

A Lei do Ato Médico: Notas sobre Suas Influências para a Educação Médica

The Medical Act Law: Notes Concerning Their Influences to the Medical Education

Giovanni Gurgel Aciole¹

PALAVRAS-CHAVE

- Política Social;
- Educação Médica;
- Prática Profissional - legislação e jurisprudência;
- Saúde Pública.

KEY-WORDS

- Public Policy;
- Education, Medical;
- Professional Practice – legislation and jurisprudence;
- Health Policy.

RESUMO

Este artigo reconhece a Lei do Ato Médico como produto da disputa das corporações profissionais pela hegemonia e controle do mercado de trabalho: principal, senão única, racionalidade da proposta. Diante da implantação de políticas públicas universalistas e de cidadania, que constituem novas demandas para a educação médica e dos demais profissionais de saúde, inscreve o Projeto de Lei 25/2002 como resposta dos que definem recortes de atuação que subordinam o Estado ao mercado e uma concepção de ser médico comprometida com a lógica dos procedimentos. Propõe, portanto, tratar esta questão como uma questão social, de modo a submeter as práticas profissionais ao crivo dos interesses sociais e das necessidades de saúde e impulsionar a reflexão crítica sobre os rumos que buscamos imprimir à formação médica.

ABSTRACT

This paper analyzes the Medical Act Law as the result of an attempt of professional corporations to assume leadership and control of the professional market, the main if not the only reason for this law project. In a scenery of implantation of public policies directed to universality and citizenship demanding new forms of education for physicians and other health professionals, the bill 25/2002 is an answer to those, who want to limit the space of action of the profession, subordinate it to the state and to the market, creating a twisted concept of the physician as a mere conductor of procedures. The aim of this paper is thus to discuss this law from the viewpoint of a social question, to examine the professional practice carefully in the light of the interests and demands of society, and to induce a critical analysis of the direction we seek to give to medical education.

Recebido em: 10/11/2005

Aprovado em: 10/03/2006

¹ Médico, Doutor em Saúde Coletiva, Professor Adjunto do Curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos. Coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Sociedade, vinculado ao Sindicato dos Médicos de Campinas e região, Campinas, São Paulo, Brasil.

O ATO MÉDICO É A DEFESA DOS INTERESSES DA PROFISSÃO MÉDICA NO CAMPO DOS INTERESSES CORPORATIVOS DAS PROFISSÕES DE SAÚDE?

A agenda da política médica na área da Saúde tem sido marcada pela luta obstinada pela aprovação de Projeto de Lei específico para instituir o Ato Médico. Ao estabelecer as prerrogativas com que delimita os atos restritos à prática médica, contudo, a proposta vem colidindo com outros interesses profissionais da área. Sob este ponto de vista, estamos diante de um conflito de corporações! A defesa dos interesses profissionais - particularmente dos mecanismos de ingresso no mercado de trabalho, o combate aos praticantes ilegais e a definição de núcleos operativos que constituam a chamada reserva técnica da profissão - constitui o seu "espírito de corpo" e é condição basilar para a sua permanência e reprodução, ou seja, tanto é resultante do modo de organização e regulamentação das práticas profissionais, quanto constituinte daqueles interesses. Igualmente, faz parte das regras do jogo da sociedade industrial, moderna, civilizada e tecnificada que o campo das práticas profissionais seja submetido a uma normatividade restritiva somente atingida por aqueles que foram iniciados em tais práticas, como é o caso da Medicina, da Advocacia, da Enfermagem e de todas as chamadas profissões regulamentadas. Estes fatores têm que ser explicitados no campo da discussão corporativa profissional.

Podemos destacar, além disso, outro aspecto da trama envolvida na regulamentação dos atos profissionais: a dimensão econômica relativa ao mercado. Dimensão que compreende desde a estruturação deste, até os mecanismos de controle e participação, tanto dos produtores quanto dos consumidores; em outras palavras, dimensão que define ou delimita quem está, ou não, habilitado a exercer aquela prática ou dela se tornar agente apto a operar no mercado consumidor da prestação de seus serviços profissionais.

Epistemologicamente falando, vivemos o paradigma aristotélico, que Bourdieu¹ denominou campo disciplinar. Por meio dele se delimita a distinção entre os "especialistas" e os leigos, isto é, entre os que adentram o campo e os que permanecem fora dele; entre os autorizados a pertencer ao rol de seus praticantes e os não autorizados. A colheita das leis que regulamentam as profissões da área de saúde assim o demonstra, uma vez que encontramos este princípio manifesto referente, por exemplo, à Biomedicina (Decreto nº 88.439/83, artigo 12º, inciso XVIII); à Farmácia (Lei nº 3.820/60); e à Psicologia (Lei nº 5.766/71, artigo 6º).

A proposta contida no Projeto de Lei do Ato Médico não foge a esta regra, pois aponta que compete ao seu Conselho

Federal definir, por meio de resolução, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados, para utilização pelos profissionais médicos, o que se completa com a definição do exercício ilegal da profissão, com a justificativa de que este crime se encontra tipificado no Código Penal Brasileiro em seu artigo 283. Ressalte-se que este artigo reforça o preceito legal, lembrando que a profissão médica requer habilitação, aqui entendida como a legalização de uma atividade social regulamentada. Um outro núcleo essencial da luta corporativa - a reserva de subordinação aos pares - não apresenta nenhuma inovação, isto é, preserva o caráter endógeno de que se alimenta o "espírito de corpo" em qualquer profissão regulamentada. Enquanto tal, o Projeto de Lei em questão se coaduna perfeitamente com as prerrogativas já apontadas para outras profissões, sendo bastante elucidativo verificarmos que este pressuposto se encontra presente nos textos do PL 25/2002 (artigo 3º) tanto quanto o dizem as Leis referentes à Nutrição, à Farmácia, à Fonoaudiologia, à Psicologia e à Enfermagem.

Na qualidade de ato de defesa corporativa, a Lei do Ato Médico não parece constituir novidade ou mudança paradigmática; antes, se instala num campo proficuamente regulamentado, em que as demais profissões na Saúde já o fizeram, apenas reiterando algumas especificidades. Apontar isso não significa torná-la mais "inocente", melhor ou pior do que as demais, ou banalizá-la como algo que vem se somar ao já existente; antes, significa contextualizá-la na agenda de debate, de modo que possamos alçar outros caminhos pelos quais possamos questionar aquilo a que a lide corporativa nos leva, ou nos convida, e, se for impossível sair deles, que possamos questionar seus limites.

Em resumo, da visão comparada dos vários atos, decretos e leis regulamentadores das profissões, percebemos que os caminhos percorridos e a percorrer pela seara corporativa são poucos e curtos. Ou nos conduzem a uma uniformidade de interesses e aspectos formais regulatórios quase uníssonos, ou nos emparedam no conflito de interesses insolúveis, dada a dureza com que se estruturam os núcleos duros da defesa profissional. É necessário, pois, buscar outros ângulos, outras perspectivas, talvez só encontráveis no diálogo com os interesses e necessidades externos ao ofício das profissões; isto é, se examinarmos o campo fértil das necessidades sociais e das políticas que aí vicejam, sem deixar de reconhecer a justiça e os limites da lide corporativa, mas procurar transcender o debate, ou melhor dito, submeter o viés corporativo à essencialidade das políticas públicas e sociais.

Esta é a intenção precípua deste trabalho: questionar a Lei do Ato Médico na perspectiva de seus efeitos sobre as políti-

cas de saúde e da educação médica. Com isto, delimitar os impactos potenciais e reais de seus efeitos para a conformação de políticas sociais à luz dos esforços coletivos para a consolidação de uma política de saúde igualitária e universal, e à luz dos intensos acúmulos que a busca da formação atual do médico tenta alcançar. Acreditamos que, deste modo, possamos transcender um debate que se quer corporativo para um debate da política de saúde, em geral, e de educação médica, em particular, que efetivamente precisamos consolidar.

HÁ NA PROPOSTA DO ATO MÉDICO ALGO MAIS DO QUE DEFESA CORPORATIVA?

Julgamos fundamental, como ponto de partida, examinar que razões alimentam a proposta do Ato Médico. É necessário, portanto, debruçarmo-nos sobre os textos das versões do Projeto de Lei 25/2002, de modo a identificar o que constitui sua “alma”, qual é a sua razão de ser, muitas vezes confundida no calor das posições. O fator originário do Projeto de Lei é uma Resolução do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM - 1656/2002), alegando denodada motivação: a preocupação com a adoção de práticas prescritivas e diagnósticas por parte da Enfermagem; a incorporação na política do PSF de estabelecimentos de saúde cujas equipes não contavam com a participação dos médicos; e, por último, a suprema defesa dos interesses da população. Segundo o CFM², em sua defesa do Projeto, o PL nº 25/2002 objetiva regulamentar os atos médicos, fortalecendo o conceito de equipe de saúde e respeitando as esferas de competência de cada profissional.

Infelizmente, a análise do conteúdo sugerida não contribui para que concordemos com os seus defensores. Pois, apesar deste discurso de boas intenções, o Projeto de Lei 25/2002, já no seu primeiro artigo, deixa explícita a ambição corporativa de sua alma, quando define que ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para a prevenção primária, secundária e terciária.

Segundo seus propositores, o Projeto tem como objetivo definir, em lei, o alcance e o limite do ato médico. Para tanto, adota a definição da Organização Mundial da Saúde no tocante às ações que visam ao benefício do indivíduo e da coletividade, estabelecendo a prevenção, em seus diversos estágios, como parâmetro para a cura e o alívio do sofrimento humano. É em torno destes argumentos que fica mais bem delineado o cerne da disputa. O ato médico ocupa toda a seara das intervenções profissionais. E o faz ancorando-se numa matriz teórica ainda bastante significativa no campo da saúde, pois formatou uma cultura de pensamento e formação médica contemporânea, notadamente a partir da segunda metade do século 20: a proposta da história natural da doença.

Não bastasse isso, a justificativa é cristalina em apontar a distinta natureza dos territórios definidos pela lógica dos níveis de prevenção: nos níveis primário e terciário, é possível, desejável e exigível a prática interdisciplinar e a participação da população. O nível secundário, ao contrário, é um lugar exclusivo, em que deve reinar soberano um único saber: a prática médica hegemônica, como, logo a seguir, o texto confirma. Sutil, embora declare que prevenção e cura são inseparáveis, não descuida de reservar a segunda aos médicos: aqueles que lhe são indissociáveis e, ao que parece, os únicos em condições de fazê-lo; e, quando admite que *outros* o façam, de imediato ressalta sua condição de compartilhamento. Ancorada na matriz teórica da “história natural da doença”, a linha argumentativa na elaboração tanto da proposta quanto de sua defesa complementa-se no inciso III, onde reconhece a natureza multidisciplinar das práticas de recuperação e reabilitação. Mas aqui se apresenta uma sutileza de definição: recuperação não é tratar de doença, é devolver a integridade estrutural ou funcional perdida.

Os níveis primário e terciário têm reafirmado o seu caráter “exterior”: sua ação é anterior à doença ou posterior a ela. Uma visa retardar, impedir ou controlar a ocorrência de agravos e eventos adversos; a outra visa recuperar, estrutural e/ou funcionalmente, os danos causados pelas doenças. Uma vem antes, outra depois! Podem ser compartilhadas e, portanto, podem ser território para os “outros”. A doença, não! Esta é um espaço restrito! Restrito aos médicos!

Os dois parágrafos que complementam este artigo explicam os atos privativos dos médicos e os compartilhados com outros profissionais e não deixam dúvidas sobre o que apontamos, pois tratam da hipótese em que estes espaços se extravasem. O que acontece quando a prevenção encontra a cura? A resposta é insofismável, e o próprio texto diz melhor do que qualquer outra forma: segundo os conceitos implícitos na intencionalidade do texto, não há elo possível entre prevenção e cura, posto que esta última é território exclusivo dos médicos. É uma visão profundamente comprometida com um ideário conservador, que afirma uma supremacia “natural” da medicina, dada sua identificação histórica com a capacidade de intervenção da humanidade frente ao seu flagelo mais constante: as doenças. E, usando a teoria da história natural das doenças, se advoga que o “nível secundário” da prevenção - aquele que envolve diagnóstico e tratamento - seja privativo dos médicos. Eis o núcleo inalienável do qual a proposta de Medicina Preventiva não pretendeu se afastar e que agora se pretende jurisdicionarizar.

A proposta substitutiva, embora seja uma versão suavizada na forma, tampouco fugiu a este referencial que lhe é

essencial: a preservação do núcleo “duro” da prática médica. Verifique-se o teor do “novo” artigo I - o único alterado em relação ao texto anterior, como demonstração cabal de que neste reside a “alma” do que se quer regulamentar. Ele mantém a abrangência da ação médica no campo de atenção à saúde em todos os níveis, ao mesmo tempo em que estabelece sua exclusividade no tocante ao diagnóstico e tratamento das doenças.

Dada a reiterada manifestação do que se quer delimitar como atividade privativa dos médicos, as demais profissões da saúde têm razão em entender que terão suas atividades cerceadas ou tornadas dependentes da ação médica, embora lhes seja reconhecida uma situação de honra na produção das práticas “preventivas”? À primeira vista, ninguém seria contra a afirmação de que doenças e Medicina se constituíram *pari passu*. Mas daí a que passe a representar domínio exclusivo de seus acólitos constitui severo senão à própria amplitude que o cuidar da saúde estendeu e enlargueceu para além da nosologia biológica. O que dizer, então, dos que buscam a integralidade, a qualidade da atenção e a mudança nos padrões sanitários da população brasileira, e que têm perseguido a construção de um *mix* médico-sanitário que rompa a longa e cristalizada dicotomia entre o preventivo e o curativo?

Querem os proponentes deste Projeto de Lei que se reconheça a existência de um consenso indubitável acerca destes conceitos, estabelecidos há milênios pela prática da Medicina. E que a estupefação de alguns pela inexistência, até hoje, de lei que afirmasse o óbvio se explica pelo fato de nunca ter havido tal necessidade antes, o que só agora se impõe em virtude do crescimento de outras profissões na área da saúde. Só podemos concordar com estes quando apontam que estabelecer limites e definir a abrangência do ato médico passaram a constituir um assunto de extremo interesse de toda a sociedade, e não apenas dos médicos. E as razões e motivos disto, para nós, podem ser encontrados na relação que estabeleceu o surgimento de práticas técnicas que foram constituindo campos de oposição entre o sanitário e o médico, entre o público e o privado, entre a Medicina e a Saúde Pública^{3,4,5}.

QUESTÃO CORPORATIVA OU POLÍTICA SOCIAL? A PROPOSTA DO ATO MÉDICO NO CONTEXTO SOCIAL

Os interesses corporativos, para nós, só justificam seu debate se submetidos aos interesses de toda a sociedade. Desta forma, nos inclinamos pelo distanciamento da lide corporativa para adentrarmos no campo dos interesses da sociedade, justamente o elo ausente desta discussão, que, ao se manter corporativa, não permite um alargamento de seus limites e

muito menos permite aprofundar nossa compreensão acerca dos efeitos políticos presentes no Projeto de Lei e que nos parecem ser, de imediato, os seguintes:

1) O ato médico explicita uma visão de “ser médico”?

A luta pela instituição do ato médico nos parece mais uma aposta no imaginário liberal da categoria, que parece ignorar o oceano de transformações sociais, políticas e tecnológicas da contemporaneidade e acorrenta os médicos a uma odisséia em que naufragam numa nau sem leme e sem navegabilidade e cujo rumo só os distancia daqueles de quem deveriam cuidar. Diante das transformações socioeconômicas que modelam desestruturas significativas no modo de organização das práticas num “mercado” de produção e de consumo e que reclamam enfrentamentos político-institucionais de outra ordem, nos parece mais um espasmo do passado no presente que os médicos se vejam impelidos a buscar definir quem está, ou não, autorizado legalmente a executar procedimentos e atos definidos como sendo de médicos. Só o que muda são os excluídos: na década de 1920, os “charlatões, curandeiros e homeopatas”³. Na modernidade do século 21, a defesa se volta ante as demais profissões do campo da saúde, exatamente quando o desdobramento social e cultural da condição pós-moderna aponta, cada vez mais, para a construção de práticas interdisciplinares, a interlocução de saberes e a construção coletiva como elementos paradigmáticos da construção de práticas e profissões, numa perspectiva de integração tanto da fragmentação e especialização de saberes, quanto do reconhecimento da vastidão e complexidade que o conhecimento científico e técnico tem atingido em todas as áreas.

No cotidiano de trabalho em saúde, tem-se reconhecido a importância da participação da clínica dos outros trabalhadores, justamente complementando e enriquecendo a clínica do médico e com ela se complementando e enriquecendo⁴. Parece-nos que, longe de significar uma apropriação indébita de diagnóstico e tratamento, isto tem produzido ganho em resolutividade e capacidade de atendimento, multiplicando possibilidades terapêuticas e potenciando a legitimação social das profissões no campo da saúde mais do que quaisquer outras.

Restam à corporação - o que não é pouco, embora venha se tornando insuficiente - a autonomia ético-científica e a preservação dos poderes prescricionais e delegacionais, além de uma grande legitimação social da medicina. Estes elementos continuam a centrar a organização da assistência em torno da prática médica e a manter o fetiche existente entre saúde e assistência médica pela ação do saber da medicina, com que se reforça a centralidade deste saber na configuração de todo e qualquer modelo assistencial que se preze.

Finalmente, esta visão crítica da luta corporativa implica que consideremos seus significados práticos para a categoria. Frisemos novamente a legitimidade da regulamentação profissional, mas interroguemos acerca da construção de um valor de uso para o "ato médico". Em outras palavras, após a aprovação da Lei, no que será útil o "ato médico" para o médico? Segue-se, de tal pergunta, que, mais do que da Lei, precisamos de um processo de reconstrução do valor da clínica - como atitude e como prática relacional⁴ -, que deve constituir objeto de reflexão para todos os que se debruçam na transformação da educação médica atualmente.

2) A Lei do Ato Médico se insere na disputa do mercado de saúde?

O mercado de trabalho médico atravessa um profundo processo de transformação a partir das mudanças no modo de produção dos procedimentos médicos, em virtude da intensa incorporação tecnológica que vem atingindo a medicina, como saber e como prática, chegando até a desestruturação do frágil equilíbrio do controle de mercado pela força de trabalho, pelo deslocamento do financiamento para outras mãos que não a corporação e nem o consumidor direto. Já há um relativo consenso entre os estudiosos desta questão de que desapareceram as condições de exercício liberal que sustentaram a prática médica até meados dos anos 1970, e se consolida um modo de produção em que se institui a intermediação financeira tanto por modalidades empresariais diretas quanto por ação estatal^{4,5}.

Se isso não fosse bastante, se dilui a capacidade de controle do mercado, no sentido de poder de definir valores e regras de contrato, captar diretamente a clientela consumidora ou mesmo influir mais decisivamente nos rumos das políticas públicas regulamentadoras do setor. Basta viajarmos um pouco no tempo, cerca de quatro a cinco décadas atrás, para encontrarmos um ambiente totalmente diferente do atual. Naquele tempo, praticamente inexistiam intermediários para o trabalho médico, cujos praticantes encontravam uma avenida de liberdade entre a saída da faculdade e o início da prática profissional, bastando, muitas vezes, apenas alugar uma sala e pendurar uma placa na parede, praticamente inexistindo interferências¹⁰.

A essa perda correspondeu uma substancial transformação por que passou a Medicina, que foi sendo paulatina e profundamente amalgamada nos fornos da modernidade científica e tecnológica, de cuja incorporação resultou sua acetinada vocação para a tecnificação e a pulverização em procedimentos. Foi neste cenário que ocorreu um fator também pernicioso para o sonho liberal: o custo da atenção médica ficou

inacessível não somente à população em geral, mas também ao próprio agente do trabalho, o médico. Em seu lugar, assistimos à chegada em cena de um sujeito que dela se apropriou: o vendedor do trabalho médico convertido em procedimentos e cuja venda se dá por meio das várias modalidades de prestação de serviços que foram se constituindo, seja como seguradora, medicina de grupo, cooperativa, empresa de autogestão e, especialmente, o Estado.

A produção e o consumo de procedimentos médicos tecnificados têm, por seu turno, sido deslocados e concentrados em espaços ideais, concentradores da tecnologia necessária à sua realização. Estes espaços ideais são, emblematicamente, o hospital e os centros tecnológicos de produção de procedimentos (raios X, ultra-som, ressonância magnética, etc.), que acabam por subsumir a produção de saúde como consumo de procedimentos, deslocando o consultório de seu lugar efetivo de relação intersubjetiva e de explicitação do saber fazer clínico³.

Ao contrário da invasão externa, nos parece, o que ameaça a medicina é a sua deslegitimação social, em virtude da especial degradação que se produz no seu campo de trabalho, seja pela ausência daqueles lugares onde se persegue a saúde pública, seja pela resistência da maioria de seus agentes em torná-la lugar de explicitação de uma outra postura e comprometimento. A prática médica no setor privado também vai sofrendo particular espoliação, à medida que avança e se consolida a segmentação do mercado em infindáveis planos e modalidades de seguros que fatiam o corpo humano e a saúde em mil fragmentos, e colocam todos os consumidores numa perene sensação de insegurança.

Se esta característica parece ser mais forte e presente no chamado setor público, aparece do mesmo modo no conjunto dos serviços privados e mesmo na sua unidade funcional: o consultório particular. Pois também lá, na solidão apolínea das paredes de um consultório, estão presentes os fatores moderadores que determinam a disponibilização de tempo maior ou menor, o acesso e consumo a procedimentos de maior ou menor complexidade e a utilização de tecnologias, na dependência muito forte das possibilidades de acesso proporcionadas pelo poder aquisitivo do consumidor destes serviços, que é o cliente, na medida em que possa pagar ou não diretamente pelos serviços que consome ou solicita consumir³.

Igualmente, por mais que desde então tenha avançado a idéia de que os médicos estavam deixando de ser profissionais liberais para se tornarem assalariados, este aforismo não se confirmou de modo absoluto, tendo os médicos adotado várias estratégias combinadas de defesa da autonomia, entre

as quais o acúmulo de vários vínculos empregatícios^{4,5,6}. É, portanto, neste contexto político institucional que pretendemos entender e discutir a proposta do Ato Médico. Mais do que apresentá-la como uma necessidade corporativa, ela precisa ser entendida no cenário de disputa da política de saúde, nas esferas pública e privada.

3) A Lei do Ato Médico se insere numa proposta de modelo assistencial?

Os médicos não são mais os detentores do controle dos meios materiais de produção do nosso trabalho e sequer conseguem, hoje, definir o valor de mercado de nosso tempo de trabalho. Assim, deveriam estar atentos para o fato de que uma marca operacional importante no campo da saúde, seja pública seja privada, tem sido a da universalização da assistência e da concepção de saúde como direito de cidadania, reconhecida do ponto de vista tanto do usuário de serviços públicos, quanto do consumidor de planos privados de saúde.

Um exame da disponibilidade destes tipos de estabelecimento segundo sua natureza administrativa revela que a imensa maioria deles está alocada no setor privado, que concentra, inclusive, o domínio e a posse da maioria dos equipamentos utilizados na produção dos chamados procedimentos de alto custo, e estes têm sido paulatinamente monopolizados em um restrito número de produtores. A forma encontrada para disponibilizar o acesso e o consumo deste tipo de procedimento tem sido a venda aos clientes privados por meio do atravessador chamado “plano de saúde” ou o cliente coletivo mais importante: a disponibilização ao SUS. Este Sistema, que universaliza os serviços públicos de saúde, é um dos maiores clientes dos estabelecimentos privados de saúde. Por historicamente ter sido colocado numa dependência estrutural que o torna um grande comprador de serviços e procedimentos, isto é, o torna um grande financiador cativo da prestação de serviços especializados privados³. Cativo, mas não totalmente submisso, pois sua clientela maciça, ao lado de seu poder normativo, garante-lhe capacidade de definir valores no mercado, adotar tabelas de remuneração.

A prática nos serviços de saúde - especialmente nos serviços da área pública, mas em grande medida nos serviços da iniciativa privada - tem sido marcada pela exploração de uma relação de ambigüidade: de um lado, esta característica de usar a competência e o saber multidisciplinar é demanda colocada pela integralidade, que tem sido a alma buscada para o cuidado à saúde/doença nestes serviços. De outro lado, a reação e o cuidado à perda da especificidade de cada segmento profissional, de modo que cada um se reconheça pelo seu escopo de atuação e seja reconhecido pelo trabalho da outra profissão.

Tensão que persegue espaços de tangência e até de interpenetração, complementar e cooperativa, diluindo a tendência conflitiva e/ou invasiva de uma pela outra.

Outra marca das práticas em saúde é a de serem objeto da gestão das instituições e serviços, públicos ou privados. Este tipo de intervenção opera muito fortemente com a racionalidade administrativa que raciocina em termos de custo/benefício. Isto tem dado lugar a certas distorções e políticas pouco consistentes em que a supremacia da integralidade e da qualidade do cuidado cede lugar ao economicismo mais tacanho e a políticas focais e compensatórias, que somente se distanciam do verdadeiro caráter integral e resolutivo que se tenta dar aos serviços e ações de saúde.

A tais distorções se alia um conjunto de fatores que acabam por associar à saúde pública o lugar em que se pratica uma medicina de baixa tecnologia, verdadeira clínica pobre para pobres, em que a apologia de que se substitui o trabalhador médico por outro menos custoso no mercado pode ser verificada, mas que, no fundo, deslocada em seu contexto explicativo, ganha nítida condição de meia-verdade. Neste sentido, que espécie de resposta dará o ato médico não só a estes serviços, mas à população assistida? Acaso é de luta corporativa que precisamos povoar as trincheiras de luta por uma extensão de qualidade e resolutividade no campo da saúde, seja pública seja privada.

O detentor do controle dos meios de produção necessários à execução dos “atos médicos” - isto é, o “vendedor” de atos médicos - é um dos maiores interessados em que se regule o ato médico! Isto lhe interessa, essencialmente, porque essa regulamentação reforçará a reserva de mercado, e do mercado daqueles procedimentos mais custosos e tecnologicamente aparatosos, para os quais as condições materiais de realização são cartelizáveis, e também a compra e venda do tempo de trabalho e do resultado deste trabalho pelos seus produtores diretos, que são os médicos.

Neste processo vem junto, não como causa, mas como condição, a desqualificação da prática médica pela precarização do processo de trabalho e a perda substancial de seu valor de troca pela remuneração obtida. Neste aspecto, o que assoma é uma sensação de desamparo, aliada a uma situação de crise de sustentabilidade: milhões e milhões são gastos em procedimentos tecnologicamente encarecidos, e somente se amplia a insegurança e a insatisfação da clientela usuária, seja nos serviços públicos seja nos privados⁷.

Assim, nos parece que, longe da apregoada defesa dos médicos perante a avassaladora destruição das condições de controle do mercado de trabalho, o Ato Médico pode reforçar a intensa segmentação verificada na atualidade e privilegiar

justamente o elo da cadeia de produção de atos e procedimentos nas condições privilegiadas em que se encontra. Particularmente, porque, ao estabelecer a reserva de mercado para a produção tecnológica do trabalho em saúde, aprofundará e colocará para a categoria a condição ideológica de posicionamento frente à realidade do mercado de trabalho. Por seu turno, o estágio de transformações por que passa este mercado só fará aprofundar o fosso que a separa e a mantém prisioneira da alienação liberal de que se julga imutável detentora⁴.

4) O Ato Médico se insere na disputa da política de saúde?

Na acirrada defesa corporativa da Lei do Ato Médico, um dos argumentos levantados em defesa de sua aprovação é que, sem ela, a sociedade poderá perder o médico como depositário exclusivo do conhecimento científico salvador de vidas e produtor de saúde e bem-estar. Em seu lugar, a sociedade se verá às voltas com gente despreparada, de menor qualificação ou formação insuficiente para dar conta da nobre arte de curar.

Hoje, entretanto, mais do que o controle das condições de acesso ao mercado de trabalho, o principal motor da disputa é o controle de um mercado de trabalho em profundas alterações estruturais. Isto tem afastado os médicos do seu controle, transformando-os em elementos submetidos a inúmeras variáveis mediadoras, na conformação tanto privada quanto estatal, em que as ameaças vêm de ambos os lados: das organizações privadas, que cerceiam o exercício liberal da produção de procedimentos clínico-terapêuticos de forma estrita, pelas medidas adotadas pelas operadoras de saúde; e da organização estatal do Sistema Único de Saúde, cuja racionalidade administrativa, econômica e, sobretudo, sua natureza de política interdisciplinar e universal impõe severas restrições ao exercício privado da produção de atos profissionais.

Embora, na prática, os efeitos de tal lei não possam ser exatamente antevistos, em grande parte seu grau de eficiência vai ser mediado pela capacidade de acesso da população aos serviços e aos profissionais. E aqui é fundamental atentarmos para a problemática natureza da efetivação de políticas públicas universalistas, cuja radical adesão à integralidade da atenção consiga proporcionar a incorporação de outras práticas profissionais que não apenas a já hegemônica medicina científica. Ao contrário, o relativo êxito da supremacia do “mercado” como ente regulador da oferta e da qualidade da assistência deixa graves interrogações acerca da manutenção, e até do aprofundamento, desta hegemonia.

E à sociedade, afinal, o quanto importa o ato médico? Pouco interessa ou interessa muito? Para ela, faz diferença quem

terá a prerrogativa de diagnosticá-la e medicá-la? Depende, e a este depende se vincula uma série de características que devem ser atendidas em quaisquer circunstâncias: a da qualidade da atenção e do respeito à integralidade do paciente/usuário. Para tanto, qualquer profissional que o faça – em qualquer regime ou condição – deve fazê-lo bem, com eficácia, eficiência e efetividade; responsabilidade, vínculo e humanidade. Neste caso, o efeito esperado é o de ser cuidador, dar segurança e acolhimento para as necessidades, agravos e desarranjos na harmonia vital, mais do que a reserva e o domínio de certos territórios de práticas por esta ou aquela categoria profissional. Como conciliar os legítimos reclamos por uma saúde mais humana, mais próxima do indivíduo que a procura, mais integral e acolhedora e, por isso mesmo, mais resolutiva? Parte da resposta deve ser assumida pelo campo da educação médica, frente aos argumentos e interrogações que levantamos neste trabalho.

QUE ADEQUAÇÃO BUSCAR PARA OS LIMITES CORPORATIVOS? O QUE A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO MÉDICA PODE FAZER A RESPEITO?

Como apontamos no início deste artigo, talvez seja necessário reconhecer que certa dose de corporativismo é necessária à sobrevivência de qualquer profissão. Mas, antes de dizer sim a qualquer ato corporativo como este ato médico, é preciso, muito mais, dizer sim a outro ato: o de cuidar na sociedade atual. Por outro lado, o exame das implicações sociais e políticas que apontamos não parece deixar dúvidas acerca das limitações e problemas que a imersão na lide corporativa estrita apresenta e dos efeitos e interferências que medidas como leis regulamentadoras podem trazer para políticas sociais como a saúde e a educação, em particular a formação dos profissionais em saúde.

Sob este *leitmotiv*, a questão corporativa deve ser reduzida a escombros para que possa ser colocada a serviço de uma causa mais transcendental, mais inserida no atendimento às necessidades coletivas e individuais dos pacientes, clientes ou usuários, onde quer que estejam, numa perspectiva transformadora da sociedade e dos próprios profissionais, em consonância com os acúmulos produzidos no campo da educação médica brasileira, especialmente impactada pelas experiências de transformação do ensino que vêm tentadas em solo nacional, a exemplo da Rede Unida, da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e do Programa de Incentivo às Transformações no Ensino Médico (PROMED). Ou ainda, quando temos em mãos um instrumento do porte das Diretrizes Curriculares Nacionais, que definem de forma muito nítida a visão da formação superior na área da saúde que se deseja implantar.

Assim é que, em vez de insistir no debate a favor ou contra o ato médico, a questão corporativa precisa ser ur-

gentemente pensada em seus efeitos práticos e transcendentes, na medida em que avança uma outra lógica para a formação médica: a episteme neste campo se reveste de várias leituras paradigmáticas em direção aos horizontes da prática integral e humanizada no cuidado à saúde, e a própria dinâmica social torna imperativa a mudança de seu objeto, isto é, a sociedade vem clamando pela formação de um “novo” médico. É possível e necessário imaginar, por exemplo, uma outra concepção para as práticas educacionais à luz dos novos projetos político-pedagógicos que vão sendo gestados e implementados, ou o espaço de formação continuará colonizado pelas demandas profissionais estritas, que perseguem inserção qualificada e formação objetivada pelos interesses mais mecânicos e econômicos? Uma mudança do objeto da educação médica não constituiria uma inversão destas prioridades, no interesse das demandas e necessidades sociais? Acreditamos não só que sim e que se trata de uma questão que torna imperativa a crítica ao Projeto de Lei do Ato Médico.

Afinal, atender aos interesses definidos por tal proposta pode significar virar de cabeça para baixo o mundo da educação em saúde: em vez de direcionar a formação profissional a partir de um olhar para dentro, da ótica do “objeto” de suas práticas, isto é, o cidadão usuário-cliente destas práticas e dos serviços, “pensar” o médico olhando para fora de maneira autocentrada, conseqüente com a regulação profissional que toma as práticas como objeto. Adotando, ao contrário, o primeiro princípio como radicalidade, deveremos assumir a defesa dos interesses de saúde dos usuários/clientes como foco prioritário; é este foco que vem justificando a formação profissional. Sutil, porém fundamental diferença!

Assim, ancoramos a afirmativa radical da produção da saúde - como política social e como bem público - e rompemos a barreira limitante da disputa corporativa, sob cuja égide no máximo atingiremos aprimoramentos dos textos legislativos; ou ainda, subsumimos a perspectiva imanente à regulação pela transcendência das necessidades de saúde: um princípio universal, cujo caráter complexo e natureza prismática comportam obrigatoriamente uma prática interdisciplinar e integralizadora, e sua apropriação pela sociedade civil.

Enfim, mas não por último, isso significa a reafirmação de que, no Brasil, a saúde é uma questão social que não permite mais seu aprisionamento ou apropriação por interesses particulares, em perfeita consonância com a definição constitucional de direito de todos e dever do Estado, e em sintonia com o fato de que a formação médica integral e humanizada constitui estratégia fundamental para a consolidação da nossa Reforma Sanitária.

REFERÊNCIAS

1. Bourdieu P. O poder simbólico. Lisboa, Rio de Janeiro: DIFEL, Bertand Brasil; 1989.
2. Conselho Federal de Medicina. O Ato médico. Disponível em <http://www.cfm.org.br>. Acesso em: nov. 2004.
3. Aciole GG. A Saúde no Brasil: entre o Estado e o Mercado. [Tese] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social; 2003.
4. Arouca S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo, Rio de Janeiro: UNESP, FIOCRUZ; 2003.
5. Donnangelo MCF. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
6. Pereira Neto AF. Ser médico no Brasil: o presente no passado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
7. Merhy EE. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC; 2002. p. 115-133.
8. Aciole GG. O lugar, a teoria e a prática do trabalho médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório. *Interface*. 2004; 8 (14): 95-112.
9. Donnangelo MCF. Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
10. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: HUCITEC; 1993.
11. Aciole GG, Malta DC, Cecilio LCO, Jorge AO. Reflexões sobre o trabalho médico na Saúde Suplementar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas Faces da Mesma Moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005. p. 203-222.
12. Conselho Federal de Medicina. O Médico e seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília (DF): CFM; 2004.
13. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Mercado de Trabalho Médico no Estado de São Paulo. São Paulo: CREMESP; 2002.
14. Aciole GG. Uma discussão da cultura e trabalho médicos no Brasil: entre o cliente e o usuário. *Revista Jovem Médico* 1999; 3(2): 103-107.

Endereço para correspondência

Av. Papa João Paulo I, nº 458 – Palmeiras
CEP: 13101-506 – Campinas/SP
e-mails: giovanni.aciole@gmail.com