



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

GIANE ALBIAZZETTI

**ASSALARIAMENTO E PROLETARIZAÇÃO NA MEDICINA:
UM ESTUDO SOCIOLÓGICO REALIZADO
NO MUNICÍPIO DE LONDRINA**

Londrina
2006

GIANE ALBIAZZETTI

**ASSALARIAMENTO E PROLETARIZAÇÃO NA MEDICINA:
UM ESTUDO SOCIOLÓGICO REALIZADO
NO MUNICÍPIO DE LONDRINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. José Flávio Bertero

Londrina
2006

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

A335a Albiazzetti, Giane.

Assalariamento e proletarização na medicina : um estudo sociológico realizado no município de Londrina / Giane Albiazzetti. – Londrina, 2006.
160f.

Orientador : José Flávio Bertero.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, 2006.

Bibliografia : f. 132-137.

1. Médicos – Trabalho – Teses. 2. Assalariamento médico – Teses.
3. Proletariado – Teses. 4. Sociologia – Teses. 5. Capitalismo – Teses.
I. Bertero, José Flávio. II. Universidade Estadual de Londrina. III. Título.

CDU 316.334.2

GIANE ALBIAZZETTI

**ASSALARIAMENTO E PROLETARIZAÇÃO NA MEDICINA:
UM ESTUDO SOCIOLÓGICO REALIZADO
NO MUNICÍPIO DE LONDRINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Felipe Luiz Gomes e Silva
Universidade Estadual de São Paulo
Araraquara

Prof. Dr. Ariovaldo de Oliveira Santos
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. José Flávio Bertero
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 12 de dezembro de 2006.

A meu pai, Benedito Albiazzetti.
À minha mãe, Leonilda Antonio Albiazzetti.
Pela herança que me deixaram: a educação

AGRADECIMENTOS

A todos os médicos que aceitaram participar desta pesquisa,
por cederem gentilmente seu tempo e conhecimento

Ao Prof. Dr. José Flavio Bertero, profundo conhecedor do pensamento de Marx,
pela confiança em mim depositada, pela disponibilidade constante,
e pela orientação pacienzosa e exigente

Á minha mãe, Leonilda, pelo amor incondicional, por cada palavra e cada gesto,
e por me ajudar sempre

Ao Dagoberto, meu amor e companheiro, pelo incentivo diário, pela ajuda, por me
fazer acreditar ainda mais em meu potencial acadêmico

Aos professores doutores Simone Wolff, Ariovaldo de Oliveira Santos
e Felipe Luiz Gomes e Silva, por aceitarem participar das Bancas
de Qualificação e Defesa, pelas críticas e sugestões

A todos os professores que me acompanharam durante o Mestrado, por sua
competência, seriedade e pelos desafios a mim colocados;

Muito obrigada!

“ A Medicina sempre foi filha de seu tempo... ”

Médico Entrevistado

*“ O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano,
em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo
e o melhor de sua capacidade profissional ”*

Artigo 2º do Código de Ética Médica

ALBIAZZETTI, Giane. **Assalariamento e proletarização na medicina**: um estudo sociológico realizado no município de Londrina. 2006. 127f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

RESUMO

Estudos realizados em diversos países têm mostrado que a proletarização vem se generalizando desde as últimas décadas em diversos setores, inclusive nos serviços. No Brasil, pesquisas recentes destacam que os médicos, profissionais tradicionalmente autônomos e liberais, estão se submetendo cada vez mais a formas de assalariamento próprias do capitalismo, tornando-se trabalhadores proletários. A presente pesquisa analisa o trabalho médico no município de Londrina e o processo de assalariamento e proletarização da profissão, compreendendo que se trata de uma consequência direta do capitalismo contemporâneo. A fundamentação teórica e metodológica é marxiana e materialista-dialética. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com dados coletados em Londrina, através de fontes documentais e entrevistas com profissionais médicos que atuam no município. Os resultados revelam que a profissão médica vem se transformando no Brasil, desde a década de 60, tendo como principais desdobramentos a incorporação de tecnologias e perda da autonomia profissional, a interferência do Estado e do grande capital representado pelas indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos, a busca por alternativas de inserção e manutenção no mercado de trabalho, e a tendência crescente ao assalariamento e à proletarização.

Palavras-chave: Trabalho médico. Capitalismo contemporâneo. Assalariamento. Proletarização.

ALBIAZZETTI, Giane. **Assalariamento e proletarização na medicina**: um estudo sociológico realizado no município de Londrina. 2006. 127f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

ABSTRACT

Studies performed in different countries have shown that proletarianization is becoming generalized in several sectors in past decades, including services. In Brazil, recent researches have shown that doctors, traditionally autonomous and liberal professionals, are more often submitting themselves to the capitalist salaried structure, becoming proletarian workers. This research analyzes the medical work in Londrina and the process of salaried employment and proletarianization of the profession, understanding that this is a direct consequence of contemporary capitalism. The theoretical and methodological underlying basis for this work is Marxist and dialectical-materialist. It is a qualitative research, with data collected in Londrina via documents and interviews with medical professionals who work in the county. The results show that the medical profession has been changing in Brazil since the sixties, having as principal consequences the incorporation of technology and the loss of professional autonomy, interference from the State and the great capital represented by pharmaceutical and medical equipment industries, the quest for insertion alternatives and job market maintenance, and the growing tendency towards salaried employment and proletarianization.

Keywords: Medical work. Contemporary capitalism, Salaried employment. Proletarianization.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Perfil da amostra segundo sexo e faixa etária	19
Tabela 2	– Instituição onde se formou em medicina.....	20
Tabela 3	– Ano em que se formou em medicina	20
Tabela 4	– Total de médicos entrevistados com e sem título de especialista	21
Tabela 5	– Total de médicos entrevistados segundo a modalidade de atuação	21
Tabela 6	– Médicos ativos inscritos no CRM – Londrina PR segundo sexo e obtenção de título de especialista.....	23
Tabela 7	– Distribuição de médicos ativos inscritos no CRM – Londrina PR segundo a especialidade	24
Tabela 8	– Comparação entre o município de Londrina e o estado do Paraná em relação ao número de médicos e empresas de saúde	27
Tabela 9	– Motivo da escolha profissional.....	29
Tabela 10	– Motivos da escolha por atuar como médico em Londrina.....	30
Tabela 11	– Quantidade de médicos por modalidade de vínculo profissional.....	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS	16
1.1.1 Objetivo Geral	16
1.1.2 Objetivos Específicos	17
1.2 JUSTIFICATIVA	17
2 METODOLOGIA	18
3 PERFIL DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS	19
3.1 TOTAL DE ENTREVISTADOS SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA	19
3.2 INSTITUIÇÃO E ANO EM QUE SE FORMARAM EM MEDICINA	19
3.3 ESPECIALIDADES E MODALIDADES DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL	20
4 RESULTADOS	23
4.1 Os MÉDICOS DE LONDRINA EM NÚMEROS	23
4.2 SÍNTESE DAS ENTREVISTAS	28
5 ASSALARIAMENTO E PROLETARIZAÇÃO NA MEDICINA	41
6 INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS E PERDA DA AUTONOMIA PROFISSIONAL	68
7 FORMAÇÃO EM MEDICINA E MERCADO DE TRABALHO	88
CONCLUSÃO	96
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES	106
Apêndice A – Modelo da Carta-Convite enviada aos médicos	107
Apêndice B – Modelo do Termo de Consentimento Pós-Informação	108
Apêndice C – Modelo do questionário (roteiro das entrevistas)	109
Apêndice D – Trechos das entrevistas (transcritos literalmente)	111

1 INTRODUÇÃO

O trabalho, para Marx, representa a principal categoria de análise de uma sociedade, e qualquer que seja sua natureza é através dele que os homens estabelecem relações sociais e constroem a realidade. Nos países capitalistas, onde a produção material se converte em produção de mercadorias com finalidade de lucro e acumulação, o trabalho constitui, ao lado do capital, a base de sustentação do sistema.

Embora alguns autores estejam questionando a centralidade do trabalho no capitalismo atual, a exemplo de Gorz (1987), uma análise mais profunda do cenário atual dos países capitalistas, à luz de Marx, permite afirmar que o trabalho e o capital continuam, ambos, exercendo papel determinante das relações sociais, sendo estas compreendidas enquanto relações de classes.

As classes sociais, representadas por um lado pelos trabalhadores, e por outro pelos capitalistas, não estão desaparecendo, como afirma Gorz; elas estão, na verdade, se modificando, assumindo novas formas, tornando-se mais complexas. Bertero (2002), dialogando com Marx (1967, 1971, 1974a, 1974b, 1978, 1984) e com Antunes (1995), e contrapondo-se ao pensamento de Gorz, enfatiza que é preciso entender como as classes se apresentam na sociedade atual e quem são os trabalhadores – e os trabalhadores proletários – do século XXI.

Segundo Bertero (2002), o trabalho se mantém subordinado ao capital, e os trabalhadores continuam sendo explorados. Além disso, diferentemente dos trabalhadores proletários do passado, os proletários da atualidade não estão inseridos apenas nas indústrias, pois a proletarização generaliza-se agora para outros setores da economia, acompanhando o modelo industrial¹. A subsunção real do trabalho atinge também o campo e os serviços, através do uso racional, sistemático e programado da ciência e da tecnologia, com a incorporação de maquinarias sofisticadas e informatização. Observa-se, ainda, uma tendência universal à uniformização e à especialização do trabalho em todas as profissões,

¹ O autor defende a tese da generalização do modelo industrial e da proletarização, discutindo a situação dos trabalhadores do campo e dos serviços nos países capitalistas neste início de século (BERTERO, José Flávio. Os novos proletários do mundo na virada do século. Textos, nº 01, Londrina: UEL, Departamento de Ciências Sociais, 2002).

bem como ao assalariamento e à exploração da mais-valia, aos moldes do proletariado tradicional.

O autor afirma que “ainda estamos diante de uma sociedade capitalista. Ela, aliás, não só continua capitalista como apresenta, pela primeira vez na história, uma industrialização generalizada” (BERTERO, 2002, p.14), e conclui, como outros autores, que esta condição atinge o setor de serviços, inclusive o setor de serviços médicos. Desta forma, nota-se o crescimento de trabalhadores que executam suas atividades “sob o mando do capital” (BERTERO, 2002, p. 15), aproximando-se do proletariado industrial.

Outro autor que discute o trabalho produtivo no setor de serviços é Mandel (1982). Em seu entendimento, o modo de produção capitalista se impõe de forma generalizada e universal, provocando um aumento considerável de trabalho produtivo em “todos os setores da vida social” (MANDEL, 1982, p. 271), especialmente nos serviços, mediante a simplificação do trabalho pelo uso da tecnologia e da informática, pela criação de necessidades culturais (não naturais) para aumento do consumo, e pela expansão da transformação de serviços essenciais (básicos) em mercadorias – a saúde privada é um bom exemplo.

Se pensarmos em Marx (1982), o trabalho produtivo, cuja jornada se divide em trabalho necessário e trabalho excedente, é aquele que gera mais-valia e, por isso, valoriza o capital. O trabalhador vende sua força de trabalho (o único bem que possui para vender) ao capitalista, e recebe em troca um valor de salário (remuneração) referente a uma parte da jornada trabalhada (trabalho necessário), que permite sua subsistência e a manutenção de sua capacidade de trabalho. No entanto, o trabalho realizado produziu outros valores (mais-valia) que pertencem ao proprietário dos meios de produção (o capitalista), e que vão além do valor do salário pago ao trabalhador (trabalho excedente), os quais, no conjunto, representam a mercadoria final, pronta para ser comercializada, e que retorna ao capitalista na forma de lucros e de ganhos de capital (SWEEZY, 1967). No setor de serviços, inclusive nos serviços médicos, esta relação pode ser observada nos contratos de trabalho existentes em organizações privadas que têm finalidade lucrativa.

Segundo Alves (1999), este “novo” proletariado dos serviços – como é o caso dos médicos – não só se submete ao assalariamento, mas a um assalariamento que não acompanha o rendimento do capital; ao contrário, os

salários dos prestadores de serviços, da mesma forma que os demais trabalhadores, perde seu valor real, na contra-mão da valorização do capital.

Um estudo recente de Amaral (2004) que trata especificamente do trabalho médico, revela que os profissionais médicos brasileiros, para garantir um bom padrão de vida, mantêm diversos vínculos empregatícios, ligados tanto à iniciativa pública quanto privada. São, em sua grande maioria, trabalhadores assalariados, e ao que tudo indica, estão se proletarizando, da mesma forma que outras tantas categorias profissionais dos nossos tempos.

No Brasil, bem como em grande parte dos países capitalistas, a medicina é uma das áreas de atuação profissional mais reconhecida e almejada pela sociedade, e que se desenvolveu como uma profissão liberal. Em relação às outras profissões, a medicina se destaca pelo fato de ser uma das mais antigas e desenvolvidas, tanto em termos científicos quanto tecnológicos, e os médicos, em geral, são percebidos como detentores de status social e padrão de vida elevados (o que nem sempre corresponde à realidade).

Além disso, o mercado de trabalho para os médicos é abrangente, não existindo grandes problemas de desemprego, sendo amplamente absorvidos na saúde pública e privada. No entanto, o estudo de Amaral (2004) sugere que o trabalho médico no Brasil tende cada vez mais para o assalariamento e para a proletarização, acompanhando as tendências das demais profissões, deixando em aberto um imenso campo de estudos para aprofundamento.

Primeiramente é preciso levar em conta que a medicina se insere socialmente como um trabalho coletivo, que interage com outras profissões, e que também se desenvolve a partir dos acontecimentos históricos de seu tempo. Além disso, organiza-se pela divisão do trabalho, estruturando-se em diversas ramificações e diferentes especialidades.

É uma profissão que vem, cada vez mais, incorporando sofisticadas tecnologias para facilitar e simplificar o trabalho dos profissionais, especialmente em relação à tomada de decisão sobre o diagnóstico e o tratamento dos pacientes. Com avançados recursos científicos e tecnológicos, as grandes indústrias que produzem medicamentos e equipamentos para o setor financiam a medicina e articulam-se com os médicos, subordinando-os aos interesses do grande capital.

Os médicos, através de seus órgãos de classe e de instâncias governamentais, estão criando alternativas de inserção e de remuneração no

mercado de trabalho que acabam por prejudicar a categoria, favorecendo o assalariamento e outras formas de remuneração que não permitem ganhos satisfatórios. Diante disso, a maioria dos médicos se vê obrigada a manter vários vínculos de trabalho, sofrendo elevados níveis de desgaste físico e mental, comprometendo sua própria saúde e qualidade de vida.

As políticas e legislações do setor da saúde (pública e privada) interferem diretamente no modo como se realiza a prática médica, mediante o estabelecimento de normas e regulamentos que muitas vezes limitam a autonomia profissional, tão valorizada pela categoria.

Há também que se levar em conta os desafios da formação médica no Brasil, tendo em vista o elevado número de faculdades privadas, a má qualidade de ensino ofertada por algumas instituições, o excesso de vagas de graduação e de profissionais no mercado.

Outro problema encontrado na medicina brasileira é a má distribuição geográfica de profissionais no território, pela preferência em trabalharem nos centros urbanos que lhes oferecem melhores condições de vida e de exercício profissional (ainda que percam no valor da remuneração).

Entre os diversos parâmetros considerados para se compreender o trabalho médico e as conseqüências decorrentes das transformações da profissão no capitalismo atual, destacam-se o modo como os profissionais estão se inserindo no mercado de trabalho e as condições concretas sob as quais sua prática se realiza.

No Brasil, particulariza-se a questão do assalariamento crescente e a proletarização da categoria como resultado de um processo histórico iniciado nos anos sessenta, quando o governo brasileiro começou a instituir a chamada medicina previdenciária, contratando médicos para suprir demandas de saúde da população (TOMAZI, 1985). Essa passagem do modelo de medicina liberal para uma medicina assalariada foi marcada por uma série de eventos políticos, econômicos e sociais que ocorreram no país ao longo das décadas seguintes, no bojo das transformações mais gerais do mundo capitalista, especialmente o desenvolvimento do capitalismo monopolista.

Além disso, o assalariamento dos médicos e a proletarização da categoria demonstram ter relação direta com a incorporação de tecnologias sofisticadas para diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde da população

(exames laboratoriais e de imagens, equipamentos, drogas e técnicas apuradas de intervenção ambulatorial e cirúrgica) em função do amplo desenvolvimento científico e tecnológico das áreas médicas.

Por outro lado, é preciso considerar também o papel do Estado na elaboração e regulamentação de políticas ligadas ao setor da saúde no Brasil, que acabaram por polarizar as esferas da medicina pública e da medicina privada, interferindo nas formas de inserção e de atuação dos profissionais no mercado de trabalho.

Quando analisados em conjunto, e à luz da teoria marxiana, esses aspectos revelam a perda da autonomia profissional como um dos desdobramentos do trabalho médico assalariado, porque os profissionais já não conseguem mais controlar todo o processo de trabalho como faziam antigamente, à época da medicina liberal. Esse controle pertence agora às três instâncias que financiam o setor de saúde: 1) o Estado, através das políticas e legislações ligadas à saúde pública e privada; 2) as empresas de saúde em geral, que contratam os médicos como prestadores de serviços ou assalariados; 3) e as grandes indústrias que produzem equipamentos, medicamentos e demais tecnologias para o setor.

Sob uma perspectiva sociológica, pode-se dizer que a medicina é uma prática social que sobreviveu e se reorganizou no interior da sociedade de classes, a tal ponto que hoje o médico pode ser: a) apenas um trabalhador (executor do processo de trabalho), na qualidade de prestador de serviços autônomo, assalariado de órgãos públicos ou de empresas privadas (neste caso um proletário); b) um capitalista (empresário do setor de saúde), ainda que um pequeno capitalista; c) ou ambas as coisas, mantendo diferentes vínculos de trabalho (BERTERO, 2002, p.16). Nas palavras de Bertero (2002):

Um médico pode ser um pequeno capitalista, enquanto proprietário de um consultório ou de uma pequena clínica; assalariado, mas não proletário, como funcionário de uma instituição pública de saúde; proletário, enquanto assalariado de uma clínica ou de um hospital privados. Normalmente, ele é tudo isso, ou quase tudo (BERTERO, 2002, p. 16).

Ao analisar em nossa pesquisa o atual contexto da medicina na cidade de Londrina (Paraná-Brasil), a partir das entrevistas realizadas com médicos de diferentes especialidades e com diversos vínculos de trabalho (autônomos,

cooperados, assalariados de serviços públicos e de empresas privadas), o assalariamento e a proletarização da profissão, ambas expressões da atual fase do capitalismo no Brasil, surgem como problema central.

Inicialmente é preciso definir essa “atual fase” do capitalismo. De acordo com Marx o capitalismo é um sistema que se modifica, que se reorganiza com o objetivo de manter as leis do valor e da acumulação, e para isso depende da exploração da força de trabalho que gera mais-valia e lucros (trabalho produtivo). Quando o sistema muda, ele reforça sua capacidade de manter a divisão das classes, beneficiando sempre os capitalistas.

Uma nova fase do capitalismo não significa uma transformação radical nos modos de funcionamento da sociedade, mas sim uma reformulação das práticas de exploração dos trabalhadores através do desenvolvimento de novas formas de produção da mais-valia. Trata-se de um movimento contraditório, próprio do capital, como pode ser observado nas palavras de Teixeira (1998, p.68): “Realmente, para erigir-se como força que aspira a tudo dominar, o capital precisa desenvolver, incondicionalmente, as forças produtivas”.

Segundo Harvey (1993, p.117), a partir dos anos 70 iniciou-se em todo o mundo “uma transição no regime de acumulação e no modo de regulamentação social e política a ele associado”, que culminou com uma série de transformações em nível global, especialmente em relação aos seguintes aspectos: a reorganização geopolítica dos continentes e países; a redefinição do papel do Estado e das formas de poder existentes nos países capitalistas; a criação de novos modelos de produção e de administração dos processos de trabalho; a adequação das relações de trabalho para esse novo contexto; um amplo e acelerado desenvolvimento científico e tecnológico; e um novo perfil de consumidor.

Para Chesnais (1996, 1997), foi a partir dos anos 80 que o regime de acumulação capitalista, sob a interferência direta das políticas neoliberais dos Estados Unidos e da Inglaterra, passou a manifestar uma série de transformações que impactaram nas relações internacionais e nas diversas esferas da sociedade, sobretudo nas relações de trabalho. Segundo o autor, essa nova fase corresponde à dominação do capital financeiro em todo o globo, principalmente nos países do terceiro mundo, com base em políticas de desregulamentação, liberalização e privatização generalizadas, que intensificaram a subordinação do trabalho ao capital,

bem como a exploração dos trabalhadores assalariados em todos os setores produtivos.

Todos esses aspectos, articulados entre si e inter-relacionados, promoveram novos modos de ser e de agir nos diversos segmentos da sociedade, e a medicina, acompanhando a tendência geral das demais profissões, teve que se adequar. Neste sentido, o desenvolvimento da profissão médica na sociedade capitalista contemporânea vem exigindo, nos últimos anos, a incorporação de práticas até então inexistentes, o que tem provocado mudanças não só no exercício profissional, mas sobretudo na formação dos médicos².

As mudanças observadas na medicina brasileira, desde os anos sessenta até este início de século, estão, portanto, diretamente associadas ao conjunto de transformações da própria sociedade de classes ao longo das últimas décadas, a qual teve que se reorganizar diante das novas circunstâncias históricas para garantir a continuidade do modo de produção capitalista no mundo.

Desta forma, o trabalho médico no Brasil e suas tendências ao assalariamento e à proletarização constituem-se como objeto de investigação da presente pesquisa, tendo como base a realidade dos médicos que trabalham em Londrina, município com 488 mil habitantes (IBGE, 2005), localizada no estado do Paraná, sul do Brasil, referência em serviços médicos e de saúde para a região.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Verificar como o modo de produção capitalista se faz presente no setor de serviços médicos, e em que medida tem conduzido o trabalho médico ao assalariamento e à proletarização, tendo com referência a medicina praticada no município de Londrina (Paraná-Brasil).

² No Brasil, como nos demais países capitalistas, o problema da formação médica tem sido tema de amplas discussões nos órgãos representativos da categoria, desde a formação básica (na graduação) e a formação continuada (nas pós-graduações e especialidades).

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Levantar dados a respeito da profissão médica no município de Londrina;
- b) Analisar a questão da escolha profissional e da formação em medicina, com foco no problema do aumento do número de faculdades e de profissionais médicos no mercado de trabalho brasileiro;
- c) Discutir o papel das tecnologias aplicadas à medicina na atualidade, bem como seus impactos na profissão;
- d) Identificar aspectos ligados ao mercado de trabalho médico, em especial os modos de inserção profissional, os tipos de vínculo de trabalho existentes e as formas de remuneração;
- e) Analisar a questão da autonomia médica no atual contexto da profissão;
- f) Conhecer o que pensam os médicos de Londrina a respeito de sua condição profissional, considerando-se o atual momento da profissão, as políticas e legislações brasileiras ligadas à saúde e à medicina, e o reconhecimento e a valorização da profissão pela sociedade.

1.2 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa justifica-se pelo interesse em contribuir com o debate atual da Sociologia do Trabalho no Brasil, a respeito da configuração da sociedade capitalista no início deste século e as mudanças observadas no mundo do trabalho, em especial no setor de serviços e na medicina.

Diante deste cenário, percebe-se a necessidade de se aprofundar a discussão sobre o trabalho médico no Brasil nos últimos anos, tendo em vista as recentes pesquisas que indicam um processo de assalariamento e de proletarização no exercício desta profissão, com conseqüências diretas sobre a autonomia, o controle do processo de trabalho, a remuneração e a valorização da profissão na sociedade.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, com metodologia qualitativa, e referencial teórico-metodológico materialista-dialético.

Para coleta de dados foram pesquisadas fontes documentais junto à Prefeitura do Município de Londrina, Conselho Regional de Medicina do Paraná - sede de Londrina, e Associação Médica de Londrina. Também foram entrevistados 19 médicos atuantes no município de Londrina (1 informalmente e 18 formalmente), conforme detalhamentos abaixo.

Foram convidados através de carta-convite (apêndice A) aproximadamente 60 médicos atuantes no município de Londrina, de diferentes especialidades, para participar de entrevista. No entanto, somente aceitaram ser entrevistados 19 médicos, sendo 1 informalmente e 18 formalmente.

As entrevistas com os médicos, agendadas previamente, ocorreram nos próprios locais de trabalho dos mesmos (17 médicos) e em outros locais (2 médicos). Antes de iniciar as entrevistas cada médico assinou o Termo de Consentimento Pós-Informação (apêndice B).

Das 18 entrevistas formais realizadas, 17 foram gravadas com o consentimento dos profissionais. Após a realização das entrevistas foi feita a transcrição literal do conteúdo gravado. Em seguida procedeu-se a análise de conteúdo de todas as respostas.

Para condução das entrevistas formais foi elaborado um questionário (apêndice C) contendo 19 questões semi-abertas.

3 PERFIL DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS

Os médicos que participaram da pesquisa representam uma amostra heterogênea em relação a diversos fatores: sexo, faixa etária, instituição formadora, ano em que se graduaram e especialidades em que atuam.

3.1 TOTAL DE ENTREVISTADOS SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA

Foram entrevistados 19 médicos que exercem a profissão no município de Londrina, sendo 17 homens (89%) e 2 mulheres (11%). A maioria se encontra na faixa etária de 40 a 49 anos (63%). Estes dados se encontram na tabela 1:

Tabela 1 – Perfil da amostra segundo sexo e faixa etária

	Total de entrevistados	%	Faixa etária dos entrevistados					
			50 a 59 anos	%	40 a 49 anos	%	30 a 39 anos	%
Homens	17	89						
Mulheres	2	11	4	21	12	63	3	16

3.2 INSTITUIÇÃO E ANO EM QUE SE FORMARAM EM MEDICINA

Do total de entrevistados 74% se formaram em medicina pela Universidade Estadual de Londrina (tabela 2), e 53% se graduaram na década de oitenta (tabela 3):

Tabela 2 – Instituição onde se formou em medicina

Instituição	Total	%
Universidade Estadual de Londrina (PR)	14	74,0
Universidade Estadual de São Paulo (SP)	1	5,2
Universidade Federal do Espírito Santo (ES)	1	5,2
Universidade federal de Pelotas (RS)	1	5,2
Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná (PR)	1	5,2
Faculdade de Medicina de Valença (RJ)	1	5,2

Tabela 3 – Ano em que se formou em medicina

Década de 70	Total	Década de 80	Total	Década de 90	Total
1973	1	1980	1	1990	1
1974	1	1981	3	1992	2
1976	1	1983	1	1993	1
1979	1	1984	1	1998	1
---	---	1985	2	---	---
---	---	1987	1	---	---
---	---	1989	1	---	---
Total	4	Total	10	Total	5
%	21	%	53	%	26

3.3 ESPECIALIDADES E MODALIDADES DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Quanto às especialidades em que atuam observa-se que a maioria dos entrevistados (89%) possui título de especialista reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (residência médica ou especialização), inclusive com formação em mais de uma área (tabela 4). Entre estes, os que trabalham exclusivamente como médicos especialistas representam 68% da amostra, enquanto 27% trabalham tanto como especialistas quanto generalistas (clínica geral) e 5% somente como generalistas (tabela 5).

Tabela 4 – Total de médicos entrevistados com e sem título de especialista

Total de entrevistados COM título de especialista	%	Total de entrevistados SEM título de especialista	%
17	89	2	11

Tabela 5 – Total de médicos entrevistados segundo a modalidade de atuação

Atuação somente como especialista	%	Atuação como especialista e generalista	%	Atuação somente como generalista	%
13	68	5	27	1	5

Dentre as diversas especialidades médicas existentes no Brasil³, nesta pesquisa participaram as seguintes:

- Alergologia e Imunologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia Plástica
- Cirurgia Torácica
- Cirurgia Vascular
- Clínica Médica
- Diagnóstico por Imagem
- Fisiatria
- Ginecologia
- Hebeatria

³ Em pesquisa realizada pela FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz, no ano de 1995, constam 65 especialidades médicas reconhecidas formalmente pelo Conselho Federal de Medicina (não incluídas as chamadas sub-especialidades). Para maiores detalhes ver em: MACHADO, M. H. (coord). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999 (p.129-145)

- Homeopatia
- Imagiologia
- Infectologia
- Medicina Comunitária
- Medicina Desportiva
- Medicina Estética (não reconhecida como especialidade no Brasil)
- Medicina do Trabalho
- Medicina do Tráfego
- Nefrologia
- Obstetrícia
- Ortopedia e Traumatologia
- Pediatria
- Radiologia
- Saúde da Família
- Saúde Pública
- Terapia Intensiva
- Ultrassonografia

O perfil da amostra pesquisada segue o padrão existente no município de Londrina e no estado do Paraná, se for comparada com os dados fornecidos pelo Conselho Regional de Medicina (CRM/PR). Em Londrina são 952 profissionais especialistas, sendo que 2189 possuem mais de um título (entre títulos em nível de residência e de pós-graduação). Na amostra são 17 especialistas e 28 títulos.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

4.1 OS MÉDICOS DE LONDRINA EM NÚMEROS

Os dados a seguir foram obtidos no Conselho Regional de Medicina do Paraná e correspondem aos médicos ativos inscritos no município de Londrina em dezembro de 2005.

De acordo com esses dados, Londrina conta com 1446 médicos (tabela 6), dos quais 1032 são homens (71%) e 414 são mulheres (29%). Deste total 952 têm título de especialista (66%). Entre os médicos especialistas, 706 são homens (49% do total de 1446) e 246 são mulheres (17% do total de 1446).

Tabela 6 – Médicos ativos inscritos no Conselho Regional de Medicina no município de Londrina/PR segundo sexo e obtenção de título de especialista (dez/2005)

	Nº	%	Com título de especialista	%	Sem título de especialista	%
Homens	1032	71	706	49	326	22,4
Mulheres	414	29	246	17	168	11,6
Total Geral	1446	100	952	66	494	34

Fonte: CRM/PR, dezembro de 2005

Em relação à distribuição de médicos por especialidade no município (tabela 7) nota-se que entre os 952 profissionais especialistas alguns possuem mais de um título: são 2189 registros no total (entre títulos em nível de residência e de pós-graduação).

Tabela 7 – Distribuição de médicos ativos inscritos no Conselho Regional de Medicina no município de Londrina/PR segundo a especialidade (dezembro/2005)

Especialidade	Nº de médicos
Pediatria	191
Obstetrícia	164
Ginecologia	163
Cirurgia Geral	158
Medicina Interna ou Clínica Médica	88
Cardiologia	87
Oftalmologia	83
Ortopedia e Traumatologia	78
Medicina do Trabalho	73
Anestesiologia	67
Gastroenterologia	48
Cirurgia Vascular	47
Otorrinolaringologia	46
Cirurgia do Aparelho Digestivo	44
Urologia	43
Dermatologia	39
Psiquiatria	39
Cirurgia Plástica	37
Clínica Médica	37
Acupuntura	36
Angiologia	33
Endoscopia Digestiva	32
Neurologia	28
Cancerologia	24
Infectologia	24
Neurocirurgia	23
Cirurgia Pediátrica	21
Nefrologia	21
Radiologia	21
Endocrinologia e Metabologia	20
Homeopatia	20
Medicina Intensiva	20
Terapia Intensiva	20
Ginecologia e Obstetrícia	19
Patologia Clínica	18
Pneumologia	16

Diagnóstico por Imagem	15
Patologia	15
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	15
Alergia e Imunologia	14
Hematologia	14
Reumatologia	13
Cirurgia Cardiovascular	11
Fisiatria	11
Hemoterapia	11
Mastologia	11
Medicina Sanitária	11
Citopatologia	9
Eletroencefalografia	9
Neurologia Pediátrica	9
Nutrologia	9
Tisiologia	9
Endocrinologia	8
Medicina Esportiva	8
Geriatria	7
Proctologia	6
Cirurgia Torácica	5
Medicina Legal	5
Medicina Nuclear	5
Neurofisiologia Clínica	5
Radioterapia	4
Administração Hospitalar	3
Angiologia e Cirurgia Vascular	3
Cirurgia da Cabeça e Pescoço	3
Cirurgia da Mão	3
Hansenologia	3
Cancerologia / Cancerologia Cirúrgica	2
Medicina do Tráfego	2
Patologia Clínica / Medicina Laboratorial	2
Coloproctologia	1
Total de especialidades	2189

Fonte: CRM/PR, dezembro de 2005

Este mesmo levantamento informa que existem 182 empresas de saúde em Londrina registradas no Conselho Regional de Medicina do Paraná (sem especificação dos segmentos em que atuam).

Junto à prefeitura do município foram levantados os seguintes dados (referência: abril de 2005):

- Número de médicos inscritos no ISS do município de Londrina.....	770
- Consultórios e Clínicas Médicas em geral.....	147
- Hospitais, Casas de Saúde e Pronto-Socorros.....	24
- Clínicas de Radiologia e Radioterapia.....	13
- Clínicas de Ultrasonografia.....	8
- Outros estabelecimentos de saúde não especificados.....	35

Estes dados mostram que dos 1446 médicos ativos em Londrina, apenas 770 (53%) possuem cadastro mobiliário (ISS) junto à prefeitura. Outro dado interessante é que as clínicas de imagem, que utilizam tecnologias duras (aparelhagens, equipamentos, etc), totalizam 21 estabelecimentos (Radiologia, Radioterapia e Ultrassonografia).

Dados levantados junto ao CRM/PR (2005) revelam que o município de Londrina, em relação aos demais municípios do estado do Paraná, situa-se em segundo lugar em quantidade de médicos, perdendo apenas para Curitiba, que possui 7077 profissionais inscritos. Em todo o estado são 15281 médicos, sendo 10679 do sexo masculino (70%) e 4595 do sexo feminino (30%). Destes, 9081 têm especialidade (59%).

Em termos de empresas de saúde (pessoas jurídicas) inscritas no CRM do Paraná, reunindo-se todos os municípios encontra-se o total de 1992, dentre as quais 22 são instituições relacionadas a cooperativas médicas em situação ativa (conforme mencionado acima, Londrina conta com 182 empresas).

A tabela 8 mostra os números comparativos entre Londrina e Paraná:

Tabela 8 – Comparação entre o município de Londrina e o estado do Paraná em relação à quantidade de médicos e empresas de saúde segundo estatísticas do Conselho Regional de Medicina do Paraná (novembro/2005)

	Paraná	%	Londrina	%
Total geral de médicos	15281	100	1446	100
Homens médicos	10679	70	1032	71
Mulheres médicas	4595	30	414	29
Médicos com especialidade	9081	59	952	66
Empresas de saúde	1992		182	

Fonte: CRM/PR, novembro de 2005

De acordo com a tabela acima observa-se que, proporcionalmente, Londrina se equivale com os números do estado, sobressaindo-se apenas no percentual de profissionais especialistas.

Analisando-se todos estes resultados verifica-se que Londrina é um município que assume importância significativa no mercado de saúde do Paraná, sobretudo se forem considerados os seguintes fatos: está em segundo lugar em termos de número de médicos ativos e seu percentual de profissionais com título de especialista é superior à média de todo o estado.

Outro aspecto relevante desses dados numéricos é o fato de que no município há somente uma universidade – Universidade Estadual de Londrina – que desde 1997 oferece anualmente 80 vagas de graduação em medicina. A média de conclusão do curso chega a 100%, segundo dados fornecidos pela Pró-Reitoria de Graduação da Universidade Estadual de Londrina (PROGRAD-UEL, abril de 2006).

Também são ofertados na universidade cursos de pós-graduação (latu sensu e strictu sensu) que atendem à categoria médica, sendo:

a) **ESPECIALIZAÇÃO** (6 cursos): Análises Clínicas (35 vagas); Cuidados Paliativos (35 vagas); Infecção Hospitalar (50 vagas); Nutrição e Metabolismo na Prática Clínica (40 vagas); Patologia do Trato Genital Inferior e Oncologia Ginecológica (30 vagas); e Saúde da Família (42 vagas).

b) **MESTRADO** (2 cursos): Medicina e Ciências da Saúde (20 vagas); e Saúde Coletiva (16 vagas).

c) **DOUTORADO** (1 curso): Medicina e Ciências da Saúde (10 vagas).

d) RESIDÊNCIA MÉDICA (28 cursos): Anestesiologia (04 vagas); Cardiologia (02 vagas); Cirurgia Geral (06 vagas); Cirurgia Pediátrica (01 vaga); Cirurgia Vascular (01 vaga); Clínica Médica (12 vagas); Dermatologia (02 vagas); Endocrinologia (02 vagas); Gastroenterologia (01 vaga); Infectologia (02 vagas); Medicina Preventiva e Social (02 vagas); Nefrologia (01 vaga); Neurocirurgia (01 vaga); Neurologia (02 vagas); Ginecologia e Obstetrícia (08 vagas); Oftalmologia (02 vagas); Ortopedia e Traumatologia (02 vagas); Otorrinolaringologia (01 vaga); Patologia (01 vaga); Pediatria (08 vagas); Pneumologia (01 vaga); Psiquiatria (02 vagas); Infectologia Pediátrica (01 vaga); Medicina Intensiva Pediátrica (01 vaga); Neonatologia (02 vagas); Radiologia e Diagnóstico por Imagem (01 vaga); Reumatologia (01 vaga); e Urologia (01 vaga).

Os dados acima foram informados pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Londrina (PROPPG-UEL, março de 2006).

O município também conta com uma sede do Conselho Regional de Medicina, a Associação Médica de Londrina, uma Cooperativa Médica (Unimed), empresas de Medicina de Grupo, Seguradoras de Saúde e empresas de Auto-Gestão em Saúde.

4.2 ENTREVISTAS

Os dados a seguir foram obtidos nas 18 entrevistas formais realizadas (uma entrevista foi informal). Os trechos que aparecem transcritos são divulgados com a autorização expressa dos entrevistados através de Termo de Consentimento (apêndice B). Os trechos mais expressivos das entrevistas e que serviram de base para os comentários a seguir encontram-se transcritos no apêndice D.

a) Motivo da escolha profissional

As respostas para a pergunta “*Por que a escolha pela profissão de médico?*” foram as seguintes: idealismo (50%), incentivo dos pais ou influência

familiar (33%), mercado de trabalho (22%), status da profissão (22%), perspectivas de boa remuneração (16%), importância da profissão para a sociedade (16%), desejo de ser médico desde criança (16%), admiração pela profissão (11%). Dois dos entrevistados não souberam dizer o motivo da escolha (tabela 9).

Tabela 9 – Motivo da escolha profissional

Motivo	Total de respostas	%
Idealismo	9	50
Incentivo dos pais / Influência familiar	6	33
Mercado de trabalho	4	22
Status da profissão	4	22
Perspectivas de boa remuneração	3	16
Importância da profissão para a sociedade	3	16
Desejo de ser médico desde criança	3	16
Admiração pela profissão	2	11
Não sabe o motivo	2	11

Observa-se que entre os motivos mencionados, alguns se baseiam em critérios subjetivos: a visão idealista da profissão, a crença no fato de se tratar de uma profissão útil à sociedade, a admiração pelo trabalho médico e o desejo desde criança. Entre os critérios objetivos que determinaram a escolha se destacam a influência dos pais e familiares, o mercado de trabalho, as perspectivas de ter uma boa remuneração e status social com a profissão.

b) Concretização das expectativas iniciais em relação à profissão

Para 61% dos entrevistados as expectativas que tinham no início da profissão em relação ao trabalho médico se concretizaram. No entanto, 22% consideram a concretização apenas parcial, enquanto 17% têm a percepção de que não foram concretizadas suas expectativas.

c) Importância dos títulos de especialista, mestrado e doutorado para o mercado de trabalho

Na opinião de 67% dos profissionais que participaram da pesquisa o fato de ter formação e título de especialista facilitam a inserção e a participação no mercado de trabalho médico, especialmente por se tratar do município de Londrina. Em termos de mestrado e doutorado apenas 34% consideram ser importante ter estes títulos, sobretudo se for para ingressar em carreira acadêmica (docência e pesquisa).

d) A escolha por atuar como médico em Londrina

A escolha por atuar no município de Londrina aparece motivada por diversos fatores, entre os quais se destacam: estar próximo da família (34%), a existência de centros formadores nas áreas da saúde e a possibilidade de constante qualificação profissional (23%), a identificação com a cidade (23%), convite de pessoas conhecidas (17%) e o fato de ter concluído o curso de medicina na Universidade Estadual de Londrina⁴ (17%). Outros motivos também foram mencionados, conforme mostra a tabela 10:

Tabela 10 – Motivos da escolha por atuar como médico em Londrina

Motivo	Total de respostas	%
Para ficar próximo da família	6	34
Existência de centros formadores / Possibilidade de qualificação	4	23
Identificação com a cidade	4	23
Convite de pessoas conhecidas	3	17
Conclusão do curso de medicina na Universidade Estadual de Londrina	3	17
Mercado de trabalho	2	12
Porte da cidade	2	12
Estrutura dos serviços de saúde da cidade	2	12
Expectativas de ter boa remuneração	1	6
Transferência de emprego (de outra cidade para Londrina)	1	6

⁴ A UEL – Universidade Estadual de Londrina é a única instituição que possui o curso de medicina no município. Outras instituições de ensino superior oferecem apenas cursos de pós-graduação em áreas diversas da saúde.

Por ser o único especialista atuando na área (na época)	1	6
Compromisso com a cidade	1	6
Por Londrina ser referência em saúde	1	6
Por ter na família outros médicos que também atuam na cidade	1	6

É interessante observar que o mercado de trabalho e a perspectiva de ter boa remuneração não aparecem como as motivações principais da maioria.

e) Vínculos de trabalho

Uma característica dos médicos de Londrina, e que corresponde também às cidades de maior porte no Brasil, é o fato de manterem diversos vínculos de trabalho. A tabela 11 mostra, entre os entrevistados, a proporção de médicos em cada modalidade de vínculo:

Tabela 11 – Quantidade de médicos por modalidade de vínculo profissional

Modalidade de vínculo	Quantidade	%
Consultório particular / Clínica própria	14	78
Cooperado da Unimed	12	67
Credenciado de outros planos de saúde	8	45
Hospital privado (parte do corpo clínico ou plantonista)	8	45
Prestação de serviços para o SUS (consultório, ambulatório ou hospital)	6	34
Funcionário de serviço público (assalariado)	6	34
Funcionário de serviço privado (assalariado)	4	23
Docente da Universidade Estadual de Londrina (assalariado)	2	12
Prestação de serviços em clínicas de outros médicos	1	6
Filantropia / Trabalho voluntário	1	6

Entre os médicos que possuem consultório ou clínica particular, todos, sem exceção, atendem por algum tipo de convênio (cooperativa e/ou planos de saúde), fato que corresponde à dificuldade de manterem uma clientela unicamente particular, conforme relatado por alguns dos entrevistados.

Quanto ao vínculo com a cooperativa, um dado interessante levantado na pesquisa é que em Londrina há grande dificuldade de se tornar um

médico cooperado. Segundo um dos entrevistados (E3) o processo para se vincular à Unimed requer algumas etapas, entre as quais a aceitação do “novo” profissional por parte dos que já atuam na mesma especialidade e o pagamento de uma cota no valor mínimo de R\$ 15 mil reais (que pode ser dividida em parcelas e paga com trabalho). Quanto mais concorrida estiver a especialidade dentro da cooperativa, maior o valor da cota. Em sua fala este entrevistado afirma: *“Prá você entrar na Unimed tem que pagar quinze mil reais [...]. Eu tinha um amigo que até parcelou, pagou em dez vezes de um mil e quinhentos reais. Sorte não ter tido acréscimo. Em dez meses ele teve só uma consulta. Então não compensou. Ele mesmo disse que não compensa”* (E3). Entretanto, para a maioria dos profissionais a cooperativa é imprescindível porque gera clientela para o médico (ver também na parte de resultados que trata das “Cooperativas Médicas”, mais adiante).

Os médicos que trabalham como assalariados representam 67% da amostra, 45% em serviços públicos (municipal ou estadual), já incluindo os docentes da Universidade, e sendo 23% em serviços de saúde privados. Esses dados refletem a tendência (já constatada em outros estudos) ao assalariamento dos médicos no Brasil.

f) Assalariamento dos médicos no Brasil

Ao opinarem sobre essa questão os entrevistados destacaram tanto aspectos positivos quanto negativos do assalariamento dos médicos no Brasil. Entre as respostas relacionadas aos aspectos positivos aparecem a estabilidade e segurança financeira (34%); a garantia de uma remuneração fixa mensal e de direitos trabalhistas (17%); e o salário enquanto uma alternativa para se manter no mercado de trabalho (12%). No entanto, a metade dos entrevistados não consegue identificar nenhum aspecto positivo no assalariamento da categoria.

Um fato interessante é que a maioria das respostas a essa questão diz respeito aos aspectos negativos do assalariamento. Os problemas, segundo os profissionais, compreendem diversos fatores: a renda assalariada tende a ser menor do que as outras formas de remuneração (56%); conduz os médicos à manutenção de diversos vínculos de trabalho para compensar a baixa remuneração (17%); contribui com a piora das condições de trabalho dos médicos (17%); o rendimento é fixo, independentemente da quantidade de pacientes atendidos (12%); perda da

produtividade (12%); perda da autonomia (12%); em centros maiores a remuneração assalariada é baixa devido à concorrência no mercado de trabalho (12%); representa uma forma de desvalorizar a profissão (6%) e é uma forma de exploração entre os próprios médicos, pois há médicos que contratam médicos para trabalharem como assalariados em clínicas ou outros serviços de saúde (6%). Nas falas dos entrevistados é possível observar, portanto, a desaprovação da maioria dos médicos ao processo de assalariamento da profissão em Londrina e no Brasil como um todo.

g) Cooperativas médicas

Para os médicos que participaram da pesquisa as cooperativas médicas exercem um papel positivo junto à categoria, embora identifiquem algumas limitações. Destacam-se os seguintes comentários: ser cooperado é imprescindível para o médico que trabalha como autônomo (34%); a cooperativa gera clientela para o médico (23%); defende os interesses da categoria (23%); é uma alternativa para gerar trabalho médico (12%); atua na regulação do mercado da saúde (12%); promove distribuição de renda entre os cooperados (12%); é uma boa alternativa de saúde para a população (12%); reconhece o cooperado como sócio (6%).

Apesar desses pontos positivos identificados, aparecem críticas à atuação das cooperativas médicas no Brasil: algumas cooperativas restringem/dificultam o acesso de novos médicos (17%); têm uma política de remunerar igualitariamente, desestimulando os profissionais que investem muito (12%); não valorizam o trabalho médico (12%); a remuneração dos serviços médicos é ruim (12%); funcionam segundo regras de mercado, chegando a fazer reserva de mercado em algumas áreas (12%); retira a autonomia dos médicos pela exigência de cumprimento de normas (6%); o investimento para se tornar cooperado é alto em comparação ao baixo retorno financeiro (6%); algumas especialidades e áreas de atuação são prejudicadas em relação a outras (6%); contratam muitos médicos como funcionários (6%).

h) Tecnologias e informática na medicina

Quando questionados sobre o impacto das transformações tecnológicas e da informática na medicina os entrevistados apontam aspectos contraditórios. Por um lado reconhecem como recursos imprescindíveis ou necessários para facilitar o trabalho médico (84%); meios para se aumentar os ganhos financeiros (34%); uma realidade inevitável, da qual os médicos não podem prescindir (28%); contribuem com a melhoria da qualidade de vida e longevidade dos pacientes (17%); aumentam a precisão dos diagnósticos médicos (12%); garantem maior segurança na execução do trabalho (6%); promovem o mercado da saúde privada (6%).

Por outro lado, apesar dessas vantagens, muitas opiniões são negativas em função dos seguintes pontos: as tecnologias e a informatização cada vez maior da medicina aumentam os custos com a saúde, encarecendo os serviços à população (39%); há uma cobrança por parte dos pacientes, que esperam dos médicos a utilização desses recursos (28%); os médicos acabaram se tornando muito dependentes das tecnologias, especialmente às que realizam diagnósticos (23%); os convênios exigem a realização de exames (laboratoriais, imagens, etc) para comprovação de diagnósticos, desvalorizando o diagnóstico clínico feito pelos profissionais (17%); as indústrias farmacêuticas e de equipamentos financiam pesquisas e hiperestimulam o consumo e o uso de suas mercadorias, tanto em relação aos médicos quanto à população em geral (17%); alguns médicos utilizam esses recursos de forma abusiva, sem necessidade (12%); os convênios restringem e dificultam o acesso da população às novas tecnologias, especialmente as de custo elevado (12%); há supervalorização e excesso de utilização de exames para diagnóstico por parte dos profissionais (12%); a mídia em geral pressiona a população para que exijam dos médicos a utilização das novidades (12%); a sociedade em geral se tornou muito dependente de inovações tecnológicas (12%); algumas tecnologias barateiam e desvalorizam o trabalho médico (12%); falta uma visão mais crítica por parte dos próprios médicos em relação a essa questão (12%); muitos médicos não sabem utilizar a informática e outras tecnologias importantes para o seu trabalho (12%); faltam maiores incentivos e investimentos do governo nessas áreas (6%); alguns médicos ganham para solicitar exames e receitar certos medicamentos (6%).

Além disso, os entrevistados apontam algumas ressalvas interessantes: é preciso que os médicos tenham cautela na utilização de certas tecnologias (39%); os profissionais não podem abandonar o contato pessoal no relacionamento médico-paciente (28%); é necessário garantir o diálogo com os pacientes, fazer os exames físicos (12%); a história e o exame clínico dos pacientes têm que ser soberanos aos recursos tecnológicos (12%); existem diferenças entre a medicina baseada em exames e a medicina baseada em evidências (12%); os avanços tecnológicos têm que ser melhor regulamentados (6%); as tecnologias existentes e disponíveis na medicina têm que ser oferecidas à população (6%); é preciso haver sempre o respaldo científico (6%); as tecnologias não vão prescindir do trabalho humano (6%).

i) Exercício de outra profissão além da medicina

Em relação a esta questão, 89% dos profissionais disseram trabalhar somente como médicos, 28% também são administradores de serviço de saúde (17% são proprietários de empresa de saúde e 11% são diretores de serviço médico) e 12% também são docentes do curso de medicina na universidade. Outros 12% não responderam à questão.

j) Desejo de desistir da medicina

Quando questionados sobre o fato de já terem, em algum momento, pensado em desistir da medicina para exercer outra profissão as respostas foram as seguintes: 67% nunca pensaram nesta possibilidade, 27% já pensaram (embora não tenham desistido da medicina), e 6% não responderam.

k) O atual momento da medicina no Brasil

A opinião dos profissionais entrevistados acerca da profissão no Brasil diverge em dois extremos: 50% têm uma visão bastante positiva, a qual se justifica pelo elevado nível de desenvolvimento científico e tecnológico da medicina brasileira; sua equiparação às *“boas medicinas que existem no mundo”* (E4); e a

qualidade da formação médica oferecida nos centros de excelência existentes no país.

Por outro lado, os outros 50% vêem o atual momento da profissão negativamente. Em suas falas aparecem diversos elementos para justificar essa percepção: a dificuldade crescente de se inserir e de se estabelecer no mercado de trabalho devido à oferta cada vez maior de profissionais; a distância entre a medicina privada – ofertada para uma minoria privilegiada da população – e a medicina pública que se vincula ao SUS – Sistema Único de Saúde, onde os recursos são escassos e insuficientes e a medicina é tratada não como assunto técnico, mas como assunto político; a precariedade da medicina na atenção básica à saúde; a falta de união e participação política dos médicos na defesa da profissão; os poucos investimentos e a pouca atuação do governo brasileiro nas questões de saúde; o fato de que os médicos estão trabalhando mais e ganhando menos; a perda da autonomia e da autoridade perante os problemas de saúde dos pacientes; a necessidade de se ampliar os investimentos e recursos para as universidades e as pesquisas.

I) Aumento do número de faculdades de medicina e de profissionais no mercado de trabalho

Esta é uma questão que se relaciona com a ampliação da oferta de vagas de medicina no Brasil nas últimas décadas. Para os entrevistados este fato representa um grande problema para a profissão, pelos seguintes motivos: não contribui com melhores resultados na saúde da população (56%); não contribui com a melhoria das condições de trabalho dos médicos (56%); não contribui com a melhor formação dos médicos (50%); não contribui com a melhoria dos serviços de saúde (50%); diminui a remuneração dos médicos pelo excesso de profissionais no mercado (45%); revela preocupação do governo brasileiro com a quantidade de médicos e não com a qualidade dos mesmos (45%); gera uma concentração de médicos nos grandes centros urbanos e pela ausência de regulamentação uma escassez de profissionais nos estados menos desenvolvidos, municípios do interior e zonas rurais (45%); muitas faculdades de medicina, especialmente privadas, oferecem formação ruim e deficitária (39%); aumenta muito a concorrência entre os próprios médicos (17%); pouca fiscalização e atuação do governo brasileiro na

qualidade dos cursos de medicina (12%); no município de Londrina há excesso de médicos em algumas áreas (12%); os interesses políticos e financeiros se sobrepõem aos técnicos e científicos (12%).

Apesar disso, alguns entrevistados conseguem vislumbrar aspectos positivos para esta questão: a maior oferta de vagas de medicina no Brasil amplia o acesso da população em relação aos cuidados com a saúde (12%); é bom para o sistema público de saúde, especialmente para as prefeituras (6%); é bom para quem compra os serviços médicos, tanto as diversas instâncias do governo (federal, estadual e municipal) quanto a população (6%); alguns resultados na saúde da população ficaram melhores (6%); facilita o acesso das pessoas ao curso de medicina e à profissão (6%).

m) Maior participação de mulheres e de jovens na medicina

Em relação a esta questão as respostas obtidas mostram tanto uma percepção positiva quanto negativa. Por um lado os entrevistados consideram que a maior participação de mulheres e de profissionais jovens na medicina, desde as últimas décadas, contribuiu com a profissão (34%); a mulher, em geral, tem um cuidado diferente com o paciente (17%), os jovens têm mais energia (12%); aumentam as opções de escolha para os pacientes (12%); e em algumas especialidades a mulher pode ser melhor aceita pela clientela (12%).

No entanto, por outro lado, deve ser levado em conta o problema do aumento no número de faculdades e de vagas ofertadas em medicina, fato este que tem prejudicado a formação de qualidade (50%); os profissionais jovens estão preferindo ficar nos grandes centros, o que não soluciona a falta de médicos nas regiões menos desenvolvidas (17%); em algumas especialidades a mulher pode ser menos aceita (12%); no Brasil, as profissões onde há muitas mulheres costumam ser menos valorizadas e remuneradas (12%); as mulheres costumam se sujeitar a salários menores (6%); há maior preocupação com a quantidade do que com a qualidade dos médicos que se formam no Brasil (6%).

Além disso, os entrevistados destacaram o seguinte: o fato de hoje em dia ter mais mulheres e profissionais jovens na medicina não faz diferença, não gera problemas para a profissão (34%); no futuro deverá haver mais mulheres do

que homens na medicina (17%); trata-se de um fenômeno que está ocorrendo também nas demais profissões (12%).

n) Políticas e legislações ligadas à medicina no Brasil

Para 67% dos médicos que participaram da pesquisa as atuais políticas e legislações ligadas à medicina no Brasil têm prejudicado a profissão, especialmente as que são definidas nas instâncias do governo federal, estadual e municipal (políticas públicas). Destacam-se as mudanças ocorridas com a instituição do SUS – Sistema Único de Saúde e a falta de união e de participação da categoria médica na definição de regulamentações que atendam tanto aos seus interesses quanto às necessidades de saúde da população.

Outros 17% consideram que algumas políticas e legislações estão contribuindo com a profissão, sobretudo quando se relacionam com as ações do Conselho Federal de Medicina, Conselhos Regionais de Medicina, Associações Médicas, Sociedades Brasileiras de Especialidades e Cooperativas (17% dos entrevistados não responderam à pergunta).

o) Reconhecimento e valorização dos médicos pela sociedade

Em relação a esta questão a maioria dos entrevistados (73%) considera que, no Brasil, não estão existindo o reconhecimento e a valorização do trabalho médico. As explicações são diversas: não se valorizam os médicos que trabalham na saúde pública; houve uma diminuição do reconhecimento e da valorização da profissão nos últimos anos; há muito desrespeito pelos médicos; existem outras profissões que são mais valorizadas que a medicina; os riscos de processos judiciais contra os médicos têm aumentado no Brasil; a população desconfia da qualidade do trabalho médico devido ao aumento do acesso às informações e à mídia; a medicina está mercantilizada; os convênios e as cooperativas pagam cada vez menos pelos serviços; a remuneração do trabalho médico diminuiu muito nos últimos anos; na medicina, como em qualquer outra profissão, há muitos profissionais mal qualificados; somente são valorizados os médicos que possuem fama e renome no mercado; os pacientes não se vinculam mais ao médicos, mas sim aos convênios; a população em geral acha que os

médicos têm a obrigação de atender os pacientes, bem como estar disponíveis o tempo todo para o trabalho.

Apesar da percepção negativa da maioria, outros 39% conseguem identificar aspectos positivos na questão da valorização e do reconhecimento da profissão no Brasil. Segundo estes entrevistados, mesmo a sociedade valorizando mais os médicos que trabalham na saúde privada, os bons profissionais serão sempre bem reconhecidos. Também destacam que os médicos especialistas são mais valorizados que os generalistas, e que o respeito pela profissão ainda existe, tendo se perdido o status que anteriormente existia na profissão.

p) Perspectivas futuras para a profissão

Esta questão não foi respondida por 23% dos entrevistados. Entre os que responderam, 50% afirmam que a profissão de médico no Brasil tende a piorar no futuro, sobretudo devido ao excesso de “mão-de-obra” ofertada; o aumento crescente de ações judiciais contra os médicos; a ausência de políticas públicas que garantam a qualidade dos serviços prestados à população e as condições de trabalho dos médicos; o sucateamento de unidades básicas de saúde e hospitais que atendem pelo Sistema Único de Saúde; e a corrupção existente nos órgãos governamentais, que desviam recursos da saúde.

Outros 28% acreditam que no futuro a profissão tende a melhorar, mas isto depende do estabelecimento de boas políticas de saúde; da constante especialização e estudos por parte dos médicos; da união e organização dos órgãos ligados à medicina e da população em geral na defesa de seus interesses.

q) Considerações gerais

Ao final das entrevistas os médicos puderam fazer comentários adicionais, a fim de poder complementar suas respostas às questões formuladas, e também para que pudessem expressar livremente suas opiniões sobre o trabalho médico no Brasil e em Londrina.

A maioria afirma estar satisfeita com a profissão (56%), sobretudo porque se trata de uma profissão que permite ajudar outras pessoas, e pelo fato de

não faltar emprego e oportunidades de trabalho para os médicos. No entanto, contraditoriamente, 12% se dizem insatisfeitos.

Diversos problemas aparecem em destaque nesta questão: a remuneração do trabalho médico é ruim; os médicos precisam trabalhar muito e ter vários vínculos de trabalho para compensar a má remuneração; é uma profissão muito sujeita a ações judiciais; o trabalho médico é pouco valorizado; há necessidade de se rever e melhorar as políticas de saúde; é um trabalho cansativo e desgastante; perdeu-se a autonomia; é uma profissão que está a serviço do capitalismo, portanto submetida às leis de mercado; falta maior união entre a categoria; a medicina, enquanto profissão, está piorando a cada dia no Brasil, inclusive em Londrina.

Também aparecem outros dois pontos interessantes a serem observados: os médicos têm que se dedicar exclusivamente à medicina; o dinheiro não pode ser o objetivo maior do médico.

5 ASSALARIAMENTO E PROLETARIZAÇÃO NA MEDICINA

Ao longo do século vinte a categoria médica brasileira procurou assegurar a existência de um amplo mercado de trabalho. Com o apoio do Estado, através de políticas e recursos para a saúde, constituíram-se diversas possibilidades de atuação profissional, que se dividem em três grandes grupos de prestação de serviços: a) o trabalho em consultório ou clínica, cuja principal característica seria a atividade autônoma (ou liberal), atendendo a uma clientela particular e/ou proveniente de convênios, destacando-se a vinculação aos planos de saúde (cooperativas e demais operadoras de saúde suplementar); b) o trabalho no setor privado, que se vincula a empresas com ou sem finalidade lucrativa (como hospitais, clínicas, organizações diversas), através de vínculo assalariado ou por contrato de prestação de serviços; e c) o trabalho nos setores públicos, seja em nível federal, estadual ou municipal, atuando com a população usuária do SUS (Sistema Único de Saúde), podendo os médicos serem assalariados concursados, assalariados contratados ou remunerados por serviços prestados.

Em estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ – publicado com o título *Perfil dos Médicos no Brasil*, em 1996, esta questão surge como um dos principais aspectos da medicina brasileira contemporânea, destacando-se a crescente tendência ao assalariamento (MACHADO, 1996).

Em trabalho posterior, comentando este mesmo estudo, Machado (1999, p.115) afirma que “o assalariamento, no setor público ou privado, é uma modalidade consolidada e representa hoje a mais importante forma de inserção no mercado de serviços médicos”.

De acordo com essa pesquisa, na década de noventa o Brasil contava com 75% dos médicos atuando como autônomos, em consultórios ou clínicas, 70% trabalhando na saúde pública e 60% na saúde privada. Estes percentuais revelam que os médicos, de modo geral, atuam em diversas frentes, combinando as três formas de atividade, e têm algum vínculo assalariado. Diversos outros estudos confirmam essa característica, apontando também para o fato de que cada profissional executa, em média, três atividades concomitantes, ou seja, mantém três vínculos de trabalho diferentes ao mesmo tempo.

Em nossa pesquisa este fato aparece da seguinte forma: 78% possuem consultório ou clínica; 67% são cooperados da Unimed de Londrina; 45% são credenciados de outros planos de saúde; 45% trabalham em hospital privado, fazendo parte do corpo clínico ou sendo plantonistas; 34% prestam serviços para o SUS; 34% são funcionários de serviços públicos, portanto assalariados; 23% são funcionários de serviços privados, também assalariados; 12% são docentes do curso de medicina na Universidade Estadual de Londrina; 6% prestam serviços em clínicas de terceiros; e outros 6% exercem a medicina voluntariamente (filantropia).

Os principais locais de atuação profissional são os hospitais, pronto-socorros, pronto-atendimentos, ambulatórios médicos, centros de saúde, unidades básicas de saúde (postos de saúde), empresas privadas ligadas às áreas da saúde (medicinas de grupo e auto-gestões, por exemplo), consultórios e clínicas.

De acordo com Machado (1999, p.97) apenas 40% dos médicos autônomos são proprietários do consultório ou da clínica onde trabalham (individualmente ou em sociedade com outros profissionais); 30% têm que pagar aluguel; e os 30% restantes se dividem em comodatários de hospitais (utilizam a estrutura hospitalar para realizar suas atividades), trabalham para outros médicos cedendo um percentual da sua produção, sublocam sala para atendimento autônomo, entre outros. Para a autora essa “múltipla inserção do médico no mundo do trabalho não é [...] uma disfunção do mercado, resultado de uma crise econômica, mas conseqüência esperada de seu processo de trabalho” (p.100). Trata-se, portanto, de uma característica peculiar do exercício da medicina nos países capitalistas, que é aceita e defendida pelos próprios profissionais.

Em nosso entendimento, o fato dos médicos brasileiros estarem se vinculando a diversos tipos de trabalho – especialmente o trabalho assalariado – representa uma forma de adaptação necessária às atuais circunstâncias do mercado de trabalho, o qual inviabiliza a manutenção exclusiva da atividade liberal. Não se trata de uma escolha baseada em um ideal, em uma preferência pessoal, mas sim de uma alternativa encontrada diante das inúmeras dificuldades existentes para se conseguir sobreviver na profissão. As condições de trabalho na medicina, como em todas as demais profissões, são dadas socialmente, ou seja, são produzidas na esfera da totalidade social, de acordo com os imperativos do modo de produção capitalista, de tal forma que os médicos não estão conseguindo lutar contra as transformações que tanto afetam sua profissão.

Nossa pesquisa revela que a cada ano aumentam as dificuldades para os médicos se inserirem e se manterem no mercado de trabalho, tendo em vista a quantidade de profissionais jovens que saem todos os anos das inúmeras faculdades de medicina existentes no país (ver o capítulo 7: “Formação em medicina e mercado de trabalho: idealismo X realidade”), fazendo com que haja uma oferta abundante de médicos, principalmente nos centros urbanos. Passa a existir uma concorrência mercadológica entre os médicos, interferindo negativamente em seus ganhos e condições de trabalho. Este “excesso” de profissionais disponíveis no mercado permite aos empregadores do setor da saúde (Estado, cooperativas, empresas em geral) que paguem cada vez menos pelos serviços realizados, e com isto diminui progressivamente o valor da remuneração médica no Brasil, bem como pioram as condições de trabalho oferecidas (sejam elas no serviço público ou no privado).

Diante deste contexto, os profissionais acabam buscando diversos vínculos de trabalho para conseguir manter um determinado padrão de renda, e o emprego assalariado representa, dentre todas as opções de vínculo, a fonte mais “segura”, com a qual garantem direitos trabalhistas e uma entrada de dinheiro relativamente estável todo mês.

O trabalho assalariado entre a categoria médica é maior nos serviços públicos, que oferecem vagas para suprir demandas de saúde custeadas pelo SUS – Sistema Único de Saúde. Destacam-se, neste caso, a crescente oferta de vagas nas prefeituras para as áreas básicas de clínica geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria, medicina de família e saúde coletiva.

Na iniciativa privada também há oferta de vagas para médicos, com contratos de trabalho assalariados. Nestes casos, quando o trabalho é realizado para empresas com finalidades lucrativas, o serviço médico se proletariza, o que pode ser pensado à luz de Marx e de outros autores que defendem esta tese, como Oliveira (2000) e Bertero (2002):

Oliveira (2000) entende que a ampliação do assalariamento nos diversos setores privados, bem como nos serviços – incluindo-se os serviços médicos – que operam no mercado com objetivo de lucro, reflete um movimento de proletarização generalizada que vem atingindo profissões tradicionalmente não produtivas, uma vez que estas se encontram submetidas aos mecanismos neoliberais, a serviço da valorização do capital. Como conseqüência, aumentam-se

as jornadas de trabalho (muitas vezes de modo disfarçado), a tal ponto que muitos trabalhadores têm que ficar “24 horas por dia” (p.16) conectados à empresa, como é o caso dos médicos que fazem plantões à distância ou que têm que utilizar celulares ou *paggers* durante todo o tempo, e reduzem-se progressivamente os valores salariais.

Para Bertero (2002), a proletarização entre os médicos decorre, de fato, do crescimento do trabalho assalariado e da generalização do modelo industrial-produtivo que atingiu os demais setores da economia, quando “as relações de trabalho são mediadas pelo capital” (p.16). Na medicina, o profissional participa da divisão social do trabalho, pois depende de outros trabalhadores da sociedade (trabalho coletivo, especializado, abstrato), e contribui com a valorização do capital à medida que se vincula aos interesses da iniciativa privada – neste caso leia-se interesses de lucro, que é o caso das empresas de serviços médicos e de saúde (cooperativas, seguradoras, medicinas de grupo, etc), e das grandes indústrias de equipamentos e medicamentos.

O conceito de proletário, com base na obra de Marx (1984, p.714) refere-se ao trabalhador “que produz e expande o capital e é lançado à rua logo que se torna supérfluo”, ou seja, que “esteja a serviço do capital e que seja produtivo [...] capaz de gerar mais-valia” (BERTERO, 2002, p.2). O trabalhador proletário faz parte do trabalho coletivo, social, abstrato, que contribui diretamente com a acumulação capitalista e, conseqüentemente, com a divisão de classes da sociedade.

Na fala de alguns médicos entrevistados em nossa pesquisa essa questão surge da seguinte forma: “Hoje o mundo mudou e a medicina é uma profissão como qualquer outra” (E14); “O que nós temos que pensar é como o sistema funciona. Nós médicos somos uma parte dessa engrenagem, e nós estamos no meio, algo que está sendo massacrado. Pra grande maioria está difícil” (E11); “Ele (o médico) é obrigado a trabalhar muito, a trabalhar bastante, pra se manter [...]. O trabalho é bom, mas não é bem remunerado [...]. A média não tem uma remuneração tão boa quanto a população imagina” (E12); “O sujeito ganha mal e ele encontra um meio de sobrevivência [...]. Nas grandes cidades a gente ouvia falar que o sujeito tinha três, quatro empregos. Não está diferente em Londrina. Londrina hoje é igual” (E16); “Acho que tem que ter muito amor pela profissão, mas também tem que sobreviver [...]. Esse encanto que a profissão aparentemente dá, ele quebra na remuneração, na realidade” (E17)

Bertero (2002) afirma que

A não ser para os apologistas, acumulação e serviços não são incompatíveis [...]. Tão impropriedade quanto o argumento em prol da sociedade pós-industrial é o de que os serviços constituem formas superiores ou libertárias de trabalho. Ao contrário, eles se submetem, em escala crescente, aos ditames do capital e não raramente a uma exploração abusiva do trabalho que neles se exerce. (BERTERO, 2002, p.16-17).

No caso das cooperativas e dos planos de saúde privados que têm finalidade lucrativa, por exemplo, o pagamento dos médicos é feito com base em tabelas pré-acordadas com o Conselho Federal de Medicina, Associações Médicas e instituições do governo que atuam no sentido de regular o mercado da saúde privada, mas não satisfazem os interesses da categoria profissional; estas tabelas restringem as possibilidades de uma ampla remuneração para os médicos, porque visam lucratividade para as empresas.

Mesmo não representando um assalariamento propriamente dito, o vínculo com cooperativas e com convênios é uma forma de pagamento que se baseia na exploração da força de trabalho dos médicos, o que pode ser verificado nos comentários de alguns entrevistados: “Os convênios estão querendo pagar cada vez menos, e as próprias cooperativas estão pagando mal” (E7); “O paciente não é mais do médico. Ele é do convênio [...]. Eles têm um vínculo com o convênio. Se você parar de atender aquele convênio, aquela massa de clientes para de frequentar seu consultório e vai procurar outro médico” (E18); Hoje realmente a gente precisa ter vários convênios [...] A medicina particular inexistente, praticamente. É uma parcela muito pequena que paga particular [...] Então a medicina se pauta hoje pelos convênios” (E8); “Hoje, praticamente, o médico está nas mãos de convênios. Não tem mais paciente particular, é muito raro. E cada vez mais, então, você fica submetido a essas determinadas regras estabelecidas pelos convênios, e o médico se sente nas mãos deles. E, além disso, o médico procura a segurança de manter um salário, recorre a concursos públicos, às vezes até privados, pra manter um fixo, pra ele se manter, ter uma coisa segura. E depois ele faz algumas outras atividades autônomas pra complementar a sua renda” (E2); “Não compensa hoje em dia o consultório particular [...] A grande maioria de pacientes tem convênios, e convênio paga pouco. O paciente particular, hoje em dia, é uma coisa rara” (E3); “Trabalhar

por convênios também é ser assalariado” (E11); “A cooperativa surgiu como uma alternativa em que você teria o consenso médico. É uma cooperativa de trabalho para garantir a valorização do trabalho médico. O problema das cooperativas é que, pela própria sobrevivência, têm que entrar nas regras de mercado [...]. Funcionam como uma empresa” (E11); “As cooperativas têm a capacidade de lutar pelos médicos, por um lado, e por outro faz-se um achatamento do ganho do médico, chegando próximo ao SUS [...]. No fim você não ganha aquilo que é esperado [...]. Vão oferecendo planos que depois, às vezes, não têm condições de cumprir” (E17).

Os médicos, organizados através das Associações Médicas e Sindicatos, e com o apoio dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, têm procurado lutar contra os valores pagos aos seus serviços pelas empresas operadoras de saúde (planos de saúde), tentando garantir um certo controle sobre as políticas de remuneração. Contudo, as regras de mercado se impõem e acabam vencendo a categoria, pois os elevados custos dos exames e procedimentos ofertados pelos planos de saúde à clientela têm que ser compensados por meio de um menor valor das consultas. A remuneração da força de trabalho é, portanto, desvalorizada em função da incorporação de recursos tecnológicos sofisticados e caros (ver capítulo 6 – Incorporação de Tecnologias e Perda da Autonomia Profissional).

Mas essa deterioração não se revela apenas nas condições de trabalho. Os médicos agora enfrentam prejuízos também em suas condições de vida. Na medicina costuma-se enfrentar longas jornadas de trabalho no dia-a-dia, chegando a totalizar doze a quinze horas diárias de atividade que, na maioria dos casos, se dividem em vários vínculos como já foi exposto anteriormente. Esse ritmo intenso provoca em muitos médicos um desgaste tal que os atinge tanto física quanto mentalmente, principalmente quando não dispõem de autonomia para realizar o que julgam necessário aos seus pacientes. É comum encontrar médicos descuidando da própria saúde, abdicando do lazer e do descanso, dedicando pouco tempo à família, adquirindo vícios (cigarro e álcool são bastante comuns entre a categoria), desenvolvendo estresse e adoecendo (MACHADO, 1999, p.163-186).

Além disso, os médicos se dedicam a cuidar da saúde e da vida das outras pessoas assumindo para si grande parcela de responsabilidade em relação à assistência, como pode ser observado nas palavras de Machado (1999):

Treinados e acostumados a salvar vidas a qualquer custo, a estar disponíveis e aptos ao ofício a qualquer hora do dia – é bom lembrar que a omissão de socorro, segundo o Código de Ética Médica, é delito ético grave, passível de punição com perda do direito do exercício profissional – , os médicos acabam se tornando, na prática, “guardiões da vida”. Estas são premissas sociológicas importantes para compreender o que se passa no cotidiano desse profissional, compreender seus dilemas, suas angústias e um certo “sentimento de incapacidade” frente às adversidades (MACHADO, 1999, p.168)

Esse desgaste relacionado ao exercício profissional parece acometer com maior intensidade os médicos que ainda se encontram em posição de ter que se firmar no mercado de trabalho, principalmente os mais jovens, que acabam se submetendo a vários vínculos, condições de trabalho muitas vezes precárias, como a falta de recursos e a má remuneração, jornada excessiva, inclusive nos finais de semana e feriados (plantões, pronto-atendimentos, pronto-socorros, etc). Isso, conseqüentemente, repercute na qualidade de seu trabalho, o que torna muitos profissionais insatisfeitos e frustrados com o exercício profissional, como se observa entre os entrevistados de nossa pesquisa.

Tais condições acabam levando os médicos a estabelecerem um padrão de atendimento baseado na agilidade, na maximização do seu tempo de trabalho, o que impacta negativamente na relação médico-paciente. Nossa pesquisa revela que nas consultas os médicos assalariados chegam a atender pacientes em vinte, quinze, dez e até mesmo 5 minutos, dependendo do caso, e não é porque querem que seja assim, mas porque são obrigados a dar conta da demanda existente conforme as determinações de seu contrato de trabalho, especialmente quando trabalham no serviço público e em algumas empresas de saúde.

Significa que os profissionais estão racionalizando seu processo de trabalho a tal ponto que é possível encontrar médicos realizando atendimentos de forma semelhante à linha de produção fabril, onde o ritmo e a agilidade são pré-requisitos essenciais. Em alguns consultórios de ginecologia, por exemplo, as pacientes são colocadas em salas separadas e os médicos vão atendendo uma após outra, sem que haja condições de dedicar maior tempo aos atendimentos. A relação médico-paciente se torna, portanto, muito mais objetiva e racionalizada, diferentemente do que ocorria em outras épocas. Por outro lado o nível de desgaste profissional aumenta consideravelmente.

Machado (1999) considera que os médicos apresentam maior ou menor índice de desgaste de acordo com a fase em que se encontram na carreira profissional: a) *fase de iniciação* – em torno de 89% dos médicos que estão começando a carreira (até 29 anos de idade) dizem sentir-se desgastados; b) *fase de afirmação* – cerca de 87% (de 30 a 34 anos) têm a mesma percepção; c) *fase de consolidação* – considerada também como a fase de reconhecimento social (de 35 a 49 anos), apresenta índice de desgaste profissional na faixa de 81%; d) *fase de desaceleração* – quando o ritmo de trabalho começa a diminuir (50 a 59 anos), 70% dos médicos percebem desgaste; e e) *fase de paralização* – período em que se encerra total ou parcialmente as atividades e a carreira médica (acima de 60 anos), quando o ritmo e a intensidade do trabalho são bem menos impactantes ou mesmo ausentes, ainda assim 48% dos profissionais se dizem desgastados (MACHADO, 1999, p. 170).

Os motivos do desgaste profissional, segundo a autora, são: o excesso de trabalho, o fato de manterem diversos vínculos concomitantes durante boa parte da carreira, a baixa remuneração (quando se consideram os anos praticamente ininterruptos de estudo, bem como os investimentos necessários para a formação básica e especializada), as más condições de trabalho (carência de recursos humanos, materiais e financeiros; deficiência estrutural e funcional dos setores ligados à saúde; inadequação das normas e políticas), a elevada responsabilidade atribuída aos médicos nos cuidados com a saúde e a vida das outras pessoas, a área de atuação / especialidade escolhida, a forma como se estabelece o relacionamento com os pacientes (muitas vezes emocional ou conflituoso), as cobranças excessivas da população, e, finalmente, a perda da autonomia profissional. Estes motivos são detalhados pela autora:

a) excesso de trabalho/multiemprego: [...] jornada de trabalho elevada, disponibilidade integral, “24 horas no ar”, dedicação contínua, pouco lazer, pouco contato com a família, “não há hora para parar” etc; b) más condições de trabalho: [...] falta de material, falta de recursos humanos, pessoal não qualificado, trabalho com improvisação, aumento exagerado da demanda devido à socialização da medicina e inadequada alocação de recursos disponíveis, além da escassez de médicos atuando, provocando sobrecarga de trabalho; c) área de atuação/ especialidade: [...] atuar em plantão, emergência, UTI, escolha da especialidade, especificidades da especialidade, necessidade de aperfeiçoamento e estudo contínuo exigido pela função exercida; d) relação médico-paciente: [...] relação de envolvimento emocional com o problema do paciente, impotência/limitação do médico frente às condições de vida precárias do enfermo, exposição a casos em que não possui condições de auxiliar; e) conflito e cobrança da

população: [...] cobranças/julgamento dos pacientes / população geral, trabalho pouco reconhecido, pouco respeitado, marginalizado, manipulação da opinião pública contra o médico, via imprensa; f) perda da autonomia: [...] interferências políticas, questões de políticas de saúde, também através das políticas públicas, conflitos gerenciais, problemas na organização do trabalho, preenchimento de um excessivo número de papeletas de controle, responsabilidade com a burocracia do serviço, e, ainda, por problemas burocráticos. (MACHADO, 1999, p.172)

Diante do exposto, nota-se o elevado nível de sofrimento e de desrealização profissional entre os médicos no Brasil, sobretudo os que são assalariados proletários, por terem que realizar seu trabalho sob a perversa dinâmica do modo de produção capitalista. Nas palavras de Bonelli (1989, p.27) “a distribuição de renda no interior da categoria revela que o médico já não é mais um profissional privilegiado entre outros de formação superior”, considerando-se a queda no nível de renda ao longo das últimas décadas no Brasil, que se associa com o aumento da oferta de profissionais no mercado (pelo aumento no número de vagas e faculdades), o achatamento da clientela nos consultórios e clínicas particulares (ainda que atendendo por convênios e planos de saúde), e com a maior inserção nos vínculos de trabalho assalariados, especialmente no setor privado, quando se explora a força de trabalho do profissional com objetivo de lucro.

Em nossa pesquisa isto aparece nas respostas que abordam o problema da carga excessiva de trabalho, geralmente associada a uma má remuneração e ao sentimento de desvalorização perante a sociedade; as más condições de trabalho, que são consequência dos poucos investimentos no setor; a perda da autonomia, que se relaciona com o aumento de incorporação de tecnologias e substituição da intervenção humana nos exames diagnósticos e em determinados procedimentos terapêuticos; a elevada responsabilização do médico sobre determinados problemas e agravos ocorridos com os pacientes, quando muitas vezes isto ocorre pela deficiência no sistema de atenção à saúde (sobretudo na esfera pública).

Os médicos se queixam de ter que trabalhar sob grande pressão da clientela e do sistema judiciário. A decisão e o procedimento adotado pelo profissional podem ser questionados na justiça, levando-o a ter que responder a um processo ético, por exemplo. O problema é que existem, com freqüência, limitações alheias às suas possibilidades de intervenção, principalmente quando trabalha

submetido a condições impostas por empregadores (empresas, patrões, chefias). A clientela possui maior acesso à informação e aos seus direitos, mas nem sempre os médicos dispõem dos meios e recursos adequados para prestar o atendimento conforme o preconizado.

Destaca-se também a má qualidade de vida dos médicos devido às exigências próprias da profissão, que comprometem a esfera da vida privada, pessoal e familiar, sobretudo quando têm que se submeter a vários vínculos e extensas jornadas diárias de trabalho, tendo em vista a má remuneração da categoria no Brasil.

Sob o modo de produção capitalista os trabalhadores se desgastam porque são cada vez mais explorados enquanto classe despossuída dos meios de produção, como pode ser observado na seguinte fala: “Cansativo, desgastante [...]. Depende muito da especialidade que se trabalha, mas é difícil o médico trabalhar pouco hoje em dia [...]. É muito cansativo, exige muita dedicação” (E5). Sua força de trabalho, sua inteligência e habilidades são postos a serviço do capital promovendo sua acumulação – ainda mais quando os trabalhadores são proletários, como é o caso dos médicos assalariados da iniciativa privada (McKINLAY; ARCHES, 1985).

O trabalho médico, compreendido como parte integrante do trabalho coletivo na sociedade de classes, insere-se no contexto urbano-industrial e torna-se produtivo, ou seja, contribui com a valorização do capital. Por exemplo, diversos estudos realizados no Brasil revelam o problema da “super” concentração de médicos nos centros urbanos, onde há melhores recursos para a assistência à saúde (hospitais, clínicas especializadas, laboratórios, etc) e à formação continuada (universidades e centros formadores), deixando os municípios pequenos e as áreas rurais desprovidos de profissionais. Este fenômeno chamado de “urbanização da medicina”, somado à ampliação de faculdades de medicina privadas no país (incentivadas pelo governo) e ao aumento do número de jovens e de mulheres na profissão, tem favorecido o assalariamento e a proletarização da categoria pela excessiva oferta de mão-de-obra “barata” nessas regiões, como é o caso de Londrina.

O trabalho assalariado é um dos pilares de sustentação do modelo urbano-industrial que se expandiu para todos os setores, inclusive os serviços, como meio de garantir a acumulação capitalista e sua intensificação nos centros urbanos. Segundo Oliveira (s/d), isto ocorre a partir da articulação do Estado com as “grandes

corporações nacionais e internacionais” (OLIVEIRA, s/d, p.150), bem como pela adoção de tecnologias que retiram da classe trabalhadora, em qualquer ponto da divisão social do trabalho, seu controle dos meios de produção. Este é um dos imperativos do capital para o desenvolvimento de suas forças produtivas. É neste contexto, portanto, que se insere a medicina.

Braverman (1974, p.304) é enfático ao dizer que “Quando o trabalhador não oferece seu trabalho diretamente ao usuário de seus efeitos, mas, ao invés, vende-o ao capitalista, que o revende no mercado de bens, temos então o modo de produção capitalista no setor de serviços”, com a substituição do valor de uso pelo valor de troca, e a geração da mais-valia. O capitalismo impõe seu modo de produção sobre os serviços porque não interessa ao sistema se as “mercadorias” provêm das indústrias, o que interessa é quanto o capitalista paga e quanto recebe por elas, e como se dá a relação de trabalho. Ou, em outras palavras:

O que vale para ele (o capitalista) não é determinada forma de trabalho, mas se (o trabalho) foi obtido na rede de relações sociais capitalistas, se o trabalhador que o executa foi transformado em homem pago e se o trabalho assim feito foi transformado em trabalho produtivo – isto é, trabalho que produz lucro para o capital (mais-valia) (BRAVERMAN, 1974, p. 305).

Os profissionais entrevistados em nossa pesquisa reconhecem a existência desses inúmeros problemas que envolvem o trabalho médico na atualidade, os quais se relacionam com o contexto econômico, político e social mais amplo. Compreendem o aumento do assalariamento entre a categoria como resultado da interferência do Estado no setor da saúde, e das mudanças estruturais ocorridas na medicina brasileira ao longo das últimas décadas, entre as quais se destaca a impossibilidade de manutenção do modelo de prática essencialmente liberal.

Outro aspecto observado pelos entrevistados é o fato de que o mercado oferece hoje um número muito maior de profissionais médicos, inclusive jovens e mulheres, o que permite a contratação de força de trabalho (até mesmo especializada) por valores de remuneração cada vez menores – à semelhança do que ocorre em outras profissões, em virtude da ampliação desordenada do número de faculdades de medicina privadas no país, incentivada pelo governo. O fortalecimento dos interesses do capital implica na deterioração do trabalho por meio

da intervenção do Estado, e no Brasil isso se mostra particularmente presente quando se observa a medicina.

O excesso de médicos que se formam anualmente no país; o grande número de profissionais concentrados no mesmo município; a conseqüente baixa remuneração ofertada pelos serviços públicos e privados; a aceitação de vínculos de trabalho que não oferecem condições adequadas para o exercício profissional; a deficiência na formação básica de muitos médicos; e a dificuldade de intervenção dos Conselhos de Medicina e Associações Médicas na resolução desses problemas são algumas das questões apontadas pelos médicos que participaram de nossa pesquisa, revelando a atual situação da categoria no Brasil.

Donnangelo (1975), em estudo realizado na década de 70 sobre o trabalho médico no Brasil, procura demonstrar como a profissão se modificou e se reorganizou em virtude de uma série de transformações ocorridas na sociedade brasileira, como a maior intervenção do Estado na formulação de políticas voltadas à saúde, a participação do país no capitalismo mundial, a migração da grande maioria da população aos centros urbano-industriais, e a adoção de novas práticas e costumes em relação à utilização de serviços médicos no país (procura por especialistas, aumento da demanda para recursos tecnológicos no diagnóstico e tratamento de doenças, novas modalidades de oferta de serviços). E é justamente nesse contexto que o trabalho assalariado emerge como alternativa para os médicos.

O assalariamento dos médicos no Brasil pode ser pensado também como decorrência do empobrecimento da população em geral, visto que a grande maioria das pessoas não tem condições financeiras para pagar honorários particulares aos profissionais, e por isso acaba dependendo de algum tipo de convênio – público ou privado – para conseguir ter acesso aos serviços médicos. Esta situação contribuiu com a criação de formas alternativas de trabalho médico no decorrer das últimas décadas, capazes de “financiar” as demandas existentes (DONNANGELO, 1975, p.76), como é o caso das prefeituras, que contratam médicos por salários fixos ampliando o acesso da população.

Há também as empresas privadas (operadoras de planos de saúde), com ou sem fins lucrativos, que contratam os médicos via prestação de serviços ou assalariamento, buscando reduzir seus elevados gastos. As operadoras de saúde privada, no Brasil, são obrigadas por lei a oferecer aos seus usuários os recursos

diagnósticos e terapêuticos existentes e disponíveis na medicina, que em geral são caros, especialmente quando se trata de tecnologias avançadas e com elevado nível de complexidade. Diante disto essas empresas estabelecem valores reduzidos para pagamento de consultas e de outros serviços médicos (mediante tabelas pré-acordadas com a categoria) quando comparados com os valores que seriam cobrados pelos profissionais se fossem em nível particular. Quando essas empresas optam por contratar os médicos como empregados assalariados acabam também oferecendo uma remuneração que não corresponde às expectativas dos médicos, como foi identificado em nossa pesquisa, mesmo porque os profissionais precisam se submeter às condições existentes no mercado.

Para se compreender o processo de assalariamento do trabalho médico no Brasil é preciso analisar primeiramente o que Donnangelo (1975, p.80) chama de “formas puras de integração no mercado”: a autonomia típica, a propriedade e o assalariamento.

Os médicos autônomos são aqueles que preservam o controle e a posse dos meios de execução do seu trabalho, inclusive tendo a possibilidade de estabelecer os valores a serem cobrados de sua clientela, e quando necessitam utilizar determinados recursos diagnósticos ou hospitalares alugam ou sublocam, por exemplo. A atividade no consultório ou na clínica se configura como a principal fonte de renda desses profissionais. Pode-se dizer que são uma espécie de assalariados de si mesmos ou assalariados dos planos de saúde com os quais trabalham, mas não podem ser considerados aqui médicos proletários, porque neste contexto específico são proprietários dos meios de trabalho (ainda que parcialmente).

Quanto aos médicos que se enquadram na categoria de proprietários estão aqueles que possuem empresas de saúde que atendem pacientes, particulares ou de convênios (privados ou públicos), encaminhados por outros profissionais. Trata-se de uma pequena parcela de médicos que conseguem meios para investir no mercado de saúde, geralmente através de financiamentos e de negócios com outras empresas. É o caso das clínicas especializadas, laboratórios, hospitais privados e as empresas de medicina de grupo, por exemplo.

Um dado importante dessa categoria é que muitos são, também, empregadores, ou seja, “o empresário-médico aparece como empregador de outras categorias ocupacionais e [...] de outros médicos” (DONNANGELO, 1975, p.81). No entanto, a maioria destes médicos parece se enquadrar na categoria de “pequenos

proprietários” (DONNANGELO, 1975, p.118), pelo fato de possuírem empresas pequenas, se comparadas com as grandes indústrias de equipamentos médicos e de produção de medicamentos (laboratórios farmacêuticos).

Neste caso considera-se que estes profissionais são pequenos capitalistas, uma vez que são empresários da medicina, empregadores e proprietários dos meios de produção. No entanto, quando exercem também a função de médicos enquadram-se na categoria de assalariados de si mesmos. Isto reflete uma particularidade do trabalho médico: é possível ser, ao mesmo tempo, um empresário da saúde, um trabalhador autônomo, um trabalhador assalariado, e até mesmo um proletário, caso seu trabalho sirva como meio de remunerar o capital que não lhe pertence.

Os que são assalariados se encontram em situação inversa às anteriores, pois não possuem uma clientela própria, e tampouco a propriedade dos meios de trabalho, de tal forma que sua principal fonte de rendimentos é pela venda de sua força de trabalho, seja na iniciativa privada ou no serviço público. Significa que neste âmbito os médicos perdem totalmente sua autonomia, pois não conseguem manter um controle pleno do processo de trabalho e de suas condições de realização.

O assalariamento consiste na mais importante forma de integração do médico no mercado de trabalho dadas as características atuais do setor de saúde. É preciso acrescentar que os médicos assalariados que atuam em empresas privadas com fins lucrativos tornam-se proletários, trabalhadores produtivos cuja força de trabalho valoriza o capital.

Donnangelo (1975) destaca que:

Essas três categorias aparecem combinadas no mercado. A mais frequente dessas combinações consiste na manutenção pelo profissional de uma área de autonomia “típica” associada a um ou mais empregos. Mas, também, apenas um número reduzido de proprietários encontra-se excluído de situações de assalariamento, e alguns deles mantêm, além do emprego, outra situação de trabalho autônomo (DONNANGELO, 1975, p.82)

O assalariamento, considerado tanto isoladamente quanto combinado com as outras categorias de trabalho e formas de remuneração, representa algo em torno de 82%, segundo a autora (p. 83), confirmando a

importância do trabalho assalariado para os médicos no Brasil. Traduzido para os dias de hoje, deve-se considerar que tal fato é, em grande parte, resultado do aumento de oferta de postos de trabalho em organizações públicas e privadas, onde os médicos recebem remuneração fixa (em alguns contratos pode haver remuneração variável, mas não como o volume principal dos honorários), e atendem os pacientes dentro de um total de horas determinado.

A pesquisa de Donnangelo revela, portanto, o início de uma condição que hoje se encontra muito mais acentuada: a medicina privatizada se desenvolve em larga escala desde os idos dos anos 70, inclusive com incentivos do governo e das grandes indústrias do setor; com isto a oferta de trabalho para os médicos nesse contexto se dá muito mais pelas vias do emprego assalariado, onde se tornam trabalhadores proletários.

De acordo com um dos nossos entrevistados, em Londrina um médico que trabalha para a Prefeitura recebe um salário em torno de R\$ 1.800,00 líquido, para um contrato de trabalho de 20 horas semanais (5 dias por semana), o que totaliza 88 horas por mês. O serviço deverá ser ofertado para uma demanda diária de 4 pacientes a cada 60 minutos, mais 4 urgências (caso ocorram). Totaliza-se, então, uma média de 20 pacientes por dia em 4 horas de trabalho. Este médico atende, portanto, uma média de 100 pacientes por semana, e 440 por mês, no mínimo. Dividindo-se o salário de R\$1.800,00 pelas 88 horas mensais, obtém-se o valor de R\$ 20,46 por hora de trabalho, ou R\$ 4,09 por paciente⁵.

Em concurso recente realizado pela Prefeitura do Município de Londrina, para preenchimento de vagas ao cargo de médico plantonista, o salário-base divulgado foi de R\$ 2.351,00 bruto (mais benefícios), para 96 horas mensais, o que equivale a R\$ 24,49 por hora (Jornal de Londrina, 2006). E como se trata de plantão, pressupõe-se que seja para atender à quantidade de pacientes que estiver presente.

É preciso reconhecer que o assalariamento e a autonomia representam pólos opostos do trabalho médico, ainda que coexistam (ver também o capítulo 6 – Incorporação de Tecnologias e Perda da Autonomia Profissional). E é justamente devido à possibilidade de combinar essas diferentes formas de vínculo

⁵ Este exemplo foi informado por um médico que participou da pesquisa, e que possui um vínculo assalariado com a Prefeitura do Município de Londrina. De acordo com o mesmo as condições contratuais são próximas à exemplificada, em termos de valor salarial líquido e quantidade de pacientes que devem ser atendidos por hora.

no mercado de trabalho que alguns profissionais ainda podem manter um consultório particular. Ou seja, o fato de poder ter uma renda “fixa” por meio do vínculo assalariado é uma alternativa que não pode ser descartada para a grande maioria, inclusive para os médicos que procuram ser também profissionais “autônomos”.

Nossa pesquisa mostra, por exemplo, que a manutenção de um consultório e de uma clientela própria pelo médico é uma realidade cada vez mais rara nos dias de hoje. A grande maioria dos profissionais que se dedicam ao exercício da medicina “liberal” prefere garantir uma renda certa ao final do mês, e para isto dependem da “segurança” de ter ao menos um vínculo assalariado.

Segundo Donnangelo (1975) muitos médicos que se encontram na condição de assalariados (33%) ainda “esperam abandonar seus empregos para dedicar-se exclusivamente ao trabalho autônomo” (p.92), o que reflete o quanto esta condição é idealizada pela categoria. Alguns de nossos entrevistados também afirmam ter esta expectativa.

Entretanto, as evidências de elevada proporção de vínculo empregatício entre os profissionais, mesmo quando combinam com outras formas de vínculo, reforçam o fato de que o assalariamento significa a mais importante forma de inserção e de manutenção dos mesmos no mercado de trabalho, não podendo ser pensado apenas como uma escolha pessoal. Para a maioria, é a remuneração proveniente de salários que possibilita uma maior segurança financeira, e em nossa pesquisa isto aparece claramente.

O mercado de trabalho médico mudou a tal ponto que o profissional não consegue mais sobreviver apenas como autônomo, em seu consultório particular. É preciso vincular-se a convênios, planos de saúde, cooperativa e, quase sempre, a algum contrato de trabalho assalariado, como garantia de obter uma remuneração compatível com suas necessidades, como revela a fala de um dos nossos entrevistados: “A gente percebe o seguinte: que realmente hoje a maior parte dos médicos tem que manter dois, três ou mais vínculos, às vezes empregatícios, pra poder fazer uma certa renda no final do mês” (E18). Esta situação, quando comparada à situação dos demais trabalhadores dos centros urbanos no Brasil, permite considerar que na atualidade, os interesses do capital e sua expansão se impõem a todas as profissões, subordinando-as através do assalariamento (OLIVEIRA, s/d, p.167)

Para Donnangelo (1975) há diversas formas de assalariamento do trabalho médico: salário por tempo de trabalho em todas as situações de emprego; salário por tempo de trabalho em algumas situações de emprego; salário-tarefa em todas as situações; salário-tarefa em algumas situações. Nas duas primeiras categorias enquadram-se os contratos que asseguram remuneração mensal, enquanto que nas demais a remuneração se dá por atividades realizadas (plantões, consultas, procedimentos, etc), tanto em empresas privadas quanto no serviço público. Além disso, aparecem ainda o vínculo empregatício formal, com contrato de trabalho assinado pelas partes (empregador e empregado), e o vínculo informal. De todas essas variações de assalariamento, a mais representativa é a que contempla o contrato formal (CLT ou estatutário), com definição tanto do número de horas trabalhadas no período, quanto do salário pago por mês (DONNANGELO, 1975, p.109-110).

Na pesquisa da autora, a maioria dos médicos no Brasil (44%) mantém três ou mais vínculos de trabalho; outra parcela considerável (30%) possui dois vínculos; e um menor número mantém apenas um vínculo (17%). Em todos esses casos há a combinação do assalariamento com a autonomia. Um pequeno contingente de médicos exerce somente o trabalho autônomo, portanto, sem nenhum vínculo empregatício (8,5%). Nossa pesquisa também encontrou dados parecidos, já que os médicos que trabalham como assalariados representam 69% da amostra, sendo que destes 46% estão vinculados a serviços públicos (municipal ou estadual) e 23% em serviços de saúde privados. Entre os médicos que possuem consultório ou clínica particular, todos, sem exceção, atendem por algum tipo de convênio (cooperativa e/ou planos de saúde), fato que corresponde à dificuldade de manterem uma clientela unicamente particular.

Outra questão que precisa ser considerada é que o trabalho médico no Brasil e suas formas de remuneração, em especial o assalariamento, tem relação direta com o processo de globalização da economia, que repercute diretamente no desenvolvimento tecnológico, informacional e comunicacional entre os países, e na ampliação de suas relações de mercado, com aumento da competitividade internacional (FERRAZ, 1998). Esses fatores interferem diretamente no mercado da saúde dos países capitalistas e, conseqüentemente, na medicina neles praticada:

O fato é que estamos assistindo a uma transformação rápida, confusa e pouco compreendida [...] ou seja, o processo de globalização da saúde. Transformação contraditória, diga-se de passagem: infeliz para aqueles que entendem que assistência à saúde é unicamente um dever do Estado; feliz para aqueles que acreditam que assistência à saúde deve ser mais um serviço no qual o papel do Estado é estar atento às leis de mercado. (FERRAZ, 1998, p. 160)

Em nosso país há uma dissociação entre o setor público e o privado no que tange à assistência à saúde [...]. O sistema público [...] é burocrático e intensamente permeado por interesses políticos clientelistas. Reconhecendo suas limitações, o setor público de forma deliberada vem há alguns anos progressivamente transferindo ao setor privado algumas de suas responsabilidades. Exemplo concreto disso é o crescente mercado de planos e seguros de saúde [...]. Já no setor privado o momento é diferente, pois o mesmo se encontra sob as influências do processo de globalização, tornando-se cada vez mais competitivo. Há o reconhecimento da escassez de recursos, da crescente incorporação tecnológica e da crescente demanda por parte da sociedade por um atendimento mínimo condizente com suas necessidades, bem como com as aspirações de qualidade. (FERRAZ, 1998, p. 169)

Quando se pensa especificamente nos serviços médicos, é preciso considerar que esta nova realidade interfere na formação dos profissionais, no modo como se inserem no mercado de trabalho, na sua maneira de atuar e, finalmente, em sua remuneração. Esse contexto da economia mundial, a qual afeta todos os setores da sociedade, repercute no trabalho médico diretamente, sobretudo quando o médico se assalaria na iniciativa privada, tendo que se adequar às condições de uma relação tipicamente proletária (McKINLAY; ARCHES, 1985).

O Estado, a produção e o mercado são as três instâncias de caráter político-econômico que operam no interior da sociedade redimensionando sua dinâmica geral com a finalidade de assegurar a acumulação capitalista. No entanto, é o trabalho assalariado e a forma como ele se insere nesse contexto que viabiliza a lógica da acumulação. No caso do trabalho médico, esse processo começou a se intensificar nas últimas décadas, com a passagem da atividade exclusivamente liberal para a assalariada.

Até os anos 60 a força de trabalho dos profissionais, caracterizada sobretudo pela inteligência e pela capacidade intelectual, era ofertada, no Brasil, por meio da atividade liberal⁶, quando o pagamento dos serviços realizados era feito

⁶ O trabalho liberal manteve-se forte no Brasil até meados dos anos 60, quando iniciou-se a chamada medicina previdenciária, institucionalizada pelo Estado, e que passou a contratar profissionais de forma assalariada para atender as demandas de saúde dos trabalhadores e seus dependentes (TOMAZI, 1985, p.6)

diretamente pelo usuário dos mesmos (o paciente, em geral através de sua família ou de seu patrão); neste período a relação de troca se restringia ao valor de uso.

Com o passar dos anos esta forma de realização do trabalho médico foi se modificando em virtude das transformações mais amplas da sociedade brasileira, em especial o processo de urbanização e industrialização nos estados economicamente mais desenvolvidos, como decorrência do desenvolvimento das forças produtivas capitalistas. Além disso, iniciou-se um acelerado desenvolvimento científico e tecnológico nas áreas médicas ao longo do século vinte, promovendo uma reorganização nos modos de exercer a prática profissional.

O assalariamento dos médicos pode ser pensado à luz de Marx (1980), para quem o salário, enquanto componente essencial do processo de produção do capital, representa o pagamento em dinheiro realizado pelo proprietário dos meios de produção ao trabalhador que lhe vende sua força de trabalho. Trata-se, portanto, de uma relação que se fundamenta no valor de troca: a mercadoria “dinheiro” é trocada livremente pela mercadoria “capacidade ou força de trabalho”, sendo esta última assim compreendida: “Por força de trabalho ou capacidade de trabalho compreendemos o conjunto das faculdades físicas e mentais, existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda a vez que produz valores-de-uso de qualquer espécie” (MARX, 1980, p.187).

A força de trabalho, seja ela de natureza física ou intelectual, é o único bem que pode ser vendido, no mercado, pelo homem despossuído dos meios de produção, e por isto o salário que lhe é conseqüente representa sua garantia de sobrevivência na sociedade capitalista.

Bertero (1991, p.142-144), baseada no pensamento de Marx, ajuda a compreender que o trabalho assalariado, na sociedade capitalista, obedece a leis gerais, que são: o custo da produção da força de trabalho (subsistência e manutenção do trabalhador); e o tempo de trabalho socialmente necessário para produzir a força de trabalho, de tal forma que o valor que este trabalhador recebe como pagamento corresponde apenas ao que necessita para se manter na sociedade, bem como para manter sua força de trabalho de acordo com as exigências próprias de sua profissão.

Ao se pensar especificamente no trabalho médico, no Brasil, há que se considerar algumas particularidades: os médicos, na grande maioria dos casos, realizam seus serviços mediante diversas formas de pagamento, e não

necessariamente a assalariada, como demonstrado em nossa pesquisa. Ou seja, atuam em consultórios ou clínicas próprias e/ou de terceiros, como autônomos; mantêm vínculo com cooperativa e outros planos de saúde; atendem em hospitais (públicos e/ou privados) como integrantes do corpo clínico ou plantonistas; prestam serviço para o SUS (Sistema Único de Saúde); assalariam-se em instituições públicas e/ou privadas; e chegam a realizar atividades filantrópicas (voluntárias).

Trata-se de um processo histórico, cujos desdobramentos ocorreram à revelia da vontade desses profissionais. Um exemplo disso aparece na pesquisa de Tomazi (1985), realizada no município de Londrina, nos anos oitenta, sobre a passagem da medicina liberal à medicina previdenciária. Segundo a autora, entre os anos de 1960 e 1968 o governo brasileiro passou a intervir na forma de assistência médica oferecida aos trabalhadores e seus familiares, implantando o modelo previdenciário, contratando médicos como assalariados. Uma tentativa fracassada de se opor a esta iniciativa do governo foi organizada por médicos que atendiam no município de Londrina, e que eram vinculados à Associação Médica. O objetivo principal dos mesmos era assegurar algumas condições de exercício profissional que poderiam estar subordinadas às normas da Previdência Social, como a liberdade de escolha do paciente em relação ao “seu” médico de preferência, e uma forma de remuneração por serviços prestados que respeitasse a tabela da Associação Médica (e não mais a tabela preconizada pelo DNPS – Departamento Nacional de Previdência Social), entre outros (TOMAZI, 1985, p. 111). Foi um movimento corporativo em defesa da medicina liberal e privada que não obteve êxito, visto que a própria população local manifestou-se veementemente contra, uma vez que preferiam a “assistência médica gratuita” (TOMAZI, 1985, p.135) proposta pelo Estado⁷.

De acordo com alguns entrevistados de nossa pesquisa, hoje, contraditoriamente, há diversas manifestações da categoria em apoio ao SUS – Sistema Único de Saúde, principalmente no que se refere à proposta da medicina coletiva (socializada, portanto). Na Universidade Estadual de Londrina, por exemplo, há um grupo de médicos (aliados a outras categorias profissionais) que defende

⁷ A institucionalização da Previdência Social é o primeiro passo do governo brasileiro rumo à socialização da medicina e da saúde pública. Em seguida, na década de 80, surge o movimento da Reforma Sanitária ligado a setores da sociedade que defendiam o direito à saúde pública e gratuita a todos os cidadãos brasileiros, sem distinção. Posteriormente, a Constituição Federal de 1988 (cerca de vinte anos depois da implantação do modelo previdenciário), instituiu o SUS – Sistema Único de Saúde, que atualmente emprega inúmeros médicos em todo o país, tanto com vínculos assalariados quanto com contratos de prestação de serviços.

abertamente a instituição de políticas públicas para o acesso irrestrito da população aos serviços de saúde, em especial aos serviços médicos, os quais são custeados pelo Estado (ainda que isto signifique assalariamento e má remuneração).

Também há que se considerar o fato de que a abertura da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, em 1966, promoveu o aumento do número de profissionais disponíveis no mercado de trabalho, como relatou um médico entrevistado por Tomazi:

Vinham chegando novos médicos, recém formados, sem condições de fazer uma clientela imediata, e tinham que se assalariar. Com o crescimento... enquanto era um número restrito de médicos, foi fácil organizar o Movimento, mas depois da Faculdade de Medicina, todo esse pessoal que veio de fora, São Paulo, Curitiba, teve que arranjar uma função [...] na saúde pública ou assalariar-se na Previdência. Daí não houve mais condição, e a AML (Associação Médica de Londrina) não teve mais como resistir (TOMAZI, 1985. p. 143-144)

Este estudo mostra que já nos anos 60 muitos médicos estavam trabalhando como assalariados em Londrina, e o movimento organizado pela Associação Médica não conseguiu se fortalecer politicamente em suas reivindicações liberais devido ao processo histórico em curso, ou seja, o processo de socialização da medicina no Brasil.

A passagem do trabalho médico essencialmente liberal para o assalariado é definida pela categoria como problemática em função de vários aspectos, os quais são levantados em nossa pesquisa. O rendimento assalariado costuma ser menor do que as outras formas de remuneração, o que leva a grande maioria de profissionais a manter diversos vínculos de trabalho para garantir um determinado padrão de renda, fato que reflete uma característica própria do capitalismo. Segundo a concepção marxiana, o valor do salário pago ao trabalhador no modo de produção capitalista não corresponde integralmente ao valor do tempo de trabalho socialmente necessário para que a mercadoria seja produzida, de tal forma que “quanto mais longa a jornada de trabalho [...] tanto mais baixo é o salário” (MARX, 1975, p.632).

A citação acima, de Marx, revela que o trabalhador que vende sua força de trabalho ao proprietário dos meios de produção recebe o equivalente a apenas uma parte do que ele produziu (seja trabalho físico ou intelectual), e o

equivalente à parte restante fica para seu empregador, o capitalista. Entretanto esta equação corresponde somente ao trabalho que se realiza para valorizar o capital, ou seja, para gerar mais valia, que é a base da acumulação capitalista. No trecho a seguir Marx procura sintetizar esta idéia:

A primeira condição da acumulação é o capitalista conseguir vender suas mercadorias e reconverter a maior parte do dinheiro por elas recebido em capital. [...] O capitalista que produz a mais valia, isto é, que extrai diretamente dos trabalhadores trabalho não pago, materializando-o em mercadorias, é quem primeiro se apropria dessa mais valia, mas não é o último proprietário dela. Tem de dividi-la com capitalistas que exercem outras funções no conjunto da produção social [...]. A mais valia se fragmenta assim em diversas partes. Suas frações cabem a diferentes categorias de pessoas, e recebem por isso formas diversas, independentes entre si, como lucro, juros, ganho comercial, renda da terra, etc. [...] Quando ocorre de fato a acumulação é porque o capitalista conseguiu vender a mercadoria produzida e reconverter o dinheiro recebido em capital. (MARX, 1975, p.658).

Na sociedade capitalista, se o trabalhador é livre para escolher que profissão exercerá, e para colocar à venda sua força de trabalho em troca do salário, ele não é livre para decidir em que condições e por qual preço o fará, já que está submetido às regras do mercado (BERTERO, 1991, p. 116). No caso dos médicos, esta situação é evidente nos casos em que ocorre o assalariamento e a proletarização, ainda que mantenha particularidades em relação aos demais trabalhadores, e ainda que seu processo de trabalho seja mais complexo e especializado. Por isto a questão da autonomia no trabalho médico é colocada em questionamento, uma vez que neste contexto os profissionais não são proprietários dos meios de trabalho, nem determinam como o por qual preço realizarão seus serviços (ver capítulo 6 – Incorporação de Tecnologias e Perda da Autonomia Profissional).

A compreensão de Marx acerca do processo de acumulação capitalista e a forma como isto se opera no conjunto da sociedade, em especial a conversão do trabalho não pago em mais valia, permite analisar os diferentes setores produtivos: indústria, comércio e serviços, uma vez que a “produção capitalista é produção de mais valia, produção de capital e de mercadorias; é apropriação de trabalho não pago” (MAFFI, in: MARX, 1985, p. 17), independentemente do tipo de trabalho e do setor ao qual ele pertence. O que determina o caráter produtivo do trabalho é o fato de se realizar sob o imperativo do

capital, de produzir valores de troca com a finalidade de valorizar o capital, por meio do salário e da extração da mais valia. Para Marx “o trabalho assalariado constitui uma condição necessária para a formação do capital e se mantém como premissa necessária e permanente da produção capitalista” (Marx, 1985, p.73), e cada vez mais são incluídas no conceito de trabalho produtivo atividades que antes eram tradicionalmente autônomas ou que não se vinculavam à remuneração do capital.

Ocorre que o processo de produção capitalista avança sobre os diferentes setores da economia, tornando seus trabalhadores também produtivos, como na indústria. Em outra passagem de Marx (1971, p.84) o trabalhador é reconhecido como alguém que deve produzir mercadorias que tenham valor de troca, “qualquer que seja sua forma fenomênica individual e o produto da atividade, qualquer que seja seu caráter particular”, em benefício da manutenção do sistema. Neste sentido, evidencia o caráter histórico, socialmente determinado, que se impõe sobre todas as profissões.

Desta forma, pode-se dizer que o trabalho médico também faz parte do trabalho coletivo, geral, impessoal, historicamente determinado, inserindo-se na divisão social do trabalho enquanto um serviço que, na medida em que é pago (trocado por dinheiro), torna-se mais uma mercadoria no conjunto da sociedade. O fato é que na sociedade capitalista todos os trabalhadores se assemelham, e se igualam na questão de trocar força de trabalho por dinheiro, não importando em qual profissão atuam.

Conforme Bertero (2004, p.42), “os serviços são progressivamente orientados para troca. São, mais e mais, prestados sob a forma de mercadorias, por meio de empresas, cujos trabalhadores são, no geral, assalariados”. Neste caso o trabalhador do setor de serviços, quando empregado assalariado de uma empresa capitalista (privada), vende sua força de trabalho e recebe por ela apenas parte do que produziu, já que a parte excedente se transforma em mais valia para ser reinvestida na produção (máquinas, equipamentos, etc).

A proletarização do trabalho médico pode ser analisada justamente a partir dessa relação de troca entre a força de trabalho do profissional e o salário referente ao vínculo empregatício em organização privada, cujo capital se valoriza para garantir a acumulação por meio da reprodução das relações de classe da sociedade.

É certo que todo proletário é um assalariado, mas nem todo assalariado é um proletário, pois o trabalhador proletário é aquele cujo trabalho é produtivo, gerador de mais-valia para o capitalista, como afirma Marx: “Por proletário só se deve entender economicamente o assalariado que produz e valoriza o capital” (MARX, 1984, p.188). Em relação aos médicos, portanto, somente podem ser considerados proletários aqueles que trabalham para o serviço privado, remunerando o capital com seu trabalho não-pago (mais-valia).

Na pesquisa realizada encontramos os seguintes dados que refletem a proletarização na medicina brasileira: do total de médicos assalariados, 23% mantêm vínculo empregatício com serviços de saúde privados – dados que refletem a tendência (já constatada em outros estudos) ao assalariamento e à proletarização da profissão. Da mesma forma como ocorre com outros trabalhadores proletários, as conseqüências desses vínculos de trabalho são desfavoráveis aos profissionais, desvalorizando-os na sociedade e fazendo com que tenham uma má remuneração (que em geral é fixa). Existe uma impossibilidade de estabelecerem valores salariais mais justos e adequados para atender suas necessidades (inclusive de atualização profissional), o que acaba forçando muitos médicos a manterem outros tipos de vínculo. Além disso, ocorre uma perda da autonomia profissional na escolha e definição das condições e meios de trabalho, pois vêm-se obrigados a praticar a medicina com as normas e recursos que lhes são impostos. Outro ponto importante desta questão é a existência da exploração do trabalho médico por outros médicos empresários da saúde (capitalistas do setor saúde).

Todas essas conseqüências advindas da proletarização do trabalho médico contrariam os princípios fundamentais da medicina de acordo com o Código de Ética Médica (2006), o que pode ser observado nos seguintes artigos:

Art. 3º. – A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

Art. 7º. – O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia [...].

Art. 8º. – O médico não pode, em qualquer circunstância, ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

Art. 9º. – A Medicina não pode, em qualquer circunstância, ser exercida como comércio.

Art. 10º. – O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro [...].

Art. 15º. – O médico deve ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico.

Art. 16º. – Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital, ou instituição pública, ou privada, poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento [...].

O cumprimento do Código de Ética Médica, na prática, não depende apenas dos profissionais, mas também das organizações nas quais atuam, sejam elas de natureza pública ou privada. Porém, é dever do médico denunciar ou recusar determinadas condições de exercício profissional, como pode ser observado no Art. 19º.: “O médico deve ter, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da Instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina”.

Mas a questão que se coloca é a seguinte: como pode o trabalhador médico, submetido a um contrato de trabalho assalariado, impor-se individualmente contra as normas ou *disposições estatutárias e regimentais* que ferem os princípios fundamentais do Código de Ética de sua profissão, sem ser prejudicado, lesado ou mesmo demitido? A resposta a esta questão se torna problemática quando se considera o contrato de trabalho em empresas privadas, que não são obrigadas a manter em seus quadros de pessoal os funcionários que não lhes interessam por qualquer motivo que seja.

Quanto ao assalariamento dos médicos, por exemplo, uma questão identificada como problemática pelos profissionais entrevistados diz respeito ao fato de que os contratos de trabalho assalariados acabam por estabelecer valores de remuneração fixos, relativos a uma determinada carga horária, sendo que nem sempre a quantidade de pacientes a serem atendidos é estipulada, ou seja, os médicos têm que dar conta de atender toda a demanda existente durante o horário de trabalho contratado. Com isto os médicos deixam de ganhar por produtividade, como acontece na atividade autônoma.

O médico que trabalha como assalariado perde a autonomia na relação com o paciente, pois em geral tem que se subordinar a hierarquias, regras e normas do empregador (público ou privado) que nem sempre possibilitam uma tomada de decisão e a adoção de condutas que lhe pareçam mais indicadas para o paciente.

Esse processo de assalariamento crescente entre os médicos deve ser pensado também em relação ao papel do Estado e suas intervenções sobre o setor da saúde, uma vez que a produção da vida social, em todas as suas dimensões, depende de aspectos políticos e econômicos. No Brasil, o Estado intervém por meio do estabelecimento de políticas sociais ligadas à saúde pública, e pela regulamentação das práticas existentes no mercado da saúde privada. De acordo com Tomazi (1986) “o estado é uma dimensão essencial” (p.45) porque viabiliza para o setor um amplo e diversificado mercado de trabalho que atende às demandas existentes e, especialmente, ao modo de produção capitalista: amplia-se o quadro de trabalhadores e formam-se novos proletários através dos empregos assalariados da saúde privada, gerando meios de aumentar o capital existente pela exploração desses trabalhadores (TOMAZI, 1986, p.47). Neste sentido a autora enfatiza que:

Trabalhadores que até então não se sujeitavam ao trabalho assalariado vão sendo criados, produzidos pelo processo de expropriação, levado adiante pelo capital. Diante disso, o trabalhador, para sobreviver, para se reproduzir, passa a depender do salário. Ocorre, no entanto, que o salário não remunera todo o trabalho do trabalhador. Ele remunera apenas parte do tempo de trabalho (TOMAZI, 1986, p.23)

Esta questão apontada pela autora trata das finalidades básicas do Estado no tocante à questão do trabalho – que também se aplicam ao setor da saúde – ou seja, o aumento da taxa de mais valia relativa em função da maior produtividade gerada pelo trabalho assalariado nos setores privados, e o controle político da classe trabalhadora por meio de leis (TOMAZI, 1986, p.51).

Segundo a nossa pesquisa as políticas e legislações ligadas à medicina no Brasil, definidas pelo Estado nas suas três esferas – federal, estadual e municipal – estão prejudicando a profissão devido ao fato de que a saúde tem sido tratada como assunto político e não como assunto técnico. Os recursos financeiros

que deveriam ser destinados ao setor não são repassados adequadamente, inviabilizando uma boa assistência à saúde da população. Além disso, os médicos são legalmente obrigados a prestar assistência ao paciente, embora nem sempre disponham das condições de trabalho necessárias para o correto desempenho de seu trabalho conforme preconizam os órgãos competentes (Conselho Federal de Medicina, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, entre outros), pois, caso contrário, podem responder judicialmente por omissão de socorro.

Todas as questões apontadas neste capítulo mostram a importância de se compreender a crescente tendência ao assalariamento e a proletarização da profissão em função da atual dinâmica capitalista. A seguir serão tratados alguns aspectos relacionados à incorporação de tecnologias e sua relação com a perda da autonomia profissional, pela substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto⁸, e pela perda gradual do controle do processo de trabalho, bem como a questão da formação em medicina diante do atual contexto da profissão na sociedade de classes.

⁸ De acordo com o pensamento de base marxiana, o trabalho é compreendido enquanto dimensão da coletividade, e portador de finalidades (valores de uso e de valores de troca) para satisfação das necessidades humanas – necessidades essas que são construídas socialmente. A concretização do trabalho se dá através da força de trabalho humana, sendo que esta pode se apresentar de duas formas: trabalho vivo ou trabalho morto. O trabalho vivo representa a ação humana imediata, individual, enquanto que o trabalho morto significa a produção realizada pelas máquinas e pelos equipamentos anteriormente produzidos pelos homens.

6 INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS E PERDA DA AUTONOMIA PROFISSIONAL

Diversos estudos apontam para o fato de que o desenvolvimento e a adoção de tecnologia nas diversas áreas e especialidades da medicina é um fato de tamanha relevância que qualquer projeto de pesquisa que pretenda investigar o trabalho médico não poderia desconsiderá-lo.

O setor de serviços, tendo como base o modelo da indústria, passou a incorporar tecnologias, maquinarias e modelos de processo de trabalho que subordinam o trabalho humano, promovendo o que Marx chama de subsunção real do trabalho ao capital (BERTERO, 2004). Além disso, o setor de serviços se converteu em ramo da indústria, como pode ser observado na medicina. Todo o processo de trabalho médico na atualidade é realizado sob a influência direta das indústrias farmacêutica e de equipamentos, o que também é revelado em nossa pesquisa.

De acordo com os médicos que participaram de nossa pesquisa, a crescente incorporação de tecnologias na medicina (equipamentos, informatização, medicamentos e técnicas de diagnóstico e tratamento) aumenta os custos com a saúde, encarecendo os serviços. Entretanto, os pacientes esperam dos médicos a utilização desses recursos, a despeito de tornarem os serviços de saúde mais caros, o que leva os profissionais a adotarem-nos como prática cotidiana. Segundo os entrevistados, existem médicos que utilizam esses recursos de forma abusiva, sem necessidade, porque agregam valor ao seu trabalho, levando a uma supervalorização e excesso de utilização de exames para o diagnóstico das doenças, bem como de procedimentos terapêuticos.

Outra questão apontada é que diante desse contexto os profissionais acabam se tornando muito dependentes das tecnologias, ainda mais porque as indústrias que produzem medicamentos e equipamentos para o setor hiperestimulam o uso e o consumo de suas mercadorias, tanto pelos médicos quanto pela população em geral. A mídia também exerce um papel fundamental, através de propagandas e programas, promovendo uma pressão sobre a sociedade em relação à importância das novidades ligadas ao setor de saúde e de estética,

criando um padrão de comportamento semelhante ao dos consumidores de outras mercadorias produzidas pela indústria em geral.

Surge ainda o problema de que algumas tecnologias existentes na medicina barateiam e desvalorizam o trabalho médico, na medida em que menosprezam o trabalho clínico realizado pelos profissionais (o qual requer amplo conhecimento, habilidade e perícia). Para os médicos entrevistados, falta uma visão mais crítica por parte dos profissionais em relação a essa questão, chegando-se ao ponto de que alguns médicos, financiados pelas empresas do setor, beneficiam-se com uma série de vantagens por solicitar exames e receitar certos medicamentos.

Essa tendência (entre outras) na medicina mundial responde a uma demanda mercadológica, que resulta tanto do desenvolvimento científico e tecnológico, quanto das reformas políticas e econômicas iniciadas nas últimas décadas do século 20, que se propõem a otimizar os serviços ineficientes e pouco resolutivos da atenção médica (VAN de VEN, 1998). Para Medici (1999, p.99), a superespecialização dos serviços médicos e a crescente utilização de equipamentos, exames, medicamentos e recursos terapêuticos pelos profissionais se dá “en función de la red de intereses económicos, corporativos y políticos que se establece”.

No modo de produção capitalista, o uso das tecnologias e da maquinaria em geral, em qualquer setor da economia, é racional, sistemático e programado, seja no sentido de modificar a relação homem-máquina, invertendo seus papéis, ou no sentido de promover o amplo consumo das mercadorias pela sociedade. Ocorre que as máquinas passam a deter um poder enorme sobre os homens, controlando sua vida e seu trabalho.

Toda a produção da vida humana, cuja base é o trabalho, está subordinada ao domínio das tecnologias e das máquinas, incluindo-se, portanto, a medicina. A fala de Napoleoni (1976) sintetiza esta idéia:

O sea la máquina, o un sistema automático de máquinas, es el punto de partida, o el lado activo, del proceso y de la relación. Este sistema de máquinas actúa sobre el objeto, o sea sobre la naturaleza, y la relación de las máquinas con la naturaleza es mediada por el obrero. De modo que el obrero, que primero estaba en posición inicial o activa, ahora se encuentra en posición intermedia y por lo tanto instrumental [...] En otros términos, la misma esencia de la tecnología capitalista está en lo siguiente: que es trastocada la relación entre el trabajo y el instrumento; mientras inicialmente el instrumento es precisamente instrumento propiamente dicho, y en consecuencia establece la relación entre el trabajo el y la naturaleza, ahora

es exactamente al contrario; es el trabajo el que es el instrumento y por lo tanto el término de mediación a través del cual el sistema de máquinas – que ya no está en posición de instrumento – tiene contacto con la cosa, con el objeto trabajado, con el proceso. En este sentido, por lo tanto, el capital interviene para operar una modificación (NAPOLEONI, 1976, p.107)

Mas, em relação à medicina, os inúmeros autores divergem em suas concepções acerca do papel das novas tecnologias e da maquinaria a ela aplicadas. Alguns, como Hogarth e Sabbatini (1998), se mostram extremamente favoráveis à incorporação das chamadas tecnologias de ponta nas diversas áreas do trabalho médico – desde as áreas básicas, como a clínica, até às áreas mais especializadas. Segundo estes autores a medicina do século 21 se depara com uma nova realidade, e diante dela se impõe a necessidade de uma ampla reformulação nos modos de executar a assistência médica, especialmente no que se refere à adoção das tecnologias da informação, fruto do “dramático progresso verificado na disseminação de informação e nas tecnologias de comunicação através da internet e das redes de computadores” (HOGARTH; SABBATINI, 1998, p.3).

Os autores dão alguns exemplos do que já existe à disposição dos médicos: o prontuário informatizado ou registro médico eletrônico, que apresenta “muitas vantagens em relação ao de papel, ao facilitar enormemente as funções de busca, recuperação e análise de dados clínicos” (HOGARTH; SABBATINI, 1998, p.3), sobretudo se aliado aos recursos multimídia “de fácil aprendizado e utilização” (HOGARTH; SABBATINI, 1998, p.3) e às tecnologias da chamada Inteligência Artificial, que – bem definido – trata-se do “campo da informática que desenvolve sistemas capazes de raciocinar de forma semelhante ao ser humano” (HOGARTH; SABBATINI, 1998, p.3); outra versão já existente desses prontuários se apresenta no formato de bolso, ou “*smart cards*”, cartões considerados inteligentes e que “podem armazenar até 1.000 páginas de informação” (HOGARTH; SABBATINI, 1998, p.4) sobre o paciente; a pesquisa clínica, as auditorias médicas e a comunicação entre os centros de estudo e intervenção em saúde também se tornam mais facilitadas quando os dados referentes aos registros médicos se encontram disponíveis no computador e/ou em rede; exames digitais, como a radiografia, ou a telemedicina, que adotam “padrões mundiais de comunicação digital para imagens médicas” (HOGARTH; SABBATINI, 1998, p.5) já estão sendo adotados em diversos hospitais, o que permitirá, em um futuro próximo, uma rápida comunicação acerca dos

resultados entre os médicos de diferentes centros e de diferentes regiões do globo; a medicina virtual está em franco desenvolvimento nos Estados Unidos, em especial na NASA, onde imagens poderão ser projetadas de forma tridimensional (telepresença); a robótica médica, que “consiste na aplicação dos robôs mecânicos em cirurgias” (HOGARTH; SABBATINI, 1998, p.6), que avança a fim de tornar este tipo de procedimento “mais preciso e seguro” (HOGARTH; SABBATINI, 1998, p.6) em relação ao trabalho executado pelo homem; o ciberespaço médico, que se refere à toda gama de publicações científicas da medicina já disponíveis em rede, entre outros.

Estes autores chegam a fazer alguns alertas aos profissionais médicos:

Existem vários obstáculos [...]. O principal deles é de natureza humana: para substituir inteiramente o papel pelo computador é preciso ocorrer uma verdadeira revolução cultural no ambiente profissional e na cabeça dos médicos [...] que devem passar a ser usuários diretos do computador e responsáveis pela informação que será colocada maciçamente lá dentro (HOGARTH; SABBATINI, 1998, p.4)

A educação médica mudará tremendamente, habilitando a todos os médicos a compartilharem seus recursos de informação em torno do globo terrestre. A diferença entre vida ou morte poderá ficar dependente desses breves pulsos de eletricidade e luz através das supervias eletrônicas da informação. No contexto médico, a informatização é um negócio muito sério e importante. No próximo milênio, o computador e as redes de comunicação serão uma parte integrante de sua vida profissional, tanto quanto o estetoscópio (HOGARTH; SABBATINI, 1998, p.7)

No anúncio do workshop “Tecnologia da informação em saúde: custo, benefício ou só um mal necessário?”, realizado em Curitiba, em setembro de 2004, a preocupação dos organizadores do evento foi mostrar que todos os esforços e investimentos nessa área compensam. Propunham-se discutir com os profissionais, administradores e empresários do setor o atual cenário sobre o uso das tecnologias da informação aplicadas à saúde no Brasil, a adoção de prontuários eletrônicos, a importância da ampliação do uso dessas tecnologias nos hospitais brasileiros, e a necessidade de se investir mais intensamente nessa área. O palestrante do workshop foi um engenheiro eletrônico, PhD. em imagens médicas, professor de renomadas universidades brasileiras, e presidente da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (GESTÃO EM SAÚDE, 2004).

O Conselho Federal de Medicina, juntamente com os Conselhos Regionais, estão debatendo amplamente o uso da internet na educação médica continuada. O ensino à distância é defendido por esses órgãos, como pode ser observado na seguinte passagem:

Estamos desenvolvendo um projeto inovador de educação médica, com uso da internet, e que até o final do ano (2006) pode se transformar numa ferramenta utilíssima ao profissional, sobretudo àqueles que atuam fora dos grandes centros e encontram sérias dificuldades em atualizar seus conhecimentos (CRM/PR, 2006, p.2)

Outros autores preferem pensar com cautela as conseqüências advindas desse processo, em especial a superespecialização, a tecnificação e a adoção generalizada das tecnologias de informação na área da saúde. Quando se analisam as conseqüências para o trabalho médico, é notória a forma como se procura cada vez mais substituir a força de trabalho humana, as capacidades intelectuais e relacionais dos médicos, pelos instrumentos, técnicas e recursos de “última geração”. Além disso, o saber médico e sua autonomia frente ao paciente vão sendo expropriados, porque se retira a base intersubjetiva da relação.

Todo esse processo de incorporação de máquinas e tecnologias no processo de trabalho médico e seus desdobramentos na prática profissional se explica em função do movimento próprio do capital, o qual pode ser observado em todos os setores da economia (Bertero, 2004). Sob a perspectiva da sociologia marxiana, o modo de produção capitalista é “essencialmente processo de valorização, é processo de domínio do trabalho morto sobre o trabalho vivo, do trabalho passado sobre o trabalho presente, do trabalho já objetivado sobre o trabalho que está apenas em processo de objetivação” (NAPOLEONI, 1981, p.47).

Significa dizer que a maquinaria, que é o trabalho morto objetivado (trabalho passado), determina a maneira como o ser humano deve colocar em ação sua força de trabalho, que representa o trabalho vivo (trabalho presente) para que seja valorizado o capital que pertence ao proprietário da maquinaria – o capitalista.

Em outras palavras, o médico vende sua força de trabalho executando o trabalho vivo por meio de seus conhecimentos, habilidades e perícia, mas depende de arsenal tecnológico e de informatização para dar sustentação à sua prática junto aos pacientes e à sociedade como um todo. Sem tal vinculação pode

desatualizar-se no mercado e cair em descrédito junto à categoria e à própria clientela, como foi identificado em nossa pesquisa.

Meleiro (2001, p.53) destaca a utilização do computador, do “banco de imagens”, dos softwares próprios de cada especialidade, da infinidade de recursos disponíveis em termos de informática, internet, entre outros, tão propagados e cultuados entre os médicos. De acordo com a autora, muitos profissionais têm medo de não saber utilizar todo esse arsenal disponível, tornando-se obsoletos no mercado. Os modos de pensar e agir dos médicos são, em grande medida, reflexo de sua formação acadêmica e de suas relações com a categoria. Trata-se de uma profissão que se delinea sob a cultura da atualização constante, principalmente no que se refere ao campo das inovações tecnológicas.

Não apenas na medicina, mas em todas as demais áreas e profissões, evidencia-se um crescente e acelerado desenvolvimento de recursos tecnológicos que se colocam à disposição, ou melhor, que se impõem diante dos trabalhadores, como garantia de maior produtividade. Sem dúvida, estamos vivendo em plena era da supervalorização das máquinas e de seus feitos admiráveis. Os diversos autores citados anteriormente – Van de Ven (1998); Hogarth e Sabbatini (1998); Medici (1999); Meleiro (2001) – e muitos outros, de uma forma ou de outra concordam entre si que isso é um processo em curso e que tende a se intensificar ainda mais, seja ou não na medicina. E não se pode perder de vista que esta realidade, ainda que mundial, diz respeito principalmente aos países capitalistas, onde impera a lógica produtivista e da acumulação.

O uso sistemático e racional da maquinaria e a divisão do trabalho (especialização) atinge cada vez mais os profissionais dos serviços, incluindo os médicos. Da mesma forma que os operários das fábricas, esses trabalhadores não dominam mais todo o processo de trabalho, como o faziam em outra época. Agora, têm que se submeter a rígidos mecanismos de controle, aos “métodos de racionalização” (BRAVERMAN, 1974, p. 267)

Conforme Wolff (2004, p.1), “essa realidade encontra-se não só consolidada como intensificada em seus efeitos sociais”, porque prescinde cada vez mais da força de trabalho humana, ou melhor, do trabalho vivo, ao mesmo tempo em que absorve o trabalho intelectual na mesma proporção em que outrora absorvia o trabalho meramente manual.

Em relação ao trabalho médico esta questão aparece nas falas de nossos entrevistados quando afirmam que a habilidade clínica do profissional pode ocorrer independentemente do auxílio de exames ou de outros recursos tecnológicos, porque requer muito mais o conhecimento e a perícia pessoal para analisar uma determinada situação ou queixa. Entretanto, a medicina mercantilizada da atualidade necessita da utilização desses recursos, como por exemplo a ultrassonografia, a radiografia, a tomografia, a endoscopia, as análises laboratoriais, e tantos outros meios para constatação diagnóstica, a fim de agregar valor monetário aos serviços. A medicina, à medida que adota as novas tecnologias desenvolvidas, se torna mais especializada e também mais cara, impondo aos médicos a adoção de tais procedimentos.

Neste sentido, cabe pensar a questão da subsunção real do trabalho ao capital, viabilizada a partir do uso racional, sistemático e programado da maquinaria em geral, incluindo-se todas as suas variantes tecnológicas. A subsunção real, pensada enquanto subordinação dos trabalhadores às máquinas que detêm o controle da produção no sistema capitalista, retira do homem sua capacidade criativa e autônoma, tornando-o um apêndice, uma parte integrante, porém substituível.

Trata-se de uma forma de reificação inerente às relações de produção no capitalismo, ou seja, o fato de que à medida que o trabalhador se subordina ao capital, vendendo-lhe sua força de trabalho, ocorre uma perda de subjetividade. A subjetividade, por sua vez, é transferida para as máquinas, que se convertem em trabalho morto, porém altamente eficaz em retirar do homem mais e mais trabalho vivo. Desta forma, toda atividade humana realizada enquanto força de trabalho subsumida ao capital se converte em instrumento, assim como os recursos técnicos e tecnológicos desenvolvidos para atender às demandas da produção capitalista. Uma perfeita junção entre a ciência e a tecnologia que se aliam para garantir a continuidade do sistema capitalista e a superação de suas crises, como mostra a história.

As tecnologias existentes estão a serviço do capital, e na medicina essa situação se revela na extrema valorização dos equipamentos e produtos da indústria farmacêutica em detrimento do trabalho clínico, pessoal, individual do médico. Os entrevistados de nossa pesquisa reconhecem que não é mais possível exercer a profissão como antigamente, quando se diagnosticavam os problemas de

saúde apenas com exame físico e entrevista clínica. Agora os médicos necessitam do apoio de uma série de exames complementares que lhes auxiliam nesta tarefa – um verdadeiro arsenal tecnológico que se impõe sobre a prática médica.

Na análise crítica de Braverman (1987, p.167), quando discute o papel da maquinaria à luz de Marx, “a massa humana está submetida ao processo de trabalho para os fins daqueles que a controlam mais que para qualquer fim geral da humanidade como tal”, e isso ocorre amparado à crença geral de que todo o desenvolvimento e inovações da ciência e da tecnologia se realizam para o bem de todos – daí o grande fetiche do capitalismo contemporâneo.

Mediante o processo de fetichização, a sociedade tem sido levada a acreditar que todas as transformações científicas e tecnológicas da atualidade (as quais se apresentam com diversidade e velocidade ímpares na história do capitalismo), ocorrem unicamente para benefício da humanidade, e de fato não há dúvida de que muitas conquistas são obtidas a partir das pesquisas e inovações tecnológicas, especialmente no que se refere à medicina e ciências afins, porque contribuem com a melhoria da saúde e da qualidade de vida, bem como com a longevidade do ser humano. No entanto, quando se pensa nas conseqüências para o trabalho médico, é notória a forma como se procura cada vez mais substituir a força de trabalho humana, as capacidades intelectuais e relacionais dos médicos, pelos instrumentos, técnicas e recursos de “última geração” – fato que também é destacado pelos profissionais entrevistados.

Além disso, o saber médico e sua autonomia frente ao paciente vão sendo expropriados, porque se retira a base intersubjetiva da relação. Como nas demais áreas, mesmo as que nada têm a ver com a saúde, a subjetividade é reduzida até seu limite, cedendo espaço para o controle e o domínio das máquinas, equipamentos e meios – a reificação, coisificação, subsunção do trabalho vivo ao trabalho morto.

Em relação ao trabalho médico, o qual se realiza enquanto prestação de serviços, a análise de Marx ajuda a compreender a crescente tendência à utilização da tecnologia e da maquinaria e sua relação com o assalariamento e a proletarização, e a conseqüente perda da autonomia profissional, fatos que foram amplamente destacados pelos médicos entrevistados em nossa pesquisa. Quando se pensa no trabalho médico e na autonomia dos profissionais no exercício de sua praxis, tendo como referência o pensamento marxiano, pode-se

dizer que ocorre uma perda parcial da mesma, visto que um trabalhador submetido às condições já citadas não consegue manter o controle pleno do processo de produção, porque depende, na maioria das vezes, de recursos tecnológicos que lhe garantem a realização de uma parcela considerável do trabalho, seja para o diagnóstico, para o tratamento ou acompanhamento do caso.

Na pesquisa que realizamos pudemos observar esse processo na fala dos médicos entrevistados, especialmente quando afirmam que os avançados recursos tecnológicos da medicina, que se tornaram imperativo da prática médica contemporânea em virtude dos benefícios alcançados, facilitam o trabalho a tal ponto que chegam a diminuir a necessidade do profissional ter que exercer sozinho o seu conhecimento clínico acerca do problema (as máquinas auxiliam realizando diagnósticos e emitindo laudos).

Por outro lado, a medicina é reconhecida pelos entrevistados como uma ciência e uma profissão que, apesar de estar em pleno desenvolvimento, mantém-se subordinada aos imperativos do capital, seja em nível da produção do saber (científico e tecnológico), da oferta de serviços ou da maneira como se organiza o trabalho médico.

As palavras de Amaral (2004) contribuem com esta análise:

O que queremos enfatizar é que os serviços de atenção à saúde cumprem determinadas funções dentro do processo produtivo da sociedade capitalista. Isto significa que estes serviços [...] consomem os produtos de outras indústrias, como os da farmacêutica e de equipamentos e instrumentos médicos (AMARAL, 2004, p.69).

Com relação à introdução de máquinas e equipamentos cada vez mais sofisticados no processo de trabalho médico devemos fazer algumas observações. Como foi mencionado anteriormente a introdução da máquina simplifica e desqualifica o trabalho, isso porque a ciência, o saber, não está mais na consciência do trabalhador, está na máquina (AMARAL, 2004, p.91).

A prática médica nos mostra que atualmente os pedidos de exames de apoio à decisão médica são freqüentes e mesmo indispensáveis. São muito mais que subsídio à hipótese de diagnóstico (AMARAL, 2004, p.94)

O processo de trabalho médico mudou: o médico escuta a queixa do paciente, não realiza mais uma anamnese em detalhe, cria uma hipótese diagnóstica, e toma como primeira providência o pedido de exames com base naquela. No retorno do paciente, com o resultado dos exames, o médico avaliará os resultados para dar o diagnóstico. Ele pede os exames porque é mais rápido e seguro (AMARAL, 2004, p.94).

Sob nossa perspectiva, a incorporação cada vez mais acentuada de recursos tecnológicos no processo de trabalho médico colabora com a perda de autonomia do profissional. Sendo assim, a perda da autonomia, ainda que parcialmente, é uma consequência da adaptação da profissão às transformações do capitalismo ao longo das últimas décadas. Trata-se de um processo que não poderá ser barrado pela ação isolada de alguns indivíduos ou de uma parcela da categoria, pois, conforme afirma Marx (1982, p.25) “na produção social [...] os homens contraem relações determinadas, necessárias e independentes de sua vontade, relações de produção estas que correspondem a uma etapa determinada de desenvolvimento das suas forças produtivas materiais”.

No modo de produção capitalista é o capital que detém o controle da sociedade e dos processos de trabalho nela existentes. Todas as profissões, portanto, subordinam-se à lógica da acumulação capitalista a fim de que sejam criadas e recriadas constantemente as condições materiais de sua existência. E a medicina, por sua vez, não escapa a esse processo, que é geral, coletivo.

Em nosso entendimento a autonomia na medicina não pode ser pensada unicamente a partir da relação do profissional com seu cliente (ou paciente). Mesmo que neste contexto particular o médico consiga determinar qual o problema e como o mesmo será tratado, há que se considerar que o contexto social mais amplo no qual seu processo de trabalho se realiza não está sob seu domínio, porque se insere nas relações de produção capitalistas.

Ainda que o médico detenha o conhecimento, domine a técnica, e que seja ele o maior responsável pela tomada de decisão sobre o diagnóstico e o tratamento do paciente, isso não lhe garante a autonomia e o controle de todo o processo de trabalho, já que o “ato médico” é apenas parte de um processo mais amplo do sistema de saúde, do qual fazem parte as indústrias e o comércio de medicamentos e equipamentos do setor, os laboratórios e clínicas em geral, os demais profissionais da saúde que ocupam papel central no aporte terapêutico, os órgãos e setores administrativos que dirigem e gerenciam o trabalho médico, e sobretudo o governo, em suas três instâncias: a federal, a estadual e a municipal.

Trata-se, portanto, de um tipo de autonomia próprio do capitalismo atual, onde se evidencia especialmente a ação do Estado em seu papel regulamentador e regulador, bem como das grandes corporações no subsidiamento dos serviços de saúde.

Quando pensada por este ângulo, a questão da perda de autonomia na medicina brasileira se revela, por um lado, diretamente vinculada à incorporação de tecnologias avançadas, e por outro às características atualmente inerentes ao mercado de trabalho médico, o qual se configura cada vez mais pelo vínculo assalariado.

Em estudo realizado por Donnangelo (1975) o processo de trabalho médico é definido em função da divisão técnica ou especialização, e se desenvolve enquanto trabalho coletivo, que se realiza em múltiplas etapas, da mesma forma como acontece com outras categorias profissionais. A organização da medicina por áreas de atuação especializadas configura uma dinâmica em que o profissional atua em determinada parte do processo de atenção à saúde, e não (mais) em todo o processo (controle parcial). Se for considerado, por exemplo, um clínico geral, este somente dará conta de uma parte do cuidado com o paciente, pois muito provavelmente dependerá de exames realizados por outro profissional médico para “fechar” o diagnóstico (radiografia, ultrassonografia, investigações laboratoriais, entre outros). Além disso, se este clínico geral concluir que o caso do paciente não pode ser resolvido somente com a sua intervenção, então deverá proceder com o encaminhamento do mesmo para outro médico, agora um especialista. Este é um exemplo bastante comum na medicina moderna.

O aspecto mais significativo desses dados está em que eles revelam a tendência ao aumento do trabalho sob forma grupal à medida que as atividades médicas passam a exigir um maior volume de tecnologia material. Porém, a própria penetração do processo nas formas de atividade clínicas sugere o aumento da complementaridade necessária entre os diferentes tipos de trabalho médico. E ainda, a proporção relativamente baixa de trabalho isolado e a predominância [...] de hospitais entre as organizações, faz supor que considerável parcela dos profissionais se encontra atualmente sujeita, em seu trabalho, a algum tipo de direção ou controle. (DONNANGELO, 1975, p.71)

Neste trecho a autora destaca o fato de que o trabalho em medicina já não comporta a plena autonomia, pois se articula com diversas instâncias organizacionais que mediam ou que determinam diversas etapas do processo, como é o caso dos convênios que pagam pelos serviços realizados (SUS, cooperativas, planos de saúde, seguradoras, etc), e dos hospitais onde executam parte do trabalho (internações, cirurgias e atendimentos de urgência-emergência).

Existem especificidades na medicina que precisam ser consideradas. O médico é um profissional cujo trabalho se realiza a partir da relação com um outro ser humano: “o ato médico é essencialmente um serviço – e um serviço de natureza pessoal – que exige contato imediato entre o prestador e o consumidor dessa forma particular de trabalho” (NOGUEIRA, 1991, p.118). O local por excelência onde se dá essa relação é o consultório, que pode ser compreendido como o espaço de concretização e de afirmação do saber teórico e prático. Em outras palavras, é no consultório que o trabalho médico deveria se revestir de autonomia para atender às necessidades do paciente, e é também no consultório que se converte a relação social (médico e paciente) em relação de troca (prestação de serviço e pagamento).

Esta característica básica da medicina se estrutura em função de um conjunto de forças sociais e econômicas que determinam o modo como o trabalho médico se realiza, forças estas que “o inserem numa rede de relações de troca com caráter eminentemente capitalista” (NOGUEIRA, 1991, p.120), onde estão presentes não só valores de uso, mas também valores de troca. Cabe aqui considerar que os valores de uso, decorrentes do trabalho concreto, são materializados pela ação humana direta, enquanto que os valores de troca, decorrentes do trabalho abstrato, são gerados pela ação das máquinas (tecnologias).

Isto é resultante de um processo histórico, sob o qual a medicina teve que se configurar. Nas palavras de Nogueira (1991):

o primado do consultório, alcançado pela medicina liberal, proporciona a entrada definitiva dos serviços dos médicos num mercado competitivo. É a primeira vez, na longa trajetória de compra e venda de seus serviços, que o mercado passa a ter um efeito realmente regulador das unidades de trabalho e do valor da própria força de trabalho que lhe dá origem (NOGUEIRA, 1991, p.121)

Essa configuração do trabalho médico é um modo de adaptação às “circunstâncias históricas alheias à vontade dos médicos” (CAMPOS, 1988, p.29), o que explica o fato de terem estes profissionais apenas um controle parcial dos meios de trabalho, inclusive dos seus rendimentos. Mesmo no consultório – espaço da autonomia, por excelência – os médicos não conseguem ter domínio pleno dos acontecimentos.

A autonomia médica é um dos assuntos que mais tem despertado a atenção dos pesquisadores que estudam a medicina da sociedade capitalista. São diferentes e, muitas vezes, divergentes as opiniões acerca do assunto. Ribeiro e Schraiber (1994, p.191) apresentam uma síntese de algumas correntes que tratam da autonomia no trabalho médico, partindo da questão das “mudanças na divisão social do trabalho na atualidade”.

Primeiramente os autores abordam o pensamento de base marxiana, segundo o qual o trabalho é compreendido enquanto dimensão da coletividade, e portador de finalidades (valores de uso e de valores de troca) para satisfação das necessidades humanas – necessidades essas que são construídas socialmente. A concretização do trabalho se dá através da força de trabalho humana, sendo que esta pode se apresentar de duas formas: trabalho vivo ou trabalho morto. O trabalho vivo representa a ação humana imediata, individual, enquanto que o trabalho morto significa a produção realizada pelas máquinas e pelos equipamentos anteriormente produzidos pelos homens.

Com esta concepção, pode-se pensar na medicina, exemplificando com o atendimento que o profissional médico realiza no consultório: o paciente (objeto de trabalho do médico) precisa ser atendido pelo médico (trabalhador) de tal forma que se produza a saúde, quer seja a cura, o controle de uma determinada doença, uma orientação ou outra demanda. Para isto faz-se necessário a utilização de uma série de recursos, como entrevistas, exames, procedimentos, medicamentos, equipamentos, entre outros (trabalho morto).

Além disso, esse trabalho médico tem que ser pago, quer seja pelo próprio paciente ou por seu convênio. Trata-se, portanto, de um trabalho remunerado que se realiza para satisfação das necessidades de saúde da população, ou, em outras palavras, trabalho pago que se concretiza na produção de saúde para a sociedade – trabalho vivo que se converte em trabalho morto para satisfação de necessidades sociais.

Entretanto, quando se pensa no trabalho médico a partir do pensamento de Marx a questão da autonomia é colocada em xeque, visto que um trabalhador submetido a essas condições não consegue manter o controle pleno do processo de produção; este depende, na maioria das vezes, de recursos tecnológicos que lhe garantem a realização de uma parcela considerável do trabalho, seja para o diagnóstico, para o tratamento ou acompanhamento do caso. O

próprio fato de ser um trabalho coletivo já sustenta a idéia de que não pode haver uma plena autonomia na medicina porque esta se organiza a partir das leis gerais do capital; a medicina é uma ciência e uma profissão que somente consegue existir e se desenvolver à medida que se articula com o funcionamento geral da sociedade. O produto do trabalho médico, por exemplo, é convertido em valor de troca, como em outras profissões, pois é remunerado através de dinheiro (na maioria das vezes por meio do assalariamento).

Na pesquisa que realizamos pudemos observar esse processo na fala de alguns médicos entrevistados, quando afirmam que os recursos desenvolvidos pela medicina, embora facilitem o trabalho médico, muitas vezes retiram a possibilidade de uma intervenção pautada no conhecimento pessoal. Além disso, as indústrias ligadas ao setor, especialmente as que produzem equipamentos e drogas de última geração, incentivam a cultura do consumo de suas mercadorias entre os profissionais e a população.

Os médicos são pressionados pela grande indústria do setor, pela mídia, pela população em geral, e pelos próprios órgãos e sociedades da categoria, e se vêem obrigados a solicitar uma infinidade de exames, receitar medicamentos e propor terapias de acordo com o que existe de mais avançado no mercado. Como disse um entrevistado, “O capitalismo vende a idéia e o médico é o executor do serviço [...]. A medicina é uma indústria de consumo” (E14). A medicina se insere socialmente como uma prática que se põe a serviço do capital, que remunera o capital, e cabe ao médico realizar seu trabalho em conformidade com as exigências do sistema. Assim, sua autonomia vai sendo expropriada, da mesma forma que sua subjetividade e individualidade.

Ribeiro e Schraiber (1994) também apresentam a tese de Offe sobre o trabalho na sociedade contemporânea, a qual se distingue da concepção marxiana exposta acima. Segundo estes teóricos, Offe compreende que o trabalho no setor de serviços (que é o caso do trabalho médico) não pode ser pensado a partir da lógica da produção industrial, mesmo incorporando tecnologias. Trata-se de uma forma de trabalho que possui uma racionalidade específica, a qual se caracteriza pela presença da autonomia do trabalhador durante a realização do ato profissional, e onde o conhecimento, o domínio técnico e os valores são imprescindíveis. No entanto, se assim fosse, a prática médica não estaria sujeita às nuances do mercado, e os profissionais não estariam se assalariando e se proletarizando, pois

se manteriam na sociedade enquanto autônomos ou “liberais”. E nossa pesquisa revela justamente o contrário.

Outras teses sobre a questão da autonomia na prática médica citadas por Ribeiro e Shraiber são as de Freidson (1978), Laín Entralgo (1982), Larson (1977), e Donnangelo (1975, 1979).

Para Freidson (1978), entre todas as profissões da saúde a medicina se distingue pelo fato de se auto-regular no mercado, ou seja, os próprios médicos cuidam para que o desenvolvimento da profissão não comprometa sua autonomia, sua possibilidade de atuar com relativa margem de liberdade nos cuidados com o paciente. Porém, quando se analisa esta tese na atualidade, observa-se que a auto-regulação da medicina não corresponde à realidade da profissão no Brasil. Com base na pesquisa que realizamos em Londrina, nota-se que os órgãos representativos da categoria não conseguem defender amplamente os interesses dos profissionais no que tange à garantia do exercício da prática liberal, visto que a medicina como um todo está submetida às exigências do mercado.

Quanto a Laín Entralgo (1982), os autores afirmam que seu entendimento acerca da permanência da autonomia médica ao longo do século vinte se fundamenta na tradição hipocrática, onde são resguardados princípios e valores ético-morais que impõem aos profissionais um determinado modo de agir (especialmente em relação ao sigilo profissional), independentemente das transformações políticas, econômicas ou sociais em curso. Mas, embora a medicina se pautasse nesses princípios, a dinâmica mercadológica da profissão – como de todas as demais profissões do mundo capitalista – exige dos médicos a adaptação de sua prática diante do novo cenário global, ao qual a medicina está subordinada.

Em relação a Larson (1977) os autores destacam sua perspectiva de que, nos países capitalistas, o trabalho médico perde a autonomia e se proletariza, como já ocorre em outras profissões. Isto se dá devido ao fato de que o capitalismo impõe um modo de divisão do trabalho que amplia progressivamente a rotinização de tarefas, a superespecialização e a intensificação do ritmo de trabalho nas diversas profissões, características típicas do trabalho assalariado que se subordina ao capital. E a medicina estaria, então, acompanhando esse movimento. Este pensamento se aproxima do que está sendo defendido no presente trabalho, onde se observa a tendência cada vez maior de assalariamento entre os médicos, especialmente nos setores privados, em que o trabalho remunera o capital.

Ribeiro e Schraiber se contrapõem à tese da proletarização e da perda da autonomia defendida por Larson, e concordam com o pensamento de Freidson, ampliando o entendimento de que a medicina é uma profissão que consegue se auto-regular, ainda que tenha que enfrentar situações que produzem o enfraquecimento dessa condição. Isto pode ser observado na seguinte passagem:

A nosso ver, entretanto, a questão da autonomia deve ser enfocada ainda com relação à independência técnica no âmbito de um serviço que se cristaliza numa relação interpessoal. A auto-regulação, embora seja também vinculada à questão técnica, vai mais além devido à "exclusão de terceiros". O trabalho médico tende a ser cada vez mais avaliado socialmente pela ação de grupos organizados. Isto tende a enfraquecer a instância de auto-regulação, recolocando a questão da independência técnica em níveis de troca de saberes e interesses entre grupos sociais e entre indivíduos envolvidos na relação médico-paciente [...]. Mesmo enfraquecida a auto-regulação, por ação de outros grupos sociais, a autonomia tende a ser preservada no âmbito da independência técnica. Isto não só pela sua característica de serviço em geral, mas especialmente pela forte presença das incertezas e da subjetividade observada na relação médico-paciente. O "cenário em aberto" que esta relação representa é a garantia da preservação da autonomia, mesmo nas situações mais restritivas. (RIBEIRO; SCHRAIBER, 1994, p.196)

Na fala acima os autores destacam a preservação da autonomia no contexto da relação médico-paciente, ou seja, no momento em que a dimensão técnica do trabalho se sobrepõe. Entretanto, é justamente no processo de trabalho que a perda da autonomia pode ser observada. À medida que a medicina incorpora tecnologias, o trabalho médico se torna subordinado à ação das máquinas, porque se retira dos profissionais a possibilidade de tomar decisões e definir condutas independentemente desses recursos.

Outra tese com a qual os autores concordam é de Donnangelo (1975, 1979), que analisa a incorporação de tecnologias na medicina e sua influência sobre a ampliação de demandas para o trabalho médico. Em suas pesquisas, Donnangelo procurou demonstrar que este fato, embora tenha contribuído diretamente com o aumento do trabalho assalariado e do trabalho em grupo entre os médicos, não retirou a autonomia da profissão. Neste sentido, Ribeiro e Schraiber (1994, p.196) afirmam que a autora encontrou evidências de que os médicos "combinam diversas formas de vínculos, buscando situações de maior autonomia, em geral através da associação do assalariamento com uma autonomia tida como atípica", autonomia esta que pode ser pensada a partir das alternativas de

auto-emprego, como o trabalho em consultórios ou clínicas privadas, mesmo quando vinculados a convênios e planos de saúde.

Um aspecto da tese de Donnangelo também apontado pelos autores é que os médicos buscam preservar seu ideal de autonomia justamente porque seu trabalho está inserido na lógica capitalista e, por isso, ameaçado de reduzir ainda mais os limites da ação profissional, porque está submetido às leis de mercado, à crescente incorporação de tecnologias, à supervalorização da especialização e à burocratização da gestão dos serviços de saúde. Contudo, ainda que os médicos se esforcem por garantir alguma autonomia em sua prática, diante deste contexto – que é alheio à sua vontade – para a grande maioria não se passa de um mero ideal. E nossa pesquisa reflete esta questão, quando os entrevistados afirmam que sua realidade profissional não corresponde às expectativas e idealismos iniciais de sua carreira.

Em outro artigo publicado, Schraiber (1995) explicita sua concepção acerca do trabalho médico e a autonomia, partindo da relação entre a medicina e a tecnologia, e acaba aceitando o fato de que a profissão vem perdendo autonomia com as inovações tecnológicas. A autora acredita que a profissão vem se modificando devido à crescente adoção de recursos tecnológicos, enfraquecendo a soberania da ação clínica individual. As empresas do setor da saúde que operam com esse equipamentos de suporte acabam forçando os profissionais a demandarem tecnologias para o diagnóstico e o tratamento de seus pacientes. As clínicas especializadas e os hospitais, por exemplo, possuem normativos e regulamentos que nem sempre permitem ao médico que ali trabalha uma tomada de decisões isolada (sem falar nos convênios e planos de saúde que obrigam os médicos a trabalharem a partir de regras pré-estabelecidas). Este conjunto de instituições, práticas e saberes próprios de uma “medicina institucionalizada e empresarial” (SCHRAIBER, 1995 p.57) é considerado o principal fator de reconstrução da profissão nas últimas décadas, implicando em uma

outra forma de intervenção, outra forma de exercício profissional e de satisfação das necessidades da população, alterando profundamente a posição do médico na sociedade e no trabalho: seu desempenho técnico, seu estatuto social e sua ação política são refeitos, bem como são reconstruídas as bases de sua relação com os pacientes (SCHRAIBER, 1995, p.57)

A medicina se consolidou no século vinte, quando o saber médico – o principal recurso de promoção de saúde na população – intensificou sua cientificidade e ampliou seu arsenal tecnológico a partir do pensamento racional. Além disso, ampliou-se a divisão do trabalho com um crescente e acelerado processo de especialização: a medicina do século vinte se fragmentou em inúmeras especialidades, desde áreas mais básicas (como as clínicas), até áreas mais complexas (cirúrgicas e de imagens, por exemplo). Para Machado (1999, p.184) “a noção de autonomia, de liberdade e de responsabilidade individuais são elementos constitutivos da atividade médica”, mas não resguarda o trabalho autônomo, já que todo esse conjunto de inovações e transformações (ainda que respaldado em um código de ética profissional que legitima a autonomia do médico nas suas ações) vem promovendo o enfraquecimento de dimensão autônoma do exercício profissional, como se observa na seguinte afirmação:

não seriam somente a morte ou o sofrimento do indivíduo (paciente) que explicariam o sofrimento do médico, mas esse sentimento de impotência, de perda de controle sobre seu trabalho, de impossibilidade de fazer algo positivo para o paciente. Tais sentimentos, em nossa opinião, também podem estar presentes quando a instituição na qual o médico desempenha as tarefas possui uma estrutura fortemente burocrática, com a adoção de procedimentos técnicos e administrativos que cerceiam sua autonomia [...] todos os processos que limitam a autonomia profissional (MACHADO, 1999, p.166).

Pode-se dizer que a prática autônoma na medicina vem se reconfigurando nas últimas décadas, como defende Campos (1988). A passagem da chamada medicina liberal para novas formas de inserção no mundo do trabalho – como o assalariamento e a prestação de serviços para empresas de saúde – ainda possibilita a existência de uma relativa autonomia, mas o controle sobre o processo de trabalho é apenas parcial. Um exemplo é o que o autor chama de “pequena produção de serviços de saúde” (CAMPOS, 1988, p. 29), quando se consideram as atividades executadas em consultórios particulares, clínicas e hospitais. E essa reconfiguração da autonomia médica é conseqüência da dependência da profissão ao arsenal tecnológico disponível para os serviços de diagnóstico e tratamento em saúde.

Uma leitura de Marx permite considerar que a subordinação do trabalho humano à maquinaria, nas suas mais diversas configurações, representa a

perda do controle do processo de trabalho aliado à perda da subjetividade, ou seja, da autonomia. Na medicina esse movimento pode ser bem observado quando se analisa o cotidiano profissional dos médicos e sua necessidade de utilizar os equipamentos e recursos existentes diante dos problemas de saúde de sua clientela, uma vez que não podem abdicar de tal arsenal disponível sob risco de serem responsabilizados civil e criminalmente.

Nas palavras de Marx (1980, p.429) “a maquinaria substitui o trabalhador”, ainda que muitas vezes dependa do seu trabalho vivo para colocar-se em ação. Na medicina, por exemplo, os profissionais precisam das tecnologias para conseguir concretizar seu trabalho, mas as máquinas nem sempre necessitam de um médico no comando. O aparelho de radiografia é um bom exemplo: o trabalhador que o opera não precisa ser um médico, mas sim um técnico qualificado. Ao médico compete apenas a análise da imagem gerada – um controle parcial do processo, portanto.

Outra questão importante que diz respeito às tecnologias na medicina e à perda da autonomia no processo de trabalho refere-se à exploração dos profissionais que vendem sua força de trabalho na iniciativa privada, e a conseqüente produção de mais-valia – em outras palavras, a proletarização dos médicos que atuam nas empresas que têm fins lucrativos.

De acordo com Marx (1980, p.424), “a maquinaria é meio para produzir mais-valia”, porque pertence ao capitalista, é sua propriedade, e sua finalidade é garantir o lucro e a remuneração do capital.

Se a maquinaria é o meio mais poderoso para aumentar a produtividade do trabalho, isto é, para diminuir o tempo de trabalho necessário à produção de uma mercadoria, em mãos do capital tornou-se ela [...] o meio mais potente para prolongar a jornada de trabalho além de todos os limites estabelecidos pela natureza humana. (MARX, 1980, p.459)

Esta afirmação de Marx possibilita compreender o porquê do trabalho médico ser tão extensivo e desgastante. A maquinaria na medicina facilita e agiliza o processo de trabalho, o que intensifica o ritmo de trabalho. Os médicos da atualidade, em sua grande maioria, trabalham muito mais do que os do passado, e não são melhor remunerados, como revela nossa pesquisa. Suas condições de

trabalho, de modo geral, são deterioradas, levando os profissionais a se sentirem desvalorizados, como mostra nossa pesquisa.

Conforme afirma Amaral (2004, p.15), “os serviços podem parecer formas autônomas, mas em geral não o são”, porque estão também “submetidos à mesma racionalidade do trabalho na produção fabril [...]. A sociedade é capitalista e, como tal, o capital submete, ou procura avidamente submeter, todas as formas de trabalho. Dentre elas o trabalho médico” (AMARAL, 2004, p.16). A autora, estudando a medicina brasileira na atualidade, confirma a tese de que o trabalho médico, seguindo os moldes do modelo industrial, pelo uso sistematizado e racional da ciência e tecnologia, alimenta um visível processo de assalariamento e proletarização entre a categoria.

7 FORMAÇÃO EM MEDICINA E MERCADO DE TRABALHO: IDEALISMO X REALIDADE

Segundo Meleiro (2001) a escolha dos médicos pela profissão é feita, em geral, a partir de motivações pessoais conscientes e inconscientes⁹. Entre os motivos conscientes destacam-se “a possibilidade de ajudar, tratar, curar, salvar e ser útil, estar próximo de pessoas, atuar no campo social, ter recebido influência de terceiros, principalmente pais médicos, [...] busca de status, com boa remuneração financeira, e a atuação como profissionais liberais” (MELEIRO, 2001, p.30). Alguns destes motivos aparecem também em nossa pesquisa: idealismo, incentivo dos pais / influência familiar, mercado de trabalho, status da profissão, perspectivas de boa remuneração, importância da profissão para a sociedade, desejo de ser médico desde criança e admiração pela profissão.

A autora observa que essas razões, embora fundamentadas na realidade, são idealizadas com pouca maturidade. Mesmo quando escolhem, ao final da graduação, a especialidade em que vão atuar, “um certo número de alunos decepciona-se posteriormente com a realidade profissional” (MELEIRO, 2001, p.49), sobretudo porque lhes faltam informações mais precisas acerca da carreira médica e suas implicações no cotidiano.

Na pesquisa que realizamos esta “decepção” aparece nas respostas de alguns entrevistados à questão sobre a concretização de expectativas iniciais em relação à profissão. Para 22% as expectativas que tinham ao final da graduação se concretizaram apenas parcialmente, enquanto que para 17% não se concretizaram, pois o mercado de trabalho impõe condições que restringem a autonomia dos profissionais na maneira de exercer suas atividades, além da má remuneração, do excesso de trabalho, do desgaste profissional, e da subordinação da medicina aos interesses do capital.

A formação médica no Brasil segue um modelo que é adotado também em outros países. Meleiro (2001), no trecho a seguir, resume como se dá o processo de formação dos médicos no país:

⁹ Os motivos inconscientes expostos pela autora não serão tratados neste trabalho. Para maiores detalhes ver em MELEIRO, A.M.A. S. O médico como paciente. São Paulo: Lemos, 2001.

Além das qualificações pré-universitárias, o curso de graduação em Medicina tem a duração de, no mínimo, seis anos e exige tempo integral. Divide-se em três partes: ciências básicas, no primeiro e segundo anos; disciplinas clínicas, no terceiro e quarto anos; e internato, no quinto e sexto anos. A aprovação na faculdade nos seis anos permite o registro no Conselho Regional de Medicina. Com esse registro, o CRM, é concedido o direito de exercer a Medicina. A especialidade poderá ser obtida com a residência médica, ou pela realização de uma prova e conseqüente aprovação nas respectivas associações médicas. Após os seis anos da faculdade, são entregues os diplomas, mas os médicos não estão formados. Médicos nunca se formam, são sempre pós-graduados em constante estudo para conseguir uma desejável atualização em suas especialidades (MELEIRO, 2001, p.51).

Os médicos têm que estudar constantemente para se manterem atualizados, porque a velocidade das mudanças e as quebras de paradigmas têm sido uma das grandes marcas da medicina contemporânea. O impacto dessa questão no trabalho médico é evidente, e em certo sentido negativo, conforme mostra este outro trecho:

A evolução tecnológica, os novos progressos estão sempre correndo à frente de nossos esforços em acompanhá-los. Tudo isso favorece a não-maturidade do médico. Nunca está pronto, falta algo, o sentimento de insegurança permeia a emoção do profissional. O medo de errar passa a fazer parte de seu cotidiano. O médico que não acompanha essa evolução está fadado ao desprestígio por sua clientela. Os meios de comunicação, especialmente nas últimas décadas, passaram a informar a população leiga sobre saúde, prevenção de doenças, tratamentos, medicamentos novos, técnicas de exames, tomografia computadorizada, ressonância magnética [...]. O médico que parou no tempo fica desatualizado. Muitas vezes, é surpreendido com novidades que seu próprio paciente traz à consulta, sob a forma de questionamento (MELEIRO, 2001, p.51-52)

No Brasil, de acordo com o Parecer CFM Nº 71/2001 emitido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2006), para que o médico possua título de especialista é preciso cumprir um Programa de Residência Médica, o qual deve estar autorizado pela Comissão Nacional de Residência Médica; ou então deve realizar o curso de especialização cujo título seja fornecido pela Sociedade da Especialidade, sendo que esta precisa estar vinculada à Associação Médica Brasileira – AMB, conforme Resolução CFM Nº 1.036/80.

Se, por um lado, a necessidade de constante atualização profissional é defendida pela categoria, por outro existe uma grande preocupação com a qualidade da educação médica como um todo. De acordo com o Conselho

Regional de Medicina do Paraná (CRM/PR, 2006, p.1) a preocupação que se tem em relação à formação dos médicos no Brasil diz respeito ao “descontrolado processo de abertura de escolas [...] denúncias de má prática médica [...] multiplicação de médicos estrangeiros e brasileiros graduados fora do país, cuja formação pode ser medida pelo baixíssimo número de diplomas revalidados”. Segundo dados obtidos junto ao CRM/PR, após o ano de 2000 foram abertos mais 55 cursos de medicina no país, totalizando 154 cursos que juntos oferecem 13.485 vagas por ano: são 85 escolas privadas (55%), 40 federais (26%), 23 estaduais (15%) e 6 municipais (4%). Evidencia-se, desta forma, o incentivo do governo brasileiro à iniciativa privada na educação superior por conta dos interesses políticos e econômicos, e a falta de regulamentação e fiscalização sobre a qualidade dos cursos oferecidos – no caso da medicina em desrespeito aos critérios sociais e técnicos (número de habitantes por região e demandas existentes por especialidade). O trecho abaixo sintetiza esta questão:

A história das escolas médicas no Brasil remonta a 1808, quando foi aberta a primeira, a Federal da Bahia e, logo em seguida, a federal do RJ. Depois vieram a Federal do RS, em 1898, e a Federal do Paraná (com 72 vagas) e a Fundação Universidade do Rio de Janeiro, em 1912. No final de década de 50 do século passado eram 27 as escolas, chegando a 67 até 1970. O quadro se mostrou equilibrado até 1995, quando tínhamos 80 cursos. De 1996 a 1999 foram fundadas 19 faculdades. A partir de então, a situação saiu de controle. Foram criadas cinco escolas em 2000, oito em 2001, onze em 2002, sete em 2003 e mais onze em 2004. Em 2005 pulou para mais doze. No início de 2006 abriu-se o 154º curso, da Universidade de Santa Cruz do Sul (RS), objeto de questionamentos jurídicos, a exemplo do que já ocorrera em outras regiões do país (CRM/PR, 2006, s.n.).

Estes números “colocam o Brasil em primeiro lugar no ranking mundial” (CRM/PR, 2006, s/n), fazendo com que a categoria, através de seus órgãos representativos – como o Conselho Federal (CFM), os Conselhos Regionais de Medicina (CRM) e a Associação Médica Brasileira (AMB), intensifiquem a discussão sobre a qualidade da formação médica no Brasil, tanto em termos de graduação quanto pós-graduação (em especial as residências); a necessidade da educação continuada; e o fortalecimento da regulamentação e da fiscalização da profissão.

Segundo o CRM/PR o fato de o Brasil ser o primeiro do mundo em número de faculdades de medicina poderia ser “motivo de orgulho se não reunisse tantas contradições” (CRM/PR, 2006, p.10), principalmente a má formação oferecida

por muitas dessas faculdades e a elevada quantidade de profissionais lançados no mercado de trabalho – fato este que, ao contrário do que possa parecer, diminui o nível da assistência à saúde da população, sobretudo pela desvalorização profissional, a queda na remuneração e a necessidade dos médicos de terem vários vínculos de trabalho para compensar a má remuneração, o que pode gerar a perda da qualidade da atuação profissional.

Esta questão é também levantada pelos médicos que participaram de nossa pesquisa. Para os entrevistados este é um problema que precisa ser enfrentado pela categoria devido às conseqüências negativas para a profissão. Entre essas conseqüências destacam-se as seguintes: o aumento do número de profissionais médicos no Brasil não tem contribuído com melhores resultados na saúde da população, ou com a melhoria das condições de trabalho dos médicos, ou com uma melhor formação dos mesmos; também não tem contribuído com a melhoria dos serviços de saúde existentes no país; vem provocando uma diminuição crescente na remuneração dos médicos pelo excesso de profissionais no mercado, aumentando muito a concorrência entre os mesmos; gera uma concentração de médicos nos grandes centros urbanos, com escassez de profissionais nos estados menos desenvolvidos, municípios do interior e zonas rurais.

Os entrevistados afirmam, ainda, que em muitas faculdades de medicina, especialmente privadas, a formação é ruim e deficitária. Há pouca fiscalização e atuação do governo brasileiro sobre os cursos de medicina e o nível de qualidade ofertada. Estes entrevistados observam que os interesses políticos e financeiros se sobrepõem aos técnicos e científicos, porque a preocupação do governo brasileiro é com a quantidade de médicos e não com a qualidade dos mesmos.

Outra especificidade da formação médica é que os profissionais aprendem a realizar seu trabalho com extremo zelo aos princípios éticos da profissão, cuidando em não comprometer a imagem da mesma na sociedade. Segundo Almeida e Munõz (1998) a principal razão para que isso não se perca em meio às transformações pelas quais a medicina vem passando nas últimas décadas é o respeito ao Código de Ética Médica e o receio de transgredir os princípios da profissão, conforme preconiza o Conselho Federal de Medicina.

As bases que norteiam a formação dos médicos na atualidade – inclusive no Brasil – podem ser sintetizadas da seguinte forma: extrema disciplina e

dedicação aos estudos, necessidade de constante atualização técnico-científica, incorporação de inovações tecnológicas na prática profissional, senso de responsabilidade e dever que se traduzem no compromisso com a vida, e cumprimento do Código de Ética Médica.

A questão da formação médica surge, portanto, como um grande desafio a ser enfrentado, quer seja pelo governo (nas suas diversas instâncias: federal, estadual e municipal), quer seja pela sociedade civil, inclusive pelos próprios médicos enquanto categoria profissional através de seus órgãos representativos.

De acordo com Medici (1999) para superação desse desafio será necessário ir além do tradicional ensino da prevenção e cura que ainda preponderam na medicina ocidental, cuja fundamentação se encontra no modelo flexneriano (ABRAHAM FLEXNER – 1866-1959), que conjuga habilidade técnica e extrema especialização (incluindo sub-especializações). Este modelo teve forte influência nas escolas de medicina da América Latina a partir de 1910; nele se enfatizam a prestação de serviços à população, a pesquisa científica e o desenvolvimento tecnológico em hospitais universitários (desde aquela época centros de formação básica e continuada), cuja estrutura e funcionamento visam a ação sobre os indivíduos e suas doenças. Nas palavras do autor:

La medicina flexneriana instala un concepto según el cual el individuo es el lócus de la atención médica. Todos los servicios de salud se estructuraban bajo esa regla, lo que fortalecía la convicción de que salud era un proceso centrado en el individuo y no en el orden social, en la familia o en la comunidad (MÉDICI, 1999, p.94)

Contudo, para o autor, este modelo tecnicista e especialista já vem sendo modificado desde os anos 30. Trata-se de um movimento crescente no ensino médico que privilegia a chamada saúde coletiva, a qual integra saberes da epidemiologia, da imunização, da prevenção e da educação sanitária em prol da saúde da população como um todo.

El desarrollo de la epidemiología como disciplina teórica y práctica, los avances de la inmunización y de los estudios de prevención, así como la experimentación exitosa de procesos de educación sanitaria em la mejora del cuadro de salud de la población a partir de los años 30 fueron cambiando progresivamente ese concepto [...]. En los años sesenta comienzan a surgir en algunas facultades e medicina los departamentos de medicina comunitaria” (MÉDICI, 1999, p. 94).

Aborda-se ainda outros problemas que envolvem a formação dos médicos na contemporaneidade: a má qualidade existente em algumas faculdades, o grande incentivo dado por alguns professores à super-especialização e ao uso de técnicas e recursos caros e sofisticados, e o fato de que em muitos cursos de medicina os currículos ainda se baseiam no modelo flexneriano. Somam-se a isto a deficiência no sistema de avaliação dos cursos, tanto em nível de graduação quanto de pós-graduação, especialmente no que diz respeito ao nível de qualificação técnico-científica para o exercício profissional, como pode ser observado na passagem a seguir:

Incluso estando mal formados y mal evaluados em la Universidad, los estudiantes no reciben una adecuada evaluación de la calidad de su formación, sea en las pasantías o residencias, sea en los primeros empleos públicos que van a ocupar. Todo ese ciclo de mala formación es también apoyado y consagrado por una población que solamente ahora comienza a despertar en cuanto a sus derechos como consumidores y ciudadanos (MÉDICI, 1999, p.101).

Os problemas referentes à formação dos médicos no Brasil precisam ser considerados como conseqüência do movimento próprio da sociedade de classes, pois não se pode pensar a realidade social sem articulá-la com a totalidade do modo de produção capitalista. O trabalho médico se adequa à dinâmica do mercado e às políticas adotadas pelo Estado (o qual viabiliza os interesses do capital), perdendo a autonomia e o controle do processo de trabalho. Amaral (2004) cita o exemplo dado por Cordeiro (1984):

As condições concretas de inserção no atual mercado do trabalhador coletivo do complexo médico-empresarial e estatal ocorre contra suas expectativas de especialista imbuído de aspirações à prática autônoma da medicina. O médico é levado a exercer tarefas rotineiras, de atenção primária de caráter sintomático, onde se vale do medicamento e dos exames complementares de diagnóstico como uma estratégia de aumento de sua produtividade e de preservação da imagem de uma prática eficaz e embasada na ciência e na tecnologia (CORDEIRO, 1984, p. 118 apud AMARAL, 2004, p. 61).

Uma das grandes dificuldades apontadas pelos médicos entrevistados é conseguirem se manter atualizados e tecnicamente qualificados para acompanhar os avanços científicos e tecnológicos que imperam na medicina atual. A

maioria dos profissionais é mal remunerada, o que praticamente inviabiliza a participação frequente em cursos, congressos e eventos das áreas em que atuam, bem como dificulta a compra de livros atualizados, a assinatura de revistas científicas, de equipamentos e materiais compatíveis com as novidades que sempre surgem. A formação continuada na medicina é cara, tem custo elevado, e muitos profissionais não conseguem mantê-la.

Outro problema é a imensa quantidade de informações novas e de pesquisas científicas publicadas nas diversas especialidades médicas, e que são disponibilizadas quase que diariamente. Os médicos têm que buscar as novas informações, e filtrar aquelas que têm bons níveis de evidência científica e de recomendação, para oferecer aos seus pacientes todo o arsenal existente em termos de diagnóstico e de tratamento. Além disso, nem todos os profissionais já se familiarizaram com o uso de computadores e da internet para se auto-atualizarem, o que lhes impõe um nível ainda maior de dificuldade.

Todas essas questões remetem a um ponto fundamental da análise: neste mundo globalizado e altamente “desenvolvido”, exige-se uma qualificação permanente, e que corresponda às especificidades e exigências de cada setor. Propaga-se a cultura da eterna desqualificação, forçando os trabalhadores em geral, inclusive os médicos, a buscarem se adequar às constantes mudanças de suas profissões. Sob a perspectiva do pensamento de Marx, é justamente esse processo que permite o desenvolvimento de novas formas de exploração do trabalho para o fortalecimento do capital, especialmente quando se trata do trabalho assalariado e proletariado.

As atuais tendências ao assalariamento e à proletarização da medicina limitam ainda mais essas dificuldades apontadas. Quando se encontram nessa condição, os médicos têm que se submeter às condições de trabalho oferecidas por seus empregadores, em muitos casos limitadas, e a um patamar de remuneração insuficiente para investirem na formação continuada. Hospitais, clínicas e empresas em geral não costumam oferecer aos médicos contratados os meios adequados para se manterem atualizados, e nem mesmo incentivam a continuidade dos estudos em nível de pós-graduações, porque esperam deles apenas que desempenhem seu trabalho, e garantam sua produtividade.

Isto aparece nas respostas de nossos entrevistados quando falam da importância dos títulos de especialista, mestrado e doutorado para o mercado de

trabalho: a maioria dos profissionais considera fundamental ter uma especialidade porque é uma exigência do mercado, e os pacientes preferem ser atendidos por médicos especialistas, ao invés de generalistas. Além disso, é uma forma de garantir melhores condições de remuneração e de reconhecimento na sociedade. Porém, em relação ao mestrado e ao doutorado, são títulos que somente fazem diferença se for para atuação em carreiras acadêmicas.

Embora os empregadores não se esforcem para ajudar seus médicos contratados a se atualizarem, esperam que os mesmos assumam esta responsabilidade, que está inclusive contemplada no Código de Ética Médica, e invistam por si próprios.

Por outro lado, as grandes indústrias de equipamentos e os laboratórios de produção de medicamentos, diante de tal situação, financiam e divulgam pesquisas e informações científicas para facilitar a prática médica, e costumam contribuir financeiramente com os médicos “parceiros” para que participem de eventos de sua área. Em troca essas empresas esperam a comercialização de suas “mercadorias”.

A realidade profissional dos médicos no Brasil, portanto, e essa extrema exigência por qualificação e uso de recursos tecnológicos, é consequência do atual modelo econômico e político do país, o qual está em sintonia direta com o capitalismo mundial.

CONCLUSÃO

A medicina brasileira, acompanhando as tendências da medicina em todo o mundo, vem se transformando profundamente nas últimas décadas. A partir de 1960 alguns aspectos dessas transformações se tornaram tão significativos que começaram a ser objeto de inúmeros estudos no Brasil, especialmente em função das conseqüências para o trabalho médico.

Como reflexo da dinâmica capitalista do mundo contemporâneo a profissão médica se encontra hoje, no Brasil, organizada em função de três aspectos fundamentais: 1) o intenso desenvolvimento científico e tecnológico da medicina que vem exigindo dos profissionais uma constante adequação de suas práticas cotidianas e uma redefinição no modo como se organiza seu processo de trabalho, em função das inúmeras descobertas e quebra de paradigmas que surgem a cada dia; 2) a ação direta do Estado, com leis e políticas que regulamentam e regulam a profissão e seu mercado, e da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, que produzem o arsenal de recursos que são utilizados pelos profissionais; e 3) a busca de alternativas para que os médicos consigam se inserir e se manter no mercado de trabalho, que hoje é muito mais competitivo devido ao maior número de profissionais existentes, destacando-se o cooperativismo, a prestação de serviços e o assalariamento no setor público e privado.

A medicina brasileira, da mesma forma que outras profissões, se desenvolve enquanto ciência e profissão a partir dos interesses do grande capital, representado pelas poderosas indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos. Essas indústrias, apoiadas pelo Estado, funcionam como centros de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico, incentivando a disseminação da prática médica mercadológica que se apresenta hoje na sociedade. A utilização dos recursos produzidos por essas indústrias torna a medicina mais especializada e cara, ao mesmo tempo em que se expande uma cultura geral de consumo dos mesmos (medicamentos, aparelhos e recursos sofisticados para diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde da população), o que favorece a intensificação das relações de mercado que imperam no meio médico.

A incorporação de tecnologias na medicina exige dos profissionais uma permanente atualização de conhecimentos teóricos e práticos, bem como uma

constante adequação de seu processo de trabalho. O mercado de trabalho na medicina é altamente tecnificado e especializado, e os saberes são fragmentados. Com isto os médicos estão perdendo o controle de todo o processo e a autonomia na sua relação com o mercado da profissão e com a própria clientela, o que compromete o reconhecimento social e valorização da profissão no país por parte das diversas instâncias da sociedade, inclusive a população.

Embora respaldados pelo Código de Ética Médica, pelos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, as Associações Médicas e demais instituições de defesa da categoria, os médicos vêm enfrentando uma série de problemas que a cada dia se agravam mais devido ao atual contexto da sociedade de classes. Algumas questões destacam-se e precisam ser consideradas. Sob a influência do capitalismo internacional, diversas mudanças ocorreram nas esferas da economia, da política e da cultura no Brasil. Diante deste cenário a medicina teve que se reconfigurar, da mesma forma que as demais profissões existentes, mas com particularidades.

Dentre todas essas mudanças destacam-se a crescente tendência ao assalariamento, tanto no setor público quanto no privado, e a proletarização da profissão como decorrência da exploração da força de trabalho dos médicos por empresários (da saúde ou não) que buscam produtividade e lucratividade em seus negócios.

Os profissionais que se assalariam são obrigados a aceitar as condições oferecidas por seus empregadores, as quais nem sempre lhes asseguram os melhores meios para realizar a prática profissional. Têm que trabalhar muito, e sua remuneração em geral permanece aquém de suas necessidades e interesses. Quando são assalariados na iniciativa privada os médicos podem se transformar em trabalhadores proletários, caso sua prática se realize de forma produtiva e valorizadora do capital que não lhes pertence.

Sob a interferência direta do Estado, os médicos começaram a perder sua condição de trabalhadores essencialmente liberais, e passaram a buscar alternativas de sobrevivência no mercado de trabalho, destacando-se o assalariamento e a prestação de serviços em setores públicos e privados, o cooperativismo, e o trabalho em consultórios e clínicas particulares, onde se vinculam a convênios e planos de saúde, uma vez que a clientela particular se torna cada vez mais escassa. No entanto, os médicos estão procurando principalmente o

trabalho assalariado para garantir uma certa segurança e estabilidade financeira, devido às inúmeras dificuldades enfrentadas no mercado.

Um aspecto relevante da profissão na atualidade é que os médicos brasileiros, em sua grande maioria, dedicam-se a diversos vínculos de trabalho ao mesmo tempo, mesclando a condição de assalariados, prestadores de serviços e proprietários de consultórios ou clínicas. Por este motivo evidencia-se um elevado nível de desgaste profissional. É comum encontrar profissionais trabalhando uma média de doze a dezesseis horas por dia, ou até mesmo vinte e quatro horas seguidas (plantonistas), submetendo-se a condições de trabalho aviltantes e valores de remuneração cada vez menores. A atuação concomitante em vários locais de trabalho é considerada pela maioria como a única maneira de garantir um melhor padrão de renda, ainda que isto represente prejuízo da própria saúde e perda da qualidade de vida.

Em alguns casos encontram-se médicos atuando também como empresários capitalistas (proprietários de empresas de saúde), que contratam a força de trabalho de outros profissionais, inclusive médicos, em uma relação tipicamente capitalista. São médicos que possuem a propriedade dos meios de produção, como os recursos e equipamentos necessários ao atendimento da clientela, deixando o trabalho ser executado pelos profissionais contratados. Mas estes representam uma pequena e privilegiada parcela da categoria – os médicos que enriquecem com a profissão.

Na condição de proprietários de consultórios e clínicas, os médicos se vêem obrigados a se vincular a convênios e planos de saúde, o que reflete uma característica marcante do mercado de saúde na atualidade: os serviços de saúde em geral e o aporte tecnológico disponível encarecem a medicina, tanto em termos de recursos diagnósticos ou terapêuticos, e a grande massa da população não dispõe de condições financeiras suficientes para pagar honorários particulares, valendo-se desses meios para conseguir o acesso à saúde, seja através do Sistema Único de Saúde (SUS) ou das empresas operadoras de saúde que atuam no segmento privado.

Entretanto, a grande maioria dos profissionais enfrenta hoje desafios comuns às demais profissões: lutam para conseguir se inserir e se manter no mercado de trabalho; têm dificuldade de garantir um bom nível de renda; e deparam-se com uma concorrência acirrada, principalmente nos centros urbanos maiores, em

função do aumento expressivo do número de médicos que se formam anualmente no país e que preferem atuar nesses locais.

É clara a preferência dos médicos por atuarem nos centros maiores e mais desenvolvidos, onde se encontram melhores recursos para a formação e atuação profissional, bem como para a assistência à saúde da população. Há um grande receio entre os profissionais em atuar nos locais onde os recursos para a assistência à população são deficientes, o que é bastante comum nas regiões mais pobres e distantes. Os médicos assumem uma grande responsabilidade sobre a saúde e a vida de seus pacientes, e para tanto necessitam se assegurar com meios adequados a fim de não correr riscos de ter que responder na justiça caso haja prejuízos à pessoa atendida.

Outra particularidade do trabalho médico no Brasil diz respeito ao aumento expressivo do número de faculdades de medicina, principalmente privadas, que vêm ampliando desenfreadamente a oferta de vagas na profissão, gerando um grande número de médicos jovens e recém-formados, que acabam se sujeitando a trabalhar sob condições pouco adequadas e baixa remuneração. Além disso aumenta a cada ano a quantidade de mulheres nas diversas especialidades da medicina, o que vem modificando o perfil da profissão no Brasil – fato que pode refletir em uma maior desvalorização da profissão no futuro, a exemplo do que ocorreu com outras profissões, como a educação.

Os médicos se encontram no meio de duas instâncias poderosas, sobre as quais não conseguem ter nenhum controle: de um lado o governo, e de outro o grande capital vinculado ao setor da saúde, sobretudo a indústria farmacêutica e de equipamentos. A categoria, ainda que respaldada pelos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, Associações Médicas, Sindicatos e Sociedades de Especialidades, não consegue se manter unida em defesa de seus interesses, subordinando-se aos interesses desses dois agentes. Não existe uma mobilização ampla entre os médicos do país, sobretudo porque se distanciam em ilhas de especialidades, cada qual procurando defender interesses específicos.

Neste sentido torna-se evidente a necessidade de se aprofundar os conhecimentos sobre a realidade do trabalho médico no Brasil, suas variáveis e desdobramentos, a fim de melhor compreender o atual contexto da profissão, e propor ações que permitam o fortalecimento da categoria na defesa de seus ideais e interesses.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. de; MUNÕZ, D. R. O princípio e as razões do segredo médico. *Revista IMESC*. Nº 1. Dez/1998. Disponível em: www.imesc.sp.gov.br/rev1f.htm

ALVES, G. *Trabalho e mundialização do capital: a nova degradação do trabalho na era da globalização*. Londrina: Práxis, 1999.

AMARAL, A. M. O. R. *Medicina e Capital: um estudo do trabalho médico em Araraquara*. Tese (Doutorado em Sociologia). Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara da Universidade Estadual de São Paulo. Araraquara, 2004.

ANTUNES, R. L. C. *Adeus ao trabalho?* São Paulo: Cortez, 1995.

BERTERO, A. P. A. Prostituição: uma forma de trabalho. Dissertação. UNESP: Araraquara, 1991.

BERTERO, J. F. *Os novos proletários do mundo na virada do século*. Textos, nº 01, Londrina: UEL, Departamento de Ciências Sociais, 2002.

_____. O advento da sociedade pós-industrial. In: ANGELI, J. M. (org). *Emprego, renda e formação profissional no capitalismo contemporâneo*. Londrina: Gráfica Editora, 2004.

BONELLI, M. G. *A classe média: do milagre à recessão*. Campinas: IDESP/Unicamp, 1989

BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista*. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1974, 1987.

CAMPOS, G. W. S. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1988.

CHESNAIS, François. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996.

_____. A emergência de um regime de acumulação mundial predominantemente financeiro. In: *Praga – Estudos Marxistas*. N.3. São Paulo: Hucitec, 1997.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Disponibilizado na internet pelo site www.psiquiatriageral.com.br/educacaomedica/etica_medico, em agosto de 2006.

Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM Nº 71/2001. Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná. 23(89), 2006. p. 38-39.

Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM/PR). Estatísticas CRM-PR. Novembro de 2005. Disponível na internet: www.crmpr.org.br

_____. *Relação de médicos ativos inscritos no CRM/PR no município de Londrina segundo obtenção de título de especialista*. Informações obtidas no mês de dezembro de 2005 e confirmadas no mês de março de 2006. Protocolo CRM/PR nº 013727/05.

_____. *Relação de médicos ativos inscritos no CRM/PR no município de Londrina (total, segundo sexo e especialidade, e quantidade de empresas de saúde registradas)*. Informações obtidas no mês de dezembro de 2005 e confirmadas no mês de março de 2006. Protocolo CRM/PR nº 013727/05.

_____. Informativo do CRM / PR. Ano IX. Nº 71. jan-mar/2006.

CORDEIRO, H. A. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. Apud: AMARAL, A. M. O. R. *Medicina e Capital: um estudo do trabalho médico em Araraquara*. Tese (Doutorado em Sociologia). Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara da Universidade Estadual de São Paulo. Araraquara, 2004.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

_____. ; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. 2ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

FERRAZ, M. B. A remuneração do trabalho médico. In: GOULART, F. A.de A.(org). *Os médicos e a saúde no Brasil*. Brasília: CFM, 1998.

FREIDSON, E. *La profesión médica*. Barcelona: Península, 1978. Apud: RIBEIRO, J. M.; SCHRAIBER, L. B. A autonomia e o trabalho em medicina. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 10 (2); 190-199. abr/jun, 1994.

Gestão em saúde. *Revista do Instituto da Gestão em Saúde*. Ano I. nº 3. Curitiba, setembro/2004.

GORZ, A. *Adeus ao proletariado*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1993.

HOGARTH, M. E.; SABBATINI, R. M. E. Informática e a medicina do século XXI. In: *Revista de Informática Médica*. Ano 1. nº 2. Campinas: Unicamp, 1998 (p.3-7).

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – *População estimada em 2005*. Disponível em: www.ibge.gov.br - IBGE Cidades.

Informativo do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Ano IX. Nº 71. jan-mar/2006.

Jornal de Londrina. Caderno Geral/Economia, p.9. Segunda-feira, 8 de maio de 2006.

LAÍN ENTRALGO, P. La medicina hipocratica. Madrid: Alianza, 1982. Apud: RIBEIRO, J. M.; SCHRAIBER, L. B. A autonomia e o trabalho em medicina. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 10 (2); 190-199. abr/jun, 1994.

LARSON, M. S. The rise of professionalism: a sociological analysis. Berkeley: University of California, 1977. Apud: RIBEIRO, J. M.; SCHRAIBER, L. B. A autonomia e o trabalho em medicina. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 10 (2); 190-199. abr/jun, 1994.

LOJKINE, J. *A revolução informacional*. São Paulo: Cortez, 1995.

MACHADO, M. H. (coord). *Perfil dos médicos no Brasil*. Relatório Final. v.1. (Geral). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____ (coord). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

MAFFI, B. In: MARX, K. *Capítulo VI Inédito de O Capital*. São Paulo: Moraes, 1985.

MANDEL, E. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Abril Cultural, 1982 (Coleção “Os Economistas”).

MARX, Karl. *Manifesto Comunista*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

_____. *Elementos fundamentales para la crítica de la economía política (borrador)*. 1857-1858. n.1. México: Siglo Veintiuno Ed., 1971.

_____. *Grundrisse (I)*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 1971.

_____. *Introdução à contribuição à crítica da economia política*. Para a crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1974a (Coleção “Os Pensadores”).

_____. *Miséria da Filosofia*. Porto: Publicações Escorpião, 1974b

_____. *O Capital*. Livro I. Volume II. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

_____. *O Capital*. Livro I. Capítulo VI (inédito). São Paulo: Livraria Editoria Ciências Humanas, 1978.

_____. *O Capital*. Livro Primeiro. v.1. 5ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

_____. *Para a crítica da Economia Política / Salário, preço e lucro / O rendimento e suas fontes*. São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Coleção “Os Economistas”).

_____. *O Capital*. v.1, tomo 1; v.1, tomo 2. São Paulo: Abril Cultural, 1984 (Coleção “Os Pensadores”).

_____. *O Capital*. v.1. tomo 2. São Paulo. Abril Cultural, 1984 (Coleção “Os Economistas”)

_____. *O Capital*. Tomo I. Prefácio à primeira edição alemã / Posfácio à segunda edição alemã. 2ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

McKINLAI, J. B.; ARCHES, J. Hacia la proletarización de los médicos. Traducido de *International Journal of Health Services*. 15(2): 161-195, 1985.

MEDICI, A. C. Los desafios de la formación médica en el próximo siglo. *Cuadernos Médico Sociales*. 76: 93-105, 1999.

MELEIRO, A.M.A. S. *O médico como paciente*. São Paulo: Lemos, 2001.

NAPOLEONI, C. *Lecciones sobre el capítulo sexto* (inédito) de Marx. México: Col, 1976.

_____ *Lições sobre o capítulo VI* (inédito) de Marx. São Paulo: Lech, 1981.

NOGUEIRA, R. P. Características econômicas da medicina liberal. *Educ. Med. Salud*, vol.25, nº.2, 1991.

OLIVEIRA, F. O terciário e a divisão social do trabalho. *Estudos Cebrap*, n.24. São Paulo: Vozes, s/d.

_____ *Classes sociais em mudança e a luta pelo socialismo*. São Paulo: Perseu Abramo, 2000.

Prefeitura do Município de Londrina (PML). Listagens do Cadastro Mobiliário (ISS) obtidas junto à Secretaria da Fazenda referente aos seguintes ramos de atividade: 1) Médicos / Pessoa Física; 2) Consultórios Médicos e Clínicas em geral; 3) Hospitais, Casas de Saúde e Pronto-Socorros; 4) Clínicas de Radiologia e Radioterapia; 5) Clínicas de Ultrassonografia; 6) Outros estabelecimentos de saúde não especificados. Abril de 2005. Nº do documento: 02.660.695-09-01.

RIBEIRO, J. M.; SCHRAIBER, L. B. A autonomia e o trabalho em medicina. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 10 (2); 190-199. abr/jun, 1994.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____ *O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 11 (1): 57-64, jan/mar, 1995.

SWEEZY, P. M. *Teoria do desenvolvimento capitalista*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

TAUILE, J. R. *Para (re)construir o Brasil contemporâneo: trabalho, tecnologia e acumulação*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2001.

TEIXEIRA, F. J. S.; OLIVEIRA, M. A. (org.) *Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho*. 2ed. São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1998.

TOMAZI, Z. F. T. *Da medicina liberal à medicina previdenciária*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 1985.

_____. *Saúde e Estado Brasileiro*. São Paulo: Global, 1986.

Universidade Estadual de Londrina (UEL). Dados fornecidos pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPPG), em março de 2006.

_____. Dados fornecidos pela Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD), em abril de 2006.

VAN DE VEN, P. M. M. Reformas de la atención médica orientadas al mercado: tendencias y opciones futuras. In: *Cuadernos médico sociales*, 74: 61-78, 1998.

WOLFF, S. *O espectro da reificação em uma empresa do setor de telecomunicações: o processo de trabalho sob os novos parâmetros gerenciais e tecnológicos*. Universidade Estadual de Campinas. Tese. Campinas, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta-Convite distribuída aos médicos com objetivo de selecionar a amostra da pesquisa



CARTA-CONVITE

Ao Dr.....
Nesta.

Venho por meio desta convidá-lo a participar de minha pesquisa de mestrado que tem como objeto de estudo o trabalho médico na cidade de Londrina/PR, na qualidade de **entrevistado**, esclarecendo que seu nome me foi sugerido por indicação de pessoas que o conhecem (a entrevista deve durar aproximadamente 30 minutos e, se for de seu consentimento, será gravada para facilitar a recuperação dos dados).

Trata-se de um projeto vinculado ao Curso de Mestrado em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina (UEL), que tem como orientador o professor Dr. José Flávio Bertero de Souza.

Esclareço que esta pesquisa se justifica devido ao fato de que diversos estudos já realizados no Brasil têm mostrado que a medicina vem se transformando nas últimas décadas, produzindo conseqüências nem sempre favoráveis para os profissionais e para a saúde da população como um todo. Desta forma, pretendo identificar o que pensam os médicos da cidade de Londrina/PR a esse respeito, contribuindo com o debate atual.

Antecipadamente, agradeço.

OBS: Aguardo retorno, se possível, até o dia....., através do telefone.....

Giane Albiazzetti

Psicóloga e Cientista Social
Mestranda em Ciências Sociais
Universidade Estadual de Londrina

Londrina/PR, de..... de

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Pós-Informação**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

A - "Avaliação do perfil do trabalho médico na cidade de Londrina - PR"

B - Responsáveis pelo Estudo:

Giane Albiazzetti*

Prof. Dr. José Flávio Bertero**

* Mestranda em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Londrina (UEL)

** Orientador e docente de Pós-Graduação (Curso de Mestrado em Ciências Sociais) da Universidade Estadual de Londrina (UEL)

C – INSTITUIÇÃO: Universidade Estadual de Londrina (UEL)

D - DADOS DO ENTREVISTADO:

NOME: _____

DN: ___/___/___ SEXO: () M () F NATURALIDADE: _____

CRM: _____ RG: _____

D - JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA:

Diversos estudos realizados no Brasil mostram que o trabalho médico vem se transformando nas últimas décadas, a exemplo do que ocorre em outras profissões. A presente pesquisa visa identificar o que pensam os médicos da cidade de Londrina – PR a respeito de sua profissão e as características inerentes a esse processo.

“Autorizo a utilização das informações por mim fornecidas, com o fim específico de análise sociológica para esta dissertação, desde que resguardado o sigilo das mesmas e, em hipótese alguma, a divulgação de meus dados pessoais e identificação de minhas opiniões. Entendo que todos os resultados da pesquisa (sem exceção) são informações estritamente confidenciais e restritas aos estudos do Curso de Mestrado em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina (UEL), na figura da mestranda Giane Albiazzetti, RG: 4.417.305-0 - SSP/PR e CPF: 694.724.919-87, e que nenhuma dessas informações será usada contra a minha pessoa, ou para outros fins, sem que haja prévia autorização.”

Esse documento é verdadeiro e dou fé.

Nome completo do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____

APÊNDICE C – Questionário utilizado como roteiro para as entrevistas

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM MÉDICOS

- 1) Instituição e ano em que se formou em medicina:_____
- 2) Especialista? Em que área(s)?_____
- 3) Por que a escolha pela profissão de médico? () Pais ou parentes médicos () Influência familiar
() Idealismo () Mercado de trabalho () Remuneração () Status social e profissional
() Outros_____
- 4) Suas expectativas iniciais em relação à profissão de médico se concretizaram?
() Sim_____ () Não_____ () Outros_____
- 5) No Brasil, ser um médico generalista, especialista, ter mestrado ou doutorado, fazem diferença no mercado de trabalho?
() Sim. Por quê?_____ () Não. Por quê?_____
- 6) Por que a escolha por atuar em Londrina? () Mercado de trabalho () Porte da cidade
() Proximidade da família () Expectativas de boa remuneração
() Proximidade de centros formadores / possibilidade de constante qualificação profissional
() Outros_____
- 7) Vínculos de trabalho atuais:
() Consultório/clínica própria () Hospital público () Hospital privado
() Cooperado da Unimed () Credenciado de planos de saúde
() Funcionário de serviço público () Funcionário de serviço privado
() Outros_____
- 8) Além da medicina, exerce outra profissão? () Não () Sim. Qual? Por quê?_____
- 9) Estudos recentes têm mostrado, no Brasil, um aumento no número de médicos assalariados em relação aos médicos autônomos. O que pensa sobre essa tendência ao assalariamento dos médicos em nosso país, e suas conseqüências no aspecto pessoal e profissional dos mesmos?
() Contribuiu positivamente, porque_____ () Contribuiu negativamente, porque_____
() Ambos, porque_____
- 10) Considerando o mercado de trabalho atual, qual sua opinião sobre o papel das cooperativas médicas?
() Imprescindível, porque_____ () Apenas uma alternativa, porque_____ () Outros_____
- 11) Constantes inovações tecnológicas e informática aplicadas à medicina. Como você vê isso?
() Necessário_____ () Inevitável_____ () Um problema para os médicos_____
() Outros_____
- 12) Em pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), foi apontado um aumento expressivo de mulheres e de profissionais jovens na medicina nos últimos anos, modificando o perfil da profissão no Brasil. O que pensa sobre isso?
() Contribuiu com a profissão () Prejudicou a profissão () Outros_____

13) Esta mesma pesquisa mostra um crescente número de faculdades de medicina no Brasil (públicas e privadas), elevando a quantidade de profissionais no mercado. Qual sua opinião?

- Contribuiu com a melhoria dos serviços de saúde oferecidos à população?
() Sim____ () Não____ Por quê?_____
- Contribuiu com melhores resultados na saúde da população?
() Sim____ () Não____ Por quê?_____
- Contribuiu com uma melhor formação dos médicos?
() Sim____ () Não____ Por quê?_____
- Contribuiu para a melhoria das condições de trabalho dos médicos?
() Sim____ () Não____ Por quê?_____

14) Quanto ao reconhecimento e valorização dos médicos no Brasil atualmente...

() Existem____ () Não existem____ () Outros_____

15) Sobre as atuais políticas e legislações ligadas à medicina no Brasil...

() Têm contribuído com a profissão () Têm prejudicado a profissão () Outros_____

16) Como vê o atual momento da medicina no Brasil?

() Positivamente____ () Negativamente____ () Outros_____

17) E quanto ao futuro da profissão em nosso país?

() Tende a melhorar () Tende a piorar () Outros_____

18) Já pensou em desistir de ser médico e ter outra profissão? Por quê?

() Não____ () Sim____ () Outros_____

19) Outras considerações a respeito do trabalho médico_____

APÊNDICE D – Trechos das entrevistas realizadas com os médicos

Concretização das expectativas iniciais em relação à profissão:

“Não exerço a minha especialidade plenamente como eu gostaria” (E1)

“Saúde depende muito mais de política do que da própria medicina. Então são coisas que a gente às vezes se decepciona. Não depende só do médico, depende da política de saúde” (E2)

“Em termos sim, em termos não. Sim, porque tem idealismo, por gostar. Não, pela má remuneração. Os convênios não pagam bem” (E9)

“Eu pensei que, como médico, eu ia curar pobre, eu ia salvar o mundo. Nada disso. O médico é simplesmente um produto do sistema capitalista (...). O neoliberalismo absorveu a medicina e a transformou num produto” (E14)

“A remuneração, que mudou muito nos últimos vinte anos na medicina, mudou pra pior (...). Fazia-se idéia de que se poderia ganhar dinheiro – não que tenha sido a motivação inicial, mas de qualquer forma fazia-se idéia de que poderia ganhar muito dinheiro – e hoje o médico não ganha muito dinheiro, com algumas exceções” (E15)

“Quando você escolhe uma especialidade, você não tem idéia dos desdobramentos que tem cada especialidade: trabalhar no final de semana, de madrugada, receber quarenta, cinquenta ligações todo dia e ter que dar retorno” (E18)

c) Importância dos títulos de especialista, mestrado e doutorado para o mercado de trabalho:

“O médico especialista é melhor remunerado, tem condições de trabalho melhores” (E1)

“Os pacientes que não sabem que eu sou especialista não dão o mesmo reconhecimento daqueles que sabem” (E1)

“O especialista ainda é o mais valorizado (...) porque cada vez mais o enfoque tem sido na doença do que na saúde (...). Então o especialista ainda é mais valorizado do que o generalista” (E2)

“Eu conheço colegas de trabalho que fizeram mestrado, doutorado, e têm uma situação como a nossa, de médico generalista, trabalhando como generalista (...), talvez por dificuldade de entrar no mercado de trabalho (...). Aqui em Londrina tem muito disso, tem muitos médicos que se fecham (...) e não deixam ninguém mais entrar, a não ser que eles queiram. Então, hoje em dia eu não vejo na prática médica nenhuma vantagem em se ter um estudo mais aprimorado dentro da medicina” (E4)

“No Brasil é importante ter um título de especialista, mas principalmente uma formação bem feita – é mais importante, inclusive, do que o próprio título. Já o mestrado e o doutorado eu não sinto que façam diferença no mercado de trabalho” (E5)

“Se você não tiver uma especialidade dificilmente você progride dentro da medicina. Tanto na parte pessoal como financeira” (E7)

“Depende do lugar onde se está (...). Em Londrina é preciso ter especialidade” (E9)

“Vejo que tem muitas instituições do governo, algumas universidades, instituições que dão muita importância pros títulos e pros papéis. Sem dúvida nenhuma que os títulos são importantes, você precisa se aprimorar cada vez mais, mas isso não é tudo (...). Atuei também dentro da universidade (...) então tive a oportunidade de ver (...) pessoas que eu chamo de profissionais do papel, que têm habilidade de desmembrar trabalhos, de fazer projetos, muitas coisas que ficam só no papel, mas na prática não mudam nada, não trazem benefício nenhum. Eu faço essa crítica a esses títulos (...). Há sim uma importância muito grande pro papel e isso acaba gerando alguns erros” (E15)

“Ser especialista não acrescenta nenhum tostão no salário de ninguém. A gente vê doutores ganhando uma miséria” (E16)

“Você tem que ser hoje realmente um especialista (...). Você tem que ter a especialidade senão o mercado de trabalho fica bastante restrito” (E18)

“Em relação a mestrado e doutorado, pro mercado de trabalho não faz diferença nenhuma (...) no dia-a-dia do consultório. Só faz diferença se você quiser seguir carreira acadêmica (...). Mas ainda é mais vantajoso ser plantonista do que docente (...). O paciente não vai em você porque você fez mestrado ou doutorado” (E18)

A escolha por atuar como médico em Londrina:

“Eu ainda estou em Londrina e pretendo permanecer, mas no futuro com condições melhores do que estou hoje” (E1)

“Londrina está bastante saturada (...) a concorrência é muito grande. Talvez pelo porte da cidade todos querem concentrar aqui (...). Você não encontra condições ideais pra atuar” (E2)

“Eu acabei vindo trabalhar em Londrina pela possibilidade de trabalho. O mercado de trabalho que me trouxe para cá” (E5)

“Vim prá cá para estudar e realmente gostei da cidade. Adorei Londrina” (E13)

“Quando eu me formei (1983), Londrina já recebia melhor quem tinha residência. Como eu tinha só pós-graduação, então eu fui trabalhar em uma cidadezinha do interior do Paraná (...). Quando a gente vai para o interior, a gente se sente

desamparado (...) porque funciona muito precário: falta hospital, falta médico, falta centro de qualificação, falta amparo legal. Isso foi um dos motivos que eu voltei prá cá” (E14)

“Meu pai era médico (...), então eu tive uma série de facilidades” (E15)

“Na época (1973) Londrina dava muito mais oportunidades ao indivíduo que estava iniciando do que hoje, se for comparar. E hoje tem muito mais médico (...). O mercado foi se estreitando para uma cidade de porte médio como a nossa” (E17)

“Eu nasci em Londrina, sempre morei em Londrina, e nunca quis fazer faculdade fora. Na minha época (1990) a faculdade de medicina de Londrina era bastante respeitada a nível de Brasil (...). Então eu nunca quis fazer em outro local” (E18)

Vínculos de trabalho:

“Atuo tanto como especialista quanto generalista. Numa clínica de terceiros presto serviços, e é o melhor vínculo que tenho. Lá atuo plenamente na minha especialidade” (E1)

“Sou assalariado em empresa privada (período integral) e em hospital público (plantonista). Por enquanto mais nada. Nem daria pra trabalhar mais porque não tem mais horário. Se eu trabalhar de domingo minha família não vai me reconhecer quando eu chegar em casa” (E3)

“Eu só trabalho no consultório (...) Tenho uns convênios que eu sou obrigado a ter (...), o resto é tudo particular (...) Não sou assalariado. Trabalho só prá mim mesmo” (E7)

“Sou cooperado da Unimed e credenciado de vários planos de saúde. Hoje realmente a gente precisa ter vários convênios (...) A medicina particular inexistente, praticamente. É uma parcela muito pequena que paga particular (...) Então a medicina se pauta hoje pelos convênios” (E8)

Assalariamento dos médicos no Brasil:

“Em Londrina o salário do médico não é bom” (E1)

“Hoje, praticamente, o médico está nas mãos de convênios. Não tem mais paciente particular, é muito raro. E cada vez mais, então, você fica submetido a essas determinadas regras estabelecidas pelos convênios, e o médico se sente nas mãos deles. E, além disso, o médico procura a segurança de manter um salário, recorre a concursos públicos, às vezes até privados, pra manter um fixo, pra ele se manter, ter uma coisa segura. E depois ele faz algumas outras atividades autônomas pra complementar a sua renda” (E2)

“Tem mais médicos assalariados hoje em dia do que autônomos” (E3)

“Tem que pagar luz, telefone, secretária, material, e outras coisas. Então não compensa hoje em dia o consultório particular (...) A grande maioria de pacientes

tem convênios, e convênio paga pouco. O paciente particular, hoje em dia, é uma coisa rara” (E3)

“A tendência é ter mais médicos assalariados do que autônomos (...) porque a renda pessoal dos pacientes caiu muito (...) A dificuldade financeira fez migrarem dos planos de saúde, dos consultórios particulares, para o serviço público” (E4)

“A grande maioria dos médicos via o serviço público como um bico, um ganho extra, e o grosso do ganho seria o consultório particular ou conveniado (...). Hoje não. Os médicos que migraram para o serviço público sabem que a maior fonte de renda é essa (...). Eu conheço vários profissionais que fizeram essa migração, passaram de consultórios particulares, diminuíram bastante o tempo lá, prá se dedicar ao serviço assalariado” (E4)

“É uma ilusão o salário (...) A aposentadoria do médico é o consultório dele, é a clientela que ele faz, isso é pro resto da vida (...) Não acredito num emprego pro médico. Acho que o médico tem que ter consultório próprio” (E7)

“Será que os médicos sendo assalariados vão ter condições de fazer cursos e mais cursos?” (E8)

“O médico deve ganhar bem porque lida com vidas. É uma profissão muito desgastante. Mas, geralmente, ganha-se mal no Brasil. No Brasil o médico é obrigado a atender, e nem sempre ganha por isto. É como se fosse um trabalho escravo quando se faz plantões nos hospitais. Você é obrigado a atender e não importam as condições ou se você não vai ser remunerado” (E9)

“O médico precisa de um tempo para se adequar, se atualizar. Isso não é contemplado nesses serviços assalariados, porque é exigido um horário de serviço grande, não existe espaço para atualizações científicas (...). Tanto é que foi pensado e vai se começar a exigir que o médico faça uma revalidação do título (...) Todas as especialidades, inclusive generalistas” (E10)

“Trabalhar por convênios também é ser assalariado” (E11)

“Ideologicamente pode parecer negativo, mas do ponto de vista prático, para a segurança econômica do médico, acho que a questão do salário, do médico assalariado, de certa forma contribui positivamente” (E12)

“A grande maioria vai partir para um trabalho assalariado, por não ter condições. Os que saem com condição prá montar consultório é que normalmente já têm um poder aquisitivo melhor, ou a família já tem. Hoje em dia é bem mais difícil” (E13)

“É uma exploração de médico explorando médico” (E14)

“Como que médico ganha emprego aqui em Londrina? Tem que ir pra prefeitura primeiro. Então tem médico aqui em Londrina que só faz prefeitura – não tem a residência, ganha de quatro a seis mil reais por mês, não vai conseguir ascender aos grandes hospitais de Londrina porque não tem a qualificação necessária (...). Tem um segundo tipo de médico que vai fazer uma residência, vai ficar dando

plantões em alguns lugares de vez em quando, vai dividir o consultório com outros médicos, e vai ganhar em torno de quatro a seis mil reais por mês, com vários empregos (...) É assim que Londrina está hoje. E tem aquele médico que tem mais ambição. Esse vai entrar no mercado de trabalho aos vinte e oito, trinta anos de idade (...), ele conhece todo mundo, vai ter a melhor parte dos convênios e vai ser mais respeitado” (E14)

“Quanto mais o médico concentrar – isso é oferta e procura, a relação capital-trabalho – a tendência é assalariar (...). Acontece o seguinte em Londrina, hoje o mercado está assim: a pessoa sai da residência e não consegue emprego” (E14)

“O médico se sujeita a isso porque ele está precisando mesmo. Acho uma pena que isso esteja acontecendo, mas é uma realidade que é irreversível, não tem mais jeito” (E15)

“Profissional liberal é uma utopia entre nós. São poucos” (E16)

“Trinta anos atrás você tinha um período de três anos pra se firmar dentro de um consultório particular. Hoje não se firma por causa do mercado. E o gasto que se tem é tão grande que o médico vai ter que trabalhar em outras coisas pra ele poder sustentar um consultório” (E17)

“A gente percebe o seguinte: que realmente hoje a maior parte dos médicos tem que manter dois, três ou mais vínculos, às vezes empregatícios, pra poder fazer uma certa renda no final do mês” (E18)

Cooperativas médicas:

“As cooperativas são muito fortes: ou você tem ou você não tem. Dá uma enorme diferença no movimento do consultório (...). Sem ela você não cresce” (E1)

“Quando elas começam a ficar muito grandes acabam interferindo no mercado de trabalho e atrapalhando. Se por um lado elas ajudam a regular, por outro elas tiram a liberdade do trabalho médico” (E5)

“Tende a uniformizar os médicos (...). É desestimulante para quem está no topo da pirâmide, quem investe muito em medicina, porque o trabalho é remunerado igualmente (...). Penaliza quem investiu muito e precisa investir” (E10)

“A cooperativa surgiu como uma alternativa em que você teria o consenso médico. É uma cooperativa de trabalho para garantir a valorização do trabalho médico. O problema das cooperativas é que, pela própria sobrevivência, têm que entrar nas regras de mercado (...). Funcionam como uma empresa” (E11)

“Tem especialidades em Londrina que têm uma reserva de mercado violenta. Eles não vão abrir. Pessoas que têm capacidade intelectual, capacidade científica, não têm emprego em Londrina, não têm colocação nos hospitais (...). Não deixam os novos médicos que têm mestrado e doutorado chegar aqui, porque, é claro, reserva pura e simples de mercado (...). Travam na cooperativa. Travam nos hospitais” (E14)

“A cooperativa foi criada para dar trabalho ao médico, dar condições dignas de trabalho ao médico. Desde que ela não saia dessa linha está cumprindo seu papel” (E15)

“A cooperativa está aí pra regular o mercado (...). A cooperativa tem isso, ela faz um padrão de atendimento, de pagamento, que acaba servindo de modelo pras outras operadoras” (E15)

“A cooperativa é do médico, tem que atender bem o médico, tem que proporcionar trabalho de forma ética pro médico” (E15)

“As cooperativas têm a capacidade de lutar pelos médicos, por um lado, e por outro faz-se um achatamento do ganho do médico, chegando próximo ao SUS (...). No fim você não ganha aquilo que é esperado (...). Vão oferecendo planos que depois, às vezes, não têm condições de cumprir” (E17)

Tecnologias e informática na medicina:

“Tem inovações tecnológicas que são essenciais pra uma melhora da qualidade de vida, pra um aumento da sobrevida” (E4)

“O exame físico, a história clínica, sempre foram soberanos a qualquer procedimento complementar de exame, sempre. A anamnese, o exame físico, foram sempre a tônica de qualquer diagnóstico” (E4)

“Muitas clínicas compram esses aparelhos de última geração e eles têm que pagar esses aparelhos. E pra pagar o que eles têm que fazer? Exames, vários exames. Às vezes exames desnecessários (...) que fazem um monte de coisa sem necessidade nenhuma. Então, muito das inovações que a gente tem, tecnológicas, são usadas abusivamente” (E4)

“Equipamentos eletrônicos e informática (...) tá tendo muitas transformações, e essa mudança é inevitável. E é um problema para os médicos que não estão acostumados. A gente vê que tem muito médico que não tem noção nenhuma de informática” (E5)

“Hoje está se dando muito valor a equipamentos, aparelhos, exames (...). Hoje está se valorizando pouco o conhecimento e bastante a tecnologia (...). Tem doença que não precisa de exame nenhum, mas os próprios médicos que trabalham por convênios só sabem ver exame” (E6)

“De tanto valorizar exames o médico não sabem nem... Vamos supor, pede uma ressonância magnética e ele não vê a chapa, ele vê o laudo. O que está valorizando? O laudo (...). Ele quer que o exame faça o diagnóstico, e não ele” (E6)

“Porque é isso que dá dinheiro. Porque se valoriza tanto os exames? Porque dá dinheiro. Você vê como as clínicas de exames estão crescendo?” (E6)

“Não, na medicina isso não vai acontecer (uma possível tecnologização da medicina que, no extremo, poderia chegar a uma substituição do trabalho humano médico

pelo trabalho da máquina) (...). Na medicina nós estamos na frente de uma pessoa, de um ser humano, que além de tudo tem sentimentos tem emoções e precisa do relacionamento com o médico (...). E aqui em Londrina, aqui no Brasil, a gente pratica ainda uma medicina que tem envolvimento com o paciente (...). Nada vai substituir o médico no exame do paciente na conversa com o paciente (...). E a máquina não consegue transmitir confiança para o paciente, e ele precisa disso, precisa de alguém de confiança dele que diga o que ele tem, porque ele tem e o que ele tem que fazer” (E6)

“A tecnologia é simplesmente fundamental. Eu não posso fazer uma medicina como se fazia vinte anos atrás porque eu incorro em erros, eu incorro em negligência, se eu não pedir os exames adequados e que estejam à mão” (E10)

“O clínico geral é fundamental, mas ele precisa estar armado com uma tecnologia mínima, porque se não ele vai ser um médico de 1960, e o paciente não vai ganhar nada (...). Talvez ele acerte o diagnóstico, mas pode também passar totalmente despercebida a patologia” (E10)

“Seria um retrocesso você limitar a parte tecnológica como se vê às vezes nas cooperativas, nos planos de saúde, que tentam limitar ao máximo a entrada das tecnologias ou de novos equipamentos (...) porque são custos” (E10)

“A medicina sempre foi filha do seu tempo (...). Se nós vivemos hoje numa sociedade altamente tecnológica, ela ficou totalmente dependente da tecnologia (...). Mas isso não muda a relação humana, entre o médico e seu paciente. Essa relação, toda vez que se desvia com uma tecnologia muito impessoalizada, deteriora e cai a qualidade da medicina. Então acrescentar e agregar tecnologia não significa que se está abrindo mão de preceitos que são fundamentais” (E11)

“A grande indústria farmacêutica, a grande indústria de equipamentos médicos, estão criando iniciativas de hiperestimular o uso de medicamentos (...). Uma grande produção de trabalhos científicos é financiada pela indústria (...). Eles estão fazendo propaganda de métodos e isso é uma pressão sobre o médico. Quer dizer, tira-se mais uma autonomia do médico, que é uma decisão sobre qual é a melhor opção para os pacientes” (E11)

“Com relação às inovações tecnológicas acho que é muito importante, imprescindível. Mas o que acontece, e a gente vê mesmo em hospital-escola, é a substituição da história, da anamnese, do exame físico, por conta de ter um aparelho bom que vai lá e vê tudo por você. Acho que isso não substitui. Isso complementa (...). Deveria ser encarado assim” (E13)

“Medicina baseada em evidências e medicina baseada em exames (...). Os convênios fazem medicina baseada em exames (...). O sistema cooperativista prevê a medicina por exames porque o médico está refém dos exames (...). Nunca a sociedade foi tão rica em tecnologia e tão pobre em pensamento” (E14)

“Tem doenças que são criadas pela indústria farmacêutica (...). O capitalismo vende a idéia e o médico é o executor do serviço (...). Então os médicos estão a serviço do poder, na verdade (...). A medicina é uma indústria de consumo (...), então é uma

medicina cara (...). O médico que não dá remédio não é um bom médico, e se tem essa ansiedade, essa demanda por exames, porque eu não vou pedir?” (E14)

“Boa parte dos médicos recebe caixinha de laboratório. Tem colega que recebe mil, dois mil, três mil reais só de caixinha (...). Recebe caixinha do laboratório, do raio-X, do ultrassom, recebe da farmácia de manipulação (...). Vieram me procurar aqui pra vender um produto que o valor dele é de 3 a 5 reais. Se eu receitasse eu ia ganhar 30 reais. E nós fomos vender pro paciente por 80 reais. É um absurdo! Eu nunca fiz isso na minha vida, mas tem colegas que fazem” (E14)

“Não adianta ficar brigando com médico. Discutir com qualquer médico é perda de tempo. As razões são baseadas nessa ideologia do consumo. A medicina está totalmente nivelada assim (...). A medicina é um produto do capitalismo” (E14)

“Tem que tomar cuidado com as novas tecnologias da medicina pra que sejam fundamentadas, usadas com discernimento. A gente já viu que surgiram métodos diagnósticos e terapêuticos, de alta tecnologia na época, e que passados três ou quatro anos não serviam para nada. Então as novas tecnologias têm que vir embasadas cientificamente. Hoje já se fala muito em medicina baseada em evidências. A gente acha que esse seja o caminho” (E15)

“A tecnologia avançou muito rápido e, lógico, por trás disso existem interesses financeiros de grandes empresas, e acabam querendo colocar pra classe médica coisas que não têm fundamento científico (...). Então o médico tem que ter discernimento, bom senso verificar o embasamento científico daquele método, quer seja diagnóstico ou terapêutico” (E15)

“O grande problema nosso é a segunda-feira, porque é depois do Fantástico. Porque no Fantástico passam aquelas coisas, aqueles métodos milagrosos. Segunda-feira todo mundo quer usar, todo mundo quer experimentar. Muito marketing em cima” (E15)

“É, existe incentivo para o consumo, porque a coisa dá dinheiro. Não estou dizendo que uma tomografia não seja importante, uma urografia não seja importante. São importantes. Mas acho que existem limitações. Ainda não substituíram o médico” (E16)

“Eu acho que isso permite ao médico ter tantos recursos que se fica meio que tímido pra enfrentar só com o raio-X e o estetoscópio. É meio difícil (...). A gente quer que avance cada vez mais e que fique mais fácil pro médico. Mas talvez tenha tirado essa coisa do médico ir com seu conhecimento” (E17)

“Depende, tem o lado bom e o lado ruim (...) cada vez aparecem coisas novas, desde medicamentos novos, revolucionários, até máquinas mesmo. Quanto mais forte é o arsenal tecnológico que vai aparecendo, mais encarece pra todos os planos de saúde, não só para a nossa cooperativa. E fica difícil porque o governo, que tem um órgão nacional que regula, que é a ANS, a Agência Nacional de Saúde, engessa todo e qualquer tipo de cooperativa e plano de saúde. Não é possível a gente repassar todo o aumento real (...). São exames caríssimos, e quanto mais encarece isso, o próprio médico acaba ganhando um pouco menos (...). O custo é cada vez

maior (...). O arsenal é muito bom pro paciente, só que encarece demais a medicina” (E18)

Exercício de outra profissão além da medicina:

“Não sei fazer mais nada” (E1)

“Acho que o médico, se ele quiser fazer bem feito, é só a medicina. Não acredito em fazer medicina e uma outra profissão paralela” (E7)

“O médico tem que estar uni-presente (...) o tempo é fundamental e o dia fica curto (...) então fica muito difícil exercer um outro tipo de atividade (...) porque o trabalho é intenso” (E10)

Desejo de desistir da medicina:

“Se tiver que desistir eu desisto. Não tenho medo. Vai ser muito triste se chegar esse dia, mas se tiver que desistir eu desisto. Justamente por isso, por condições degradantes de trabalho” (E1)

“Você às vezes pensa: o que eu estou fazendo aqui? Estou me expondo, tentando resolver o problema do outro, e posso acabar me complicando (...) Você pode acertar noventa e nove, mas se erra um vai pagar por ele” (E2)

“Penso em cada vez investir mais na medicina, não em desistir” (E5)

“Eu não pratico a medicina só pra ganhar dinheiro (...). Quando a pessoa, o médico, começa a encarar o ganho financeiro como objetivo aí começam a acontecer os desastres, a dar tudo errado” (E6)

“O médico quando se forma já perdeu mais ou menos oito anos fazendo a formação básica. Pra ele desistir tem que ter se decepcionado pelo menos uns quatro anos, então já se foram doze anos nessa luta. Para ele voltar para trás, é a mesma coisa que começar a atravessar um rio, passar do meio e querer voltar. Acho que não tem sentido” (E10)

“Nunca foi meu sonho montar consultório pra enriquecer (...). A minha mentalidade, o meu enfoque nunca foi financeiro, sempre foi mesmo idealista” (E13)

“A gente tem essa profissão, gosta, só sabe fazer isso. Não sei fazer outra coisa. Tanto investimento...” (E15)

“Às vezes um médico fala que escolheu a especialidade errada, que devia ter feito outra especialidade. Só está enxergando o lado bom da outra especialidade, e não está vendo as dificuldades que toda especialidade tem. Todas as profissões e especialidades têm as suas dificuldades” (E15)

“Já pensei sim, mas como eu amo muito a medicina jamais tomaria essa atitude. Às vezes eu sinto necessidade de ter uma qualidade de vida melhor” (E18)

O atual momento da medicina no Brasil:

“Ano a ano tem sido mais difícil entrar no mercado de trabalho, tem sido mais difícil trabalhar, tem sido mais difícil ter dignidade no trabalho, ter um ganho razoável, ter boas condições de trabalho (...). A medicina privada é bem melhor de trabalhar, mas ela é muito apertada. Nela não cabe todo mundo. Então a maioria dos médicos acaba tendo que trabalhar no serviço público. Eu acho isso muito difícil” (E1)

“A medicina no Brasil ainda é bem vista. A gente vê que ela está crescendo, ela acompanha, está sempre na vanguarda em termos de avanço, tecnologia, tudo. Mas, por outro lado, a gente vê que a atenção básica da saúde é que é precária” (E2)

“A medicina do Brasil é uma das melhores que existem, sempre foi. Acho que é uma das boas medicinas que existem no mundo. Acho que o que está complicando a nossa profissão é a situação sócio-econômica do país, essa roubalheira toda, esse mando e desmando, esse sucateamento do SUS (Sistema Único de Saúde), dos serviços de saúde. Mas como formação, como aprendizado, é uma das melhores que existem (...). O que está realmente complicando é o governo” (E4)

“Sempre tem que ver a medicina no Brasil não a medicina de elite, mas tem que ver a medicina que a população recebe. A população está recebendo cada vez menos (...). a distribuição do dinheiro, dos recursos, é totalmente errada (...). Acho que para a medicina de elite está ótimo” (E6)

“O governo quer nivelar a medicina por baixo, e a medicina é cara, as tecnologias são caras” (E9)

“Eu acho que a limitação nossa, na verdade, é a limitação política. Nós não temos nenhum tipo de atuação no governo. Tem alguns colegas lá que lutam bastante, mas são em número pequeno, e são esmagados pela força dos grandes grupos de saúde, que têm outros interesses” (E10)

“Do ponto de vista científico e tecnológico, nas ilhas de excelência, é igual a qualquer lugar do mundo” (E12)

“Ainda é uma profissão digna, muito sacrificada, sempre foi. Mas ela está mais agora porque aumentou a carga de trabalho. Hoje o médico trabalha mais do que trabalhava antes. E comum ver médico trabalhando dez, doze, quatorze horas por dia (...). Acho que muita coisa tem que ser feita, prá não piorar ainda mais, em nível político” (E15)

“O médico brasileiro perdeu a autoridade” (E16)

“É uma classe não muito unida, por esse endeusamento, porque há um endeusamento da profissão, o doutor (...). É muito difícil você unir todo mundo pra lutar pela profissão, porque são muitos, de vários níveis” (E17)

“Cada vez mais os médicos têm que ter dois, três, quatro, cinco, seis empregos, porque foi achatando cada vez mais o salário devido à grande massa de médicos que tem no mercado” (E18)

Aumento do número de faculdades de medicina e de profissionais no mercado de trabalho:

“Aqui em Londrina nós temos excesso de médicos. Hoje em dia se eu sair de Londrina outra pessoa ocupa o meu lugar rapidamente” (E1)

“Pra quem compra o serviço de saúde é bom. Para as prefeituras é bom, porque como você vai exigir um salário maior se tem um outro do seu lado que aceita trabalhar por menos? Outro ou outros? (E1)

“A gente se preocupa com o tipo de profissional que está se formando, afinal de contas está se lidando com saúde, com o ser humano” (E2)

“A mão-de-obra não está tão qualificada como deveria ser e muitos médicos têm dificuldade de entrar no mercado de trabalho por esse motivo. Aí acabam aceitando condições de trabalho piores, salários menores. Tudo isso contribuiu para uma piora das nossas condições de trabalho. Só piorou, nós não ganhamos nada com isso” (E4)

“Concentra um monte na cidade grande e no interior continua faltando. Aqui em Londrina, por exemplo, tem muito médico que está passando por dificuldade” (E5)

“Boa parte dos médicos fez medicina por imposição da família, por querer ganhar mais que os outros, ter um status social. Dificilmente alguém vai realmente conhecendo a profissão (...), que hoje os médicos já não ganham mais o que ganhavam antigamente – aquela imagem de que o médico ganha bastante. Aí o que vai fazer? Vai aceitar qualquer coisa” (E6)

“Tem faculdade que o aluno está saindo muito ruim, não tá dando a condição pra entrar no mercado” (E8)

“A AMB (Associação Médica Brasileira) tem se mostrado muito preocupada com isso, tanto é que ela está criando a Ordem dos Médicos do Brasil (...). Essa Ordem dos Médicos, igual à Ordem dos Advogados, tem o poder até de limitar o número de vagas, ou de diminuir o número de vagas nas escolas quando o mercado se satura, e de prestar uma prova como da OAB (Ordem dos Advogados do Brasil). É uma coisa muito séria que, se for colocada aqui no país, acho que vai solucionar uma série de problemas que a medicina enfrenta” (E10)

“É a lei da oferta-e-procura, onde se tem um grande número de profissionais para um pouco número de serviços (...). Você nivela por baixo, arrasta os vencimentos, o salário pra baixo, e acaba peneirando o que tem de pior (...). E a população vai sentir esse impacto. Isso não é um ganho social, é uma perda de qualidade imensa que existe” (E10)

“Está se vendo uma proliferação de faculdades de medicina, especialmente privadas, porque isso é um negócio altamente rentável, dá muito dinheiro” (E15)

“Formam bastante médicos, vai ter muito médico prá trabalhar e o preço cai (...). O médico começa a atender por qualquer preço. Uma relação de mercado, básica, antiga (...). E todos os governos vislumbraram isso: encher o país de médico fica mais barato pagar” (E15)

“O que se vê, na prática, é que a quantidade de médicos que se forma é muito grande. Teria que diminuir bastante esse número. Teria que ter um jeito do governo breca isso, mas a gente vê que está assim, vamos dizer, não tem conserto” (E17)

Maior participação de mulheres e de jovens na medicina:

“Muitos anos atrás era difícil ver mulheres fazendo medicina. Geralmente eram homens brancos, de classe média alta (...). Se você pegar os médicos antigos de Londrina vai ver que é esse perfil” (E1)

“Temos uma proliferação de escolas de medicina (...). Começamos a abrir faculdades (...) que pioraram muito a qualidade do médico, porque são faculdades que não têm reconhecimento, não têm uma estrutura boa pra formação do médico (...). A gente percebe uma queda na qualidade do ensino, da formação” (E4)

“Tem mulher em tudo quanto é lugar agora. Tem mais mulheres do que homens hoje em dia nas faculdades de medicina” (E5)

“A única coisa que é diferente (...) é a maneira do paciente ver o médico ou a médica, mas no trabalho ela não tem diferença. Às vezes ela faz melhor que o homem” (E6)

“Quanto às mulheres e médicos jovens o problema está na formação. Há muita preocupação com a quantidade e não com a qualidade” (E9)

“Os médicos mais experientes costumam ser mais prudentes. Os mais jovens mais arrojados” (E9)

“O que é ruim no Brasil é o número excessivo de escolas, a formação ruim que está acontecendo, faculdades que não têm sequer hospitais. Isso prejudica a profissão porque se denigre uma entidade toda por conta de algumas escolas, alguns profissionais que não têm formação adequada” (E10)

“Nem contribuiu, nem prejudicou (...). É o tempo que estamos vivendo (...). Modificou o perfil” (E12)

“A população pode, às vezes, procurar o médico que quer pelo gênero (...). Isso existe ainda, é cultural” (E12)

“Com o achatamento do ganho na medicina, a medicina passa a ser uma profissão de mulher (...) A tendência é crescer o número de mulher nos cursos de medicina e diminuir o número de homens” (E14)

“Nada contra as mulheres, mas toda vez que entrou mulher em qualquer profissão existe uma tendência, talvez por problemas sociais, a profissão começa a se desvalorizar (...). Geralmente a mulher, pelo menos o que dá a entender, ela sempre é dona-de-casa em primeiro lugar, antes de ser profissional. Aí a mulher acaba sendo prejudicada em função disso. E ela aceita trabalhar por menos” (E16)

“A medicina vai ser profissão de mulher, e o segundo orçamento da casa, porque ela não está sendo uma profissão rentável como era” (E17)

Políticas e legislações ligadas à medicina no Brasil:

“O governo tenta massificar o trabalho do médico (...). É difícil alguém falar que gosta de trabalhar no Posto de Saúde, porque ali é o fim da profissão do médico (...). A atual política do governo é muito ruim pros médicos” (E1)

“O político quer sempre se destacar com coisas que aparecem mais, espaço físico, fazer prédio mais bonito, hospitais, mas o básico que seria pra fazer a coisa funcionar, pra coisa estar bem regulamentada, todos os suportes pra você trabalhar com segurança, nem sempre a gente consegue (...). Muito a desejar ainda, principalmente na área de política de saúde” (E2)

“O médico está sempre colocando a cara dele a tapa, está sempre exposto” (E2)

“O dinheiro que é enviado pra saúde simplesmente é desviado, então não tem como ter um sistema de saúde bom se somem com a verba da saúde” (E3)

“Melhorou um pouquinho graças ao Conselho Federal de Medicina, o CRM (Conselho Regional de Medicina), e as especialidades. Hoje o que tem mais força na medicina são as sociedades brasileiras de especialidades (...). Eles brigam muito pela classe. Isso ajudou muito” (E7)

“A saúde no Brasil nunca teve nenhum tipo de valorização (...). Foi criado um imposto para a saúde que nunca chegou à saúde nenhuma. Agora a CPMF é ligada a outras atividades. A saúde ficou totalmente esquecida (...). A política do governo para a saúde no Brasil é totalmente medíocre” (E10)

“A política de saúde no Brasil prejudicou a profissão, mas a legislação não. A legislação da regulamentação da medicina, das questões legais da prática médica, ela está beneficiando. As políticas públicas estão prejudicando a profissão (...). A legislação beneficia ou pelo menos protege o médico em alguns aspectos” (E12)

“A medicina é manipulada por uma série de fatores sociais, políticos e econômicos, e não só pelo CRM (Conselho Regional de Medicina). A relação capital-trabalho impera tranquilamente bem na medicina, como a lei da oferta e procura. A medicina é mais um produto” (E14)

“A Agência Nacional de Saúde bagunçou todo o esquema. Era pra melhorar (...). Essa Agência é reguladora na verdade (...), com interesse das multinacionais” (E14)

“Os médicos também não se organizam politicamente, a falha também é nossa. Temos que nos organizar politicamente através dos órgãos (...). Os médicos de certa forma são desunidos, não se organizam adequadamente” (E15)

“O grande empregador de médicos no Brasil, pelo que eu tenho conversado com os colegas, são as prefeituras e o estado. E aí a medicina em vez de ser levada como um assunto técnico, é levada como um assunto político” (E16)

“A nossa medicina só tem a crescer se houver interesse da nossa política em incentivar a universidade, incentivar pesquisas” (E17)

Reconhecimento e valorização dos médicos pela sociedade:

“O médico, ele mesmo não se valoriza” (E1)

“Na clínica privada o médico tenta cativar o paciente, pra que ele se torne um cliente da sua clínica, e no serviço público é o contrário, ele quer dispensar logo o paciente pra que ele vá logo embora (...), porque ele é assalariado” (E1)

“Até existe valorização, mas está muito abaixo do que deveria (...). É uma profissão importante, e a gente vê hoje em dia muitas profissões sendo mais valorizadas que a medicina” (E4)

“Os convênios cada vez estão querendo pagar menos, e as próprias cooperativas estão pagando mal” (E7)

“Existe uma desconfiança na população de que a coisa que o médico está fazendo não é correta (...). Hoje, mesmo que o médico esteja certo e aconteça um problema ele é indagado pelo erro, mesmo que ele esteja correto (...). Às vezes são patologias que têm evolução ruim mesmo” (E10)

“Hoje o mundo mudou e a medicina é uma profissão como qualquer outra” (E14)

“O Brasil, de uma maneira geral, não valoriza nenhum profissional. Só valoriza quando o cara tem fama, aí se paga um absurdo pra ele. Ainda não cheguei nessa condição” (E16)

“O paciente não é mais do médico. Ele é do convênio (...). Eles têm um vínculo com o convênio. Se você parar de atender aquele convênio, aquela massa de clientes pára de frequentar seu consultório e vai procurar outro médico” (E18)

“Alguns pacientes acham que a gente não tem, ou não deveria ter, uma vida normal como todo mundo (...). Querem receber muito, sem entender que a gente tem que viver a nossa vida. Eu tenho compromisso com a minha esposa, com meus filhos (...). Eu não posso ficar disponível vinte e quatro horas por dia (...). Eu tenho que dar atenção pra minha família” (E18)

Perspectivas futuras para a profissão:

“Não depende só do médico. O médico seria só o elo disso. Depende mais da política de saúde, do governo como um todo (...) depende de mais investimentos. Se não houver esses desvios que a gente nota que há na política de saúde (...) acho que a tendência é melhorar” (E2)

“No futuro a profissão tende a piorar. Primeiro porque muita gente não trabalha mais porque é um risco hoje você trabalhar. Você trabalha pra ganhar dez reais e se um paciente entrar com uma demanda na justiça contra você, só pra provar que não tem culpa vai gastar uns cinco a dez mil reais. Não vale a pena você trabalhar por pouco. É muito complicado. Acho que vai piorar muito” (E5)

“Tende a piorar porque aumenta a quantidade de oferta de mão-de-obra, e quando a oferta de mão-de-obra aumenta é o que acontece com qualquer trabalhador do Brasil, as condições de trabalho, o salário, vai tudo diminuindo” (E6)

“Cada vez formam mais profissionais, menos preparados, e cada vez mais terá que se ter uma especialização maior pra você poder se garantir no mercado e ficar bem” (E7)

“Basicamente depende de nós, população brasileira, cidadão brasileiro e médicos, através de seus órgãos. Se deixar a coisa correr à vontade como no governo, se a gente não agir, pode piorar. Tem que melhorar, mas através de uma ação mais ordenada, organizada, da classe médica e da própria população que tem seu interesse nisso também” (E15)

“A cada momento vai ter mais especialidades, ou mais diversidade dentro de uma mesma especialidade (...) parte forte nos atendimentos até dos convênios. Vão apostar mais nisso. E o médico vai ter que estudar mais pra poder estar a par” (E17)

“Se continuar desse jeito acaba piorando. Eu gostaria de não falar isso, de dar uma outra resposta, mas desse jeito deve piorar (...). Você não vê nenhum ganho concreto em termos de avançar dois, três passos para a frente (...). Não se vê nenhum ganho concreto nisso. A gente vê até em nível municipal postos sucateados, hospitais municipais também sucateados, sem medicamentos” (E18)

Considerações gerais:

“O trabalho médico traz grandes alegrias (...). Eu gosto de trabalhar como médico. É uma das profissões que tem uma grande recompensa pessoal. Eu gosto disso, de poder atender, tratar a pessoa pra que ela possa sair daquele estado de doença ou de fragilidade e voltar a ser uma pessoa mais produtiva, mais feliz, que possa gozar da sua vida como queira. Isso me mantém forte na medicina” (E1)

“Quando você se forma você tem ideais, acha que vai ter um bom nível de vida, que vai ajudar as pessoas, mas nem sempre é assim (...), você se depara com um monte de obstáculos. Mas apesar disso eu ainda vejo com bons olhos. Acho que realizo um bom trabalho, e eu consigo deitar e dormir tranquilamente porque acho que dei o máximo de mim” (E2)

“O principal problema é a política da cidade e do país, e o mercado de trabalho” (E3)

“Cansativo, desgastante (...). Depende muito da especialidade que se trabalha, mas é difícil o médico trabalhar pouco hoje em dia (...). É muito cansativo, exige muita dedicação” (E5)

“A profissão do médico é uma profissão totalmente diferente de qualquer outra (...) porque nós lidamos com o ser humano, com uma coisa fundamental que é a confiança na gente (...). À medida que os médicos forem para a profissão sabendo o que é a profissão, a realidade do dia-a-dia do médico, as coisas vão melhorar. Mas hoje muitos ainda vão para a profissão de médico com idéias totalmente equivocadas, totalmente erradas mesmo, e depois se decepcionam e causam decepção nos outros. O médico que trabalha de maneira insatisfeita, ou frustrado, ele vai causar frustração, sofrimento ou tristeza em outras pessoas também (...). Mas é uma profissão muito bonita” (E6)

“Eu vejo que muitos filhos de médico falam que de jeito nenhum querem essa profissão. Se o pai não é feliz na profissão, o que o filho vai achar?” (E6)

“O privilégio que o médico tem não o privilégio de ter um status social, de ganhar mais. Não é isso. É o privilégio de poder ajudar uma pessoa (...). A satisfação da minha profissão está em ver os pacientes ficarem bem” (E6)

“Do jeito que está, sem esperanças. A Associação Médica e o Conselho Regional de Medicina ajudam pouco ou não ajudam como deveriam” (E9)

“O trabalho médico é um trabalho dignificante. A gente pode cumprir um papel social que nenhum outro profissional pode (...). Você se depara com situações em que pode doar um pouco de você” (E10)

“A remuneração do trabalho médico está tendo um desvio grande para a área da tecnologia (...). O pagamento dos honorários médicos vem numa curva assim, numa ascensão muito lenta ou até em declínio. Os custos estão numa curva ascendente que ninguém está agüentando” (E11)

“Entre o médico e o paciente está havendo uma mediação institucional, e isso tem se tornado cada vez mais uma situação conflitiva (...). O médico está perdendo sua autonomia na relação com o paciente (...). O paciente tem um vínculo com a instituição, e não mais com o médico (...). Impessoalizou. Massificou o atendimento. Virou um atendimento de massa, impessoal. Eu acho que isso é complicado (...). Eu acho que não ficou bom, não está funcionando” (E11)”

“Se você hoje fala que quer uma medicina de ponta, o que há de melhor em tecnologia no mundo, aqui em Londrina você tem coisas muito próximas disso. Se for o caso, em São Paulo tem o Albert Einstein com o que você imaginar. Isso não é problema. Mas o que nós temos que pensar é como o sistema funciona. Nós médicos somos uma parte dessa engrenagem, e nós estamos no meio, algo que está sendo massacrado. Pra grande maioria está difícil” (E11)

“O primeiro requisito para o médico ser bom é gostar de gente. Se ele não gostar de pessoas, não vai gostar de pessoas doentes. Isso é fundamental (...) ter dedicação à pessoa doente, com um conceito humanista muito grande. Isso está sendo um

pouco afastado, um pouco massacrado pelo sistema público, pelo sistema que o médico é obrigado a trabalhar. Ele é obrigado a trabalhar muito, a trabalhar bastante, pra se manter (...). O trabalho é bom, mas não é bem remunerado (...). A média não tem uma remuneração tão boa quanto a população imagina” (E12)

“Hoje muitas doenças são produzidas socialmente (...). Os médicos se justificam dizendo que são novos diagnósticos, que as doenças já existiam mas não tinha como diagnosticar, e agora nós temos recursos. Mas se as doenças já existiam elas estão sendo exacerbadas pelo modelo social em que estamos vivendo... Aí os médicos passam a diagnosticar. E o médico está trabalhando com a ideologia do poder” (E14)

“A sociedade está doente (...). Nós temos que mudar o mundo pra ver se muda a medicina” (E14)

“O trabalho médico é um trabalho maravilhoso. O grande problema é que boa parte dos médicos (...) e eu quero acreditar que seja uma minoria, faz uma opção pela profissão não por gostar, mas pelo status e pelo dinheiro que ela pode representar. Isso é péssimo. É uma profissão que não dá pra você levar desse jeito, senão vai ser um péssimo profissional. Dinheiro tem que ser uma consequência e não uma causa” (E15)

“O médico, de certa maneira, também é responsável por isso (...). Acho que existe corrupção no meio médico, aqueles médicos que vão trabalhar e não trabalham. Aliás, o Brasil é mestre nisso (...). O sujeito ganha mal e ele encontra um meio de sobrevivência. E isso no serviço médico é uma tragédia. Nas grandes cidades a gente ouvia falar que o sujeito tinha três, quatro empregos. Não está diferente em Londrina. Londrina hoje é igual” (E16)

“O médico brasileiro é cada vez mais pressionado contra a parede, pelas instituições, pelos conselhos, pela responsabilidade civil (...). O Brasil é um país de burocratas. O médico mesmo, muitas vezes o médico já não mexe mais na medicina, desconhece às vezes as evoluções médicas. Quando ele burocratiza deixa de ser médico. Ele pode até ter conhecimento, mas a medicina muda muito. Isso é o que está acontecendo. A sociedade vai pagar caro, se já não está pagando” (E16)

“Acho que tem que ter muito amor pela profissão, mas também tem que sobreviver. Só amor não dá, pela profissão ou pelo fato de querer fazer coisas maravilhosas. Esse encanto que a profissão aparentemente dá ele quebra na remuneração, na realidade. Eu desejo que nós médicos lutemos mesmo pela profissão, e que um dia a gente se una pra resolver isso” (E17)

“Eu gosto muito da minha profissão (...). Acho ainda uma boa profissão, apesar de tudo. De todas as profissões, o que eu vejo é que quando a gente sai pro mercado de trabalho, dá pra se encaixar rapidamente. Na verdade não falta trabalho para o médico. Só se ele não quiser (...). Se ele quiser tem mercado de trabalho, não fica sem trabalhar. Esse lado da medicina acho muito positivo (...). Não falta, realmente, emprego” (E18)