



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

LILIAN SOARES VIDAL TERRA

**O MILITANTE, O SACERDOTE, O MISSIONÁRIO E O TECNOBUROCRATA:
UMA INVESTIGAÇÃO PARTICIPATIVA ACERCA DE MODALIDADES DO
TRABALHO MÉDICO ALIENADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS CAMPINAS**

CAMPINAS
2017

LILIAN SOARES VIDAL TERRA

O MILITANTE, O SACERDOTE, O MISSIONÁRIO E O TECNOBUROCRATA: UMA INVESTIGAÇÃO PARTICIPATIVA ACERCA DE MODALIDADES DO TRABALHO MÉDICO ALIENADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS CAMPINAS

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva, na Área de Concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADOR: PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA LILIAN SOARES VIDAL TERRA, E ORIENTADA PELO
PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS.

CAMPINAS
2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CNPq, 133667/2015-4
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2201-7308>

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

T275m Terra, Lilian Soares Vidal, 1980-
O militante, o sacerdote, o missionário e o tecnoburocrata : uma investigação participativa acerca de modalidades do trabalho médico alienado na Atenção Primária do SUS Campinas / Lilian Soares Vidal Terra. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Processo de trabalho em saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Médicos. 4. Alienação (Filosofia). I. Campos, Gastão Wagner de Sousa, 1952-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The advocate, the shepherd, the missionary and the technobureaucrat : a participatory investigation about categories of alienated medical work in the primary health care of SUS Campinas

Palavras-chave em inglês:

Work process in health

Primary health care

Physicians

Alienation (Philosophy)

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Gastão Wagner de Sousa Campos [Orientador]

Lilia Blima Schraiber

Jesus José Ranieri

Data de defesa: 23-02-2017

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO
LILIAN SOARES VIDAL TERRA

ORIENTADOR: PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

MEMBROS:

1. PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

2. PROFA. DRA. LILIA BLIMA SCHRAIBER

3. PROF. DR. JESUS JOSÉ RANIERI

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 23/02/2017

Aos trabalhadores da saúde que, conscientemente
ou não, constroem o SUS cotidianamente.

AGRADECIMENTOS

Palavras não serão suficientes para expressar a gratidão por todos que fizeram parte desta trajetória. Cada relação, desde a mais breve e aparentemente sem importância até as profundas e contínuas, cada exemplo e cada troca estão presentes nesse texto.

Aos meus pais, agradeço por me guiarem pelo caminho dos estudos e tornarem o aprendizado um prazer, desde o princípio. À minha mãe, Vilma, pessoa doce e iluminada, de quem herdei uma curiosidade e uma inquietude insaciáveis. Ao meu pai, Roberto, cujo exemplo de comprometimento, dedicação e responsabilidade são sempre um norte.

À minha irmã, Luciana, companheira de vida e de ideias, agradeço pela amizade descompromissada, pelas trocas, pela presença constante.

Ao Victor, grande incentivador com quem sigo construindo autoconsciência, agradeço pelo amparo, pelo coração aberto e pelo ouvido atento às minhas ideias em debates ricos e serenos.

Aos colegas de Unicamp, em especial Bruno, Debora, Julia, Fran e Monica, agradeço por me apresentarem a roda para que eu não precisasse reinventá-la, e pelos momentos deliciosos de descontração. À Julia agradeço também por sua contribuição nessa pesquisa e por me aproximar mais do referencial. Ao Fabiano, pela generosidade no compartilhamento do saber. À Karla, pelos retoques finais.

Aos colegas do Coletivo Paideia, que ajudam em meu crescimento com questionamentos e debates, e com quem compartilho o sonho de um SUS fortalecido e de uma formação Paideia.

Aos colegas de rede, que me ensinam tanto no dia a dia, agradeço por inspirarem essa busca e por tornarem o cotidiano mais prazeroso e desafiador.

Ao Gastão, meu querido orientador, um exemplo de vida, cuja paixão e solidariedade me inspiram. Obrigada por orientar meu caminho com liberdade e por se dispor a seguir comigo os próximos passos.

Aos membros da banca de qualificação e defesa Professora Lilia Schraiber, Professor Jesus Ranieri e Professor Fabiano Tonaco, que com sua crítica respeitosa corrigiram caminhos e contribuíram com sugestões preciosas que incluí neste texto final.

Aos médicos e suas equipes que concordaram em participar da pesquisa. Ao colegiado de gestão do Distrito Norte pelo apoio constante no desenvolver dessa pesquisa. Ao CNPQ, por fornecer a bolsa de mestrado.

*Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E
examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de
hábito como coisa natural, pois em tempo de
desordem sangrenta, de confusão organizada, de
arbitrariedade consciente, de humanidade
desumanizada, nada deve parecer natural*

Nada deve parecer impossível de mudar.

(Bertolt Brecht, Nada é impossível de mudar)

RESUMO

O Militante, o Sacerdote, o Missionário e o Tecnoburocrata: Uma investigação participativa acerca de modalidades de trabalho médico alienado na Atenção Primária do SUS Campinas

Na construção do sistema de saúde brasileiro observamos que o trabalhador de saúde teve e tem papel central, tecendo as redes que compõe este vasto universo de práticas e saberes. Para que exerça esse seu papel, torna-se essencial que ele se aproprie de sua rotina, perceba-se inserido no sistema para além de seu local de trabalho, esteja motivado e disposto a desenvolver novas formas de trabalho que qualifiquem a rede de saúde e a aproximem do usuário. No entanto, o trabalho em saúde no contexto de uma sociedade mediada pelo consumo e na forma como é gerenciado o SUS, inspirado nos preceitos da Administração Científica, perde sentido e significado para o trabalhador. Nesta pesquisa, partimos da hipótese de que a perda da autonomia frente ao desenvolvimento tecnológico e à submissão da Medicina ao mercado do capital, desde a formação médica, bem como o gerencialismo no sistema público de saúde, proporcionaram o surgimento – também no trabalho médico no Sistema Único de Saúde – do processo de alienação, fenômeno descrito no início do período de industrialização e que permanece atual mesmo em se tratando de uma prática com importante dimensão subjetiva como é o trabalho em saúde. Assim, o objetivo geral dessa pesquisa foi investigar o modo como estas lógicas contraditórias influenciam o modo de organizar o trabalho médico na Atenção Primária em saúde. Por meio de pesquisa bibliográfica, entrevistas e observação participante, investigamos, descrevemos e analisamos o fenômeno de alienação entre médicos trabalhadores da Atenção Primária em Saúde de Campinas, buscando possibilitar a construção de estratégias para a ampliação da autonomia e responsabilidade sanitária dos trabalhadores da saúde.

Palavras-chave: Alienação; Processos de trabalho em saúde; Médicos; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

The Shepherd, the Priest, the Missionary and the Technobureaucrat: A Participatory Investigation about categories of Alienated Medical Work in the Primary Health Care of SUS's Campinas

In implementing the Brazilian Unified Health Care System (SUS in Portuguese) we observed that Health Care personnel have had a central role. They have weaved a broad net, which form a universe of practices and knowledge. So as to fulfill its part in that, it becomes essential that they get in on its routine likewise they realize themselves embedded in the Health Care System beyond the work place. Also, it is expected they must be motivated and willing to develop new ways that qualifies Health Care Services, and yet get around to patients. Nevertheless, work in SUS context, which is ruled by a society mediated by consumption meanwhile management practices based on The New Public Management Movement in the 1990's, also relied on principles of Scientific Administration, propitiates a loss of mean to the Health Worker. In the present research we supposed that the loss of autonomy – since technological development and the submission of Medicine to the Global Market from its grassroots in medical school, as well as that new management approach in Brazil – has allowed the rising of Alienation in Medicine Practice, as in the SUS medical practice alike. The Alienation phenomena, which is reported in the beginning of the first Industrial Revolution, has remained updated in contemporary times, even when faces a subjective practice as in Health Care work. Thus, the main goal of this study was to investigate how the *modus operandi* of its contradictory logics influences forms of organizing the medical practice in Primary Health Care. Through a Literature Review, Interviews and a Participant Observation we investigate, describe, and analyze the phenomena of Alienation among physician's workers of Primary Health Care in Campinas, Sao Paulo State, seeking to make viable strategies of fostering autonomy, and public health responsibility of Health Care Personnel as well.

Key words: Alienation; Work in health care; Physicians; Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

ACLS – Advanced Cardiologic Life Suport

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CFM – Conselho Federal de Medicina

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CS – Centro de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MBE – Medicina Baseada em Evidências

MGI – Medicina Geral Integral

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PALS – Pediatric Advanced Life Suport

PMAQ – Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade

PMC – Prefeitura Municipal de Campinas

PMM – Programa Mais Médicos

PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica

RAG – Relatório Anual de Gestão

RQG – Relatório Quadrimestral Global

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

Apresentação.....	12
1. Sobre o método: analisando o trabalho a partir do discurso do trabalhador e da observação da prática médica.....	16
2. Alienação – um percurso teórico.....	23
2.1. Uma revisão do tema ‘alienação do trabalho em saúde’ na literatura desta área.....	38
3. O trabalho médico entre a mudança e a continuidade.....	45
4. Alienação no trabalho em saúde e no trabalho médico.....	58
5. “São tempos difíceis para os sonhadores”: uma análise do contexto da pesquisa.	73
5.1. Aspectos das Políticas Sociais e a saúde no Brasil.....	74
5.2. A implantação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil.....	77
5.3 Os médicos da Atenção Primária de Saúde de Campinas.....	79
6. O Missionário, o Sacerdote e o Militante e o Tecnoburocrata.....	83
6.1 Autonomia profissional e a gestão sobre o Trabalho Médico.....	94
6.2 A Atenção Primária em Saúde como local de uma prática reflexiva.....	108
Considerações Finais.....	131
Referências Bibliográficas.....	136
Anexos.....	147

APRESENTAÇÃO

Uma trabalhadora em busca de sentido e de significado para seu fazer

Sou médica. Essa curta frase usualmente é resposta à primeira pergunta feita por quem quer me conhecer, ou por quem indaga sobre mim. O que faz Lilian? É médica. Uma pergunta direta que demonstra como na sociedade contemporânea é comum que a profissão e o trabalho definam a vida de uma pessoa. O que a pessoa faz para prover para si e para os seus interessa mais aos interlocutores do que quem ela é, do que seus percursos pela vida, do que suas crenças e valores.

Mas se na pergunta transparece este sentido – fala do lugar e da importância do trabalho na sociedade – minha curta resposta também carrega uma imensidão de significados para mim. O fato de ter sido essa a minha escolha profissional diz muito a meu respeito – para além do que consigo apreender no consciente – apesar de essa escolha poder ser feita por cada qual por uma multiplicidade de motivos. Para mim, entre outras razões, deu-se pela relação com o cuidado: o prazer em cuidar de pessoas, individual ou coletivamente, é algo que carrego comigo. É uma escolha que diz muito sobre a construção do meu pensamento, direcionada por anos de imersão em um curso que tem como uma de suas principais características compartimentalizar o ser humano para compreendê-lo e para atuar sobre ele. *Sobre* ele e não *Com* ele. Visão essa que me provocou muita angústia ao longo dos anos de formação, mas que – alienada de outras formas de pensar e viver em sociedade – eu não soube redirecionar, imersa no aprendizado técnico-científico (ao qual a maioria dos colegas parecia se adaptar muito bem, eu não). De qualquer modo, não soube procurar outras fontes de conhecimento.

Depois que me graduei comecei a trilhar um outro caminho. Trabalhei como médica generalista em uma Equipe de Saúde da Família no interior de Minas Gerais e tive o primeiro contato com o Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de os 6 anos de formação em medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais terem sido no SUS, ele não me havia sido apresentado. A atuação no SUS durante a formação médica não era de fato uma inserção, mas uma relação de uso – pelos estudantes e professores – da estrutura e dos pacientes, que estariam ali apenas para proporcionar aos alunos a construção do conhecimento. O trabalho no SUS, especialmente na Atenção Primária, não era valorizado pela maioria dos docentes,

ao menos era a impressão que nós alunos tínhamos e que foi construída em nós. Assim, o primeiro contato com o SUS como profissional foi sofrido; eu não estava preparada. Colocou-me diante de uma realidade com a qual eu não tive real contato na graduação: a vida das pessoas com toda a sua complexidade.

Nos anos que daí decorreram percorri caminhos diversos. Entre querer mudar de profissão (e, finalmente, ter contato com outras leituras que ampliassem minha visão de mundo) e querer ser bem-sucedida na medicina (o que usualmente é sinônimo de uma especialidade e de um consultório particular de alto padrão), fui aprovada em concurso público em Campinas como médica de uma equipe de Atenção Primária. Essa experiência foi o início do trajeto que me trouxe até este momento em que finalizo a pesquisa de mestrado em Saúde Coletiva. Atualmente, já não como trabalhadora da assistência, mas como gestora de uma Unidade de Básica de Saúde.

Durante minha experiência no SUS Campinas, deparei-me com situações que muito me angustiavam e que faziam parte do cotidiano dos usuários de nosso sistema de saúde: negação ao atendimento, falta de empatia dos profissionais com as demandas dos usuários, imposição de barreiras de acesso, descaso pelo contexto social dos pacientes e outras tantas atitudes que resultam em um tratamento desumanizado. Minha primeira hipótese sobre essas atitudes foi pensá-las como advindas de pessoas irresponsáveis, frias ou cruéis, que não se interessavam pelo trabalho e, portanto, não deveriam trabalhar na atenção à saúde. No entanto, também vi construções maravilhosas: vi luta contra a estrutura massacrante, vi brilho nos olhos, trabalho em equipe construído com prazer e dedicação, compaixão, responsabilidade e preocupação com o outro e com o SUS... O convívio com essas mesmas pessoas – que, por vezes eram duras e agressivas – mostrava-me o contraditório, aproximava-me de sua dimensão mais especificamente humana. Aos poucos eu percebia que eram, simplesmente, trabalhadores sofridos – que muitas vezes não viam sentido em uma rotina de trabalho à qual eram submetidos diariamente e aparentemente sem escolha – dado o contexto social em que vivemos e o autoritarismo que algumas vezes transparecia. Intuitivamente, designei este trabalhador como “alienado”; e parti a buscar, na academia, respostas para este fenômeno que encontrei em minha rotina de trabalho.

Interessada em estudar a alienação do trabalhador da área da Saúde, meu primeiro caminho foi procurar entender o significado do termo alienação, e nessa busca se deu meu primeiro contato com o referencial marxista de análise. Assim ocorreu que minha primeira aproximação com a teoria marxiana do valor se deu a partir da escolha “intuitiva” de uma palavra, de um conceito. O caminho percorrido desde então trouxe muitas respostas e ainda mais questionamentos. Trouxe uma melhor compreensão de um contexto social massacrante e uma admiração ainda maior pela resistência e pelas lutas contra-hegemônicas que se estabelecem no SUS. A relevância do tema estudado se tornou cada vez mais clara para mim, quando se objetiva contribuir para uma sociedade emancipada e para a construção do sistema de saúde que escolhemos, em um momento de lucidez e inspiração, para o Brasil. Falemos um pouco sobre isso.

Na construção do sistema de saúde brasileiro observamos que o trabalhador de saúde teve e tem papel central, tecendo as redes que compõe este vasto universo de práticas e saberes. Para que exerça este seu papel, torna-se essencial que ele se aproprie de sua rotina, perceba-se inserido no sistema para além de seu local de trabalho, esteja motivado e disposto a desenvolver novas formas de trabalho que qualifiquem a rede de saúde e a aproximem do usuário. No entanto, o trabalho em saúde no contexto de uma sociedade mediada pelo consumo e na forma como é gerenciado o SUS – inspirado nos preceitos da Administração Científica – perde sentido e significado para o trabalhador. A aplicação de modelos gerencialistas na saúde, com ênfase no “como fazer”; fragmentação da assistência; e separação entre a concepção, o planejamento e a execução, são aspectos que vêm abrindo espaço para conflitos até então inexistentes neste setor. Esta forma de mediar o trabalho contribui para alienação do trabalhador em saúde, cada vez mais perceptível na rotina do SUS.

Ainda que se faça premente o estudo desta problemática, com foco no trabalho em saúde – e mais especificamente no trabalho médico, que permanece como central na construção do cuidado – poucas são as publicações que abordam o tema. Mesmo que a academia se ocupe de relatar as diversas experiências de trabalho em saúde, ela o faz com o foco no usuário do sistema, nas especificidades de cada clínica ou mesmo nas formas de gestão, sendo “muito menos frequentes os

estudos que procuram analisar o que acontece com esse sujeito que um dia se transformou, por obra da academia, ou da vida, em um trabalhador de saúde” (1).

Torna-se necessária, portanto, uma reflexão acerca da alienação do trabalhador médico que permita a produção de dinâmicas e formas de trabalho emancipadoras. Assim, este estudo tem como objetivo fazer uma análise do processo de alienação no trabalho médico, com reflexão sobre o cuidado, modos de gestão e as relações dos trabalhadores. Para tanto, nos valem de revisão da literatura sobre o tema, estudo bibliográfico acerca da teoria da alienação e sua aplicabilidade na análise do trabalho médico, e pesquisa de campo com médicos trabalhadores da Atenção Primária em Saúde do SUS Campinas.

Ao longo da pesquisa, estivemos atentos:

- ao impacto da alienação do trabalhador sobre o atendimento ao usuário, o processo de trabalho e a qualidade da atenção;
- ao modo de construção e de funcionamento – nestas unidades – de espaços de trocas intersubjetivas, como: reuniões de equipe, reuniões gerais e colegiados gestores, analisando as relações interpessoais oriundas deste contexto;
- aos valores, ideologias e interesse dos médicos na participação na vida institucional.

Ao final, realizamos uma reflexão sobre possibilidades de dinâmicas de trabalho que reduzam o grau de alienação e promovam responsabilidade sanitária, maior realização do trabalhador médico e a emancipação de sua consciência.

No primeiro capítulo, apresentamos a metodologia de estudo, a fim de situar o leitor. No capítulo 2, introduzimos os referenciais teóricos com uma revisão do tema desta pesquisa – a alienação do trabalhador – com o intuito de fazer uma breve explanação da teoria marxiana da alienação e de compreender como esse fenômeno se apresenta na contemporaneidade. Em seguida, no item 2.1, é feita uma revisão da literatura sobre a alienação do trabalho em saúde, a fim de compreender o estado da arte desta discussão no meio acadêmico. Já no capítulo 3, há um resgate histórico do trabalho médico, visando um entendimento das modificações pelas quais vem passando a profissão, no contexto do capitalismo contemporâneo. No capítulo 4, abordamos a temática da alienação no trabalho em saúde – e mais especificamente, no trabalho médico – finalizando a apresentação

dos referenciais. O capítulo 5 apresenta o contexto no qual se situa este trabalho para, no capítulo 6, darmos voz aos atores do estudo: médicos da Atenção Primária do SUS Campinas. Neste capítulo apresentamos a análise dos resultados das entrevistas e da observação participante e realizamos a discussão destes achados, a partir dos referenciais abordados nos capítulos de 2 a 4. Por fim, seguimos para as considerações finais.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, tendo sido aprovada sob o parecer 1.404.548, CAAE: 49958515.9.0000.5404.

CAPÍTULO 1

Sobre o método: analisando o trabalho a partir do discurso do trabalhador e da observação da prática médica

O empreendimento de tentar compreender a realidade a partir de um dado recorte é o desafio do pesquisador. Buscamos uma aproximação cada vez maior da relação de nosso objeto com a totalidade, porém não nos esquecendo de que a totalidade será sempre, ela mesma, uma síntese de elementos ou partes. Neste sentido, Minayo (2) afirma que, no referencial marxista, alguns pensamentos podem guiar o campo:

“A ideia de que o particular não existe senão na medida em que se liga ao geral e o geral senão no particular e através dele; a ideia de que a dificuldade de apreensão está no pensamento e não na realidade, pois é o pensamento que separa e mantém a distinção de momentos de um objeto; a ideia de que a marcha do real é sempre mais verdadeira e profunda do que nossa capacidade de apreendê-lo; a ideia de que há uma relatividade entre os fatores objetivos e subjetivos, material e espiritual [...]” (2).

Nesta perspectiva, o trabalho de campo nos permite observar os seres sociais como atores históricos a partir de nosso próprio olhar – que tampouco é livre de instrumentos historicamente construídos – conceitos e categorias que nos auxiliarão na apreensão do real (3,2). Falamos aqui de um processo de subjetivação-objetivação do pesquisador usualmente envolto em polêmicas. Compreendemos, porém, que a atuação do homem no mundo – incluindo a produção científica – dá-se por meio da sua objetivação, havendo, portanto, em

qualquer produção, a marca da subjetividade do(s) produtor(es). Objetivação-subjetivação são, a nosso ver, dois polos indissociáveis que constituem todas as produções humanas.

“Posto que a existência e a ação humana têm na dialética *objetivação-apropriação* seu fundamento, é através do objetivar-se, no decurso das mais diversas práticas sociais, que os sujeitos inscrevem sua marca no mundo e, concomitantemente, se apropriam da produção acumulada ao nível do gênero humano (4,5). Logo, as práticas sociais, além de se constituírem como objetivações, constituem-se também necessariamente como *exteriorizações* de subjetividades dos diferentes sujeitos que as realizam, sob as mais diversas condições, sendo impossível, no plano concreto, dissociarem-se essas duas dimensões ontológicas” (3).

Portanto, a partir da compreensão construída por uma pesquisadora – sócio-historicamente situada, de um processo sócio-historicamente delimitado – (a dialética do trabalho médico na Atenção Primária à Saúde do SUS-Campinas, engajado e alienado em distintas e variadas modalidades) a presente pesquisa visa a servir de instrumento para manejar ou criar teorias ou instrumentos de intervenção e modificação do processo de trabalho dominante na sociedade contemporânea e, mais especificamente, no modelo de saúde no Brasil.

Assim, construímos esta pesquisa por meio de investigação participativa e colaborativa do pesquisador com o grupo pesquisado: médicos que atuam na Atenção Primária de Campinas. Por se tratar de uma Pesquisa Social pautada em questões da subjetividade e da objetividade, optamos pela metodologia qualitativa, ainda que a Pesquisa Social também se sustente sobre um vasto acervo de pesquisas quantitativas. Isso porque antes de ter como único fim a produção de dados, os trabalhos qualitativos buscam analisar também o caráter subjetivo e singular do objeto de pesquisa. Do ponto de vista da pesquisa qualitativa, não há ciência livre de valor, sendo a própria pesquisa um processo interativo entre investigador e investigado em que ambos estarão implicados na construção do resultado e na produção de conhecimentos (6).

Tendo como referencial a teoria marxista de análise – bem como contribuições contemporâneas de ordem cultural, política e ideológica – optamos pela realização de uma investigação baseada na tradição do que se convencionou denominar de pesquisa-intervenção, mais especificamente, pela metodologia Pesquisa-Intervenção estudada por Rocha e Aguiar (7). Nela, pesquisador e campo

de pesquisa estão articulados e o resultado é produzido conjuntamente por meio desta dialética de subjetivação e de objetivação, sem que se deixe de analisar, ao final, os impactos da intervenção do pesquisador no resultado das investigações.

De forma convergente, várias linhas de investigação legitimam a participação dos sujeitos em diversos momentos do ato de pesquisar, por meio do estabelecimento de colaboração entre pesquisadores e pessoas envolvidas com o objeto de estudo, sejam eles os usuários dos serviços, profissionais/gestores ou a comunidade. Entre elas está a pesquisa-ação definida por Bulmer (8), a pesquisa-ação descrita por Thiollent (9) e que mais se assemelha à metodologia de escolha, a pesquisa-intervenção e cartografia de Passos e Barros (10) e de Paulon (11) e a pesquisa avaliativa participativa (12,13). Trata-se de diferentes métodos de abordagem que de maneira similar permitem a interação entre os interesses do pesquisador e os dos grupos diretamente implicados na condução das práticas investigadas.

Por se tratar de uma intervenção – centrada principalmente na observação participante – a presente pesquisa abordou de forma contínua as etapas que compuseram sua produção, não sendo possível separar a coleta de dados antes e durante a intervenção e a análise dos mesmos. Segundo Rocha e Aguiar (14),

“A relação pesquisador/objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido. Pesquisa é, assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio-históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise. É um modo de intervenção, na medida em que recorta o cotidiano em suas tarefas, em sua funcionalidade, em sua pragmática – variáveis imprescindíveis à manutenção do campo de trabalho que se configura como eficiente e produtivo no paradigma do mundo moderno” (14).

Ainda assim, para explicitar de maneira mais didática a organização desta pesquisa, pode-se descrever as seguintes etapas de estudo:

- Revisão bibliográfica;
- Contextualização: Breve estudo teórico acerca da história da profissão médica no Brasil e sua inserção na Atenção Primária;

- Intervenção analítico-reflexiva: Observação participante e entrevistas semiestruturadas,
- Análise dos dados produzidos.

O estudo analítico-reflexivo buscou compreender – a partir da contextualização e da revisão da literatura – a inserção do trabalhador em seu local de atuação, o contexto institucional e as políticas de saúde do município, a experiência subjetiva de cada trabalhador, bem como a percepção da equipe de trabalho diretamente relacionada e da própria pesquisadora, ela mesma trabalhadora da rede SUS-Campinas.

São sujeitos principais da pesquisa médicos trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde deste município. Gestores, Apoiadores e demais membros da equipe multiprofissional, bem como usuários, também estiveram presentes, uma vez que a interação deles com os médicos foi observada no decorrer da investigação. Podemos dizer que o encontro com cada um desses atores foi um foco singular de investigação, a partir do qual buscamos a compreensão do real como **síntese de múltiplas determinações**. Esse processo nem sempre se mostra harmônico e homogeneizante, mas cheio de contradições e tensões das quais buscamos extrair uma resultante que represente o recorte estudado – o trabalho médico sob as relações capitalistas, com suas subdinâmicas próprias – e que seja, ao mesmo tempo, representativa do estudo das relações de trabalho sob o capital, ainda que realizada em um espaço público. Afinal, em seu singular desenvolver-se, o trabalho médico se constitui em estrutura **estruturada** pelo todo social, bem como se constitui em estrutura **estruturante** desse mesmo modo (15,16).

A participação dos atores na pesquisa se deu por meio de entrevistas semiestruturadas e observação participante, na qual foram incluídos médicos (e sujeitos de seu entorno) de duas Unidades situadas em dois dos cinco Distritos de Saúde de Campinas. Convidamos para participarem da pesquisa a todos os 18 médicos destes dois serviços de saúde. Deste total houve 15 participantes, uma recusa, e duas alegações de impossibilidade de participação. Foi critério de exclusão somente a não aceitação em participar do estudo.

A respeito dos métodos, as entrevistas foram meio de obtenção de dados de duas naturezas: aqueles que também poderiam ser obtidos de outras fontes (como censos, estatísticas, registros civis, atestados de óbitos etc.) chamados

objetivos, concretos ou do nível ecológico/morfológico da realidade; e aqueles que dizem respeito a sentimentos, pensamentos e intenções do entrevistado (e que, portanto, só podem ser obtidos por meio de sua expressão) são os ditos dados subjetivos (17). Logo, a entrevista pode ser uma fonte rica de informações para o pesquisador. A autora afirma que

“O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas” (17).

Este método apresentou-se, portanto, como uma excelente forma de investigar a existência do fenômeno de alienação entre médicos, pois permitiu depreender da fala dos mesmos o sentido e o significado de seu trabalho na Atenção Primária de Campinas no contexto que se nos apresenta.

No que diz respeito à técnica, a forma de abordagem das entrevistas pode ser estruturada e não estruturada. Entre elas há um espectro de modalidades que se diferenciam por serem mais ou menos dirigidas: desde a entrevista aberta – em que o entrevistado discorre livremente sobre o tema a ser pesquisado – à sondagem de opinião, em que ele deverá escolher suas respostas dentre a gama de opções apresentadas pelo pesquisador em um questionário. O presente estudo lançou mão da entrevista semiestruturada. Trata-se de uma abordagem que parte de certas questões básicas, apoiadas em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo na medida em que o entrevistado dá suas respostas. Assim, a subjetividade do entrevistado esteve imbricada na construção teórica que se seguiu à coleta de dados, uma vez que este participou, por meio da construção de seu raciocínio acerca do tema no momento da entrevista, da elaboração do conteúdo da pesquisa (17).

Já no que se refere à observação participante, essa foi utilizada no presente estudo de modo a confrontar o discurso obtido nas entrevistas com a prática cotidiana dos médicos, além de prover um melhor entendimento do contexto no qual estão inseridos. Este método possibilitou – juntamente com as entrevistas

semiestruturadas – conhecer os fluxos de trabalho, os métodos de gestão e o envolvimento dos médicos na rotina da unidade de saúde e do trabalho no SUS.

Segundo Minayo (17) ainda que desenvolva pouca reflexão sobre este método, a teoria marxista no campo da pesquisa social em saúde coloca a observação como capaz de fornecer informações sobre as condições de vida, as práticas de classe e as formas de organização que engendram as situações de saúde/doença. Da mesma forma que nas entrevistas – para que a observação seja bem-sucedida como forma de produzir dados para a pesquisa – é preciso sempre contrastar as hipóteses com as evidências encontradas por meio destes métodos.

Para o registro das observações, fizemos uso do diário de campo. Nele foram anotadas as observações pessoais, informações prestadas por outras pessoas informalmente e enunciados verbais que constituem citações dos atores sociais em estudo. Trata-se de uma técnica que – ao restituir em linguagem escrita o trabalho de campo – aproxima o leitor da cotidianidade do que foi possível produzir num dado contexto. Essa restituição escrita possibilita desnaturalizar a "neutralidade" do pesquisador, expondo suas experiências vividas no cotidiano.

A análise de dados ocorreu ao longo de todo o processo de intervenção. A partir do material coletado, o caminho percorrido foi o da transcrição, seguido da construção, análise e interpretação de narrativas juntamente com os diários de campo. Nessa construção, consideramos que “ao analisar e interpretar informações geradas por uma pesquisa qualitativa, devemos caminhar tanto na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um meio social” (3). Portanto, inferimos – a partir da transcrição das entrevistas – os núcleos de sentido em que se agrupam as falas dos participantes (18). A condensação do material em torno de núcleos ou temas facilita o trabalho do pesquisador no momento de interpretação da narrativa. Assim – ancorados em discussões e pesquisas apresentadas pelo Coletivo de Estudos Paidéia, do qual esta pesquisadora faz parte – optamos por desenvolver a construção da narrativa em blocos temáticos.

Gomes reflete que:

“Na descrição as opiniões dos informantes são apresentadas da maneira mais fiel possível, como se os dados falassem por si próprios; na análise o propósito é ir além do descrito, fazendo uma decomposição dos dados e buscando as relações entre partes que foram decompostas e, por último, na interpretação – que pode ser

feita após a análise ou após a descrição – busca-se sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vão além do descrito e analisado”(3).

É importante lembrar, ainda, que a construção da narrativa já é parte da interpretação. De fato – semelhante ao que apontam Bunchaft e Gondim (18) a respeito de Grupos Focais – o próprio ato de entrevistar já exige do pesquisador a interpretação das falas, uma vez que nesse papel ele deverá confrontar suas explicações e compreensões junto do entrevistado, de modo a não se equivocar no que apreende das falas e ter a oportunidade de reorientar ou confirmar sua interpretação. Para além do momento da entrevista, este procedimento de interpretar visa sintetizar as questões da pesquisa: os resultados obtidos a partir da análise do material coletado, as inferências realizadas e a perspectiva teórica adotada.

Como método de interpretação, Minayo (17) sugere o diálogo entre hermenêutica e dialética – ou compreensão e crítica – partir do qual busca-se a lógica interna dos fatos, relatos e observação, situam-se os mesmos no contexto dos atores e se produz um relato em que os atores se reconheçam (17). Nessa etapa, o material decomposto para a produção da narrativa foi novamente sintetizado em torno de um texto trabalhado junto ao referencial teórico. Essa forma de análise se trata, segundo Gomes, do Método de Interpretação de Sentidos:

“uma tentativa de avançarmos mais na interpretação, caminhando além dos conteúdos dos textos na direção de seus contextos e revelando as lógicas e as explicações mais abrangentes presentes numa determinada cultura acerca de um determinado tema”(3).

Tendo o presente trabalho como referencial teórico o método marxista de análise e considerando o processo de alienação como tema da subjetividade dos atores a ser apresentado segundo suas lógicas interpretativas, essa metodologia pareceu adequada para se chegar ao resultado da pesquisa.

Cabe observar que como parte da Intervenção, pretendíamos construir um Espaço Coletivo de discussão e troca de experiências entre os médicos e a pesquisadora – fossem elas factuais ou subjetivas – como um momento de intersecção da exploração e da intervenção. Trata-se de um “Momento Reflexivo” (19,20), em que os trabalhadores se tornam sujeitos ativos da pesquisa, uma vez que têm a oportunidade de confrontar suas próprias percepções e comportamentos

e de participar e alterar as análises e compreensões iniciais dos pesquisadores em uma construção conjunta, segundo as reflexões do próprio grupo. O encontro de trabalhadores, ou Espaço Coletivo, consistiria em um “grupo sujeito” da investigação. Para esse grupo foram convidados os médicos entrevistados e outros médicos de Unidades Básicas de Saúde a cujo contato a pesquisadora teve acesso, porém nenhum deles compareceu. Percebemos essa ausência tanto como desinteresse por parte de um grupo de médicos, como indisponibilidade de outros, o que será compreendido pelo leitor no decorrer da análise.

CAPÍTULO 2

Alienação: Um Percorso Teórico

O trabalho é atividade vital do homem, por meio da qual ele se reconhece como humano (diferenciando-se dos animais), modifica seu meio, constitui-se em sociedade e a reproduz. Trata-se do elemento mediador entre homem e natureza, base e representação de todas as atividades humanas, o que torna o indivíduo mais especificamente humano. No capitalismo, porém, ocorre o oposto: esta atividade torna-se estranha ao homem, afasta-o de sua humanidade. De fato,

“É pelo desenvolvimento do conceito de trabalho, e no entendimento de que, sob o capitalismo ele se apresenta como trabalho estranhado, que a percepção de Marx, já nesses Manuscritos¹, se universaliza como um sistema de caráter aberto que permite entender a gênese do pensamento e da atividade humana a partir da interação que estes mantêm com a natureza, e de como esta interação sintetiza-se tanto na sociabilidade do natural quanto na progressiva autonomia da consciência em face dessa determinabilidade”(21).

Alves (22) afirma que nas condições históricas que se produziram desde a reestruturação produtiva a partir da década de 1970, a que ele denomina *barbárie social do capital*, esse estranhamento se apresenta em novas e mais aprofundadas

¹ O autor se refere aos *Manuscritos de Paris* ou *Manuscritos econômico-filosóficos*, datados de julho e setembro de 1844. O primeiro se inicia com excertos de economistas clássicos em que elabora acerca de salário, capital, lucro e renda da terra seguida por comentários do próprio Marx sobre trabalho estranhado. O segundo, investiga brevemente a relação capital-trabalho. O terceiro, o mais longo, trata da propriedade privada, trabalho e comunismo e faz uma crítica da dialética hegeliana, além de discorrer sobre divisão do trabalho e dinheiro. Por fim, o quarto manuscrito é um comentário crítico da *Fenomenologia do Espírito*, de Hegel, no qual Marx expõe sua própria compreensão da alienação no trabalho daquele autor (21).

formas. A reflexão acerca do *processo de alienação*, tendo a Teoria Marxiana da Alienação como norteadora, torna-se, portanto, imprescindível quando se objetiva promover qualquer possibilidade de emancipação humana (22, 23, 21, 24).

Discute-se se a alienação do trabalhador se daria exclusivamente nas formas de trabalho material produtivo. Porém, entendemos que na era da acumulação flexível e do capitalismo manipulatório todo o trabalho inserido na cadeia produtiva é capturado pela lógica do capital e, portanto, passível de se tornar um trabalho alienado (25). Ranieri (24) afirma que:

“o trabalho estranhado é a síntese de um estranhamento genérico que penetra em todas as esferas da sociabilidade humana, pois a totalidade da apropriação do trabalho é uma realidade efetiva ancorada na falta de equilíbrio histórico entre produção, apropriação e redistribuição dos produtos da atividade do trabalhador” (24).

Portanto, amparados por Leandro Konder, Jesus Ranieri, Ricardo Antunes e Giovanni Alves – expoentes do marxismo brasileiro – ousamos afirmar que a **alienação** permeia toda a sociedade contemporânea em suas formas de produção e reprodução da vida, sendo perceptível na totalidade do sistema do capital. Resulta que o homem não se reconhece como ator histórico ou como ser social (nas relações estabelecidas entre os próprios homens). No trabalho médico – tema central desta investigação – implica em tratamento **desumanizado** (3,26), imposição de barreiras ao atendimento, agressividade com os pacientes ou sensação de impotência do profissional frente à complexidade do processo saúde-doença-cuidado.

Assim, com vistas a compreender melhor como esse processo se desenvolve entre profissionais médicos, faremos no presente capítulo uma breve reflexão acerca do fenômeno da **alienação**, entendendo que não será possível um desenvolvimento mais detalhado dessa teoria uma vez que tal aprofundamento em toda sua riqueza, embora instigante, fugiria ao escopo desse estudo.

Como bem observa Konder (23), não parece haver dúvida de que o **conceito de alienação** utilizado hoje se trata do *conceito marxiano de alienação*. O termo em sua concepção marxista foi apreendido pela cultura moderna e é utilizado de forma corrente em diversos espaços para além da economia-política, sociologia e filosofia, até mesmo da academia, ainda que com algumas imprecisões ou generalizações. Uma dessas imprecisões se refere ao fato de que, na obra de Marx,

existe uma distinção entre **alienação** (*Entäusserung*) e **estranhamento** (*Entfremdung*) que ainda que não tenha sido trabalhada ou consagrada pela bibliografia que tratou do tema é essencial para uma boa compreensão da teoria marxiana (21,24).

Essa distinção está no cerne das relações do homem com a natureza mediadas pelo trabalho: sendo a força de trabalho a manifestação objetiva das capacidades humanas, quando o homem se afasta, torna-se alheio ou estranho aos resultados ou produtos de sua própria atividade, assim como do sentido dela, tem-se uma relação de estranhamento (*Entfremdung*). Se, por outro lado, ele se relaciona com seu produto como uma expressão de sua própria essência (natureza essencial, como descreve Marx) e se reconhece nele, assim como é reconhecido no seu trabalho pela sociedade, essa foi uma relação de alienação (*Entäusserung*), a única relação genuinamente humana. Marx (27) descreve a relação de alienação da seguinte forma:

“Suponhamos que produzimos como seres humanos. Cada um de nós teria duas maneiras de afirmar a si mesmo e ao outro. 1) Na minha produção eu teria objetificado minha individualidade, seu carácter específico e, portanto, apreciado não apenas uma manifestação individual da minha vida durante a atividade, mas também ao olhar para o objeto eu teria o prazer individual de perceber minha personalidade como objetiva, visível aos sentidos e, portanto, um poder acima de qualquer dúvida. 2) Quando o outro aproveitar ou usar meu produto eu teria o prazer direto de estar consciente de ter satisfeito uma necessidade humana por meu trabalho, isto é, de ter objetificado a natureza essencial do homem, e de ter, assim, criado um objeto que corresponda à necessidade da natureza essencial de um outro homem. Nossos produtos seriam muitos espelhos nos quais veríamos refletida a nossa natureza essencial” (27).

Se isso não ocorre, por outro lado, há a relação de estranhamento:

“o trabalhador se sente separado de seus produtos e das condições de seu trabalho porque, objetivamente, outro se apropria deles e determina essas condições” (27).

Alienação (*Entäusserung*) se refere, portanto, à exteriorização que ocorre quando o *homem*, enquanto ser social, objetiva-se em sua produção de modo a modificar a natureza e se reproduzir como sociedade. Por outro lado, estranhamento (*Entfremdung*) é:

“designação para as insuficiências de realização do gênero humano decorrentes das formas históricas de apropriação do trabalho,

incluindo a própria personalidade humana, assim como as condições objetivas engendradas pela produção e reprodução do homem” (24).

Na forma atual de organização da sociedade, em que a apropriação do trabalho pelo capital e sua organização por meio da propriedade privada se apresentam como obstáculos à realização das potencialidades humanas através da objetivação/exteriorização, a alienação aparece como um fenômeno concêntrico ao estranhamento (21).

“A consideração das formas históricas que a organização do trabalho assume na sociedade – assim como das formas correspondentes de estruturação da propriedade e, portanto, da apropriação dos meios e processos de trabalho – parece ter permitido a Marx (principalmente nos Manuscritos de Paris, em que a referida unidade, diferentemente do que ocorre nas outras obras, é tratada de forma sistemática) perceber o grau de determinação plasmador da problemática do estranhamento e da alienação, extraindo de um fator ineliminavelmente humano-societário (a exteriorização, *Entäusserung*) o resultado genético de uma privação histórica – o estranhamento (*Entfremdung*) – ou seja, permitiu-lhe expor a relação interna do binômio a partir da interação entre trabalho e propriedade”(21).

Assim, este estudo irá abordar a relação de estranhamento (*Entfremdung*) no trabalho médico, relação essa que está associada, na organização social contemporânea, à alienação (*Entäusserung*). Desse modo, e a fim de facilitar o diálogo com os atores da pesquisa e com seu campo, a Saúde Coletiva, nos utilizaremos do termo *alienação* para nos referir a ambos os fenômenos de alienação (*Entäusserung*) e estranhamento (*Entfremdung*).

Tampouco podemos deixar de mencionar que o conceito de alienação tem sua história, com diversas fontes e sentidos antagônicos entre si. A ideia está profundamente enraizada na teologia cristã e na metáfora do pecado original: no passado as pessoas viviam em uma harmonia que foi de alguma forma rompida, fazendo com que se sentissem estrangeiras em seu próprio mundo, e em algum momento no futuro essa alienação será superada e a humanidade voltará a viver em harmonia consigo mesma e com a natureza. Também está presente nos clássicos iluministas do jusnaturalismo, em que o indivíduo aliena seu direito natural à soberania em prol do bem comum, ideia que inspirou a teoria do contrato social (Grotius e Rousseau respectivamente). A alienação ainda está presente em expressões da economia política clássica (Ricardo, Smith), aqui já de maneira

semelhante à de Marx no que se refere à transferência de posse de uma mercadoria, mas com visões opostas a respeito de suas consequências (23,21). E finalmente, em Hegel, a alienação aparece como: “toda objetivação do trabalho humano, toda exteriorização humana, independente das condições humanas em que possa se realizar” (23), constituindo-se, finalmente, no conceito central de todo um sistema teórico.

Marx propõe sua Teoria da Alienação a partir da teoria de Hegel, imprescindível à elaboração da interpretação marxista da história. Segundo Hegel, a alienação é um fenômeno da consciência humana que a distancia de Deus e do verdadeiro significado da vida: o trabalho humano dá origem a uma cultura que passa a ser estranha à própria humanidade, não reconhecida. Sua supressão se daria **exclusivamente na consciência e pela consciência** (23). Marx aceita o conceito hegeliano de que estamos alienados de nossa natureza, mas percebe um equívoco central no sistema de Hegel, que concebe o humano em abstrato, como portador de características gerais independentes da história e das condições concretas de existência (28), o que torna aquele conceito de alienação metafísico ou, como coloca Konder, de cabeça para baixo:

“Hegel autonomiza os predicados, os objetos, mas ele os autonomiza separados de sua autonomia real, de seu sujeito. Posteriormente, o sujeito real aparece como resultado, ao passo que se deve partir do sujeito real e considerar sua objetivação. A Substância mística se torna sujeito real e o sujeito real aparece como um outro, como um momento da Substância mística. Precisamente porque Hegel parte dos predicados, das determinações universais, em vez de partir do ente real (υποκειμενον, sujeito), e como é preciso haver um suporte para essa determinação, a Ideia mística se torna esse suporte. Este é o dualismo: Hegel não considera o universal como a essência efetiva do realmente finito, isto é, do existente, do determinado, ou, ainda, não considera o ente real como o verdadeiro sujeito do infinito” (27).

Depreende-se dessa crítica dois desdobramentos: “primeiramente, não há, no sistema deste autor (Hegel), uma centralidade da história, como há em Marx; segundo, a natureza não passa de uma exteriorização da ideia. “ (21). A partir de Hegel, Marx – então concebendo o homem como sujeito e suas realizações como predicados – procura compreender como o trabalho, essa atividade vital imprescindível à mediação entre indivíduo e humano, converte-se em atividade

imposta, extrínseca e compulsória; em suma: uma atividade estranhada (alienada) e dessa busca resulta sua **teoria do valor**.

Assim, iniciando pela percepção de que o trabalho é a atividade central da vida e da sociabilização humana, Marx estuda as relações de trabalho nas diversas configurações históricas da sociedade. Segundo ele, “haveria que se averiguar, em cada contexto histórico, o modo de funcionamento concreto dos sujeitos, e mais, haver-se-ia que os analisar como produtos e produtores de certa estrutura cultural, econômica e social” (28). Partindo desse método, Marx observa que em sociedades de formação pré-capitalista há relações de trabalho estranhadas, ressaltando, porém que esses fenômenos em tais sociedades não podem ser generalizados (29,21). De fato, a alienação foi-se aprofundando na sociedade na medida em que a divisão social do trabalho e a conseqüente formação de classes se sedimenta. Enquanto, a fim de subsistir, todos os homens precisavam estar diretamente ligados à produção, o homem tinha a visão do todo *uno porque indeterminado* (23). Porém, na medida em que o nível tecnológico do trabalho aumenta, o homem passa a produzir excedente econômico apreciável, de forma que surgem condições para que alguns se abstenham de produzir e desfrutem do ócio privilegiado que lhes permite especializarem-se no estudo, desenvolverem o raciocínio abstrato, a lógica, o pensamento especulativo, em uma espiral crescente, permitindo à humanidade se desenvolver e se distanciar cada vez mais da condição animal. Essas mesmas condições, por outro lado, proporcionaram a divisão social do trabalho. Nas palavras de Konder,

“Coube-lhes outra conseqüência, além de terrivelmente trágica, historicamente negativa: a dilaceração do homem, o fracionamento da humanidade, a ruptura da comunidade espontânea, a destruição da unidade humana primitiva” (23).

Com a evolução histórica, já na forma como o trabalho se manifesta no capitalismo, no qual o poder social – apesar de produzido pelos homens – separa-se deles e os subjuga (21) a alienação outrora incipiente torna-se mais explícita. Na época dos escritos de Marx, no processo de trabalho da nascente indústria, os trabalhadores eram desapropriados de sua produção e passavam a não se identificar com essa: a apropriação privada dos meios de produção e a transformação da força de trabalho em mercadoria implicou em um afastamento ou estranhamento entre aquele que produz e aquilo que é produzido. Nessa lógica

organizativa, as características que os produtos adquirem a partir da ação humana sobre eles, por meio da modificação, pelo homem, dos meios de trabalho que resultam naquele produto, passam a lhes ser apresentadas como inerentes ao produto, como se tais qualidades lhes fossem naturais, ou como se fantasmagoricamente, e não pela ação humana, os produtos as adquirissem. Resulta que a sociabilidade entre os homens passa a ser uma relação de troca entre produtos que não reconhecem como expressão de si mesmos, intensificando ainda mais a alienação (23, 27,24).

Podemos abstrair quatro manifestações da alienação, inter-relacionadas e consequentes entre si (30, 27, 31, 21):

1. O homem estranho à objetivação do seu trabalho. Trata-se do não reconhecimento pelo homem do resultado de sua construção: o produto se “transforma” em uma potência estranha que o subjuga;

2. O homem estranho à sua própria atividade – alienação de **si mesmo**. Trata-se da alienação do trabalho na própria atividade produtiva. O estranhamento do trabalho como algo aviltante ao humano, pois seu sentido deixa de ser predominantemente a realização, a livre afirmação de si, para se tornar predominantemente trabalho forçado e subsistência. O homem trabalha não para si, para satisfazer suas necessidades humanas – e, nesse ato, produzir-se como ser histórico – ele trabalha para produzir valor que será apropriado por um outro.

3. O homem estranho ao seu **ser genérico**. Trata-se da alienação do homem como sujeito histórico, ou seja, **alienação da essência humana** transformada em objeto. Sendo o trabalho equivalente ao sacrifício voltado à realização de uma vida fora do trabalho, o homem só se reconhece na satisfação de suas necessidades básicas: comer, dormir, procriar; **“a humanidade no homem está submetida à animalidade, as faculdades intelectuais às necessidades”** (30). Assim, o homem transforma sua atividade vital, o trabalho, caracterizador de sua humanidade, em simples meio da sua existência.

4. O homem estranho ao próprio *homem* – alienação da humanidade. Enfim, resultado último, trata-se do estranhamento do homem com seu semelhante. O homem, destituído de sua essência humana, cada qual alheio ao outro, privando-o da sociabilidade.

Assim, no momento em que o trabalho deixa de ser uma relação social, uma relação entre homens, para se tornar uma relação entre objetos estranhados, tem-se a forma mais complexa de alienação. É esse momento que se apresenta na relação entre trabalho assalariado e capital, em que o homem é considerado mais um recurso além dos recursos materiais, tecnológicos etc. de que necessita o trabalho para ser realizado: o recurso humano – personificação do trabalho abstrato. A não apropriação simbólica do resultado de seu trabalho, a fragmentação das tarefas, a desumanização do trabalho, todos esses reflexos da alienação transformam os homens em simples elos de uma corrente, da qual não conseguem enxergar o início, o fim ou a finalidade. Decorre a privação, o alheamento, a insuficiência sócio-histórica das expectativas pessoais (23). Alheio ao trabalhador, o produto de seu trabalho passa a ser percebido de forma distorcida, naturalizando e legitimando relações sociais e históricas de produção e implicando no que Marx se refere como percepção **fetichista** da mercadoria.

O fenômeno do fetichismo aparece em momento posterior dos estudos de Marx, já n'O Capital.

“A análise da mercadoria aparece, na manifestação do fetichismo, como uma conexão e um avanço da teoria do estranhamento, posto que agora ela tematiza não somente o divórcio entre o trabalhador e seu trabalho, mas reitera a separação entre o trabalhador e sua força de trabalho, um dos fundamentos necessários para a formulação da teoria do valor” (23).

Assim, o fetichismo e a reificação podem ser compreendidos como uma evolução do fenômeno da alienação no seio do capitalismo moderno, em que há a naturalização da forma de trabalho alienado como se outra realidade não fosse possível. Enquanto na produção mercantil dos primórdios do capitalismo a alienação do trabalhador se produzia porque outro se apropriava do produto de seu trabalho, na medida em que há evolução do processo de produção capitalista, o homem tem impressão de que não só seu trabalho, mas toda sua existência é direcionada por uma instância alheia, reificada. Essa outra instância, fruto da criação humana – o Mercado, o Estado, a Empresa – toma forma, adquire subjetividade e o subjuga. Segundo Lukács, esse é o fenômeno fundamental da reificação, em que “o homem é confrontado com sua própria atividade, com seu próprio trabalho como algo objetivo, independente dele e que o domina por leis próprias, que lhes são estranhas” (21).

A esse respeito, o autor afirma que:

“Essa atomização do indivíduo é, portanto, apenas o reflexo na consciência de que as ‘leis naturais’ da produção capitalista abarcaram o conjunto das manifestações vitais da sociedade, de que – pela primeira vez na história – toda a sociedade está submetida, ou pelo menos tende, a um processo econômico uniforme, de que o destino de todos os membros da sociedade é movido por leis também uniformes (21) “.

Essa observação de Lukács descreve adequadamente a sociedade contemporânea, em que as criações humanas são tidas como perpétuas e absolutas, dimensão de eternidade que à própria existência humana é negada – trata-se da generalização histórica da alienação no universo ideológico (23). Nessa forma de organização social, relações de fetichização ou coisificação tornam-se claras, fazendo com que a metodologia marxiana mantenha-se atual. Depreende-se que a abordagem da temática da alienação, bem como do fetichismo da mercadoria e da reificação, se visualizada como um diagnóstico do trabalho no sistema capitalista, tem crucial importância para o entendimento das relações de trabalho no século XXI.

Antunes (32) afirma que a evolução dos modos de organização do trabalho, em verdade, aprofundou a alienação, ainda que alguns autores questionem a existência do fenômeno, ou a própria centralidade do trabalho, no modo de produção pós-fordista. Não se compreende no escopo deste estudo elaborar uma apresentação circunstanciada do desenvolvimento das formas de organização do trabalho ao longo de toda a história do capitalismo, mesmo porque alguns aspectos deste tema, no que concerne ao campo da presente pesquisa, serão abordados em capítulo posterior. Não obstante – de forma a permitir a compreensão das novas formas de alienação – faremos um breve resumo acerca da evolução do trabalho, o que pode implicar algumas simplificações e mesmo certas imprecisões técnicas.

Nos princípios do capitalismo, a produção mercantil submetida ao capital mantinha a forma de organização artesanal. O produto do trabalho era apropriado por outro, mas o trabalhador mantinha o domínio do todo da produção, implicando a subsunção formal do trabalho ao capital. Nesse momento, a alienação estava expressa no resultado do processo produtivo, mas não no ato da produção. Na transição da manufatura para a indústria plena a máquina passa dar o comando do trabalho; ocorre a subsunção real do trabalho ao capital, culminando na

desantropomorfização do trabalho.

Já no século XX, o fordismo e o taylorismo aprofundam a cisão entre planejamento e execução de tarefas e consolida essa desantropomorfização, na medida em que o trabalhador passa a estar limitado a um momento da *linha de produção*, perdendo, além do domínio sobre a produção, a própria noção do todo que está sendo produzido. Os trabalhadores manuais passam a ser controlados pelas esteiras, sob comando dos gestores que elaboram e concebem a atividade. Nas palavras de Antunes, “esse é o cerne da teoria tayloriana do trabalho: os engenheiros concebem e os trabalhadores manuais – que certa vez Taylor denominou como “gorilas amestrados” – executam” (33). Há uma conseqüente degradação social, uma coisificação do trabalhador que se deve à mecanização, à parcerização e à alienação presentes nessa forma de produção. O sofrimento que inflige a ele provoca uma tensão no sentido da regulamentação trabalhista, sendo o Estado do Bem-Estar social uma resposta às lutas operárias de então.

Segue-se, na década de 1970, a crise do padrão de acumulação fordista/taylorista, a partir da qual o capital implementa um abrangente processo de reestruturação em que busca recuperar sua hegemonia nas mais diversas esferas da sociabilidade. Também podemos dizer que essa reestruturação produtiva se apresenta como uma resposta às lutas sociais oriundas do trabalho e uma contrarreforma do Estado de Bem-Estar Social, sendo considerada, assim, a base material do projeto político ideológico neoliberal (34). Segundo Antunes (32), na década de 1980,

“Vive-se, no mundo da produção, um conjunto de experimentos, mais ou menos intensos, mais ou menos consolidados, mais ou menos presentes, mais ou menos tendenciais, mais ou menos embrionários. O fordismo e o taylorismo já não são únicos e mesclam-se com outros processos produtivos (neofordismo, neotaylorismo, pós-fordismo), decorrentes das experiências da ‘Terceira Itália’, na Suécia (na região de Kalmar, do que resultou o chamado ‘kalmarianismo’), do Vale do Silício nos EUA, em regiões da Alemanha, entre outras, sendo em alguns casos até substituídos, como a experiência japonesa a partir do toyotismo pode constatar” (32).

O Neoliberalismo e o Toyotismo são os principais expoentes dessa mudança, que para Antunes (34) tem gerado mais dissenso que consenso na literatura sobre o tema. Enquanto alguns veem como benéfica, uma vez que possibilita a expressão de um trabalhador mais participativo e realizado no espaço

de trabalho, para o estudioso essas mutações “são expressão da reorganização do capital, com vistas à retomada do seu patamar de acumulação e do seu projeto global de dominação” (34). Técnicas de gestão, que antes mantinham o trabalhador apartado das decisões de planejamento e isolado em um ponto da produção, agora o aproximam da ideologia da empresa. Estimula-se o trabalho em equipe, combinando multifuncionalidade, metas, polivalência, competição, competências e estímulo à capacitação, dando uma aparência de maior envolvimento, em “uma participação que preserva, em seus traços essenciais, os condicionantes anteriormente apresentados” (33). Tratam-se de estratégias que se apresentam como uma sofisticação do modo de exploração capitalista, objetivando, em verdade, restringir a livre expressão da subjetividade do trabalhador, de seus valores e mesmo de sua experiência prévia. Para Alves (25), disso decorre uma captura da subjetividade do trabalho vivo² e da força de trabalho, expressão de uma *racionalidade cínica* que caracteriza as sociedades capitalistas na etapa de crise estrutural do capital. Dessa captura do trabalhador resulta a sua liofilização – ressecamento de sua dimensão humana (34,28). Ademais, uma das principais características do fordismo é mantida: a centralização normativa e descentralização executiva. As metas, protocolos e diretrizes continuam a ser definidas pela gerência, ainda que esta passe a valorizar e incorporar ideias trazidas pelos trabalhadores. Para isso, segundo Campos (28):

“a imaginação gerencial tem sido pródiga; ora recorre à truculência, ao poder de excluir os rebeldes, os inaptos; ora, busca socorro na psicologia, seleção de trabalhadores com personalidade adequada à função, estratégias de sedução, treinamentos de novas sensibilidades funcionais ao espírito da organização e, ainda, em outra vertente, se vale da noção de “interesse”, prêmios financeiros ou de status para os produtivos, etc.”(28).

Mesmo o tempo livre do trabalhador passa a ser dedicado para o trabalho, uma vez que é gasto em atividades de qualificação e capacitação para que se torne mais atrativo para a empresa e/ou para o mercado. Investe-se no

² Aqui tratamos da categoria marxista ‘trabalho vivo’ – a atuação humana na transformação da natureza no tempo presente – enquanto trabalho morto é essa atuação já efetivada: a objetivação do trabalho vivo em matéria que funcione como capital constante. O trabalho morto seria, portanto, resultado do trabalho vivo somado à natureza, ou mesmo trabalho vivo adicionado ao trabalho morto – e se configuraria em maquinário, equipamentos e afins – não se depreendendo de Marx nenhum juízo nestas categorias no que diz respeito à emancipação ou subjugação. As inúmeras configurações do trabalho implicarão em inúmeras formas de relação do trabalho vivo com o trabalho morto para a produção de valor e, portanto, em diferentes graus de subsunção do primeiro ao segundo, sem que isso necessariamente resulte em maior ou menor grau de alienação.

desenvolvimento tecnológico e estimula-se o treinamento e qualificação do trabalhador para conhecer todos os processos de produção, para que possa atuar em várias áreas do sistema produtivo da empresa. Dessa forma, a empresa ganha produtividade ao eliminar postos de trabalho, agora passíveis de ser manejados por apenas um trabalhador. Além disso, a outrora subsunção do trabalhador à máquina, em que essa domina o processo de produção do qual aquele é apenas o apêndice que a opera, acentua-se, atingindo também as anteriormente protegidas esferas de trabalho mais reflexivo. A expansão dos métodos científicos não elimina o trabalho vivo, mas o desvaloriza e submete.

“Como a máquina não pode suprimir o trabalho humano, ela necessita de uma maior interação entre a subjetividade que trabalha e a nova máquina inteligente. E, nesse processo, o envolvimento interativo maquínico pode aumentar ainda mais o estranhamento do trabalho, ampliando as formas modernas da reificação, distanciando ainda mais a subjetividade do exercício de uma cotidianidade autêntica e autodeterminada” (32).

As formas de alienação que decorrem desse processo, ainda que minimizadas pela *aparente* redução da separação entre elaboração e execução ou pela redução dos níveis hierárquicos, estão presentes na subjetividade do trabalhador, expressão de uma existência inautêntica e estranhada (34). Trata-se de mudanças somente na aparência das relações, reflexo de um **capitalismo manipulatório** (termo cunhado por Lukács), pois a concepção efetiva dos produtos, a decisão do *que* e de **como** produzir, continua a não pertencer aos trabalhadores. Antunes afirma que “O resultado do processo de trabalho corporificado no produto permanece alheio e **estranho ao produtor**, preservando, sob todos os aspectos, o **fetichismo da mercadoria**” (32, grifos do autor) e segue refletindo, a partir de Gorz (35), que os trabalhadores, no modo de produção toyotista,

“ainda quando ascendem a um alto grau de autonomia, de soberania sobre o trabalho, permanecem alienados porque não possuem a possibilidade de controlar, de estabelecer e de autodeterminar os objetivos de suas atividades. Seguem a serviço de objetivos que não puderam eleger e dos quais, na maioria dos casos, nem sequer têm conhecimento” (35 apud 32).

Outra característica da era da acumulação flexível é a busca do capital por novos *loci* de reprodução. Observa-se a apropriação/espoliação do trabalho intelectual mesmo de clientes, consumidores e usuários dos produtos e serviços a fim de “agregar” valor à produção da mercadoria em uma relação a que Alves

denomina **sociabilidade de predação**, característica do metabolismo social do capitalismo global. Aumentam também, as interconexões existentes entre os setores da economia, como na agroindústria, nos serviços industriais, na indústria de serviços etc., rompendo, conseqüentemente, a lógica da divisão tri-setorial:

“Como é na a esfera da circulação que a mais-valia se realiza – retornando posteriormente à produção para completar o ciclo da reprodução ampliada do capital –, constitui elemento estrutural dessa sociedade a pressão pelo consumo sempre ampliado de mercadorias como forma de garantir a reprodução dos ciclos de acumulação. Com efeito, o modo de produzir capitalista não se restringe às esferas da produção de mercadorias, passando a subsumir progressivamente todas as esferas da organização societária” (36).

No mesmo sentido, há uma expansão do que Marx chamou de *trabalho social combinado*, onde trabalhadores de diversas partes do mundo participam do processo de produção e de serviços (32). Esses fenômenos se associam, ainda, à desregulamentação dos direitos sociais, precarização e terceirização do trabalhador, implicando um aumento da fragmentação e heterogeneização no interior da classe trabalhadora que geram, nas palavras de Antunes (32), uma *dissociabilidade destrutiva* no espaço de trabalho que demole qualquer esboço de ação coletiva, individualizando as relações de trabalho em todos os espaços onde for possível.

Toda essa reflexão acerca da alienação não pode nos levar a incorrer, porém, no erro de prescindir da dialética. Por mais que a estrutura societária capitalista subjuga e aliene o trabalhador, é possível encontrar formas de resistência difusas pelo mundo do trabalho, seja na sombra do mundo operário fabril, seja no setor mais flexível dos serviços ou quaisquer outros *loci* de ocupação do homem-que-trabalha. Meszáros (31) afirma que:

“Alienação é um conceito intrinsecamente **dinâmico**: um conceito que necessariamente implica mudança. A atividade alienada produz não só a ‘consciência alienada’, mas também a ‘consciência de ser alienado’. Essa consciência da alienação, por mais alienada que seja a forma que se apresente – por exemplo, visualizando a autoafirmação em estar ‘junto de si na não razão enquanto não razão’ (27) – tanto contradiz a ideia de uma totalidade inerte alienada quanto indica o aparecimento de uma *necessidade* de suplantação da alienação” (31).

Essa suplantação, transcendência para um outro estado de coisas, ou *Aufhebung*³, é ponto-chave na Teoria da Alienação em Marx. Meszáros (31) afirma mesmo que “no momento em que o problema da transcendência foi concretizado – nos Manuscritos de 1844 – como a negação e a suplantação da “autoalienação do trabalho”, nasceu o sistema de Marx” (31, aspas do autor). Tal afirmação se justifica na reflexão de que justamente a partir do momento em que da exteriorização sobrevém o estranhamento, e com ele um afastamento irreconciliável do homem com sua essência humana, tem-se o fim da fase ontologicamente necessária da autoalienação do trabalho, e surge a autotranscedência da alienação como nova necessidade ontológica. Inaugura-se um momento histórico em que os sujeitos alienados têm de ter capacidade para superarem, por si próprios, o estado de alienação, propondo uma nova ordem social capaz de ser alternativa à ordem alienada. Não se espera, porém, que se atinja um estado de não alienação, pois a negação de um estado só pode existir a partir do próprio estado, isto é: “a negação da alienação não é uma negatividade (vazia) ‘absoluta’, mas, pelo contrário, é a afirmação **positiva** de uma relação de unidade, cujos membros realmente existem em uma **oposição real** entre si” (31, grifos do autor). Assim, Marx não supõe uma sociedade totalmente não alienada, mas sim uma sociedade humana, dentro da dialética da relação entre continuidade e descontinuidade.

³ *Aufhebung*: termo que Marx utiliza para se referir à autotranscedência positiva da autoalienação, e que, em alemão, pode significar transcendência, supressão, preservação, superação (ou substituição) pela elevação a um nível superior (31).

“a) É “autotranscedência” no sentido de que é uma transcendência efetivada pelo próprio sujeito alienado, isto é, a superação deve ser obra dos próprios “trabalhadores assalariados” e não de governos, partidos ou sindicatos: nenhuma destas instâncias político-sindicais é capaz de promover, por si só, a emancipação do homem-que-trabalha. Ao dizer “trabalhadores assalariados”, dizemos proletários no sentido radical da palavra, isto é, “a massa da humanidade como massa totalmente ‘destituída de propriedade’” (37). Por isso, os sujeitos alienados têm de ter capacidade para superarem, por si próprios, o estado de alienação.

b) É autotranscedência “positiva” no sentido de propor para si uma alternativa positiva – concreta – à alienação, construindo assim um sociometabolismo alheio ao sistema social da alienação, baseado na propriedade privada dos meios de produção e na hierarquia social do trabalho. Portanto, coloca-se a necessidade da radicalidade positiva, não meramente insurgente, à ordem burguesa. Ela é positiva no sentido de propor uma nova ordem sociometabólica capaz de ser alternativa – no plano prático-sensível – à ordem alienada. Eis o sentido do “momento sociometabólico” salientado acima, movimento propositivo da classe capaz de alterar, para além de si, as relações sociais que constituem a sua vida cotidiana. A positividade radical tem o caráter propositivo para além da ordem do capital, implicando, inclusive, em tirar as consequências radicais de elementos contraditoriamente compositivos da própria ordem burguesa (partindo de Marx, diríamos: discernir – eis a palavra – embriões da nova ordem no interior da velha ordem” (22).

“A suplantação da atividade alienada mediante a prática humana autoconsciente não constitui uma relação estática entre um **meio e um fim**, sem a possibilidade de interação. Nem se trata de uma **cadeia causal mecanicista** que pressupõe partes já prontas sem possibilidade de serem alteradas na relação – apenas sua respectiva posição está sujeita a mudança, como a de duas bolas de bilhar após colidirem. Assim como a alienação não é um **ato singular** (seja uma “queda” misteriosa ou um resultado mecanicista), o seu oposto, a suplantação da atividade alienada mediante o empreendimento autoconsciente, só pode ser concebido como um *processo* complexo de **interação** que produz mudanças **estruturais** em *todas* as partes da totalidade humana (31, grifos do autor).

Dito isso, temos que a única força capaz de suplantar na prática a alienação da atividade humana é a própria atividade humana autoconsciente, ou seja: os homens, enquanto produtos de uma sociedade alienada, precisam se tornar autoconscientes.

Alves (22) observa que na medida em adentramos a fase do capitalismo manipulatório, a que nos referimos anteriormente, novos obstáculos surgiram, retardando a formação e constituição do sujeito humano capaz de dar resposta radical à condição alienada. O autor afirma, portanto, a necessidade da formação e constituição de homens capazes de autonomia radical – em suas palavras, auto-organização de cultura – em um longo processo histórico, no qual a constituição de espaços de legalidade radicalmente democráticos aplainará o caminho para a efetiva autotranscedência positiva da alienação. Ele parte de Lukács para defender que

“É na vida cotidiana que se põe a formação do sujeito-de-classe, capaz de negar e superar o capital como metabolismo social alienado. A revolução social como processo de *Aufhebung* ou autotranscedência positiva da alienação implica a formação da classe, isto é, processos de subjetivação ou formação de sujeitos humanos capazes de autonomia radical. [...] Por exemplo, a ideia de democratização radical sustentada por ele (Lukács) implica processos cotidianos de elaboração positiva de dinâmicas alternativas à ordem alienada do capital. Assim, o exercício da autonomia radical ocorre no devir humano dos homens, na vida cotidiana como momento de processos mais amplos de transformação histórica” (22).

Do mesmo modo, partiremos desses autores para propor que a formação do sujeito de classe seja feita no microcosmo deste sujeito. Assim, o presente estudo se justifica no sentido de que em diferentes *loci* de trabalho haverá diferentes

graus de alienação, e somente a partir da formação de consciência desses trabalhadores será possível capilarizar a tomada de consciência e se chegar à autotranscedência positiva da alienação. A busca e proposição de espaços de trabalho mais democráticos não se restringe, dessa forma, a uma luta por formas de organização do trabalho que promovam mais autonomia e menor grau de alienação, como respostas parciais ao capital, o que a tornaria não só limitada, mas insuficiente. De fato, diz respeito à busca pela tomada de consciência de classe que leve, em última instância, à autotranscedência positiva da alienação.

Passemos então à análise do trabalho médico, ilustrativa desta dialética alienação-resistência. Antes, porém, cabe apresentar como o fenômeno da alienação é discutido na área da saúde.

2.1 – Uma revisão do tema ‘alienação do trabalho em saúde’ na literatura desta área

A fim de bem compreender como o tema da alienação do trabalho em saúde é tratado pelo campo da saúde, procedemos uma revisão da literatura por meio de levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual da Saúde (bases de dados como Medline, Lilacs, Wholis, BBO e AdoLec) com os descritores “alienação” e “saúde”. Foram encontrados 406 artigos. Consideramos como critérios de inclusão trabalhos de teses, dissertações, artigos e capítulos de livros nos idiomas inglês, português e espanhol cujos resumos ou textos completos encontravam-se disponíveis e que se referissem ao trabalhador ou estudante da área da saúde. Foram excluídas as duplicatas e artigos que não se enquadravam nos critérios acima apresentados e ao final foram selecionados 16 trabalhos que abordavam o tema proposto.

Observamos que o tema de alienação no processo de trabalho em saúde é pouco explorado, com um número restrito de publicações que se concentram nos últimos 10 anos. Tratam-se em sua maioria de ensaios críticos e pesquisas qualitativas, sendo apenas dois deles revisões sistemáticas. Dentre os seis trabalhos de metodologia qualitativa descritiva, cinco se utilizaram de entrevistas semiestruturadas e/ou em profundidade, dois de observação participante e três de análise documental, sendo outras duas pesquisas de metodologia qualitativa tipo

estudo de caso. A opção dos diversos autores pelas metodologias relatadas condiz com o tema a ser pesquisado, uma vez que os trabalhos qualitativos buscam analisar também aquilo que diz respeito à subjetividade do objeto de pesquisa, como o é o processo de alienação do trabalhador. No mesmo sentido, os ensaios críticos, como exposição crítica e aprofundada acerca de um tema, em muito contribuem para a análise de fenômenos de cunho social e político (38).

No que se refere à relação com a Saúde, a maioria dos estudos tratou do trabalho e do ensino na enfermagem, em que a divisão social do trabalho encontra-se enraizada desde o nascimento da profissão (39). Nessa categoria encontram-se sete artigos, três dos quais fazem um paralelo deste fenômeno com o sofrimento no trabalho. Outros dois artigos abordam o mesmo tema com a categoria médica e seis artigos não se restringem a determinada categoria profissional, abordando tanto a constituição e qualidade dos serviços como a divisão social do trabalho e consequente sofrimento do trabalhador.

Acerca do referencial teórico, parece-nos importante relatar que nem todos os estudos informavam claramente seu referencial, ainda que durante a leitura do texto ou na bibliografia fosse possível encontrar pistas sobre as referências do autor. O mesmo ocorreu em relação ao conceito de alienação trabalhado. Em cinco textos este não estava explicitado, sendo que em quatro destes pudemos concluir que se tratava do conceito marxista de alienação e um permaneceu não esclarecido. A esse respeito, observa-se que a não explicitação ou mesmo ausência de teorias de referência dificulta a compreensão do trabalho investigativo, podendo ainda tornar os resultados mera apresentação de dados encontrados, mesmo quando se tratam de pesquisas qualitativas (40).

O referencial teórico e o conceito de alienação usado pelos autores se mostraram fortemente relacionados: o conceito marxista de alienação foi utilizado nos oito estudos referenciados no Materialismo Histórico Dialético, no estudo referenciado na perspectiva subjetivista da antropologia simbólico/ interpretativa e nos três estudos de Hermenêutica-Dialética. Os dois estudos de referencial na Psicologia se utilizam de conceitos de alienação da Saúde Mental. O estudo cujo referencial é Integralidade não explicita o conceito de alienação utilizado.

Pareceu-nos pertinente a leitura a partir do conceito de alienação utilizado nas publicações, com reflexões acerca de como exploram o tema da alienação do trabalho em saúde.

A alienação na perspectiva marxista

Dentre os 16 textos selecionados, 12 autores se utilizam do referencial da Hermenêutica Dialética e do Materialismo Histórico Dialético, apropriando-se, para tal, do conceito marxista de alienação. Essas pesquisas têm em comum o destaque dado à divisão social do trabalho na atualidade como componente essencial do fenômeno de alienação que toma o trabalho e o ensino em Saúde (41,42,43,44,16, 26,45,46,47,48).

Há uma concordância entre os autores de que a divisão social do trabalho na saúde contribui em grande medida para a alienação do trabalhador. As consequências desse processo são analisadas de forma diferente em cada artigo, incluindo o sofrimento do trabalhador, o apagamento da relação trabalhador-usuário e a piora na qualidade de cuidado, seja pela negação de assistência, seja pela fragmentação, seja pela desumanização.

Os estudos que se utilizam deste referencial para abordar o tema do sofrimento do trabalhador de saúde observam que o sofrimento infligido ao outro surge da objetificação do paciente e de si mesmo num processo de produção de procedimentos, e não de saúde. O sofrimento no trabalho também pode ter sua origem em sobrecarga de atividades, em fragmentação, na não participação nos processos decisórios ou no próprio estranhamento do trabalhador de saúde com a produção do cuidado. Podemos citar aqui os estudos de Chaves e Silva (43), Souza e colaboradores (47) e McKinlay e Marceau (45). Esses últimos observam alto grau de sofrimento entre médicos que atuam na Atenção Primária nos mais de 20 países pesquisados, sugerindo que tal descontentamento – fruto de relação alienante com o trabalho – não somente é um problema para os médicos como categoria profissional, mas pode representar uma ameaça para a qualidade dos cuidados prestados.

O processo de alienação do trabalhador aparece ainda em quatro dos estudos selecionados, como presente desde a formação profissional. Isso porque a atividade de ensino tem se mostrado, ela mesma, um trabalho alienado, em que se

favorece o saber técnico prejudicando o aprendizado crítico. Trata-se de uma visão utilitarista e organicista, que privilegia os aspectos biológicos e o desenvolvimento técnico-científico nos currículos em detrimento das questões de ordem social, política e ética, sem se procurar produzir práxis a partir de um contato do aluno em formação com o trabalho (49,39,50). Isso ocorreria por influência do mercado de capital, seja de forma mais direta, dando privilégio ao aprendizado técnico-científico de modo a promover maior uso de tecnologias médico-hospitalares e da indústria farmacêutica (49), quanto mais indireta, pela colocação do professor como vendedor de sua força de trabalho para subsistência, de modo que seja, ele mesmo, trabalhador alienado da atividade de ensinar (50). O que se produz neste modelo é uma excessiva especialização e o distanciamento dos conteúdos curriculares em relação ao perfil geral do profissional da saúde e às necessidades da população, cujas principais consequências são a produção fragmentada do cuidado e a baixa capacidade de reflexão sobre a prática profissional. Nesse sistema, a própria educação seria vista como mercadoria, de forma que, antes de conscientizar e formar um trabalhador crítico, o aliena.

Tudo isso culmina em uma formação muito distante da realidade cotidiana na qual o aluno exercerá sua atividade profissional, fato que pode ser observado no discurso dos médicos entrevistados por Gomes (16): a formação voltada para grandes feitos e casos complexos que raramente serão vistos no dia a dia da profissão; o ensinamento de que o médico é o sujeito principal da relação médico-paciente, o “dono da verdade”; a grande influência do complexo médico-industrial desde a formação acadêmica e se seguindo na educação continuada; a formação voltada para tratamento medicamentoso, com baixa carga horária de estudo – falta de treinamento quer seja para lidar com a subjetividade dos pacientes, quer seja para vê-los de forma holística – focado em órgãos e sistemas e as patologias que acometem os pacientes; a falta de formação social e sobrevalorização da técnica, reforçada pelo discurso de que a faculdade seria um local de se obter informação, e não formação. Enfim, um ensino alienado do trabalho médico como prática social. Neste sentido, Sousa (39) discute a inversão do papel da universidade no sistema capitalista, que ao invés de proporcionar uma formação reflexiva voltada para a práxis, promove uma ruptura entre atividade intelectual e prática que vai de encontro à existência de um homem consciente, com domínio crítico do real e capacidade de

apreender a própria vida, gerando sua alienação e dominação pelas classes hegemônicas.

Conceito de alienação na perspectiva psicanalítica

Outro conceito de alienação encontrado nos textos revisados parte de referenciais da Saúde Mental. Um deles se trata de perspectiva psicanalítica, apoiada no conceito de alteridade com o qual trabalhou Lacan:

“O momento de inauguração da relação do sujeito com seu próprio corpo, momento de alienação e reconhecimento, no qual o encontro entre o observador e seu reflexo só pode adquirir sentido se houver um outro que confirme a ele a importância do que aconteceu” (51).

Nesse sentido, a alienação é o ponto a partir do qual o sujeito se percebe e passa então a buscar reconhecer-se a si próprio além e apesar da existência do outro. Seria um retorno para si, do indivíduo que estava alienado no outro. Dentro desse conceito, Ribeiro (51) analisa o que considera a contraditoriedade do dispositivo estudado, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que existe em sua história para respeitar este caminho (diferentemente do manicômio), isto é: permitir que o indivíduo tenha autonomia para traçar este percurso de autoconstrução, ao mesmo tempo em que não permite a mesma “liberdade” aos trabalhadores. Ao se prender à produção, “engessa” o trabalhador e o usuário em atividades que não necessariamente fazem sentido para eles, retornando esses indivíduos para a alienação.

Um ponto em comum com a análise no conceito marxista, refere-se ao não empoderamento do indivíduo nas decisões e planejamentos do serviço, seja ele usuário ou trabalhador. Nas palavras da autora,

“Assim, serviços alienados em um fazer sem sentido, com profissionais alienados em atividades obrigatórias, e com usuários obrigados a atividades alienantes seria o cenário mais aterrador e, no entanto, altamente possível, em que a ideia e o dispositivo CAPS poderiam desaguar” (51).

Fromm (42) traça um paralelo entre o conceito de alienação relacionado à alteridade e o conceito marxista, de não reconhecimento no produto de seu trabalho:

“Por meio da alienação projeto em um objeto exterior uma experiência que existe potencialmente em mim. Alieno uma parte de

minha própria experiência humana interior e projeto essa experiência em alguém ou algo exterior; depois – estabelecendo uma relação com o objeto no qual projetei minha humanidade – tento dessa maneira entrar em relação com minha própria humanidade. Isso é tanto do âmbito a idolatria quanto da alienação. Os dois termos se referem exatamente ao mesmo fenômeno: um deles é empregado por Hegel e Marx, o outro pelos profetas do Antigo testamento” (42).

Segundo o autor, a partir desse movimento o homem se transforma em coisa, porque se torna dependente de objetos que produziu. Trata-se da idolatria ou, como chamaria Lukács, da reificação (42).

O segundo artigo que também trata da alienação dentro de um conceito da psicologia, aborda esse fenômeno como definido por Hajda (53): um sentimento de desconforto que reflete sua exclusão ou auto exclusão da participação cultural e social. Segundo Jan Hajda: “É uma expressão de não pertencimento e não compartilhamento ou de não acolhimento em comparação com outros indivíduos” (54, tradução nossa). Neste artigo, experiências de estudantes são analisadas a partir da dialética pertencimento/ alienação. O pertencimento se relaciona com uma boa tutoria e uma boa relação com os profissionais do serviço onde está ocorrendo o aprendizado e se reflete na motivação para o aprendizado e nas decisões futuras de carreira, determinando – em grande escala – o quanto os estudantes aprendem. Alienação, por sua vez, partiria da exclusão pela equipe e rejeição ou conflito entre os valores pessoais e profissionais do estudante e os da instituição, caso este em que a pessoa se distancia emocionalmente como forma de defesa. Como consequência, observa-se: perda de controle e impotência, aumento de ansiedade e estresse, desconexão e descompromisso com o serviço, além de redução da felicidade e do bem-estar.

Esses conceitos pautados na psicologia referem-se a um fenômeno que tem como base o indivíduo, em processos do inconsciente. Porém, mesmo Freud aponta em seus estudos que o inconsciente é organizado a partir de questões de gênero, etnia, religião e geração, ou seja, questões da ordem social, traço que une seus trabalhos aos de Marx. Assim, consideramos que a alienação de um trabalhador é tanto um fenômeno estrutural (com origem na relação com o processo de produção e com a mercadoria), quanto um estado psicológico individual (com consequências em termos de estresse, insatisfação e descontentamento). Não podemos, portanto, negar a importância do contexto social em sua instalação, pois

todo indivíduo se encontra inserido em um contexto que irá influenciar em suas relações com o outro e em sua inserção social.

Outros referenciais

Dentre os trabalhos revisados, há um artigo que aponta como referencial teórico a integralidade, “em suas três dimensões: a primeira, refere-se à formulação e aplicação das políticas de saúde; a segunda, diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde; e a terceira, relaciona-se às práticas dos profissionais de saúde” (55). Este artigo trabalha com o conceito de alienação, mas não o define de forma clara. Ainda assim, pudemos inferir que se trata da alienação no sentido da separação, do alijamento à possibilidade de participar das decisões sobre o trabalho e as políticas de saúde adotadas por uma Unidade de Saúde da Família (USF), claramente expresso na observação, pelos autores do artigo, de que “considera-se que a inexistência de espaços de interação entre os sujeitos implica na alienação destes quanto à organização e finalidade da USF” (55). Dessa forma, uma vez que esta compreensão do termo se encontra contemplada nos conceitos de alienação apresentados anteriormente, não nos aprofundaremos neste item.

Concluimos que os trabalhos revisados têm em comum a percepção de que o fenômeno de alienação – seja ela da subjetividade do trabalhador ou de sua objetificação – perpassa todos os serviços de saúde a partir de um modo de gestão hegemônico que desconsidera o protagonismo dos indivíduos envolvidos no cuidado em saúde: trabalhador e usuário. Baseando-nos em Onocko-Campos (56) e Campos (57) compreendemos que – em oposição à postura individual de internalização e reprodução de processos alienantes – seria uma função da gestão direcionar para a produção de mais autonomia e criatividade, diminuindo a alienação. Os autores dos textos revisados sugerem formas diversas de superação dessa lógica: insubordinação dos docentes à divisão do próprio trabalho e submissão às regras de mercado para publicações; participação por parte de todos os trabalhadores que executam desde o planejamento de suas tarefas; investimento na formação e aperfeiçoamento dos trabalhadores, de tal forma que os sujeitos dominem objeto, finalidade e instrumentos de seu trabalho; aproximação de ensino e serviços; entre outros.

Depreende-se então, que estudos acerca do tema se fazem necessários de modo a propor formas de se superar modos de gestão que priorizam o olhar para a doença e a alienação do trabalhador. Mesmo nos estudos em que a alienação não era o objeto principal, sua observação foi tratada como um problema a ser superado para melhoria dos serviços e diminuição do sofrimento do trabalhador, o que torna clara a importância da presente pesquisa.

CAPÍTULO 3

O trabalho médico entre a mudança e a continuidade

Desde o brilhante estudo de Donnangelo a respeito da Profissão Médica (58), diversas pesquisas têm sido elaboradas no intuito de compreender a inserção desse profissional no mercado de trabalho (26,59,60,15,6). Tratam-se de excelentes estudos qualitativos e quantitativos que exploram o mundo do trabalho médico em seus pormenores, dando conta da abrangência das mudanças que ocorreram na profissão ao longo das últimas décadas. A presente pesquisa não pretende se aprofundar nessas questões, mas sim analisar como esse processo de mudança pode ter contribuído para a alienação do trabalho médico. Para tanto, iremos abordar os principais pontos de mudança e continuidade observados na profissão, de modo a contextualizar nosso campo de estudo: o trabalho médico na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. Assim, no decorrer deste capítulo, abordamos as mudanças no trabalho médico a partir do século XX, quando o Estado e o capital passaram a determinar o preço e as relações de compra e venda no setor saúde (61), não nos furtando a observar que, nesse mesmo período, grande parte da produção de serviços de saúde passou a ser realizada direta ou indiretamente pelo Estado, por intermédio dos denominados Sistemas Nacionais Públicos de Saúde, tendo no SUS o exemplo brasileiro.

Começamos pela importante constatação de que a profissão médica não foi instituída no interior do processo de constituição da sociedade capitalista (62). Durante um longo processo histórico – organização da sociedade em burgos; início da manufatura; processo de industrialização – a medicina permaneceu uma profissão liberal. Isso não significa, porém, que tenha se desenvolvido de maneira a-

histórica (63). No século XVIII, sob influência do pensamento iluminista e mecanicista, a perspectiva sobrenatural de saúde e doença atrelada à igreja foi sendo substituída pela concepção do corpo como um mecanismo regido pelas leis naturais do universo. O corpo passa a ser visto como uma máquina à qual apenas o médico tem acesso, estabelecendo uma nova relação entre doenças e anatomia, e entre a medicina e a sociedade. Ao mesmo tempo, da necessidade de manter os exércitos dos nascentes Estados Nacionais, surge a prática médica focada no controle e reparação dos corpos (63). A esse respeito, façamos uma breve retomada do capítulo anterior, quando refletimos sobre como o desenvolvimento tecnológico do trabalho permitiu ao homem desfrutar do ócio e assim desenvolver raciocínio abstrato, proporcionando o crescimento da sociedade como um todo, e de como essa mesma evolução potencializadora das capacidades humanas permitiu a divisão social do trabalho e o fracionamento da humanidade e ruptura da comunidade espontânea. Fenômeno semelhante ocorre com a medicina: o desenvolvimento tecnocientífico que permitiu o avanço social em termos de adoecimento e mortalidade, na reparação dos corpos à qual nos referimos, também culminou em um fracionamento: aquele do corpo, tornado coisa para a prática médica. Institui-se o paradigma biomédico, de reificação do sujeito com perda de suas dimensões subjetiva e social. Nesse período, o médico ainda se apresentava como figura única de sua prática, detentor de um saber teórico-prático muito baseado na clínica cotidiana. Assim, entre 1890 e 1920, praticava-se no Brasil uma medicina liberal, o que se deve tanto ao processo de urbanização do país com fraco mercado interno de consumo de bens e serviços; quanto pela impossibilidade de compra direta de serviços, seja pelo baixo poder aquisitivo da população, seja pela escassez de profissionais médicos (6).

Em seguida, já no século XIX, com a emergência da produção fabril das indústrias e a necessidade de grandes contingentes de trabalhadores manuais, a medicina passa a responder pela necessidade de pronta reparação desses indivíduos e, sobretudo, de modo urgente, pela recuperação da força física de seu corpo, dando espaço para formas precursoras de uma medicina pública (6,63). Nesse mesmo período, a revolução industrial proporciona maior avanço tecnológico também para área da saúde, com consequente especialização da atividade médica. Na primeira metade do século XX, o encarecimento dos serviços médicos e a

fragmentação do conhecimento marcam a necessidade da organização dos profissionais em grupos e de intermediação do trabalho, inaugurando a progressiva captura da profissão médica pelo modo de produção capitalista e iniciando uma fase de transição de modelos que se perpetuou de 1930 até 1960 (58,6).

Nessa nascente medicina previdenciária, permanece a prática liberal e surgem – de maneira associada – modalidades de trabalho assalariado no trabalho vinculado às Caixas de Aposentadorias e Pensões e nas formas filantrópicas de assistência à saúde (6). Partindo de Donnangelo e Schraiber, Gomes (16) reflete que:

“Esse quadro multifacetado das formas de trabalho criará um processo profundamente complexo e contraditório que já combina a partir desse momento histórico, na atividade profissional dos médicos, práticas liberais e assalariadas. Indo além, [as autoras] ressaltam como a imbricada e complexa relação entre estado e empresas médicas restringe o campo de atuação da medicina liberal ao mesmo tempo em que fomenta os embriões de sua futura superação pela medicina socializada (tecnológica), tanto de caráter estatal quanto empresarial, processo que começa a se consolidar a partir de 1940 com a medicina previdenciária” (16).

Nesse período, com a formação do sistema previdenciário, o Estado passa a direcionar, além das demandas sanitárias de caráter coletivo que já havia assumido para si, as demandas individuais por assistência médica e hospitalar, tornando-se o monopolizador do mercado de assistência médica (58,16,61). Trata-se de uma especificidade do Brasil, em que o Estado assume de forma direta o papel de grande produtor e grande comprador de serviços (6).

Além da forma de organização do mercado e dos serviços, há uma mudança também na prática médica, em que novos conhecimentos e teorias provocam novas conformações. Os anos 1920 vivem o surgimento da Educação Sanitária, de concepção higienista, que dão lugar, nos anos 1950, à medicina preventiva, com suas novas concepções de diagnóstico precoce e de horizonte clínico. Como apontam Schraiber e Mendes-Gonçalves (59),

“Essa teoria produziu uma proposta de ações assistenciais cuja organização não se esgotaria na assistência médica curativa da época, ou tampouco na educação sanitária, então reduzida às noções de higiene. Em termos diagnósticos, o paciente deveria ser abordado como um **todo biopsicossocial**, o que terapeuticamente representou uma grande reorientação dos cuidados: um **sistema**

articulado de cuidados em níveis progressivos de atuação. Os níveis seriam: primário, secundário e terciário” (64).

Trata-se do mesmo período em que o fordismo/taylorismo dão seus primeiros sinais no Brasil, expandindo-se como ideal de produção. O modo de regulação desse regime de acumulação, conhecido como administração científica, ancorou-se no tripé Estado, Capital e Trabalho, contando com o apoio da burguesia industrial paulista e de Getúlio Vargas (65). Posteriormente – entre as décadas de 1960 e 1980 – o desenvolvimento de um complexo médico-industrial de produção de serviços e insumos, fomentado e financiado pelo Estado por meio de convênios e contratos com a rede privada, termina por organizar a prática médica em moldes essencialmente capitalistas (61). Mesmo que houvesse três níveis de atenção, à Atenção Primária é dado papel inferior, com concentração dos investimentos no setor hospitalar. Essa nova conformação hospitalocêntrica e inspirada no trabalho industrial implicou na divisão-parceirização das atividades da assistência médica. Sua ênfase no **como fazer**, a divisão do trabalho em tarefas, a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias, fragmentação da assistência, entre outros (66,67) compartimentalizou e burocratizou o cuidado.

Como mencionado anteriormente, esse período também foi caracterizado pelo princípio de um grande avanço tecnológico que se perpetua, produzindo importantes mudanças na profissão médica a que Donnangelo (58) denomina “Medicina Tecnológica”, que prevalece desde a década de 1960. A autora afirma que “os efeitos do desenvolvimento científico-tecnológico dizem respeito, diretamente, às possibilidades de apropriação ou controle, pelo produtor, dos instrumentos de trabalho” (58). Isso porque o avanço técnico impossibilita que um único profissional domine a totalidade do conhecimento médico ou que tenha acesso aos equipamentos necessários ao seu trabalho, criando uma dependência de outros profissionais, com fins de complementariedade do cuidado, e do capital, que irá propiciar o uso equipamentos, cada vez mais indispensáveis para a prática da profissão.

Ainda, nesse sistema o médico ocupou lugar privilegiado. Donnangelo (58) observa que, de fato, o deslocamento do trabalho médico da clínica privada para o hospital não representou nenhuma inovação no mercado. A integração do

médico nessas instituições constituiu-se num elemento de manutenção de seu status social e profissional, uma vez que os hospitais se constituíam em importantes centros de renovação e conhecimento e que ali o médico se encontrava no ápice da hierarquia de autoridade (58), mantendo-se também o paradigma biomédico.

O fordismo/taylorismo se refletiu de forma profunda na ideologia, cultura e modos de vida do ocidente, prevalecendo como pensamento hegemônico até a década de 1970; todavia, persistem suas características e influências (65). A ele se seguiu uma crise do padrão de acumulação que fez com que o capital deflagrasse várias transformações no processo produtivo (32), iniciando o período do pós-fordismo, a respeito do qual discorreremos no capítulo anterior⁴.

Na saúde, a **acumulação flexível** chega no mesmo período em que em se intensifica a tensão sobre o paradigma biomédico e se propõe maior investimento na medicina de comunidade e preventiva. Mudanças provenientes do processo de descentralização do setor a partir da implantação do SUS são incorporadas ao mercado de trabalho em saúde, com incremento nos empregos médicos no setor público – 38% entre 1992 e 1998 – principalmente na atenção ambulatorial dos municípios em postos de trabalho na atenção básica, integrada por especialidades como: clínica, pediatria e gineco-obstetrícia. Paralelamente, há um aumento ainda mais significativo do emprego médico no setor privado – 48,5% no mesmo período – especialmente na assistência hospitalar, favorecido pela demanda de serviços diagnósticos, especializados e de alto custo por parte do SUS (61). Mantém-se a tendência progressiva ao assalariamento tanto na esfera pública quanto na esfera privada, enquanto se reduz a forma de trabalho em consultório, que embora permaneça como importante modalidade de trabalho⁵ (16), apresentou mudanças

⁴ Conforme discorreremos no capítulo 1, a reestruturação produtiva incorporou formas de acumulação flexível, *downsizing*, formas de gestão organizacional, grande avanço tecnológico e modelos alternativos ao fordismo, dos quais o toyotismo, nascido de uma adaptação da administração científica às fábricas japonesas da Toyota, é a maior expressão (32,68). Gounet (68) afirma que o toyotismo “é uma resposta a crise do Fordismo nos anos 70. Em lugar do trabalho desqualificado, o operário é levado à polivalência. Em vez da linha individualizada, ele integra uma equipe. No lugar da produção em massa, para desconhecidos, trabalha um elemento para satisfazer a equipe que vem depois da sua na cadeia. Em suma, o toyotismo elimina, aparentemente, o trabalho repetitivo, ultra-simplificado, desmotivante, embrutecedor. Afinal chegou a hora do enriquecimento profissional, do cliente satisfeito, do controle de qualidade” (68). No presente capítulo iremos nos ater às modificações proporcionadas por este modo de produção no trabalho em saúde.

⁵ “Diversos estudos têm demonstrado que, apesar de significativa tendência à redução progressiva, mantém-se ao longo das últimas décadas o trabalho no consultório como importante forma de trabalho de parte significativa dos médicos. Em estudo da década de 1990, Machado (69) demonstrou como o percentual de médicos que mantinham a prática em consultório estava em torno de 74,7%. Já em estudo posterior, oito anos após esse

que a afastaram ainda mais da prática liberal e autônoma, tornando-a um **empreendimento dependente de organização do tipo empresarial** (6).

Como características do pós-fordismo, a desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho no Brasil também se refletem na qualidade do emprego no setor saúde. Partindo de estudo de Silva e Costa⁶, Maciel Filho e Pierantoni (61) observam que a expansão da força de trabalho no SUS deu-se por meio de terceirização para cooperativas e empresas, contratos de autônomos e outros tipos inespecíficos de contratação. Observa-se, ainda, queda dos salários reais de médicos e de outros profissionais de saúde, o que estimulou a ampliação do múltiplo emprego e jornadas extensivas de trabalho, comprometendo a motivação e promovendo acentuado grau de desgaste e sofrimento psíquico (61,16,45). Porém, se considerarmos os rendimentos elevados da classe médica frente à média brasileira – que excedem o necessário à sua subsistência e reprodução – essa característica de superexploração do próprio trabalho parece se justificar mais pelo desejo de manutenção de um padrão de consumo já não compatível com o mercado de trabalho médico. Scheffer e colaboradores (60) observam que:

“São características marcantes da profissão médica no Brasil a multiplicidade de vínculos de trabalho (quase metade dos médicos tem três ou mais empregos), as longas jornadas (dois terços trabalham mais de 40 horas semanais), a realização de plantões (45% atuam em pelo menos um por semana) e os rendimentos mais elevados, se comparados a outras profissões (um terço dos médicos ganha acima de R\$ 16.000 mensais, somando todos os vínculos). Especificamente o acúmulo de trabalhos e a carga horária excessiva podem ter repercussões sobre a saúde do médico, a exemplo da síndrome da estafa profissional (burnout) assim como podem dificultar ou mesmo impossibilitar as atividades de formação continuada. Na percepção sobre carga de trabalho, um terço dos médicos afirma que se sente sobrecarregado” (60).

primeiro, Carneiro e Gouveia (70) demonstraram uma redução significativa desse número para 67%. [...] Importante salientar que tais percentuais não se referem ao exercício exclusivo em consultório. Pelo contrário, a maioria dos médicos possui uma diversificação razoável de atividades e vínculos no mercado de trabalho, sendo o consultório um componente dessa diversidade visto que o percentual de médicos que exerce exclusivamente essa modalidade é insignificante” (16). Agregando os dados obtidos por Scheffer et al. (60), observa-se que entre 2004 e 2015 houve uma queda menos significativa desta modalidade de trabalho, que passou a representar 59,9% dos médicos, totalizando, em 10 anos, uma redução de quase 20%.

⁶ Trata-se de discussão proposta por Silva e Costa a partir de estudo desenvolvido no ano 2000 pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp, publicada em Silva, P.L.B; Costa, N. do R. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. In: Negri, B; Faria, R; Viana, A. L. D(Org.) *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, 2002. p. 275-285

Podemos dizer, portanto, que as características de assalariamento e perda relativa de autonomia iniciadas no período fordista prosseguiram. Importa, porém, ressaltar que os médicos foram capazes de se organizar – valendo-se de uma força política e corporativa gestada ao longo de anos de trabalho liberal – para defender sua autonomia mesmo em situações em que não eram proprietários dos meios necessários à sua atividade, sendo capazes até mesmo de impor aos gestores sua forma de organizar o trabalho (28). Para o Campos (28) “o conceito e a organização do trabalho segundo a lógica de corpo clínico, em hospitais públicos e privados, confirmam essa hipótese” (28).

Ademais, quando falamos de médicos não mais podemos nos referir a uma classe homogênea. Em seu estudo de 1988, Campos partiu da observação da heterogeneidade estrutural no mercado de trabalho médico e na forma com que se organiza a produção de serviços de saúde no Brasil para estudar a divisão de caráter mais ou menos estável no movimento dos médicos. Essa heterogeneidade permanece e se aprofunda, “possibilitando a organização de frações da categoria segundo diferentes entendimentos de seus interesses imediatos, da política de saúde e mesmo do relacionamento da corporação com o restante da sociedade” (57). Se até aqui tratamos de médicos submetidos à dinâmica do capital, o autor observa que:

“em grande medida, a função social do médico em formações econômico-sociais capitalistas, de através da sua prática profissional exercer algum tipo de controle social e de participar das condições de dominação, é possível devida à sua vinculação estrutural, a nível de produção de serviços de saúde, com as formas privadas de prestação de serviço e, portanto, com o capital” (57).

Em recente estudo em colaboração com os Conselhos Federal de Medicina (CFM) e de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Scheffer, Biancarelli e Cassenote (60) traçam um perfil dos médicos no Brasil em 2015, do qual extraímos algumas informações relevantes:

- Apenas 22% dos médicos têm um único vínculo de trabalho, enquanto 53,8% tem dois ou três vínculos. 5,4% têm seis ou mais.
- 75,5% dos médicos trabalham mais de 40 horas semanais, sendo que 32,4% afirma trabalhar mais de 60 horas por semana. Entre os

médicos de faixa etária entre 35 e 60 anos, 16,6% cumprem jornada de 80 horas ou mais.

- No que se refere aos rendimentos, o assalariamento é a forma mais comum (44,4%) e predomina entre os médicos mais jovens – de até 35 anos. Segue o pagamento por produção (41,2%), dividindo-se em remuneração por número de pacientes atendidos (23,2%), por número de procedimentos (10,8%) e por “pacote” (7,2%)⁷. Já a remuneração por hora trabalhada corresponde a 13,5%, sendo também mais comum entre os jovens. No setor privado predomina o pagamento por paciente atendido (40,5%), especialmente entre os médicos que atendem em consultório.

- Quanto à remuneração, aproximadamente metade dos médicos (53,9%) recebem mais de R\$ 12 mil mensais. 20% – ou um quinto deles – recebem até R\$ 8 mil e 22,3% – ou quase um quarto do total – entre R\$ 8 mil e R\$ 12 mil. Entre os que recebem acima de R\$ 12 mil, 20,1% do total nacional atingem rendimentos entre R\$ 12 mil e R\$ 16 mil; 40,5% recebem entre R\$ 12 mil e R\$ 24 mil, e 13,4%, R\$ 24 mil ou mais.

- 21,6% dos médicos trabalham exclusivamente no setor público e 26,9% só atuam no setor privado. Os demais, 51,5%, atuam nas duas esferas, a pública e a privada. Considerando a atuação exclusiva mais a sobreposição (atuação concomitante nos dois setores), 78,4% dos médicos trabalham no setor privado e 73,1% trabalham no setor público.

- 75% dos médicos que têm consultório atendem pacientes conveniados a planos e seguros de saúde, de modo que “As características da medicina liberal vêm perdendo espaço. O médico tem cada vez menos a “propriedade” de seu local de trabalho e, apesar de mantido, o ofício em consultório surge mais diversificado” (60).

- Mantém-se uma prática médica hospitalocêntrica no setor público, com 51,5% dos médicos que trabalham no setor público atuando em hospitais. Seguem os serviços de atenção primária em saúde (23,5%), incluindo unidades básicas e Programa de Saúde da Família e os serviços de atenção secundária e especializada (4,8%).

⁷ “Pacote, comum entre planos e seguros de saúde, é o conjunto de procedimentos e atos médicos necessários ao atendimento de determinado diagnóstico ou situação clínica” (60).

- No setor privado, os locais de trabalho mais frequentes são o consultório particular (40,1%), o hospital privado (38,1%) e a clínica ou ambulatório privado (31,1%), seguidos de universidade privada (5,3%), serviço médico de empresa (4,8%) e laboratórios e serviços de diagnose e terapia (1,8%).
- As 39 cidades com mais de 500 mil habitantes concentram 30% da população e 60% de todos os médicos do país.

Traça-se um perfil de inserção profissional que implica perda relativa da autonomia mercantil; uma maior complexidade técnica em razão da especialização e dos recursos instrumentais da intervenção; e, ainda, intensificação de conflitos de base institucional acerca do controle da clientela e das condições de trabalho, agora subsumidos aos empregadores, planos/seguros saúde ou cooperativas médicas (58,61,16,15,6). O fato de que muitas especialidades dependem de recursos técnico-operacionais e da troca de saberes e competências com outras especialidades e profissionais, só disponíveis em hospitais, clínicas e outros espaços mais estruturados, reflete na convivência das formas coletivas e privadas da medicina (16) e abre espaço para o capital. Resulta que – como observa Lojkin (71) – nota-se a introdução de critérios de rentabilidade de empresas industriais nos hospitais, que traz consigo a introdução da informática e a divisão-parceirização das atividades do tratamento médico, com consequente supressão do contato humano entre prestador e usuário. Nas palavras do autor:

“A técnica aparece como ponto de culminação e não o ponto de partida da transformação da divisão do trabalho. Quando o objetivo é atingir a fixação de um custo (um ‘orçamento’) por doença e por doente, a técnica surge como instrumento ótimo para alcançar a padronização dos produtos e dos meios” (71).

Assim, surgem diversos intermediários na relação médico-trabalho que podem ser resumidos: de um lado, no sistema público de saúde – aqui representado pelo SUS – e, de outro, no mercado privado dos grandes detentores de capital e tecnologia. Progressivamente, a profissão médica passa a se submeter às regras da produção capitalista de mercadorias, que tem como fundamento a separação entre o trabalhador e os meios necessários à execução do trabalho. Porém, a força corporativa da profissão faz com que o trabalho médico resista a essa captura mesmo nos espaços em que o médico atua como assalariado ou mesmo com

vínculo precarizado, configurando-se em um exercício de autonomia atípica da profissão. No SUS, campo desta pesquisa, isso é especialmente relevante, pois resulta na baixa governabilidade dos gestores sobre esses profissionais e na dificuldade de se superar o paradigma biomédico.

A esse respeito e no que se refere à organização e gestão do trabalho, Peduzzi (72) observa que a área da saúde, e principalmente o novo modelo proposto pelo SUS de atenção primária e construção multiprofissional do cuidado, apresenta afinidades com a organização flexível do trabalho da era pós-fordista (72,65). A constituição em equipes interdisciplinares, que reduz a hierarquização e democratiza o trabalho, seria um ponto comum com a reestruturação produtiva e uma resposta positiva à fragmentação do cuidado nos moldes do fordismo/taylorismo. Discute-se, porém, se essas novas formas de organização representaram um aumento real na autonomia dos trabalhadores ou somente criaram uma percepção de autonomia, permitindo uma intensificação das condições existentes de exploração e maior concentração de poder em favor dos empregadores (34,65). Tal questionamento poderá ser esclarecido por estudos posteriores acerca do trabalho em saúde da era da acumulação flexível. A nós, cabe observar que o trabalho coletivo interdisciplinar – ao incluir outros núcleos profissionais e trazer o social novamente para o escopo do trabalho em saúde – tenciona subverter o modelo médico-centrado que predominava até então. Estas características de superação do modelo biomédico e singularização dos casos, com reconhecimento da dimensão social da doença, criam uma tensão com a classe médica, que deixa de ocupar *locus* privilegiado na cadeia produtiva da saúde. As relações mais horizontalizadas com profissionais de outras áreas da saúde e uma nova e mais abrangente concepção de adoecimento acabam por valorizar outros saberes e fazem com que o médico deixe de ser a figura central do cuidado em saúde. Mota e Schraiber (63) afirmam que o reconhecimento dos direitos sociais e humanos

“amplia essa tensão sobre uma prática que, na ótica de um tempo de longa duração, há muito se encontra ancorada no poder unilateral de um de seus sujeitos: o médico. Este reconhecimento dos direitos sociais e humanos, sem dúvida, vem promovendo rupturas na tradicional autoridade médica, questionamentos sociais de que, ainda hoje, se ressentem os médicos” (63).

Ressentem-se também da perda do caráter liberal da prática médica, no que consideram como interferência “externa” na profissão – aquelas de cunho mais institucionalizador, como as regras impostas pelos planos de saúde ou pela gestão pública (16) – de modo que se percebe uma resistência do profissional a se submeter a condições normativas capazes de interferir em sua autonomia (58,16). Essa resistência, porém, não se aplica ao que os médicos consideram como interferência “interna” – aquela ditada pelos próprios pares e suas instituições, tendo nos Consensos e Diretrizes seu principal exemplo.

No que se refere ao trabalho no SUS, a resistência dos profissionais engloba outros fatores. Há uma dificuldade constante em atrair médicos em especial para a Atenção Primária em Saúde, onde o exercício do poder médico é constrangido – como mencionado anteriormente – pela valorização das questões sociais da comunidade em detrimento da técnica pura e simples, pela gestão mais democrática e pelo trabalho em equipe multiprofissional. Ademais, há uma percepção, que vem desde a década de 1930, da relação de trabalho com o serviço público de saúde como uma forma de “medicina social”, próxima da filantropia, e que portanto ocuparia espaço de menor importância no cotidiano de múltiplos vínculos destes profissionais. Nas palavras de Schraiber (6):

“Fosse porque o pagamento era indireto, porque era feito pelas sociedades benemerentes, porque não era vultuoso – e nem a renda principal – ou simplesmente porque seus pacientes eram pessoas pobres, a “medicina social” foi vista – não só pelos médicos, mas também pelos próprios pacientes – como uma certa continuidade da caridade. De certo modo, essa percepção persistiu até os anos 1980 e segue referida à assistência médica prestada pelo setor público como, por exemplo, a do Sistema Único de Saúde (SUS)” (6).

Tampouco podemos desconsiderar a queixa dos médicos de falta de estrutura no sistema público ou falta de acesso a tecnologias.

Assim, a concepção de uma rede básica onde trabalhariam um clínico geral ou médico de família esbarra na dificuldade de se encontrar esse trabalhador, uma vez que estes núcleos de atuação e o trabalho no setor público não são valorizados pela categoria profissional. No estudo de Scheffer e colaboradores (60), 42% dos médicos entrevistados relataram preferir trabalhar no setor privado, mesmo

que hipoteticamente ambos os setores oferecessem condições iguais de estrutura e remuneração. Segundo Campos, Chakour e Santos (73) nota-se,

“uma desvalorização do trabalho mais clínico, mais polivalente, mais integrativo, em contraste com uma supervalorização de outros dependentes de tecnologias “duras”, de equipamentos operados por especialistas em “pedaços” muito específicos do processo diagnóstico ou terapêutico” (73).

Essa desvalorização encontra-se também expressa na remuneração, uma vez que os médicos que atuam no setor privado e os que estão em ambos os setores possuem rendimentos mais elevados que aqueles que atuam apenas no público – 37,8% desses últimos estão na menor faixa salarial da categoria, recebendo R\$ 8 mil ou menos por mês. Esta porcentagem cai para 21,8% no setor privado e para 11,6% entre os que atuam concomitantemente nos dois setores. Já os que atuam em consultório, aspiração última do ideal de medicina liberal e autônoma, encontram-se nas melhores faixas de salário e são especialistas em maior número, ainda que tenham mais vínculos de trabalho e façam jornadas mais longas. Os médicos nesse grupo, 68,6% deles donos do próprio consultório, têm mais tempo desde a formação, estão mais presentes nas capitais, concentram-se nas faixas etárias mais elevadas e são homens na maioria.

Essa não é a única disparidade entre os setores público e privado no que tange a adesão do trabalhador médico. Mesmo o suposto equilíbrio numérico de médicos em ambos os setores encontrado por Scheffer e colaboradores (60) precisa ser relativizado. Conforme os autores:

“É imensa a desigualdade de concentração dos médicos a favor do setor privado, se consideradas as populações cobertas pelo Sistema Único de Saúde (75% da população utilizam exclusivamente o SUS) e pela assistência médica suplementar (25% da população, além do direito ao SUS, têm plano ou seguro de saúde). A desigualdade está nesta distribuição. [...]. Assim, em nível nacional, a população atendida pela assistência médica suplementar tem aproximadamente três vezes mais médicos à sua disposição que a população atendida pela rede pública. As desigualdades público-privado podem assumir expressão ainda mais alarmante em diferentes regiões brasileiras e entre especialidades médicas. Acrescenta-se o fato de que o estudo mostrou maior concentração de médicos especialistas no setor privado. A forte atuação de especialistas em consultórios particulares contrasta com a baixa presença de médicos nos serviços de atenção secundária e especializada do SUS” (60).

Assim, enquanto a razão de postos de trabalho por médicos em atuação no Brasil cresceu 1,35 médico no setor público em 2009, no setor privado o crescimento foi de 1,86, o que implica uma diferença expressiva na disponibilidade de médicos para a população coberta pelo setor privado em relação à população que depende exclusivamente do SUS.

Portanto, os dados encontrados nesse estudo permitem inferir que a “presença dos médicos nas unidades básicas de saúde e estratégia saúde da família pode não ser suficiente para a efetivação da atenção primária como ordenadora do sistema de saúde” (60). A integralidade do cuidado está ainda mais comprometida, uma vez que na atenção secundária e especializada do SUS atuam menos de 5% dos médicos. A saúde permanece, dessa forma, nessa questão paradoxal de investimento na APS, que com uso reduzido de tecnologias é capaz de resolver 80% das questões de saúde, ou no modelo biomédico liberal-privatista apoiado pelos prestadores privados (74), com alto uso de tecnologias e que ainda permanece hegemônico dada sua maior integração com o mercado de capital. Nessa contradição, o ideário médico permanece atrelado ao segundo, que tem o médico como “seu principal intelectual orgânico, particularmente quando se trata de definir as formas concretas de organização da atenção e da oferta de serviços” (74). Esse modelo permite ao médico exercer mais poder frente aos outros profissionais de saúde, ainda que o submeta mais fortemente, por meio do uso acrítico de tecnologias, dos vínculos desregulamentados e dos modelos pós-fordistas de gestão, ao mercado de capital. Em oposição, o trabalho na Atenção Primária do SUS parece exercer um potencial emancipador na medida em que provoca o médico a interagir mais com a comunidade e dividir poder com os demais profissionais, além de privilegiar a clínica em detrimento do uso acrítico de tecnologias.

Discutiremos, no capítulo seguinte, como esse cenário se reflete no processo de alienação do trabalho médico. Em seguida, apresentaremos na investigação feita a partir de entrevistas com médicos que atuam na APS do município de Campinas, como estes conflitos e os mecanismos criados pelos médicos para lidar com os mesmos contribuem para tal processo no âmbito do trabalho médico no SUS.

CAPÍTULO 4

Alienação no trabalho em saúde e no trabalho médico

No capítulo anterior discorreremos a respeito das mudanças na profissão médica principalmente a partir da segunda metade do século XX, contextualizando-as às mudanças do mundo do trabalho. Discorreremos aqui a respeito de como a alienação se insere nesse contexto, não nos abstendo de abordar esse fenômeno no âmbito do trabalho em saúde como um todo. Para tanto, iremos nos ater a três questões que consideramos principais: a fetichização e reificação na relação saúde-sociedade; a influência dos moldes fordistas e pós-fordistas na organização do trabalho em saúde; a subordinação do ato médico ao complexo médico-industrial. Essa divisão pretende ser apenas didática, uma vez que os três aspectos se encontram intimamente relacionados, como se poderá observar.

A fetichização e reificação na relação saúde-sociedade

Na sociedade capitalista, as condições de saúde das populações estão muito relacionadas com a forma como se inserem na esfera da produção e do consumo. Nas palavras de Gomes (36), “as ‘condições de saúde’ já se conformam necessariamente mediadas pela forma ‘mercadoria’, tanto na esfera de suas produções quanto naquela de suas circulações e apropriações privadas e individuais” (36). Decorre disso que os avanços científico-tecnológicos que permitem a melhoria das condições de saúde dos indivíduos e das populações e mesmo o prolongamento da vida humana o fazem às custas do adoecimento e da alienação dos indivíduos (75,36). A esse respeito, discorre Gomes:

“Não obstante essa dimensão profundamente humanizadora das transformações tecnológicas do trabalho em saúde, deve-se enfatizar que as relações sociais sob as quais tal processo se desenvolve, ou seja, as formas de organizar os processos produtivos e a distribuição de seus produtos (bens e serviços) na sociedade contemporânea têm colaborado para que se desenvolvam simultaneamente processos de reificação das apresentações tecnológicas, propiciando o

desenvolvimento de relações alienantes no interior do trabalho em saúde” (36).

Decorre também que a desigualdade que se manifesta no acesso aos bens de consumo mais supérfluos também se manifesta no acesso àqueles indispensáveis a uma manutenção da vida e da saúde, de modo que, de maneira geral, o acesso à saúde torna-se mais um promotor de desigualdade. Populações de menor poder aquisitivo, que na sociedade capitalista neoliberal não tem acesso a certos bens e serviços básicos à subsistência, permanecem à margem da sociedade, de forma a estarem mais vulneráveis e susceptíveis a uma série de adoecimentos. Nesse contexto, sistemas nacionais de saúde como o SUS apresentam-se como contra-hegemônicos e emancipadores, uma vez que promovem a redução da desigualdade social via acesso equânime à saúde, tanto no que se refere aos serviços como aos bens de consumo associados.

A prática biomédica, porém, restringe-se a atuar sobre os corpos, não considerando a determinação social das diversas formas de sofrimento. Ayres (76) observa que as questões sociais do indivíduo são abordadas de maneira idêntica aos fatores genéticos e biológicos – como *risco* –, de forma que ao invés de contribuir para a sua saúde ou para uma intervenção terapêutica naquela comunidade, acaba por se tornar um fator determinante de adoecimento, como se o homem, por viver naquelas condições das quais escapatória não há, estivesse fadado a adoecer, e aos profissionais de saúde só restasse aguardar o surgimento da doença para instituir um tratamento. Enquanto os indivíduos e coletivos se abstém de intervir nos processos que os tornam vulneráveis ao adoecimento e sofrimento, os ‘riscos’ os subordinam a se comportar de determinadas maneiras ditadas pelo mercado da saúde (76,36).

A respeito dessa dinâmica, Schraiber e Mendes-Gonçalves (64) observam que na saúde há uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta ou distribuição de serviços e o seu consumo. Há um entendimento pelos indivíduos de que algo, já conscientemente identificado ou não, precisa ser corrigido em seu atual estado sócio-vital, a que denominam carecimento. Esse indivíduo assume que há uma correção desejável para seu carecimento e que existem meios para isso, daí surgindo

a demanda – procura por um serviço assistencial ou busca ativa por intervenção, também representada por consumo. Assim, a própria intervenção demandada passa a ser vista como uma necessidade, de modo que se instaura um ciclo de demandas e necessidades que se retroalimentam. Este carecimento, porém, é socialmente construído, tendo relação direta com os padrões de normalidade ditados. Nas palavras dos autores:

“essa característica das necessidades também pode resultar de sua manipulação ideológica e política, isto é, no fato social de que, mesmo que potencialmente não venha a ser de todos, certa pauta de carecimentos pode ser mostrada com se fosse tal, convencendo que muitos pertencem a uma situação que será sempre de apenas alguns” (64).

Como detentores do saber e partícipes da formulação e execução de pesquisas e elaboração de diretrizes e protocolos, há médicos que aí atuam como **homens de Estado**. Tidos como detentores do saber técnico, ditam os padrões de normalidade e criam, dessa forma, necessidades de saúde naqueles que não se encontram nesses padrões, mesmo que não se considerassem previamente doentes. “Essa concepção sobre necessidades torna aqueles, para quem esse processo assim se realiza, cidadãos alienados de sua cidadania, seres da sociedade alienados de sua socialidade e sujeitos tolhidos no exercício da subjetividade” (64) Os médicos que participam desta dinâmica o fazem sob uma pretensa neutralidade técnica, fosse a técnica neutra e a-histórica, eles mesmo alienados de seu papel sócio-histórico. A este respeito, Schraiber e Mendes-Gonçalves refletem:

“Este procedimento resulta na interdição política dos diferentes sujeitos nesses processos, implicando outra interdição: a de natureza ética, que é a do diálogo crítico. A voz excluída quase sempre pertence a sujeitos tidos como tecnicamente inaptos para falarem, o que resulta na invalidação de seus pronunciamentos, quando isso eventualmente se dá. Nessa condição haverá uma reprodução da vida social em que são mantidas as formulações já existentes cujos valores foram dominantes quanto à estruturação desse modo de viver, inviabilizando a busca por formas alternativas de vida ou até mesmo a criatividade do pensar reformador” (64).

Reflexo dessa dinâmica são a ‘medicalização social’ e a naturalização do processo saúde-doença, reproduzidas contemporaneamente pelas diversas disciplinas das ciências biomédicas. Aliás, a progressiva medicalização da vida também aparece como reflexo de uma sociedade que impossibilita a realização humana. Questões não médicas que afligem a vida das pessoas, sejam elas da ordem política, social, cultural ou afetiva, são transformadas, artificialmente, em problemas médicos. Rotuladas como “doentes”, ato que justifica sua sensação de não se tolerar no mundo, as pessoas se tornam consumidoras de procedimentos e medicamentos.

Trata-se de mais um reflexo do capitalismo predatório, sobre o qual Antunes reflete:

“a manipulação perpetrada pelo capital, através do arsenal mercadológico e da *mass media*, impõe o consumo como uma necessidade vital, impossibilitando o trabalhador de buscar sua realização pessoal e introduzindo novas formas de estranhamento” (32).

Assim, em uma sociedade cujos valores hegemônicos são consumismo e individualismo, saúde também passa a ser vista como um bem de consumo, significando ausência de dor e sofrimento, busca inesgotável do prazer e construção de um padrão estético de beleza via procedimentos médicos (74,77). E na medida em que se busca nos serviços de saúde ajuda para suportar a vida, os recursos médicos se apresentam como reprodutores importantes de dinâmicas reificantes e alienantes.

Já em outro plano, diversas são as pistas de que o trabalho em saúde não escapa do processo progressivo de subsunção à dinâmica de acumulação capitalista (57,78,16,64,65): a proletarização quase absoluta de profissões outrora autônomas, presente na expansão do trabalho parcial, temporário, subcontratado, terceirizado – a que os médicos se apresentam como importante exceção, como visto no capítulo anterior – o crescimento progressivo das empresas médicas e seu controle por grandes grupos financeiros; a centralidade adquirida pelo complexo médico-industrial nas práticas de saúde, entre outros.

No serviço público a alienação que resulta desses fatores parece ser menor pois, além de se tratar de trabalho destinado à produção de

valores de uso para pessoas com problemas de saúde, existe, em larga medida, uma maior liberdade individual, uma maior autonomia do trabalhador. Ademais, nesse setor, buscam-se práticas contra-hegemônicas de produção do cuidado que melhor exploram a interação entre as subjetividades de trabalhador e paciente e que preconizam, inclusive, menor uso de tecnologias “duras”. Porém, mesmo o setor estatal não escapa da lógica das relações sociais capitalistas. Para Gomes (40):

“Expressões desse processo são, por exemplo, a implementação de mecanismos de ‘heterogestão’ – seja com os preceitos da Organização Científica do Trabalho (OCT), seja com as novas estratégias gerenciais de base Toyotista da chamada acumulação flexível –, a apresentação dos produtos do trabalho na forma de procedimentos – expressão da forma mercadoria no trabalho em saúde –, a ‘drenagem’ de recursos públicos para empresas privadas, as diversas formas de privatização do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros” (40).

Percebe-se, assim, que a relação saúde-sociedade em uma sociedade caracterizada pela fetichização e reificação se reflete em uma prática não reflexiva e uma visão mercadorizada de saúde pouco compatível com essa atividade que coloca o homem em um contato próximo com seu semelhante em uma situação de vulnerabilidade e de trocas subjetivas. A captura da Saúde pelas lógicas de mercado capitalistas faz que com que a própria organização do trabalho seja modificada, de forma mais intensa no setor privado, mas não poupando o público, tornando-o uma atividade estranhada. Passemos então a análise destes modos de organização.

A influência dos moldes fordistas e pós-fordistas na organização do trabalho em saúde

Dentre os poucos trabalhos encontrados na literatura que abordam a temática da alienação no trabalho em saúde, revisados no capítulo 2 item 1 desta pesquisa, a maioria discorre a respeito da forte influência do modelo fordista/taylorista na saúde, inclusive como forma de remuneração em ambos os setores privado e público. Essa influência se dá mais claramente na organização do trabalho da enfermagem, em que o planejamento fica a cargo

dos profissionais de formação superior e a execução dos trabalhadores de formação técnica (79). Em estudo acerca do **“trabalho em enfermagem no capitalismo financeirizado”** por meio de etnografia e entrevistas com profissionais de três hospitais paulistanos, Souza (65) observa nesses profissionais a contraditoriedade do trabalho no capitalismo enquanto criador, por um lado, da riqueza social e, por outro, de miséria pessoal para o indivíduo. Discorre o autor acerca de seus achados no que diz respeito ao adoecimento dos profissionais de enfermagem de nível médio:

“Afirmamos que quanto mais o trabalhador propicia melhores condições de saúde para usuários e pacientes maior é o seu debilitamento físico e psicológico, devido ao desgaste cotidiano. Confirmamos essa relação na bibliografia que aborda a saúde dos trabalhadores e em nossa pesquisa, entre alguns exemplos, recebemos a informação de técnicos de enfermagem que um dos seus colegas sofreu infarto durante o expediente, enquanto realizava procedimento. Essas situações caracterizadas como desumanização, —frieza ou absenteísmo dos trabalhadores, são recorrentemente abordadas pela academia, pela gestão e pelas denúncias dos usuários, isto é, a ausência de compromisso dos trabalhadores com sua atividade e com a vida alheia. Esse fenômeno revela a face externa da desumanização intrínseca do processo de trabalho estranhado na sociedade capitalista. Independentemente da remuneração ou status da pluralidade das categorias dos trabalhadores de saúde, todos estão submetidos ao estranhamento” (65).

Como reforça o autor, não é somente o trabalho em enfermagem que está sujeito a estas relações de *liofilização* do trabalhador. Mckinlay e Marceau (45), em revisão da literatura acerca da insatisfação no trabalho médico, relatam que há muita especulação mas também fortes evidências de uma relação direta entre a síndrome de Burnout⁸ em médicos dos mais de 20 países contemplados pela revisão por eles conduzida e uma queda na qualidade do cuidado, com práticas desumanizadas de assistência. Relatam

⁸ “Apesar de a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) não listar burnout como doença, alguns a consideram como uma síndrome caracterizada por três principais componentes: exaustão emocional, despersonalização, e diminuição no sentimento de realização pessoal. Burnout foi caracterizado como “uma doença ocupacional dos profissionais de saúde que deve ser diagnosticada precocemente e tratada”. [...] Uma forte relação entre burnout e insatisfação/descontentamento foi relatada em diferentes contextos nacionais. [...] Um estudo recente demonstrou que burnout é problema comum entre médicos de família em 12 diferentes nações europeias, sendo ‘associado com indicadores de sobrecarga de trabalho e, especialmente, satisfação profissional, intenção de mudar de emprego e (ab)uso de álcool, tabaco e medicamentos’.” (45, tradução nossa)

os autores que, como resposta ao cada vez mais frequente adoecimento dos médicos, o Fórum Europeu de Associações Médicas e a Organização Mundial da Saúde expressaram preocupação acerca do sofrimento desses profissionais, recomendando às associações médicas nacionais que aumentem o alerta sobre o problema, monitorem-no e desenvolvam ações para preveni-lo.

As contradições do trabalho em saúde também se apresentam na organização interdisciplinar do cuidado, que a despeito de ter o objetivo inicial de ampliar a clínica e abranger toda a dimensão biopsicossocial do sujeito no tratamento, frequentemente burocratiza e fragmenta o cuidado. Não raro organiza-se algo como uma linha de produção pela qual passa o paciente: consultas seriadas por diferentes profissionais de diferentes categorias sem uma real construção conjunta do projeto terapêutico. Nesta lógica, o cuidado em saúde torna-se uma prática alienada, na medida em que faz com que os profissionais vendam sua força de trabalho para objetivar um resultado que não entendem ou com o qual até mesmo podem não concordar, mas ao qual se submetem seja pela demanda de seus empregadores ou dos usuários aos quais seu “produto” se destina.

Apesar da importância do tema, são ainda menos frequentes os estudos acerca do fenômeno de alienação nos modos pós-fordistas de organização do trabalho em saúde. Porém, a partir de Souza (65), analisamos a proposta de alguns autores do campo da Saúde Coletiva que apontam uma ruptura com a fragmentação, desqualificação e hierarquização a partir destes novos modos de organização.

Para Merhy, a ação dos sujeitos seria central na efetivação da reestruturação produtiva ao seu modo, ou seja, o trabalho vivo em ato⁹ seria

⁹ A partir da categoria marxista do trabalho vivo, sobre a qual discorreremos brevemente no capítulo 1, Merhy defende que o trabalho em saúde teria a particularidade de se dar no mesmo instante do consumo de seu produto, em uma relação íntima e imediata entre o trabalhador e o consumidor final do produto. A isto chamou trabalho vivo em ato: “Isso porque o trabalho em saúde é exemplar quando se olha da perspectiva do trabalho imaterial e do trabalho vivo, mas amplia isso para o plano do trabalho vivo em ato, na medida em que é um trabalho produtivo que se realiza e se consome em ato, sempre, exclusivamente, no campo dos encontros com um outro. Dá-se ali, ao vivo, ‘a quente’, no que chamamos micropolítica do encontro produtivo em saúde.” (80) Segundo o autor, no trabalho vivo em ato haveria maior liberdade e autonomia para o trabalhador e uma relação singular de consumo. Em suas palavras, “a análise do caso da produção em saúde requer categorias diferenciadas das utilizadas no caso da produção industrial. Quando os processos são presididos pelas relações, como na saúde, os produtos são ‘simbólicos’, expressando como materialidade seu forte valor de uso para o **usuário**. Por

o fator que permitiria imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos para os atos produtivos em saúde, possibilitando maior autonomia para os profissionais e maior construção de vínculo entre trabalhadores os usuários.

Merhy discorre:

“Vários militantes deste movimento vêm procurando equacionar a construção de modelos de atenção à saúde, no nível dos estabelecimentos e das redes de serviços, no terreno da gestão organizacional e do trabalho, mostrando que, para superar o modelo médico hegemônico neoliberal, devem constituir-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, além de processos de trabalho cada vez mais partilhados, buscando um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores e os usuários nas formatações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas” (65).

Peduzzi, por sua vez, entende que as características de atividade reflexiva do trabalho em saúde o aproximariam das mudanças referidas ao novo modo de operar o trabalho na sociedade contemporânea:

“A nosso ver, tais semelhanças dão-se pela configuração do primeiro (trabalho em saúde) como trabalho reflexivo, e pela atual tendência à maior intelectualização do trabalho em geral, sobretudo pela incorporação da microeletrônica e da informática. Salientamos, portanto, a natureza peculiar do trabalho em saúde e a forma particular como desenvolveram-se os estudos nesse campo, atribuindo relevância à dimensão do saber” (72 apud 65).

Já a proposta de Campos (78), o Método Paideia, apresenta-se como mais abrangente, uma vez que abarca toda uma reformulação da Saúde Pública, desde os processos educativos à construção do cuidado, no sentido da democratização das relações e fortalecimento dos vínculos e da autonomia de todos os sujeitos envolvidos: gestores, trabalhadores e usuários. Tomando como inspiração o conceito *Paideia* – ideia grega ligada a um ideal de formação educacional, que procurava desenvolver o homem em todas as suas potencialidades, de tal maneira que pudesse ser um melhor cidadão – o autor propôs um método em que o fortalecimento do Sujeito e a democratização das instituições são os dois principais caminhos para a

isso, nesse front produtivo, a relação entre valor de troca e valor de uso é muito singular”. (ibid., p.96). Porém, reiteramos a hipótese defendida no capítulo 1 de que mesmo nos trabalhos mais relacionais, como seria o caso do trabalho vivo em ato, há espaço para os mais variados graus de alienação.

reformulação e superação da racionalidade gerencial hegemônica (78). Articularam-se saberes do campo da política e da gestão com aqueles originários da pedagogia, psicanálise e análise institucional, favorecendo a democratização das organizações a partir da formação de coletivos organizados voltados, no SUS, a três objetivos: a produção de saúde; a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores; e a sua própria reprodução enquanto política democrática e sistema solidário. Assim, o Método Paideia busca aumentar a capacidade dos sujeitos de analisar e intervir sobre a práxis. Isso se refletirá tanto na gestão dos sistemas, construção da rede, formulação de políticas, passando pela formação dos profissionais, quanto na prática clínica diária, na constituição das equipes, na construção do projeto terapêutico.

Souza (65) sugere que estes arranjos organizacionais na saúde seguiriam a lógica da totalidade dos modos de produção capitalistas, em que, como discorremos no capítulo 1, a aparente autonomia e participação e o investimento na qualificação do trabalhador, características do pós-fordismo, objetivam a intensificação do trabalho e redução dos custos de mão de obra. Exemplo seria a busca de qualificação pelo trabalhador médico, sendo lugar-comum referir-se ao médico como um trabalhador de várias horas de dedicação e em constante capacitação e aprendizado. A própria evolução tecno-científica, muito veloz nesta como em outras áreas, **induz** o profissional a se atualizar de modo a estar apto para o mercado.

É preciso considerar, porém, que o *downsizing* e as formas horizontalizadas de gestão certamente apresentarão resultados diferentes em diferentes atividades produtivas e setores da economia. Estudos no campo da Saúde Coletiva demonstram que essas práticas no setor público de saúde trazem benefícios na qualificação do cuidado e na construção da rede de saúde, sendo poucos os estudos, no entanto, que exploram seus reflexos no trabalhador, como pretende a presente pesquisa.

Não obstante, não podemos nos furtar a observar que ainda que o grau de autonomia no trabalho em saúde seja bastante superior ao de outras formas de trabalho, principalmente aquelas em que o trabalho material predomina, não parece ser suficiente para impedir o crescente grau de alienação do trabalho neste setor. Haja vista as formas controle de caráter

gerencial e o processo de submissão progressiva do trabalho às normas e protocolos. Para Gomes (40) são pistas de que “também essa forma de práxis, com particularidades várias, tem se transformado em fonte de subordinação dos sujeitos a dinâmicas e estruturas sobre as quais tendem a exercer cada vez menos controle” (40). Como é de se esperar, essa subordinação difere entre as diversas categorias profissionais da área da saúde. No trabalho médico, como discorreremos no capítulo anterior, encontra forte resistência de uma categoria profissional combativa no que diz respeito a interferências em sua autonomia. Essa relativa autonomia que mantém na organização do trabalho não significa, porém, que não haja alienação em outros aspectos desta atividade, como na subordinação ao complexo médico-industrial.

Outras especificidades também atenuam os efeitos destrutivos da fragmentação do trabalho e da mercantilização da saúde no sentido da responsabilidade com o outro e com as instituições (28). Campos (28) afirma que duas características do trabalho em saúde o protegem da submissão total às lógicas de mercado: a primeira é a complexidade do processo saúde-doença-cuidado e a constante reformulação do conceito de doença em direção a qual o paradigma biomédico é provocado, não havendo como não incorporar o paciente em sua dimensão psicossocial. A segunda, que caminha no mesmo sentido é “a variabilidade do processo saúde e doença, gerando a relação paradoxal entre padronização e singularidade dos casos (no espaço e no tempo)” (28). Isso faz com que o uso da técnica em cada caso singular seja, ou almeje ser, simultaneamente de aplicação e descoberta de saber. Todo ato médico, construído junto a um indivíduo, apresenta-se como único, e envolve a decisão pessoal do médico na aplicação do conhecimento científico ajustado a cada caso (15).

“A prática em saúde assemelha-se, portanto, mesmo quando realizada em equipe ou em rede, ao trabalho artesanal, um neoartesanato ainda a ser desenvolvido em sua plenitude. O que dependerá da construção de modelo de gestão do trabalho segundo lógica não maquina ou burocrática” (28).

É preciso refletir, porém, que se trata de prática inserida num contexto sócio-histórico de reificação, de relações mediadas por mercadorias.

Nas atividades relacionais como o ato médico, ainda que o trabalho seja submetido de forma diferente, não deixa de ser condicionado pelas relações sociais capitalistas de produção – fatores não exclusivamente econômicos (valorização do capital e exploração da força de trabalho), mas também aspectos históricos, políticos, culturais e especificidades dos setores de serviços, o que deve ser considerado quando se objetiva uma prática médica humanizadora em oposição à burocratização do cuidado e à reificação da relação médico-paciente. A partir desta reflexão, analisemos a relação do trabalho médico com as tecnologias e os meios para sua realização.

A subordinação do ato médico ao complexo médico-industrial

Falávamos de uma prática médica e de saúde almejada que se aproxima dos moldes artesanais de trabalho, mas que nem sempre se revela no cotidiano do trabalho em saúde. É possível que essa prática se dê nos espaços de trabalho mais autônomo, ou seja, nas clínicas e consultórios privados, e ainda assim para alguns indivíduos específicos, que ainda tomam a clínica como soberana na relação médico-paciente. Porém, como vimos em capítulo anterior, esse modo de vinculação do médico no mercado de trabalho é a exceção nos dias atuais. A maioria dos médicos brasileiros está sujeita a outras relações de trabalho e a uma subordinação em maior ou menor grau de seu conhecimento ao mercado de produção de bens materiais.

O aprofundamento do desenvolvimento científico-tecnológico na organização social capitalista, com a predominância do complexo médico-industrial como determinante fundamental da relação entre os trabalhadores e seus meios de trabalho, retira a centralidade dos sujeitos e aprofunda uma dinâmica reificadora dos instrumentos de trabalho, já existente desde o surgimento do paradigma biomédico, a respeito do qual discorreremos no capítulo anterior. Assim, os sujeitos centrais do processo de trabalho médico tornam-se os instrumentos, aos quais se subordinam em maior ou menor grau os agentes (16,36). Interessante observar como isso se reflete na relação médico-paciente. Nesta realidade não raro as consultas médicas se iniciam não com a apresentação de um problema que levou à procura pelo

médico, mas com a solicitação, pelo paciente, de um exame ou medicamento. Algumas vezes esse acontecimento provoca irritação e indignação no médico, justificada no fato de ele ter dedicado anos à aprendizagem de uma prática para se tornar apenas um intermediário para aquisição de mercadorias – exames, procedimentos e/ou prescrições. Em outras vezes, o médico pode responder atendendo à solicitação do paciente de maneira acrítica, também capturado pela visão da mercadoria como fim último de seu trabalho.

“Quando fim em si, o exame distancia o médico de si mesmo – afinal, é consigo que o médico se relaciona quando reflete sobre seu conhecimento científico. Assim, se passar a usá-lo rotineira, mecânica e acriticamente ou sem avaliar sua aplicação concreta, torna-se um agente mecânico e mero aplicador da ciência. Por conseguinte, deixa de existir em seu ato como sujeito da técnica, isto é, deixa de se efetivar como agente da prática que, com o auxílio do saber, cria na prática um projeto de ação” (6).

O uso acrítico das tecnologias no trabalho em saúde também decorre da adoção maciça da Medicina Baseada em Evidências (MBE). Esta, com suas diretrizes e protocolos, surge no Canadá e Estados Unidos da América como uma tentativa de uniformizar as condutas em torno de evidências científicas de maior efetividade e é adotada também como resposta ao aumento dos processos por erros médicos. Esses consensos se baseiam em literatura científica da área, não raro patrocinada pelo capital médico-industrial, de modo que promovem o processo de ‘tecnificação’ da medicina. Resultam condutas médicas ‘mecanizadas’, pouco críticas, condizentes com as formas de organização dos processos produtivos centradas na heteronomia e no racionalismo produtivista de inspiração mercantil (16,36,6). Assim, o caráter reflexivo do agir médico progressivamente vai sendo subordinado às apresentações tecnológicas, seja na forma de equipamentos, seja na forma de rotinas, padronizações, protocolos.

A autonomia do trabalho médico frente à adoção irrestrita da MBE se revela como uma “autonomia” inautêntica e estranhada, uma vez que à procura da técnica perfeita, da aplicação mais exata do protocolo, o médico sequer questiona a técnica, sequer se pergunta se a aplicação de uma

diretriz produzida em outro país, frente a outra realidade, será o que de melhor ele pode fazer junto do paciente e da comunidade onde atua. Não irá questionar como se deu o processo saúde-doença daquele indivíduo, e coproduzir com ele as possíveis estratégias terapêuticas além da intervenção farmacológica recomendada no protocolo, sejam elas mudança de hábitos, investidas no território ou até mesmo exigência de efetivação de políticas públicas para aquela comunidade. Trata-se de fenômeno semelhante ao que descrevemos no capítulo 2 ao expor acerca desvalorização do trabalho vivo a partir da expansão dos métodos científicos, em que, como afirma Antunes (32), distancia-se ainda mais a subjetividade do exercício de uma cotidianidade autêntica e autodeterminada.

A partir de sua investigação acerca do trabalho médico que abrange o período de 1930 a 1987, por meio de entrevistas com médicos, Schraiber reflete:

“Com maior publicidade e politização da técnica, os médicos tendem a vê-la como menos “sua”. Assim, o que já lhes pareceu mais livre e mais seu enquanto ato privado e apenas permeado pelo humanismo, com a incorporação da tecnologia material e a institucionalização da medicina, muda de representação. No interior desse processo, impele-se a recuperação do senso de domínio e de autonomia para um movimento reflexivo de cisão do ser sujeito. No plano das representações, o exercício da medicina não se confunde mais com o da cidadania, produzindo trabalhadores que se veem como agentes e, em separado, sujeitos da sociedade: um “ser dividido”. Ou, tal qual podemos vê-los, agentes com dificuldades cada vez maiores de traduzir tecnicamente seus juízos éticos e de perceber a ação técnica também como interação moral.”(81)

Cabe observar que a mesma literatura científica da MBE apregoa que a Atenção Primária é capaz de resolver 80% dos problemas de saúde com baixo uso de tecnologias, mas o médico, subordinado ao complexo médico-industrial, não consegue prescindir delas. Mudanças de estilo de vida, coprodução do cuidado e estímulo à autonomia do paciente são colocadas como a parte impossível do projeto terapêutico; o profissional de saúde não se sente capaz de atuar sobre elas, de estimulá-las. Nessa perspectiva, a existência ou não da doença e a cura não vão depender do profissional de saúde, mas sim do indivíduo e de suas escolhas frente ao

cardápio de medicamentos e insumos a ele apresentado. Nessa atividade estranhada, mediada pela mercadoria, perde-se a dimensão humana do cuidado. Decorre, não como único fator determinante, que as queixas acerca da forma como os médicos se relacionam com seus pacientes vem aumentando progressivamente. Adjetivos como 'frio', 'desumano', 'mercenário' vem sendo comumente empregados em referência aos médicos brasileiros. É importante ressaltar, porém, que não existe uma postura negativa padronizada no atendimento, mas um caráter contraditório, pois os mesmos trabalhadores compromissados, solidários e humanistas, são os mesmos desgastados, adoecidos e tensos, alterando a qualidade de seu trabalho (65). São sujeitos capturados na relação contraditória do trabalho de criação e realização humana e, ao mesmo tempo, exploração e estranhamento.

Partindo desses pressupostos, imaginemos um dia de trabalho de um médico em um onde ele venda sua força de trabalho. Para este exercício, uso de minha experiência de trabalho como médica, tanto no sistema público de saúde, quanto no sistema privado, e de minha experiência como usuária de serviços de saúde.

O médico chega em seu local de trabalho e encontra uma agenda com a série de pacientes aos quais deverá atender, agenda esta que não foi por ele organizada. Cada consulta deverá ocorrer num dado período de tempo pré-determinado e não há intervalo para descanso, de modo que ele fará seu descanso ou suas necessidades nos intervalos entre as consultas. O dia avança com as diversas consultas, pelas quais ele passa apresentando mais ou menos envolvimento, a depender de como se coloca o paciente na consulta. Ao fazer as orientações aos pacientes, segue os protocolos e diretrizes sem se questionar se suas recomendações são passíveis de serem aplicadas por aquela pessoa, sem se preocupar em que contexto se produziu aquele problema de saúde a fim de avaliar como saná-lo. Coloca em prática as ferramentas de que dispõe de acordo com a demanda do usuário, na qual ele vê mais ou menos sentido. Não se aprofunda no relacionamento com o paciente a fim de coproduzir o cuidado. Culpa do tempo escasso? Do cansaço pela quantidade de atendimentos? Ao fim do dia, recebe um valor pelo seu dia de trabalho ou pela quantidade de pacientes atendidos, ou o

receberá no mês seguinte, a depender de seu vínculo de trabalho.

A partir da discussão a que nos propomos, revelam-se nessa rotina os quatro aspectos da alienação:

1) Em relação ao produto do trabalho: O que se torna o produto do trabalho médico nesta situação hipotética? Uma lista de consultas a serem cumpridas em troca de um pagamento? Onde entra a produção do cuidado? A atenção médica se torna um meio de valorização do capital através do consumo de bens produzidos pela indústria de medicamentos e insumos, e não um meio de cuidar do outro e proporcionar a ele uma melhor qualidade de vida.

2) No processo de produção: Reflete-se na rotina de um atendimento sem sentido, na qual a relação com os pacientes não foge do que caracteriza as relações entre homens no capitalismo: relação mediada pelas mercadorias, às quais o paciente que só terá acesso por meio da prescrição do médico ou do pedido de exame. Portanto são ambos – médico e paciente – reificados, tão somente representantes de mercadorias. Nessa relação, em que tampouco consegue controlar seu tempo de forma adequada nem determinar sua rotina, o trabalho torna-se sacrifício, horas em que deverá exercer aquela atividade para usufruir do ganho financeiro proporcionado por ela. Seu cotidiano é uma prova desta alienação, já que quando questionado pelos colegas ou pela família, apresenta o trabalho como um fardo para a sobrevivência.

3) De sua essência humana: O trabalho, estranhado, limita-se a um meio de subsistência ou de satisfação de necessidades fora do trabalho. O médico dedica muitas horas ao trabalho e aos estudos afim de ter um retorno financeiro que lhe proporcione certo padrão de consumo, de forma que lhe restam poucas horas para descansar, alimentar-se, cuidar de suas necessidades básicas. Porém, tampouco há sentido fora do trabalho. Alienado de sua essência, de sua ligação com a sociedade, de seu trabalho, ele se individualiza.

4) Em relação ao seu semelhante: Essa manifestação se apresenta justamente no não se relacionar com o outro no processo de trabalho e não se perceber como parte da construção do sistema de saúde e da relação histórica saúde-sociedade. Trata-se da consequência óbvia da

individualização e unilateralização da vida. Quando não se reconhece em seu aspecto mais fundamental – que é o trabalho – e quando ele não é reconhecido como parte essencial da vida humana e do ser humano enquanto ser genérico, então não só a própria vida é uma objetificação nociva, mas toda e qualquer vida já não tem seu significado. Esse aspecto é especialmente prejudicial para o trabalho em saúde, cujo valor de uso deveria ser o cuidado com vidas humanas, e se reflete na desresponsabilização do sistema de saúde e do ato médico em oposição a culpabilização do paciente.

O médico que não se reconhece no produto de seu trabalho, não se satisfaz na sua atividade produtiva, não se reconhece enquanto ser genérico e não se reconhece no seu semelhante é um sujeito impotente, incapaz de prover um cuidado adequado ou de desenvolver responsabilidade sanitária. O fato de se tratar de trabalho vivo e qualificado não o torna emancipador à priori e pode mesmo, contraditoriamente, ser um dos pilares da sustentação da alienação e da fetichização, ao reproduzir desigualdades e reforçar o caráter manipulatório do capitalismo contemporâneo. Esse caráter reflexivo do trabalho médico pode, porém, ser o ponto de partida para promover práticas emancipatórias e humanizadoras de cuidado. Tendo essas reflexões presentes, partiremos agora a investigar como tais fatores são observados na rotina e representados no discurso dos médicos participantes da pesquisa, e se essa rotina hipotética corresponde ao trabalho na APS do SUS Campinas.

CAPÍTULO 5

“São tempos difíceis para os sonhadores”:

Uma Análise do Contexto da Pesquisa

De acordo com o referencial do materialismo dialético, não é possível dissociar o estudo da sociedade e de sua organização do momento histórico e da construção pela qual ela passou. Não é possível estudar, portanto, as formas de trabalho no sistema de saúde brasileiro sem antes discutir o processo e constituição do sistema capitalista e a instituição das políticas públicas em sua totalidade. Assim, com vistas a contextualizar nosso

campo de pesquisa, iniciamos com uma discussão acerca do Setor Saúde no Brasil da segunda metade do século XX. Em seguida, situaremos a institucionalização da Atenção Primária de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, para então apresentar a APS de Campinas e o perfil dos médicos aí inseridos.

5.1. Aspectos das Políticas Sociais e a saúde no Brasil¹⁰

Faremos o recorte a partir do final dos anos 1960, quando o crescimento das dívidas públicas e privadas e a primeira grande recessão – catalisada pela alta dos preços do petróleo em 1973/74 – começaram a exaurir os “anos de ouro” do capitalismo regulado da experiência europeia (82). A crise experimentada pelo capital, das quais o neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível são expressão, passaram a acarretar profundas mutações no interior do mundo do trabalho. Dentre elas, podemos mencionar o enorme desemprego estrutural, um crescente contingente de trabalhadores em condições precarizadas, além de uma degradação que se amplia na relação entre o homem e a natureza (83,84). Há análises de que, nesse contexto (com a mundialização do capital sob a hegemonia do capital financeiro), a precarização do trabalho se tornou um fenômeno central que se generaliza como uma estratégia inclusive de domínio econômico, político e cultural, produto de uma vontade política e não de uma “fatalidade econômica” determinada pelo mercado (85).

Draibe (86) observa duas fases no neoliberalismo: a primeira fase é de ataque ao keynesianismo europeu, com prevalência da liberdade e da primazia do Mercado sobre o Estado, do individual sobre o coletivo; a segunda, mais propositiva, enfatiza programas sociais restritos, fundamentados no trinômio articulado da **focalização, privatização e descentralização**. Trata-se de uma política social residual que soluciona apenas o que não pode ser enfrentado pela via do mercado, **desuniversalizando e assistencializando** as ações, cortando gastos sociais

¹⁰ Este texto é parte do Artigo SANTOS, J. A.; [TERRA, L. S. V.](#); CAMPOS, G. W. S.. As Mudanças no Mundo do Trabalho no Âmbito da Saúde Pública. In: VIII COLÓQUIO INTERNACIONAL MARX ENGELS, 2015, CAMPINAS. ANAIS do VIII Colóquio Internacional Marx e Engels, 2015

a pretexto de contribuir para o equilíbrio financeiro do setor público, ainda quando a maior parte do gasto público decorra de pagamento de juros e serviços da dívida pública e ainda de repasses direto de grande parte do orçamento como subsídios e incentivos ao setor financeiro, empresarial e de serviços. O carro-chefe dessa proposição é a renda mínima combinada à solidariedade por meio das organizações na sociedade civil (82,87). Behring (82) afirma que, na América Latina, pode-se identificar uma “virada continental para o neoliberalismo” no final dos anos 80. No Brasil, temos uma espécie de chegada tardia do neoliberalismo, o que tem relação com a força do processo de redemocratização e as questões político-econômicas internas.

A partir dos anos 1970, especificamente na área da saúde, observaram-se mobilizações nacionais e internacionais em que profissionais, intelectuais e movimentos sociais priorizavam a constituição de um Sistema Público de Saúde, com um modelo de cuidado com base na Atenção Primária à Saúde, reafirmando-a como direito humano fundamental e responsabilizando o Estado por sua promoção. Essas mobilizações ficaram conhecidas como Movimento pela Reforma Sanitária (88) que, juntamente com outras construções sociais, levou à Constituição de 1988 no Brasil, consagrando as bases de um sistema de proteção social ancorado nos princípios da universalidade, da seguridade e da cidadania. Instituído pela Lei 8080/90, o SUS foi então elaborado a partir de uma concepção ampliada de saúde.

Entretanto, verifica-se que a criação e a expansão do SUS, nesses últimos 26 anos, se deu, em grande medida, em desacordo às concepções do Estado de Direito previstas inicialmente. Ao longo dos anos 90, generalizou-se uma visão negativa do Estado. A partir de 2000, em particular a partir da posse de Lula como presidente, houve uma retomada da valorização do Estado, mas sob um modelo de articulação entre o econômico e o social que conferia pouco espaço às políticas sociais universais (89). Ao longo da década de 1990, houve uma tentativa de desmonte do Estado brasileiro na área de saúde pública que conta com uma dupla estratégia: a primeira, mais geral, implicou a criação de uma “universalização excludente”, com uma política pública de saúde voltada para os “pobres”; a segunda

decorre de uma fragmentação dos trabalhadores em saúde por meio da terceirização, com débeis condições de trabalho (87). O Movimento de Reforma Sanitária, porém, conseguiu manter a tensão sobre este desmonte, tendo sucesso ao provocar um crescimento da ação pública na saúde ainda que principalmente a partir da firmação de parcerias público-privadas.

Esse aumento progressivo do investimento pelo setor privado, associado ao subfinanciamento, à subvenção crescente com recursos federais ao mercado dos Planos Privados, à grande rigidez na Estrutura Administrativa e burocrática do Estado e à privatização da gestão pública, acabou por levar a um crescimento desproporcional e anômalo dos serviços privados complementares no SUS (contratados e conveniados), que nunca apresentaram caráter complementar como proposto pela legislação (90,91,89). Ao final da década de 1990 foi instituída uma nova legislação (Lei 9.637/1998) que permitiu que entidades privadas passassem a receber, por meio da celebração de contratos de gestão, recursos orçamentários, bens, equipamento e servidores públicos para prestarem os serviços pelo SUS, substituindo a administração direta por entidades de direito privado (92). Ainda, dificuldades dos trabalhadores de saúde e precarização das relações de trabalho são vistas também como consequências do subfinanciamento do SUS. Segundo Santos (90), é estimado que hoje mais de 60% dos trabalhadores de saúde do SUS são terceirizados. Verifica-se também uma precarização dos estatutários e dos celetistas públicos no que se refere à remuneração, além da inexistência de planos de carreiras, falta de educação permanente e o distanciamento com a gestão (90).

Todos esses processos vão ao encontro do que Behring (93) chamou de contrarreforma do estado, instituída a partir da década de 1990. Contrarreformas são instrumentos do capital para solucionar as crises do modo de produção capitalista, propiciando o lucro através de ações que seriam de responsabilidade do Estado, potencializando a acumulação dos capitais nacional e internacional. Partindo dessa premissa, o grande capital, ao construir a ditadura a partir de 1964, propiciou sua reprodução e também as bases e as relações para o desmonte do Estado no período atual, sendo que Cardoso (94) afirma que a contrarreforma do Estado brasileiro se consolidou principalmente através do processo de privatização das estatais

no governo de Fernando Henrique Cardoso e continua de maneira um tanto velada por meio das políticas sociais e ampliação da articulação com o setor privado. Como parte da totalidade, a saúde reflete este processo. Urge que compreendamos como se manifestam essas questões no âmbito do processo de trabalho na Saúde Pública.

5.2 A implantação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil

Associado à construção do SUS, o investimento na Atenção Primária, tanto como uma estratégia de cuidado à saúde quanto como um modo específico para organizar os sistemas públicos de saúde, foi-se tornando central na política de saúde brasileira, ainda que essa centralidade no discurso não se refletisse na alocação de recursos. Internacionalmente, a essencialidade da Atenção Primária cresce junto ao debate acerca da determinação econômica e social da saúde, abrindo caminho para a busca de uma abordagem que superasse a orientação predominantemente centrada na doença. As principais influências para este debate foram as experiências inglesa e cubana de saúde pública e o próprio avanço da Saúde Coletiva brasileira. Paralelamente há o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório *Lalonde* - Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974), cuja principal contribuição foi o olhar para a determinação social do processo saúde-doença-cuidado (95).

Essas experiências serviram como base para o estabelecimento de um novo paradigma formalizado em 1978 na Conferência de Alma-Ata, de onde saíram as propostas da “Saúde Para Todos no Ano 2000” e da “Estratégia de Atenção Primária de Saúde” (96). A Declaração de Alma Ata consolidou as bases da APS atual, propondo uma nova abordagem na organização e racionalização dos recursos disponíveis através dos cuidados primários à saúde (96). Segue, em 1996, a publicação pela OMS da Carta de *Lubliana* (1996) – uma proposta de organização das redes de atenção à saúde que visava, genericamente, à otimização da saúde das populações. A carta propôs um serviço que fosse direcionado à proteção e promoção de saúde, centrado nas pessoas, de modo que os cidadãos influenciassem os

serviços e se responsabilizassem por sua própria saúde; e focado na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade, entre outras questões (97).

No cenário nacional, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira caminha no mesmo sentido, trazendo a discussão de se priorizar a APS como questão estratégica na construção do sistema nacional de saúde. As novas diretrizes na OMS são absorvidas pela política de saúde ao longo da década de 1990, marcada por um grande investimento na ampliação do acesso a partir da conquista, na Constituição de 1988, da saúde como um direito universal. Assim, a APS aparece com destaque na agenda setorial, de forma que a união do acesso universal com os novos paradigmas do cuidado em saúde resulta, em 1994, a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF – então Programa de Saúde da Família, PSF).

Ao longo dos últimos anos, os países que adotam sistemas universais e um modelo centrado na atenção primária vem fornecendo uma série de exemplos que são então confrontados com a realidade brasileira e postos em prática, seja como diretrizes do Ministério da Saúde, seja diretamente nas comunidades locais por meio da iniciativa dos próprios profissionais de saúde. Resulta que, como aponta Campos (98), pretende-se que hoje a APS funcione como uma rede de serviços articulada com outras instâncias assistenciais dos sistemas de saúde; que a unidade básica de saúde (UBS) seja a principal porta de entrada desses sistemas e incorpore recursos suficientes para encarregar-se de pelo menos 80% dos problemas de saúde de uma região; e que, por fim, nas UBS, a equipe de ESF trabalhe tanto com a clínica quanto com a prevenção e promoção à saúde, tendo condições institucionais para intervir sobre o plano orgânico, subjetivo e social do processo saúde, risco e enfermidade (98).

Em 2012, segundo Lobato (99), a Estratégia de Saúde da Família já cobria mais da metade da população brasileira, em especial no setor rural e em municípios pequenos. Segundo a autora, as fragilidades do projeto encontravam-se na baixa integração com os serviços de média complexidade, hoje a maior defasagem do SUS, e na implantação em áreas metropolitanas. Mesmo nesses locais, porém, houve um aumento de cobertura a partir da implantação do Programa Mais Médicos, que tem dentre suas finalidades, como consta no artigo primeiro de seu texto original,

“diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde e fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País” (100).

Em meio a esta mudança de paradigma, há também uma mudança no mercado profissional. Incrementam-se as profissões de saúde, com surgimento de 10 das 16 profissões de saúde existentes hoje somente a partir da década de 1960. Aos poucos, essas profissões deixam de estar subordinadas à Medicina e passam a construir seu próprio campo de cuidado, não de forma isolada, mas sim interdependente, resultando no cuidado multiprofissional, considerado hoje um dos pilares de um bom cuidado em saúde.

Porém, ao mesmo tempo consumismo e individualismo passam a ser valores hegemônicos na sociedade, em detrimento da coletividade, participação cívica e solidariedade (74,77), valores centrais do Estado de Bem-Estar Social no qual se inspira o Sistema Único de Saúde. Assim, a criação do SUS e o investimento na APS, cujas finalidades seriam instituir saúde como um direito universal, são confrontados com o próprio conceito de saúde em meio ao capitalismo neoliberal. Falemos um pouco de como esta construção se deu no município de Campinas.

5.3 Os médicos da Atenção Primária de Campinas

Desenvolvemos nossa pesquisa no município de Campinas, que possui tradição no Sistema Único de Saúde e contribui significativamente para a formulação das políticas de saúde no Brasil. Sede de uma região metropolitana, conta com população estimada em 2016 pelo [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística](#) de 1.173.370 habitantes (104) e possui sistema de saúde complexo, com extensa rede de serviços, instâncias de gestão e controle social.

Previamente à implantação da Estratégia Saúde da Família já havia na cidade um pioneiro histórico de investimento na Atenção Primária. Desde a década de 1970, havia programas comunitários de atenção em saúde que posteriormente foram ampliados a partir da construção de Centros de Saúde e da contratação de técnicos. Essa ampliação da rede de serviços

e a adoção dos princípios de regionalização e descentralização do nascente SUS fez com que, na década de 1990, fossem criadas Coordenadorias Regionais de Saúde, hoje correspondentes aos 5 Distritos de Saúde – Norte, Leste, Sudoeste, Noroeste e Sul. Nos Distritos atuam o coordenador e os Apoiadores Institucionais, trabalhando no planejamento e gestão da saúde de sua área de abrangência – serviços de atenção básica, atenção especializada, pronto-atendimento e vigilância em saúde (sanitária e epidemiológica) – de forma colegiada com os coordenadores dos serviços sob sua responsabilidade, em uma lógica participativa e democrática.

No mesmo período, o questionamento do paradigma biomédico aflorou na rede de saúde pública de Campinas, trazendo o Apoio Matricial como ferramenta para reformulação da clínica em todas as instâncias do sistema, chamando-se atenção para os aspectos subjetivos, sociais e de educação em saúde (102). Equipes de Saúde Mental foram introduzidas na Atenção Primária e, posteriormente, com a constituição da rede de reabilitação psicossocial, o Apoio Matricial passou a ser utilizado também como metodologia para a relação dos Centros de Atenção Psicossocial com as UBS.

Resulta que, em 2001, a população de Campinas contava com 46 centros de saúde exercendo atividades de atenção ao adulto, à criança e à mulher, bem como programas em saúde mental e bucal, amparados por um razoável apoio na área de diagnóstico por imagens e laboratório e ampla distribuição de medicamentos. Ainda assim, o funcionamento da rede estava aquém dos objetivos da APS, com baixa capacidade de absorver as demandas fora das áreas programáticas, baixa capacidade de atenção no domicílio ou no território e pouco trabalho de promoção à saúde. Ademais, ainda que as equipes locais fossem multiprofissionais, o trabalho se dava de maneira isolada, vertical, havendo grande dificuldade em se criar processo de trabalho interdisciplinar (103).

Assim, a partir de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde incorporou o referencial Paideia na organização e gestão de diversas instâncias do SUS Campinas, iniciando uma reformulação do modelo de atenção na APS. Optou-se por implantar a Estratégia de Saúde da Família em um modelo ampliado em relação ao sugerido pelo Ministério da Saúde e

baseado no Método Paideia: o Projeto Paideia de Saúde da Família. O projeto visava, além da ampliação do acesso ao sistema de saúde, a uma nova maneira de se organizar a clínica e a gestão, cujos referenciais eram Clínica Ampliada, Cogestão, Equipes de Referência, Apoio Matricial, Colegiados Gestores e Apoio Institucional (104). Os Centros de Saúde foram reorganizados em Equipes de Saúde da Família, responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias, matriciadas pelos profissionais especialistas que já trabalhavam nas unidades nas áreas de saúde da criança, do adulto, da mulher e mental.

Como consequência do modelo de implantação da Estratégia de Saúde da Família no município, ocorre que ainda hoje as Equipes de Saúde da Família são compostas por médico de família (ou generalista) e agente comunitário de saúde – introduzidos na ocasião de implantação do Programa –, enfermeiro e auxiliares ou técnicos de enfermagem, além de médicos pediatras, gineco-obstetras, clínicos e, em algumas unidades, psiquiatras. Esses médicos especialistas, que seriam responsáveis por matricular a ESF na construção do cuidado ampliado, na prática cotidiana das unidades mantém o atendimento por áreas, de forma que os médicos generalistas e clínicos pouco atendem às áreas de saúde da criança e da mulher. Almeida e Zanolli (105) observam que a

“A saúde da criança continuou mesmo sob responsabilidade do pediatra, com o médico de família fazendo, quase sempre, apenas o pronto atendimento (PA) à demanda espontânea em momentos de ausência do pediatra ou, excepcionalmente, em situações de sobrecarga da agenda desse” (105).

Ainda assim, embora os pediatras sejam os responsáveis, na ESF, pelo atendimento às crianças, eles não se inserem totalmente na lógica do programa, não realizando, por exemplo, visitas domiciliares (105). O mesmo ocorre com o médico gineco-obstetra e com o psiquiatra.

No que se refere ao trabalho médico, o município é representativo do contexto nacional, com algumas particularidades. Com alta concentração de médicos – razão de 5,11 médico por habitante (2,45 na região metropolitana) (106), apresentava, como na maioria das cidades brasileiras, dificuldade de prover médicos para atuar no SUS. Em 2012, havia 2694

médicos trabalhando no SUS-Campinas, o que correspondia a 51% dos profissionais do município ou 1,58 por 1000 habitantes (107). Trata-se da mais baixa proporção de médicos-SUS do Estado de São Paulo, o que sugere que a dificuldade em se fixar médicos na rede pública de Campinas está mais relacionada à existência de polo atrativo no mercado privado, um dos motivos pelos quais o município optou por aderir ao Programa Mais Médicos (PMM). Hoje a cidade conta com 63 Unidades Básicas de Saúde nas quais atuam 181 Equipes de Saúde da Família, o que corresponde a 55% de cobertura da Atenção Primária (108). Como médicos de referência das ESF podem atuar tanto aqueles contratados como clínicos/generalistas (Clínica Geral) quanto os contratados como médicos de família. Tratam-se, portanto, de 87 médicos estatutários no município exercendo a atividade de médicos de referência de ESF. Em Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2014, a Secretaria de Saúde aponta que houve aumento significativo da cobertura de saúde da família a partir de 2014: “1o RQG com 126 equipes e 32,73% de cobertura; 2o RQG com 159 equipes e 41,31% de cobertura; no 3o RQG com 168 equipes e 43,65% de cobertura a partir do Programa Mais Médicos e PROVAB, com habilitação de ESF” (109).

Em concurso público realizado em 2014, a Secretaria de Saúde do município traçou perfil dos profissionais ingressantes, do qual apresentamos alguns dados:

- 58% dos admitidos têm mais de 5 anos de graduação, sendo que 21% têm mais de 10 anos de formação. Na especialidade Clínica Geral, 63% têm mais de 5 anos de graduação, sendo que apenas 11% eram recém-formados (menos de 1 ano de formação).
- Os maiores fatores de atração da Prefeitura Municipal de Campinas para a categoria são os benefícios e estabilidade como servidor público (71%), seguido do desejo de trabalhar no SUS (13%) e da atração para Campinas e região por seus programas de pós-graduação ou pela qualidade de vida (7% cada).
- Dentre os contratados como médicos de família (generalistas e especialistas em Medicina de Família e Comunidade), apenas 38% tinham intenção de seguir carreira no SUS Campinas.

Dentre os contratados como clínicos, dos quais 67% pretendiam trabalhar na Rede de Urgência e Emergência e somente 17% na Atenção Primária, 74% tinham intenção de seguir carreira no SUS Campinas.

Quinze anos desde a implantação do Paideia, as práticas de Apoio Matricial e Institucional diferem muito em cada Distrito do Município. Essa diversidade será utilizada na composição da amostra intencional, de modo a possibilitar a avaliação de como estas estratégias contribuem na dialética da alienação do trabalho médico. Com um perfil de rede de saúde e da profissão médica representativo, esperamos que os resultados da presente pesquisa possam ser aproveitados em outros municípios brasileiros.

CAPÍTULO 6

O Militante, o Sacerdote, o Missionário e o Tecnoburocrata

Participaram da pesquisa quinze médicos que trabalhavam em quatro Unidades Básicas de Saúde do SUS Campinas, seis homens e nove mulheres. Houve uma recusa e duas indisponibilidades. Quatro deles são cubanos participantes do Programa Mais Médicos (PMM) em missão temporária no Brasil na Atenção Primária do Município de Campinas e não são autorizados a trabalhar em outros locais. Dentre os onze restantes, três atuam somente na APS de Campinas. Além deste serviço, outros quatro atuam em serviços de emergência do SUS, entre 12h e 48h semanais, três como docentes de cursos de medicina e uma atende em ambulatório de especialidades do SUS e consultório privado.

Os entrevistados situam-se na faixa etária dos 26 aos 55 anos e têm de três a trinta anos de formação, com uma média de quatorze anos. A maioria graduou-se em Faculdades Públicas (onze dos quinze). Sua jornada de trabalho na Atenção Primária varia entre 24h e 36h, sendo que essa variação não guarda relação com a quantidade de atividades que exercem durante este período.

Como é característico da forma de organização da Estratégia de Saúde da Família de Campinas, a maioria trabalha como clínico geral,

atendendo somente aos adultos das ESF. Apenas um deles, Dr. Gustavo, exerce a função de médico de família, ou seja, presta atendimento a toda a população de seu território adscrito nas áreas básicas (ginecologia-obstetrícia, pediatria, clínica médica). Mesmo os médicos cubanos, do Programa Mais Médicos, cujo contrato de trabalho contempla atendimento à família, atendem somente clínica médica.

Na elaboração analítica do material empírico foram comparados tanto dados provenientes da observação participante realizada quanto declarações emitidas pelos profissionais durante a entrevista. A partir destes achados encontramos médicos muito semelhantes na maneira como falavam e lidavam com a objetivação de seu próprio trabalho, nas formas de estranhamento e de realização da própria atividade profissional, na visão que tinham do coletivo e do contexto, e ainda no modo como consideravam e se relacionavam com outros colegas de trabalho. Estas analogias e diferenças nos levaram a identificar quatro perfis de médicos, quatro modalidades diferentes para o exercício da prática profissional. Resolvemos denominá-las de modalidade Militante, Sacerdote, Missionária e Tecnoburocrática, esta última correspondente a somente um profissional.

A modalidade Militante

A modalidade Militante se caracteriza centralmente por sujeitos que se valem de um projeto coletivo, no sentido político, ético e ideológico, como estratégia para superarem constrangimentos do contexto, da instituição médica, do SUS (parte do Estado) e de sua própria formação. Tratam-se de cinco médicos que apresentam uma visão crítica do papel do médico na construção do Sistema de Saúde, seja de forma restrita ao seu local de atuação, seja de forma mais ampla, com referências à política de saúde, ao sistema e à formação em saúde. Por isso os chamamos Militantes, como muitos deles se identificaram. Possuem média de idade de 42 anos e de tempo de formação de 16 anos. Iremos chama-los Dr. Cláudio, Dra. Débora, Dra. Tania, Dr. Bruno e Dra. Júlia.

Cláudio, Débora e Júlia atuam na mesma unidade, o CS Florido¹¹, onde também atua um médico que caracterizamos como Sacerdote, Dr. Gustavo, que será apresentado posteriormente. Essa unidade passou recentemente por troca de gestão, antes de responsabilidade de uma médica e, atualmente, de um enfermeiro. Em alguma medida essa mudança de coordenação alterou o modelo de assistência aos pacientes e reduziu a participação dos médicos na organização do serviço. A referência a essa mudança aparece muito na fala de Dra. Júlia, Dra. Débora, caracterizadas neste grupo, e de Dr. Gustavo, e não é mencionada por Dr. Cláudio. Os outros dois médicos Militantes atuam em unidades diferentes, um no CS Bairro e outro no CS Santo, onde também atuam Missionários e Sacerdotes. Com exceção de Dra. Débora, especialista em Saúde da Família, todos desse grupo tem especialização *strictu sensu* na área de Saúde Coletiva. É interessante observar que a Saúde Coletiva tem se caracterizado como um campo de conhecimento bastante crítico ao saber e à prática médica tradicionais, além de realizar uma defesa do direito à saúde e do SUS. Identificamos uma relação próxima entre o discurso deste grupo e o da Saúde Coletiva.

O motivo de escolha da profissão apresenta-se muito variável entre esses médicos, desde influência familiar (dois de cinco), desafio intelectual, possibilidade de um campo de atuação amplo e, ainda, interesse em trabalhar na ONG Médicos Sem Fronteiras.

Durante as entrevistas, os médicos Militantes se mostraram bastante comunicativos e foram muito abertos à observação participante, até mesmo solicitando nossa participação para compartilhar a condução de casos durante consultas, visitas domiciliares e discussão de assuntos diversos nas reuniões. Também se mostraram mais implicados com o trabalho e se declararam mais realizados com sua carreira profissional, ainda que com muitas críticas à forma de organização dos serviços ou à atual conjuntura do SUS:

“Neste momento que meu trabalho está mais automatizado, que está fora do meu governo, eu ter o compromisso ético de fazer o melhor possível pra

¹¹ O nome das unidades é fictício.

pessoa que está do outro lado da mesa já me faz bem feliz, é o que eu preciso nesse momento. Então sou, sou bem feliz, com mais ou menos realizações” (Dra. Júlia).

Essa fala é bem característica do comportamento de Dra. Júlia, uma profissional comprometida, muito bem relacionada com a equipe e com os usuários. É séria nos momentos de discussão de casos e reuniões, mas alegre nos momentos de descontração. Mostra-se muito motivada e envolvida com o trabalho no SUS, podendo ser caracterizada até mesmo como profissional combativa. Além de atuar como médica do CS Florido, é docente de uma faculdade privada de medicina, na qual acompanha alunos em uma UBS, faz supervisão de médicos do PMM e está cursando o doutorado em Saúde Coletiva.

Com seus 53 anos de idade e 25 de formação, Dr. Cláudio é o mais velho deste grupo, e também o que apresenta uma postura mais professoral. Relaciona-se com os pacientes e demais membros da equipe de forma gentil, amistosa, mas algumas vezes condescendente. Além da atuação no CS Florido, é pesquisador em universidade pública onde também dá aula para futuros médicos, o que parece ser sua principal fonte de realização pessoal.

Dra. Débora, a mais antiga do grupo na rede de Campinas (24 anos), é uma pessoa alegre, expansiva, extremamente acessível. A relação com a equipe é de amizade e de mútuo aprendizado. Gosta de criar e mostra-se aberta a projetos que facilitem o cuidado para o usuário, ainda que isso implique desgaste para si. Realiza-se no trabalho e se emociona ao falar de seus pacientes, com quem mantém uma relação horizontal, de troca, e com muito vínculo afetivo. Afora o CS Florido, faz plantões em uma unidade de pronto atendimento do SUS como forma de complementação de renda.

Dr. Bruno está constantemente sorrindo, mas se mostra sério ao defender suas posições nos Conselhos de Saúde, espaços onde é muito atuante na defesa do SUS. Desdobra-se para ser resolutivo em seus casos e está sempre acessível à equipe. Também é professor em um curso de medicina de uma universidade privada, onde acompanha alunos em estágio

na Atenção Primária, e também está cursando o doutorado em Saúde Coletiva.

Dra. Tania atua na PMC há 11 anos e, apesar de realizada e feliz, ressentente-se com o fato de que o trabalho na Atenção Primária não seja reconhecido por seus pares e por sua família, que relacionam medicina bem-sucedida a consultórios particulares ou grandes hospitais privados, algo que nunca desejou para si. Já atuou como gestora em outro município e como Apoiadora Institucional na rede de Campinas, bagagem que considera relevante para sua atuação como médica da Atenção Primária. Atualmente, dedica parte de sua carga horária ao Grupo de Gestão do Cuidado, que trabalha com a melhoria da qualidade da atenção por meio de matriciamento com os trabalhadores da rede.

Sobre esse grupo de médicos podemos dizer que focam seu trabalho nos pacientes, porém procurando produzir ações mais abrangentes sobre o território e a comunidade. Procuram compartilhar sua visão acerca do sistema de saúde e da organização do serviço entre seus colegas e usuários da rede, não deixando de incluir, nesses debates e discussões, a problematização do conceito de saúde e doença e a busca por autonomia de todas as partes. No geral, dizem perceber-se espelhados no serviço onde atuam, satisfeitos com o que seria uma relação de identificação com o resultado de seu trabalho. Não são homogêneos, mas possuem esses traços em comum, cada um buscando exercer essas ações nos espaços que ocupam: na academia, nos Conselhos de Saúde, nos Colegiados de Gestão, nas próprias reuniões de equipes ou no grupo de Gestão da Cuidado.

A modalidade Sacerdote

Dos quinze médicos entrevistados, cinco podem ser caracterizados por um exercício da medicina como sacerdócio, algo que foi identificado em declarações e pela postura desse grupo ao caracterizar seu trabalho como centrado na dedicação ao outro, o paciente. Também fica explícita no espírito de sacrifício que demonstram ao exercerem a profissão no sistema público e na atenção primária, em geral em bairros da periferia.

Tal fato está representado desde os motivos que os levaram a escolher a profissão:

“Sempre gostei muito de ajudar as pessoas, mas não necessariamente eu achava que seria médica” (Dra. Isabela).

“Acho que tenho vocação de atender as pessoas, eu queria fazer serviços para a população mesmo” (Dra. Beatriz).

“Quando a pessoa quer ser médico, vai muito do que ela acha no que pode ajudar” (Dra. Luísa).

“Gostaria de ajudar mais a população, a equipe” (Dr. Gustavo).

Essa justificativa foi apresentada por três dos cinco médicos, enquanto os outros dois, que escolheram a profissão por gostarem das ciências biológicas, também mencionam a ajuda às pessoas como uma forma importante de realização na prática médica.

Esse grupo é composto por médicos das quatro unidades de saúde estudadas – o CS Florido, o CS Bairro, o CS Santo e o CS Presidente –, mulheres em sua maioria, quatro de cinco, com média de idade de 38 anos e de tempo de formação de 13 anos. Serão chamados de Dra. Isabela, Dra. Beatriz, Dra. Luísa, Dr. Gustavo e Dra. Marcela.

Dr. Gustavo é um médico muito atencioso com os pacientes, com certa formalidade na forma de se relacionar. Dedicar-se muito aos estudos e busca prover aos pacientes a melhor técnica possível dentro das possibilidades do sistema. Já atuou em um município vizinho de onde procura trazer experiências produtivas, mas encontra pouco eco na gestão. Assim, faz questão de atuar como médico de família, o que conseguiu negociar com o atual gestor de sua unidade, o CS Florido, mas se ressentiu de não conseguir negociar mais tempo para cada consulta ou mais tempo para que possa realizar atendimentos em grupo.

Dra. Isabela é a mais jovem deste grupo, com apenas três anos de formação e seis meses de atuação na PMC, de modo que está construindo e descobrindo as possibilidades de atuação na Atenção Primária. Possuía a visão de que a medicina nesse setor era tecnicamente mal exercida, e para ajudar a melhorar a qualidade da atenção decidiu aí trabalhar, de modo que ainda se mostra espantada e encantada com tudo que se é ofertado.

Formada há vinte e sete anos, Dra. Beatriz fez mestrado, especializou-se em pneumologia, e há quinze anos trabalha como clínica na mesma unidade básica de saúde, o CS Presidente. Dessa forma, conhece bem os pacientes e mantém com eles uma relação próxima e de respeito. Foi atraída para a Atenção Primária devido à remuneração, que considerava boa na época e agora considera baixa, o que lhe causa insatisfação. Além disso, gostaria que o serviço estivesse mais organizado para o atendimento a pacientes crônicos, com menos acesso a demanda espontânea que, para ela, descaracteriza o atendimento da Atenção Primária. Porém, realiza-se por sentir que no setor público tem mais liberdade para exercer sua prática, sem restrição a exames, por exemplo.

De voz baixa e suave, Dra. Marcela é calma e paciente, especialmente com os pacientes idosos. Possui residência de Medicina Preventiva e especialização em Geriatria. Ainda que já tenha trabalhado como gestora de uma UBS, seu trabalho é realizado dentro do consultório e não se incomoda em deixar as questões de gestão e de planejamento para a enfermagem, participando somente no que se refere ao ordenamento do cuidado. Não sabe informar qual é a população adscrita de seu território, mas se sente sobrecarregada com a quantidade de pacientes. Deseja sair da Atenção Primária para exercer somente a geriatria e está aguardando a oportunidade de fazê-lo.

Dra. Luísa é especialista em Cirurgia Vasculuar, prática que exerce em ambulatório de especialidades do SUS e em consultório particular. Atua na Atenção Primária de Campinas há oito anos, com jornada de 36 horas semanais, sendo a médica que mais acumula horas de trabalho. É muito ativa, participando de um grupo de dor, onde faz acupuntura nos pacientes, e do Colegiado Gestor da unidade. Ainda assim, a maior parte de sua jornada se dá no consultório. Considera que a diversificação das atividades torna o exercício da profissão mais prazeroso.

Observamos que o foco principal do trabalho deste grupo de médicos é o paciente, de modo que a reflexão sobre política, ou sobre o potencial de modificação do território e de construção de autonomia da comunidade, diretrizes da Atenção Primária, pouco aparecem em seus discursos. Percebemos que são médicos implicados e dedicados ao trabalho,

porém de forma passiva. Não participam do planejamento, porém não parecem procurar participar, ainda que se mostrem insatisfeitos com a forma de gestão e com a estrutura. Aceitam que a organização do serviço seja dada pela gestão, de cima para a base, focando suas energias no ambulatório, onde investem em um bom vínculo com os usuários, considerados agentes passivos da relação médico-paciente, e na qualidade técnica de sua prática. Por outro lado, são ativos na forma como exercem o poder médico, respaldando-se nesse saber técnico.

A modalidade Missionária

Os médicos cubanos entrevistados estão em missão no Brasil desde 2014. São duas mulheres e dois homens – chamados por nós de Dra. Gabriela, Dra. Rosário, Dr. Martín e Dr. Pablo – e atuam em duas das quatro unidades estudadas, CS Presidente e CS Santo. Todos possuem formação em Medicina Geral Integral (MGI), período obrigatório de dois anos de atendimento na Atenção Básica de Saúde após a graduação em medicina:

“Onde eu me formei existe um protocolo: todos os médicos passam pela atenção básica. Graduação primeiro, depois passam pela atenção básica de saúde, depois pegam a segunda especialidade. Atenção básica não é especialidade lá. A gente fica fazendo dois anos, depois pode ficar fazendo o tempo que você quer até você fazer outra especialidade” (Dra. Rosário).

Com 20 anos de formação e tendo atuado em vários países, sempre como clínico geral ou médico de família, Dr. Pablo é o mais experiente dentre eles. Mostra-se contente pelo trabalho no Brasil, onde diz ter tido uma experiência muito bonita e de muito aprendizado. Seu trabalho no CS Santo é centrado no consultório, com horário somente para reuniões de equipe. Considera que foi muito bem recebido pelos colegas de trabalho e que a população está muito satisfeita com o atendimento:

“A maior coisa que a gente vai levar embora é o amor e o conhecimento do povo brasileiro, nesse tempo todo que a gente esteve aqui trabalhando” (Dr. Pablo).

Com 10 anos de formação, Dra. Gabriela é a única que possui, além da MGI, uma especialização: oftalmologia. No CS Presidente, seu trabalho é dividido em consultas individuais, visitas domiciliares, e grupo programático de Hipertensão e Diabetes, que funciona no molde de palestras educativas. Gosta do trabalho no Brasil, da troca de experiência e saberes que tem feito, mas sente que seu potencial está subaproveitado, de forma que está ansiosa pelo retorno a Cuba.

Dr. Martín é formado há 6 anos. Esteve em missão na Venezuela, onde terminou sua formação em MGI pelo convênio que Cuba mantém com a Universidade Federal da Venezuela, e relata que os três sistemas de saúde tem em comum os princípios de universalidade e integralidade. Também divide seu horário no CS Santo em consultas individuais, visitas domiciliares e grupo programático de Hipertensão e Diabetes. Vê a medicina não como um trabalho, mas como um prazer. Além das reuniões de equipe, nas quais é participativo, vê o Colegiado Gestor e o Conselho Local de Saúde como espaços potentes de debate acerca do funcionamento do serviço.

Dra. Rosário também é formada há 6 anos e ainda deseja fazer uma especialidade quando retornar a seu país. De poucas palavras, diz-se satisfeita com o trabalho na Atenção Primária no Brasil e feliz porque 'sempre se realiza em tudo que faz', mas vê limitações que relaciona à organização do sistema. Sua jornada de trabalho no CS Presidente é dividida da mesma forma que Dr. Martín e Dra. Gabriela, sendo a Visita Domiciliar sua maior fonte de satisfação, ainda que se queixe de visitar somente adultos e idosos acamados, negligenciando o restante da família.

Esse grupo também se subdivide entre médicos com características mais comuns ao grupo Militante e outros ao grupo Sacerdote. Essa subdivisão coincide com a unidade onde estão atuando, o que nos faz refletir que estão em grande parte condicionados pela estrutura. A percepção que tiveram da medicina no Brasil e a satisfação em estarem atuando no país está intimamente relacionada a seu local de atuação, cujas características são, no CS Santo, onde trabalham Martín e Pablo, de permitir mais autonomia aos profissionais, trazê-los para mais próximos do planejamento e proporcionar uma atuação mais próxima ao modelo cubano, enquanto no CS

Presidente, onde estão Rosário e Gabriela, a prática é mais ambulatorial e programática, planejada unilateralmente pela gestão.

Ademais, ainda que tenham em comum com os militantes o fato de se sentirem executores de um projeto coletivo, ao contrário destes os missionários não parecem elaborar críticas ou exercer protagonismo político para alterar a gestão ou a política de saúde. O fato de serem médicos estrangeiros em uma missão internacional talvez explique grande parte de seu comportamento disciplinado e discreto.

A Modalidade Tecnoburocrática

Como mencionado anteriormente, um dos médicos participantes do estudo não se identifica propriamente com nenhum dos outros perfis, caracterizando-se como alguém alienado em relação à sua própria prática, ao contexto institucional e aos demais trabalhadores. Será por nós chamado de Dr. Simão.

Dr. Simão possui 55 anos e é formado há 30 anos em uma instituição privada, que foi posteriormente adquirida pelo estado. Possui especialização em pediatria, mas atualmente dedica a maior parte de sua carga horária de trabalho como clínico de uma ESF, exercendo sua especialidade em um plantão semanal de 12h em serviço de urgência do SUS. Como outros médicos participantes da pesquisa, Dr. Simão escolheu a profissão devido a uma doença na infância, despertando nele o desejo de cuidar de outros doentes.

De poucas palavras, Dr. Simão pouco participa da entrevista ou da observação. Porém, a gestora da unidade nos relatou que a qualidade do atendimento desse médico e sua participação na rotina da unidade melhorou durante a observação participante, o que foi notado pelo restante de sua equipe multidisciplinar. Ainda que não tivéssemos como observar a UBS de forma neutra para conhecer o comportamento do médico sem nossa intervenção, tivemos a mesma impressão em uma visita domiciliar que acompanhamos, em que Dr. Simão permaneceu na sala enquanto a paciente estava no quarto, sem condições de se levantar. O médico somente se dirigiu

ao quarto para efetivamente examinar a paciente depois de a pesquisadora ir até lá acompanhando a enfermeira da equipe.

Tampouco tem uma opinião formada acerca da repercussão das políticas de saúde sobre o trabalho médico ou sobre a visão que a sociedade brasileira tem dos médicos.

“Em termos de política, eu acho que a gente deveria ter mais nos nossos políticos, não é?! Mais pessoas da área de saúde.... Eu vejo que são políticos, não é?! Então eu não vejo, assim, que eles tenham aquele olhar que a gente gostaria que tivessem, não é?!”

“Dizem que o médico só pensa em dinheiro, só pensa em dinheiro, só quer ganhar. Eu procuro entender, entender um pouco disso daí, não é?! Mas eu nunca fiquei pensando muito nisso não”.

Enfim, é um médico lacônico, com baixa participação durante a pesquisa e um discurso destoante dos demais. Aparece cansado e não se mostra implicado no trabalho, tampouco realizado, apesar de afirmar sê-lo.

Com base em minha experiência pessoal, tenho a hipótese de que este perfil de médico é o mais frequente fora da Atenção Primária. Se fizéssemos uma investigação entre especialistas que atuam em hospitais e serviços privados a maioria, provavelmente, teria este perfil. Em nossa visão, a APS tende a atrair e a fixar profissionais com características dos militantes ou dos sacerdotes.

Algumas considerações provisórias

O fato de existirem modalidades distintas de exercício profissional entre sujeitos submetidos à mesma conjuntura econômico-social, ao mesmo processo de formação, trabalhando em um mesmo contexto e na mesma instituição, nos remete ao conceito de **coprodução de sujeitos e do contexto** desenvolvido por Campos (28). Isso é, essas diferenças nas formas de alienação e de envolvimento, ou até de engajamento, entre os médicos participantes da pesquisa resultam tanto do protagonismo distinto das pessoas quanto da heterogeneidade e das contradições das instâncias de determinação estrutural. Não observamos relação direta e correlação de

determinação entre modelo de gestão e local de trabalho com um maior ou menor envolvimento com o trabalho ou com o grau de alienação dos médicos. Afinal, as diferentes modalidades de alienação se espalhavam entre os vários serviços. Por outro lado, pareceu haver uma forte relação entre docência e formação em Saúde Coletiva e uma maior apropriação sobre o trabalho, mais comuns ao grupo Militante, percebido como o mais autoconsciente.

A média de idade, tempo de formação e tempo de serviço também não apontam para nenhuma correlação com modalidade de trabalho, e mesmo a formação em Saúde Coletiva, acima citada, não aparece como determinante, haja vista os exemplos de Dra. Débora e Dra. Marcela a primeira de perfil militante e sem formação em Saúde Coletiva e a segunda com essa formação, mas com postura distinta daquela do grupo Militante. Por sua vez, maior grau de autonomia dos médicos, sua maior presença em espaços democráticos de gestão e uma organização menos burocratizada e fragmentada do serviço foram relacionados a um maior grau de reflexão sobre o trabalho e sobre o contexto, o que ficou claro na observação do grupo Missionário, justamente por este ser mais homogêneo, e no discurso dos médicos do CS Florido, que havia passado por dois modelos diferentes de gestão. No entanto, sabemos não haver dados suficientes nesta pesquisa que permitissem a comparação entre grupos, mesmo porque ela não foi desenhada para tal e isso extrapolaria seus objetivos. Assim, analisamos as representações e objetivações dos médicos participantes e da pesquisadora como um conjunto, tendo como referencial a teoria apresentada nos capítulos iniciais desta Dissertação.

6.1 Autonomia profissional e a gestão sobre o Trabalho Médico

A autonomia do médico apareceu como uma importante questão no Campo de Pesquisa, seja em relação ao planejamento do serviço, a gestão da rotina de trabalho ou frente aos preceitos científicos. A respeito destes, foram poucas as reflexões feitas por parte dos médicos:

“Ninguém tem autonomia 100% em nada. A gente não é autônomo 100% porque tudo que a gente faz tem embasamento da formação, da teoria que está por trás. A gente não escolhe tudo: tem diretriz, tem protocolo. Então a gente não é autônomo para fazer de qualquer jeito. [...] então eu acho que a gente tem muita autonomia sim, eu tenho autonomia no sentido de que eu tenho autonomia para prescrever o que eu quero, para indicar a terapia que eu quero, mas é lógico que a gente não tem 100% porque a gente tem indicações do que a ciência moderna diz que você pode fazer ou não, não é?!” (Dr. Cláudio - Militante).

“No pensamento médico, nos ‘procederes’ que você realiza, você tem que ter o seu grau de autonomia, uma hora ou outra, sempre tendo os protocolos que a literatura têm descrito e você tem que seguir, uma autonomia para você seguir a conduta que você tem que tomar” (Dra. Gabriela - Missionário).

“Eu profissionalmente sempre tenho autonomia, mas protocolo a gente sempre recebe, protocolo de atendimento. Mas a autonomia é imprescindível. [...] nem tudo é um protocolo, mas se tudo fosse um protocolo a gente teria uma máquina e não médicos, a gente teria uma máquina fazendo protocolos de triagem. Independentemente do fluxo de atendimento, a autonomia do médico é muito importante. [...] às vezes a gente tem que seguir o fluxo diferente por conta da experiência, de um resultado que a gente já teve. Porque, **às vezes, um protocolo é feito para uma população diferente, para uma região diferente, a realidade da gente pode diferir.** Pode ser às vezes maior ou às vezes menor, mas autonomia nunca pode ser tirada, e que deve ter mesmo e eu respeito e apoio mesmo, a autonomia do médico” (Dr. Martín - Missionário).

Observa-se que Dr. Martín é o único a questionar uso de protocolos no direcionamento do trabalho médico. Alguns médicos Militantes também fazem tal questionamento durante debates, condução de casos e reuniões, mas não no discurso durante a entrevista.

Este achado condiz com a afirmação de Donnangelo (58) e Gomes (16) acerca das interferências “interna” e “externa” sobre o trabalho médico a respeito das quais refletimos no Capítulo 3. Assim como observado por aqueles autores, também nesta pesquisa os médicos se queixam das

interferências de cunho institucionalizador, ou “externas”, como as regras impostas pela gestão, enquanto não se ressentem das que são ditadas pelos próprios pares e suas instituições, exemplificadas nos Consensos e Diretrizes emitidos pelas associações médicas. De fato, os médicos participantes deste estudo não definem essas interferências “internas” como perda de autonomia.

Por sua vez, a autonomia sobre a gestão do próprio trabalho esteve muito presente no discurso de todos os médicos. Em comum, queixam-se da limitação na ordenação de suas próprias atividades, em geral restritas ao consultório, e do tempo rígido de consulta. Aqui os grupos apresentaram-se semelhantes, ainda que a percepção acerca desta autonomia seja representada de forma diferente entre eles. Esta homogeneidade pode estar relacionada ao fato de que todos praticam a medicina de forma predominantemente ambulatorial, isto é, as consultas correspondem à maior parte de sua carga horária, o que caracteriza uma prática próxima do paradigma biomédico, algo explicitado nas falas dos entrevistados, algumas vezes de forma ressentida:

“Alguém disse que tem que ser feitas tantas consultas, a maior parte da agenda dele tem que ser para isso. Das 36 horas, 24 horas ou 20 horas que ele faz, ele tem que atender uma parte em consultório fazendo agenda, muitas vezes imposta pra ele de uma maneira: “olha, eu quero que você atenda três por hora, dois agendados, um acolhido”, e nesse momento ele tem que, muitas vezes, acabar seguindo. Isso é imposto” (Dr. Gustavo - Sacerdote).

“Eu gosto de trabalhar em equipe [...] talvez por isso me incomode tanto ficar tão preso no consultório, porque eu acho que dá pra fazer mais coisas de outras formas” (Dr. Bruno - Militante).

“Você não pode fazer uma atividade de promoção em escola, aqui no posto. Tem que fazer atividades de promoção na rua, onde eles moram, não aqui somente. Tem pacientes que vem quando tem uma atividade de promoção ou prevenção. Tem alguns pacientes que não vem porque não ficam sabendo que tem atividades aqui. Aí fica distante, acho que existe uma distância entre a equipe de saúde e a população. Não é somente agente

de saúde que tem que ir ver a população...” (Dra. Rosário – Missionário).

“A gente fica muito preso ao esquema agenda-consulta-consulta agendada... é uma luta diária de você conseguir ter um grupo... Um bom médico, a função do médico na atenção básica, para muitos gestores é o atendimento individual, o consultório... ‘se você não fizer isso, então não adianta você vir trabalhar, porque é isso que a gente quer de você...’ acho que é uma luta diária contra essa estrutura, essa coisa cristalizada, de um médico ter que vir para a atenção básica para fazer a consulta individual e ponto!” (Dra. Tania - Militante).

Em todas as unidades estudadas, a agenda do profissional é montada pela coordenação e fica distante do médico, na recepção, para onde os pacientes se encaminham para agendar uma consulta. Desse modo, os médicos não possuem controle sobre quais demandas estão sendo agendadas e se os pacientes que necessitam estão conseguindo acessar o serviço. Essa forma de organização foi criticada por todos os médicos participantes do estudo, sendo o tempo reduzido para a consulta a principal questão.

“O que dificulta às vezes a gente usar todo o nosso potencial é o tempo curto de consulta, 20 minutos. Às vezes, dependendo do paciente, você não consegue atender adequadamente, se fosse mais tempo daria pra você explorar ainda mais ainda. Você não consegue atender um idoso em 20 minutos [...] Só pra você orientar uma dieta pra um diabético você já ocupou mais de 20 minutos, então a gente acaba não fazendo por conta disso: como tem só 20 minutos para aquele paciente, acaba focando mais na queixa dele e deixa, às vezes, alguma outra coisa que você poderia ajudar na melhora, não é?!” (Dra. Marcela - Sacerdote).

“Uma limitação que eu sinto é a questão de 20 minutos de consulta... O fato de ter 20 minutos para alguns pacientes é muito pouco. São pacientes às vezes complexos, às vezes casos de geriatria, que demandam tempo para subir na maca, andar, chegar [...] Então eu sinto que às vezes a gente não fica o tempo que gostaria, não faz tudo aquilo que precisa por essa limitação de tempo” (Dra. Isabela - Sacerdote).

“Aqui é diferente, as consultas são agendadas e são 20 minutos. Às vezes dá tempo, às vezes não dá. Tem alguma pessoa que você consegue atender sem problema, tem pessoa que você precisaria de uma hora para poder cumprir as expectativas do paciente e as suas, conseguir avaliar um monte de coisas que essa pessoa tem. E sem exceção ter 20 minutos, aí fica muito limitado. Porque você pode até estender, mas aí já deixa outra pessoa esperando e aí pode ficar mau porque o paciente que entrou demorou 40 minutos” (Dra. Gabriela - Missionário).

“Eu não concordo muito com o modelo de 20 minutos por consulta, nunca tive facilidade de ‘acabou vinte minutos, bateu no relóginho, deu, acabou. Daqui a três meses a gente conversa mais’. Então, muitas vezes eu acabo estendendo pacientes que não eu poderia e, nos que dá pra encurtar, como retornos ou casos mais simples, eu acabo tentando compensar. [...] eu sinto falta da autonomia do profissional de poder montar e fazer atendimento primário, que é poder trabalhar em prevenção, profilaxia, e a gente não tem essa autonomia. Entra e sai do trabalho, e tem que cumprir metas, tem que cumprir agenda, nesse sentido eu me sinto menos autônomo” (Dr. Gustavo - Sacerdote).

Essa observação corrobora a afirmação de Campos (28), Gomes (16) e Souza (47) de que há uma tendência ao gerencialismo mesmo no sistema público, inspirado em moldes fordistas, com definição das metas e da organização do trabalho unilateralmente pela gestão. No capítulo 4 havíamos dito, a partir de Ramos (79), que essa influência se dá mais claramente na organização do trabalho da enfermagem, em que o planejamento fica a cargo dos profissionais de formação superior e a execução, dos trabalhadores de formação técnica. Porém, a organização do tempo de consulta pela gestão em parcelas de 20 minutos nos parece também ser influência desse molde de gestão no trabalho médico. Resta, no entanto, espaço de liberdade para o exercício da prática durante a própria realização do atendimento e na condução do caso, em que a atividade produtiva é regulada exclusivamente entre médico e paciente.

De fato encontramos, dentre os médicos, a visão de que a medicina ainda é uma prática que permite ao profissional certa flexibilidade em seu exercício. Nos comentários de Dr. Gustavo e Dra. Gabriela

percebemos que, apesar de constrangidos pela forma de gestão do tempo de trabalho, eles são capazes de se organizar para exercer a atividade da maneira como consideram mais adequada; algo comum à maioria dos médicos que participaram do estudo. Tal fato caracteriza o discurso dos médicos Sacerdotes e de alguns dos Missionários acerca de autonomia profissional, que é vista como parcial, relativa à prática do consultório, mas ausente no planejamento do trabalho:

“A gente tem uma certa autonomia na questão da relação médico-paciente, na questão da conduta que você tem com o paciente, mas você não é totalmente autônomo porque você responde pelo seu trabalho pra uma outra pessoa” (Dra. Marcela - Sacerdote).

“Assim, eu me considero uma profissional autônoma porque dentro do consultório a gente tem autonomia de propor um tratamento e tudo mais. Mas, assim, tem algumas coisas que são padronizadas e que você precisa seguir, não é?” (Dra. Isabela - Sacerdote).

“Dentro do possível eu tenho autonomia. Eu acredito que é relativo, eu tenho a minha agenda bem rígida, nisso eu não tenho muita autonomia não, fora isso acho que sim [...]. Basicamente vem de cima. Eu tenho que atender tantos que são agendados, tantos pronto-atendimentos, tantas reuniões, vem tudo de cima... sempre foi” (Dra. Beatriz - Sacerdote).

Ainda que estes comentários se refiram a uma rigidez de organização da agenda, pudemos perceber, ao longo da pesquisa, que alguns médicos são capazes de negociar com a gestão uma forma diferente de trabalhar, ainda que dentro de um mesmo arcabouço. Dra. Tânia, por exemplo, negociou a reserva de 2 vagas semanais para agendar pacientes que julgasse necessário rever. Porém, a médica reflete que nem sempre os colegas procuram negociar esse planejamento, e que, neste sentido, por sua experiência de trabalho e formação, ela tende a ter mais autonomia que os demais.

“Acho que profissional autônomo faz o horário que quer, tem uma disponibilidade de recurso talvez mais dependente dele mesmo do que a gente... [...] Acho que não no sentido trabalhista, nem no sentido de autonomia também, mas ainda assim eu acho que eu

sou mais autônoma do que outros médicos por ter uma experiência em saúde coletiva, por ter feito mestrado nessa área, um pouquinho de gestão... eu tenho um pouco mais de autonomia do que outros médicos que trabalham na atenção básica. Eu comparo muito com pessoal do Programa Mais Médicos. Eles não tem essa autonomia, eles nem sabem que podem ter essa autonomia, essa liberdade, para eles é muito mais restrito do que para mim. Mas acho que pela minha experiência, acho que mesmo outros médicos brasileiros que não são do programa não tem tanta autonomia também” (Dra. Tania - Militante).

Como no exemplo de Dra. Tania, entre os Militantes percebemos uma maior clareza acerca da possibilidade de negociar a gestão de seu trabalho com a coordenação, ainda que os médicos, por diferentes motivos, nem sempre o façam.

“A gente está num sistema, tem regras, não tem autonomia em tudo, mas acho que eu tenho muita autonomia ao mesmo tempo. Porque acho que, pessoalmente, aqui na prefeitura de Campinas, ninguém vem impondo as coisas, ninguém fala ‘você tem que atender desse jeito, você tem tanto tempo para cada consulta’. Acho que a gente tem muito espaço para negociar coisas para fazer e acho que se respeita muito... eu já passei por vários Centros de Saúde. Aqui, nenhum coordenador jamais disse ‘você pode ou não pode fazer isso’. Também não peço nenhum absurdo. Eu acho que a gente tem muita liberdade em Campinas, eu conheço colegas que falam: ‘eu quero trinta minutos, eu não dou conta em vinte’. Começa com trinta” (Dr. Claudio – Militante).

“Eu já tenho 50 anos, eu quero trabalhar mais... eu não quero ter que fazer um enfrentamento tão intenso, sabe? A coisa política.... Não que eu tenha ilusão de que... todo lugar tem jogo de forças, óbvio que é jogo de forças. Ai, estou com preguiça. Assim, eu acho que não podia perder tempo, eu estou muito potente. Cheguei num ponto da minha vida, de experiência, de trabalho e de prazer mesmo no trabalho. [...]. Então, eu quero ir mais, eu vi o que dá para fazer. E eu não voltar pra trás e falar: ‘Olha, a minha agenda não dá...reunião de equipe não pode ser assim, não pode ter aulinha na reunião de equipe, olha o que a gente fazia antes, a gente conversava’, entendeu?!” (Dra. Débora – Militante)

– quando indagada a respeito de renegociar a nova forma de organização da unidade).

“Eu acho que por não ter inclusive este perfil – ‘não, o médico sou eu que mando, eu sou médico, fechou a porta daqui pra dentro sou eu’ – eu acho que tenho um pouco menos de autonomia, mas não sei. [...]. Talvez falte isso, quando você tem disposição em ir fazer este tipo de conversa com a gestão. Já me ofereci algumas vezes, mas de ir lá e bater o pé – ‘agora eu quero fazer isso, vamos lá’ –, isso eu não faço, não é?!” (Dr. Bruno - Militante).

Na maior parte do tempo, observamos que ao médico é reservado o papel de atender às consultas, enquanto a organização da rotina de trabalho é feita pela enfermagem de nível superior juntamente com a coordenação da unidade. No entanto, como se observa, alguns participantes da pesquisa creem que este arcabouço pode ser modificado pelos médicos, bastando, para isso, que tenham a iniciativa da mudança. Ocorre que, alienados na sua rotina, não sabem que podem fazê-lo e mesmo quando o fazem, nem sempre encontram eco na gestão. Esse arranjo parece se dever tanto ao costume quanto à alta demanda por atendimento, algo também presente no discurso dos participantes.

“Eu fico lidando mais com a parte da assistência, não é?! Me dedico mais à assistência, não é?! Estas partes aí ficam mais com a enfermagem [...]. É mais é por falta de estrutura mesmo, porque a gente não tem aquela equipe organizadinha, certinha, não é?! A gente até gostaria de trabalhar com a população, com aquele limite de população, mas nada, nada aqui segue a teoria, vamos dizer assim... Quer dizer, a gente não segue aqueles limites populacionais, a organização, organograma, nada disso, não é?! [...]. Eu gostaria de montar a agenda pra ter horário só pra hipertenso, só pra diabéticos, dar uma esquematizada, principalmente para os crônicos terem sempre vaga, pra serem atendidos, não é?! Mas não achei espaço pra criar este tipo de agenda. [...] E também eu entendi a situação. **Aqui é muita gente, a gente apaga fogo, não é?! Muito pronto atendimento, não tem como**” (Dr. Simão - Tecnoburocrata).

“Eu acho que o posto de saúde tem que ser mais direcionado em controle das doenças crônicas e se deve atender eventuais queixas do dia, mas esse número de consultas tem que ser esse número de consulta, **acho que a demanda espontânea é muito grande...** Se não conseguir equilibrar isso vai ser sempre maior, a

demanda espontânea, porque o hipertenso e o diabético, se você não consegue ver em consulta, ele vai ficar descompensado, e vai vir um paciente de demanda espontânea com diabete alta... **Fica assim um círculo vicioso, onde você controla por um lado, mas descuida pelo outro.**” (Dra. Gabriela – Missionário)

Ainda que tenham uma maior percepção de liberdade no trabalho do que os demais participantes da pesquisa, os médicos Militantes não se consideram trabalhadores autônomos, por se entenderem como servidores públicos. Contudo, refletem sobre diferentes graus de autonomia que têm ou poderiam ter, ampliando a visão de autonomia para além da gestão de sua rotina. Três deles se ressentem do cerceamento à sua participação e da desvalorização de seus saberes e de sua experiência no planejamento da organização do serviço, o que, curiosamente, não guarda relação com o local de trabalho. Isto é, há visões diferentes de médicos da mesma unidade acerca da abertura para participação no planejamento.

“Eu sou servidor público, eu não me considero autônomo de jeito nenhum. Agora ter autonomia é outra coisa, acho que eu sempre tive um pouco. Mas assim, eu acho que a autonomia tem que ser no bom sentido, tem que ser compartilhada. Eu tenho chefe, tem diretriz, tem um monte de coisa...não passo por cima de tudo isso [...]. Agora estou tendo menos do que eu gostaria, mas são coisas que são do conjunto mesmo, da equipe toda, que está meio junto. Eu sempre tive muita autonomia de agenda, dentro de um arcabouço, sempre tive, e agora é o que eu estou mais sentindo aqui, eu não estou tendo essa possibilidade. Eu sempre tive uma agenda paralela que eu podia organizar um pouco melhor. E não é só isso também: **eu sempre tive da gerência, dos projetos, das ideias, eu sempre tive muito apoio, nunca tive muita resistência de como eu queria fazer, de como queria trabalhar.** Agora não mais, agora não mais. Agora tenho uma agenda lotada de pacientes. Aí como eu tenho que pagar horas, nesse horário que eu pago horas eu consigo agendar algumas coisas que eu preciso ver, que eu tenho que ver, que não tem mais agenda, que é o que me incomoda muito” (Dra. Débora - Militante).

“Não me considero autônoma, porque entende-se que autônomo é uma forma de prestação de serviço, profissional autônomo é aquele que vende o seu próprio serviço e é chefe de si mesmo. **Eu sou servidora**

pública [...]. Eu tive três fases, eu chamo de três fases: eu passei quatro anos em uma unidade em que isso era razoavelmente negociável, depois eu estive três anos aqui nessa unidade em que isso era muito negociável e **era muito bacana poder construir o meu trabalho... pensar agenda, pensar outras atividades, outras abordagens. A gente conseguiu nessa época bancar um projeto para a unidade toda que foi construído coletivamente e que tinha como perspectiva garantir acesso e qualidade do atendimento.** Então, o acolhimento dos pacientes ele era feito todo dia, o tempo todo, por todos os profissionais organizados em escala, inclusive os médicos, e todas as pessoas que procuravam a unidade em demanda espontânea deveriam ser atendidas e suas questões resolvidas ou encaminhadas para resolução, de um jeito que a nossa agenda programática fosse enxugada pra gente poder, mesmo nas consultas por demanda espontânea, observar tanto as questões que eram demandadas quanto outras que precisavam ser vigiadas. Foi bem legal. Aí esse período de coordenação acabou e nesse momento a gente vive um outro modelo que é o modelo médico atendendo consulta agendada. Então, nesse momento eu estou com muito pouca gerência do meu horário de trabalho. Eu tenho algumas vagas para atender demanda espontânea que são previamente selecionadas pela equipe de enfermagem, quem eu vou atender ou não, e atendo pessoas que foram agendadas” (Dra. Júlia - Militante).

“Acho que 100% de autonomia ninguém tem, não é?! Você sempre está trabalhando vinculado. Mas eu trabalho num serviço, então não sou, nunca fui, nunca pretendi ser o tal do profissional liberal, por exemplo, que gozaria de uma certa autonomia maior do que um subordinado, ou empregado ou **servidor público, que no caso foi o que eu preferi ser.** Mas, eu acho que a gente goza de um nível de autonomia inferior do que poderia ser, no serviço público. Não só eu, **talvez eu até seja mais autônomo neste aspecto, porque eu me meto, eu estou nestes conselhos todos, estou fazendo, eu procuro ter um certo controle.** Mas é isso, assim, não acho que tem autonomia num grau desejado. Eu acho que um grau extremo de autonomia seria ruim inclusive porque, afinal, normalmente as pessoas se apropriam disso pra privatizar o espaço e não fazer o trabalho. Se você faz um trabalho completamente independente de qualquer tipo de supervisão ou de qualquer tipo de tutela, há uma tendência de boa parte das pessoas de não saber lidar.

Está acontecendo com boa parte dos colegas, não meus colegas aqui do posto, mas falando de uma maneira geral assim, de uma certa não gestão sobre o trabalho, ou impossibilidade de gestão sobre o trabalho médico que é uma realidade” (Dr. Bruno - Militante).

Como observado, segundo a maioria dos Militantes a falta de autonomia ou de participação no planejamento do serviço reflete em menor efetividade do trabalho médico, em resultados mais limitados:

“Nesse modelo atual em que eu atendo pessoas que são agendadas por outras pessoas, numa velocidade, num ritmo e por critérios que eu não participo, minha preocupação é meu compromisso ético de fazer o meu melhor possível pela pessoa que está sentada na minha frente. Então **isso no espaço do território é muito pequeno, porque eu não estou trabalhando num diagnóstico de território, então eu não consigo nem planejar ações pra esse diagnóstico, muito menos aferir resultados. Então, eu não tenho menor ideia**” (Dra. Júlia - Militante).

Por sua vez, ainda que se queixem da forma de organização do serviço, o grupo de Sacerdotes participa muito pouco do planejamento, mesmo quando há abertura para isso, como é o caso de duas das quatro unidades. Mais comumente, participam somente do planejamento das tarefas que lhes são delegadas, como os grupos programáticos (de pacientes hipertensos ou diabéticos, de tabagistas etc.), e atendem às consultas para eles agendadas.

No CS Florido e no CS Santo há abertura para participação dos médicos no planejamento das atividades, sem que isso se reflita, necessariamente, em menor alienação no trabalho, exceto no que se refere aos médicos Missionários. Entre eles, a maior participação dos médicos pareceu-nos estar relacionada com maior grau de reflexão sobre o trabalho. Como exemplo, citamos o comentário de Dr. Martín a respeito do uso das ferramentas do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ) da Atenção Primária no planejamento do CS Santo, em oposição a Dra. Rosario, do CS Presidente.

“O sistema de coletar dados, como eu uso atualmente, é uma coisa boa que você tem. Você é capaz de

organizar o trabalho para poder olhar todos os lados e a nível municipal, tanto do estado, como do país mesmo, sobre os mesmos indicadores. Você é capaz de favorecer coisas como fazer um pré-natal, fazer acompanhamento das consultas, o atendimento dos diabéticos... A gente experimentou e conseguiu, no começo com o atendimento dos diabéticos e hipertensos, até atendimentos mais urgentes, a gente conseguiu fazer uma triagem dependendo dos riscos que os pacientes tem. Conseguimos fazer um planejamento e ver há quanto tempo ele participa da consulta e do grupo e na visita domiciliar. Pela necessidade própria do paciente, a gente conseguiu planejar e fazer o melhor atendimento aos pacientes, conseguimos melhorar muito, conseguimos tirar fila e organizar muito. Perfeito não é, mas está perto. Isso tudo a partir do PMAQ e do próprio funcionamento da equipe” (Dr. Martín - Missionário).

“Eu não participo em nada... eles criam as agendas. Eu não construo nada. Só que às vezes, por exemplo, algum paciente que me preocupa e eu quero retornar com ele, eu mesmo agendo. Geralmente eles agendam tudo para mim, isso é meio ruim...” (Dra. Rosário - Missionário).

Diferentemente dos Militantes, entre os Missionários a falta de autonomia no planejamento não é percebida como tão prejudicial. De fato, ao longo da pesquisa pudemos observar que, como os Sacerdotes, esses médicos relacionam-se de forma passiva com o trabalho, satisfeitos em cumprir as tarefas que lhes são delegadas ou em planejar algumas atividades. Porém, diferentemente daquele grupo, veem nessa atitude um sentido de ajuda humanitária ao Brasil, à população carente do país. Assim, o resultado individual de melhora dos pacientes e de melhora de acesso ao serviço lhes traz satisfação e senso de realização profissional.

“Desde que chegamos aqui no Brasil, não só eu, como eu falo e todo mundo fala, foi um sucesso! Porque muitos pacientes antes iam parar no hospital com problemas que dariam para ser resolvidos aqui no posto, e porque hoje [...] o paciente que tinha uma enfermidade tem maior controle, tem um melhor acompanhamento, e a gente é uma equipe toda. Tem um bom funcionamento também. Não é só a parte dos cubanos necessariamente, mas sim dos profissionais do

Brasil, da Venezuela, que tem vindo aqui ajudar nesta missão tão bonita” (Dr. Simón – Missionário).

“Desde que comecei até agora tem melhorado muitos pacientes descompensados. Porque estava sem médico, o médico deles faleceu. Você meio que tem que atender todo mundo agora. Os pacientes têm melhorado, só passam nas consultas para fazer check-up” (Dra. Rosário – Missionário).

“Acho que quando eu cheguei aqui havia expectativa, a expectativa com o desconhecido. Então a gente vê a natureza do humano e a natureza das pessoas, a gente tem medo do que nunca viu, eu acho que teve aquele impasse inicial da gente chegando aqui no posto. O atendimento foi muito bom e a equipe fez o maior grau de inclusão do pessoal. O trabalho melhorou muito, o atendimento melhorou mesmo... A gente praticamente não tem mais filas nas agendas, a espera era de 3 a 4 meses, agora marca em praticamente 10 dias, quando tem. Teve um tempo que às vezes não tinha fila. Acho que, além disso, a população está contente mesmo com o trabalho, o funcionamento do posto melhorou bastante. Mesmo assim não é um trabalho individual, é um trabalho realmente em equipe. Eu profissionalmente não vou resolver todos os problemas que tem, mas melhora a demanda, e você tirando uma demanda no fluxo grande de pacientes, consegue dar uma melhora nos atendimentos. Foi o que aconteceu na nossa comunidade mesmo” (Dr. Martín – Missionário).

“Muitas pessoas que antes estavam descompensadas, que a pressão estava alta, agora estão bem, com a glicemia normal. As pessoas veem estimuladas nos grupos, nas consultas. Diminuem o peso, acho que a gente tem tido um resultado relativamente bom, a gente queria ter conseguido mais. Pelo menos as pessoas tem compreendido a necessidade de cuidar da saúde” (Dra. Gabriela – Missionário).

Por fim, a autonomia também aparece, para uma das médicas, como sendo também a possibilidade de escolha de local de trabalho, algo que estaria relacionado à dinâmica do mercado de trabalho, que devido à escassez de oferta de médicos ainda apresenta facilidade de inserção:

“Eu me considero uma profissional autônoma. Acho assim, o que eu decidir hoje, por exemplo, se meu marido disser – ‘você precisa ser transferida para

trabalhar, ir embora' –, eu posso. Acho que o autônomo tem essa mobilidade, consegue fazer seu trabalho independente do lugar onde ele está. Mesmo na prefeitura, algumas vezes, não muitas, os coordenadores falam 'está precisando de médicos para cobrir uma pessoa que está fora, você pode ir? ' Aí eu vou" (Dra. Luísa – Sacerdote).

Ainda que não seja este o conceito de autonomia profissional com o qual estamos trabalhando, a possibilidade de escolha de local de atuação, de fato, traz mais liberdade ao médico. Afinal, caso seja constrangido pela forma de gestão de seu trabalho, ou mesmo discorde das diretrizes clínicas de seu local de atuação, resta a ele a possibilidade de simplesmente deixar aquele serviço com a segurança de que não ficará desempregado, algo raro em outras profissões.

Enfim, apesar de não ser possível estabelecer uma relação causal entre os achados no discurso dos médicos, tendemos a concordar com Dra. Tania que a formação em Saúde Coletiva – ou Medicina de Família, ou Medicina Geral Integral – parece proporcionar maior autonomia aos médicos que trabalham na Atenção Primária de Campinas. Provavelmente, isso se relaciona a uma maior apropriação do que seja o trabalho nesse local, mais ampliado em comparação ao atendimento ambulatorial, e ao maior conhecimento sobre ferramentas de gestão do trabalho trazido por esta formação. Por outro lado, essa formação também poderia ser buscada por médicos que já têm um perfil compatível com a Atenção Primária, o que facilitaria a inserção do profissional e a busca por autonomia. Porém, independentemente do conhecimento prévio do médico, a estrutura parece constrangê-los, em maior ou menor grau, a somente executar as tarefas que lhes são delegadas, principalmente o atendimento de consultas individuais. Ainda assim, os médicos que participam do planejamento aparentam estar mais implicados com o trabalho, sem que possamos afirmar se a participação traz maior implicação ou se ocorre o oposto.

6.2 A Atenção Primária em Saúde como local de uma prática reflexiva

O Programa Paideia de Saúde da Família, em vigor desde 2001 como modelo da Atenção Primária em Saúde de Campinas, incentiva uma prática profissional ampliada, incluindo tanto as pessoas quanto o território, que seja próxima das famílias, e que vise a construir autonomia junto das comunidades. Os médicos participantes desta pesquisa, porém, afirmam que esse projeto não está sendo aplicado pela Secretaria de Saúde, ainda que não tenha sido revogado:

“Como Campinas não tem um modelo claro de como organizar, de como gerenciar o modelo de trabalho nas unidades de Atenção Básica, isso depende quase que pessoalmente dos coordenadores de unidade” (Dra. Júlia – Militante).

“Infelizmente eu não vejo... eu sinto falta de algumas políticas, de direção do Ministério. Eu sinto que Campinas, por exemplo, está muito solta. A gente não segue nenhum modelo, não segue nenhum projeto. Tinha um projeto no passado, com certeza, mas foi um pouco desvirtuado e agora cada Centro de Saúde acaba fazendo o que cada um acredita ser acolhimento, cada um acredita ser Atenção Primária, cada um acredita ser o atendimento preventivo. [...] O médico fica um pouco perdido nisso tudo, não tem um modelo” (Dr. Gustavo - Sacerdote).

“A gente não vê o governo, a secretaria de saúde, o distrito, e isso chega nas unidades, e não tem um projeto do que que a gente vai fazer com a Atenção Básica de Campinas, não tem um projeto. O último que teve foi em 2001 e está em vigor, ninguém revogou aquilo... Só não está fazendo, mas legalmente está em vigor, não é?!” (Dr. Bruno - Militante).

Resulta que há modelos diferentes de atuação das equipes de saúde em Campinas, ou seja, a Secretaria de Saúde tem baixa governança. Isso resulta em importante grau de autonomia local para ordenação do trabalho em saúde na APS. Algumas vezes essa diferença é direcionada por algum dos membros da ESF, entre eles, o médico, e muitas vezes, como dito por Dra. Júlia, pelo coordenador da unidade.

Nesse contexto, no decurso da pesquisa observamos que uma prática ampliada no território e menos focada em ações programáticas esteve relacionada com um trabalho com menor grau de alienação. Ainda que, como observado no item anterior, a maior parte da carga horária de todos os participantes do estudo se concentrasse no consultório ou quando a maioria tenha declarado que não conseguiam planejar sua rotina para atuarem de forma mais ampla, a busca por essa forma de atuação pôde ser percebida principalmente entre o grupo Militante, e apareceu em momentos diversos dos relatos quando abordavam outros assuntos: a questão da autonomia na gestão do próprio trabalho; o trabalho em equipe; as políticas de saúde; a influência de seu modo de pensar no trabalho conjunto da unidade; sua realização pessoal etc.

“Eu acho que eu fui criando uma legitimidade aqui, um jeito de fazer, de pactuar com os outros. Eu acho que mesmo essa coisa das reuniões nossas sendo reuniões de equipe onde a gente leva a sério, os casos são trazidos, são feitos projetos terapêuticos, eu acho que eu tenho muito papel nisso. De a gente não atrasar pra reunião, ter horário pra começar, ter horário pra acabar, ter um respeito pelo trabalho em equipe, **que é o respeito por fazer o trabalho no campo, não ficar só no consultório.** Eu acho que isso tem muito de uma contribuição minha de fazer isso, eu dou muito valor a isso. [...] **Essa coisa também de valorizar muito o campo, de sair daqui extra muro**” (Dr. Cláudio - Militante).

Observa-se discurso semelhante entre os Missionários, cuja compreensão acerca do que é a Atenção Primária é apresentada de forma muito clara, como nos seguintes comentários de Dr. Pablo e Dr. Martín:

“Não estamos avaliando somente um paciente, estamos avaliando toda a família, as condições sociais, as condições ambientais, eu também sou o paciente. Você está vendo o entorno, com a visão mais ampla, com a tendência, com um tipo de atendimento que a gente chama de promoção e prevenção de saúde” (Dr. Pablo - Missionário).

“O atendimento à saúde da família tem 90% de chance de resolver as coisas, não precisa ir para um especialista. A gente atende todo mundo da família, por

exemplo: poder ver uma grávida, poder ver uma família, atender toda família e não cortar em pedaços. Especialização é uma especialização, é uma coisa muito útil. Você consegue diagnosticar coisas e a medicina se especializou para melhorar mesmo, só que às vezes está sendo abusado por conta que você trata as pessoas por pedaços, por partes, e não a pessoa como está na família. Às vezes a pessoa está tendo uma doença, um problema, e o problema é dentro da própria família. Se você não chegar onde ele mora, ver situação real que ele tem, às vezes você não tem como compreender por que que ele está doente, por que que ele está daquela forma, entendeu? Às vezes é um trabalho muito útil, sobretudo é passada uma prevenção, onde você consegue resolver problemas, consegue evitar que muitas coisas sejam problemas de saúde, que dá para evitar na mesma comunidade, na mesma população que moram os pacientes. O mínimo de recurso com um esforço realmente menor” (Dr. Martín - Missionário).

Nesse comentário, percebe-se a valorização do cuidado integral na APS em oposição à fragmentação característica do nível secundário de atuação que, segundo o médico, apesar de ter sua importância não deve sobrepor sua lógica a todos os níveis de atenção à saúde.

Diferentes características quanto à forma de atuação também são percebidas nas reuniões de equipe. Apesar da participação ser obrigatória a todos os médicos, eles se comportam de maneiras variadas, com diferentes graus de interesse. O grupo Sacerdote apresenta-se ativo, mas, com exceção do Dr. Gustavo, não conduz as reuniões. Discutem principalmente casos de pacientes selecionados e pouco problematizam sobre temas referentes a processo de trabalho, a formas de construir o cuidado ou à atuação da equipe no território adscrito.

Apesar da existência dessas reuniões em todas as unidades, Dra. Marcela diz não haver espaço para discutir seu trabalho ou suas angústias. Já Dr. Gustavo se interessa pela reunião, mas reconhece que seria importante haver mais espaços para discutir o trabalho:

“Muitas vezes nós usamos o espaço da reunião de equipe (para discutir o trabalho). É um momento de desabafo geral de muitos colegas de trabalho, é o espaço nós usamos. Por exemplo, o D. já desabafou

sobre o papel dele como psicólogo aqui na unidade, eu já desabafei sobre as diferenças da medicina de família em Campinas e em outros lugares que eu conheço. [...]. Esse é o único espaço que nós temos, a gente precisava de mais espaços. [...] eu gostaria de ter muito mais espaço de discussão do que a gente realmente tem. Eu acho que só duas horas semanais em que a gente divide esse espaço pra discutir casos, pra informes, planejamento dos grupos, de visitas. A gente acaba dividindo espaço e perdendo espaço importante que é pra discutir como as pessoas estão, quão sobrecarregadas elas estão, quão satisfeitas elas estão com o modo de funcionamento da unidade. Tudo isso, como está o ambiente de trabalho mesmo, que muitas vezes alguns profissionais choram na reunião quando tem desabafo, mesmo que a gente tenha só quinze minutos de desabafo alguns colegas de trabalho choram até de frustração. “ (Dr. Gustavo - Sacerdote)

Os outros três médicos deste grupo reconhecem a potência deste espaço de reunião em graus variados, mas referem que não é bem utilizado, uma vez que a discussão de casos complexos acaba por tomar todo o tempo da reunião:

“A maioria são problemas sociais, as reuniões empacam nisso. A gente fica discutindo, discutindo, e a maioria são problemas sociais a gente não consegue resolver” (Dra. Beatriz - Sacerdote).

De fato, durante a observação participante foi constatado que as reuniões das ESF dos médicos Sacerdotes são usadas predominantemente para a discussão de casos, seguida pelo planejamento de algumas atividades da equipe, como grupos e visita domiciliares, e alguns informes passados pela coordenação.

Por sua vez, o grupo Militante se mostra ativo e geralmente conduz as reuniões, discutindo os casos dos pacientes, mas também refletindo sobre outras questões referentes a processo de trabalho ou atuação da equipe no território adscrito. Interessante observar que os Militantes debatem e levantam questões acerca do processo saúde-doença-cuidado dos pacientes, co-construção de cuidado e autonomia, medicalização e normatização excessiva da medicina durante as reuniões, trazendo até mesmo discussões sobre maneiras para se estabelecer um

limite às intervenções dos serviços de saúde, algo não observado entre os demais participantes da pesquisa.

A partir da observação dessas reuniões, bem como de outros momentos da rotina de trabalho, foi possível perceber como a constituição em equipes interdisciplinares de fato reduz a hierarquização e democratiza o trabalho em saúde, corroborando neste estudo as observações de Peduzzi (72) e Campos (78). O diálogo e o compartilhamento de saberes pareceu-nos provocar reflexão entre os trabalhadores, principalmente quando há um esforço contínuo por parte de alguns membros da equipe. Trata-se de um exemplo em que a atividade humana autoconsciente é capaz de favorecer a superação do trabalho alienado. Porém, a existência desses espaços democráticos compartilhados por sujeitos em diferentes graus de alienação e autoconsciência não basta para provocar essa superação. O próprio desinteresse pelo espaço ou pelo diálogo que aí ocorre aparece como uma manifestação da alienação que dificulta sua transcendência. Exemplo disso é a resistência de Dr. Simão em compartilhar desses espaços em oposição à participação ativa e provocadora do grupo de Militantes.

Ainda a esse respeito, a estima pelo trabalho dos demais profissionais e o prazer pela troca de saberes e opiniões caracteriza o grupo de Militantes, ainda que dois deles ajam de maneira condescendente, colocando-se em uma discreta posição de superioridade, mais comum no grupo de Sacerdotes.

“Eu gosto de trabalhar em equipe, uma das coisas que super me pegou na Atenção Básica foi isso, foi não ter que trabalhar só com médicos. Então trabalhar com a equipe é bacana, discutir casos, poder compartilhar responsabilidades é bem legal... Sentir que você ajuda o trabalho do outro e seu trabalho é ajudado pelo outro” (Dra. Júlia - Militante).

“Ah, com uma equipe boa dá pra fazer bastante coisa, com agente comunitário bom, pessoal da enfermagem ajudando. É, fazendo uma equipe mesmo dá pra fazer bastante coisa, dá pra intervir” (Dra. Débora - Militante).

Essa valorização do compartilhamento de saberes entre profissionais de diversas áreas se estende ao Apoio Matricial (ocasiões em

que profissionais de fora da equipe participam da discussão e do atendimento de casos), que os Militantes consideram enriquecedor de sua prática. Em contrapartida, observam que em várias ocasiões o Apoio Institucional aparece burocratizado, tornando-se uma forma de supervisão do trabalho que pouco ou nada acrescenta ao serviço. Exceção seria Dr. Bruno, que diz não receber Apoio Matricial ou Institucional, e Dra. Tania, que por ter sido Apoiadora Institucional, possui uma relação mais próxima com seus atuais apoiadores.

“Hoje eu trabalho com um psicólogo que é muito bacana em fazer apoio matricial na área de saúde mental, então é com quem eu posso discutir casos. Eu ganho com o apoio dele, melhora minha resolutividade. Em relação aos apoios institucionais, não. Eles são apoio da gestão, que vem pra resolver questões burocráticas, e em relação aos trabalhadores eles tem uma visão muito de supervisor de chão de fábrica: saber se você está cumprindo hora, se você não está cumprindo hora, se está dando problema, se não está dando problema” (Dra. Júlia - Militante).

“A gente ter o apoio do CAPS, pra gente mudou muito, é uma construção mesmo, de vínculo, de estar junto, eu tiro dúvidas...” (Dra. Débora - Militante).

“O apoio modifica bastante o serviço. O que a gente tem hoje de apoio, por exemplo esse apoio em dermatologia, é pouco, são três vezes por ano, mas ajuda muito a gente a dar conta de outros casos que a gente não sabia antes e que ele vai dando. Ele tem abertura pra gente telefonar, pedir dicas de coisas, então é um apoio que não acontece só naquele dia, ele prolonga, eu acho que é muito bom. E apoio na saúde mental... muito importante. A gente tem uma experiência de anos, anos e anos com vários formatos: durante muitos anos a gente teve o formato de trazer o paciente na discussão do CAPS. Ele conversava durante meia hora, quarenta minutos, depois o paciente sai e a gente conversa a proposta. Fez muita diferença pra gente hoje ter segurança e conseguir segurar aqui a grande maioria de pacientes com casos que poderiam estar no CAPS. Casos de psicose grave, casos de depressão, que estão sendo acompanhados aqui pela gente e de uma forma muito interessante, porque tem vários profissionais da equipe, não sou só eu, as outras equipes também tem conseguido. E eu acho que esse

matriciamento ajudou muito e ainda ajuda” (Dr. Cláudio - Militante).

“Gosto muito do apoio que o NASF dá [...] Alguns integrantes do NASF participam da reunião de equipe com a gente, e tem uma boa relação com a equipe, colaboram muito com o que falta na equipe mesmo, que é o papel do NASF, desse apoio complementar à equipe... [...] Então é muito legal porque esse apoio – essa pessoa junto na equipe compartilhando e fazendo parte da equipe mesmo – é bem produtivo...” (Dra. Tania - Militante).

O grupo Sacerdote também valoriza muito o trabalho em equipe, mas atua de maneira fragmentada, cada qual restrito ao seu papel.

“Eu acho isso imprescindível, médico e enfermeiro tem que trabalhar juntos na equipe de saúde da família. Eu não consigo me imaginar sem ter o apoio da enfermeira, *a enfermeira é a cabeça da equipe, na verdade ela é a capitã dos técnicos. Então, se ela gerenciar o trabalho dela direito, fica tudo ótimo. Eu vejo o papel do médico, mas eu vejo muito mais o papel da enfermeira* na equipe de saúde da família, é a minha visão. Eu gosto de trabalhar em equipe” (Dra. Beatriz - Sacerdote).

Os Missionários, por sua vez, não possuíam experiência com trabalho em equipe como na Estratégia de Saúde da Família em Campinas, algo que apreciaram muito. O mesmo se pode dizer de Dra. Isabela, cuja experiência com esse tipo de atuação compartilhada é ainda mais recente. Todos participam das reuniões de suas equipes e valorizam esse espaço de diálogo, que se concentra na discussão de casos clínicos com algum período de planejamento das tarefas administrativas da equipe.

“Quando eu saí de Cuba para o Brasil, eu achei que ia ficar no postinho de saúde sozinho, eu mais uma enfermeira ou enfermeiro. Mas ao chegar aqui no Brasil, em São Paulo – não sei se é diferente de outras partes do Brasil –, houve uma concessão do SUS: o trabalho do médico clínico geral, mais em equipe, para mim foi uma coisa muito boa. [...] Para mim até hoje é muito bacana, esse trabalho em equipe, essa missão que eu tenho aqui na saúde como clínico médico do SUS” (Dr. Pablo - Missionário).

“Eles me acolheram bem, apesar de eu ser mais nova, “recém-formada”, mas eu acho que a gente troca bastante informação, tem alguns pacientes que eles já conhecem há anos. Eles sabem, me explicam coisas [...] que já tentaram... explicam o que que é exatamente. Eu gosto, tem às vezes coisas que você pensa diferente do outro, mas é uma convivência boa” (Dra. Isabela - Sacerdote).

As reuniões de equipe não são o único espaço democrático na Atenção Primária de Campinas. As UBS também possuem Colegiados Gestores, nos quais representantes dos trabalhadores e a gestão atuam em conjunto para planejar e organizar o funcionamento da unidade, e Conselhos Locais de Saúde, nos quais também participam representantes dos usuários. Algumas também contam com Núcleos de Saúde Coletiva e há em ambos os Distritos grupos de Gestão do Cuidado e Conselho Distrital de Saúde. Com exceção de Dra. Luísa, que está no Colegiado de sua unidade devido a um rodízio entre profissionais de cada categoria, os médicos Sacerdotes não se interessam por esse espaço participativo de gestão. Tampouco os Missionários participam, apesar de Dr. Pablo os valorizar muito em seu discurso. Por sua vez, todos os Militantes participam de ao menos um desses espaços, algumas vezes até de dois ou três. Nesses locais, trazem sua visão acerca do sistema público de saúde, apresentando um discurso crítico sobre as políticas públicas, sejam as diretrizes de investimento na Atenção Primária, sejam as administrativas, que veem como negativas.

Observamos também que mesmo no que diz respeito à alienação da prática frente ao Complexo Médico-Industrial ou à relação saúde-sociedade mediada pela mercadoria, o trabalho na APS, desde que de fato compartilhado e democrático, aproxima-se de uma prática reflexiva e crítica. Tal hipótese foi aventada em estudos anteriormente citados, como o de Schraiber e Mendes-Gonçalves (64), e é corroborada pelo discurso dos médicos. Os profissionais cuja prática se aproximava mais do modelo de Atenção Primária em Saúde, com a existência de vínculo continuado entre profissionais e pacientes ou famílias no território daquela comunidade, mostravam-se mais autoconscientes de seu papel como normatizadores, e ao mesmo tempo se declaravam pouco confortáveis neste papel de controle social sobre os usuários. A medicina de comunidade e a clínica ampliada

constituíram-se, dessa forma, num esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades e de promover reflexão entre os profissionais de saúde. Isso foi claramente percebido entre os médicos Militantes, entre os grupos Missionário no Dr. Pablo e Dr. Martin, e mais discretamente no Dr. Gustavo, do grupo Sacerdote. Esses oito profissionais se mostraram capazes de refletir, com maior ou menor profundidade, acerca da medicalização, da institucionalização e da dependência excessiva das pessoas dos profissionais ou serviços de saúde. Como exemplo, citamos uma discussão observada na reunião de equipe de Dra. Débora, problematizando o trabalho da Agente Comunitária de Saúde e os hábitos de vida de uma paciente:

ACS: “A Cibele disse que tem uma pessoa indo na casa da Dona Joana levar pinga. Dona Joana nunca deixa ninguém entrar na casa dela, nem eu! Mas deixa esse tal de Marcelo entrar com pinga.... Aí eu passei em frente a casa e falei com ela: ‘É, D. Joana, eu a senhora não deixa entrar, mas o seu Marcelo pra trazer pinga pra senhora a senhora deixa. Não é pra ficar bebendo essas coisas, D. Joana! Não vai fazer bem. ’” Dra. Débora: “Mas é claro que ela vai preferir que alguém vá levar pinga! A gente só vai lá pra dizer o que ela pode ou não pode fazer, só pra colocar limite na vida dela... E por que ela não pode beber pinga? A vida dela é superdifícil, não tem nada de mal beber uma pinga. Eu beberia se fosse ela, você não?!” ACS: “Mas pinga pra ela não é bom! A gente não pode deixar ela ficar bebendo pinga...” Dra. Débora: “Não é bom por que? Você bebe uma cervejinha depois do trabalho, eu bebo.... Aliás, quase todo mundo aqui bebe, não é gente?! Por que a Dona Joana não pode? Ela não tem nenhuma doença que vai piorar tanto assim com a bebida. “ A discussão segue assim por um tempo, com outros membros da equipe dando opinião, e ao final a ACS concorda em tentar abordar a entrada na casa de D. Joana de uma outra forma que não seja de vigilância sobre seus hábitos.

Ainda que a visão da médica tenha prevalecido, toda essa discussão se desenvolveu de maneira muito respeitosa e dialógica. Por outro lado, entre o grupo Sacerdote, que exerce a medicina ambulatorial de maneira predominante, há menos questionamento a respeito dos paradigmas da prática biomédica e menor horizontalidade nas relações. Entre eles, os

papéis de médico e paciente apresentam-se bem definidos: médico é o detentor de um conhecimento que deve passar ao paciente, que por sua vez deve assimilar o que está sendo ensinado e cumprir o regime de vida prescrito a fim de evitar o adoecimento ou as complicações dele advindas. Essa relação foi percebida em diversos momentos da observação participante e fica explícita em trechos do discurso dos médicos:

“**A gente** aborda um tema *para os pacientes* crônicos: um dia sobre hipertensão, diabetes, tabagismo, cuidado com alimentação, atividade física; cada dia um tema. Aí no final a gente também oferece algo que eles precisam – a receita – como uma maneira de atrair, senão eles não vem” (Dra. Isabela -Sacerdote).

“Com muita conversa, como a gente ainda depende muito das consultas, é um processo bem lento, gradual. Muitas vezes o paciente vem ou eles não entendem, **a gente tenta fazer eles entenderem**” (Dr. Gustavo - Sacerdote).

Durante a observação e mesmo nas entrevistas, pudemos perceber que na maioria das vezes, apesar da frustração frente ao insucesso na adesão de vários pacientes ao tratamento recomendado, não há entre os Sacerdotes um posicionamento crítico quanto ao motivo desses insucessos ou também da insuficiência das metodologias empregadas para a construção do cuidado. São temas que não são questionados. Isso fica explícito na tentativa de Dra. Isabela de atrair os pacientes para o grupo. Ao invés de trazer os pacientes para o planejamento do grupo para que eles apresentem a forma como o considerariam mais útil e enriquecedor, a médica oferta algo em troca da participação, como uma barganha. Esse comportamento, porém, não é unânime nesse grupo de Sacerdotes, e um dos médicos reconhece a orientação não como algo pronto e entregue ao paciente, mas como um momento de troca e diálogo:

“No grupo de hipertensos a gente tem duas horas pra **conversar** sobre bastantes temas, eles tiram bastantes dúvidas, eu sinto que naquele momento tem mais impacto do que se eu tivesse pego o mesmo horário e feito seis consultas com cada um deles” (Dr. Gustavo - Sacerdote).

Ainda que esses dois médicos se posicionem de forma diferente nos grupos, percebemos durante a observação que as relações de poder desequilibradas não são questionadas no cotidiano. Assim, o que caracterizará um bom médico será a capacidade de fazer uma boa orientação e a dedicação e paciência para fazê-lo, qualidades que os Sacerdotes cultivam em sua prática:

“A gente percebe quando o profissional te atende bem e quando não te atende bem, tem de todos os jeitos, eu sei quando é diferente. Quando você orienta, você tranquiliza... Tem aquelas pessoas [médicos] que não querem explicar muito, e faz diferença para eles [pacientes] que vêm de uma situação fragilizada, com medo e quando você explica, orienta, tranquiliza... então eu gosto de fazer isso, mas me inspirando em pessoas que eu já vi e que fizeram diferença para mim e até me espelhando em pessoas que eu não gostaria que fosse” (Dra. Isabela - Sacerdote).

O mau paciente, em contrapartida, será aquele que já exige o que quer no início da consulta ou traz um conhecimento prévio, correto ou não:

“As pessoas de uma maneira geral, são muito imediatistas, não é?! Querem tudo na hora, querem isso, quero aquilo. O doutor Google, então, já chega aqui já falando o que tem, o que precisa, o que quer. Então, assim, eu acho que falta um pouco mais de, eu não diria respeito, mas falta um pouco mais de reconhecimento da população, não é?!” (Dra. Marcela - Sacerdote).

O exercício da profissão com papéis muito definidos e estereotipados gera uma prática pastoral, que aqui chamamos de ‘medicina como sacerdócio’, a qual ainda se apresenta como parte do ideário de grande parcela da população brasileira e dos médicos. No caso desse grupo, a maioria se sente confortável no exercício do biopoder, angustiando-se quando não há contrapartida dos pacientes, como exemplificado na fala acima e, em outros momentos, de forma mais sutil:

“Às vezes até por própria falta de interesse mesmo do usuário, dos pacientes, eles acabam não aderindo ao tratamento... alguns casos é falta de orientação, de explicação, mas alguns casos a pessoa já é esclarecida,

ela já está informada, mas é uma escolha que ela faz por não se cuidar” (Dra. Isabela - Sacerdote).

“A gente orienta, a gente tenta, eu me sinto capaz de orientar, de mostrar, de tentar esclarecer algumas coisas, mas acho que depende muito do outro, não é?! Depende muito do paciente, se o paciente não quer, ele não muda” (Dra. Marcela - Sacerdote).

Coerentemente, a resposta individual de cada paciente torna-se, para esse grupo de médicos, o parâmetro do resultado de seu trabalho:

“No caso dos pacientes crônicos eu vejo resultado, porque estamos há muitos anos... tem aqueles que aderem, aqueles que a gente tem vínculo, acho que eles têm benefícios, acho que essa é a parte mais gratificante mesmo” (Dra. Beatriz - Sacerdote).

“Pontualmente em alguns casos que retornam, aí eu consigo ver (o resultado do trabalho), aí dá aquela satisfação, apesar de ser raro, de demorar para voltar contigo” (Dra. Isabela - Sacerdote).

“A gente vê a quantidade de pessoas que estavam descompensadas que foram compensando, acho que o dia-a-dia mostra os reflexos do trabalho” (Dra. Luísa - Sacerdote).

Assim, em contraste com os Militantes e os Missionários, percebemos nesse grupo a visão de uma medicina neutra, apolítica e a-histórica, que exercem com dedicação, preocupando-se em permanecer tecnicamente atualizados:

“Eu gosto bastante de estudar protocolos, manuais, cadernos de Atenção Básica, eu estou sempre tentando me atualizar pelas diretrizes do Ministério da Saúde. [...]. Cada caderno traz assuntos interessantes... Manuais, atualizações recentes também, o último manual de 2016 que saiu recentemente. Eu gosto também de ver quando tem as diretrizes nacionais – eu sigo as diretrizes nacionais de hipertensão de 2010, que é a última da Sociedade Brasileira de Cardiologia –, de Nefrologia, de Hipertensão. Então, eu também entro bastante no site da Febrasm, principalmente porque eu preciso, eu atendo bastante ginecologia-obstetrícia, eu sempre quis fazer isso também, apesar de nem sempre ser possível, dependendo de onde eu estava em

Campinas e eu sempre tive interesse. Eu sempre faço o ACLS. Eu sempre sonhei em fazer o PALS, mas nunca tive a coragem e a determinação de fazer o suporte de emergência em pediatria. Então, eu sempre tento me atualizar o máximo possível com essas diretrizes, protocolos, cadernos” (Dr. Gustavo - Sacerdote).

A dedicação ao estudo da técnica, porém, não prepara o médico para os momentos em que ela já não basta. Como exemplo, cito a condução do caso de um paciente oncológico terminal, a que chamaremos Sr. Luiz. É esperado que casos terminais naturalmente gerem angústia no médico, especialmente quando não há muita experiência com óbitos. Essa angústia pode ser canalizada de diferentes formas, até mesmo dividida com o paciente e a família, de forma a humanizar e naturalizar a morte. Dr. Gustavo, porém, deteve-se na queixa de que o serviço secundário não passava informações acerca do caso para a Atenção Primária, limitando a condução do caso. Sr. Luiz, no entanto, estava claramente evoluindo para sua morte, mas o médico não discutiu com ele as expectativas de ambos, seus sentimentos, ou mesmo como poderia confortá-lo física e mentalmente nesta espera. Afirmou, juntamente com o paciente, a expectativa pela cura, e que nesse sentido faria tudo que estivesse a seu alcance para ajudá-lo. Porém, nem sempre a resposta está nas tecnologias, e apesar das tentativas de obter informações do Hospital a fim de ajudar no manejo do tratamento, Sr. Luiz faleceu ainda no decurso desta pesquisa.

Percebe-se nesse episódio uma forma de exercício da profissão focada no controle e reparação do corpo, o paradigma biomédico, a respeito do qual discorreremos no capítulo 3. Como dissemos anteriormente, esse modelo permite ao médico exercer poder frente aos outros profissionais de saúde, ainda que o constranja por meio da submissão às tecnologias. Resulta que, como se observa no discurso dos médicos Sacerdotes, a falta de acesso a essas tecnologias torna-se uma das principais barreiras ao exercício de uma boa prática, sendo essa a crítica que fazem às políticas públicas de saúde.

(as políticas públicas) “Prejudicam no sentido da gente, não é?! A gente tem menos autonomia, a gente tem menos condições de trabalho, tem menos acesso a

exames, as coisas que ajudariam pra gente poder trabalhar legal, aí fica complicado. Você tem pacientes precisam de um ultrassom e demora seis, sete meses pra conseguir.... Então acho que isso daí acaba atrapalhando no trabalho do médico, não é?! [...]. Por exemplo: mamografia, você poderia fazer um diagnóstico de câncer de mama precoce, paciente às vezes demora um ano pra conseguir uma mamografia, então acaba interferindo no trabalho, não é?! [...]. Ou então eu vou encaminhar um paciente que eu já suspeito de que ele tem alguma coisa ali, era só fazer um exame e eu mesma teria condições de tratar, mas tem que encaminhar pro especialista, pro especialista pedir. Olha o tempo que ele perde... O ecocardiograma você tem que encaminhar pro cardio, pro cardio pedir.... Então, assim, cadê a nossa autonomia de generalista, de cuidar de um hipertenso, ou de uma insuficiência cardíaca? “ (Dra. Marcela - Sacerdote).

“Eu acho que o SUS é lindo no papel, não é? Só que a política de saúde no Brasil tem um problema de cada região ser de uma maneira, de cada cidade também de maneira... no geral eu acho que a gente está numa região muito rica, o acesso é muito mais fácil e o trabalho médico acaba sendo mais valorizado do que em outras regiões. Mas da mesma maneira em outras regiões que a gente já vê ou já teve algum contato é bem precário. Eu já trabalhei em um hospital aqui de Campinas *onde sempre faltava medicamento, sempre faltava alguma coisa, aí você sente que isso atrapalha no trabalho mesmo, ou algumas situações em que a tomografia quebra e não pode consertar porque tem toda uma burocracia para conseguir....* Às vezes isso no Brasil tem algumas limitações, e a gente sabe que roubam tanto, tem tanto desvio, especialmente na saúde.... Seria muito melhor aplicado se realmente levassem a sério, todos, não é? Tem muita gente corrupta em todos os setores. O trabalho médico e política de saúde no Brasil seriam melhores do que hoje se a gente não tivesse tanto desvio...” (Dra. Isabela - Sacerdote).

Segundo eles, a precarização do SUS se reflete na visão que a população brasileira tem dos médicos, a que responsabilizam também a imprensa ou uma suposta falta de compreensão da profissão por parte dos usuários:

“O SUS já foi melhor. Acho que hoje em dia a população de uma maneira geral não respeita muito mais como era antes, não é?! [...] acho que hoje em dia é bem assim, ainda mais na saúde pública: médico é folgado, médico não pode faltar, médico é isso, médico é aquilo” (Dra. Marcela - Sacerdote).

“A sociedade vê o problema de saúde associada a falta de médicos. Muitos pacientes acham que não tem médico porque não pagam suficientemente bem o médico, não sabem porque o médico não fica no SUS. Então, eles tem a visão de que o problema da saúde está centrado no médico, de que a falta do médico, ou médico não está sendo remunerado suficiente [...] eles não percebem que o problema da saúde é muito mais amplo do que o médico e que a saída não é uma questão de remuneração, é muito para além disso. [...] também tem uma visão muito ruim da sociedade em geral de que tem muito médico malformado, mal capacitado, não estão incentivados” (Dr. Gustavo - Sacerdote).

“O médico já foi muito mais respeitado e admirado do que hoje, [...] por exemplo, o que eu não gosto é que no pronto socorro é muito comum vir mentir uma queixa para conseguir um atestado. Mas isso não é só na medicina, em todos os aspectos as pessoas mentem para ter algum benefício, alguma situação para conseguir faltar no trabalho para fazer uma viagem... então eu acho a visão que eles têm um pouco ruim, mas eu acho que é por questão da formação das pessoas mesmo, às vezes de mentir, de não respeitar... A gente vê as notícias de que algum médico foi agredido por paciente ou até paciente que respondeu, e chegou a bater... isso é muito triste, poderia ser muito melhor se todos fossem mais éticos, mais comprometidos. Mas de maneira geral muita gente não respeita talvez como respeitavam antes” (Dra. Isabela - Sacerdote).

“Eu acho que eles estão vendo muito mal os médicos. Com tudo o que aparece na TV – denúncias, roubos, escândalos, plantões fraudados, erros médicos, que sempre são mostradas na televisão –, o charme e a reputação que o médico tinha caiu muito [...]. Eu acho que é muito em função da mídia. Na realidade, eu acho que o trabalho nosso é desgastante. A maioria se mata de trabalhar e ganha mal e ainda tem que ouvir na mídia um monte de besteira que se fala” (Dra. Beatriz - Sacerdote).

“Eu ouço gente ainda falar: ‘você tem que trabalhar mesmo se tiver que atender 50 pacientes por hora. Você tem que atender mesmo, você não pode fazer greve, você só pensa em dinheiro’. Então ainda tem isso, não é uma classe vista como qualquer outra ainda, tem muito disso...” (Dra. Luísa - Sacerdote).

Trata-se de uma percepção que isenta o médico da responsabilidade pela imagem negativa que a sociedade tem da categoria médica. Entre os Sacerdotes, apenas Dr. Gustavo reflete a esse respeito:

“Eu vejo muito paciente que se surpreende com a gente aqui. Fala ‘nossa, aqui no Centro de Saúde vocês tratam melhor do que em convenio’, ‘eu tenho o convenio mas preferi passar aqui’. Então, isso me deixa triste: pensar que eles tiveram tantas péssimas experiências com profissionais fora daqui, de profissionais que não estavam nem minimamente interessados. Vem muito conosco pacientes que, quando eu examino, quando eu faço ausculta pulmonar, falam que havia anos que não eram examinados. É muito triste ouvir isso” (Dr. Gustavo – Sacerdote).

Em contrapartida, Dra. Júlia credita parte dos limites e deficiências do sistema à própria classe médica, visão essa compartilhada por outros do grupo Militante.

“Eu acredito muito que as corporações médicas são corporações privilegiadas. Construir um sistema de saúde público sempre passou por fazer enfrentamento com a corporação médica. No Brasil a gente não tem essa cultura, essa história. A corporação médica ocupa um lugar socialmente muito elitizado, com muito pouca disponibilidade. Aí eu não estou falando de médicos, estou falando de organizações corporativas, instituições representativas. Tem muito pouco espaço para um diálogo social. Em parte, a isso eu deposito os créditos da desconstrução da figura social do médico no Brasil. Acho que as pessoas confiam cada vez menos nos médicos e tem cada vez mais razão para confiar menos neles. A gente tem uma corporação que está muito presa ao modelo de trabalho que escraviza, plano de saúde... O cara tem que vender o procedimento que não precisa, ele tem que fazer intervenções que não são necessárias para manter uma renda, para manter um rendimento do trabalho, para manter um determinado estilo de vida que se espera que os médicos tenham no

Brasil, dando plantão... A gente vê isso, profissionais completamente frustrados se matando de trabalhar para comprar muamba e manter status” (Dra. Júlia – Militante).

No mesmo sentido e diferentemente Sacerdotes (com exceção de Dr. Gustavo), os demais médicos desse grupo fazem, com mais ou menos clareza, uma autocrítica reconhecendo a visão negativa que a população tem dos médicos, além de reconhecer que seria necessário relativizar a importância que se dá ao médico frente aos outros profissionais de saúde, tido como o mais poderoso dentre eles.

“Com relação a política dos médicos, especificamente, tem sido muito difícil ser médico no Brasil nos últimos tempos. Duro é ser médico com ideal, compromisso com o SUS e tal... Porque nossos colegas, de uma maneira geral, lá no coração, na dignidade médica da vida, tem se esmerado em acabar com a nossa imagem de uma forma que a gente fica meio envergonhado às vezes (risos) “ (Dr. Bruno - Militante).

“Algumas pessoas tem uma visão muito boa do médico, alguns até uma visão um pouco exagerada, um pouco mistificada da figura do médico. A gente tenta, pelo menos eu tento, tirar um pouco desse misticismo de que é anjo” (Dr. Gustavo – Sacerdote).

“Acho que o médico é muito endeusado ainda, a gente ainda carrega o doutor. Isso é do dia a dia, ainda tem um endeusamento, um poder que a gente tem que é absurdo. Doutor é doutor. Final de semana eu fui num churrasco do lado da minha casa. Tinha um pedreiro que estava consertando o banheiro, e eu sou a doutora, “doutora”. Daí ele: ‘nossa doutora nunca vi isso, você trata a gente como igual’... Então assim, é aquela coisa, acho que tem muito isso” (Dra. Débora - Militante).

“O trabalho médico é muito peculiar e ao mesmo tempo muito, como eu posso dizer, dá-se muito valor para isso, e eu acho que a saúde como um todo tem seu valor. Acho que a valorização do médico em termos de ser o médico quem dá o resultado é muito ruim, não é uma coisa boa, e ao mesmo tempo a gente é desvalorizada, até financeiramente” (Dra. Tania - Militante).

Percebe-se que, no geral, esses médicos se identificam pouco com a categoria médica e não se sentem confortáveis na posição mistificada do médico. Tampouco o sentem os missionários, que também estranham e lamentam a posição de superioridade do médico, característica menos presente na Atenção Primária:

“No Brasil o médico é um símbolo de superioridade, um símbolo de onipotência. [...]. Na minha realidade é diferente, o médico é mais um, mesmo nível, igual... A gente não tem aquela superioridade, aquela onipotência. Isso aí muda muito. Tem pessoas que chegam aqui na minha consulta e que depois saem assustadas, tipo ‘nunca vi aquilo lá’. [...]. Não é ideia de todos eles, então por isso que tem gente que aceita, que gosta do trabalho do médico. Mas no geral é isso, ‘inoportunamente’” (Dr. Martín - Missionário).

“Pelo que eu tenho visto aqui, as pessoas se identificam bem com o médico, acho que na atenção primária as pessoas conseguem ver o médico... acho que na atenção primária esse mito de ver o médico como a pessoa diferente tem sido menor” (Dra. Gabriela - Missionário).

Da mesma forma que refletem acerca da posição privilegiada do médico, comparativamente a Dr. Simão ou aos Sacerdotes, os médicos de ambos os grupos Missionário e Militante compartilham reflexões um pouco mais aprofundadas acerca das políticas de saúde e seu impacto no exercício da profissão, que vão além do papel do estado na mediação do acesso às tecnologias do Complexo Médico-Industrial. No geral, consideram que o sistema público de saúde no Brasil obteve avanços que precisam se consolidar, e para isso há que se ter vontade política, algo que referem faltar no contexto atual do país.

“Nos programas sociais e na saúde pública de todos os países que se governa, se tiver a vontade política de melhorar a saúde, ela vai melhorar; se não tem, não vai. Então eu acho até que a situação política do país nos últimos anos tinha sido de investir mais em saúde, agora acho que vai ter uma mudança, já está tendo: as pessoas não recebem pagamentos, os profissionais, os estágios; você vê que a política econômica do país fica com problemas e isso vai repercutir muito no

atendimento, na falta de medicamentos... Agora vai fechar o posto mais cedo, as pessoas vão ter um acesso menor às unidades de saúde, as pessoas que trabalham até tarde vão ter dificuldade de agendar uma consulta. Antes tinha atendimentos depois das 19:00 para não ter que faltar no trabalho, porque não pode perder trabalho. Eu acho a política de saúde está determinada pela política do contexto geral, está determinada pela vontade política dos seus dirigentes de melhorar o sistema público, onde as pessoas devem ter acesso e devem ser bem atendidas” (Dra. Gabriela - Missionário).

“Como eu já tenho vinte e cinco anos de formado, eu gosto de ver sempre na perspectiva do tempo. Acho que a gente avançou muito, muito no jeito de fazer. Eu acho que ainda existe uma grande diferença entre uma medicina tradicional, principalmente aquela feita em grandes hospitais, da medicina feita perto da casa das pessoas, da atenção básica, respeitando a casa dele. A gente avançou muito, não que seja tudo perfeito, mas a gente avançou muito” (Dr. Cláudio - Militante).

“O SUS, da maneira geral, eu gosto, e é uma coisa que tem que ser preservado e tem sentido que é uma coisa que é igual para todo mundo e é de graça. E é um direito que foi conquistado e tem que manter. Então as políticas elas variam dependendo dos municípios e no caso de Campinas poderia ter que melhorar um pouco. Campinas não é o pior serviço do Brasil, mas no sistema de saúde de Campinas precisa resolver problemas estruturais, precisa se ampliar, porque também tem necessidades em bairros que não tem estruturas. [...]. Agora o problema é que depende de cada município e o governo de cada município...” (Dr. Martín - Missionário).

“Você cria uma Estratégia Saúde da Família, isso impacta profundamente, você muda completamente, vai mudando, vai avançando. Redução de danos, por exemplo: quando eu comecei a trabalhar eu não sabia o que fazer com etilismo, o dia que eu descobri redução de danos eu falei ‘ah, como?’ [...] Mas algumas coisas são muito complicadas, muito difíceis e daí eu acho que não adianta só a gente. Essa questão de nutrição, por exemplo... Aí tem que ter política pública... É bem frustrante, a coisa que eu acho mais frustrante” (Dra. Débora - Militante).

“Eu me identifico pra mim mesmo e pra outras pessoas como militante do SUS, como defensor do SUS, então obviamente eu falo sob este viés, não é?! Eu identifico claramente que a gente tem, do ponto de vista ideológico, uma situação de revés no SUS. A maioria das pessoas não comprou a ideia do direito à saúde. Até a expressão que eu uso fala disso, não é?! Elas não compraram é porque elas compraram a lógica do mercado, a ideia do direito não foi assimilada pelas pessoas. Talvez o único que tenha sido assimilado por coincidência é o do consumidor.... Tirando esse, as pessoas não tem o que reivindicar e eu acho que isso reflete, de uma certa forma, numa reestruturação do sistema de saúde que acha normal ser de segunda linha, não é?! Isso talvez seja uma das coisas que me incomoda. Por exemplo, você pega um consultório que está todo deteriorado, com casca de tinta pra lá, agora tá até mais frio, mas dois meses atrás você não conseguia ficar aqui sem suar em bicas e tal. Isso é questão de meu concurso como trabalhador, mas questão do meu usuário também, que chega no ambiente deteriorado, com pessoas que ‘nunca é comigo, nunca é aqui, nunca é agora’, entendeu? Assim, isso desgasta a relação que o trabalhador e os usuários tem com o sistema [...]. Agora, o que apareceu de novidade nos últimos tempos foi o Programa Mais Médicos que trouxe atendimento efetivamente. A gente tem duas colegas cubanas trabalhando aqui com a gente, que trouxe novidades – ‘ah, as pessoas vão ter médico’ – e acho que isso foi bacana, e não à toa isso mexeu profundamente com o sentimento corporativo da categoria médica” (Dr. Bruno - Militante).

Uma vez que se trata de uma investigação voltada para a compreensão de um fenômeno, não há como inferir das observações desta pesquisa uma relação causal: pode a Atenção Primária, com o tempo, ter permitido a esses médicos desenvolver uma prática mais reflexiva? Ou a própria autoconsciência emancipada pode ter provocado tais mudanças nas Equipes de Saúde? Contudo, não podemos deixar de observar que nesta pesquisa os médicos que se apresentaram mais reflexivos relataram um desejo anterior de trabalhar na Atenção Primária em Saúde, o que nos leva a crer que tenderam a procurar um local de trabalho que lhes permitisse uma prática com a qual se identificassem, e isso pode guardar relação com um menor grau de alienação. Com apenas uma exceção, os Militantes relataram

ter expectativas de trabalho na Atenção Primária relacionadas com o desejo de operar uma clínica diversa do paradigma médico-hospitalar.

“Tinha muita vontade de trabalhar na Atenção Primária e eu cheguei no momento que estava no auge da implantação do Paidéia. Eu me encantei com a clínica ampliada e eu vi que muita coisa que eu procurava na clínica tinha a ver com isso, que era proposto na clínica ampliada. E daí eu me identifiquei, cada vez mais” (Dr. Cláudio - Militante).

“Eu já tinha uma expectativa de que a Saúde da Família pudesse ser sim um espaço muito resolutivo, um espaço do primeiro contato com as pessoas e de formação de vínculo no cuidado em saúde, eu já tinha expectativa de que fosse um espaço muito importante de organização do sistema de saúde” (Dra. Júlia - Militante).

“Eu já tinha feito a residência na saúde coletiva, então eu já tinha uma ideia do trabalho da atenção básica [...] então eu tinha uma ideia de que é o médico que é gestor do SUS na atenção básica, que é o lugar de resolver 80% dos problemas, tudo que a gente aprende da saúde coletiva...” (Dra. Tania - Militante).

Essa busca, porém, não se deveu à graduação, uma vez que relatam que esses paradigmas não lhes foram apresentados durante a formação médica, muito centrada na medicina hospitalar. Esse grupo de médicos apresenta, no geral, uma visão de que a formação médica estaria muito distanciada da prática profissional, especialmente no SUS. Em sua experiência, somente nos espaços informais ou de extensão puderam aprender a respeito de Atenção Primária e Saúde da Família ao longo dos 6 anos do curso de medicina:

“Eu só não sabia que eu gostava tanto, porque até 2007, na Universidade Federal de minha graduação, a gente tinha uma formação quase que exclusivamente hospitalar” (Dra. Júlia - Militante).

“Meu contato com a Atenção Primária foi um contato muito ruim. Assim, eu só fui pra Atenção Básica no sexto ano, que na época a gente fazia um ano de internato só [...] eram oito semanas na Atenção Básica, e o contato lá foi muito ruim porque não tinha

professores. Na verdade, era o estágio rural integrado, [...] e aí você ia pra cidade do interior. [...]. Assim, eu cheguei lá, era o médico da cidade que estava lá. Tinha uma folhinha pra carimbar a frequência, e no primeiro dia ele carimbou toda a minha frequência e falou que eu não precisava voltar. E ele não me deixava me dirigir aos pacientes porque, segundo ele, se soubessem que tinha médico que conversava com paciente naquela unidade, a unidade ia lotar e ele tinha que sair às 09h30 porque ele pegava o outro emprego. Então ele entrava às 08h00, das 08h00 às 09h30 ele atendia dezesseis pacientes e ia embora. Então eu tentei ainda umas duas, três vezes e aí fui fazer outras coisas. Me aproximei mais do movimento estudantil, que me fez ter contato com várias outras possibilidades de Atenção Básica. Então, assim, de formação foi praticamente nula, mas de fora da formação formal, eu tive bastante contato” (Dr. Bruno - Militante).

“A princípio, já na graduação, comecei a trabalhar com medicina da família, porque a gente tinha um grupo na faculdade, com a professora I e com a professora S, que trabalhavam com essa interação [...] a gente fazia uma dupla médico e enfermeiro para atuar nas visitas domiciliares, um projeto de visita domiciliar. Deu certo assim seis meses, a gente acabou fazendo algumas visitas, mas depois o projeto acabou. [...] Era uma coisa muito nova esta perspectiva de cuidar da família... Aqui no Brasil isso foi em 1998, tinha acabado de sair as leis relativas aos agentes saúde... estava tudo muito frio ainda, não tinha nada... muito novo, mas era legal porque a gente estudava bastante a respeito” (Dra. Tania - Militante).

Aliás, a crítica à graduação médica aparece de forma muito veemente no relato de Dra. Júlia quando fala sobre sua formação:

“É uma máquina de moer carne uma formação, uma graduação em medicina. É uma máquina de moer carne, de por muito em questão seus limites éticos, por muito em questão seus limites físicos, psicológicos, em nome de um certo moldar, da construção de um determinado molde de um profissional que eu não cabia, que eu não conseguia fazer caber” (Dra. Júlia - Militante).

Coerentemente, os três deles que atuam como docentes buscam, nessa atividade, aproximar os alunos da Atenção Primária, conquistá-los para

o trabalho neste local. Exercem, também nesse espaço, um papel de militância pela Saúde Pública.

“A gente tem dado muito valor ao ensino, às unidades de saúde como campo de formação de profissionais do SUS, de futuros profissionais do SUS, e há um encantamento nesses alunos para o que eles olham. Então a gente está formando uma nova geração de pessoas, que estão olhando com outro olhar, de uma medicina mais humanizada, valorizando a fala das pessoas...” (Dr. Cláudio - Militante).

Enfim, a partir desses discursos, da bibliografia estudada e da experiência da própria pesquisadora, afirmamos que essa medicina humanizada, a que se refere Dr. Claudio, parece advir de uma prática com menor grau de alienação. A palavra humanizada já nos remete a isso, a um maior contato com nossa própria humanidade, a uma troca e aproximação com nosso semelhante. Assim, por mais que tenhamos percebido diferentes graus de alienação nos participantes da pesquisa, percebemos no geral um compromisso com um trabalho bem realizado e uma identificação e valorização de sua atividade. Enfim, percebemos que os médicos participantes do estudo possuem uma boa capacidade de refletir sobre a prática e de formar autoconsciência, especialmente entre aqueles que estudaram Saúde Pública, seja em Cuba, seja no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“A pesquisa é talvez a arte de se criar dificuldades
Fecundas e de criá-las para os outros. Nos lugares onde
Havia coisas simples, faz-se aparecer problemas.”*
(Pierre Bourdieu)

Em geral, vários pesquisadores têm combinado estudos de representação com observação para contrastar o discurso e a prática concreta. No caso da presente pesquisa, ao contrário do esperado, não encontramos grandes discrepâncias entre o que os médicos disseram sobre si mesmos e sobre seu trabalho, ou seja, durante as entrevistas, e na observação do cotidiano de sua atividade prática. Talvez um fator interveniente que tenha contribuído para diminuir o contraste entre a entrevista e a observação em campo, e que merece atenção por, certamente, haver influenciado os resultados, foi o fato de que a pesquisadora tivesse uma natureza “especial”. Afinal, como médica e trabalhadora da Atenção Primária de Campinas não pude deixar de refletir a respeito de minha prática enquanto produzi a pesquisa.

Portanto, é preciso dizer que, ao contrário da tradição antropológica, compartilho a mesma cultura, a mesma instituição e a mesma formação que os sujeitos participantes da pesquisa, uma “nativa” entre “nativos”. Sou conhecida entre vários colegas como defensora do SUS e da Estratégia de Saúde da Família e por minha preocupação com o atendimento efetivo, responsável e humanizado. Ao longo dos cinco anos que trabalhei e trabalho na rede de saúde de Campinas, também defendi ativamente a gestão democrática. Isso, porém, antes de prejudicar a pesquisa, enriquece-a, pois traz propriedade e legitimidade às observações, assim como me legitima junto aos participantes. Acredito que o fato de ser médica, investigando médicos e médicas, deixou os sujeitos mais à vontade. Por outro lado, talvez tenha levado meus interlocutores a ponderarem que estavam diante de uma militante da reforma sanitária. Esse viés, contudo, não impediu os sujeitos da pesquisa de exporem

suas opiniões e tampouco os levou a falsear o modo habitual com que trabalhavam durante a observação. Tanto foi assim que logrei identificar quatro modalidades distintas de exercício profissional e, portanto, quatro padrões de envolvimento e de alienação. Dessa forma, podemos dizer que o reconhecimento pelos participantes permitiu a riqueza dos achados, muitos deles representativos do estado da arte da pesquisa acerca da alienação no trabalho em saúde e outros tantos que deixam questões e abrem espaço para pesquisas subsequentes.

Para que reflitamos juntos acerca destes achados, convido o leitor a refazer o exercício de imaginação que propusemos no capítulo 4, agora conhecendo o sujeito que vive sua rotina na Atenção Primária do SUS Campinas.

O médico chega em seu local de trabalho e encontra uma agenda com a série de pacientes aos quais deverá atender, agenda esta que não foi por ele organizada. Cada consulta deverá ocorrer num dado período de tempo pré-determinado e não há intervalo para descanso, de modo que ele fará seu descanso ou suas necessidades nos intervalos entre as consultas, ou no momento em que sairá do consultório para a reunião da Equipe de Saúde da Família à qual é vinculado. O dia avança com as diversas consultas, pelas quais ele passa apresentando mais ou menos envolvimento, a depender de como se coloca o paciente na consulta. Ao fazer as orientações aos pacientes, segue os protocolos e diretrizes, algumas vezes se questionando se suas recomendações são passíveis de serem aplicadas por aquela pessoa. Coloca em prática as ferramentas de que dispõe de acordo com a demanda do usuário, na qual ele vê mais ou menos sentido. Aprofunda-se no relacionamento com alguns pacientes, mais comumente aqueles que se esforçam para seguir as recomendações do *doutor*. Durante a reunião de equipe, discute com seus colegas de trabalho alguns casos graves, mostrando preocupação com o contexto em que se produzem aqueles problemas de saúde, mas se paralisa diante da complexidade social do território. Ao final do dia, chega em casa e divide com os familiares alguns êxitos e muita frustração pela falta de reconhecimento, seja do paciente, seja da instituição,

seja de seus pares. Ao fim do mês, recebe um salário, que considera baixo frente ao valor de seu tempo de trabalho, mas consola-se na boa relação com os pacientes e em sentir que está fazendo diferença na vida daquelas pessoas.

Percebemos nessa rotina o fenômeno da alienação, do qual a consciência guarda em si o germe para sua transcendência. Isso pois, como observado por Campos (28), algumas características do trabalho médico aparecem como pontos de tensão que provocam reflexão e convidam à emancipação da consciência: a complexidade do processo saúde-doença-cuidado, que incorpora a dimensão psicossocial do paciente na prática clínica e a variabilidade dos casos, que não permite a execução do trabalho livre de reflexão. No que se refere ao trabalho na Atenção Primária do SUS Campinas, a elas ousamos incluir o trabalho multiprofissional, que possibilita o olhar pelo referencial do outro, e as práticas democráticas de gestão. Ainda assim, as quatro manifestações da alienação, conforme Marx, estão presentes, em maior ou menor grau e de forma diferente entre os participantes da pesquisa:

1) em relação ao produto do trabalho: O que os médicos entendem como produto do trabalho é a melhora do paciente, sobre a qual exercem menos domínio do que gostariam. Por mais que se esforcem na execução de uma técnica impecável, a falta de acesso a medicamentos e exames, as condições sociais ou o próprio desejo do paciente aparecem como barreiras que não conseguem transpor. Porém, estas barreiras ocupam lugares diferentes: enquanto se apropriam da falta de tecnologias como um problema que impede ou dificulta a boa prática, as questões sociais que também aparecem como um empecilho não são tomadas como suas.

Tampouco diz respeito à maioria deles a dificuldade de acesso ao serviço, uma vez que se contentam em manter a qualidade do atendimento para uma clientela já determinada, ainda que esta forma de proceder signifique restrição para os demais. Assim, predomina a atenção médica mercadorizada, enquanto a capacidade de reflexão sobre meios de coproduzir o cuidado ou a capacidade de operar mudanças no território a partir do entendimento da saúde como um direito inalienável permanecem, na maioria das vezes, ofuscadas pela alienação.

2) no processo de produção: Reflete-se na falta de autonomia sobre a rotina de trabalho, compensada pela liberdade em exercer a prática clínica como lhes convém. Porém, esta prática se encontra sob o jugo de seus pares, aqueles que definem em que consiste uma boa medicina, e da consciência deste subjugo encontram-se alienados. Neste contexto, consensos, protocolos e diretrizes são muito pouco questionados, mesmo quando não aplicáveis aos pacientes em questão, e situações que fogem a eles provocam angústia e paralisam a ação.

Quanto à organização e planejamento do trabalho, a resistência dos médicos às interferências em sua autonomia, a respeito da qual discutimos no capítulo 4, parece perder força. Talvez pelo passado de dificuldade de gerenciamento desta categoria profissional, são menos ouvidos e participam menos da gestão do trabalho, mais a cargo da enfermagem de nível superior e da coordenação, e os médicos não parecem saber como resistir a esse cerceamento. O trabalho planejado por outrem aparece como sacrifício, horas em que exercem as atividades de formas com as quais não concordam a fim de usufruir do ganho financeiro proporcionado por elas ou no aguardo de momentos em que haverá mais autonomia. Porém, as ocasiões de sucesso no resultado do trabalho compensam em parte o desgaste cotidiano e mesmo uma rotina de trabalho alienado traz mais satisfação para o médico e permite mais vínculo com o paciente do que seria suposto.

3) de sua essência humana: Quando estranhado, seu trabalho se limita a um meio de subsistência ou de satisfação de necessidades fora do trabalho: as muitas horas que dedica ao trabalho e aos estudos a fim de ter um retorno financeiro que lhe proporcione certo padrão de consumo. Porém, inúmeras vezes vê sua identidade espelhada no ambiente de trabalho ou no resultado de suas intervenções clínicas. Nesses momentos, essa humanidade refletida torna-se sua principal realização. Quando alienado de sua essência, de sua ligação com a sociedade, de seu trabalho, ele se individualiza. Quando em contato com sua essência, retorna ao humano, em uma dialética cotidiana.

4) em relação ao seu semelhante: No trabalho na Atenção Primária do SUS

Campinas, a posição social ocupada pelos médicos aparece como barreira para uma relação horizontal de troca com os outros, que não os enxergam como seus semelhantes. Seus privilégios, há muito sedimentados, e a construção da profissão médica, historicamente tida como neutra, dificultam que eles se percebam como parte da construção do sistema de saúde. A forma de organização da sociedade não é questionada, tampouco o é a relação histórica saúde-sociedade, sobre a qual se encontram em posição privilegiada para contestar. Muitas vezes, essa alienação se reflete em uma prática desumanizada de medicina, pouco presenciada no decorrer desta pesquisa, mas muito ao longo da minha vida. Outras vezes se reflete em um tratamento condescendente, que considera o outro como menos capaz.

Assim, retornamos a Meszáros, a partir do qual refletíamos acerca da dinamicidade do fenômeno da alienação, um conceito que necessariamente implica mudança. A atividade alienada, exercida com automatismo, produz não só a consciência alienada, mas também a consciência de ser alienado, que neste estudo apareceu em momentos de reflexão, algumas vezes profunda, e na busca cotidiana de alguns dos médicos por espaços para construir outras formas de produção e de inserção no mundo do trabalho. A participação no estudo provocou, ela mesma, momentos de reflexão, conforme pretendíamos ao propor uma pesquisa intervenção. E de fato, os resultados desta pesquisa demonstram precisamente como o fenômeno da alienação é antes de tudo dialético.

Retomando nossos objetivos iniciais, refletimos que algumas dinâmicas de trabalho presentes da Atenção Primária do SUS Campinas tencionam a uma atividade menos alienada: o trabalho multiprofissional; os espaços democráticos (reuniões de equipe, conselhos locais e distritais, colegiado gestor etc.); o Apoio Matricial, principalmente em Saúde Mental. Por outro lado, existem aquelas que produzem alienação, como o alijamento do planejamento do trabalho; a fragmentação do cuidado; a predominância do modelo biomédico. Há ainda a resistência de muitos médicos em participar da vida institucional, certamente relacionada ao papel social ocupado por

essa categoria profissional, que por sua vez diz respeito a estrutura societária brasileira.

Isso nos leva a reiterar nossa reflexão anterior de que, no serviço público de saúde, a alienação que resulta de uma relação saúde-sociedade capitalista é confrontada por práticas contra-hegemônicas de produção do cuidado – que também se devem à falta de alternativas frente à dificuldade de acesso às tecnologias – e por formas de organização do trabalho que pretendem ser democráticos, ainda que nem sempre o sejam. Essas práticas podem implicar na construção de dinâmicas alternativas à ordem alienada do capital, uma vez que é no cotidiano que se produz a consciência da alienação e é a partir dela, sob a diuturna tensão da discussão, da reflexão e do compartilhamento, que os seres sociais serão capazes de autotranscender positivamente a alienação.

Feita esta reflexão, surgem diversas questões: em que grau se diferencia o fenômeno da alienação entre trabalhadores do serviço público e do serviço privado? Como se dá a dialética da alienação do trabalho médico em ambiente hospitalar? Como se dá a dialética da alienação do trabalho na Atenção Primária em outros municípios brasileiros? Como estimular os médicos a participar mais dos espaços democráticos, que neste estudo demonstraram provocar a tomada de consciência? Por que alguns médicos tendem a procurar a Atenção Primária como local de trabalho pelo potencial contra-hegemônico deste *lôcus*, apesar de a formação médica não estimular essa procura? Neste momento em que finalizo a pesquisa, não lamento dizer que restam mais perguntas do que respostas. Afinal, a ciência é cumulativa, e a nós pesquisadores cabe, sobretudo, abrir caminho para o que vem a seguir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Onocko-Campos RT. *Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces*. São Paulo: Hucitec, 2012:79.
2. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006:155.

3. Gomes R. "Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa". In: MINAYO, M. C. S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010a: 80,111,105.
4. Lukacs G. *Per una ontologia dell'essere sociale* – v. I, II* e II**. Roma: Riuniti. Tradução de Alberto Scarponi.1981.
5. Duarte N. A individualidade para si: contribuição a uma teoria histórico-social de formação do indivíduo, Campinas-SP, Autores Associados, (Coleção Educação Contemporânea),1993.
6. Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec, 2008.
7. Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. In: Psicologia, ciência e profissão, Brasília 4(23), 2003.
8. Bulmer M. *Sociological research methods*. London: Macmillan, 1977.
9. Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-ação. 7a. Ed. São Paulo: Cortez, 1996.
10. Passos E, Benevides de Barros R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2000: 16.1, 071-079.
11. Paulon SM. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. In: Psicologia e Sociedade. vol.17 n.3 Porto Alegre Sept./Dec. 2005 Versão On-line ISSN 1807-0310.
12. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. California: Sage Publications, 1989.
13. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: Revista de Saúde Pública 2008;42(6):1090-6.
14. Aguiar KF, Rocha M L. Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política. Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política, nº 3/4,1997: 97.
15. Schraiber LB. O médico e seu trabalho. São Paulo: Hucitec, 1993.
16. Gomes RM. Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde. [Teses de Doutorado]. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010 b.
17. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (Orgs). Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005:109.

18. Bunchaft AF, Gondim SMG. Grupos Focais na Investigação Qualitativa da Identidade Organizacional: exemplo de aplicação. In: Revista Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v. 21, n. 2, p. 63-77, maio/agosto 2004.
19. Cesar CF. Pesquisa Intervenção com apoio matricial: múltiplas vias para o cuidado em saúde. [Dissertação de Mestrado], Unicamp, Campinas, 2011.
20. Castro CP. Avaliação da utilização do método de apoio Paideia para a formação em saúde: clínica ampliada e cogestão. [Dissertação de Mestrado], Unicamp, Campinas, 2011.
21. Ranieri JJA. Camara Escura. Alienação e Estranhamento em Marx. São Paulo: Boitempo, 200:29.
22. Alves G. Marxismo, a alienação e o tempo histórico da barbárie social do capital. *Revista Katálysis*, 16(1), 6, 2013
23. Konder L. Marxismo e Alienação (2.ed.). São Paulo: Expressão Popular, 2009.
24. Ranieri JJ. Alienação e estranhamento: a atualidade de Marx na crítica contemporânea do capital. *Ideias (Unicamp)* 2006:12-13, 9.
25. Alves G. Trabalho e subjetividade – o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011.
26. Gomes RM, Schraiber LB. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 11, 2011.
27. Marx K. Manuscritos Econômico-filosóficos (J. J. Ranieri, Trad.). São Paulo: Boitempo, 2010.
28. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010:15(5), 7.
29. Lukács G. O fenômeno da reificação. In G. Lukacs (Ed.), *História e Consciência de Classe* (pp. 194-240). São Paulo: Martins Fontes, 2003.
30. Balibar E. As ideologias pseudomarxistas da Alienação. *Caderno Cemarx*(7), 17, 2014.
31. Meszáros I. Teoria da Alienação em Marx. São Paulo: Boitempo, 2016

32. Antunes R. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez, 2002a.
33. Antunes R. Os exercícios da subjetividade: as reificações inocentes e as reificações estranhadas. *Caderno CRH*, 24 (número especial 01), 11, 2011.
34. Antunes R. As novas formas de acumulação de capital e as formas contemporâneas do estranhamento (alienação). *Caderno CRH*, 37, 22, 2002b.
35. Gorz A. O futuro da classe operária, *Revista Internacional*, Quinzena, São Paulo, n. 101, 16/9/9, CPV, p. 29, apud ANTUNES, 2002a, p. 45
36. Gomes RM. Humanização e desumanização no trabalho em saúde: algumas contribuições conceituais para uma análise crítica. In R. P. Nogueira e R. M. Gomes, *Capitalismo e Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2012
37. Marx K, Engels F. *A ideologia alemã*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec, 1987.
38. Medeiros JB. *Redação científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas*. São Paulo: Atlas, 2000.
39. Sousa ALL. Ensino e a prática na formação do enfermeiro. *Saúde em Debate*(42), 6, 1994.
40. Gomes MHA, Silveira C. Sobre o uso de métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. *Rev Saúde Pública*, 46(1), 5, 2012.
41. Arsego LR. *A valorização do trabalhador da saúde pública: a agenda brasileira*. (Mestrado dissertação), UFRGS, Porto Alegre, 2013.
42. Bujdoso YLV, Trapé CA, Pereira EG, Soares CB. A academia e a divisão social do trabalho na enfermagem no setor público: aprofundamento ou superação? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 11, 2007.
43. Chaves ACC, Silva VLA. Processo de Trabalho e Produção do Cuidado na Estratégia de Saúde da Família: a Realidade de Enfermeiras. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 15(3), 15, 2011.
44. Figueiredo MDA. *Construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paideia e formação*. [Tese de Doutorado], Unicamp, Campinas, 2011.
45. McKinlay JB, Marceau L. New Wine in an Old Bottle: does alienation provide an explanation of the origins of physician discontent? *International Journal of Health Services*, 41(2), 24, 2011

46. Scholze AS, Duarte Jr. CF, Silva YF. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(31), 11, 2009.
47. Souza NVDO, Lisboa MTL, Erhardt EJ, Cruz R. (2007). Estratégias Coletivas De Defesa: táticas para mitigar o sofrimento no trabalho hospitalar da enfermeira. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 6(3), 12. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.16764285.2007.994/265>. Acesso em 03 de fevereiro de 2015.
48. Vaghetti HH, Padilha MI, Silva RC, Simões JM TA. Trabalho como subsistência nos hospitais públicos brasileiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 5, 2009.
49. Albuquerque VS, Giffin KM. Globalização capitalista e formação profissional em saúde: uma agenda necessária ao ensino superior. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 19, 2008.
50. Zerbetto SR, Pereira MAO. O ensino de Saúde Mental e Psiquiatria nos cursos técnicos de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(3), 6, 2009.
51. Ribeiro AM. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. *Psicologia USP*, 16(4), 2005.
52. Fromm E. Um dos principais processos constitutivos do inconsciente: a alienação (L. C. Malimpensa, Trad.). In E. Fromm, *Rever Freud*. Por uma outra abordagem em psicanálise (pp. 10). São Paulo: Edições Loyola, 2013.
53. Hajda J. Alienation and Integration of Student Intellectuals. *American Sociological Review*, 26(5), 19, 1961.
54. Levett-Jones T, Lathlean J, McMillan M, Higgins I. *Belongingness: A montage of nursing students' stories of their clinical placement experiences*. *Contemporary Nurse*, 24, 12, 2007.
55. Almeida DB, Melo CMM. Avaliação Da Gestão Na Atenção Básica Nas Dimensões Da Integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 36(3), 14, 2012.
56. Onocko-Campos RT, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior, Y. M. Carvalho (org.). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 669-681). São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2006.

57. Campos GWS. Os médicos e a Política de Saúde - entre a estatização e o empresariamento: a defesa da prática liberal da medicina. São Paulo: Hucitec, 1988.; 2.ed., 2006.
58. Donnangelo MCF. Medicina e Sociedade (2.ed) São Paulo: Hucitec, 2011.
59. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.
60. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2015.
61. Maciel Filho R, Pierantoni CR. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In A. F. R. Barros (org.), Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. (Vol. 2, pp. 139-162). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
62. Donnangelo MCF, Pereira L. Medicina da Sociedade de Classes. Saúde e Sociedade. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.
63. Mota A, Schraiber LB. Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 10, 2014.
64. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: Schraiber L. B., Nemes M. I. B., Mendes-Gonçalves R. B., organizadores. *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2000;29-46.
65. Souza HS. A Interpretação do Trabalho em Enfermagem no Capitalismo Financeirizado: um estudo na perspectiva teórica do fluxo tensionado. [Dissertação de Mestrado], Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
66. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In E. E. Mehry & R. T. O. Campos (Eds.), *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997;229-266.
67. Matos, E. e Pires, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(3), 6, 2006.

68. Gounet, T. Concorrência e Estratégia de Acumulação na Indústria Automobilística Fordismo e Toyotsmo na Civilização do Automóvel. São Paulo: Boitempo, 1999.
69. Machado MH et al. Perfil dos médicos no Brasil. Relatório Final. 28v. Rio de Janeiro: Fiocruz/CFM/MS-PNUD, (Coleção Médicos em Números) 1996.
70. Carneiro MB, Gouveia VV (Orgs.). O médico e o seu trabalho. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2004.
71. Lojkine J. A divisão classista em questão (J. P. Netto, Trans.). In J. Lojkine (Ed.), A Revolução Informacional. São Paulo: Cortez, 1995.
72. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Revista Trabalho, Educação e Saúde, 1(1), 16, 2002.
73. Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cadernos de Saúde Pública, 13(1), 4, 1997.
74. Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 18(suplemento), 10, 2007.
75. Dejours JC. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993.
76. Ayres JRJM. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. Revista Brasileira de Epidemiologia, 5(1), 14, 2002.
77. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciência & Saúde Coletiva, 3(14), 9, 2009.
78. Campos GWS. Um Método de Análise e Cogestão de Coletivos. São Paulo: Hucitec, 2013.
79. Ramos EL. A qualidade de vida no trabalho: dimensões e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem de Terapia Intensiva. [Dissertação de Mestrado], Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
80. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Gomes MPC, Franco TB. Diálogos pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial: novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. Revista Lugar Comum 33/34, 2012. Disponível em: <http://uninomade.net/wp->

content/files_mf/110803120320Lugar%20Comum%2032_33%20completa.pdf
. Acesso em 08 de novembro de 2016.

81. Scraiber LB. O Trabalho Médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(1), 1995a.
82. Behring ER. Fundamentos da política social. In A. E. S. D. Mota, L. Gomes, M. I. S. Bravo, M. Teixeira, R. M. G. Marsiglia, & R. Uchôa (Eds.), *Serviço Social e saúde - formação e trabalho profissional*. São Paulo: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa e Serviço Social (ABEPSS), 2006.
83. Antunes R. O Sistema de Metabolismo Social do Capital e seu Sistema de Mediações. In R. Antunes (Ed.), *Os sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. (2.ed.). São Paulo: Boitempo, 2009.
84. Antunes R. A nova morfologia do trabalho e suas principais tendências: informalidade, infoproletariado, (i)materialidade e valor. In R. Antunes (Ed.), *Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil II*. São Paulo: Boitempo, 2013.
85. Druck G. A Precarização Social do Trabalho no Brasil: alguns indicadores. In R. Antunes (Ed.), *Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil II*. São Paulo: Boitempo, 2013.
86. Draibe SM. As Políticas Sociais e o Neoliberalismo. *Revista da USP*(17), 1993.
87. Pereira LD. A Gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 14(2), 19, 2004.
88. Sciliar M. *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. Porto Alegre: L&PM Editores, 1987.
89. Viana ALA, Machado CV. *Capitalismo e Estado Social: qual o sentido do SUS? A doença holandesa da política social brasileira*. Campinas: Caderno temático 4 – SUS entre o Estado e o Mercado, 2013.
90. Santos NR. *Presidência da República, o mercado na saúde e o SUS: de uma reunião anunciada a um resgate*. Campinas, 2013a.
91. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 7, 2013b.
92. Gomes GF. A Inconstitucionalidade da Contrarreforma do SUS e de seus Modelos Privados de Gestão. In: M. I. S. Bravo e J. S. B. Menezes (org.), *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização da Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Redes Sirius, 2014.

93. Behring ER. Brasil em Contra- reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008.
94. Cardoso RO. O Processo de Contrarreforma do Estado Brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos Hospitais Universitários. In M. I. S. B. e. J. S. B. Menezes (org.), A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização da Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Redes Sirius, 2014.
95. Romano VF. A Busca de uma Identidade para o Médico de Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(1), 12, 2008.
96. Brasil. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde, 2002.
97. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
98. Campos GWS. Possibilidades de uma Clínica do Sujeito na Atenção Primária à Saúde (Aps). In R. M. Volich, W. Ranña, & M. E. P. Labaki (Eds.), *Psicossoma V*. São Paulo: Casa do Psicólogo - Pearson, 2014.
99. Lobato LVC. Políticas sociais e de Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
100. Brasil. Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.
101. IBGE. (2016). Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data referência em 1º de julho de 2016. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_20160913.pdf Acesso em 16 de janeiro de 2017.
102. Domitti ACP. Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde. [Tese de Doutorado], Unicamp, Campinas, 2006.
103. Colegiado de Gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. (2001). Projeto Paideia de Saúde da Família - Campinas/2001. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>: Campinas. Acesso em 10 de julho de 2015.
104. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1), 9, 1999

105. Almeida PVB, Zanolli ML. O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Suplemento 1), 9, 2011.
106. CREMESP. Demografia Médica do Estado de São Paulo: Relatório de Pesquisa/Dezembro de 2012. Demografia Médica no Brasil. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=detalhes_capitulo_s&cod_capitulo=6, acesso em 15 de março de 2016.
107. Colegiado de Gestores da DRS VII. Mapa de Saúde da Região de Saúde de Campinas. Campinas: DRS7 Disponível em http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/rela_gestao/Mapa_da_Saude_RS_Campinas_v1_0.pdf. Acesso em 12 de julho de 2016.
108. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (2015a). 3o relatório detalhado do quadrimestre anterior. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas. Disponível em: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/rel_gestao/relat_quadrimstral_gestao/2015/RQG_3o_quadrimstre_2015.pdf. Acesso em 05 de julho de 2016.
109. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (2015b). Relatório Anual de Gestão 2014. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas Disponível em: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/rel_gestao/rag_2014/relatorio_anual_de_gestao_2014_rev_10_06_2015.pdf. Acesso em 02 de março de 2016.
110. Schraiber LB. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas. *Interface (Botucatu)*, 2(2), 1998.
111. Campos GWS. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. 2a Ed. São Paulo: Hucitec, 1992.
112. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4), 7, 1998.
113. Freud S. "O mal-estar na civilização" (1931). In: Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
114. Jaeger W. *Paideia: A formação do homem grego* (A. M. Parreira, Trans. 3 ed.). São Paulo: Martins Fontes, 1995.
115. Kaës R. "Realidade psíquica e sofrimento nas instituições". In: R. Kaës et alii., organizadores. *A instituição e as instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991;1-39.

116. Lévi-Strauss C. "Aula Inaugural". In: Desvendando máscaras sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975; 211-44.
117. Marx K. Introdução à crítica da economia política. (Os pensadores). São Paulo: Abril Cultural, 1974.
118. Marx K. O Capital, Livro 1. São Paulo: Boitempo, 2013.
119. Schraiber LB. Pesquisa Qualitativa em Saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Revista de Saúde Pública, 47, 11, 1995b.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa:

Uma análise acerca da alienação do trabalho médico e as contribuições do Método Paidéia como recurso para ampliação da autonomia e da responsabilidade sanitária

Pesquisadores responsáveis:

Lilian Soares Vidal Terra - DSC/FCM/UNICAMP
Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos - DSC/FCM/UNICAMP

Número do CAAE: 49958515.9.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com a pesquisadora.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

Este estudo se propõe a realizar uma investigação acerca do trabalho médico nos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Campinas, abordando a atuação profissional sob a perspectiva marxista de análise do trabalho e do contexto sócio-histórico. Visa a contribuir para uma análise da autonomia destes profissionais e de como os Espaços Coletivos e a estratégia de Apoio influenciam no engajamento do médico no âmbito do SUS e da rede de saúde de Campinas.

O objetivo desta pesquisa será identificar aspectos relevantes do trabalho dos profissionais médicos, buscando identificar e compreender as relações desenvolvidas junto às equipes e ao serviço, os valores, ideologias e o interesse destes na participação na vida institucional. Pretende-se esclarecer os desafios para a construção de um modelo de trabalho contra-alienante a partir da metodologia de Apoio Paideia. Espera-se que este trabalho contribua para a ampliação do conhecimento sobre as modificações no trabalho médico a partir da segunda metade do século XX e gere subsídios para a formulação e aprimoramento dos processos de Apoio, educação permanente e de capacitação de trabalhadores de saúde no que tange a apropriação de suas funções como co-construtores da rede de saúde e do SUS.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Página 1 de 3

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a conceder uma entrevista sobre as ações que você desenvolve no seu trabalho no serviço de atenção básica. As entrevistas terão duração de no máximo 2 horas, em local a ser combinado entre você e a pesquisadora, e abordarão temas relacionados aos objetivos da pesquisa. A entrevista será gravada em áudio a partir da sua prévia autorização. As gravações, a serem utilizadas apenas no âmbito desse estudo, serão arquivadas após a conclusão do estudo e descartadas após dois anos do término da pesquisa.

Ao final da etapa das entrevistas e após a análise do material pela pesquisadora, você e os demais participantes serão convidados a participar de uma restituição coletiva. Nesse momento, a pesquisadora dará uma devolutiva sobre material coletado, com o intuito de apresentar os resultados preliminares e promover reflexão entre os participantes, que poderão apresentar suas próprias análises e contribuir com reflexões e sugestões para a formulação dos resultados finais da pesquisa.

Desconfortos e riscos:

Não há riscos previsíveis para os participantes desse estudo. Desta maneira, não serão tomadas medidas voltadas à prevenção de riscos. Buscar-se-á evitar desconfortos aos participantes durante a pesquisa, embora não haja previsibilidade da ocorrência destes.

Benefícios:

A pesquisa não proporcionará benefícios diretos aos participantes, além da possibilidade de um espaço para reflexão sobre seu o trabalho.

Acompanhamento e assistência:

Não há previsão de acompanhamento e assistência aos participantes, considerando os participantes e os procedimentos da pesquisa. Caso haja necessidade, a pesquisadora se encarregará de encaminhar o participante para acompanhamento em serviço público de saúde adequado.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a

outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Página 2 de 3

Ressarcimento:

Você não terá benefícios financeiros decorrentes de sua participação nesta pesquisa. Terá garantido, porém, o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte e alimentação nos dias em que for necessária sua presença fora da rotina de trabalho ou atendimento.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Lilian Soares Vidal Terra, fone: (19) 97119-5535, e-mail: lilianvterra@gmail.com ou Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos, Departamento de Saúde Coletiva – FCM/UNICAMP-SP, Fone: (19) 35218036.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887, Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

_____ Data: ____/____/____

(Assinatura do participante)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa

exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

Rubrica do pesquisador:_____

Rubrica do participante:_____

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Uma análise acerca da alienação do trabalho médico e as contribuições do Método Paidéia como recurso para ampliação da autonomia e da responsabilidade sanitária

Pesquisador: LILIAN SOARES VIDAL TERRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49958515.9.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.404.548

Apresentação do Projeto:

A compartimentalização do saber médico tem grande influência no modo de organizar as redes de atenção semelhante à linha de produção de uma indústria. Esta lógica distancia as diversas classes de trabalhadores entre si, dificulta sua integração em equipes e também impede a percepção do próprio fruto de seu trabalho que seria a produção de saúde, propiciando a instalação do fenômeno da alienação, estudado principalmente a partir

de Marx (1843). Este afastamento de seu propósito como trabalhador da saúde gera prejuízo para o SUS em seus objetivos como instituição, tornando o trabalho cada vez mais violento e desgastante. A hipótese deste estudo é que as profundas transformações na profissão médica a partir do século XX, com perda da autonomia frente ao desenvolvimento tecnológico e à submissão da Medicina ao mercado do capital, assim como o gerencialismo nos sistemas públicos, proporcionaram o surgimento, também no trabalho médico, do processo de alienação, fenômeno descrito no início do período de industrialização e que permanece atual mesmo em se tratando de uma prática com importante dimensão subjetiva como é o trabalho em saúde. O presente estudo pretende, portanto, por meio de Pesquisa Bibliográfica, entrevistas e grupos de discussão, investigar, descrever e analisar o fenômeno de alienação entre os médicos trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Campinas, avaliando seu impacto

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.404.548

sobre a rede de atenção e como as estratégias de Apoio contribuem para reduzir este fenômeno. Ao final, pretende-se que este trabalho possibilite a construção de estratégias para a ampliação da autonomia e responsabilidade sanitária dos trabalhadores da saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

A - Descrever e analisar o fenômeno de alienação entre médicos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do SUS de Campinas, verificando seu impacto sobre o atendimento ao usuário, o processo de trabalho e a qualidade da atenção, assim como a percepção deste fenômeno pelos gestores e supervisores diretos;

B - Avaliar as contribuições de Espaços Coletivos e da estratégia de Apoio como recurso de reflexão para os médicos da Atenção Primária

Objetivo Secundário:

Investigar o modo de construção e de funcionamento, nestas unidades, de espaços de trocas intersubjetivas, como reuniões de equipe, reuniões gerais e colegiados gestores, analisando as relações interpessoais oriundas deste contexto; Descrever os modelos de gestão destas unidades, analisando a participação de trabalhadores em estratégias de cogestão; Investigar, entre os médicos, os valores, ideologias e o interesse na participação na vida institucional; Identificar e analisar mudanças que os encontros de Apoio desencadeiam no entendimento dos profissionais a respeito do SUS, da rede de saúde e de sua participação na construção do modelo de implantação do SUS em Campinas, bem como na atenção aos usuários, na gestão local, nos processos de trabalho e no trabalho em equipe; Gerar subsídios para a formulação e aprimoramento dos processos de Apoio, educação permanente e de capacitação de trabalhadores de saúde no que tange a apropriação de suas funções como co-construtores da rede de saúde e do SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora não existem riscos diretos relacionados à pesquisa, pois trata-se apenas de abordagem via observação ou entrevista, no próprio local de trabalho. Poderá haver um certo desconforto/constrangimento com o teor da conversa/entrevista mas previsto no TCLE. Por se tratar de pesquisa de Intervenção qualitativa, os benefícios esperados são de ordem subjetiva, tratando-se da redução do processo de alienação entre o grupo sujeito da pesquisa - médicos da Atenção Primária de Campinas. O resultado com certeza contribuirá para a melhoria destes profissionais na área de saúde pública, a partir, se espera de mudanças, nas ações políticas do governo

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS**



Continuação do Parecer: 1.404.548

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma dissertação de mestrado do Depto de Saúde Coletiva da FCM/Unicamp. A pesquisadora, através de observações, entrevistas semi-estruturadas e diálogo com profissionais da área da Saúde Pública de Campinas(SP) quer averiguar, confirmar o crescente processo de ALIENAÇÃO que marca a Saúde do País. Processo este que vindo sendo influenciado com as profundas transformações na profissão médica a partir do século XX, com perda da autonomia frente ao desenvolvimento tecnológico e à submissão da Medicina ao mercado do capital, assim como o gerencialismo nos sistemas públicos, dentro do contexto do desenvolvimento do Capitalismo Neoliberal. Em oposição, as estratégias de Apoio e Cogestão baseadas no Método Paideia promovem a reflexão dos trabalhadores e proporcionam uma recuperação da autonomia dos mesmos, reduzindo sobremaneira este fenômeno. Por ser o exercício da prática da saúde algo bem subjetivo, a pesquisadora vai confrontar para reafirmar a importância do Método Paidéia. Serão selecionados 60 profissionais médicos da área de saúde pública de campinas, tirados de 02 unidades de saúde dos 05 distritos de Campinas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou os documentos de acordo com a resolução: Folha de Rosto devidamente preenchida / TCLE de acordo / Cronograma da pesquisa / Custo do projeto / critérios de inclusão e exclusão. / Autorização do Gestor Municipal /

Recomendações:

vide abaixo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu, com esmero, todos os pedidos feitos por este CEP para adequar seu projeto às exigências da resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126	
Bairro: Barão Geraldo	CEP: 13.083-887
UF: SP	Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7187
	E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS**



Continuação do Parecer: 1.404.548

realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_587137.pdf	25/01/2016 20:56:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_resposta.pdf	25/01/2016 20:55:26	LILIAN SOARES VIDAL TERRA	Aceito
Outros	Respostaparecer.pdf	25/01/2016 20:54:19	LILIAN SOARES VIDAL TERRA	Aceito
Outros	AutorizacaoCampinas.pdf	25/01/2016	LILIAN SOARES	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.404.548

Outros	AutorizacaoCampinas.pdf	20:32:42	VIDAL TERRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEResposta.pdf	25/01/2016 20:21:03	LILIAN SOARES VIDAL TERRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_preenchida.pdf	03/10/2015 17:07:01	LILIAN SOARES VIDAL TERRA	Aceito
Outros	Carta_de_revisao_etica.pdf	03/10/2015 16:46:21	LILIAN SOARES VIDAL TERRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 05 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

**Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)**