



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARÍLIA MARTINA GUANAANY DE OLIVEIRA TENÓRIO

**O "ATO MÉDICO" E A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: um debate
imperativo para esclarecimentos necessários**

Recife
2019

MARÍLIA MARTINA GUANAANY DE OLIVEIRA TENÓRIO

**O "ATO MÉDICO" E A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: um debate
imperativo para esclarecimentos necessários**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Política, planejamento e gestão em saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Heloísa Maria Mendonça de Moraes.

Co-Orientadora: Profa. Dra. Raquel Santos de Oliveira

Recife
2019

Catálogo na fonte:
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4 1790

T312a Tenório, Marília Martina Guanaany de Oliveira.

O "ato médico" e a reforma sanitária brasileira: um debate imperativo para esclarecimentos necessários/ Marília Martina Guanaany de Oliveira Tenório. – Recife: o autor, 2019.

100 f.

Orientadora: Heloísa Maria Mendonça de Moraes.

1. Padrões de prática médica. 2. Ocupações em saúde. 3. Reforma dos serviços de saúde. 4. Ato médico. I. Moraes, Heloísa Maria Mendonça de (orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2019 - 138)

MARÍLIA MARTINA GUANAANY DE OLIVEIRA TENÓRIO

**O "ATO MÉDICO" E A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: um debate
imperativo para esclarecimentos necessários**

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

Aprovado em: 08/05/2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Heloísa Maria Mendonça de Moraes (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Ronice Maria Pereira Franco de Sá (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto (Examinador Externo)

IAM/FIOCRUZ

Dedico este trabalho, especialmente, à minha família, minha base. Também dedico a todos aqueles que acreditam na importância de um sistema de saúde público, universal e equânime, àqueles que por condições distintas, ainda sofrem com as dificuldades de acesso à educação, para quem o ensino superior e um mestrado parecem distantes, e por fim dedico àqueles que lutam contra as desigualdades e as injustiças e por melhores oportunidades de vida.

AGRADECIMENTOS

Em meio a tantos anseios e ambições, o mestrado surgiu aos poucos e foi tomando forma. Esse desejo cresceu, amadureceu, transformou-se em plano e, tornou-se uma necessidade de realização pessoal.

Essa trajetória teve grandes incentivadores. Pessoas as que me apoiaram e me deram todo o suporte, apesar das incertezas desse caminho. A essas pessoas que direta ou indiretamente torceram por mim e me prestaram seu apoio, deixo aqui registrado o meu agradecimento. Em especial gostaria de agradecer;

Aos meus pais,

Meu pai, grande homem. Sempre defendeu a importância da educação e sua capacidade de transformar a sociedade. Apesar de não estar fisicamente comigo, esteve presente em minhas lembranças e no meu desejo de realizar esse sonho.

A minha mãe, eu agradeço todo apoio. Agradeço por ser essa mulher valente, que não desiste e que com seu jeito sincero e aguerrido me mostrou o papel de protagonismo da mulher. Obrigada pela força, por me incentivar a sonhar e por ser inspiração.

Foi com vocês que aprendi a lutar por aquilo que acredito. A vocês toda gratidão e amor.

Ao meu companheiro de vida, Vinícius.

Meu melhor amigo, confidente e meu amor. Obrigada por todo cuidado e carinho, por confiar em mim mesmo quando eu duvidei. Agradeço por todas as noites de sono que te roubei, por me ouvir mesmo em meio ao cansaço, por todos os sorrisos que me proporcionou, pelas lágrimas que enxugou, por toda disposição e paciência e, principalmente, por tornar os meus dias mais leves e felizes.

A minha irmã, Hayara.

Minha companheirinha de vida, presente de Deus. Minha pequena, obrigada por ouvir minhas reclamações, sempre com uma palavra de apoio e de carinho. Você é luz em minha vida, um exemplo de força e determinação. Obrigada por se fazer presente e por ter embarcado nessa comigo.

Aos amigos,

Nessa jornada também pude contar com o apoio de grandes amigos, ao quais compartilharam comigo os medos, as incertezas, as descobertas e aprendizados. Sou muito grata a todos meus amigos pelo companheirismo. Em especial gostaria de agradecer a presença

constante da Alana Bibiano que sempre me incentivou e, com quem dividi tantas incertezas sobre o presente e o futuro, e a Carolina Guedes, que sem dúvidas é uma pessoa especial a quem levo para o resto da vida e, que me ajudou a tornar o processo do mestrado mais prazeroso.

A todos os professores,

É claro que essa dissertação e todo aprendizado desse curso não seriam possíveis sem a ajuda dos grandes professores que encontrei no caminho. Cada um com sua particularidade me ajudou a descobrir um mundo novo, cheio de possibilidades e de novos conhecimentos. Grata pela partilha.

As minhas orientadoras,

Agradeço em especial a duas grandes e inspiradoras mulheres, prof. Heloísa Moraes e prof. Raquel Oliveira, que estiveram de perto me ajudando nesse processo intenso de (trans)-formação. Sou grata a vocês por acreditarem em minha capacidade mais do que eu imaginava que poderia corresponder, terem me acolhido e me conduzido durante essa experiência incrível. Para além de orientadora e co-orientadora, eu agradeço por terem sido conselheiras, confidentes e amigas. Obrigada pelos ensinamentos, pelas discussões, pelas provocações, pelo exemplo de profissionais éticas e dedicadas. Foi uma honra e um prazer dividir com vocês esse trabalho e esses anos.

Aos professores Djalma Agripino e Ronice Franco de Sá,

Gratidão aos queridos professores que aceitaram participar e colaborar com esta dissertação. Obrigada pelas orientações e contribuições realizadas na banca de qualificação e, que me ajudaram na construção desse estudo.

A professora Ligia Vieira-da-Silva,

Obrigada pelos conselhos, sugestões e interesse em contribuir com o desenvolvimento dessa dissertação.

Ao querido Moreira,

Por toda a paciência, disponibilidade, dedicação e bom humor.

Por fim, agradeço a Deus, que me trouxe até aqui, que foi meu conforto, meu amparo, que me guiou pelos caminhos sem deixar que eu desistisse, que foi meu companheiro mais íntimo e que por tantas vezes me fez descobrir uma força que eu não sabia que possuía.

RESUMO

A Reforma Sanitária Brasileira trouxe em seus fundamentos uma crítica ao modelo médico tradicional. Esses fundamentos proporcionaram uma nova compreensão para o entendimento dos conceitos de saúde e doença, assim como para a organização do trabalho em saúde. Portanto, a partir desse novo entendimento, emergiram propostas de mudanças para o modelo assistencial há muito vigente no sistema de saúde brasileiro. Simultaneamente, esses processos trouxeram à tona antigos conflitos relacionados ao monopólio exclusivo da medicina sobre um corpo de conhecimento esotérico e à capacidade de organização da profissão. Ambos, monopólio e capacidade, se constituíram historicamente em alicerce para legitimar a autoridade do médico e excluir os não membros da profissão de sua prática e avaliação. Foi nesse contexto e para responder às transformações em processo, que se impôs a reorganização do trabalho, com destaque para o trabalho em equipe multiprofissional como forma de alcançar a integralidade das ações. Esta investigação buscou, pois, analisar convergências e/ou antagonismos entre o "Ato Médico" e os princípios constitutivos da Reforma Sanitária, assim como possíveis implicações desse estatuto sobre o campo profissional da saúde. O estudo, de natureza qualitativa e orientado por uma abordagem sócio-histórica, foi realizado a partir da análise de documentos oficiais, seja os provenientes da legislação em vigor, mas, em particular, das edições do Jornal Medicina do Conselho Federal de Medicina. Apoiou-se também em documentos oficiais dos conselhos de outras profissões de saúde. As evidências empíricas emanadas da investigação apontam para uma tendência em curso no sentido de assegurar a hegemonia do modelo médico-centrado e para o apelo em torno da manutenção do ideário liberal da medicina. E sugerem, fortemente, que o argumento da expertise para a conservação desse ideário tem sido utilizado, também, para ocultar questões relacionadas à manutenção da dominância da categoria médica sobre as demais profissões da saúde, com o intuito de garantir o espaço da medicina no mercado de serviços de saúde.

Palavras-chave: Padrões de prática médica. Ocupações em saúde. Reforma dos serviços de saúde. Ato médico.

ABSTRACT

The Brazilian Health Reform brought in its foundation a critique of the traditional medical model. This foundation provided a new understanding to the knowledge of the concepts of health and disease, as well as for the organization of labor in health. Therefore, from this new understanding, proposals have emerged for changes in the care model that has been in place for a long time in the Brazilian health system. At the same time, these processes have brought up the old conflicts related to the exclusive monopoly of medicine over an esoteric body of knowledge and to the capacity for organization of the profession. Both, monopoly and capacity, have historically constituted a foundation for legitimizing the physician's authority and excluding non-members of the profession from their practice and evaluation. It was in this context and in order to respond to the transformations in process, that the reorganization of work was imposed, with emphasis on multiprofessional team work as a way to achieve the integrality of actions. This research, therefore, sought to analyze convergences and / or antagonisms between the "Medical Act" and the constitutive principles of Sanitary Reform, as well as, potential implications of this statute on the professional field of health. The qualitative study, guided by a socio-historical approach, was carried out based on the analysis of official documents, both from the current legislation and, particularly, from the editions of the Medical Journal of the Federal Medical Council. It was also supported by official documents from the boards of other health professions. The empirical evidence emanating from this research, points to an ongoing trend in order to ensure the hegemony of the doctor-centered model and the appeal for the maintenance of the liberal ideology of medicine. And they strongly suggest that the argument of expertise for the preservation of this ideology has also been used to conceal issues related to the maintenance of the dominance of the medical category over the other health professions with the purpose of guaranteeing the medicine space in the health service market.

Keywords: Physician' Practice Patterns. Health occupations. Health care reform. Medical Act.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AMB	Associação Médica Brasileira
ANMR	Associação Nacional de médicos Residentes
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAS	Comissão de Assuntos Sociais
CCJC	Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
CCJ	Comissão de Cidadania e Justiça
CEC	Comissão de Educação e Cultura
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de ética e Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia ocupacional
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CONEP	Comitê Nacional de Ética e Pesquisa
CFN	Conselho Federal de Nutrição
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
CTASP	Comissão de Trabalho, administração e Serviço Público
DIAP	Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar
EC	Emenda Constitucional
EM	Escolas Médica
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FNE	Federação Nacional de Enfermagem
FENTAS	Federação Nacional dos Trabalhadores da Área de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PSF	Programa Saúde da Família
RCB	Receita Corrente Bruta;
RCL	Receita Corrente Líquida
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel
SMB	Sindicato Médico Brasileiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1	A FORMAÇÃO DA PROFISSÃO MÉDICA E SEU PROCESSO IDENTITÁRIO NO BRASIL.....	17
2.2	O SISTEMA DE PROFISSÕES NA SAÚDE E AS DISPUTAS JURISDICIONAIS.....	24
2.3	A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, O CONCEITO DE SAÚDE E AS MUDANÇAS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	32
2.3.1	Sobre a Reforma Sanitária e o conceito de saúde.....	32
2.3.2	Sobre a organização do trabalho em saúde.....	37
3	OBJETIVOS DA PESQUISA.....	42
3.1	OBJETIVO GERAL.....	42
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	43
4.1	TIPOLOGIA DO ESTUDO.....	43
4.2	OBJETO E CENÁRIO DA PESQUISA.....	43
4.3	COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	44
4.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	45
5	UMA GENEALOGIA DO ATO MÉDICO.....	47
6	O ATO MÉDICO, A REFORMA SANITÁRIA E A PROFISSÃO MÉDICA.....	61
6.1	O ATO MÉDICO E O CONCEITO DE SAÚDE.....	61
6.2	O ATO MÉDICO E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	66
6.3	O ATO MÉDICO E O CONTROLE SOBRE A PRÁTICA MÉDICA E SOBRE O CAMPO PROFISSIONAL DA SAÚDE.....	76
7	E OS CONFLITOS PERSISTEM.....	84
	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICE A – LEGISLAÇÃO CONSULTADA.....	96
	APÊNDICE B – EDIÇÕES DO JORNAL MEDICINA.....	97

APÊNCICE C – DOCUMENTOS DAS ENTIDADES MÉDICAS....	98
APÊNDICE D - DOCUMENTOS DAS DEMAIS ENTIDADES PROFISSIONAIS CONSULTADAS.....	99

1 INTRODUÇÃO

Esta investigação pretende explorar os sentidos do “Ato Médico” - enquanto um dos estatutos que orienta a prática profissional dos médicos brasileiros - tomando como referência proposições da Reforma Sanitária Brasileira.

O interesse imediato por esse tema surgiu em decorrência da explicitação de conflitos relacionados à disputa pelos campos de atuação profissional na saúde. As recentes polêmicas estabelecidas entre médicos, enfermeiros e odontólogos para delimitar seus campos de atuação, terminaram por expressar os tênues limites trazidos às profissões da saúde em contexto da extrema divisão técnica e social do trabalho.

Esses acontecimentos reacenderam os debates sobre a autonomia das profissões e os papéis que elas têm ocupado no trabalho em saúde, sobretudo, no âmbito da atuação em equipe e de como essa atuação passou a se constituir uma ameaça ao modelo do exercício liberal da profissão médica.

Importa dizer que esse debate envolve questões referentes a disputas jurisdicionais na saúde, as quais antecedem e provavelmente ultrapassam a determinação legal das atividades médicas materializadas no “Ato Médico”.

Para além do estímulo devido a esses acontecimentos, salienta-se a leitura instigante de autores da Sociologia das Profissões que discutem sobre os conflitos jurisdicionais e seus reflexos na história e na conformação das profissões, a exemplo de Abbott (1988), Larson (1979), Schraiber (1993) e Machado (1996, 1997).

A partir dessas motivações, procurou-se estudar o tema em questão com o objetivo de investigar possíveis incompatibilidades com fundamentos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), cujas bases discutem o conceito ampliado de saúde e a reorganização do trabalho em saúde.

Cabe considerar que as primeiras discussões sobre a importância da delimitação legal da atuação profissional do médico no Brasil ocorreram frente a um cenário de mudanças na saúde e que se seguia ao surgimento de novas profissões. De modo que o deputado federal Pedro Cañedo apresentou, em 1989, o primeiro Projeto de Lei (PL) que tentava definir o ato profissional médico, responsabilidade que seria atribuída ao Conselho Federal de Medicina (CFM) (GUIMARÃES; REGO, 2005).

Posteriormente, em 1998, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) publicou a Resolução nº 121/1998 com o objetivo de regulamentar o ato médico, e enumerou uma série de critérios e exigências para o exercício da profissão. Consta no Art. 1º

que o ato médico é “a ação desenvolvida visando à prevenção, o diagnóstico, tratamento e à reabilitação das alterações que possam comprometer a saúde física e psíquica do ser humano” (CREMERJ, 1998).

Em outubro de 2001, o CFM instituiu a Resolução 1.627/2001, que define o ato profissional do médico como:

[...] todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para: I. a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária); II. a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária); III. a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária) (CFM, 2001a, p.2).

Nesse sentido, cabe esclarecer que ato profissional é toda ação, procedimento ou atividade rigorosamente científicos e regulamentados pela legislação de uma profissão atribuída aos agentes de uma dada categoria profissional, ainda que esta não seja privativa daqueles profissionais. Assim, todo ato profissional deve ser praticado por pessoa adequadamente preparada e devidamente habilitada (CFM, 2001a, p. 18).

Os atos profissionais podem ser privativos de uma profissão ou podem ser típicos de uma profissão, quando são compartilhados com agentes de outras categorias profissionais. Quando um procedimento é privativo de uma profissão deve ser chamado ato privativo profissional ou privilégio profissional.

Os atos profissionais privativos ou exclusivos de uma profissão configuram, pois, o que se denomina monopólio profissional, o qual decorre principalmente da necessidade que a sociedade tem daquele serviço e da importância que lhe atribui (CFM, 2001a, p. 18).

Uma categoria particular de ato profissional é o ato médico ou ato profissional de médico. O ato médico é a ação ou o procedimento profissional praticado por um médico com os objetivos gerais de prestar assistência médica. (CFM, 2001a, p. 18). Seriam esses, então, os atos que a categoria médica tenta defender por meio dos documentos citados acima, e mais enfaticamente com a Lei do “Ato Médico”.

Vale considerar que nesse estudo ao tratar do termo “Ato Médico” faz-se referência à Lei 12.842/2013, e antes disso ao Projeto de Lei 25/2002 - com suas denominações posteriores na Câmara e no Senado - o qual ficou conhecido como Projeto do “Ato Médico” e, posteriormente, Lei do “Ato Médico”, ao definir os atos profissionais exclusivos dos médicos.

Entretanto, o “Ato Médico” tem gerado conflitos e manifestações por parte das demais categorias profissionais da saúde, sobretudo das representações dos Conselhos de Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Serviço Social e Enfermagem. Essas categorias identificaram que

desde o Projeto de Lei uma interferência unilateral que poderia trazer prejuízos tanto as suas área de atuação desses profissionais, quanto às finalidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como resultado, têm sido intensos os posicionamentos contrários ao “Ato Médico”, com a ocorrência de várias manifestações visando sensibilizar o poder público e a sociedade para a possibilidade de a Lei do “Ato Médico” acarretar prejuízos para a assistência à saúde.

Assim, pressupõe-se que diante do processo de divisão sociotécnica do trabalho e das transformações decorrentes da institucionalização e da implementação do SUS, o campo da saúde passa a acomodar alguns conflitos de jurisdição entre as profissões.

Entende-se, portanto, a razão pela qual o processo de aprovação do Projeto de Lei foi permeado por embates com posicionamentos e justificativas distintas entre os que defendiam e os que se opunham à Lei. Apesar dos confrontos, a sanção presidencial, com vetos, ocorreu no dia 10 de julho de 2013, mais de dez anos depois da apresentação do Projeto de Lei.

Em relação aos vetos, apresentados pela Presidente Dilma Rousseff, ressalta-se o argumento de que o “Ato Médico” extrapolava tanto a questão regulamentar de uma profissão, como as disputas vivenciadas cotidianamente entre a medicina e outras profissões da saúde. Como justificativa principal, apresentava-se a possibilidade de que a Lei impedisse a continuidade de vários programas e ações em vigor nos serviços do SUS (BRASIL, 2013b).

Dessa maneira, ao pensar no cenário do “Ato Médico” vale refletir sobre o desafio que persiste no âmbito do sistema público de saúde para romper com o trabalho médico-centrado, guiado pela lógica da queixa conduta e pela fragmentação das intervenções. Por essa razão, torna-se imperativo discutir as implicações do “Ato Médico” com algumas das proposições da RSB, as quais pressupõem um conceito ampliado de saúde e um enfoque do trabalho em saúde sob a ótica do cuidado integral e da atuação multiprofissional.

Dessa maneira, considera-se que a proposta do SUS está nucleada na reorientação das práticas de saúde, na ruptura com o conceito restrito e biologicista de saúde, na resignificação do trabalho em equipe e na relação do Estado como provedor, normatizador e fiscalizador dos serviços e dos processos do trabalho em saúde.

Assim, o polêmico debate sobre o “Ato Médico” e a RSB impõe-se como necessário, porquanto as disputas jurisdicionais transcendem os conflitos da delimitação da atuação profissional e passam a apontar para possíveis interferências no modelo de saúde.

Nessas circunstâncias, o “Ato Médico” poderia ser entendido enquanto resultado de um movimento pela valorização das bases liberais de atuação, objetivando a defesa de características estimadas pela categoria médica, tais como da prática individual, da livre escolha, do custeio dos serviços pelo cliente e da prestação direta dos serviços de saúde. A

proteção desses atributos ocorreria em função da busca pela garantia do monopólio sobre a área de atuação, de legitimidade e prestígio perante a população e de uma suposta superioridade sobre as demais categorias profissionais da saúde.

Ressalta-se que apesar da relevância do tema existe ainda um número reduzido de estudos sobre o fenômeno do “Ato Médico” e suas relações o sistema de saúde. Em particular, destacam-se os trabalhos de Melo e Brant (2005); Lampert (2005); Guimarães e Rego (2005); Aciole (2006); Travassos et al (2012) e, mais recentemente, Nunes (2017). Esses estudos foram realizados a partir da análise qualitativa dos documentos oficiais, em particular dos Projetos de Lei e da própria Lei 12.842/2013.

A presente pesquisa difere das acima mencionadas por tentar desvendar as articulações do “Ato Médico” com o modelo de saúde derivado das propostas da RSB, expondo as implicações que esse novo estatuto profissional pode apresentar para as práticas de saúde. Caracteriza-se, por apresentar a visão da categoria profissional médica hegemônica, os principais atores envolvidos no processo de delimitação legal da atividade profissional, mediante a análise sócio-histórica do Jornal Medicina, editado pelo CFM, na condição do principal veículo de difusão do pensamento da categoria.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo ancorou-se na literatura da sociologia das profissões para compreender aspectos relacionados à prática médica e às suas relações com as demais profissões da saúde. Mais que isso. Ao mesmo tempo, fundamentou-se no arcabouço teórico referente a alguns pressupostos da RSB. A partir desse referencial teórico, buscou-se, no subcapítulo 3.1 entender como a profissão médica se estabeleceu no Brasil e quais elementos de seu projeto profissional lhe conferiu prestígio e poder; no subcapítulo 3.2 pretendeu-se abordar questões referentes às disputas de jurisdição no sistema de profissões de saúde, ao papel das organizações nesse processo; já no item 3.3 objetivou-se versar sobre as transformações ocorridas no campo da saúde a partir da RSB, especialmente àquelas que incidiram sobre o conceito de saúde e a organização do trabalho em saúde.

2.1 A FORMAÇÃO DA PROFISSÃO MÉDICA E SEU PROCESSO IDENTITÁRIO NO BRASIL

Pretende-se aqui apresentar alguns elementos dirigidos à compreensão da identidade da profissão médica. Para tanto, é preciso assimilar quais os fatores de legitimação da medicina que conferem reconhecimento social ao seu projeto profissional, bem como os fundamentos da prática que a caracteriza. Na sequência, esses aspectos foram explorados visando o entendimento da conformação atual da prática médica sob as condições concretas da sociedade brasileira.

Para Freidson (1998, p. 246), apesar de “profissão” ser uma concepção construída histórica e culturalmente e de se apresentar como sinônimo de ocupação, ou seja, referir-se a trabalho especializado pelo qual uma pessoa ganha a vida, essa expressão não corresponde a qualquer tipo de trabalho.

Diz respeito a um trabalho que tem caráter esotérico, complexo, que requer conhecimento que poucos possuem, e além disso deve ser considerado especialmente importante para o bem-estar da sociedade, sendo essa a capacidade que distingue o profissional da maioria dos demais trabalhadores. A prática profissional, ainda, sugere dois elementos básicos, a saber, um corpo de conhecimento de especial valor, que requer um longo período de treinamento, e a manutenção fiduciária com os clientes (FREIDSON, 1998, p. 246).

A ideia de profissão ou profissionalismo pode ser desenvolvida de muitas maneiras constituindo, de forma genérica, um rótulo aplicado a ocupações socialmente superiores a outras, sendo associada às circunstâncias ideais que fornecem aos trabalhadores de determinada função os recursos através dos quais eles podem controlar o próprio trabalho. Desse modo, o profissionalismo os torna aptos a criarem e aplicarem o discurso, a disciplina ou o campo particular sobre os quais atuam, sobre os mais diversos assuntos humanos. Esse direito de controlar o próprio trabalho é conquistado na prática profissional, principalmente mediante a identificação e legitimação da sociedade, em particular entre camadas sociais economicamente privilegiadas (FREIDSON, 1998).

Rodrigues (2002, p. 51), ao realizar uma análise sobre a visão de Freidson a respeito do poder profissional, constata que esse poder está amparado sobre três pilares centrais: a autonomia, ou seja, a capacidade de decidir sobre o próprio trabalho; a *expertise*, ou monopólio sobre o conhecimento, isto é, a exclusividade do conhecimento que confere autoridade, e o credencialismo (*gatekeeping*), que controla o acesso e a formação, com papel preponderante do Estado na institucionalização e organização da maioria das profissões. De modo que, são essas as condições que permitem às profissões deter posições e controlar o acesso aos domínios da interpretação, julgamento e solução de problemas pretendidos pela sociedade.

No caso particular da medicina, Freidson (1970) ressalta o fato de que, sua posição de poder é baseada na posse de uma habilidade tão esotérica ou complexa que aqueles que não são membros da profissão não conseguem realizar o trabalho de forma segura ou satisfatória, nem sequer avaliar o trabalho corretamente. Assim, a detenção do monopólio exclusivo desse conhecimento se constituiu em alicerce para legitimar a autoridade do médico sobre o cliente e excluir os não membros da profissão de sua prática e avaliação, a qual desta forma só podem ser realizadas por aqueles igualmente médicos.

Em relação à autoridade do médico, Starr (1982) a descreve como sendo caracterizada por uma espécie de obediência voluntária. Entretanto, ao médico são conferidos poderes para impô-la quando julgar necessário, podendo ser exercida em contextos sociais os mais diversos.

Essa autoridade é praticada a partir de um referencial técnico e científico, o que implica em seu reconhecimento quase que automático e que prescinde da argumentação e da prescrição médica.

Contudo, vale destacar que nem sempre a profissão médica gozou dessa prerrogativa, isso porque o conhecimento referente à prática médica, o qual confere aos médicos autoridade e autonomia, não esteve sempre organizado dentro de um corpo de saberes estruturados e estandardizados. A propósito, o desenvolvimento e padronização desse *corpus* de

conhecimento foi se conformando e sofrendo transformações ao longo do processo de profissionalização. Nesse sentido, devem ser consideradas as diferentes fases da profissão médica desde a medicina mágica e religiosa até a medicina moderna.

Nesse contexto, entende-se que a ciência médica se desenvolveu rapidamente entre os séculos XVIII e XIX, e o movimento da Polícia Médica que emergiu na Alemanha, teve grande importância sobre as práticas médicas, levando a sua reestruturação, mediante organização do aparato burocrático para controle da atividade médica, pela normalização do ensino e do saber médicos e por um sistema de observação das taxas de natalidade e mortalidade (FOUCAULT, 1979).

Nesse panorama, considera-se que ocorreram avanços na medicina e nas ciências naturais, como o desenvolvimento da bacteriologia, que tornou o diagnóstico das doenças uma investigação aprofundada no corpo, e cujo objetivo principal era intervir na causa imediata.

A partir da explicação biológica para o surgimento das doenças, a prática biomédica foi se tornando hegemônica na sociedade, e desde então a atuação do profissional médico assumiu cada vez mais uma lógica de atuação centrada no corpo, na excelência técnica e no comportamento baseado no agir individual.

Isso ocorreu à proporção que a medicina adquiriu cunho científico no século XIX, e conseguiu organizar seu corpo de conhecimento de forma sistematizada a partir da introdução dos métodos de produção de conhecimentos técnicos específicos. Posteriormente, com sua institucionalização e com o aumento das universidades na Europa, tornou-se uma profissão passível de ser ensinada de modo padronizado e com elevado domínio sobre sua área de compreensão, o que refletiu no prestígio social da profissão.

Coelho (1999, p. 36-67), em seu livro “As profissões Imperiais” - faz uma análise comparativa da constituição da profissão médica na Inglaterra, na França e nos Estados Unidos, e mostra que, nesses países, resguardadas suas diferenças históricas e contextuais, a medicina não gozava de reputação e prestígio sociais até o final do século XVIII e início do XIX, vindo a desfrutá-los em meados do século XIX à medida que seu projeto de profissionalização se consolidava.

Já no século XX, o documento, conhecido como “Relatório Flexner”, reforça a luta pelo ideário científico da medicina, que passa a nortear a formação dos futuros médicos em vários países, inclusive pela reconstituição do próprio processo de trabalho médico. Esse é um dos fatores pelos quais apesar de muito antiga, só recentemente a medicina tornou-se uma verdadeira profissão, à medida que alcançou a força e a estabilidade que agora a caracterizam.

Ao adentrar na discussão sobre a profissão médica, convém elucidar o conceito de profissionalização enquanto projeto de poder. Para Rodrigues (2002, p. 54), trata-se de um processo de fechamento social através do qual os grupos profissionais procuram potencializar os seus resultados e recursos, restringindo o acesso a limitado número de candidatos, implicando na exclusão e na oposição a outros grupos, que seriam justificados pelo interesse coletivo de serviço à comunidade, tendo toda a legitimidade jurídica e apoio político.

Machado é uma das autoras brasileiras que vem se dedicando ao estudo da Sociologia das Profissões com ênfase na profissionalização da medicina. Para ela, a medicina possui um projeto profissional bem-sucedido, alcançado ao longo dos anos, em que adquiriu capacidade de autorregulação -característica bastante relevante para sua profissionalização - além de sólido e complexo conhecimento empírico e científico. Essas condições têm lhe conferido alto grau de autonomia técnica e econômica, bem como exclusivo e vasto mercado de trabalho com forte credibilidade social.

Para alcançar o *status* de poder durante a profissionalização, a medicina busca a validação social de seus serviços, transformando-os em bens necessários e capazes de promover o desenvolvimento social coletivo. Ao mesmo tempo, procura fundamentar seu conhecimento e sua prática profissional na racionalidade científica e, basear sua autoridade na *expertise* técnica e no conhecimento especializado, da mesma forma que estabelece em seu trabalho um forte apelo ético, alicerçado em um código de atitudes profissionais que regem o ato profissional médico (MACHADO, 1996).

No caso específico do Brasil, no processo de profissionalização da medicina, destacam-se duas características referentes ao estabelecimento da profissão e para a conformação de sua prática. A primeira, vigorou durante o período colonial, quando a cura das enfermidades era realizada por representantes de diversos ofícios, que em sua maioria procediam do exterior. A segunda, irá se desenvolver desde as primeiras décadas do século XX, coincidindo com o surgimento de novos cursos de medicina e com o estabelecimento do modelo liberal de atuação.

Quanto à primeira característica, ela diz respeito às primeiras medidas que visavam implantar a formação médica no país. Sabe-se que, a presença atuante dos médicos só se tornou realidade no século XIX, depois da vinda da família real. Ainda assim, eles eram poucos e restritos a grupos sociais mais abastados, com características de modo de trabalho vinculadas a valores tradicionais da profissão, como o trabalho autônomo, que traziam referências da ideologia liberal. É essa a razão que explica o fato de os curandeiros, parteiras, barbeiros ainda terem sido tão comuns naquela época.

Importa destacar, que devido ao grande número de ocupações que realizavam práticas de cura das enfermidades, já havia uma preocupação em estabelecer um regimento com delimitações e competências, que estabelecesse a jurisdição do médico garantindo seu monopólio de consulta e prescrição. Principalmente depois que em 1808 começaram a se formar médicos no Brasil, com o estabelecimento das Escolas Médicas (EM).

Assim, em 20 de outubro de 1823, pouco depois da proclamação da independência, o Imperador determinou a Carta Lei que dava conta das seguintes categorias profissionais: médicos, cirurgiões e boticários, todavia era necessário certidão de quatro anos de aprendizado com o Mestre para que pudesse então solicitar exame e se aprovado, exercer a profissão (COELHO, 1999, p. 133).

Vale ressaltar que a disputa pela jurisdição do campo profissional da saúde, sobretudo no que diz respeito ao diagnóstico e prescrição terapêutica, ocorre desde o século XIX, naquela época entre os médicos e os charlatães (práticos e curandeiros). Assim, pode-se dizer que a atual disputa jurisdicional tem origens históricas, a qual teve o foco do conflito deslocado a medida que a divisão sócio-técnica do trabalho foi se transformando, com consequente segmentação do campo da saúde e com o surgimento de outras profissões.

Até meados de 1826 toda a regulamentação com relação a “arte de curar” ficava sob responsabilidade da Fisicatura Mor. Contudo, após inúmeras queixas sobre as arbitrariedades e extorsões da Provedoria Mor da Saúde e da Fisicatura Mor do Império, uma Lei de 9 de setembro de 1826 extinguiu as funções dos Físicos Mor e dos Cirurgiões Mor, esses últimos responsáveis por regular a formação para os ofícios relativos à cura. De sorte que, naquele momento nenhuma lei foi promulgada para regular o exercício da medicina e da cirurgia, substituindo o papel anteriormente realizado pela Fisicatura Mor, e por omissão instituiu-se a liberdade de curar (COELHO, 1999, p. 117).

Em 1828, é retomada a questão referente à regulação do exercício da medicina, sendo determinado que apenas as pessoas que dispunham da carta de autorização para a prática do ofício poderiam exercê-lo. Para isso, deveriam se dirigir à Câmara para registrá-la e aqueles que não a possuísse estariam exercendo ilegalmente a profissão (EDLER, 1998).

Observa-se que neste período, a criação das EM brasileiras foi um importante fator para a construção da identidade profissional dos médicos no país. A sistematização do ensino suspendeu a ida de alunos a Portugal, tendo início um período que iria consolidar o surgimento do médico tradicional de família, que atuava como clínico ou como cirurgião.

Foi, então, a partir da Lei 03 de outubro de 1832, que ocorre um marco para a medicina brasileira. Em seu art. 13º essa Lei determina que sem título conferido ou aprovado pelas

Faculdades de Medicina, (derivadas das Escolas de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia instituídas ainda em 1808) ninguém poderia curar, ter botica ou partejar. (COELHO, 1999, p. 124).

Assim, é possível apreender que já a partir daquela época, à medida que foram instituídas as condições para a formação e a regulamentação da prática médica, restringia-se a possibilidade do exercício legal da profissão apenas àqueles pertencentes a uma elite, os quais tinham acesso a essas faculdades.

A conformação do exercício médico como uma atividade de elite é estudada por Santos (2009), que atribui diferenças às identidades construídas pelo médico brasileiro. Segundo o autor, existem distinções claras entre os egressos das duas faculdades do País (Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e Faculdade de Medicina da Bahia).

Em Salvador, a questão da ascensão social através da medicina tinha se tornado central, à medida que na Bahia a profissão era exercida, também, pelos pobres, filhos de comerciantes e operários sem muitas posses refletindo, sobretudo, a composição populacional de mulatos e mestiços da região. Já na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, principalmente em meados de 1860, os estudantes precediam principalmente de famílias de classe média com formação profissional (SANTOS, 2009). Ou seja, a medicina se formou como uma profissão que bem refletia a estrutura de classe do país.

Com faculdades estruturadas e formação de um sistema de valores organizados, configura-se um cenário em que a medicina conseguiu pleitear a jurisdição formal e exclusiva sobre a formação e o exercício da profissão. A partir de então, pode-se dizer que desde o século XIX a medicina brasileira, ao firmar seu monopólio sobre uma área de conhecimento, vai alcançando sua profissionalização com características de profissão liberal.

Contudo, ainda que com o predomínio de uma identidade profissional liberal, baseada na atuação individual, cabe ponderar que a medicina desenvolveu-se em meio as transições sofridas na sociedade capitalista que provocaram alterações nos padrões de vida e diversificações na divisão do trabalho, de tal modo que a profissão médica sofreu alterações na configuração da sua prática em meio a esta complexidade (SCHRAIBER, 1993, p. 148).

Para compreender o processo de formação identitária, é preciso lembrar que as transformações ocorridas na Sociedade desde o período pré-industrial até os dias de hoje, têm exigido uma maior reflexão sobre a organização social do trabalho. De sorte que por muito tempo a medicina apresentou práticas aparentemente mais homogêneas, ao ponto de fornecer uma imagem uniforme para os atos médicos, os quais ocorriam sob a noção de uma identidade social comum, centrada no corpo e na doença.

Ao tratar da formação identitária, Dubar (1997) explica que ao longo de sua trajetória o indivíduo passa por numerosos processos de socialização, que refletirão na sua capacidade de interagir com os outros num determinado contexto sócio-cultural. Para o autor, o processo de socialização permite compreender a noção de identidade numa perspectiva sociológica restituída numa relação de identidade para si e identidade para o outro.

Deste modo, a socialização profissional é considerada um processo muito geral que conecta permanentemente situações e percursos, tarefas a realizar e perspectivas a seguir, relações com outros e consigo, concebido como um processo em construção permanente (DUBAR,1998).

No que diz respeito às identidades médicas, Schraiber (1993) destaca que apesar dos diferentes processos aos quais a prática médica se submeteu, a medicina transformou apenas o plano de sua aparência mais imediata, eliminando concretamente a possibilidade de que aquela mesma concepção de homogêneo fosse mantida sobre a prática profissional. Mas, ao tentar resguardar a identidade social anteriormente conquistada, o pensamento médico buscou formular uma representação do trabalho através da qual reconstruísse o homogêneo.

Esse processo correspondeu à elaboração de um núcleo essencial da prática técnica, cuja estrutura, articulada organicamente às características “naturais e intrínsecas” de seu objeto – o corpo doente – foi tida como capaz de fazer decorrer de si mesma uma organização do exercício profissional *idêntica em seus termos substantivos* para o conjunto dos trabalhos médicos, apenas diferenciando-se nos aspectos “secundários” e “externos” relativamente àquela “essência” que formulou (SCHRAIBER, 1993, p. 149).

Dessa forma, apesar de o estabelecimento da profissão se desenvolver com a consolidação de uma identidade médica predominante, ela não é de fato homogênea ainda que tente buscar uma unidade na prática.

Quanto à segunda característica do processo de conformação da profissão médica, ela se desenvolve a partir das primeiras décadas do século XX para resultar no modelo de exercício liberal da profissão. Naquele modelo, o médico amparado na autonomia profissional dependia apenas da sua própria capacidade técnico-científica para exercer sua atividade e a relação médico-paciente estava pautada na livre escolha e no custeio direto dos serviços pelos clientes.

Pereira Neto (2000), destaca que ainda no início do século XX ocorreram alterações na base do conhecimento médico e nas políticas públicas de saúde que começaram a interferir nessa identidade profissional tradicionalmente hegemônica. A evolução da profissão acompanhou o processo de urbanização do país, com o crescimento no número de faculdades e o aumento progressivo do número de egressos.

Cabe lembrar que o período entre os anos trinta e sessenta coincide com a montagem do aparelho de estado no campo da saúde, que tentava dar conta da formulação das políticas de saúde com foco nas doenças endêmicas, as quais ficavam a cargo do Ministério da Educação e Saúde e, nos anos 50, sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

É, então, naquela época que começa a despontar o surgimento de uma proposta de modelo de atenção à saúde com maior participação do Estado. Na década de 60 do século XX, o modelo conhecido da medicina liberal brasileira começa a ganhar outras conformações. Intensificaram-se as compras de serviços médicos mediadas por empresas e pelo Estado, e surgia uma nova configuração da prática médica, o assalariamento. Desta forma, ocorreu uma reestruturação da assistência médica, que se subdividiu na seguridade social (medicina previdenciária) e na medicina privada.

Donnangelo (1975), destaca que esse momento reforçou um padrão diferente de interferência do Estado na saúde, caracterizado pela acomodação das pressões dos assalariados pela garantia de saúde e por comportar formas de privilegiamento do produtor privado de serviços da saúde. Assim, à medida que a constituição da estrutura urbano-industrial foi se transformando e permitindo a ampliação do setor de produção capitalista, a situação do médico foi redefinida diante das novas relações com o Estado e com o setor privado.

O efeito mais significativo desse conjunto de fatores sobre a profissão médica foi a diminuição de sua autonomia, representada pela perda do controle individual sobre os elementos da produção, nesse caso, dos clientes, dos instrumentos e do preço do trabalho.

É válido lembrar que com o decorrer do tempo o sistema de saúde previdenciário foi acumulando problemas internos, sobretudo resultantes dos custos elevados e do aumento da demanda desses serviços de assistência médica, associados, ainda, às condições precárias de saúde da população e ao pouco investimento em saúde pública.

Nesse cenário, o movimento da Reforma Sanitária ganha força e com ele a proposta de um novo modelo de atenção à saúde, em que se destaca a participação do Estado como principal fornecedor, regulador e fiscalizador dos serviços de saúde.

2.2 O SISTEMA DE PROFISSÕES NA SAÚDE E AS DISPUTAS JURISDICIONAIS

Para compreender os conflitos entre as profissões faz-se necessário entender algumas características dos sistemas profissionais. Para Abbott (1988), as profissões constituem um sistema independente em que cada uma constrói sua atividade sobre um tipo de jurisdição. Algumas tem controle total sobre seu exercício, outras têm seu controle subordinado a outro grupo. Nesse contexto, os limites jurisdicionais estariam permanentemente em disputa,

determinando a história das profissões, e as reivindicações jurisdicionais seriam responsáveis por fornecer estímulo e determinados padrões para o desenvolvimento organizacional das profissões.

Destarte, cada profissão se dedica a um conjunto de tarefas ligadas por laços de jurisdição em que as forças e as fraquezas dessas ligações são estabelecidas, entre outras determinações, pela prática diária do trabalho profissional. Ao reivindicar jurisdição, uma profissão pede à sociedade que reconheça sua estrutura cognitiva e direitos exclusivos sobre aquele campo de atuação. Portanto, a jurisdição é em si, não só a cultura, mas também, estrutura social de determinada profissão. Os direitos requeridos podem incluir o monopólio absoluto da prática e dos pagamentos, direitos de autodisciplina e de emprego irrestrito, controle de formação, de recrutamento e de licenciamento profissional (Abbott, 1988, p. 68).

Para Willensky (1964), só um conhecimento suficientemente esotérico poderá servir de base para reivindicar jurisdição exclusiva sobre uma prática. Segundo ele:

[...] se a base teórica de uma profissão consistir de um vocabulário que é familiar a todos, ou se ela for científica, mas de tal forma que possa ser apreendida pela maioria das pessoas como um conjunto de regras, aí então, a atividade terá dificuldade em reivindicar um monopólio de técnicas ou até mesmo uma jurisdição mais ou menos exclusiva (WILLENSKY, 1964, p. 148).

O autor ainda defende que qualquer profissão que pretende exercer autoridade profissional terá que encontrar uma base técnica para fazê-lo. Por conseguinte, para pleitear jurisdição, tanto as técnicas devem estar de acordo com padrões de treinamento, como a profissão deve convencer o público de que seus serviços são exclusivamente confiáveis (WILLENSKY, 1964).

Isto posto, o principal recurso na disputa jurisdicional, e a característica que melhor define profissão, é a posse exclusiva de um conhecimento abstrato, aqui entendido enquanto conhecimento esotérico, o que confere capacidade de sobrevivência no competitivo sistema de profissões, defendendo de intrusos, uma vez que só um sistema de conhecimento governado por abstração permite redefinir e dimensionar novos problemas e tarefas (RODRIGUES, 2002).

Logo, pode-se apreender que os conflitos profissionais ocorrem em torno da garantia do monopólio exclusivo pelo campo de conhecimento, que permite a profissão capacidade de se renovar diante das transformações no sistema de profissão e manter seu poder e autoridade diante da sociedade.

Nessa perspectiva, Larson (1979) demonstra que o sucesso da institucionalização da profissão médica tem bases na codificação e racionalização de um conhecimento abstrato e na conquista da exclusividade sobre esse saber. A autora entende que a profissionalização ocorre como uma estratégia para conquistar poder, prestígio e renda na sociedade.

Vale dizer, que o grau de organização profissional é um aspecto fundamental nas disputas profissionais, e a questão do conhecimento exclusivo aparece como alicerce para a obtenção de privilégios, tanto econômicos, quanto políticos. Com efeito, o conhecimento aumenta a força de uma categoria para a delimitação não só das suas áreas de competência, como também das profissões concorrentes (FREIDSON, 1998, p. 79-104).

Nesse contexto, Larson (1979) destaca que as lutas profissionais às vezes são perceptíveis, outras não, mas elas existem e demarcam territórios de poder político e econômico, de identidades e desigualdades. É, pois, em meio a esse processo de disputas para edificar cada profissão que se constroem os mercados profissionais e se estabelecem os monopólios. Esses são entendidos como uma questão geral da competição entre as profissões, em que o conhecimento pode ser considerado como mercadoria. Em vista disso, pode-se dizer que o projeto profissional combina a base padronizada do mercado de trabalho, com o conhecimento cognitivo e associa a relação entre a clientela e a prestação de serviços.

Isto é, o controle sobre o conhecimento exclusivo toma dimensões significativas no projeto profissional, que busca o estabelecimento de um mercado profissional fechado e livre da presença de “intrusos” que possam competir pela clientela.

Nesse contexto, é a partir da garantia do direito à exclusividade do uso de um conjunto de saberes que a profissão ganha poder. Por esse motivo, os atos profissionais são disputados com o intuito de se tornarem exclusivos, consequentemente gerarem monopólio de determinada profissão sobre uma área de atuação, o que causa interferências no mercado de trabalho.

São essas as disputas por espaço profissional que podem ser observadas no campo da saúde, visto que ao longo da história os médicos adquiriram o monopólio de praticar a medicina de forma exclusiva, colocando na ilegalidade e clandestinidade todos os praticantes empíricos e curiosos desse ofício (MACHADO, 1997, p. 15). A profissão médica arquitetou estratégias profissionais de tal forma que o domínio e o monopólio desse conhecimento constituem o fundamento da autonomia da profissão e do prestígio profissional (LARSON, 1979).

O controle sobre a dimensão cognitiva, sobre o sistema de ensino e sobre a dimensão mercadológica Larson (1979) denomina de fechamento de mercado, e é fundamental para a tomada do poder profissional e para a realização de um projeto mobilidade social. Cabe destacar que entre os principais autores consultados Willensky, Freidson e Abbott, apenas em Larson a

profissionalização é analisada enquanto um projeto coletivo de mobilidade social. Assim, o fechamento do mercado serve para que as profissões criem “necessidades” por seus serviços e, com isso, tornem-se indispensáveis à sociedade. (LARSON, 1979).

Gonçalves (2006) destaca que a designação da existência de um mercado profissional sofre algumas críticas. Em particular, o autor cita o posicionamento de Freidson, que questiona o caráter pejorativo e desprestigiante face às profissões e a inexistência de monopólios perfeitos de mercados dos serviços profissionais, dada a incapacidade dos grupos profissionais de completarem o seu fechamento social.

Com o surgimento de novas profissões com área de atuação próximas àquela da medicina, os conflitos deslocaram-se para esse foco. Percebe-se nessas disputas jurisdicionais um forte componente em busca de um fechamento de mercado, em que as elites profissionais tentam manter o monopólio da prática, o poder e a clausura cultural.

De acordo com Larson (1979), trata-se de um monopólio legal para certos serviços, criando mercados fechados, garantidos pelo Estado, que regulamenta as profissões e credencia os respectivos profissionais. Para a autora, as profissões regulamentadas apresentam como característica o “monopólio profissional” (grifo nosso), entendido como a defesa do interesse privado dos membros de uma categoria. Isto posto, entende-se que apesar da importância do estabelecimento de um corpo de conhecimento devidamente esotérico para o monopólio sobre o campo de atuação, essa característica não seria condição suficiente para o controle de um mercado competitivo, a exemplo do mercado profissional no campo da saúde.

Segundo Guimarães e Rêgo (2005), a intensa divisão social do trabalho em saúde causou alterações no processo de regulação das profissões, que antes tinham na autorregulação profissional recursos suficientes para dirimir dúvidas sobre os campos profissionais. Hoje, o recorrer à justiça é a regra, criando assim a demanda por legislações específicas sobre as áreas de atuação.

Assim, ao analisar a atual divisão do trabalho nas sociedades capitalistas deve-se considerar o importante papel das organizações técnico-burocráticas no estabelecimento do monopólio. Nesse contexto, ainda é válido refletir sobre os processos de exclusão e diferenciação social decorrentes do estabelecimento dos mercados fechados.

Para conquistar o poder, a profissão deve organizar-se como um grupo, não basta ser um agregado de indivíduos que exercem o mesmo ofício. Os profissionais devem estar organizados de modo que consigam estabelecer uma identidade corporativa para seus membros, falar em nome deles, serem tratados coletivamente como categoria social definida. Isso é possível quando a profissão consegue se organizar pela ação de seus membros independente do

Estado, ou pela ação do Estado na criação de funções para serviços especializados. De qualquer forma, a conquista reside em justificar o poder profissional com base em sua competência exclusiva (FREIDSON, 1998).

Ao tentar compreender as formas de organização das profissões é importante revisitar o conceito de corporação que está relacionado às antigas associações profissionais de comerciantes ou artesãos da Idade Média, conhecidas também como guildas. Eram organizações fechadas, cujos membros monopolizavam o exercício de determinada profissão ou atividade comercial. A corporação controlava a qualidade da produção artesanal de seus membros, determinava o preço das mercadorias, fiscalizava o aprendizado e realizava exames de capacitação para o aprendiz tornar-se mestre-artesão e poder ingressar na corporação. (SANDRONI, 1999).

Como é possível observar, as antigas guildas ainda guardam algumas semelhanças com as organizações que atualmente são entendidas como corporações, e nesse sentido atuam de acordo com uma lógica que se baseia na associação representativa dos interesses das atividades profissionais. Essa atuação corporativista propõe a remoção ou neutralização dos elementos de conflito: a concorrência no plano econômico, a luta de classes no plano social e as diferenças ideológicas no plano político (INCISA, 1998).

Diniz (2001), destaca o papel das associações profissionais na mobilização do apoio do Estado para garantir vantagens e privilégios ocupacionais, excluir do mercado de trabalho e de serviços os não-qualificados, conquistando assim, o monopólio da prestação de serviços mediante a legitimação de suas regulamentações e do credenciamento.

Torna-se, então, central para o poder profissional que o controle do seu trabalho ocorra principalmente em função dos próprios trabalhadores profissionais, ao invés de ser exercido sob a lógica da regulação do mercado, ou através de organismos do Estado (FREIDSON, 1998).

No entanto, salienta-se que apesar de o modelo priorizado ser o da autorregulação, o Estado possui papel primordial nesse processo, visto que é responsável por legitimar a delimitação e o controle sobre o conhecimento. É o poder do Estado que garante às profissões o direito exclusivo de usar conhecimento e especialidade (PEREIRA NETO; MAIO, 1992).

Nessa perspectiva, além do monopólio do saber anteriormente discutido, destaca-se o papel das organizações profissionais, já que o controle do conhecimento e as disputas ocorrem prioritariamente mediante estratégias estabelecidas pelas distintas organizações das categorias profissionais. Nesse campo, as organizações médicas obtiveram especial êxito ao estabelecerem ao longo de décadas uma soberania da profissão sobre as demais, detendo influência inclusive

sobre o modelo de assistência prestada. Assim, organização e conhecimento aparecem como elementos-chave no percurso da profissionalização.

Quanto ao controle exercido sobre o campo profissional pelas corporações médicas cabe acrescentar que existem evidências empíricas que sugerem que esse controle, a busca pelo monopólio e até determinada hierarquização de poder profissional, ocorram também por dentro da organização da própria profissão.

Pode-se citar o acordo firmado entre o CFM e a Associação Médica Brasileira (AMB) que estabelece que as duas entidades só reconheceriam as especialidades que se submetessem aos exames das sociedades médicas especializadas. Desse modo, reforça-se a condição de influência da corporação médica sobre a formação e regulação dos especialistas no mercado de trabalho (NUNES, 2017). Esse processo de controle através das sociedades profissionais médicas que tornam as áreas das especialidades cada vez mais restritas e que propiciam fechamento de mercado no interior da profissão é um aspecto que careceria de investigações.

No contexto do “Ato Médico” como um dos estatutos reguladores da prática médica importa considerar qual o papel desempenhado pelas organizações médicas nas negociações com o Estado, para elaboração e concretização de uma lei que garanta a capacidade de regulação da profissão, a exclusividade sobre o campo de atuação e consequentemente o fechamento de mercado. Esses aspectos serão explorados ao longo desse estudo.

Cabe, então, refletir sobre a influência que essas entidades representam na estrutura da sociedade, sobretudo, no caso das corporações médicas que devido à grande capacidade de organização e a legitimidade da profissão podem intervir na forma como se organizam os serviços de saúde e sugerir demandas à população.

No Brasil, o modelo de autorregulação e determinação de um projeto de poder da medicina, relaciona-se com as origens das entidades médicas nacionais existentes atualmente e com o formato que adquiriu o associativismo médico no país. Entre as instituições que estruturam esse modelo de organização, as principais são: sindicatos, associações e conselhos (LABRA, 1993).

A categoria médica é considerada a primeira profissão liberal a associar-se nas bases do trabalho moderno, tendo como marco, no Brasil, a criação do Sindicato Médico Brasileiro (SMB), em 1927, que foi também o primeiro sindicato de uma categoria profissional de nível superior no país (LABRA, 1993).

Ao Sindicato compete a defesa dos direitos trabalhistas. Essa entidade surgiu a partir da visão de que a medicina se encontrava em crise, com redução do espaço de atuação do profissional liberal. A agenda do sindicato se pautava em assegurar o monopólio do saber e da

prática médica, mediante o combate ao charlatanismo, inclusive da atuação de médicos estrangeiros, e a delimitação do campo de atuação (DONNANGELO, 1975). Em 1975, os sindicatos se organizaram em uma entidade sindical superior, a Federação Nacional dos (Sindicatos) Médicos (FENAM) (LABRA, 1993).

Às Associações Médicas cabe velar por honorários justos para os profissionais liberais, registrar as sociedades de especialidades e promover a atualização científica dirigida aos associados. A AMB surgiu em 1951 como órgão de associação livre e voluntária de profissionais que perdiam gradativamente a sua condição autônoma no mercado. Ela se constituiu como um importante centro de elaboração da ideologia liberal e de pressão sobre o Estado no sentido de reorganização das condições do sistema de saúde. Desde sua origem a entidade se coloca como representativa de toda a categoria médica e defensora dos princípios relacionados as características mais tradicionais da profissão, como a autonomia. (DONNANGELO, 1975; LABRA, 1993).

Os Conselhos de Medicina surgiram também relacionados ao sindicalismo médico, e atuaram de forma alargada na representação da categoria até 1945 (tendo sido reorganizados em 1957), quando passaram a atuar primordialmente como tribunais éticos, restringindo-se à aplicação do código ou à fiscalização ética do exercício profissional. (DONNANGELO, 1975). Além de velar pela ética, os conselhos têm a prerrogativa de credenciar os profissionais para poder ingressar no mercado de trabalho, detendo, portanto, o monopólio da afiliação compulsória (LABRA, 1993).

É válido destacar que no Brasil os conselhos profissionais constituem autarquias, sendo assim, são órgãos da Administração indireta, com competência para supervisionar a ética profissional e fiscalizar o exercício da profissão. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são autarquias reguladas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957 (PITTELLI, 2002).

Contudo, apesar de auto-administráveis, as autarquias não são autônomas, ou seja, não têm o poder de legislar. Ainda assim os conselhos profissionais exercem, na qualidade de entidades da Administração, o poder normativo do Estado ao estabelecerem normas de alcance limitado no âmbito de atuação do órgão expedidor, desde que não contrariem a lei nem imponham obrigações, proibições e penalidades que nela não estejam previstas (PITTELLI, 2002).

Importa dizer que o fracionamento da representação médica em três grandes entidades pode apresentar efeitos deletérios sobre a coesão interna da categoria e para a mediação de

demandas dos profissionais junto ao Estado, sobretudo no que diz respeito às aquelas relacionadas as políticas de saúde, públicas ou privadas (LABRA, 1993).

Essas entidades, além das atribuições mencionadas, definem decisões direcionadas à política, ao sistema de saúde, à saúde da população e ao papel do Estado na regulação do trabalho e na formação médica. Preveem também o estabelecimento de parcerias com outras entidades representativas da sociedade civil. A AMB e o CFM estruturam comissões e câmaras técnicas, transitórias ou permanentes, voltadas para a formulação de posicionamentos e para o debate de temas ligados à medicina e à saúde. O funcionamento dessas instâncias alinha-se às diretrizes institucionais e subsidia a implementação dos projetos e programas das entidades (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Dada a importância dessas organizações para o controle do campo de atuação da profissão médica, destaca-se a análise realizada por Gerschman (2004) sobre a participação dessas entidades no movimento médico pela RSB.

A autora considera que houveram resistências por parte das entidades médicas ao contexto das mudanças nas políticas de saúde propostas pela RSB, principalmente no que diz respeito às tentativas de defesa do ideário da medicina liberal frente a nova conformação prioritariamente estatal da assistência à saúde. Contudo, pode-se considerar que a pluralidade quanto à articulação e à variação da atuação, tanto política como profissional das entidades representativas da categoria médica, apontam para um movimento médico que foi multifacetado, incluindo as várias associações profissionais e uma relação orgânica dos seus membros na defesa de interesses corporativos da categoria médica (Gerschman, 2004).

Para ela, existiram dois momentos distintos com relação ao posicionamento dessas entidades. O primeiro, em meados da década de 70, com forte atuação política na oposição à ditadura militar e nas lutas específicas da categoria por direitos trabalhistas. No segundo, no decorrer dos anos 80, ambientado no período de redemocratização do país e de implantação de um novo modelo político-sanitário, já se podia observar o distanciamento entre as proposições gerais da RSB e a atuação médica dirigida à defesa dos interesses econômicos-corporativos e à revalorização do exercício liberal da profissão médica (GERSCHMAN, 2004, p. 149).

A atuação dessas entidades na defesa das características tradicionais da medicina toma destaque em meio aos conflitos jurisdicionais das profissões da saúde, sobretudo, em um contexto de transformações da divisão técnica do trabalho, da ressignificação do conceito de saúde e da reorientação da organização do trabalho em saúde.

Esses fenômenos podem ser interpretados como desgastes à hegemonia da medicina no campo da saúde e devem ser analisados como impulsionadores da necessidade da delimitação

legal do campo de atuação da profissão médica para manutenção do monopólio e controle sobre o mercado profissional de serviços da saúde.

A partir desse contexto, pode-se considerar que ainda estão envolvidas nesse debate as possibilidades de aumento do consumo de serviços médicos e da consolidação da hegemonia político-ideológico da medicina liberal, voltadas às práticas individuais e fragmentadas, distanciando-se do ideal de saúde como direito social tal como proposto no projeto da RSB.

Logo, é mister compreender como a profissão médica liberal tem se colocado frente a esse projeto e como tem reagido às mudanças ocorridas no campo da saúde e na divisão socio-técnica do trabalho.

2.3 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, O CONCEITO DE SAÚDE E AS MUDANÇAS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

2.3.1 Sobre a Reforma Sanitária e o conceito de saúde

A Reforma Sanitária Brasileira é um movimento de grande importância que tem provocado transformações no campo da saúde brasileira e contribuiu para produzir mudanças nas práticas de saúde.

Diversos autores, como Amélia Cohn (1988), Jairnilson Paim (2008, 2009), Sonia Fleury (2009), em seus estudos sobre a Reforma Sanitária, associam seu início a meados da década de 1970, ainda durante a ditadura militar. Surgiu a partir de uma ampla inquietação por parte de alguns grupos que buscavam a redemocratização do Estado. Destarte, esse movimento pela democratização da saúde ganhou corpo e possibilitou a formulação do projeto da RSB, sustentado por uma base conceitual e produção teórico crítica que tem como marco a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976 e, três anos depois, a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979.

O movimento Reformista se consolida em um contexto de lutas pela redemocratização e pela ampliação dos direitos sociais, assim as mudanças propostas transcendiam os aspectos administrativos e financeiro. A ideia era de reforma geral, fundamentada em uma proposta de redistribuição de renda e diminuição das desigualdades socioeconômicas. Desse modo, era necessário transformações nos componentes políticos, jurídicos, organizacionais e comportamentais da sociedade e do Estado brasileiro.

Importa dizer que o processo da RSB tornou possível a concretização do SUS, consagrado na Constituição Federal de 1988. Para isso, foi necessário mais que a formulação de uma Política Nacional de Saúde ou a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Sem dúvida, essa transformação requereu uma profunda revisão crítica de paradigmas e

concepções do pensar e agir em saúde, bem como mudanças no relacionamento do Estado com a sociedade (PAIM, 2008, p. 176).

De acordo com Paim (2008, p. 32), a Reforma pode ser analisada a partir de níveis diferenciados de apreensão, caracterizando-se simultaneamente como uma ideia, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo. A ideia inicial vinculou-se as críticas às reformas parciais sugeridas ao plano pedagógico dos cursos de medicina, pela Medicina Preventiva, e principalmente à busca de alternativas para a crise da saúde durante a época do autoritarismo militar.

Posteriormente, essa ideia tomou forma de proposta, organizada através do documento “A questão democrática na área da saúde”, o qual consistia em um conjunto de diretrizes e proposições de políticas, que foi apresentado pelo Cebes no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde, na Câmara dos Deputados, em 1979. Nesse momento, pela primeira vez foi apresentada a proposta do SUS (PAIM, 2008, p.81).

O documento concretizou a proposta da RSB e estabeleceu uma série de princípios e diretrizes a serem adotados para consolidar as reformas democratizantes da saúde. Entre eles figuravam: o direito universal e inalienável à saúde, o caráter intersetorial dos determinantes da saúde, a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático, o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (CEBES, 1979).

As diretrizes desenvolvidas pelo Cebes (1979) propunham, também, a regulamentação da relação entre a prática assalariada vinculada ao SUS e a autêntica prática de consultórios particulares tradicionais na medicina brasileira. Tentava-se evitar, assim, uma participação centralizadora e apta a manipulações como vinha ocorrendo, até então, com a relação entre as corporações médicas, o Estado e as empresas da área da saúde.

Assim, a RSB trouxe em seus fundamentos uma crítica ao modelo médico e sanitário cientificamente tradicional, ao passo que buscou a transformação da medicina fragmentada e biologicista, para um modelo integralizador e de práticas coletivas. Paim (2008) destaca que esse processo de transformações propostos pela RSB, é considerado, como o conjunto de atos relacionados às práticas socioeconômicas, políticas, ideológicas e simbólicas, podendo ser observado tanto durante a transição democrática, quanto no período pós-constituente.

Desse modo, apesar de parte das demandas políticas e sociais do movimento sanitário terem sido absorvidas pelo Estado - porquanto nem todas foram incorporadas pelas leis orgânicas que regulamentaram a Constituição - a visão da saúde da população como resultante

das formas de organização social da produção, implicava em mudança cultural, política e institucional e contestava as formulações centralizadas nos enfoques médico biológicos (PAIM, 2008, p. 176).

Por muito tempo a saúde foi vista e interpretada sob o ponto de vista da doença. Contudo, os conceitos de saúde e doença mudaram no decorrer da história. Eles foram configurados social e culturalmente, não sendo isentos de crenças, hierarquias e julgamentos de valores. Assim, os modos de compreender o adoecimento e a recuperação a partir da terapêutica provocaram mudanças nas práticas e formas de organização em saúde, tornando-se ainda hoje uma discussão importante.

Atualmente, pode-se dizer que não há um conceito de saúde cientificamente fundamentado, pois isso deixaria de lado o conhecimento que não é sistematizado, uma vez que estaria levando em consideração somente os limites orgânicos produzidos pela ciência básica, ao invés de considerar o lugar que a saúde ocupa na história de cada um, divergindo de acordo com a singularidade de cada experiência (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 11).

A ideia de saúde como ausência de doença desconsidera uma dimensão mais ampla, como a potência para lidar com a complexidade da vida, que não pode excluir tensões uma vez que envolve um constante dinamismo. Desse modo, recuperar-se das enfermidades é apenas uma das possibilidades da saúde. Embora tal concepção não exclua as demais existentes, tampouco seja incompatível com elas, não é a que predomina na atenção à saúde (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 12).

A concepção de doença a partir de uma visão mágico-religiosa, em que as enfermidades resultavam de forças alheias ao organismo derivadas de pecados e maldições foi predominante e ditou regras na antiguidade até que, com a introdução do pensamento hipocrático, as doenças passaram a ser explicadas por causas naturais. Essa noção passou então a coexistir com a visão religiosa, que justificava os rituais de purificação (SCLIAR, 2007).

Na Idade Média europeia, a medicina manteve a concepção da doença vinculada a questões relativas ao pecado e à cura como resultado da fé. Ao final desse período, com as guerras e o advento de epidemias devastadoras, a explicação com a transmissão das doenças passou a ser atribuída às entidades que existiam no ambiente como qualquer outro elemento da natureza (SCLIAR, 2007).

No século XVIII, com o nascimento da clínica moderna (FOUCAULT, 1979), ocorre a ruptura com esse sistema teórico. Desse modo, a transformação do hospital em local de cura, através da presença dos médicos, o esquadrinhamento, a divisão e a disciplinarização de seu espaço interno, permitiu o registro sistemático e permanente das informações sobre os doentes.

Esses aspectos foram fundamentais para a compreensão do processo de adoecimento. Nesse sentido, até meados do século XIX predominou a teoria miasmática que explicava, ao seu modo, a ocorrência das doenças epidêmicas no conturbado contexto de urbanização e industrialização das cidades europeias (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Já nas décadas finais do século XIX, com os avanços nas ciências naturais, como a descoberta dos microrganismos, no contexto da Revolução Bacteriológica (ROSEN, 2005), e pela influência dos decisivos trabalhos de Koch e Pasteur, em oposição à teoria miasmática, afirmava-se um novo paradigma para a explicação do processo saúde-doença (BARATA, 2005).

Foi a partir da racionalidade microbiológica que a medicina científica e restrita a círculos acadêmicos se consolidou perante o movimento da medicina social e da saúde pública. A separação entre o biológico e o social; entre o enfoque do individual sobre o coletivo, passou a ser reproduzida tanto nos espaços de ensino, quanto nas práticas institucionais, da clínica ou da saúde pública (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013. p. 54-55).

Apesar da preponderância do enfoque médico biológico na conformação inicial da saúde pública como campo científico, em detrimento dos enfoques sociopolíticos e ambientais, observou-se ao longo do século XX, uma permanente tensão entre essas abordagens. Destarte, pôde-se observar que a depender do contexto histórico, o conceito de saúde foi sendo discutido e acompanhando as mudanças sociais, políticas e econômicas (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Assim, em 1948 com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), agência subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU), foi sugerida a definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade constituindo-se, portanto, na expressão de uma concepção não mais centrada na doença. Essa perspectiva representou um marco para um outro entendimento de saúde que buscava superar uma visão negativa sempre associada à doença. (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

No século XX alguns autores brasileiros deram importantes contribuições a esse debate. Convém dizer que o desenvolvimento da medicina contemporânea ocorreu sem uma elucidação do conceito de doença ou patologia de forma mais ampla, ao entender cada doença em sua especificidade. Da mesma maneira, esta problemática esteve ausente da educação médica até o surgimento do discurso preventivista, nos anos cinquenta (AROUCA, 1975, p. 111).

Arouca (1975, p. 112) aponta que na concepção preventivista existe a necessidade de compreender o estado de saúde a partir da reunião das concepções ontológica e dinâmica da doença, e que o predomínio da concepção dinâmica ocorre à medida que o processo de adoecimento assume uma história natural. Para o autor, aceitar o conceito ecológico da saúde e

da doença é, por um lado aumentar o campo das responsabilidades do médico e, por outro, de êxito de desenvolver uma atitude otimista diante do mundo das doenças.

O conceito preventivista afirma a necessidade de se estudar o estado de saúde, visto que até então a preocupação estava em estudar a doença, portanto transforma-se a saúde em um objeto positivo de investigação, como um estado relativo, dinâmico e de equilíbrio, enquanto a doença é entendida como processo de interação do homem com os agentes patogênicos e o ambiente, compreendido como conceito ecológico de saúde (AROUCA, 1975, p. 114).

Em 1978, com a Conferência de Alma-Ata, a discussão sobre os determinantes sociais da saúde ganha notoriedade. Essa discussão consistia no debate bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estavam relacionadas com sua situação de saúde. Desde então, aspectos sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais passaram reconhecidos enquanto determinantes dos problemas de saúde (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Esse entendimento distinto e ampliado trouxe críticas às concepções hegemônicas de saúde e cuidado, pautadas nas ideias do paradigma biomédico, cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital, no médico e no processo de medicalização da sociedade. Nesse sentido, ganha força a compreensão de que saúde e a doença não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, já que tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes do processo de reprodução social.

Desse modo, o movimento da Reforma Sanitária buscou resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades. Para isso foi preciso, considerar a existência de fatores também relevantes para a saúde como gênero, cor, idade, sexo e outros, que contribuem para acentuar as iniquidades. Portanto, incorpora-se ao conceito de saúde um conjunto mais amplo de necessidades humanas – subsistência, proteção, afeto, compreensão, participação, lazer, criação, identidade e liberdade (PAIM, 2008, p. 166).

A partir do novo entendimento sobre o conceito de saúde o movimento Reformista desenvolveu, tanto do ponto de vista científico quanto técnico-prático, propostas de mudança do modelo assistencial de saúde. Nesse contexto, surgiu a necessidade de reorganizar o trabalho em saúde, com destaque para o trabalho em equipe multiprofissional como forma de alcançar a integralidade das ações.

2.3.2 Sobre a organização do trabalho em saúde

Mendes-Gonçalves (1946-1996), um dos intelectuais que participou da construção do campo da Saúde Coletiva, se destacou pelo desenvolvimento de suas pesquisas sobre o processo de trabalho em saúde e por seus aportes para a compreensão e a investigação empírica das dimensões sócio-históricas das práticas de saúde e para a reconstrução de saberes.

Em seus trabalhos, o autor identificou a existência da polarização de saberes operados no campo das práticas de saúde em torno de duas modalidades: a clínica e a epidemiologia. Ele demonstrou como esses polos abstratos estavam relacionados a processos de trabalho que implicam objetos, instrumentos e finalidades essencialmente interdependentes e diferentes, de tal forma que se mostram capazes de ratificar ou de impedir perspectivas subjetivas em confronto na organização da atenção à saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Salienta-se que o autor desconstruiu a visão tecnicista e conservadora de dois saberes excludentes e polarizados que automatizam as práticas e, apontou para a integração clínico-epidemiológica como um horizonte de superação de compreensões individualistas, naturalizadoras e tecnocráticas da organização dos processos de trabalho em saúde. Desse modo, emergiu a necessidade de revisitar sócio-historicamente os saberes da saúde, com vistas a novos arranjos para os serviços de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Outro aspecto desenvolvido pelo autor refere-se à dinâmica e as relações nos processos de trabalho em saúde. Suas articulações na sociabilidade e historicidade da saúde procuram um olhar positivo sobre os aspectos relacionais do processo de trabalho, necessário para pensá-lo, também, como prática social (MENDES-GONÇALVES, 1992). A essas questões são somadas as reflexões sobre integralidade do cuidado, autonomia dos sujeitos e trabalho em equipe, trazidos pela RSB que sugerem uma nova configuração do trabalho em saúde.

Desse modo, pode-se dizer que a reorganização do trabalho em saúde ocorre tendo em vista uma mudança de paradigma no campo da saúde e compreendendo que a operacionalização do princípio da integralidade não é simples. Contudo, foge ao escopo desse estudo aprofundar sobre todas as questões referentes ao processo de reorganização do trabalho. Assim, será dada ênfase ao trabalho em equipe como contraponto ao modelo de atenção médico-centrado.

Vale ponderar que os aportes conceituais, metodológicos e operativos de um novo repensar dos processos de trabalho na saúde tiveram origem com a proposta da Medicina Comunitária, com destaque para os trabalhos de Cecília Donnangelo. Desde o início da década de sessenta do século vinte, a autora reforçou a importância de deslocar as ações em saúde do ato médico individual e do médico como agente privilegiado para a busca de novos modelos de

organização cujo alvo fosse a coletividade e em direção a um cuidado compartilhado através de um conjunto de práticas complementares e distribuição de tarefas, o que era então designado por trabalhador médico coletivo (DONNANGELO, 1976, p. 71).

Com a criação do SUS e, principalmente, com a posterior difusão do Programa de Saúde da Família (PSF) ocorrida nas décadas de 1990 e 2000, a equipe multiprofissional deixou de ser um aspecto do organograma da saúde e passou a ser um ponto estruturante do trabalho em saúde. Fundamentado em uma noção ampliada de saúde, essa entendida em suas diversas faces e condicionantes, resultante de lutas e consensos de movimentos sociais e acadêmicos, o trabalho em saúde deixou de se restringir a uma área de conhecimento e a grupos profissionais específicos (GOMES et al, 2007, p. 19).

A saúde, proposta como produção de normas de vida, emergentes em um diagrama de fatores múltiplos e mutantes, biológicos, sociais, econômicos e históricos, exigiu a diversificação e transformação dos olhares, práticas e métodos, bem como a inserção de novos profissionais (GOMES et al, 2007, p. 19).

Assim, a ideia de trabalho em equipe surge em meio à noção de atenção integral ao sujeito, para associar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde nos serviços e complexidades, abrangidos a partir do conceito de saúde que entende de modo ampliado e contextualizado todas as necessidades do indivíduo e da população do território. Torna-se, então, necessário que os profissionais encontrem alternativa de inserção no serviço e de organização do trabalho que não seja a tradicional atuação independente, isolada e a justaposição de ações (PEDUZZI, 2007).

Para realizar a discussão sobre esses novos modelos de organização sugeridos, em direção do compartilhamento das atividades, é necessário entender alguns princípios nos quais estão baseados essa tônica. Nesse sentido, torna-se importante realizar a distinção entre multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e interprofissionalidade.

A multidisciplinaridade trata de uma justaposição, num determinado campo, de algumas disciplinas, sem implicar necessariamente um trabalho em equipe coordenado. Ao se tratar de multidisciplinaridade, a solução de um problema só exige informações tomadas por empréstimo de duas ou mais especialidades ou setores, sem que as disciplinas sejam levadas a contribuir diante daquela situação específica, sem que elas sejam modificadas ou enriquecidas (JAPIASSU, 1976).

Em contrapartida, a interdisciplinaridade é difundida como a interação existente entre duas ou mais disciplinas, em âmbito coletivo, caracterizada pela intensidade de trocas e pelo

grau de interação entre as disciplinas, que por sua vez sofrem transformações e passam a depender uma da outra (JAPIASSU, 1976).

Não se trata somente de postular um novo saber, mas sim, de constatar um esforço por aproximar, comparar, relacionar e integrar os conhecimentos. Desse modo, interdisciplinaridade é também entendida como instrumento e expressão de uma crítica do saber disciplinar e como uma maneira complexa de entendimento e enfrentamento de problemas do cotidiano. Exige a integração não somente de saberes, mas também de práticas. Integra e renormaliza as disciplinas e as profissões delas decorrentes, concretizando, ao final, a íntima relação entre conhecimento e ação (SCHERER et al, 2013).

Quanto ao termo interprofissionalidade, a literatura aponta imprecisão e ausência de consenso quanto às diferenças e similaridades entre trabalho em equipe e colaboração interprofissional. Segundo Peduzzi et al (2013), a prática interprofissional (trabalho em equipe) é reconhecida como componente da organização dos serviços, permite a problematização e por consequência um possível deslocamento da reconhecida fragmentação para a articulação e a integração das ações de saúde.

De acordo com as leituras realizadas pode-se entender que o verdadeiro trabalho em equipe tende a se realizar com um nível de interação tamanho que proporciona uma atuação interdisciplinar entre as diversas profissões. Esse movimento em direção ao trabalho em equipe, por sua vez, tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, pois possibilita evitar omissões ou duplicações de cuidados, evitar esperas e adiamentos desnecessários, ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais, assim como o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais (PEDUZZI et al, 2013). Importa dizer que, diante da compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, o trabalho em equipe torna-se fundamental.

Para que esse trabalho se desenvolva é necessário que haja compartilhamento do planejamento, divisão de tarefas, cooperação e colaboração, podendo acontecer entre profissionais de uma mesma carreira e também dentro de uma equipe multiprofissional. Portanto, é importante negociar as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamentos e de tomadas de decisões. Sendo a interação democrática entre os diferentes uma possibilidade para a criação de novos saberes e práticas. (FEUERWEKER; SENA, 1999; SCHRAIBER et al, 1999)

Isto posto, deve-se considerar que além de ser analisado como resposta às necessidades da população de uma assistência integral, esse modelo de organização desperta discussões sobre

o acesso aos serviços de saúde, os novos arranjos profissionais dentro do campo da saúde e no mercado profissional da saúde.

Observa-se, assim, que a proposta do trabalho em equipe de saúde está sob um alicerce com duas naturezas distintas: por um lado busca responder às necessidades de integração das disciplinas e das profissões com objetivo de ofertar atenção integral à saúde e, de outro, racionalizar a assistência à saúde.

De acordo com Peduzzi (2007), existe um consenso em torno da ideia predominante, e ainda restrita, de que trabalho em equipe consiste na coexistência de vários profissionais atuando numa mesma situação e compartilhando o mesmo espaço e clientela. No entanto, as ações de saúde não se articulam por si só, automaticamente, apenas por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe.

Vale ponderar que a nenhum agente isolado cabe, atualmente, a possibilidade de realizar a totalidade das ações de saúde demandadas, seja por cada um dos usuários em particular, seja pelo coletivo de usuários de um serviço. Nesse sentido, visto que as necessidades de saúde se expressam em múltiplas dimensões, é preciso problematizar essas novas formas de organização de trabalho da perspectiva das relações de poder no interior de uma equipe, quando esta é multiprofissional, com profissões cujas autoridades são desiguais (SCHRAIBER et al, 1999).

Compreende-se, então, a necessidade de recomposição dos trabalhos integrados, com vistas à assistência integral de saúde, seja de especialidades de uma mesma área profissional, seja de áreas distintas. Assim, destacam-se as implicações de desigualdade dos poderes envolvidas nos particulares saberes das áreas profissionais, em que autoridades técnicas diferentes passam a significar poderes e valores diferentes. Consequentemente, condiciona-se uma desigualdade na legitimidade de julgar e decidir no trabalho, criar e recriar a técnica (SCHRAIBER et al, 1999).

Peduzzi (2007) destaca que quando o trabalho em equipe é visto em meio a um contexto de desigualdade, é preciso o repensar dos papéis, das relações de poder e dos conteúdos já instituídos. Desse modo, o trabalho em equipe busca superar a inércia burocratizada dos serviços públicos de saúde e intervir na divisão vertical do processo de trabalho, considerada impeditiva da resolubilidade dos serviços.

Cabe ainda destacar a relação existente entre o trabalho em equipe e as transformações que vêm ocorrendo na oferta de serviços de saúde, a exemplo das especializações do trabalho e das disciplinas científicas; da institucionalização segmentadora da oferta de serviços de saúde; do caráter interdisciplinar dos objetos de trabalho em saúde. Assim, pode-se associar o ideal do trabalho em equipe, tanto aos reflexos da nova organização da divisão social do trabalho e dos saberes, quanto à necessidade de recomposição de suas ações em equipe (SCHRAIBER et al, 1999).

Assim deve-se compreender que o “Ato Médico” foi desenvolvido em meio ao panorama de ressignificações e reorientações do trabalho em saúde, que demanda transformações na atuação profissional. Em contrapartida a medicina parece vir buscando meios de se resguardar das implicações dessas mudanças sobre o modelo tradicional hegemônico de sua prática profissional.

3 OBJETIVOS DA PESQUISA

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a genealogia do “Ato Médico”, suas relações com algumas proposições da Reforma Sanitária Brasileira e com elementos constitutivos da profissão médica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar o contexto no qual emerge a proposta do “Ato Médico” no Brasil com ênfase no cenário da Reforma Sanitária.
- Inquirir sobre as convergências e/ou antagonismos entre o "Ato Médico" e os princípios constitutivos da Reforma Sanitária - particularmente o conceito de saúde e o de organização do trabalho em saúde.
- Analisar alguns elementos constitutivos da profissão médica, associando-os às intencionalidades do "Ato Médico" e às possíveis implicações desse estatuto sobre o campo profissional da saúde.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa orientado por uma abordagem sócio-histórica, a qual apresenta uma preocupação de compreender os eventos investigados, descrevendo-os e procurando as suas possíveis relações, integrando o individual com o social.

Nos estudos qualitativos, tem-se a pretensão de trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais, com vistas a apreender tanto as interpretações e práticas, quanto as interpretações das práticas. Constituem-se em uma estratégia de pesquisa na qual o conhecimento é produzido mediante a interação dinâmica do sujeito e do objeto do conhecimento (DESLANDES, 2002).

A análise sociohistórica permite apreender a lógica das rupturas, das transformações, bem como as continuidades dos processos históricos. Por meio dela procura-se compreender os conflitos e as ambiguidades que se expressam de forma explícita no momento da emergência dos processos sociais. Esse tipo de análise ajuda na compreensão do processo social que envolve a constituição de pontos de vista dominantes, e favorece a identificação de formas de apropriação, legitimação e dominação no interior dos espaços sociais (VIEIRA-DA-SILVA et al, 2016).

Desta forma, o papel do pesquisador consiste em interpretar os conceitos provenientes do campo da pesquisa, para dar-lhes forma científica, reinterpretar sua experiência para além dos conceitos. Considera-se, pois, um estudo que busca conhecer o homem em seus contextos, interpretar e significar os textos que ele cria e recria.

É, então, apoiado no referencial teórico que o pesquisador olha o objeto de estudo, buscando dar razão e entender o seu processo histórico de construção e desenvolvimento (VIEIRA-DA-SILVA et al, 2016).

Assume-se, ainda, que o pesquisador não pode se limitar ao ato contemplativo, pois se encontra perante um sujeito que tem voz, e não pode apenas contemplá-lo. Assim, o pesquisador faz parte da própria situação de pesquisa, a neutralidade é impossível, sendo sua ação e também os efeitos que propicia elementos constitutivos da análise.

As análises das condições históricas, a depender do objeto, podem apoiar-se em fontes bibliográficas e documentais (VIEIRA-DA-SILVA et al, 2016). Nessa perspectiva, esta pesquisa envolveu a combinação das seguintes estratégias metodológicas: (1) revisão bibliográfica da produção científica relacionada ao tema abordado; (2) levantamento de documentos condutores para a exploração do objeto; (3) processamento da leitura segundo

critérios da análise de conteúdo, comportando algumas técnicas com criação de códigos para facilitar o controle e manuseio do material a ser examinado.

4.2 OBJETO E CENÁRIO DA PESQUISA

O objeto investigado neste estudo, o “Ato Médico”, está situado no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, materializada pela Constituição Federal de 1988, a qual pressupõe a democratização da saúde pela ruptura de paradigmas acerca do conceito de saúde e do entendimento sobre a divisão social do trabalho nesse campo de prática específico.

Desse modo, considerou o “Ato Médico” como um dos estatutos orientadores da prática médica e das relações entre médicos e demais profissões do campo da saúde. Nesta pesquisa, o objeto foi explorado mediante análise documental de material proveniente dos conselhos profissionais das distintas categorias envolvidas no debate - principalmente aquele oriundo de publicação oficial do CFM - e da legislação respeitante ao “Ato Médico”.

Segundo Flick (2009), o uso de documentos ocorre por serem uma fonte não-reativa, permanecendo inalteradas as informações neles contidas por longos períodos. Os documentos representam uma versão específica de realidades, sua análise será a partir das informações da realidade ali contidas.

Eles podem ser considerados uma fonte natural de informações à medida que, por terem origem num determinado contexto histórico, econômico e social, retratam e fornecem dados sobre esse mesmo contexto.

4.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

O levantamento e análise de documentos ocorreu em dois momentos. No primeiro, compreendeu a identificação de material institucional governamental, com realização de busca da legislação com foco no histórico da Lei do Ato Médico.

Os principais documentos utilizados foram o PL 025/2002; o PL 268/2002, e seus respectivos pareceres e substitutivos nas comissões do Senado; o PL 7703/2006 assim renomeado na Câmara, bem como os seus pareceres nas comissões às quais foi submetido naquela casa e a Lei nº 12.842/2013.

No segundo momento, foi realizada a busca nas edições do Jornal Medicina do CFM, considerado o mais expressivo canal de difusão da ideologia médica e um importante instrumento de análise por apresentar antiguidade e regularidade em sua publicação.

De modo que foram consultadas edições do Jornal Medicina desde o marco temporal de 1988, previamente estabelecido pela pesquisa em decorrência da promulgação da última

Constituição Federal, até junho de 2018, ocasião em que foi realizada a última consulta ao *site* do CFM.

A busca esteve orientada para a seleção de matérias sobre o “Ato Médico”. Foram contabilizadas um total de 223 edições, das quais 18 apresentaram artigos sobre o referido tema. A esses documentos somaram-se os posicionamentos proferidos por conselhos de outras profissões de saúde sobre o “Ato Médico”, disponíveis nos *sites* dos mesmos, ou em publicações oficiais.

O material procedente dos documentos já mencionados foi classificado de acordo com sua adscrição às categorias empíricas da investigação: conceito de saúde, organização do trabalho em saúde e controle profissional.

Para a análise do material foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, cuja finalidade é a interpretação das comunicações (mensagens), através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto. O processo de análise temática será organizado em três etapas: a) pré-análise b) exploração do material; c) tratamento dos resultados. (BARDIN, 1977).

Todo o material levantado e utilizado no âmbito dessa pesquisa está listado, com detalhes quanto ao ano, ementa/título e fonte, nos seguintes apêndices desta dissertação: Apêndice A - legislação consultada; Apêndice B – edições do Jornal Medicina; Apêndice C – documentos das entidades médicas consultados; Apêndice D – documentos das demais entidades profissionais consultadas.

Na fase analítica articulou-se a pesquisa documental às reflexões teóricas sobre o às disputas jurisdicionais interprofissões, o exercício da medicina e o controle sobre o campo profissional. Buscou-se, particularmente, estabelecer relação entre o “Ato Médico” e duas proposições da RSB, nesta pesquisa selecionadas como estratégicas para o conjunto das transformações a que se propunha aquele processo: o conceito de saúde e a organização do trabalho em saúde.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Com relação às considerações éticas, destacam-se a resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) 510/2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvem a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Em seu artigo 1º, parágrafo único, diz que não serão registradas nem avaliadas pelo sistema Comitê de Ética e Pesquisa/

Comitê Nacional de Ética e Pesquisa (CEP/CONEP), pesquisas que utilizem informações de domínio público.

5 UMA GENEALOGIA DO ATO MÉDICO

No Brasil, no que diz respeito à movimentação em torno de recursos legais para regulamentar a atuação profissional do médico na área da saúde, um dos primeiros instrumentos foi o Decreto 20.931/32, que estabelecia os deveres e condutas proibidas ao médico. Posteriormente, em 1957, pela Lei 3.268, foi criado o Conselho Profissional dos Médicos – Conselho Federal de Medicina-, na qual, entretanto, nada constava no que diz respeito ao campo de atuação desses profissionais.

Em 1989, uma apresentação de Projeto de Lei à Câmara dos Deputados, pelo deputado Pedro Canedo, tentava conferir ao CFM a atribuição de definir o que seria o ato profissional do médico (TRAVASSOS et al, 2012). A ideia do PL nasceu em um simpósio de oftalmologia, quando se discutiu formas de minimizar a presença de pessoas leigas realizando tratamento de lesões óticas.

O PL chamava atenção para o fato de que a não-definição de ato médico, ou a sua definição por órgão ou instituição não credenciada para tal, poderia trazer inúmeros problemas à saúde da população, uma vez que pessoas não adequadamente preparadas ou legalmente habilitadas poderiam vir a exercer ações de exclusiva responsabilidade dos médicos (CFM, 1989). Porém, nota-se que nas palavras do proponente está implícita outra preocupação, qual seja, a defesa do mercado de trabalho.

Após as primeiras discussões fomos percebendo que essa invasão também se dava em outras áreas. Como na ortopedia e na radiologia, e sentimos a necessidade de fazermos uma defesa de nosso mercado de trabalho, disse Canedo (CFM, 1989, p. 8).

O período em que essas discussões para definir limites de atuação profissional do médico iam ocorrendo coincide com o processo de debate sobre a proposta da RSB e simultaneamente com as ideias para reformulação do sistema de saúde.

A partir do marco constitucional de 1988 e do processo de construção do SUS foi possível, nas décadas seguintes, vislumbrar alguns avanços em termos da descentralização político-administrativa, da participação social, de mudanças no modelo de atenção, da expansão do acesso aos serviços públicos e da melhoria de indicadores de saúde (PAIM et al, 2011). No cenário do governo Fernando Collor de Melo, discutiam-se as leis específicas para a área da saúde. Foi aprovada com vetos a Lei Orgânica nº 8.080/1990, já naquele momento revelando uma disputa entre os setores reformistas e o governo. No mesmo ano, a Lei nº 8.142/1990 recuperou aspectos relativos ao financiamento e à participação social, deixando em aberto

outras definições cruciais, como a política de recursos humanos e a relação com prestadores privados (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Esses avanços nas novas formas de pensar a saúde e organizar os serviços iam de encontro à lógica biologicista do modelo médico centrado na assistência, até então praticado no Brasil. Pode-se dizer que a partir desse processo e das mudanças na organização do trabalho propostas para o SUS e da participação de outras profissões da saúde na assistência, a corporação médica foi despertando para a necessidade de proteger seu modelo de atuação. Nesse sentido, apesar do PL de 1989 não ter sido votado pela Câmara, prosseguiram as discussões sobre o ato profissional exclusivo dos médicos.

No período Itamar Franco, contudo, não houve correspondência entre a ideia da descentralização da saúde pela NOB/93 e a implementação do SUS, devido à falta de recursos para investimento no redirecionamento do modelo de atenção. Concomitantemente à expansão da assistência médica supletiva se acentuavam os conflitos com a corporação médica, em um clima de perplexidade pelo progressivo assalariamento dessa categoria.

Foi ainda no governo de Itamar Franco que ocorreu a institucionalização do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e do PSF com a Portaria GM/MS nº 692 que criou códigos diferenciados para a atuação desses programas. Ambos os programas visavam a reorientação do modelo de atenção priorizando as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e das famílias, em contraposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017; PAIM, 2008).

Diante dessas circunstâncias, o debate mais acirrado em torno da delimitação das práticas médicas ocorreu a partir de um jantar oferecido pelo CFM em junho de 1995 para o colegiado de conselheiros federais e representantes políticos da categoria no Congresso Nacional, “com o objetivo de estreitar as relações”. Na ocasião, o presidente do CFM fez uma calorosa defesa do SUS e pediu aos parlamentares para ajudarem a aprovar rapidamente vários projetos de interesse para os médicos que tramitavam no Congresso (CFM, 1995).

Posteriormente, os médicos - assessores enviaram um representante para debater com o Conselho uma minuta referente a um PL fixando o conceito de Ato Médico. Era preocupação da entidade a apresentação de projetos ao Congresso que visavam regulamentar novas profissões na área da saúde, que segundo a visão corporativa “estaria invadindo limites da profissão médica”. Assim, o CFM preferiu articular estratégias que buscassem definir o Ato Médico e consolidar a ação médica, “impedindo novas invasões” (CFM, 1995).

Já nos governos de Fernando Henrique Cardoso, eleito em 1994 e reeleito em 1998, foram realizados novos processos de ajuste macroeconômico e de privatização. Esse período

foi marcado na economia pela ênfase na estabilização financeira, por privatizações e continuidade nas estratégias de abertura comercial. Pode-se destacar a estratégia de reforma do Estado, com a aprovação de legislação da reforma administrativa e de contenção de gastos com o funcionalismo público. As políticas sociais sofreram com esse arranjo de contenção e de prioridades macroeconômicas. Na saúde, houve tensionamento entre a agenda da reforma do Estado e a agenda da Reforma Sanitária, em que a primeira foi apoiada por forças conservadoras neoliberais que possuíam interesses na expansão dos mercados em saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Nesse cenário, as políticas sociais, particularmente as de saúde e educação, reforçaram seu caráter compensatório, assumindo cunho focalizado, seletivo e voltado aos grupos considerados mais vulneráveis. Além disso, havia a pretensão de substituir a administração burocrática, considerada ineficiente, centralizada e baseada no controle interno dos processos de flexibilidade do setor público (PAIM, 2008).

A reforma administrativa do sistema de saúde buscava, na realidade, a reorganização do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial, no sentido de garantir melhor atendimento, menores custos e maior controle das atividades realizadas pelo Estado, evitando internações e exames considerados desnecessários, consequentemente diminuindo os gastos com esse tipo de atendimento. O contraponto à redução dos custos da medicina curativa foi pautado no aumento de recursos para a medicina preventiva (LIMA, 2010).

O PSF, então, tornou-se prioritário na agenda do Governo Federal, na perspectiva de expansão da cobertura dos serviços básicos e da mudança de modelo de atenção. Salienta-se que o destaque concedido à atenção básica era compatível com as propostas da Reforma Sanitária, e que trazia uma orientação de trabalho coletivo horizontalizado e na lógica da integralidade, com foco na comunidade e nos determinantes sociais da saúde.

Foi também durante esse período da agenda de reforma do Estado com implicações no modelo do SUS, que surgiu a Resolução CREMERJ nº 121/98, a qual representou um símbolo de mobilização da categoria médica, ao definir o ato médico e enumerar critérios e exigências para o exercício da profissão médica. Essa e outras iniciativas do CREMERJ, a fim de delimitar a atuação do médico, influenciaram o CFM que se viu impelido a reconhecer a necessidade de uma Resolução em âmbito nacional para regular a atividade médica.

Foi então, por meio da Resolução CFM n.º 1.627/01 que o Conselho propôs uma regulamentação formal das atividades profissionais do médico. Para tanto, valeu-se do argumento de que a categoria médica se ocupou por muito tempo da condição humana e de suas

obrigações com a saúde e relegou os limites legais da atividade, os quais estavam pautados no diagnóstico e tratamento das doenças, além da promoção da saúde (CFM, 2001b).

Por essa Resolução o CFM tentava além de estabelecer uma definição formal para o ato médico, proteger o seu território exclusivo da interferência de outras profissões já definidas em lei e providas de identidade. Essa interpretação fica evidente na declaração presente no Jornal Medicina da época.

A medicina não pode correr o risco de ser definida por exclusão, isto é, ser aquilo ou tudo aquilo que as outras profissões de saúde legalmente não são. Isto seria uma afronta à sua própria natureza de ciência-tronco ou disciplina-mãe na área da saúde. Eis que se anuncia um novo tempo e seja bem-vinda a Resolução CFM nº 1627/01 [...], que traz conceitos e normas para a definição dos espaços privativos da medicina, sem arrogância e exclusão de terceiros, mas com o propósito de fixar matizes e fincar seus marcos fundamentais, além de oferecer subsídios para uma definição legal pelo Congresso Nacional (CFM, 2001b, p. 23).

Posteriormente, a partir do primeiro governo Lula, o país deu continuidade à ênfase na estabilidade econômica. Ainda que o período de 2003-2004 tenha sido marcado por restrições financeiras e em 2008 a crise mundial tenha assombrado o Brasil, foi possível durante os dois mandatos lograr com a retomada do crescimento econômico, incluindo o aumento do investimento em infraestrutura e a expansão em gastos sociais (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Na saúde, apesar de não ter havido enfrentamento da questão central do financiamento do SUS, algumas intervenções podem ser consideradas relevantes. O governo adotou como marco três programas: o Brasil Sorridente, o Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) e a Farmácia Popular. Destacam-se ainda a expansão da cobertura do PSF, que passou a ser enfatizado como estratégia para a reestruturação do modelo de atenção, a implementação da Reforma Psiquiátrica e dos esforços para a formulação de políticas de assistência hospitalar. Pode-se dizer que a política de saúde, durante os dois governos Lula, apresentou elementos de continuidade e inovações incrementais, não tendo sido uma área de destaque na agenda governamental, mantendo-se os problemas estruturais do SUS (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017; PAIM, 2008).

No que diz respeito ao tema do financiamento do SUS importa dizer apesar de não ter assumido centralidade em nenhum dos governos o assunto tornou-se fonte de debates sobre a necessidade da vinculação de receitas específicas, afim de garantir recursos mínimos estáveis para a saúde.

A pressão em torno da importância desse assunto levou à aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), que garantiu um patamar mínimo de recurso para a saúde nas três esferas de governo. Apesar das polêmicas e do descumprimento da aplicação mínima por alguns entes da federação, a regra de vinculação de recursos da EC 29 aumentou o montante de recursos para o financiamento do SUS e estabilizou o gasto federal como percentual do Produto Interno Bruto (PIB) (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Doze anos depois, em 2012, com a aprovação da Lei Complementar nº 141, os percentuais da EC 29 foram mantidos para estados e municípios e implementou-se a regra de aplicação para a União, definindo, ainda, quais despesas poderiam ser consideradas ações e serviços públicos de saúde (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Apesar dessas medidas os recursos ainda eram insuficientes, isso porque a União não se esforçou para alocar recursos para além da aplicação mínima. Essa situação motivou a proposição de vários projetos de lei com o objetivo de ampliar o financiamento do SUS, com destaque para o PL conhecido por Saúde+10, que propôs que a aplicação mínima da União fosse equivalente a 10% de sua receita corrente bruta (RCB). Este projeto não foi apoiado pelo governo e por sua base no Congresso Nacional (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Em contraproposta, o governo sugere a aplicação mínima da União com base em um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL), escalonado entre 2016 e 2020. Esta proposta deu origem à EC nº 86/2015, que estabeleceu como aplicação mínima da União: 13,2% a partir de 2016. Ainda que essa medida tenha significado intensificação no subfinanciamento do SUS, pode-se dizer que ainda existia uma receita direcionada (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Com a aprovação recente da EC 95/2016, revoga-se a emenda anterior e passa a valer o texto que prevê congelamento durante 20 anos da aplicação mínima em saúde, tendo como referência o orçamento de 2018 e utilizando como base a RCL de 2017 (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Assim, a situação do financiamento, que sempre foi insuficiente, tornou-se ainda mais grave, desconsiderando uma série de aspectos relevantes que influenciam na necessidade do aumento de investimento na saúde.

Foi, então, na conjuntura do primeiro governo Lula, que mediante a mobilização da categoria, e sob influência da Resolução do CFM, o médico e então Senador, Geraldo Althoff realiza a proposta do Projeto de Lei nº 25/2002 que define o ato médico, confere competência ao CFM para fixar sua extensão e natureza, e determina quais atividades são privativas do médico. Esse projeto passou a ser conhecido e referido como “Projeto de Lei do Ato Médico” (TRAVASSOS et al, 2012).

De acordo com Travassos et al (2012), o PL dispõe sobre o que seriam os atos privativos do médico: a formulação do diagnóstico médico e a prescrição terapêutica das doenças, respeitando o livre exercício das profissões de saúde nos termos de suas legislações específicas. A autora destaca que desde sua formulação inicial em 2001, esse projeto gerou preocupações entre enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e outras categorias que temiam a limitação de algumas de suas funções pela nova legislação.

Importa dizer que nesse panorama o PSF apresentava-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família e a comunidade como o ponto central da atenção e não somente o indivíduo doente ou, ainda, a sua doença, introduzindo uma nova abordagem nos processos de intervenção em saúde. Destacava-se por garantir acesso à saúde através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as necessidades dessa população. Portanto, o PSF tornava-se uma estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando à saúde da comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

Nessa perspectiva, a implantação e ampliação do PSF com o objetivo de substituir antigas práticas por novos princípios e diretrizes para a ação, apresentou implicações na organização do trabalho. De acordo com Rosa e Labate (2005), a política de saúde do Brasil, mediante a implementação do PSF, contrapunha-se ao Projeto de Lei 25/2002 em tramitação no Congresso o qual, segundo as autoras, tinha como objetivo definir o conceito e a extensão do ato médico, subordinando outras áreas da saúde (enfermagem, psicologia, odontologia etc.) ao campo de atuação da Medicina.

Outro fenômeno importante que causou grandes transformações no modo de pensar e de operacionalizar os cuidados em saúde foi a Reforma Psiquiátrica, que ao buscar rupturas fundamentais com o conceito de doença mental fundado no método epistêmico da psiquiatria centrada nas ciências naturais e no princípio das instituições asilares, procurou superar o modelo hegemônico médico-centrado. Por oposição a esse modelo, a Reforma Psiquiátrica retirou a ênfase do cuidado hospitalar, com vistas à construção de uma rede de serviços comunitários, de caráter multiprofissional, que buscou estimular os múltiplos aspectos constitutivos da vida em sociedade (AMARANTE; TORRE, 2001).

Além disso, ao conferirem centralidade à participação de outros profissionais da área da saúde, com foco no trabalho em equipe, é provável que essas duas políticas tenham gerado grande impacto sobre a autoridade e a autonomia médica no âmbito do cuidado no SUS. Considerando, pois, o arcabouço conceitual sobre o qual essas políticas se desenvolveram,

poder-se-ia inferir em que medida terminaram por reforçar a necessidade de a categoria médica proteger, cada vez mais, sua jurisdição e respectivo campo de atuação.

No que diz respeito ao trâmite legal, os projetos de lei relativos à regulamentação das profissões passam, normalmente, por quatro comissões na Câmara (Comissão de Seguridade Social e Família; de Educação, Cultura e Desportos; de Trabalho, Administração e Serviço Público; de Constituição e Justiça e de Redação) e uma no Senado (Comissão de Assuntos Sociais) cada uma com suas funções específicas (GIRARDI; FERNANDES JR.; CARVALHO, s./d.).

Todos os projetos de lei apresentados devem vir acompanhados de uma justificativa sobre o conteúdo proposto. No caso dos projetos de regulamentação profissional esses argumentos com grande frequência expressam as principais demandas da ocupação, evidenciando-se em boa parte das proposições a ênfase na defesa dos interesses do público, a utilidade da categoria profissional, garantia da prática segura e correta aplicação das suas atividades para a recuperação e preservação da saúde. Um argumento recorrente e que ganha força entre os projetos apresentados é o de remediar uma injustiça com a categoria profissional em questão (GIRARDI; FERNANDES JR.; CARVALHO, s./d.).

O Projeto de Lei do Ato Médico, datado de 2002, pode ser considerado como uma proposta que tinha o objetivo inicial de estabelecer uma lei de abrangência nacional, capaz de definir, regulamentar e delimitar o ato médico no campo da saúde. Quase que concomitante o Senador Benício Sampaio propõe o PL 268/02, que dispunha sobre o exercício da medicina, e passou a ser conhecido como “Projeto de Lei do Médico”, em um paralelo com a pré-existente “Lei do Advogado”. Diferentemente do primeiro projeto, esse não definia o que era o ato médico e sim, o que deveriam ser atividades privativas do médico.

Os dois projetos apesar de apresentados separadamente, posteriormente seguiram em tramitação conjunta. Foram submetidos à Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), teve relatoria do senador Tião Viana (também médico), o qual votou pela aprovação do PLS 25/02, com modificações, e pela rejeição do PLS 268/02. O relator justificou seu voto por julgar que a consolidação dos atos normativos relativos ao exercício da Medicina, proposta pelo Projeto de Lei do Médico, não trazia benefícios ao exercício dessa atividade nem das demais profissões de saúde do país, ao passo que sugeriu um texto substitutivo para o PL 25/02 (BRASIL, 2004).

O PL 25/02 foi defendido por grande parte da categoria médica por representar ideias corporativistas de defesa da profissão. O CFM compôs a Comissão Nacional em Defesa do Ato Médico, a qual se reuniu em janeiro de 2004 na sede do Conselho em Brasília para planejar

ações que seriam desenvolvidas em prol da aprovação do PL 25/02. Entre as atividades citam-se reunião com o senador Tião Viana relator da CCJC, intensificação da mobilização dos médicos e estudantes de Medicina em todo o Brasil, mediante reuniões amplas nos estados, e distribuição de cartazes da campanha publicitária do ato médico para cada um dos 280 mil profissionais do país (CFM, 2004)

A forma assumida pelo PL, bem como o modo pelo qual se desenvolveu sua tramitação causou uma mobilização contrária em torno dos aspectos considerados invasivos para outras corporações profissionais. A insatisfação dos representantes das profissões da saúde consistia em discordar da imposição de alguns atos considerados como privativos aos médicos que, segundo eles, incorporavam atos profissionais comuns já praticados por mais de uma profissão, a exemplo do diagnóstico nosológico em situações específicas.

Quanto a isso se manifestou o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO):

“De acordo com a Resolução COFFITO N° 80, de 09 de maio de 1987, Art. 1° “É competência do FISIOTERAPEUTA, elaborar o diagnóstico fisioterapêutico compreendido como avaliação físico-funcional, sendo esta, um processo pelo qual, através de metodologias e técnicas fisioterapêuticas, são analisados e estudados os desvios físico-funcionais intercorrentes, na sua estrutura e no seu funcionamento, com a finalidade de detectar e parametrar as alterações apresentadas, considerados os desvios dos graus de normalidade para os de anormalidade; prescrever, baseado no constatado na avaliação físico-funcional as técnicas próprias da Fisioterapia, qualificando-as e quantificando-as; dar ordenação ao processo terapêutico baseando-se nas técnicas fisioterapêuticas indicadas; induzir o processo terapêutico no paciente; dar altas nos serviços de Fisioterapia, utilizando o critério de reavaliações sucessivas que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade de continuidade destas práticas terapêuticas” (COFFITO, 2007).

O parecer da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre os PL 25/02 e 268/02 que dispõe sobre o exercício da medicina e cuja relatora foi a senadora Lúcia Vânia, retrata que a reação das demais profissões da saúde culminou com a criação do Movimento Nacional Contra o PL 25/02 e com a organização de protestos em diversos pontos do país. Os profissionais temiam que a aprovação do projeto em termos legais, conduzisse a uma hegemonia da medicina sobre a atuação dos demais profissionais na saúde, relegando-os à condição de técnicos desprovidos de autonomia para o pleno exercício de suas atividades laborais (BRASIL, 2006b).

A aprovação do projeto na CCJC, mesmo com alterações, foi conturbada e duramente criticada pelo Movimento Contra, ainda que a comissão tivesse se restringido a apreciar apenas a constitucionalidade e a juridicidade da proposta. O PLS n° 268, de 2002, a despeito de tratar

do mesmo tema, recebeu pouca atenção dos grupos envolvidos na discussão e foi preterido pelos membros da comissão (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto, os projetos de lei foram, então, avaliados pela CAS em um processo no qual a relatora refere haver ter tentado produzir um texto que amenizasse os conflitos entre os grupos divergentes. Para isso foram desenvolvidos diversos estudos e análises comparativas da legislação brasileira e internacional, com a finalidade de subsidiar a elaboração de uma proposta a ser discutida (BRASIL, 2006a).

Como estratégia adotada para ouvir os vários setores envolvidos com o tema, foram realizadas mais de trinta reuniões entre especialistas, parlamentares, consultores e representantes dos grupos de interesses, com destaque para as duas audiências públicas ocorridas no âmbito desta CAS, com o objetivo de discutir os pontos de conflito e propor soluções. O Parecer dessa comissão foi favorável à aprovação do PL 268/02 com modificações e à rejeição do PL 25/02 (BRASIL, 2006b).

As maiores críticas eram aos artigos 4 e 5 os quais enumeravam as atividades privativas dos médicos. Segundo os representantes das categorias profissionais da saúde esses artigos, da forma como estavam escritos, limitavam a atuação dos profissionais da saúde não médicos, além do que iam de encontro às atividades multiprofissionais preconizadas pelo SUS (CNS, 2013).

Stevanim, na matéria “Vozes da Saúde no Legislativo” para a revista Radis (2015), chama atenção para os distintos interesses que se fazem presentes no âmbito do parlamento, por ocasião da tramitação de instrumentos normativos. Refere a importância de aspectos tais como, tempo e espaço adequados para os debates, com o objetivo de amadurecer as questões relativas à aprovação, ou não, dos projetos de lei em discussão para evitar decisões baseadas no oportunismo ou nas emoções do momento. Contudo, o autor ressalta a observação da coordenadora do Observatório da Saúde no Legislativo e do Programa de Direito Sanitário (Prodisa/Fiocruz Brasília), Maria Célia Delduque, segundo quem, persiste uma tendência de os parlamentares enxergarem aquilo que interessa aos seus nichos políticos, sobretudo na área social (STEVANIM, 2015).

O Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (DIAP), em levantamento realizado em 2014, revelou a existência de uma Frente Parlamentar da Saúde, também chamada bancada da saúde, tanto no Congresso quanto no Senado, criada em 1993 e formada por três grupos com interesses diversos: aqueles que defendem a saúde pública, estatal e gratuita; os que advogam os interesses das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos; e, por fim, os parlamentares ligados aos interesses da saúde privada. Segundo a interpretação de Vargas, essa

frente reúne diferentes projetos para as políticas nessa área, sendo que internamente o peso das instituições privadas e filantrópicas é bem maior (STEVANIM, 2015).

Dessa forma, é preciso refletir sobre quais as posições desses três grupos de interesses diante do “Ato Médico” e de que modo elas podem ter interferido no processo de análise dos PL 25/2002 e PL 268/2002, visto que após as eleições daquele ano, quando os projetos foram apresentados, o perfil do Congresso contava com profissionais de diversas áreas entre eles, advogados, empresários e engenheiros entre outros, destacando-se os médicos, que eram 56, os quais compunham a terceira maior representação naquela legislatura.

Após haver realizado uma leitura exaustiva dos documentos, salienta-se a impossibilidade de esclarecer os meandros os quais explicam por que o PL 268/2002 tenha prosseguido para a Câmara, apesar do endosso, em várias comissões, ao PL 25/2002, na forma de seu substitutivo. Nesse contexto, poder-se-ia inferir que tenham havido negociações para aglutinar pontos de interesses comuns em torno de um só projeto de lei, o PL 268/2002. Nunes (2017), em sua análise sobre o “Ato Médico, também não deixa claro como esse processo teria ocorrido.

Importa dizer que esses projetos de lei não seguiram a tramitação usual, tendo sido primeiramente apresentados no Senado, pelos médicos Geraldo Althoff e Benício Sampaio como dito anteriormente. Após aprovação do plenário do Senado Federal, o substitutivo PLS 268/2002 seguiu para a Câmara, recebendo a identificação de PL 7703/2006 e tendo retornado para votação no Senado após um período de cerca de três anos.

Na Câmara, foi encaminhado à Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público (CTASP) sob a relatoria do deputado Edinho Bez. Nessa etapa, foram sugeridas 60 emendas, mas no parecer o relator declarou-se a favor da aprovação do projeto com apenas três emendas, na forma de um Substitutivo. Foi, então, aberto prazo de cinco sessões para nova apresentação de emendas, conforme determina o Regimento Interno. Findo o prazo regimental, foram apresentadas catorze emendas ao Substitutivo, sendo que o parecer final da CTASP deliberou pela rejeição de todas elas e pela aprovação do Projeto de Lei nº 7.703 (BRASIL, 2006d).

Na Comissão de Educação e Cultura (CEC), o voto foi pela aprovação do PL 7703/06, contudo o relator propôs em anexo 7 emendas, além da aprovação de duas emendas sugeridas pela comissão anterior. Nas propostas do relator são consideradas entre outras questões que o diagnóstico nosológico é estabelecido através de um conjunto de dados com o intuito de compreender os sinais e sintomas de uma determinada doença. O relator ao considerar que, a maioria das doenças se deve a causas multifatoriais, necessitaria de uma atuação

multiprofissional, não podendo ser considerado, portanto, exclusividade médica (BRASIL, 2006c).

Outro ponto polêmico e que foi alvo de emenda do relator diz respeito à emissão dos diagnósticos anatomopatológicos e citopatológicos que, sob alegação de implicarem em diagnóstico definitivo, passam a figurar no rol de atos privativos dos médicos. No entanto, o relator contesta esse ponto de vista, alegando que tanto a literatura nacional, quanto a internacional, consideram o método como rastreamento de lesões precursoras de câncer, e a própria legislação do SUS considera o biomédico e o farmacêutico-bioquímico profissionais habilitados para o exercício da citopatologia (BRASIL, 2006c).

Na Câmara o PL ainda passou pela avaliação da Comissão de Seguridade Social e Família, e assim como na CEC foram sugeridas emendas. Após toda a tramitação prosseguiu-se com a votação do texto final, que foi aprovado em plenário, assinado pelo Relator Dep. José Carlos Aleluia e em seguida retornou ao Senado Federal para nova apreciação. Segundo Nunes (2017), a Câmara Federal pouco contribuiu para o debate e discussão do PL do “Ato Médico”, serviu apenas para retardar a sua aprovação e demonstrar que o corporativismo médico estava muito bem articulado com as lideranças parlamentares.

Na avaliação do Senado, seguiu o curso natural de tramitação, tendo-se apenas o uso de artifícios feitos por Senadores contrários ao projeto que tinham a finalidade de retardar sua aprovação. Contudo, o projeto de lei tramitou por todas as comissões no espaço de apenas um mês, tendo sido aprovado em todas elas (NUNES, 2017).

Finalmente, o ano de 2013 foi decisivo para a aprovação definitiva da Lei do “Ato Médico”. Em 18/06/2013, o projeto de lei foi incluído na pauta do plenário do Senado e aprovado com apenas um voto contrário, do Senador Aloysio Nunes Ferreira (PSDB/SP), ou seja, sua aprovação final ocorreu sem maiores dificuldades (NUNES, 2017).

O Jornal Medicina noticiou a aprovação do projeto de Lei do Ato Médico pelo plenário do Senado Federal como uma “noite histórica para a categoria médica”.

[...] A expectativa era grande e a vitória foi comemorada no plenário, logo após o encerramento da votação, coordenada pelo presidente do Congresso, Renan Calheiros (PMDB-AL) (CFM, 2013, p. 04).

Nessa mesma edição ressalta-se o apoio dos parlamentares ao “Ato Médico”, demonstrando a força da categoria:

De acordo com o coordenador da Comissão em Defesa do Ato Médico, Salomão Rodrigues, ao longo do processo o apoio de vários parlamentares ao

Projeto de Lei 268/02 foi primordial para sua aprovação: Deputados e senadores estiveram junto da categoria”. Durante a sessão do plenário, os senadores Antônio Carlos Valadares (PSB-SE), Vital do Rêgo (PMDB-PB), Cássio Cunha Lima (PSDB-PB) e Lúcia Vânia (PSDB-GO) defenderam a proposta ressaltando sua importância para a saúde pública e para os profissionais da área. Valadares, relator da matéria na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), destacou que das 14 profissões da área da saúde apenas a profissão de médico ainda não era regulamentada (CFM, 2013, p. 04).

Stevanim (2015), em matéria citada anteriormente, destaca que a Frente Parlamentar da Saúde na legislatura da época (54ª legislatura período 2011-2015) reunia 201 deputados e 10 senadores e que algumas categorias profissionais - como médicos, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde - exerciam, porque não dizer, continuam exercendo, bastante pressão no Congresso. Para o autor, os grupos que encontram mais voz no parlamento são, sobretudo, os detentores de poder econômico que assim conseguem representar melhor seus interesses.

Travassos et al (2012), destacam que o PL do “Ato Médico” ao longo de quase 11 anos de tramitação sofreu diversas alterações na tentativa de amenizar as tensões geradas entre as categorias profissionais da saúde. O Projeto foi transformado na Lei 12.842/2013 no dia 10 de julho de 2013, após ter sofrido veto em 10 de seus artigos pela presidente Dilma Rousseff. Entre esses, o Artigo 4º, considerado o mais polêmico, motivou inúmeros protestos e teve nove incisos vetados, inclusive o Inciso 1º, que atribuía exclusivamente aos médicos a formulação de diagnóstico de doenças.

Os pontos vistos como polêmicos eram aqueles que coincidiam com as atividades estabelecidas como privativas ao exercício da medicina – formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica; indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário; prescrição de órteses e próteses oftalmológicas; direção e chefia de serviços médicos – que ao mesmo tempo eram interpretadas como invasivas para o exercício autônomo das profissões da saúde. Entretanto, o posicionamento da Presidente da República, ao contrário do Plenário do Congresso Nacional e da vontade de grande parte da categoria médica, determinou a aprovação parcial do Projeto de Lei ao vetar esses referidos pontos conforme consta na mensagem dirigida ao Presidente do Congresso Nacional (BRASIL, 2013b).

Cabe lembrar que apesar de ter se estabelecido em um contexto econômico e político menos favorável que o do seu antecessor, o governo de Dilma Rousseff manteve, sobretudo em seu primeiro mandato, investimentos em infraestrutura econômica e social, incluindo a implantação de programas de habitação popular, a continuidade e expansão das políticas de combate à pobreza, associados a outras estratégias sob a marca “Brasil Sem Miséria”. Já no

segundo governo, as pressões de grupos neoliberais se acentuaram, requerendo mudanças no rumo da política econômica que passou a defender medidas de austeridade fiscal (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

A política de saúde foi marcada por continuidades em algumas áreas, como a atenção básica e vigilância em saúde e pela presença de programas específicos em outras. Como marcos do governo na saúde pode-se citar a expansão das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e o Programa Mais Médicos. Este último trouxe polêmicas e desgaste para o governo. A incorporação de médicos estrangeiros, sobretudo de médicos cubanos, gerou intensa reação negativa da corporação médica, representada pelos conselhos profissionais, fato esse que estremeceu as relações entre o governo e a categoria profissional (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Finalmente, destaca-se que apesar do longo período de tramitação a aprovação do PL do “Ato Médico” ocorreu sem grandes alterações no texto dos pontos mais conflitantes, tendo sido alterado apenas posteriormente, quando adveio sua transformação em Lei, mediante os vetos presidenciais. Considera-se que o perfil apresentado pelos quadros técnicos daquele governo tinha suas ideias amparadas nas propostas da RSB, no sentido de fortalecer políticas orientadas em um conceito ampliado da saúde, de assistência integral e dos trabalho em equipe, o que foi possível se observar nas justificativas apresentadas aos vetos, as quais se coadunavam com as demandas dos demais trabalhadores da saúde.

Nesse contexto, apesar de os representantes das entidades médicas terem tentado reverter a decisão presidencial, a maioria dos deputados (458) e senadores (70) que participaram da sessão no Planalto decidiu aceitar os vetos à Lei (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). A despeito dos vetos, o CFM descreveu a aprovação da Lei como uma afirmação perante a sociedade da autoridade teórico e prática que a categoria tem sobre o campo da saúde, e que desta forma seria garantido um serviço de qualidade à população, exercido apenas por profissionais habilitados e aprovados legalmente.

Essa decisão representa o reconhecimento da importância fundamental do médico no momento do diagnóstico e da prescrição. Trata-se de uma regra que eliminará todas as dúvidas e conflitos. Quem ganha, sobretudo, é a sociedade, que poderá exigir dos gestores e das empresas o acesso ao melhor tratamento oferecido por médicos que trabalharão em sintonia com uma equipe multidisciplinar, afirmou o presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Roberto Luiz d’Avila. (CFM, 2013, p. 4).

Embora o discurso acima apresentado pelo presidente do CFM trate a aprovação da lei como desfecho final dos conflitos e dúvidas, vale dizer que durante todo o processo foram

calorosas as discussões sobre as possibilidades de o “Ato Médico” centralizar na mão dos médicos todas as atividades relativas ao diagnóstico e tratamento de todos os tipos de enfermidade, desconsiderando a importância das relações do trabalho em equipe, bem como sobre a restrição da autonomia de outras profissões da saúde, condição básica para o atendimento integral ao cidadão. Ressalta-se ainda que, essas questões não foram dissolvidas, esse assunto será retomado adiante no Capítulo VII.

6 O ATO MÉDICO, A REFORMA SANITÁRIA E A PROFISSÃO MÉDICA

Neste capítulo, serão apresentadas interpretações prevalecentes sobre o conceito de saúde, a organização do trabalho e o controle do profissional médico sobre o campo de atuação na saúde. Será particularmente analisado o pensamento médico hegemônico manifesto no cenário de formulação e implantação do “Ato Médico”.

Nessa direção, serão expostos os argumentos presentes na defesa do pleito médico, bem como aqueles apresentados pelas categorias profissionais que fizeram e continuam a fazer oposição à proposta da regulamentação.

Dessa forma, aqui se pretende desvendar o conjunto de interesses implícitos no processo de negociação para a efetivação da Lei do “Ato Médico” e suas implicações para o modelo de saúde proposto pela RSB, conseqüentemente, para a garantia da saúde da população.

Vale antecipar que o debate sobre Conceito de Saúde e Organização do Trabalho em Saúde não ocorre de forma isolada, ou seja, os temas estão interconectados e muitas vezes se superpõem. Contudo, para fins didáticos nesse trabalho os temas serão discutidos separadamente.

6.1 O ATO MÉDICO E O CONCEITO DE SAÚDE

Pela Resolução do CFM nº 1.627/2001, que acabou por servir de base à Lei do “Ato Médico”, é possível entender que o objeto da medicina, enquanto campo científico e de práticas, é a doença. Mesmo ao acenar para a coletividade enquanto espaço de atuação, o faz por referência a ocorrência das doenças, desconsiderando o componente do social e das manifestações que lhes são próprias.

O objeto inicial da Medicina, desde quando surgiu na pré-história, era o doente, a pessoa que padecia de uma enfermidade, uma condição de sofrimento, fosse objetivo ou subjetivo. Como se verificou a impossibilidade de conceituar o doente separadamente de sua doença, o objeto inicial da Medicina pode ser bipartido: o enfermo e sua enfermidade. Com o passar do tempo este duplo objeto subdividiu-se: a enfermidade e o enfermo individual e a coletividade afetada por uma enfermidade (CFM, 2001b, p. 16).

A partir dessa análise, a saúde e seus condicionantes, tal como os entendemos hoje, estariam longe de se constituir enquanto uma prerrogativa da prática médica e de seus profissionais.

É interessante perceber que apesar de os idealizadores do “Ato Médico” reconhecerem a existência de outros fatores que influenciam sobre o processo saúde-doença, a explicação prevalecente restringe-se às noções de normalidade ou patológico. Em nota sobre o “Ato médico” no Jornal Medicina que buscou demonstrar o apoio da academia à proposta de Lei, o Pró-Reitor de Graduação da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Miguel Roberto Jorge, defendeu que o diagnóstico nosológico e a prescrição de qualquer terapêutica que recaia sobre o corpo das pessoas deve ser um privilégio médico. Segundo ele, é o médico que detém o conhecimento para diferenciar processos normais dos patológicos, integrando o biológico, o psicológico e o social.

Importa dizer que essa concepção de natureza eminentemente biologicista é utilizada para delimitar um campo de atuação para a profissão médica, de modo a justificar a jurisdição da medicina sobre tudo o que envolve o adoecer. Essa questão é explicitada no artigo primeiro do PL nº 25/2002 ao definir o ato médico e incorporar como ato profissional exclusivo os três níveis de prevenção:

Art. 1º ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para a prevenção primária (definida como “promoção da saúde, prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia”), para a prevenção secundária (definida como “prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos”) ou para a prevenção terciária (definida como “prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos”) (BRASIL, 2004, p. 01).

A definição apresentada acima ratifica uma concepção tecnicista da saúde, compreendendo o processo saúde-doença de maneira limitada. Pauta a atuação do médico a partir de estágios de intervenção sobre a evolução da doença.

Essa visão reducionista evidencia a dificuldade da categoria em lidar com as transformações sócio-históricas ocorridas com as concepções de saúde, ao não considerar toda a complexidade envolvida no processo saúde-doença-cuidado, tratando o sujeito como ente desprovido de sua determinação social. Assim, desconsidera-se as mudanças e demandas da sociedade, omissão essa que se reflete na formação e na prática profissional do médico.

Pode-se inferir que a categoria médica traz como alicerce de suas atividades os saberes relativos às enfermidades, reconhecendo os mecanismos e condicionantes agravantes, as manifestações clínicas, assim como a criação das técnicas que permitem o diagnóstico de tais enfermidades como estruturante da profissão. É então a partir do entendimento sobre a doença que se procura abordar o indivíduo.

O médico se distingue dos demais profissionais da área da saúde por sua formação acadêmica de maior abrangência que o capacita a ter uma visão global do organismo humano em sua totalidade, desde sua estrutura anatômica ao funcionamento dos mais diferentes órgãos; a conhecer a natureza dos agentes patogênicos; a ter a percepção de sinais e sintomas que possam indicar alterações da saúde e conduzir ao diagnóstico de uma doença ou de uma lesão inaparente (CFM, 2001b, p. 21).

Destaca-se a importância conferida aos saberes referentes aos aspectos biológicos do adoecimento. De tal forma que esse conhecimento exclusivo deve ser acatado como determinante para distinguir a atuação do médico ante a atuação dos demais profissionais de saúde, fato considerado possível em razão de uma formação acadêmica que o qualifica com ênfase nos aspectos fisiopatológicos do corpo humano.

Os posicionamentos apresentados revelam ênfase sobre as concepções técnicas e biologicistas da atuação profissional, ao ponto de profissionais que militam em favor do “Ato Médico” expressarem opiniões contundentes quanto à desobrigação dos médicos no que tange aos processos sociais da saúde. Pode-se inferir que essas ideias representam um conjunto expressivo dos profissionais e que fortalecem essa noção restrita.

O médico não cuida de coisas nem de fenômenos sociais, mas da qualidade de vida das pessoas, quando estiver em jogo prevenir ou afastar doenças. E apesar de destinado a ver o homem enfermo na sua totalidade, o compromisso primordial do médico incide sobre o componente biológico, ressalvadas as condutas voltadas para a harmonia da mente (OLIVEIROS GUANAIS; CFM, 2001b, p. 24).

O diagnóstico nosológico assume um papel central na busca pela regulamentação do ato profissional, sendo concebido enquanto elemento chave da prática médica. Ele é considerado como primordial para compreender o processo de adoecimento e posteriores intervenções e, é a partir de sua definição que se delimita o campo de atuação, já que a enfermidade é considerada o principal objeto da medicina.

Art. 4º São atividades privativas do médico: [...]

§ 1º Diagnóstico nosológico é a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios:

I - agente etiológico reconhecido;

II - grupo identificável de sinais ou sintomas;

III - alterações anatômicas ou psicopatológicas (BRASIL, 2013a, p. 02).

Nessa perspectiva, o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento. Ao excluir o contexto de vida do conceito de saúde, o

adoecimento tende a ser enfrentado como uma distorção biológica a ser corrigida, assim o corpo é tomado como objeto de intervenção dissociado da pessoa, de sua história e sua vida. E a intervenção esperada se restringe ao cumprimento de prescrições. Assim, se fortalece o pensamento que busca o diagnóstico e o tratamento da causa imediata, desconsiderando a existência de outros fatores associados. A saúde se reduz, então, ao bom funcionamento mecânico.

Para Maria Natividade Santana, representante do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (Fentas), regulamentar o “Ato Médico” é reduzir o conceito de saúde à cura de uma doença. “Seria um retrocesso imaginar que um único profissional tenha conhecimentos humanos tão amplos para abarcar as ações de todos os profissionais de saúde em prol do bem-estar da população” (RADIS, 2004, p. 17).

Nascimento (2017) avalia que a moderna razão médica, que fundamenta a biomedicina articula-se com a racionalidade científica moderna, com a ideologia positivista e mecanicista. Assim, o corpo passou a ser entendido na biomedicina como máquina cujo funcionamento depende do perfeito encaixe das peças. A doença seria o mau funcionamento dos mecanismos biológicos e o resultado da ação de determinados agentes em locais específicos.

Faz-se, então, necessário refletir sobre o modelo biomédico implícito no “Ato Médico”, que continua influenciando a atenção à saúde. Definido por seu caráter intervencionista, biologicista e que coloca a doença como objeto central, apresenta práticas predominantemente individualistas, de base científica, e entende a ciência como neutra e objetiva, por conseguinte, não considera suficientemente aspectos subjetivos e simbólicos (NASCIMENTO, 2017). De modo que, tudo que acontece aos pacientes é interpretado em termos mecanicistas, enquadrado nos padrões da biomedicina.

A discussão em torno do conceito de saúde revela ainda um discurso oculto que desconsidera a possibilidade da existência de uma assistência de qualidade e de confiança, fundamentada em tecnologias que valorizam a escuta e as relações interpessoais. Apresenta ênfase na necessidade de medicamentos, hospitais e equipamentos para a realização de tratamentos e cura das doenças, o que segundo a visão apresentada pelo CFM seria a saúde cientificamente certificada e resolutive, a qual somente poderia ser oferecida através da ação do médico.

Advertimos que a pretensão por trás de todo esse ruído pseudo-igualitário é a de que paramédicos possam assumir funções de médicos (avaliando, solicitando exames e definindo condutas), o que é ilegal e interessa a alguns, pois é uma forma (irresponsável) de baratear a assistência. Para isso, pregam

a heresia de que uma assistência “humanizada e moderna” não precise de médicos, medicamentos e hospitais; mas, na verdade, alertamos, estão querendo impor aos pobres uma ultrapassada pseudomedicina mais ‘acessível’ (CFM, 2005, p. 13).

No trecho acima percebe-se, ainda, a existência de um sentimento de poder quase religioso, místico, que não deve ser questionado, ao ponto de considerar uma heresia a tentativa de igualar a medicina com as outras profissões da saúde. Segundo o CFM, essas profissões estariam sendo utilizadas para oferecer uma falsa ideia de saúde e bem-estar, ao passo que diminuíram os custos de manter profissionais qualificados e valorizados como os médicos oferecendo saúde de verdade.

A presença de um pensamento médico hegemônico arraigado no modelo biomédico, configura, na verdade uma disputa de dois projetos para a sociedade, em geral, e para o campo da saúde, em particular. Um, é o projeto fundamentado nas propostas da Reforma Sanitária, cuja compreensão e significado da saúde estão inseridos no contexto histórico-estrutural da sociedade que deve ser garantida como direito do cidadão (ACIOLE, s./d.).

O outro projeto, chamado “modelo médico hegemônico”, está baseado no discurso médico tradicional como saída para os problemas de saúde da população, com preservação da visão curativista, que persegue a universalização seletiva da assistência médica, e possui acentuado caráter privado (ACIOLE, s./d.).

De acordo com Almeida-Filho (2011, p. 52), a explicação do processo saúde-doença não pode ser limitada à causalidade dos processos patológicos, sendo necessário abrir-se aos processos de promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde individual e coletiva. Portanto, seria oportuno compreender a saúde como um objeto complexo, visando, assim, estender o escopo de estudo aos fenômenos relativos à saúde, ações e vida, sem desconsiderar o sofrimento, a dor, as aflições e a morte, ou seja, transcender o âmbito biológico.

O discurso evidenciado nos argumentos da racionalidade ético-política da RSB assume que as relações de classe determinam desigualdade de condições de vida e saúde e destaca que para além dessas questões é preciso ressaltar a existência de outros fatores relevantes que contribuem para acentuar as iniquidades como gênero, cor, idade, etnia, lazer, entre outros (PAIM, 2008, p. 166).

Cabe esclarecer que os conceitos são formas de definir, explicar e propor intervenções, ainda que não alcancem as singularidades necessárias, eles constroem significados compartilháveis. É por meio desta delimitação de sentido, por exemplo, que a medicina oferece diagnóstico, e que o doente deve encontrar o modo mais conveniente de agir (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

O desenvolvimento da medicina e as transformações nos modos de adoecer no decorrer da história demonstram contradições presentes na forma hegemônica de conceber a saúde. Para certas formas de adoecimento o enquadramento no paradigma biomédico é ainda mais problemático, como é o caso das doenças mentais. São inúmeras e progressivas as contradições geradas pela concepção de saúde fortemente ancorada na cientificidade vigente. Enfrentar a dificuldade de explicar a ligação entre sintomas físicos e psíquicos é um dos principais desafios da clínica médica. (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Vale destacar que as mudanças ocorridas no campo da saúde, sobretudo pós movimento sanitário, vêm impondo novas formas de conceber saúde. Consequentemente, as práticas se apresentam como contraponto a esse pensamento hegemônico e característica da medicina moderna científica. As proposições da Reforma Sanitária incluem os fatos sociais como pertencentes ao processo saúde-doença, retira a saúde da esfera estritamente técnica e rompe a dicotomia prevenção-cura na construção de um novo objeto na realidade brasileira, e na prática médica (COHN, 1989).

O modelo biomédico estimula a adesão dos médicos a um comportamento extremamente cartesiano, intensificando a visão segmentadora do indivíduo, o que dificulta a valorização e compreensão do todo. Nesse contexto, testemunha-se em muitos dos serviços de saúde uma certa apatia, por vezes até resistência, frente a qualquer perspectiva de mudança no fazer em saúde.

Diante desse contexto de transformações na saúde o “Ato Médico” surge como um instrumento que ao tentar garantir legalmente o espaço exclusivo de atuação do médico, termina implicando na manutenção do pensamento médico hegemônico.

6.2 O ATO MÉDICO E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

A busca de novos caminhos para repensar as práticas de saúde vem se destacando como um dos principais desafios das últimas décadas. Desse modo, a compreensão da saúde através de uma noção integrada do ser humano torna-se imperativa, visto que o modelo biologicista que fundamenta as práticas em saúde vem se demonstrando insuficiente para responder às demandas impostas pela realidade. Assim, a reorganização do trabalho surge a partir da necessidade de incluir tecnologias em saúde que levem em consideração a integralidade do cuidado, a complexidade dos objetos de intervenção e a intersubjetividade, permitindo a produção de mudanças na assistência à saúde.

Em relação à organização do processo de trabalho e à prática médica observa-se a defesa pelo monopólio do diagnóstico nosológico e da prescrição terapêutica correspondente como

pontos centrais do “Ato Médico”. Como justificativa afirma-se que apenas os médicos detêm o conhecimento necessário para identificar e nomear as doenças, bem como para intervir sobre elas, constituindo-se tais atribuições como base estruturante da profissão médica. A partir dessa premissa estaria legalmente garantida a autonomia técnica e a exclusividade dos médicos para diagnosticar e tratar as morbidades. Logo, essa área de atuação não deveria ser compartilhada. Esse entendimento pode ser verificado no discurso a seguir:

O diagnóstico nosológico, em sua essência, configura ato privativo da medicina na medida em que nomeia uma condição mórbida isolada ou prevalente no agravo à saúde e tem como objetivo aprimorar o tratamento. O que nos parece essencial é buscar a competência do médico no sentido de distingui-lo das demais profissões de saúde (JÚLIO CÉSAR MEIRELES GOMES; CFM, 2001b, p. 09).

Ante o apresentado, pode-se refletir sobre qual a importância de o médico deter a exclusividade sobre o diagnóstico e a prescrição terapêutica. Assim, vale um questionamento: Quais as consequências do modelo médico hegemônico sobre a política de saúde?

A luta pelo monopólio do diagnóstico nosológico constitui também a busca pelo reconhecimento de que apenas os médicos poderiam indicar a necessidade do outro e determinar o tratamento apropriado. Tratar-se-ia, portanto, da defesa da autoridade sobre as demais profissões e sobre o cliente.

Uma questão relevante nessa discussão é a negação por parte dos defensores do “Ato Médico” da atuação conjunta dos profissionais de saúde no que tange ao diagnóstico e ao tratamento, considerando que apenas o espaço da prevenção primária poderia ser entendido enquanto área de atuação a ser compartilhada por esses profissionais.

O médico pode até compartilhar, por exemplo, a prevenção, que visa o não adoecer - a qual pode ser executada por médico, ou por outras profissões auxiliares da medicina, até mesmo por um cidadão comum, dentro da sociedade organizada. Isso não é contraditório. É importante, é bom, porque soma. Entretanto, não se pode aceitar que o diagnóstico da doença seja realizado por pessoa não-habilitada, pois o diagnóstico é, a pedra de toque da medicina. Na medida em que sou capaz de realizar o diagnóstico, habilito-me ética e profissionalmente para fazer o tratamento. Se quem é educado e preparado para fazer o diagnóstico é o médico, a ele compete fazer também o tratamento. Quem quer aprender a fazer diagnóstico de doença - excetuando-se o aparelho mastigatório -, opta por cursar a medicina (EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE; CFM, 2001b, p. 20).

Isso ocorre por uma valoração diferenciada entre os espaços da atenção básica e da atenção especializada (secundária e terciária) enquanto *locus* da prática médica. As ações especializadas são consideradas de maior complexidade, portanto, exigiriam a *expertise*

médica. Enquanto as atividades de prevenção e promoção, presentes sobretudo na atenção básica, não demandariam grande capacidade técnica, assim, qualquer profissional poderia realizar tais atividades.

Pode-se inferir que existe uma supervalorização do conhecimento técnico-científico do médico em detrimento dos saberes produzidos pelas demais profissões da saúde, e que por isso estaria justificada a autoridade do médico sobre o diagnóstico e o tratamento das doenças.

Nenhum terapeuta pode pretender fazer diagnóstico nem indicar tratamento, pois é ilegal e tecnicamente inapropriado, por conta de sua visão restrita do ser humano (CFM, 2005, p. 13).

Ao excluir das demais profissões de saúde uma competência que lhes é própria e que estrutura os respectivos campos de conhecimento e de prática, termina por colocá-las em posição secundária frente ao conhecimento médico, desconsiderando a autonomia técnica dessas profissões.

Entende-se que quanto mais autônomo for o trabalho de outros profissionais, maiores serão as chances de uma sobreposição das áreas de atuação, conseqüentemente, aumentaria o potencial de conflito, tanto por vias legais ou através de imposições de natureza corporativa (MACHADO, 1997). A análise do discurso da categoria médica aponta para a defesa do trabalho hierarquizado em que os profissionais da saúde devem permanecer em níveis de autonomia inferiores em relação aos médicos.

Destaca-se, ainda, que a noção da soberania profissional do médico está fundamentada na ideia da capacidade de intervir sobre as enfermidades e sobre a própria vida, a qual seria praticamente ilimitada, dessa forma garantiria o *status* de superioridade sobre as demais profissões. É importante considerar que essa concepção coloca o profissional médico em um nível quase divino distanciando seu conhecimento e sua capacidade de qualquer outra prática profissional no campo da saúde. O que nos leva ao seguinte questionamento: Seriam mesmos os médicos seres demiúrgicos assim como afirmam alguns membros da categoria profissional?

[...] o homem criou o médico pelas mesmas razões que criou as divindades: para protegê-lo e dar-lhe forças. Aqui e no desconhecido (OLIVEIROS GUANAIS; CFM, 2001b, p. 24).

“A medicina é a única entre as profissões de saúde capaz de invadir o templo da vida emergente, desvendar os segredos da concepção e abrir as portas do universo, violar os limites da vida, promover estados de morte virtual em defesa da vida natural. Enfim, uma profissão que vai do nascimento à morte e às vezes: numa ousadia capaz de afrontar os deuses, em sentido inverso” (JÚLIO CÉZAR MEIRELLES; CFM, 2001b, p. 09).

A concepção do “dom” médico na atuação sobre o homem ultrapassaria os conhecimentos e qualificações científicos, para mesclar com certa dominância de elementos não materialmente identificáveis, de caráter transcendental, metafísico, por que não divino (SCHRAIBER, 1993).

Machado (1996) chama atenção para o fato de que caracterizar o ideário médico como semelhante ao sacerdotal não é mero fruto do imaginário social, mas de sucessivas alusões a um modelo exemplar contido no Juramento de Hipócrates, no Código Internacional de Ética Médica, na Declaração de Genebra, da Associação Médica Mundial - AMM etc. Contudo há escassa evidência de que este modelo tenha encontrado expressão em comportamentos individuais dos membros da profissão.

Esse pensamento de superioridade é muitas vezes legitimado socialmente. Contudo para entender melhor esse processo seria necessário adentrar em um debate sobre como atualmente se constrói a autoridade cultural do médico, a exemplo da influência do marketing em torno da profissão.

Cabe discutir como o monopólio do diagnóstico nosológico e da prescrição terapêutica incide sobre as questões relativas a soberania da autoridade médica. A esse respeito, o CNS manifestou sua opinião através de nota emitida pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, em julho de 2013, considerando que é preciso superar a concepção de doenças com diagnóstico médico numa dimensão corporativa para enfrentar a problemática “saúde e doença da população” (CNS, 2013).

A nota ainda destaca que a doença deve ser entendida como produto da organização social e dessa forma o tratamento deve ir além da patologia em si, compreendendo família, determinantes sociais da saúde, coletividade e outros. O que exigiria outras visões e entendimentos, para além do médico, atuando em conjunto em diagnósticos e intervenções interdisciplinares (CNS, 2013).

Nesse contexto, o “Ato Médico” torna-se uma estratégia que retira das demais profissões a autonomia técnica e de produção de conhecimento científico em suas áreas, o que as leva ao descrédito perante a sociedade.

Essa intenção pode ser observada quando se menciona o CFM como órgão responsável por sinalizar o que é ou não conhecimento científico e médico, negando outros conhecimentos denominados como falaciosos e prejudiciais (CFM, 2001b, p. 18). Nessa lógica, a profissão médica, através do CFM, passaria a atuar como censor da ciência em saúde, ditando regras para todas as profissões da saúde.

Schraiber et al (1999), destacam que a articulação das ações busca conectar diferentes processos de trabalho, o que requer da parte de cada agente um dado conhecimento acerca do trabalho do outro e o reconhecimento de suas necessidades para a atenção integral à saúde. A interação entre os agentes permite a construção de um projeto comum à equipe de trabalho.

Dessa forma, ao estimular a hierarquização dos trabalhos em saúde e a consequente desvalorização da autonomia técnico-científica das demais profissões de saúde, o “Ato Médico” pode ser interpretado como um dos dificultadores para a realização da atenção integral.

Importa dizer que a delimitação do ato profissional médico em torno das atividades diagnósticas e terapêuticas não consistia em um consenso como é possível observar ainda no início das discussões sobre o tema (quando ocorreu a apresentação do PL elaborado pelo deputado Pedro Cañedo). Um ano após a promulgação da Constituinte, em 1989, o presidente do CFM apresenta o seguinte posicionamento.

O presidente do CFM, Francisco Álvaro Barbosa Costa, argumentou que o projeto pecava pela falta de elasticidade, "uma vez que o ato médico não pode se dar de forma isolada". Segundo ele, a prática demonstra que é muito difícil definir, no conjunto das atividades, o que é exclusivo do médico. "Vejo dificuldades. Hoje o CFM não tem como definir ato médico na maior parte das especialidades" (CFM, 1989, p. 8).

Essa colocação pode ser interpretada como dissonante do pensamento hegemônico, o qual esteve presente na maior parte dos documentos analisados. A esse respeito, retomando as discussões de Dubar (1997) e Schraiber (1993), observa-se que apesar de a profissão se organizar em torno de uma identidade e prática predominantes pode-se dizer que essas características não são unânimes e homogêneas a todos os membros da profissão.

Salienta-se ainda que de acordo com Gomes et al (2007), o trabalho em saúde possa se apoiar em protocolos que direcionem a ação, ele não se deve limitar por essas normas, uma vez que as situações que emergem no cotidiano são sempre singulares, em condições específicas, com usuários diferentes e desdobramentos diversos.

Sendo mais precisa o “Ato Médico” não deveria ditar rigidamente protocolos de ação, sob risco de a exclusividade sobre a realização do diagnóstico e tratamento tornar-se controversa. Isso porque, são demasiadamente complexas as especificidades de cada profissão, as demandas da população e a realidade da organização de trabalho em saúde.

Pode-se acrescentar, ainda, que a supervalorização do conhecimento técnico-científico específico da medicina pelos próprios médicos, incide sobre as demais profissões da saúde, tendendo a subestimá-las em relação a seus saberes e práticas particulares. Exemplo desse

pensamento encontra-se na declaração do Médico Oliveira Guanaís, representante da Bahia no CFM.

Os médicos são figuras importantes da área de saúde, mas compartilham esse campo com outros profissionais. [...] Mas quando se trata de enfermidades, nenhum profissional ocupa o lugar que é devido ao médico, porque este tem preparo específico para cuidar de doenças e doentes, binômio de termos lógicos e consequentes (OLIVEIROS GUANAIS; CFM, 2001b, p. 24).

No discurso acima, percebe-se a ratificação da prática aos moldes da medicina tradicional. É esse modelo liberal da profissão médica, que promove a valorização do conhecimento técnico, a elevada e diversificada especialização, a autonomia no controle do processo de trabalho. Esses aspectos explicam a grande influência que os médicos detêm no processo de tomada das decisões e na hierarquia organizacional na prestação de serviços de saúde (MACHADO, 1997).

Em decorrência dessas características estarem enraizadas na cultura dos cuidados de saúde observa-se uma dificuldade no estabelecimento da organização do trabalho em equipes, mesmo em ambientes que favoreçam o trabalho integrado e as relações democráticas e horizontalizadas. Nesse contexto, vale refletir sobre o modelo de formação dos profissionais da saúde, fator relevante na manutenção do modelo médico-centrado.

Como os diferentes profissionais são treinados em separado, é bastante comum que eles desconheçam as competências, potencialidades e limites de atuação uns dos outros. Além disso, a constante evolução tecnológica da área e as mudanças estruturais dos modelos de atenção à saúde tornam ainda mais difícil a delimitação precisa dos papéis dos profissionais que prestam atendimento de saúde no Brasil (BRASIL, 2006c, p. 05).

Para que a saúde possa ser apreendida em toda sua complexidade são necessários saberes capazes de articular dinamicamente as dimensões do social, do psicológico e do biológico. Isso requer que o trabalho em saúde seja desenvolvido por meio de práticas integradas, que incorporem saberes técnicos e populares e vejam o homem no seu contexto, o que extrapola o setor saúde e nos desafia a buscar a interdisciplinaridade (MINAYO, 1994).

Apesar das tentativas de transformação no ensino médico, ele ainda é fortemente permeado por preceitos da ideologia liberal e do paradigma biológico. Desse modo, a atuação individual, a manutenção da autoridade e do prestígio e a valorização da autonomia financeira são assuntos frequentes nas discussões da categoria médica desde a universidade. Ainda que o modelo de saúde sistematizado pelo SUS busque a assistência integral e o atendimento em

equipe, a formação acadêmica baseada na interprofissionalidade não é uma realidade em grande parte das instituições de ensino.

Para além dessa questão, pode-se notar a discordância da corporação médica quanto à realização do trabalho em equipe nas graduações e nas pós-graduações em saúde, demonstrando uma noção corrompida pelo viés da medicina hegemônica.

A Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR) considera que a integralidade é fator determinante no atendimento ao doente. Mas para seu presidente, André Kiyomitsu Zanuncio Sediya, tem sido forte a ideia de acabar com as profissões na área da saúde, centrando no profissional da saúde “multitarefa”, e “esse não é o tipo de formação que se pretende, pois é uma falta de respeito com todas as profissões. Todos os profissionais têm sua função e o sistema não funciona se excluirmos qualquer um deles”. Afirma, ainda, que o estágio multiprofissional tenta solucionar um paradigma falso: “Temos de formar os profissionais de maneira digna, dar verdadeiras profissões, isso é oferecer oportunidade” (CFM, 2005, p. 12).

Entretanto, não cabe a este estudo fazer o aprofundamento nas questões referentes ao ensino em saúde, já que isso exigiria uma investigação minuciosa sobre o assunto. Não obstante, a partir do trecho acima, pode-se inferir um certo desconhecimento sobre como ocorrem e quais as contribuições que a formação/atuação em interprofissional/interdisciplina pode trazer a assistência à saúde.

Diante das considerações apresentadas, reafirma-se que dada a complexidade envolvida no processo saúde-doença-cuidado os conhecimentos isolados não podem dar conta da produção de todas as respostas necessárias. A combinação dos saberes e práticas, que não são mutuamente excludentes e sim explicados uns em relação aos outros, torna-se uma via para a compreensão desse processo, exigindo uma visão que vá além dos limites disciplinares das profissões. A interdisciplinaridade, portanto, seria uma das chaves para a superação desse desafio.

O formidável acervo de conhecimentos acumulados nos últimos cem anos em biologia, química e física, além das inovações tecnológicas, tomaram o campo do cuidado com a saúde, se pouco, descomunal, fora do alcance do médico isoladamente considerado. Daí o surgimento de parcerias com outras profissões da saúde, decorrente da divisão social do trabalho, do saber científico e da habilidade técnica. De profissional solitário, o médico cercou-se de coadjuvantes, tudo em favor do semelhante, para tornar mais exequível e eficaz a assistência à saúde (CFM, 2001c, p. 23).

O conhecimento ora existente transborda a competência individual do médico, senão da própria categoria médica, ditando a necessidade de organizar especialidades, novas áreas de atuação ou promover outras categorias profissionais, aplicadas em técnicas complementares de diagnóstico ou no

apoio à terapêutica. E assim foi feito, gerando a necessidade de se buscar uma 'definição formal do ato médico, agora destinada a proteger o território sagrado do médico como profissional-tronco de outras atividades não menos sagradas, mas já definidas em lei e providas de identidade singular (CFM, 2001c, p. 23).

Contudo, apesar do reconhecimento acerca da necessidade de parcerias para o estabelecimento do cuidado o que se apresenta na fala acima não retrata o verdadeiro sentido de trabalho em equipe, ao contrário, reafirma a existência de uma hierarquia, em que as profissões de saúde se organizam como coadjuvantes ao trabalho médico, este que continua predominantemente individualizado.

Salienta-se a persistência em definir as profissões de saúde como acessórias, as quais surgiram a partir da medicina em decorrência do processo de diferenciação e especialização do conhecimento. Assim, elas atuam em função auxiliar às atividades médicas, seguindo os direcionamentos impostos pela medicina para a definição das condutas terapêuticas, tal como entendido pelo então presidente do CFM.

Na medida em que a medicina se consolidou cientificamente começaram a surgir outras profissões, chamadas, sem nenhum demérito, de profissões **paramédicas**, com a função de **auxiliar** o trabalho do médico em seu exercício (Edson de Oliveira Andrade, presidente do Conselho Federal de Medicina) (CFM, 2001b, p. 19).

A prática interprofissional, como organizadora do processo de trabalho em saúde, deve ocorrer com vistas a complementaridade dos diversos saberes e práticas profissionais, buscando a integralidade. Contudo, o que se observa no dia-a-dia dos serviços é a atuação com a justaposição de diferentes profissões. Nessa situação se pressupõe a fragmentação do trabalho e do olhar em relação à saúde, corroborando para a existência de uma hierarquia bem sedimentada e rígida, característica típica do modelo biomédico que o ideário da RSB projeta superar.

Cabe lembrar que o modelo biomédico é caracterizado pela fragmentação da assistência, pela consideração do corpo biológico como objeto de trabalho, pela centralidade das ações nos atos médicos e medicalizadores. Já o modelo proposto pela Reforma Sanitária considera a cooperação como elemento central nas tomadas de decisões do trabalho em saúde.

Segundo a interpretação de Schraiber et al (1999), é preciso problematizar as questões referentes às relações de trabalho interprofissionais sob a ótica da hierarquização das autoridades onde estão implicados distintos saberes das áreas profissionais no processo de cuidado, com conseqüente desigualdade na legitimidade de julgar e decidir no trabalho.

A lógica imperante posiciona o médico como o prescritor e ordenador das práticas, por vezes desconsiderando a autonomia das demais profissões de saúde e recusando a possibilidade da atuação conjunta para a solução de problemas da população. Assim, seria a partir do trabalho médico que ficaria definido o espaço de atuação das demais categorias profissionais.

Roberto Giannini, presidente do Sindicato dos Psicólogos, durante uma manifestação contra o “Ato Médico”, chamou atenção ao fato de que o PL do “Ato Médico” fornecia uma série de mecanismos jurídicos, os quais hierarquizariam o conjunto das profissões de saúde, conferindo ao profissional médico a primeira e a última palavra sobre o que fazer. Para ele, no documento, as ações não são vistas como processos de colaboração entre diversos saberes cujo centro é o sujeito que está na condição de paciente, mas como uma relação de subordinação das demais profissões ao saber médico que tem como centro a doença (GIANNINI, 2013).

As opiniões apresentadas por Giannini corroboram as evidências encontradas no discurso presente nas edições do Jornal Medicina, investigadas nesse estudo, sobretudo no período de debate acerca do PL do “Ato Médico”. Os trechos vistos até aqui comprovam uma noção expressa pela categoria de que a doença é o centro orientador das práticas e que somente os médicos possuem capacidade técnica de lidar com as questões referentes ao adoecer. Desse modo, não haveria relação horizontal nos processos de trabalho em saúde.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) também se manifestou sobre esse assunto, demonstrando preocupação com as consequências desse projeto de consolidação da medicina hegemônica:

Condicionar à autorização dos/as médicos/as o acesso aos serviços de saúde, conforme o proposto pelo referido projeto, é retomar um modelo falido de atenção à saúde, centrado no atendimento clínico, individual, medicamentoso e hospitalocêntrico, o qual não encontra respaldo nem nos organismos internacionais de saúde, nem na legislação brasileira, e representa um desrespeito com o direito à saúde conquistado pela população brasileira (CFESS, 2013).

Percebe-se que para o real enfrentamento do modelo biomédico faz-se necessária a integração dos saberes e das práticas profissionais. Segundo Peduzzi (2007), para que o trabalho em equipe ocorra é imprescindível o reconhecimento do trabalho do outro, pressupondo uma concepção ampla do processo saúde-doença. Desse modo, estabelece-se o desafio de articular o trabalho em equipe e a autonomia de cada profissão na relação com as demais para realizar o cuidado em saúde.

A integração dos profissionais, trabalhadores de uma mesma equipe, pressupõe igualmente compartilhar informações, planejamentos, questionamentos, interpretações e

responsabilidades, tanto sobre as condições de saúde dos usuários dos serviços, quanto no que diz respeito às condições gerais de vida da população. Porém, não parece ser esse o entendimento contido na Resolução CFM 1.627/2001.

É importante destacar que a responsabilidade profissional não pode ser compartilhada nem com outros profissionais da mesma categoria, quanto mais com outros de categorias diversas que formam uma equipe de serviços. A responsabilidade ética é assumida e cobrada individualmente (CFM, 2001a, p. 13).

No trecho acima, observa-se um senso de responsabilidade que caracteriza a profissão, o qual está atrelado aos saberes técnicos e com valores éticos da medicina, em decorrência do que seria impossível o estabelecimento da corresponsabilização com o cuidado.

Vale dizer que o trabalho em equipe, o qual pressupõe uma atuação interprofissional, deve ser realizado em um contexto dialógico. O trabalho em equipe fomenta o encontro de diferentes categorias que se estruturam horizontalmente com a mesma relevância no processo saúde-doença-cuidado – com objetivos, saberes e instrumentos próprios – num mesmo espaço/tempo, os quais devem ser respeitados e valorizados com vistas à integração de práticas para o atendimento às demandas singulares da população.

Nessa perspectiva, pensar numa hierarquia de saberes e na delimitação rígida de regras para a atuação profissional, como se propõe o “Ato Médico”, dificulta integralidade do cuidado.

Por fim, ainda em relação ao trabalho em equipe destaca-se o entendimento do CFM quanto ao assunto.

Declaramos que a abordagem multiprofissional é uma reconhecida necessidade, mas isso não significa que todos façam diagnóstico. Ou será que mesmo considerando as dificuldades da educação continuada e fiscalização da Medicina (que visa o todo) algum **paramédico** teria essa formação? Vale lembrar que a interprofissionalidade foi e continua sendo estimulada e realizada pela própria Medicina, ou teriam estas profissões obtido geração espontânea? (CFM, 2005, p. 13).

Essa fala possui alguns argumentos contraditórios, já que segundo o observado não se percebe na prática o referido estímulo a interprofissionalidade, ao contrário destaca-se o empenho em garantir a hegemonia do modelo médico-centrado, com atuação individualizada e hierarquizada. Essa contradição fica clara quando no mesmo discurso se atribui a medicina o papel de “disciplina-mãe”, ao questionar a prerrogativa do diagnóstico às demais categorias profissionais da saúde e apresentando-as como paramédicas, o que reafirma a ideia de submissão.

Diante das reflexões aqui realizadas ressalta-se a relevância que o trabalho em equipe vem assumindo como dimensão de desafio para os profissionais da saúde, que encontram nos serviços uma estrutura arraigada na atuação médico-centrada e hierarquizadora.

6.3. O ATO MÉDICO E O CONTROLE SOBRE A PRÁTICA MÉDICA E SOBRE O CAMPO PROFISSIONAL DA SAÚDE

Em 1989, como mencionado anteriormente, já se discutiam questões referentes à regulamentação do campo de atuação da medicina. Nesse contexto, o deputado Cañedo, responsável pelo primeiro projeto apresentado sobre esse tema, manifestou a necessidade de defender o mercado de trabalho médico diante de possíveis invasões ao seu campo de atuação.

Foi, então, no âmbito das discussões sobre a situação das atividades realizadas por optometristas que ele afirmou: “[...] Após as primeiras discussões fomos percebendo que essa invasão também se dava em outras áreas, como na ortopedia e na radiologia, e sentimos a necessidade de fazermos uma defesa do nosso mercado de trabalho” (CFM, 1989. p.8). Percebe-se que já nos debates iniciais sobre a regulamentação da profissão médica a defesa do controle do mercado era uma questão prioritária.

No trecho a seguir, é possível notar uma convocação de cunho corporativista, na tentativa de legitimar a regulamentação do “Ato Médico” recorrendo-se à importância conferida ao papel do médico na sociedade. Além disso, é apontada como justificativa para o PL 25/2002, a existência de atividade corporativista das demais categorias profissionais de saúde que “tentavam atuar em funções médicas”. Estabelecia-se, assim, um conflito entre as profissões em busca da legitimação social.

Denunciamos que está ocorrendo um grande golpe e blefe institucional promovido por entidades que estão tentando, de forma corporativista e ilegal, alcançar funções médicas e não se constroem de contrariar frontalmente as leis de suas próprias profissões. O PL 25/02 do Senado é justo e necessário, não os prejudica em nada, respeita suas prerrogativas e os remete ao texto de suas próprias leis. Contamos que o Brasil não permita que sejam criados atalhos para a Medicina; os que quiserem ser médicos, que façam o respectivo curso e assumam as responsabilidades inerentes à profissão (CFM, 2005, p. 13).

Segundo Freidson (1996), a dimensão corporativa é uma das características que define uma profissão. Para tanto, as profissões devem estar organizadas de tal modo que consigam se autorregular para estabelecerem delimitações claras e exercerem o controle do mercado de

prestação de seus serviços, podendo assim protegerem os campos de atuação de seus membros. (FREIDSON, 1996).

Destaca-se que a força do corporativismo médico é demonstrada, principalmente, pela capacidade de aglutinar interesses da corporação por uma ação similar àquela das sociedades médicas no exercício de ditar normas, mesmo diante da heterogeneidade da categoria (BOERMA; RICO, 2006).

No que tange ao “Ato Médico”, não se pode negar os interesses corporativistas sobrepostos à Lei. Nesse sentido, deve-se considerar que o documento base do PL 25/2002, a Resolução do CFM nº 1.627/01 em seus “considerandos”, justificou a clara preocupação com a competição que se estabelecia no campo da saúde e a falta de limites bem definidos na atuação das profissões.

Considerando-se que o campo de trabalho médico se tornou muito concorrido por agentes de outras profissões e que os limites interprofissionais entre as categorias nem sempre estão bem definidos.

Considerando a necessidade de haver uma melhor definição das atividades profissionais típicas privativas de cada profissional, dos limites de cada uma, das relações entre as atividades limítrofes e da relação de cada uma com a medicina, por ser, de todas, a mais antiga e a de campo mais amplo de atuação, vez que interage com todas as outras[...] (CFM, 2001a, p. 01).

É possível inferir a presença de pressupostos corporativistas de proteção de mercado, ou seja, para além do combate às práticas ilegais e regulamentação profissional, o “Ato Médico” vai se apresentando como meio para proteger outros interesses da profissão, como resguardar a sua jurisdição. Compreende-se a proteção legal do exercício profissional como uma das etapas do processo de profissionalização da medicina.

De acordo com Larson (1979), a estrutura da profissionalização está dividida em dois processos: a padronização do conhecimento, no qual a legitimidade cognitiva garante homogeneidade e uniformidade para a objetivação da profissão; e o controle de mercado que estará sujeito às mudanças econômicas e sociais contingentes.

Ainda segundo a autora, sempre que se considere tais influências, o controle do mercado deve ser estabelecido já no processo de produção de profissionais (LARSON, 1979). Ou seja, o controle e a monopolização da educação profissional são as principais formas de garantir a exclusividade sobre as oportunidades em um mercado de serviços ou trabalho, assim como o *status* numa hierarquia ocupacional.

A esse respeito, Abbott (1988) acrescenta que o controle das profissões ocorre de duas formas: o cultural e o social. O controle cultural surge no trabalho com as tarefas e é legitimado

pelo conhecimento formal a partir de valores fundamentais. Já o controle social emerge a partir das reivindicações ativas colocadas nas arenas pública, legal e dos espaços de trabalho. Assim, o controle seria uma forma garantidora dos limites da jurisdição, e se constituiria enquanto uma estrutura de poder para a profissão.

No que tange a essa questão vale lembrar que a profissão médica ao longo de sua história de profissionalização desenvolveu não apenas a capacidade de standardização de seu conhecimento teórico e prático, como também padrões de aferição de qualidade e da quantidade de profissionais disponíveis no mercado.

Em vários países, assim como no Brasil, as entidades médicas continuam exercendo um grande controle sobre a entrada e a permanência dos profissionais no mercado. Especificamente no caso brasileiro, e em conjunturas políticas distintas, o CFM tem exercido fortes pressões sobre o Ministério da Educação e o governo central visando o controle da oferta de vagas para os cursos de medicina em funcionamento, mesmo com a existência de leis que têm facilitado a abertura dessas vagas nos últimos vinte anos. Ademais, esse controle tem sido também exercido mediante o credenciamento dos médicos pelos conselhos estaduais, aos quais compete legitimar o exercício da profissão.

Entre outras formas de controle do exercício profissional, destacam-se as provas de especialidades realizadas pelas respectivas sociedades médicas, cujos títulos por elas outorgados conferem grande prestígio e reconhecimento entre os pares.

Segundo Pereira Neto (2000), a formação profissional guarda íntima relação com a oferta de mão de obra para o mercado, ou seja, se a categoria profissional não se preocupa com o controle da quantidade de profissionais lançados no mercado de trabalho, cresce a possibilidade de a profissão ter diminuídos seu prestígio, poder e o valor que deteve outrora. Além disso, a regulação da oferta também está relacionada com a qualidade do profissional que está sendo formado.

Freidson (1998) acredita que a questão central do poder profissional resida no controle do trabalho pelos próprios trabalhadores profissionais. Este controle é denominado autonomia profissional, um tipo ideal de autonomia forte sustentada por um monopólio ocupacional que compreende diversas dimensões, mas que antes de tudo refere-se a um monopólio econômico no qual a profissão controla o recrutamento, o treinamento e credenciamento.

A especialização do conhecimento na saúde e o surgimento de novas profissões, com as quais a medicina tem sido levada a compartilhar autoridade técnica, podem ser considerados entraves para a efetivação do controle profissional da medicina sobre o mercado de serviços da saúde. Esse processo tem levado à interdependência entre as profissões, suas organizações e

tecnologias, de modo que os médicos passaram a ter seu monopólio e sua autoridade ameaçados.

Desse modo, poder-se-ia pensar o “Ato Médico” como mais um instrumento de controle profissional que surge no contexto das transformações ocorridas no sistema de profissões da saúde e da divisão sociotécnica do trabalho em saúde.

Segundo Diniz (2001), a medicina se destacou na interpretação de diversas situações, entendendo-as como ameaças aos seus domínios, ao ponto de essas situações virem determinando um estado de alerta e de preocupação por parte de suas corporações. Em muitas circunstâncias a defesa da prática médica termina por restringir a autonomia de outras profissões, impedindo que alcancem o mesmo *status* da profissão médica.

Nessa perspectiva, a categoria médica entende como uma necessidade definir legalmente o “Ato Médico” e assim consolidar seus limites de atuação.

A apresentação de inúmeros projetos ao Congresso, regulamentando novas profissões na área da saúde e invadindo a área que a lei estabelece como limites da profissão médica, preocupa o CFM. **Ao invés de prolongar uma estéril discussão** (grifo da autora) com essas áreas, bloqueando as regulamentações, o CFM preferiu fazer o mais óbvio: definir em lei o Ato Médico, consolidando limites e impedindo novas invasões (CFM, 1995, p. 03).

É interessante perceber que a necessidade de regulamentação surge também como resposta às reivindicações de outras categorias profissionais. Antes disso, pode-se dizer que os médicos tinham no prestígio e na autoridade da profissão garantias da jurisdição e controle sobre seu campo de atuação.

Consequentemente, coloca-se a necessidade de se impedir invasões no campo de atuação dos médicos e de se restringir a autonomia das demais profissões, a partir dos limites impostos pela corporação médica.

Em relação ao componente legal do “Ato médico”, o psicólogo Rogério Giannini, presidente do Sindicato dos psicólogos, afirmou: “O Projeto de Lei do “Ato Médico” é a expressão jurídica de uma disputa da classe médica por maior espaço no mercado de trabalho” (GIANNINI, 2013, pág. 01).

O “Ato Médico” está inserido num contexto de disputa ao qual Larson (1979) chama de mercado profissional. Segundo a autora, o que ocorre é a contestação do monopólio legal de certos serviços, consequentemente, a criação de mercados fechados a não-profissionais. Esse processo não prescinde do respaldo do Estado que também exerce um papel importante na regulamentação das profissões.

Temos que definir o ato médico de uma maneira bastante clara para que nós profissionais médicos nos sintamos protegidos pelas nossas ações. Não podemos ter constrangimento de sermos corporativistas nessa definição, porque precisamos preservar nossa fatia no mercado de trabalho (CFM, 2001b, p. 08).

Segundo Rodrigues (2002), para concretizar a reserva de mercado, as profissões se valem das entidades classistas (sindicato, federação, confederação, conselhos federal e regional), regidas por estatuto social, considerado como instrumento de auto-regulamentação que protege a profissão da interferência externa.

Para tanto, é necessário que a profissão esteja bem organizada e que haja consenso sobre o campo de regulamentação das profissões de uma mesma área de atividade. Nesse cenário, pode-se afirmar que essas entidades classistas desempenham um papel-chave enquanto responsáveis pelo estabelecimento de parâmetros profissionais, inclusive aqueles relacionados com a inserção dos médicos no mercado de trabalho (BOERMA; RICO, 2006).

Sob esse prisma, pode-se dizer que a regulamentação de uma atividade ocupacional ou profissional implica em um privilégio na forma de reserva de mercado ou de direito exclusivo de propriedade sobre campos de prática a partir do reconhecimento legal do papel social daquela profissão.

Para Aciole (2006), as intenções de cunho corporativistas dos proponentes do PL do “Ato Médico” são explicitadas ao determinar o ato profissional exclusivo do médico como todo o procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para a prevenção primária, secundária e terciária (ACIOLE, 2006).

É em torno desses argumentos que fica mais bem definido o cerne das disputas entre a medicina e as demais profissões da saúde. O “Ato Médico” pretendeu abranger todo o campo das intervenções profissionais da saúde gerando conflitos com as outras categorias profissionais que compartilham atos com a medicina. Ademais, pode-se atribuir a essa visão um compromisso com o ideário da medicina hegemônica, que afirma sua supremacia dada sua *expertise* de intervenção e controle sobre a doença e os corpos.

Diante desse entendimento, o Conselho Federal de Nutrição (CFN) apontou para a natureza desrespeitosa e corporativista do PL 25/2002, o qual culminaria com a institucionalização das desigualdades e da hierarquização das profissões através do Estado. Para o CFN ao aprovar o PL em questão legitimar-se-ia a interferência da medicina na autoridade das outras profissões, que teriam seus campos de atuação limitados (CFN, 2013).

Nesse contexto, entende-se que o caráter corporativista das entidades profissionais apresenta implicações complexas e abrangentes, influenciando desde a formulação e implementação de políticas públicas e até mesmo tendências do mercado de trabalho.

Ainda assim, para o caso brasileiro, nas condições concretas mediante as quais a profissão médica vem reorganizando sua atuação no mercado de trabalho - desde a década de sessenta do século XX, na passagem do modelo do exercício liberal da medicina para o modelo empresarial - tem ocorrido a diminuição da autonomia da profissão.

Como Schraiber e Machado têm mostrado em seus trabalhos (SCHRAIBER, 1993 e Machado, 1996, 1997) que as consequências advindas das transformações do modelo liberal para o empresarial estão, sobretudo, na diminuição do controle sobre importantes constituintes da profissão médica: sua capacidade de auto-regulação, seus instrumentos, a clientela e o preço da remuneração do trabalho. A partir desse processo ocorre um movimento de reordenação da autonomia profissional do médico. Constroem-se as autonomias relativas, em que o médico detém o controle parcial dos meios de trabalho (SCHRAIBER, 1993).

Nesse mesmo sentido, esse fenômeno de desgaste da autonomia médica e de perda das suas prerrogativas monopolistas, tem sido denominado de desprofissionalização. De acordo com Machado (1996), essa expressão terminológica significa a perda do monopólio do conhecimento, da autoridade sob a clientela, da erosão da autonomia.

Deve-se, ainda, considerar os efeitos do processo de assalariamento a que está submetido esse segmento profissional qualificado, bem como a crescente institucionalização que a maioria das ações profissionais têm assumido. Assim, as atividades profissionais tornam-se estruturalmente mais burocráticas, ameaçando a autonomia médica (MACHADO, 1996).

É, também, em decorrência desses fenômenos, que a categoria profissional vem lutando para delimitar e proteger sua atuação, consequentemente, garantir seu mercado. Nesse ponto, destaca-se que o “Ato Médico” preserva em si um forte apelo em torno da manutenção do ideário liberal da medicina.

Outro ponto relevante a ser discutido diz respeito aos conflitos que ocorrem no interior da organização estatal dos serviços de saúde.

A clara conceituação do que é o ato médico é, hoje, uma exigência. Com o recente número de novas profissões da área da saúde, está ocorrendo um desvirtuamento extremamente nocivo à profissão médica. Ou seja, profissionais não habilitados para definir diagnósticos e tratamento estão buscando ter essa competência, muitas vezes respaldando-se em decisões do Ministério da Saúde ou de seus departamentos. Como ocorre com a coordenação Nacional de DST e AIDS que, por intermédio de um ofício encaminhado as Coordenações Estaduais e municipais de DST e AIDS e às

organizações não-governamentais autorizou enfermeiros e auxiliares de enfermagem a prescrever e tratar portadores de DST, a partir do método da abordagem sindrômica (CFM, 2001b, p. 03).

No trecho acima, é possível perceber que o conflito dos interesses profissionais permeia o sistema de serviços de saúde. Salienta-se que o CFM, como mencionado no item 3.3 é autarquia, ou seja, uma extensão de administração indireta do Estado. Contudo evidencia-se um posicionamento contrário as orientações do Ministério da Saúde. É importante pontuar que o CFM desconsidera todo o suporte técnico e intelectual por trás das determinações do MS.

Vale dizer, ainda, que a preocupação do CFM com práticas prescritivas e diagnósticas, ocorre sobretudo com relação aos profissionais da enfermagem e principalmente no contexto das equipes de Saúde Família em que o enfermeiro vinha adquirindo papel relevante na implementação de algumas políticas e programas cruciais para a melhoria da saúde da população.

Em comunicado oficial e, posteriormente, em carta aberta o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a Associação Brasileira de Enfermagem (Aben) e a Federação Nacional de Enfermagem (FNE), divulgaram posicionamento consensual no que diz respeito ao “Ato Médico”. Ressalta-se que as atividades do exercício profissional do enfermeiro estão resguardadas pela Lei nº 7498/86, o que lhes garante autonomia para realizar as ações praticadas nos programas em questão. Defende, ainda, a importância das práticas multiprofissionais em programas de saúde pública que têm garantido a melhoria dos indicadores de saúde (COFEN et al, 2013).

Ante o apresentado nesse capítulo, destaca-se que as concepções em torno do “Ato Médico” relacionam questões essenciais para o campo da saúde e das profissões. Nesse sentido, foram utilizados pelos defensores do “Ato Médico” os seguintes argumentos:

1. A necessidade de promover a regulamentação profissional como instrumento de garantia para o exercício exclusivo dos atos profissionais considerados atos médicos, fundamentados na *expertise* médica a exemplo da defesa veemente do monopólio sobre o diagnóstico nosológico e respectivo tratamento.
2. Com relação direta ao argumento acima, se estabeleceu a narrativa de que a definição dos atos privativos dos médicos seria de interesse da sociedade, à medida que garantiriam a segurança, a vida e a saúde do indivíduo e das coletividades, evitando que pessoas não capacitadas exercessem essas funções.

3. Outro fundamento utilizado, de maneira forte, é o de regulamentar para proteger a profissão médica, em virtude do surgimento de novas profissões que vêm se ajuntando à área de conhecimento e colocando em risco a jurisdição médica.

Para além das questões aqui apresentadas, deve-se lembrar que a divisão técnica e social do trabalho se constitui como base do modelo biologicista e das reivindicações das profissões na intervenção sobre o corpo, ao ponto de gerar a necessidade de regulamentação para a prática profissional. Reconhece-se, assim, as razões que têm levado às discussões sobre as delimitações da atuação no campo da saúde. Contudo, essas questões não se esgotam com a determinação legal dos atos profissionais.

7 E OS CONFLITOS PERSISTEM...

As questões que envolvem as disputas jurisdicionais no campo da saúde são anteriores ao “Ato Médico” e fazem parte da história das profissões da saúde, sendo responsáveis, juntamente com outros fatores, por determinar os limites de atuação e os mercados profissionais. No caso da medicina a disputa pelo campo de atuação é parte estruturante de sua constituição enquanto profissão. Portanto, o conflito nem principia, tampouco esgota com a implementação da Lei do “Ato Médico” que garante legalmente os atos médicos exclusivos.

As implicações desse conflito são percebidas no ambiente das práticas e nos serviços de saúde por meio das contínuas tentativas das profissões de manterem seus respectivos projetos de poder.

Nessa perspectiva, as divergências persistiram mesmo com a aprovação da Lei. Desse modo, muitas foram as manifestações contra os vetos apresentados pela presidente Dilma Rousseff, destacando-se o documento intitulado “Vetos à Lei do Ato Médico: uma afronta à democracia e ao Congresso Nacional”. Nesse documento, elaborado em cooperação entre a AMB, o CFM, a ANMR, a FENAM e a Federação Brasileira de Academias de Medicina, argumenta-se que os vetos à Lei do Ato Médico se constituem em agressão aos médicos, em desrespeito ao Congresso e em desproteção à população brasileira. São então elencados contrarrazões aos vetos numa espécie de apelo ao Congresso para que os vetos sejam derrubados (COMITÊ NACIONAL DE MOBILIZAÇÃO DAS ENTIDADES MÉDICAS, s.d)

Nesse contexto, o poder executivo apresentou à Câmara dos Deputados, em agosto de 2013, o Projeto de Lei nº 6126/2013 com a intenção de alterar a Lei nº 12.842/2013 que dispõe sobre o exercício da medicina. As medidas propostas visam restabelecer com nova redação os textos vetados, especificamente em relação ao diagnóstico nosológico e a respectiva prescrição terapêutica, à realização de procedimentos invasivos e a direção de serviços médicos (BRASIL, 2013c).

Outra situação em que se pode notar a disputa pelo campo jurisdicional, mesmo no período posterior à implantação da Lei do “Ato Médico”, ocorreu em setembro de 2017, quando uma ação movida pelo CFM foi acatada por um juiz de Brasília em forma de liminar. O objetivo da ação era impedir que enfermeiros (as) realizassem consultas e solicitassem exames de rotina e complementares. Na ocasião entendeu-se que a restrição afetou o atendimento no SUS, atrasando ou inviabilizando procedimentos essenciais, consultas de pré-natal e interrompendo protocolos da Estratégia de Saúde da Família (RADIS 182, 2017, p. 08).

Dessa forma, evidencia-se o atrito entre os interesses corporativos da profissão médica, a qual busca estabelecer seus limites e um mercado protegido, e os deveres do Estado, que deve ter como interesse principal viabilizar a assistência integral à população, reconhecendo a autonomia de outras profissões para realizar atividades que o CFM continua a reivindicar como exclusivas do médico.

A categoria da enfermagem se posicionou firmemente contra a decisão judicial, através de passeatas e outras manifestações públicas, apesar de ter respeitado o cancelamento de atendimentos conforme imposto pela liminar.

O COFEN entrou com recurso que derrubou a liminar em 18 de outubro do mesmo ano, até que ocorresse o julgamento final do processo. Sobre esse assunto o conselho referido se manifestou.

[...] a solicitação de exames de rotina e complementares é realidade consolidada no Brasil desde quando foi editada a Resolução COFEN 195/97 (ainda em vigor). E acrescenta que a Lei 7498/1986 regulamentada pelo Decreto 94.406/1987 e pela Portaria MS 2.436/2017, estabelece que a consulta e diagnóstico de Enfermagem e a prescrição de medicamentos em protocolos são competência dos enfermeiros (RADIS, 2017, p. 08).

Destaca-se que apesar de a medida ter partido do CFM, principal entidade profissional dos médicos, não houve uma concordância absoluta entre os membros da categoria, demonstrando que apesar de coesa, suas diferenças persistem. A medida sofreu críticas por parte de alguns médicos que atuavam na Atenção Básica, os quais reconheceram a autonomia do enfermeiro e a importância da sua atuação para os serviços de saúde, como aqueles executados no âmbito da Saúde da Família.

Além da Atenção Básica, área caracterizada pelo forte apelo organizacional de trabalho em equipe, consequentemente de corresponsabilização do cuidado, outra área que sofre grandes críticas da categoria médica e que vem sentindo as implicações da hierarquização do modelo médico-centrado é a saúde mental.

Essa é uma área considerada muito extensa e complexa do conhecimento, cuja conceituação e especificidade profissional de atuação são bastante questionadas. Para Amarante, a saúde mental não se restringe apenas à psicopatologia ou à semiologia e não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais. Além da psiquiatria, a complexa rede de saberes da temática da saúde mental envolve a psicologia, a psicanálise e a filosofia (AMARANTE; TORRE, 2001).

Com a Reforma Psiquiátrica o campo da saúde mental e atenção psicossocial passou por um conjunto de transformações e inovações que contribuíram para a construção de uma nova

imagem social conferida à loucura e aos sujeitos “em sofrimento”. Os serviços passaram por mudanças e buscaram lidar com as pessoas e não mais com as doenças. Como consequência pode-se perceber o rompimento com o modelo teórico-conceitual biologicista até então vigente.

Contudo, essas mudanças nas práticas em saúde mental vêm causando atritos no campo da saúde, sobretudo com a categoria médica, que defende a exclusividade sobre essa área de atuação. Ressalta-se um entendimento de que esse novo modelo de atuação corresponderia a um processo de perda de jurisdição e a um retrocesso da psiquiatria tradicional. Tais aspectos podem ser demonstrados pelo trecho a seguir:

Por acreditarem que o paciente psiquiátrico não é doente e sim diferente, e que ele não necessita de tratamento e sim de cuidados, promoveram uma progressiva exclusão do médico do sistema público de assistência psiquiátrica e o fechamento de leitos especializados, quando o correto seria qualifica-los. [...]
[...] Sem a chance do diagnóstico nem do tratamento precoce, o paciente foi condenado ao livre curso da doença e à consequente e irreversível deterioração. A experiência de programas de assistência ao doente mental elaborados por “filósofos”, alicerçados em premissas falsas e com excessiva ideologização, foi desastrosa no país (CFM, 2018a).

Nota-se nesse discurso uma tentativa clara de demarcar território jurisdicional em torno do domínio do conhecimento sobre a doença mental, assim como a desvalorização do trabalho compartilhado na realização do diagnóstico e do tratamento. Para a categoria médica o novo modelo de intervenção sobre o transtorno mental poderia ser encarado como um desgaste frente a sua autonomia profissional. Por essa razão, o reforço à ideia de que apenas o médico estaria apto para responder às demandas da saúde mental.

Há ainda que se ressaltar os questionamentos existentes entre a medicina tradicional e as práticas integrativas incluídas no SUS. Segundo o CFM, essas práticas não têm resolubilidade, nem fundamento na Medicina Baseada em Evidências, ou seja, ignoram a integração da habilidade clínica com a melhor evidência científica disponível (CFM, 2018b).

Sobre esse aspecto percebe-se o retorno a questões já discutidas nesse estudo, como a desvalorização da autonomia técnico-científica de outras categorias profissionais, o enraizamento da medicina tradicional em bases biológicas e científicas, consequentemente a negação de outras formas de cuidado. Evidencia-se, assim, a existência de uma disputa que ocorre em torno de um projeto de poder profissional:

A aplicação de verbas nessa área onera o sistema, é um desperdício e agrava ainda mais o quadro do SUS com carências e faltas (CFM, 2018b).

Em mais uma tentativa de desqualificar as práticas integrativas realizadas pelo SUS, Carlos Vital, então presidente do CFM, destaca, que os médicos só podem atuar na medicina com procedimentos e terapêuticas que têm reconhecimento científico. Contudo, ao se referir a acupuntura ele ressalva: “A acupuntura quando praticada como especialidade médica é feita de maneira completamente diferente do que está colocado no SUS como prática integrativa, ou seja, é feita com base em evidências científicas e atinge alto grau de complexidade (CFM, 2018b). Ou seja, pode-se inferir que de acordo com o pensamento expresso pelo presidente do CFM, a acupuntura só está investida de caráter científico quando praticada por médicos.

Um dos conflitos mais recentes ocorreu com os odontólogos no que diz respeito ao uso de toxina botulínica e preenchedores orofaciais. Essa questão tornou-se um campo de disputas acirradas que culminou com sua judicialização, quando em janeiro de 2019, entidades médicas entram na justiça para obter a suspensão da Resolução Conselho Federal de Odontologia (CFO) 198/2019 que autorizou os dentistas a realizarem procedimentos estéticos.

Importa dizer que durante o processo de tramitação do “Ato Médico” as disputas tornaram-se mais evidentes entre algumas áreas profissionais. Inicialmente, por exemplo, esse conflito não foi tão intenso com a odontologia, pois no Brasil as duas profissões surgiram separadamente e as leis que regulamentam a odontologia são antigas. Na medida em que as áreas de conhecimento dessas profissões foram se ampliando, ocorreu uma sobreposição na especificidade de suas práticas com consequente disputa pelo mercado de atuação.

Esse conjunto de conflitos, e provavelmente outros mais, é permeado por questões essenciais que passam pela construção do modelo de saúde, tais como a concepção de saúde, a forma de organização dos serviços no SUS e os interesses inerentes ao mercado privado de assistência médica. Desse modo torna-se importante refletir sobre os interesses mercantilistas presentes na luta pela garantia do papel do médico como ordenador principal do cuidado em saúde.

É válido considerar, ainda, que essa discussão deve ser pensada a partir da complexidade do campo da saúde no qual as demandas do corpo e da sociedade não obedecem a delimitações rigorosas. Sendo assim, não caberia a imposição de regras e segmentações rígidas por uma profissão sobre as demais, porém, a cooperação dos distintos campos disciplinares visando alcançar a assistência integral.

Por último, reitera-se que as evidências analisadas nesse estudo apontam para o argumento segundo o qual a *expertise* médica não se sustenta como base exclusiva da reivindicação do “Ato Médico”. Ou seja, o pressuposto de defesa do ideal de serviço tem sido

utilizado, também, para ocultar questões relacionadas à manutenção da dominância da categoria médica sobre as demais profissões da saúde; para forjar prestígio e poder e para fomentar o espaço da medicina no mercado de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, A D. **The system of professions**. Chicago: The University of Chicago Press, 1988. *E-book* (405.p). ISBN: 978-0-226-18966-6.

ACIOLE, G G. A Lei do Ato Médico: notas sobre sua Influência para a Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 47-54, jan./abr. 2006.

_____. **Reformas sanitárias e contra-reformas médicas?** A natureza dilemática de um campo em construção permanente (Uma leitura dos dilemas da Saúde Pública). [200?] década aproximada.

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

AMARANTE, P. D. de C.; TORRE, E. H. G. A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, mai./ago. 2001.

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva**. 19975. Tese (Doutorado) – UNICAMP, São Paulo, 1975. 196 p.

Ayres, J. R.C. M. **CUIDADO: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, p. 100-102, 2009.

BARATA, R. B. Epidemiologia Social. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo. v. 8, n.1, p. 7-17, 2005.

BOERMA, W.G.W.; RICO, A. Alteração das condições para a reforma estrutural na atenção primária. In: SALTMAN, R.B.; BOERMA, W.G.W.; RICO, A (eds.). **Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia**. Berkshire: Open University Press, 2006. p. 89-111.

BRASIL. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013a**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm. Acesso em: 18 jun. de 2018.

_____. **Mensagem nº 287, de 10 de julho de 2013b**. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Acesso em: 18 de junho de 2018.

_____. **Parecer dos Projetos de Lei nº 25/ 2002 e 268/2002. 2004**. Brasília, DF: Senado Federal. Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/49554>. Acesso em: 18 jun. de 2018.

_____. **Pareceres 1264 a 1266 dos Projetos de Lei nº 25/ 2002 e 268/2002.2006^a**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/49554>. Acesso em: 18 jun. de 2018.

_____. **Parecer dos Projetos de Lei nº 25/ 2002 e 268/2002. 2006b.** Brasília, DF: Senado Federal. Comissão de Assuntos Sociais. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/49554>. Acesso em: 18 jun. de 2018.

_____. **Parecer Projeto De Lei Nº 7.703, de 2006c.** Brasília, DF: Câmara dos Deputados. Comissão De Educação E Cultura. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=339445>. Acesso em: 18 jun. de 2018.

_____. **Parecer às emendas apresentadas ao substitutivo Projeto de Lei No 7.703, de 2006.** Brasília, DF: Câmara Dos Deputados. Comissão De Trabalho, De Administração E Serviço Público. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=339445>. Acesso em: 18 jun. de 2018.

_____. **Projeto de Lei nº 6126/2013 Altera a Lei nº 12.832. 2013c.** Brasília, DF: Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=339445>. Acesso em: 18 jun. de 2018.

BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v.17, n.1, p. 77-93, 2007.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Brasília, DF: **A Questão Democrática na Área da Saúde**. 1º Simpósio Nacional sobre Política nacional de Saúde. Câmara Federal. Out. 1979.

COELHO, E C. **As profissões Imperiais**. Rio de Janeiro: Record. 1999. 304.p

COFEN; ABEN; FNE. Carta Aberta. **Posicionamento das organizações de enfermagem sobre o Ato Médico**, 2013. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/ato-medico-carta-aberta_20018.html

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **CNS debate Ato Médico com profissionais da saúde**. Jul. de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.627, de 23 de outubro de 2001a.**

_____. **Resolução nº 1.998**, de 10 de agosto de 2012.

_____. **Jornal do CFM**. Ano IV. Nº 12. Abr./maio 89. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/>. Acesso em: 20 de Junho de 2018

_____. **Jornal do CFM**. Ano X. Número 60. Jun. 95. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/>. Acesso em: 20 de Junho de 2018

_____. **Jornal Medicina**. ANO XVI. Nº 130. Set. 2001b. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/>. Acesso em: 20 de Junho de 2018

_____. **Jornal Medicina**. ANO XVI. Nº 131. Out./nov./dez. 2001c. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/>. Acesso em: 20 de Junho de 2018

_____. **Jornal Medicina**. ANO XX. Nº 147. Jan./fev 2004. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/> Acesso em: 20 de Junho de 2018

_____. **Jornal Medicina**. ANO XX. Nº 153. Fev. 2005. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/>. Acesso em: 20 de Junho de 2018

_____. **Jornal Medicina**. ANO XXVIII. Nº 221. Jun. 2013. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/>. Acesso em: 20 de Junho de 2018

_____. **Assistência ao doente mental no rumo certo**. Fev. 2018a.

_____. **Nota à população e aos médicos**. Tema: Incorporação De Práticas Alternativas Pelo SUS. Mar. 2018b.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Vitória da Psicologia e da Saúde: Congresso mantém vetos**. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **O Ato Médico vai burocratizar a saúde**. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Parecer técnico nº 006/2007. Manifesto da Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR) contra o cerceamento de participação em atividades científicas organizadas por entidades médicas.

COMITÊ NACIONAL DE MOBILIZAÇÃO DAS ENTIDADES MÉDICAS. Contrarrazões aos vetos à Lei do Ato Médico. (201?)

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO. Resolução nº 121/98. Rio de Janeiro, 25 de março de 1998.

COHN, A. **Caminhos da reforma sanitária**. Lua Nova, São Paulo, n. 19, nov. 1989. p. 123-140.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 119 p.

DESLANDES, S F. *In: Caminhos do Pensamento: epidemiologia e método*. Org: Maria Cecília Minayo e Sueli Ferrera Deslandes. Rio de Janeiro: Fio Cruz. (Coleção: criança, mulher e saúde) 2002. 280.p.

DINIZ, M. **Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais**. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975. 174 p.

_____. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976. p. 124.

DUBAR, C. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. Tradução. Anette Pierrette R. Botelho e Estela Pinto R. Lamas. Portugal: Porto editora, 1997.

DUBAR, C. **Trajetórias sociais e formas identitárias alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos.** Educ. Soc.: Campinas, v. 19, n. 62, p. 13-30, abr. 1998.

EDLER, F. C. **A Medicina Brasileira No Século XIX: Um Balanço Historiográfico.** Rio de Janeiro, Asclepio, v. L-2, p.169-186, 1998.

FEUERWEKER L. C. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com nossa vida? **Revista Olho Mágico**, v.5, n. 18, 1999.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva:** Rio de Janeiro, Brasil. v. 14, n. 3, 2009, p. 743-752.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Tradução: José Elias Costa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** (Org.) e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FREIDSON, E. **Para uma análise comparada das profissões: A institucionalização do discurso e do conhecimento formais.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, v.11, n. 31, p.141-155, 1996.

FREIDSON, E. **Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e política.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

FREIDSON, E. **Profession of Medicine.** Nova Iorque: Dodd, Mead & Company, Inc. 1970. 420 p.

GERSCHMAN, S. **Demografia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária.** 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, nov. 2004. 272 p.

GIANNINI, R. Ato Médico vai na contramão do SUS. **Revista Fórum.** Ago. 2013. Disponível em: <https://www.revistaforum.com.br/ato-medico-vai-na-contramao-do-sus/>. Acesso em: 25 de Abril de 2018

GIRARDI, S. N.; FERNANDES JR., H.; CARVALHO, C. L. **A regulamentação das profissões de saúde no Brasil.** [S.l., s.n. 200?]

GOMES, R. S. *et al.* Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas** / PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. (orgs.) – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 208 p.

GONÇALVES, C. M. Profissões e mercados: notas de reflexão. **Forum sociológico**, nºs 15/16 (II Série), 2006, p. 15-32.

GUIMARÃES, R. G. M.; REGO, S. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v. 10, n. sup., 2005.p. 7-17

JAPIASSU H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

LABRA, M. H. Associativismo no setor saúde brasileiro e organizações de interesse do empresariado médico. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 2 n. 2. 1993.

LAMPERT, J B. Ato médico e a formação médica para atender as necessidades de saúde da sociedade. *Revista Ciências e Saúde Coletiva*. Sup. 10, 2005, p. 18-25.

LARSON, M. S. **The rise of professionalism: a sociological analysis**. Berkeley: University of California Press. 1979.

LIMA, J. C. F. A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?. *In: Ponte, Carlos Fidelis; Falleiros, Ialê (Org.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz; Fundação Oswaldo Cruz. 2010.

INCISA, L. *In.: Dicionário de política I* Norberto Bobbio, Nicola Matteucci e Gianfranco Pasquino; trad. Carmen C, Varriale et ai.; coord. trad. João Ferreira; rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacaís. - Brasília: Editora Universidade de Brasília, 11a ed., 1998.

MACHADO, M. H. (coord.). **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p. ISBN: 85-85471-05-0. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 08 mar. de 2018.

MACHADO, M. H. PROFISSÃO MÉDICA: desprofissionalização em curso?. *In: GT: Profissões, Estado e Mercado: identidades, saberes e fronteiras profissionais*. 1996.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T. W. de F. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal**. *Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro*, v. 33, supl. 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 out. 2018.

MELO, M. B.; BRANT, L. C. **Ato médico: perda da autoridade, poder e resistência**. *Psicologia Ciência e Profissão: Brasília*, v. 25, n. 1, mar. 2005, p. 14-29.

MENDES-GONÇASVES, R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cefor, 1992, p. 53. *In: Saúde, Sociedade e História* - Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. Org. José Ricardo Ayres e Lilia Santos. 1ªed. São Paulo: Hucitecc; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. 439 p.

MINAYO, M.C.S. **Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia?** *Saúde e Sociedade*, v.3 n. 2, 1994. p. 42-64.

NASCIMENTO, M.C.; GUEDES, C. R. **Saúde, sociedade e cultura: ciências sociais e humanas para graduação em saúde**. 1ª ed. HUCITEC, 2017.

NUNES, M. M. **A Lei do Ato Médico diante das profissões da saúde: uma abordagem interdisciplinar**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas: Florianópolis, SC. 2017. 195 p.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

PAIM, J. *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Lancet. (Série Brasil) [Internet]. 2011, p.11-31.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho**. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 2007.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista Esc Enferm: USP**. v. 47, n. 4, 2013, p. 977-83

PEREIRA NETO, A. F. **Identidades profissionais médicas em disputa**: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922). Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, v. 16, n.2, p. 399-409, abr./jun 2000.

PEREIRA, A. MAIO, M. C. **Origem e trajetória inicial do sindicato médico brasileiro**. Cadernos de História e Saúde, v. 2, 108-112, 1992.

PITTELLI, S. D. O Poder Normativo do Conselho Federal de Medicina e o Direito Constitucional à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 3, n. 1, 2002.

RADIS. Rio de Janeiro: Fiocruz ENSP, n.18, fev. 2004.

RADIS. Rio de Janeiro: Fiocruz ENSP, n.182, nov. 2017.

RODRIGUES, M. L. **Sociologia das Profissões**. Oeiras, Portugal: Celta. 2ª ed. 2002. p.169.

ROSA, W.A. G.; LABATE, R. C. **Programa Saúde da Família**: a construção de um novo modelo de assistência. Revista Latino-am Enfermagem, v. 13, n.6, p. 1027-34, nov./dez.2005.

ROSEN, G. **De la policía médica a la medicina social**: ensayos sobre la historia de la atención a la salud. Argentina: Siglo xxi editora s.a. 2ª ed. 2005.p.385.

SANDRONI, P. **Novíssimo Dicionário de Economia**. São Paulo: Best Seller. 1 ed. 1999.

SANTOS, L. A. C. **A Constituição de Identidades Médicas no Brasil Pré-Republicano**: Apontamentos sobre a Clínica e a experimentação. Cadernos de História da Ciência. São Paulo: Instituto Butantan, v. 5, n. 2, p. 57-78, jul./dez. 2009.

SCHRAIBER L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993. 229.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* **Planejamento, gestão e avaliação em saúde**: identificando problemas. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Abrasco, v. 4, n. 2, p. 221-241, 1999.

SCHRAIBER, L. B. **O social e a saúde no pensamento de Cecília Donnangelo**. Fala proferida a propósito do lançamento do livro “O Social na Epidemiologia. Um legado de Cecília Donnangelo” no IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia. 10 de setembro de 2014.

SCHERER, M. D. A; PIRIS, D. E. P; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde**. Rio de Janeiro: Physis, v. 17, n. 1, 2007. p. 29-41.

STARR, P. **The Social Transformation of American Medicine**. New York: Basic Books. 1989 e-book. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=F9bpBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=STARR,+Paul+\(1982\)+-+The+Social+Transformation+of+American+Medicine.+New+York:+Basic+Books&ots=zA4UoeQjOd&sig=ZHuEY7v4NMY6c5kKnnMkgpB1aXk#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=F9bpBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=STARR,+Paul+(1982)+-+The+Social+Transformation+of+American+Medicine.+New+York:+Basic+Books&ots=zA4UoeQjOd&sig=ZHuEY7v4NMY6c5kKnnMkgpB1aXk#v=onepage&q&f=false). Acesso em: 12 jun. 2018.

STEVANIM L. F. **Vozes da Saúde no Legislativo**. SUS: as ameaças que vêm do Congresso. Radis, n. 156, pág. 14-18, set. 2015.

TRAVASSOS, D. et al. Ato médico: histórico e reflexão. Arq Odontol. Belo Horizonte, v. 48, n. 2, abr/jun 2012. p. 102-108.

WILLENSKY, H L. **The professionalism of everyone**. American Journal of Sociology. Chicago, v. LXX, n. 2, p. 137-158, 1964.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v.10, n.3, 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *et al.* C. Análise sócio-histórica das políticas de saúde: algumas questões metodológicas da abordagem bourdiesiana. In: TEIXEIRA, C. F. (org). **Observatório de análise política em saúde**: abordagens, objetos e investigações. Salvador: Edufba. p. 15-40. pdf.

APÊNDICE A – LEGISLAÇÃO CONSULTADA

1. LEL Nº 3.268 DE 30 DE SETEMBRO DE 1957.
2. LEI Nº 12. 842 DE 10 DE JULHO DE 2013.
3. RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 121/98.
4. RESOLUÇÃO CFM nº 1.627/2001.
5. PL Nº25/2002 - PARECER CCJC 2004.
6. PL Nº 25/2002 - PARECER CAS DE 2006.
7. PL Nº 0025/02 – PERECERES 1264 A 1266 / 2006.
8. PL Nº 0268/02 - TEXTO FINAL APROVADO PELA COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS.
9. PL Nº 7703/2006.
10. PL Nº 7703/2006 – PARECER CTASP 2006.
11. PL Nº 7703/2006 – PARECER CSSF 2006.
12. PL Nº 7703/2006 – PARECER CEC 2006.
13. PL nº 6126/ 2013 ALTERA A LEI 12.842.
14. MENSAGEM Nº287 DE 10 DE JULHO DE 2013 – RAZÕES DOS VETOS.

APÊNDICE B – EDIÇÕES DO JORNAL MEDICINA

1. JORNAL DO CFM ANO IV. Nº 12. ABRIL/MAIO 1989.
2. JORNAL DO CFM ANO X. Nº 60 JUNHO 1995.
3. JORNAL MEDICINA ANO XV. Nº113. JANEIRO 2000.
4. JORNAL MEDICINA ANO XVI. Nº130. SETEMBRO 2001.
5. JORNAL MEDICINA ANO XVI. Nº 131. OUTUBRO/NOVEMBRO/DEZEMBRO 2001.
6. JORNAL MEDICINA ANO XX. Nº147. JANEIRO/FEVEREIRO 2004.
7. JORNAL MEDICINA ANO XX. Nº153. FEVEREIRO 2005.
8. JORNAL MEDICINA ANO XXI. Nº160. JULHO/AGOSTO 2006.
9. JORNAL MEDICINA ANO XXII. Nº167. DEZEMBRO 2007.
10. JORNAL MEDICINA ANO XXIV. Nº179. OUTUBRO/NOVEMBRO/DEZEMBRO 2009.
11. JORNAL MEDICINA ANO XXIV Nº180. JANEIRO 2010.
12. JORNAL MEDICINA ANO XXVII Nº221. JUNHO 2013.
13. JORNAL MEDICINA ANO XXVIII Nº222. JULHO 2013.
14. JORNAL MEDICINA ANO XXIX Nº229. FEVEREIRO 2014.
15. JORNAL MEDICINA ANO XXIX Nº238. NOVEMBRO 2014.
16. JORNAL MEDICINA ANO XXXI Nº250. AGOSTO/SETEMBRO 2016.
17. JORNAL MEDICINA ANO XXXI Nº261. OUTUBRO/NOVEMBRO 2016.
18. JORNAL MEDICINA ANO XXXII Nº273. NOVEMBRO 2017.

APÊNCICE C – DOCUMENTOS DAS ENTIDADES MÉDICAS

1. NTE Nº32/2015, SEJUR. 2015.
2. OFÍCIO CFM Nº 98. CFM. NOTA À POPULAÇÃO E AOS MÉDICOS. Tema: Incorporação de práticas alternativas pelo SUS. Março de 2018.
3. ARTIGO: ASSISTÊNCIA AO DOENTE MENTAL NO RUMO CERTO. - CFM, 23 DE FEVEREIRO DE 2018.
4. CFM. Ato Médico: defendendo uma equipe multidisciplinar. Agosto de 2005.
5. Comitê Nacional de Mobilização das Entidades Médicas. Contrarrazões aos vetos à Lei do Ato Médico.
6. CFM. Assistência ao doente mental no rumo certo. Fev. de 2018.
7. CFM. “Políticas públicas de saúde mental são contrárias aos médicos”, diz presidente da ABP. Nov. 2010.

APÊNDICE D - DOCUMENTOS DAS DEMAIS ENTIDADES PROFISSIONAIS CONSULTADAS

1. ABRASME. Moção de repúdio à Associação Brasileira de Psiquiatria. Set. de 2018.
2. CFESS. O Ato Médico vai burocratizar a saúde, 2013.
3. CFP. ATO MÉDICO. Vitória da Psicologia e da Saúde: Congresso mantém vetos, 2013.
4. CFP. ATO MÉDICO. Vitória da Psicologia e da Saúde: Congresso mantém vetos. Ago. de 2013.
5. CFP. Em Brasília, manifestantes pedem veto do PL; CFP se reúne com representantes do governo. Jul. de 2013.
6. CFP. Em conjunto com outras entidades, CRP SP promove manifestação na capital paulista. Jun. de 2013.
7. CFP. Projeto agora só depende da sanção da presidência.
8. CFP lança campanha Veta Dilma. Jun. de 2013.
9. CFP. CFP se manifesta contra a aprovação do PL. Jun. de 2013.
10. CFP. Senadores avançam sinal e aprovam PL mesmo sem consenso. Dez. de 2012.
11. CFP. Sem consenso, PL do Ato Médico tem pedido de mais tempo para análise. Dez. de 2012.
12. CFP. Comissão de Educação do Senado aprova PL que segue para Comissão de Assuntos Sociais. Dez. de 2012.
13. CFP. Nesta quarta (12) Audiência Pública ouve Conselhos Nacionais de Saúde e Educação. Dez. de 2012.
14. CFP. PL será discutido em nova audiência pública; Conselhos de Saúde e Educação devem ser ouvidos. Nov. de 2012.
15. CFP. Debate em SP discute o impacto do Projeto de Lei para a saúde pública. Ago. de 2012.
16. CFP. Participe da mobilização do dia 30 de maio: Sim à saúde! Não ao ato médico! Maio de 2012.
17. CFP. Audiência Pública discute o PL; CFP participou da atividade. Maio de 2012.
18. CFESS. Ato Médico vai burocratizar a saúde. Jul. de 2013.
19. CFESS se manifesta sobre a aprovação do Projeto de Lei que institui o Ato Médico, Jun. de 2013.
20. CFFA ESCLARECE – ATO MÉDICO. Out. de 2009.

21. CNS. CNS debate Ato Médico com profissionais da saúde. Jul. de 2013.
22. COFEN, ABEN e FNE. Posicionamento das organizações de enfermagem sobre o Ato Médico. 2013.
23. COFFITO. Ato Médico, entenda! Projeto de Lei propõe regulamentação do exercício da Medicina. Jul. de 2009.
24. COFFITO. Parecer técnico 006/2007.
25. COFFITO. Nota de repúdio e advertência pública. Nov. de 2009.
26. COREN – RO. Ato Médico – Carta Aberta. de julho de 2013 Disponível em: http://www.coren-ro.org.br/ato-medico-carta-aberta_1205.html/print/
27. CRF-SP manifesta seu posicionamento sobre a lei do "ato médico". Jun. de 2013.
28. CRN-1. Posicionamento sobre o Ato Médico. Jul. de 2013.
29. Não ao Projeto de Lei do Ato Médico. Saiba porquê. Cartilha produzida sob coordenação do CFP. (200?)