o capital industrial um produtivo terreno de investimento e de acumulação, tanto no plano dos serviços empresariais da saúde, quanto no das indústrias de equipamentos e medicamentos¹⁰. Porém, os projetos terapêuticos assim compostos expressam uma conformação que torna este modo de produzir o cuidado pelo trabalho médico paradoxal em termos de conquista de seus resultados. Carregam em si uma real dificuldade de controlar os custos monetários na sua forma de incorporar tecnologias, além de promoverem uma perda da eficácia global do conjunto das práticas de saúde, mesmo podendo, paradoxalmente, ganhá-la em termos focais. A microdecisão do médico combina-se interessadamente com as necessárias microdecisões que o capital pretende com seus atos produtivos.

Sob este modelo, as situações mais comuns que podem expressar suas tensões são, de um lado, a busca permanente no plano do discurso de um perfil profissional mais generalista - fato que nunca se realizará -, e de outro, a perseguição incessante de modalidades de baixo custo para a produção dos atos de saúde que, ao não romperem com a base desta modalidade de produção, acabam sempre em uma ação de mudança na conservação, não estabelecendo de fato um novo compromisso com a eficácia e efetividade, em torno das necessidades dos usuários, mas sim com modalidades simplificadas consumidoras de menos tecnologias duras ou endurecidas. E, por último, um movimento consumista do usuário, como que para compensar a baixa efetividade do mesmo.

Um dos indicadores da crise que o modelo da medicina tecnológica vem vivenciando é o fato de que há parcelas do próprio capital procurando investir no setor saúde, não vinculadas à parceria entre a “medicina tecnológica” e os complexos industriais¹¹, explorando uma possível ruptura tecnológica¹² que as valises possam conter internamente e entre si, na formação de uma relação distinta entre a competência cuidadora e a profissional centrada. As modalidades do capital que apostam em uma outra modelagem para o trabalho médico procuram, pelas tecnologias específicas, capturar a microdecisão clínica por uma gerencial, mantendo a natureza própria do território produtivo da saúde.

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

¹⁰ Em autoras como Lilia Blima Schraiber, O médico e seu trabalho, Hucitec, 1993, e Cristina Possas, Saúde e trabalho, Graal, 1981, podemos encontrar referências mais aprofundadas sobre este tema.

¹¹ Este movimento do capital em torno de novas linhas de acumulação tem se refletido nos processos de reestruturação produtiva e de sua hegemonização pelo capital financeiro em todas as frentes da produção econômica na sociedade atual.

¹² Considero “ruptura tecnológica” quando há uma nova configuração tecnológica para a produção do cuidado em saúde, de tal modo que o objeto das ações de saúde e suas finalidades colocam-se como qualidades distintas das configurações anteriores.

¹³ Os textos produzidos pelo grupo de investigadores do projeto Atenção Gerenciada na América Latina, do qual o autor participa, mostram extensivamente estas questões. Ver, como exemplo, tese de doutoramento de Celia B. Iriart - Atenção Gerenciada. Instituinte da reforma neoliberal, defendida em março de 1999, junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas.

O capital financeiro ao entrar via seguradoras¹³, de forma maciça, vai buscar respaldo em um novo arranjo tecnológico entre as valises: em particular entre as tecnologias leve-duras e leves, inclusive enriquecendo-as, procurando colocar uma certa leveza no campo das leve-duras e uma certa dureza nas leves, que permitam construir uma gestão de um cuidado individual a partir da noção de “acidentalidade” (sinistro) em saúde e das possibilidades de seu controle ou, pelo menos, minimização. Vai buscar ferramentas do campo de ação da saúde pública, da administração dos serviços de saúde, para ampliar a valise dos processos relacionais para além da relação médico-paciente. Produz valises para o médico que, na mistura daquelas duas, passam a contar com: saberes clínicos que possibilitam a construção de projetos terapêuticos integralizados, não por “somação”; saberes da economia e saúde que permitem realizar uma gestão do cuidado de custo controlável; vários projetos tecnológicos de intervenção na prevenção de riscos ou de seus controles, com uma certa forma de incorporação da epidemiologia e seus modos de fazer ações de saúde.

Busca, antes de tudo, ampliar o papel da dimensão cuidadora sobre as profissionais no conjunto de suas ações, dando um lugar estratégico para os processos de gestão do cuidado como mecanismo de incorporação de procedimentos, além da geração de produtos típicos dos atos cuidadores centrados. Isto se expressa no aumento da presença de projetos, como home-care, adscrição de clientela, entre outros. Inaugura uma busca, tensa, de captura da microdecisão médica sobre seu ato por uma microdecisão gerencial, ou burocrático-administrativa, colocada e comandada pelo capital (segurador) financeiro.

Este processo expressa também um período de grandes mudanças na organização das atividades produtivas, como o que se vive hoje no conjunto das sociedades. Seja porque razão for - ou pela entrada de novas tecnologias nas linhas de produção, que do meu ponto de vista não é um argumento suficiente para entender o que vem ocorrendo, ou mesmo pela consagração de uma certa modalidade de processo acumulativo de capital que é cada vez mais trabalho vivo em ato intensivo e, em contrapartida, dependente de tecnologias poupadoras de postos de trabalho, ou, então, por ambas as razões -, a totalidade dos processos produtivos vem expressando uma efetiva transição tecnológica.

Os seguros abrem-se, tomando para si a enorme fatia de mobilização de recursos de capital pelo mundo, que o setor saúde promove. O desenvolvimento da Atenção Gerenciada (Managed Care) nos anos oitenta, nos EUA, e no final dos noventa na América Latina, tem expressado este movimento do capital financeiro de forma maciça para o setor saúde. O impacto deste processo no setor, como reestruturação produtiva e transição tecnológica, está ainda por se fazer compreender de maneira mais completa, mas vem sendo objeto de alguns estudos já citados anteriormente e já permite, no espírito deste texto, indicar que tanto o mercado de trabalho vem sofrendo alterações significativas, quanto o território tecnológico da saúde vem sendo ocupado por novos saberes e práticas. Postos de trabalho para os médicos desaparecem, em particular para os especialistas. Novas modalidades de assistência vão ganhando relevância, novas competências profissionais vão sendo demandadas.

Concluindo

Com este texto está se afirmando que a reestruturação produtiva do setor saúde coloca em jogo os arranjos entre as valises e os núcleos de competência, levando em consideração que as tentativas de captura não são apenas do capital ou dos interesses a ele referidos podendo gerar uma tensão transformadora no trabalho médico, ao procurarem realizar uma captura do trabalho vivo em ato, dos trabalhadores de saúde em geral e do médico em particular. Essas tentativas realizam-se sob formatos tecnológicos instrumentalizados por saberes bem definidos, que procuram tornar este ato um encontro de vários interesses sociais sob a forma das necessidades de saúde, expressando os interesses de diferentes tipos de capitais, liberais, industriais monopolistas ou financeiros, ou mesmo blocos governamentais específicos - com as políticas públicas no âmbito do Estado - ou, ainda, de certos “agrupamentos” sociais que as representam como um direito e um bem público.

As diferentes capturas, aqui mostradas mais sob a ótica do capital, em sociedades como a brasileira, apresentam-se de modo múltiplo e desigual-combinado, complexificando-se pela presença de outros interesses que podem fortalecer certas modelagens em relação a outras. A transição tecnológica a que hoje se assiste parece apontar para uma combinação na ótica do capital entre um médico, ou profissional de saúde, cuidador restrito, que se articula com um outro “centrado em certos procedimentos profissionais”, com competência focal bem definida. Esta modalidade não parece ter capacidade de dar conta do tenso campo dos processos de trabalho em saúde, colocando-se permanentemente sob o foco de ações transformadoras por forças que são interdidas.

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

Sob a ótica do trabalho médico, como de qualquer trabalho em saúde, uma outra tensão também opera como instituinte, nesta situação, expressa pela combinação entre a lógica de captura do trabalho vivo em ato versus autonomia de seu exercício¹⁴.

Essas tensões operam como potências de novas transformações, impondo-se como desafios a serem enfrentados para quem luta pela saúde como bem público e pelo trabalho em saúde como tecnologia a serviço da defesa da vida individual e coletiva.

¹⁴ Fato claramente apontado por Campos com sua produção, desde os seus primeiros estudos sobre os médicos e as políticas de saúde. Ver em particular Reforma da Reforma, Hucitec, 1992, de Gastão W. de Souza Campos.