

**Rogério Miranda Gomes**

**Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas  
médicas e suas implicações para os processos de  
humanização/desumanização do trabalho em saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de  
São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lília Blima Schraiber

São Paulo

2010

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Rogério Miranda Gomes**

**Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas  
médicas e suas implicações para os processos de  
humanização/desumanização do trabalho em saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de  
São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lilia Blima Schraiber

São Paulo

2010

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gomes, Rogério Miranda

Trabalho médico e alienação : as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde / Rogério Miranda Gomes. -- São Paulo, 2010.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.  
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Lilia Blima Schraiber.

Descritores: 1.Humanização da assistência 2.Alienação 3.Trabalho em saúde  
4.Médicos 5.Desumanização

USP/FM/DBD-215/10

*Aos trabalhadores, em especial aos da saúde, que, mesmo sob condições alienantes, contribuem para a humanização dos homens e do mundo.*

## AGRADECIMENTOS

À professora Lilia Schraiber, minha orientadora nessa tese, com quem tenho aprendido, em minha ainda breve e inicial trajetória acadêmica, a complexidade e riqueza do trabalho e da profissão médica e as formas de apreendê-las. Agradeço-lhe pelo carinho com que me recebeu como orientando e pela dedicação fraternal e crítica em lidar com minhas opções e limites. Penso que não pode haver prazer e realização maiores para um pesquisador do que poder trabalhar e aprender com aquela que, em sua área de pesquisa e elaboração, tem sido para ele sua principal referência teórica;

Ao professor José Ricardo Carvalho de Mesquita Ayres, que com suas “provocações filosóficas” me ajuda a manter permanentemente sob reflexão os processos, valores e determinações das ciências e práticas de saúde;

Aos professores Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Roberto Passos Nogueira que, juntamente com o professor José Ricardo Ayres, compuseram minha banca de qualificação e ajudaram com importantes contribuições para o enriquecimento da pesquisa;

Ao Departamento de Medicina Preventiva, na figura de seus docentes e funcionários, que ao longo desses anos possibilitou as melhores condições possíveis, tanto para meu crescimento acadêmico, quanto para a produção da pesquisa;

A Ricardo Fernandes Góes cujas contribuições técnicas e operacionais foram fundamentais para a produção desse trabalho;

À Diane Cohen pelo cuidadoso e qualificado trabalho de edição das entrevistas;

À Marina e Silvia pela cuidadosa transcrição das entrevistas realizadas sob condições nem sempre ideais;

À Íris Almeida pela dedicação e carinho no trabalho de revisão;

À Rafaela Flach e ao Jonas Torrens por ajudarem a solucionar os limites do autor frente a outro idioma;

Aos médicos entrevistados – Dr. Antônio, Dr. Armando, Dr. Luiz, Dr. Marcos, Dra. Marina e Dr. Vinícius – que se mostraram extremamente gentis e dedicados ao processo de narração e reflexão de suas vidas profissionais. Infelizmente, em razão do compromisso de sigilo eticamente firmado entre nós, não posso agradecê-los nominalmente por todo o tempo precioso que lhes tomei.

A todos os trabalhadores e militantes da saúde pública e coletiva que com sua dedicação, crises e lutas se constituem em fonte inesgotável de questões vivas para a atividade acadêmica à qual me dedico. Não vejo outro objetivo na prática acadêmica que a dedicação aos problemas, sofrimentos e lutas dos homens de seu tempo;

A todos os amigos e familiares que contribuíram de formas diversas para essa minha (nossa) trajetória; desde a paciência em relação às freqüentes ausências até os carinhos, ajudas e estímulos que me mantiveram concentrado e produtivo nesse período;

À Mel, companheira de sonhos e lutas, pela cumplicidade amorosa e enriquecedora nas reflexões e nas vivências, contribuindo para meu (nosso) devir como homem mais inteiro.

*Bruno, esse sujeito e todos os outros sujeitos de Camarillo tinham certeza. Do que, você quer saber? Não sei, juro, mas tinham certeza. Do que eram, acho, do que valiam, de seu diploma. Não, não é isso. Alguns eram modestos e não se achavam infalíveis. Mas até o mais modesto se sentia seguro. Isso era o que me irritava, Bruno, que se sentissem seguros. Seguros de quê?, diga lá, quando eu, um pobre-diabo com mais pestes que o demônio debaixo da pele, tinha bastante consciência para sentir que era tudo feito uma gelatina, que tudo ao redor tremia que só precisava prestar um pouco de atenção, sentir um pouco, calar um pouco, para descobrir os furos. Na porta, na cama: furos. Na mão, no jornal, no tempo, no ar: tudo cheio de furos, tudo esponja, tudo como um coador coando a si mesmo... Mas eles eram a ciência americana, você compreende, Bruno? O guarda-pó que os protegia dos buracos; não viam nada, aceitavam o já visto por outros, imaginavam que estavam vendo. E naturalmente não podiam ver os furos, e estavam muito seguros de si, convencidíssimos de suas receitas, suas seringas, sua maldita psicanálise, seus não fume e seus não beba... Ah, o dia em que pude cair fora, subir no trem, olhar pela janela e ver como tudo ia ficando para trás, tudo se despedaçava, não sei se você viu como a paisagem vai se quebrando quando você a vê se afastar...*

Julio Cortázar  
(O perseguidor)

## SUMÁRIO

RESUMO	
SUMMARY	
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1 - O TRABALHO MÉDICO: CUMPLICIDADES E TENSÕES ENTRE A PRÁXIS CRIADORA E A CIÊNCIA</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1 A Prática Médica como Trabalho</b> .....	<b>11</b>
<b>1.2 A Racionalidade Científica Moderna e as Ciências da Vida: breves apontamentos</b> .....	<b>14</b>
<b>1.3 O Trabalho Médico e sua tensão interna: ciência e arte na conformação da prática</b> .....	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO 2 - TRABALHO MÉDICO NA CONTEMPORANEIDADE: A MEDICINA ENTRE CONTINUIDADES E RUPTURAS</b> .....	<b>35</b>
<b>2.1 A Constituição da Medicina na Modernidade</b> .....	<b>36</b>
<b>2.2 A Medicina Liberal no Brasil</b> .....	<b>41</b>
<b>2.3 Socialização da Assistência Médica e advento da Medicina Tecnológica</b> .....	<b>45</b>
<b>2.4 A Profissão Médica: transformações e tendências contemporâneas</b> .....	<b>57</b>
<b>2.5 Contradições na Socialização do Trabalho Médico: entre o avanço dos espaços coletivos e a continuidade/ruptura com o consultório</b> .....	<b>60</b>
<b>2.6 Trabalho Médico e Assalariamento: o fetiche dos “ganhos autônomos”</b> .....	<b>65</b>
<b>2.7 A Especialização e suas Contradições</b> .....	<b>71</b>
<b>2.8 Autonomia Técnica Tensionada: os ideais de profissão e suas contradições</b> .....	<b>83</b>
<b>2.9 Da Medicina Tecnológica ao Trabalho em Saúde</b> .....	<b>89</b>
<b>CAPÍTULO 3 - A RESPEITO DOS CAMINHOS ADOTADOS: ALGUMAS REFLEXÕES DE ORDEM METODOLÓGICA</b> .....	<b>100</b>
<b>3.1 Sobre o “como conhecer”</b> .....	<b>100</b>
<b>3.2 A Metodologia Qualitativa como forma de investigação do Trabalho Médico</b>	<b>112</b>
<b>3.3 A Definição da Amostra: heterogeneidades e predominâncias no trabalho e na profissão</b> .....	<b>126</b>

<b>3.4 Sobre Cenários e Períodos: Curitiba como fonte de dados empíricos acerca do trabalho médico contemporâneo .....</b>	<b>129</b>
<b>CAPÍTULO 4 – HUMANIZAÇÃO E ALIENAÇÃO .....</b>	<b>134</b>
<b>4.1 A Dialética Humanização-Alienação e os Processos de Trabalho: alguns elementos conceituais .....</b>	<b>135</b>
<b>4.2 Alienação e Individualidade: a relação de mudez entre genericidade e particularidade .....</b>	<b>149</b>
<b>4.3 O conceito de Desumanização a partir da dialética Humanização-Alienação ..</b>	<b>155</b>
<b>4.4 Alienação e Trabalho em Saúde: alguns apontamentos norteadores .....</b>	<b>157</b>
<b>CAPÍTULO 5 – HUMANIZAÇÃO E ALIENAÇÃO PERMEANDO AS TRANSFORMAÇÕES DAS NECESSIDADES E DAS PRÁTICAS DE SAÚDE..</b>	<b>161</b>
<b>5.1 Transição Epidemiológica e Prática Médica: trajetórias contemporâneas dos sofrimentos e suas respostas pelo trabalho em saúde .....</b>	<b>164</b>
<b>5.2 Biomedicalização Social: velhas questões, novas demandas .....</b>	<b>176</b>
<b>5.3 Olhares Contemporâneos sobre o Trabalho Médico: de “salvador” a “reparador permanente” .....</b>	<b>186</b>
<b>5.4 O Momento Clínico e suas transformações: a tensão entre a tendência fragmentadora-instrumentalizante e a necessidade do cuidado .....</b>	<b>200</b>
<b>5.5 Determinações Sociais da Saúde-Doença e <i>Estranhamento</i> .....</b>	<b>212</b>
<b>5.6 Do apreender ao realizar: os caminhos da alienação .....</b>	<b>239</b>
<b>CAPÍTULO 6 – HUMANIZAÇÃO, ALIENAÇÃO E TECNOLOGIA: INSTRUMENTOS E ESTRANHAMENTO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE .....</b>	<b>252</b>
<b>6.1 Trabalho Médico e Tecnologia .....</b>	<b>252</b>
<b>6.2 Desenvolvimento Tecnológico e Transformações da Prática Médica: os homens práticos e a ciência .....</b>	<b>258</b>
<b>6.3 Fármacos e Estranhamento no Trabalho Médico .....</b>	<b>263</b>
<b>6.4 A Centralidade do “Mundo” dos Exames Complementares .....</b>	<b>283</b>
<b>6.5 Normatizações e Protocolos como conformadores do Agir Médico .....</b>	<b>293</b>
<b>6.6 De Suporte à Constrição do Agir: alguns “desajustes” e “tensões” entre técnica e política .....</b>	<b>300</b>
<b>6.7 Representações acerca da “Medicina Armada” e <i>Reificação</i> da Tecnologia ...</b>	<b>311</b>

<b>CAPÍTULO 7 – HUMANIZAÇÃO E ALIENAÇÃO NO ENCONTRO PROFISSIONAL-USUÁRIO: ALGUMAS REFLEXÕES ACERCA DA CRISE DE “HUMANISMO” NO PLANO DAS INTERAÇÕES .....</b>	<b>322</b>
<b>7.1 Impessoalização e Institucionalização da Assistência: <i>descentramento</i> dos sujeitos e <i>reificação</i> dos intermediários .....</b>	<b>323</b>
<b>7.2 A Tecnificação da Medicina: rupturas ou continuidades? .....</b>	<b>329</b>
<b>7.3 Novos Cenários, Novos Sujeitos... .....</b>	<b>339</b>
<b>7.4 A Relação Médico-Paciente em Tempos de Crises e Transformações: alguns breves comentários sobre saberes, poderes e diálogos .....</b>	<b>350</b>
<b>CAPÍTULO 8 – A DIALÉTICA HUMANIZAÇÃO-ALIENAÇÃO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA .....</b>	<b>366</b>
<b>8.1 As Raízes da Temática da Desumanização no Trabalho em Saúde .....</b>	<b>366</b>
<b>8.2 A Relação Saúde e Sociedade e sua Dimensão Humanizadora-Alienadora .....</b>	<b>370</b>
<b>8.3 O Desenvolvimento da Dialética Humanização-Alienação no interior do Trabalho em Saúde: algumas reflexões para o esboço de um quadro conceitual ..</b>	<b>383</b>
8.3.1 Sujeitos, Objetos e Objetualizações... .....	384
8.3.2 Meios, Fins e Condições de Trabalho: alguns “transtornos” e “insubordinações”	397
8.3.3 Do Estranhar ao Sofrer: um caminho da alienação .....	423
<b>8.4 Humanização e Emancipação: o <i>ser</i> e o <i>não ser</i> da alienação .....</b>	<b>431</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>446</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>455</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>456</b>
<b>Apêndice</b>	

## RESUMO

GOMES RM. *Trabalho Médico e Alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

O tema da *humanização* dos serviços e práticas de saúde vem sendo objeto atualmente de várias elaborações e pesquisas no campo da saúde coletiva em razão de sua importância para constituição de práticas e serviços centrados no *cuidado* e na *integralidade* da atenção. Esse estudo teve como *objetivo* a análise das transformações contemporâneas do trabalho médico e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde. Optou-se pela *metodologia* de vertente *qualitativa*, sendo que a coleta de dados baseou-se na triangulação das técnicas de *entrevista em profundidade* – sob a forma de seis histórias de vida profissional de médicos – e de *análise documental*. A fim de analisar como as transformações em andamento nas práticas médicas e de saúde afetam a relação entre profissional de saúde e usuário de forma a caracterizá-la como desumanizante, nos valem do substrato filosófico da dialética *humanização-alienação*. O estudo das transformações pelas quais passam o trabalho médico e em saúde demonstrou a conformação de dinâmicas potencializadoras de relações simultaneamente humanizadoras e alienantes entre seus sujeitos constituintes e destes com os demais elementos componentes dos processos assistenciais em saúde. Por um lado, o movimento permanente de desenvolvimento de teorias, métodos e práticas cada vez mais eficientes na abordagem das condições de sofrimento dos sujeitos, principalmente em sua dimensão orgânica, representa uma dimensão humanizadora inegável do trabalho em saúde, expressando aqui um elemento constituidor do *gênero humano* como cada vez mais rico e complexo. Por outro lado, a repercussão desse acúmulo genérico no plano dos sujeitos e coletivos concretos tende a produzir implicações contraditórias, expressas, por exemplo, na (re)produção de graus significativos de desumanização e sofrimento. Exemplo disso é como os movimentos contemporâneos de socialização do trabalho médico e em saúde sob referenciais centrados na heteronomia, na racionalidade de base empresarial, na divisão técnica reificada e no papel determinante exercido pelo capital no interior do setor saúde contribuem para a conformação de processos de trabalho progressivamente subordinadores do agir *autodeterminado*, reflexivo e criativo dos agentes a dinâmicas *fetichizadas* e *instrumentalizadoras*, tanto para eles quanto para usuários dos serviços. Também em função dessa ampla gama de transformações, evidencia-se um aprofundamento do *estranhamento* dos médicos em relação às determinações sociais de sua prática, dos demais sujeitos e de seus sofrimentos. Analisou-se como esses agentes podem estabelecer relações *reificantes* com seus instrumentos de trabalho, seja na forma de equipamentos, seja na forma de tecnologias não-materiais, como as várias formas de rotinas e protocolos, contribuindo para um *descentramento* dos sujeitos no interior das práticas de saúde. O trabalho em saúde, destarte, constitui-se como cenário-processo onde o desenvolvimento da dialética humanização-alienação expressa a tensão permanente entre, por um lado, a busca do devir consciente e autodeterminado pelos sujeitos e, por outro, sua subordinação por dinâmicas reprodutoras de relações sociais desumanizantes.

Descritores: Humanização da Assistência; Alienação; Trabalho em Saúde; Médicos; Desumanização

## SUMMARY

GOMES, R. M. *Medical work and alienation: the transformations in medical practice and their implications on the humanization/dehumanization processes in health practice* [Doctoral Thesis]. São Paulo: Medical School, University of Sao Paulo; 2010.

The subject of *humanization* of health services and health practices has been the object of several researches in the field of collective health due to its importance for the constitution of practices and services focused on the *care* and *completeness* of attention. The present study aimed to analyse the contemporary changes in medical work and their implications on the humanization/dehumanization processes in the health practice. The qualitative approach to research was chosen, and the data collection was based on the triangulation of in-depth interview technique – under the form of stories of the professional lives of six doctors – and documental analysis. In order to analyse how the on going transformations on the medical and health practices affect the relation between health workers and users characterizing it as dehumanizing, the philosophical basis of the dialectic relation of humanization/alienation was employed. The study of the changes the medical and health work go through has shown the construction of dynamics which potencialize relations simultaneously humanizing and alienating between their constituting subjects and their relation with the other elements that compose the health care processes. On the one hand, the permanent movement of development of theories, practices and methods increasingly efficient in approaching the patient's distress, mainly on their organic aspect, represents an undeniably humanizing dimension of the health care, expressing an element increasingly rich and complex constitutive of the *human genre*. On the other hand, the repercussion resultant of this generic accumulation in the sphere of concrete subjects and collectives tends to produce contradictory implications expressed, for example, in the (re)production of significative levels of dehumanization and distress. This may be exemplified by the manner the contemporary movements of medical and health work socialization under frameworks centered on heteronomy, business based rationality, reified technical division and the main role played by the capital inside the health sector contribute to the conformation of work processes which progressively subordinate the self determined, reflexive and creative actions of its agents to *fetishized and instrumentalizing* dynamics, both for agents and users of the services. Also due to this wide spectrum of transformations, it becomes evident the deepening of the estrangement between doctors and the social determinations on their practice, the other subjects and their distress. It was analysed how these agents may stablish reificating relations with their instruments of work, either as equipment, or as non-material technologies, like the various forms of routines and protocols, contributing to a *decenterment* of the subjects internal to the health practices. The work in health, thus, constitutes a process-scenario in which the development of the dialectic relation humanization-alienation expresses the permanent tension between, on the one hand, the search for the conscient and self determined future of the subjects and, on the other hand, their subordination to dynamics which reproduce dehumanizing social relations.

Keywords: Humanization of the health care, Alienation, Health work, Doctors; Dehumanization.

## INTRODUÇÃO

*aqui  
nesta pedra  
alguém sentou  
olhando o mar  
o mar  
não parou  
pra ser olhado  
foi mar  
pra tudo quanto é lado*

Paulo Leminski

O tema da desumanização-humanização dos serviços e práticas de saúde vem sendo objeto de vários trabalhos e pesquisas por autores do campo da saúde coletiva principalmente a partir da década de 1990 (Ayres, 2004; Luz, 2004; Pinheiro, Mattos, 2004; Cecílio, Puccini, 2004; Deslandes, 2004, 2005, 2006; Benevides, Passos, 2005a, 2005b; Campos, 2005). Essa pesquisa pretende ser uma contribuição a esse rico movimento de tentativas de compreensão e transformação das práticas médicas e de saúde no sentido da humanização da atenção aos indivíduos e coletividades.

Dentre as características que podemos perceber em relação às obras e autores que tratam do tema da desumanização no trabalho em saúde uma que se destaca refere-se à variedade de compreensões acerca do tema, sendo que tal polissemia apresenta-se como consequência, em grande parte, das distintas abordagens teórico-metodológicas acerca desses processos.

Deslandes (2006) ressalta como a discussão da desumanização dos cuidados em saúde, embora tenha se iniciado na década de 50, ganha dimensão de campo de estudo e formulações práticas principalmente a partir da década de 70 do século passado com as elaborações por parte da sociologia médica norte-americana. A partir de um rico inventário acerca dessa trajetória a autora destaca o papel histórico-conceitual marcante representado

pela sistematização feita por Howard (1975) de 11 práticas produtoras da desumanização dos cuidados em saúde que, não obstante o distanciamento temporal, ainda encerram questões latentes na realidade da assistência à saúde. São elas:

- A prática de “tratar as pessoas como coisas”; ou seja, a idéia do reconhecimento do paciente-usuário dos cuidados de saúde como objeto, e não como sujeito na intervenção clínica;

- A “desumanização pela tecnologia” expressando o papel central que os instrumentos passam a representar no plano prático e suas implicações sobre a relação profissional-usuário;

- A “desumanização pela experimentação” ressaltando o aspecto das implicações éticas em pesquisas com seres humanos;

- O “ver a pessoa como problema” referindo-se à freqüente redução da pessoa à sua patologia, descaracterizando-a como ser social;

- O tratamento dos pacientes-usuários como “pessoas de menor valor” trazendo, segundo a autora, a discussão das várias formas de hierarquização valorativa dos sujeitos com base em critérios vários de discriminação;

- A prática caracterizada como “pessoas isoladas”, segundo a autora referindo-se à temática dos processos compreendidos como de despersonalização, reclusão, solidão e não-reciprocidade entre doentes e seus cuidadores;

- A prática de tomar as “pessoas como recipientes de cuidados subpadronizados” referindo-se à temática da precarização dos serviços prestados em razão de diversas determinações;

- As práticas de obstrução da autonomia dos pacientes-usuários em seus processos de cura/tratamento também já aparece como temática importante nesse período;

– Assim como também já aparece a crítica ao propagado caráter de objetividade e neutralidade biomédica responsável pela constituição de “relações frias e desumanas” com os pacientes-usuários;

– Outra referência importante é aquela que se relaciona aos ambientes de cuidado em suas conformações “estéreis e desumanas”;

– Por fim, também já aparece nessa sistematização a discussão de práticas que mais tarde se tornariam temas caros à bioética como aquelas relativas à responsabilidade profissional na preservação da vida, considerando-se desumanização a negação de tal direito (Deslandes, 2004).

No Brasil a temática da humanização dos cuidados e serviços de saúde começa a ganhar status de diretrizes para políticas públicas no início dos anos 2000, como expressa o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), sendo que é a partir dessa década que se ampliam os esforços teóricos pela construção de categorias e métodos com o objetivo de apreender as conformações dos fenômenos significados como desumanizadores (Brasil, 2001).

Como resultado desse esforço teórico e prático constrói-se em seguida a Política Nacional de Humanização (PNH) – conhecida como HumanizaSUS – que amplia a compreensão da necessidade da inserção de tal temática para a totalidade dos serviços e práticas de saúde, não se centrando somente na assistência hospitalar. Nessa lógica da humanização como política transversal que deve permear todos os saberes e práticas de saúde, alguns conceitos começam a ganhar centralidade: processo de trabalho em saúde; produção de saúde e de subjetividades; cuidado em saúde (Brasil, 2004).

O termo humanização a partir desse documento passa a englobar três perspectivas principais: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde

– usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos. Assim, segundo o documento, os serviços de saúde passariam a ter três objetivos principais: a produção da saúde, a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores, e a reprodução do próprio serviço como política democrática e solidária, colocando a participação dos trabalhadores em saúde, usuários e gestores em um pacto de co-responsabilidade (Brasil, 2004).

As produções teóricas contemporâneas a respeito da humanização tenderão a ser marcadas, desse modo, por uma riqueza e complexidade de temas e áreas, entre as quais vale destacar dois grandes eixos:

– A discussão das transformações dos processos de trabalho em saúde com a produção de práticas relacionais e intersubjetivas mais pautadas na solidariedade, na autonomia dos sujeitos e na cooperação; fazem parte dessa dimensão as discussões, por exemplo, a respeito da integralidade, da centralidade do cuidado e do acolhimento na produção da assistência (Merhy, 1997; Caprara, Franco, 1999; Ayres, 2001b, 2006; Guizardi, Pinheiro, 2004; Luz, 2004; Mattos, 2004;);

– A discussão das políticas de gestão, dos arranjos organizacionais e dos modelos tecnoassistenciais e suas implicações para a produção de serviços e práticas de saúde alicerçadas na garantia do exercício da cidadania e na co-responsabilização dos diferentes atores envolvidos; compõe essa temática a discussão da consolidação do SUS segundo seus princípios fundadores, além da democratização na gestão dos serviços e do fomento à autonomia dos sujeitos nos processos assistenciais (Cecílio, 1994, 1997, 1999; Campos, 1992, 1998, 2003; Deslandes, 2004, 2005; Lacaz, Sato, 2006)

Nosso estudo, procura abarcar como tema e objeto as transformações contemporâneas no trabalho médico, e em saúde, e suas implicações para os processos caracterizados como desumanizadores e humanizadores das práticas de saúde.

Entre os diversos aspectos que permeiam a relação das transformações da prática médica com o tema da desumanização das práticas em saúde, cabe citar três principais:

O primeiro refere-se ao processo de constituição e transformações da profissão médica. Nessa linha são historicamente abordados aspectos como: a constituição da identidade profissional e da cultura médica; a demarcação dos campos de saberes e práticas médicas; a institucionalização da profissão médica; a economia da profissão médica analisando processos como os de assalariamento, perda de autonomia da profissão; a relação médico-paciente, entre outros (Freidson, 1970; Polack, 1971; Donnangelo, 1975; Nogueira, 1977; Mendes-Gonçalves, 1979; Garcia, 1989; Schraiber, 1993, 1995, 1997; Mechanic, 2005).

O segundo aspecto refere-se à constituição científico-tecnológica dos saberes e práticas médicas e de saúde. Nessa linha são analisados aspectos como: a constituição hegemônica da biomedicina na área de saúde; os diferentes arranjos tecnológicos e modos operatórios do trabalho em saúde; os modelos de gestão do trabalho em saúde; as bases normativas dos saberes e práticas em saúde, entre outros (Donnangelo, 1976; Rosen, 1979, 1994; Mendes-Gonçalves, 1992, 1994; Campos, 1992, 2003; Cecílio, 1994, 1997, 2000; Merhy, 1997, 2000; Dalmaso, 2000; Ayres, 2001; Arouca, 2003).

Um terceiro aspecto refere-se à relação entre a socialidade existente e a constituição dos conceitos, valorações, saberes e práticas em saúde. Trata-se da análise da constituição normativo-filosófica e epistemológica das ciências da saúde e suas implicações sobre a assistência (Illich, 1975; Ayres, 1992, 2002, 2005; Foucault, 1994; Canguilhem, 1995;

Gadamer, 1997; Nunes, 1998; Samaja, 2000; Camargo Júnior, 2003; Boltanski, 2004; Luz, 2004; Breilh, 2006; Almeida Filho, 2007).

Pensamos que a abordagem de um tema como o da desumanização nas práticas em saúde deve necessariamente fazer dialogar essas três dimensões a fim de possibilitar a compreensão desses processos e a construção teórica da relação humanização/desumanização no trabalho em saúde.

Além do recurso a esse rico acúmulo teórico, vamos nos valer, nesse estudo, do substrato filosófico da categoria *alienação*, dado que diversos autores da área da filosofia e sociologia de vertente crítica evidenciam uma forte relação entre processos geradores de *alienação* e suas expressões apreendidas na forma de desumanização das relações sociais (Lukács, 1981a; 1981b; Lessa, 1997; Sartre, 2002; Heller, 1991, 2004; Mészáros, 2002, 2006; Marx, 2004; Antunes, 2006). Assim, nessa pesquisa partimos da intrínseca relação dialética entre *humanização* e *alienação*, sendo que, para esses autores, a categoria *alienação* está mais relacionada à idéia de (ausência de) (re)conhecimento, apropriação e controle dos produtos da ação humana pelos sujeitos. Portanto, *alienação* entendida como processo de *estranhamento* dos sujeitos em relação ao mundo por eles produzido e reproduzido; processo em que as objetivações humanas (produtos, relações sociais) são *reificadas*, ganham autonomia e podem se voltar contra seus produtores, constringindo-os em seu agir. Isso terá expressão nas formas de consciência acerca de si, do mundo e dos outros homens.

Logo, as repercussões ao nível da consciência serão entendidas como expressões subjetivas de um fenômeno com bases objetivas. Evidentemente, essas duas esferas passam a se determinar de maneira recíproca, porém isso não extingue a importância da base

material da *alienação*. Daí a importância do estudo das transformações objetivas pelas quais vem passando o trabalho médico.

Esses autores demonstram também como os fenômenos concernentes à *alienação* podem se apresentar em manifestações cotidianas de práticas sociais diversas como no trabalho, na ciência, nas atividades políticas, entre outras (Heller, 2004; Mészáros, 2006).

Propomos nesse trabalho uma reflexão em relação a uma forma específica de prática social – as práticas de saúde - que talvez possa ser considerada uma das melhores representantes da conexão trabalho-ciência, a fim de apreender aspectos da contradição *humanização/alienação* internamente a um campo particular da atuação humana.

Dentre os vários aspectos influenciadores do encontro entre os sujeitos constituintes das práticas de saúde, coube analisar fenômenos relativos à rica e contraditória relação entre os planos da ciência e do trabalho, manifestada concretamente na relação dos profissionais de saúde com seus instrumentos de trabalho e suas determinações, e buscar apreender as crises e conflitos daí advindos.

Também se fez necessário buscar apreender as relações entre os processos de constituição e consolidação das instituições e organizações da assistência à saúde e suas implicações sobre o agir autodeterminado dos sujeitos constituintes das práticas de saúde.

Assim, como também coube analisar como as determinações das condições de saúde-doença dos diferentes indivíduos e coletividades, e suas formas de abordagem sócio-historicamente determinadas, contribuem para conformar contextos mais ou menos humanizadores.

Por fim, mas não menos importante, coube analisar o caráter *reflexivo* intrínseco ao trabalho médico, e em saúde, em razão da natureza de seu objeto e do conseqüente grau de incerteza que contem, aspectos que podem constituí-lo com uma dinâmica contra-

alienadora permanente (Freidson, 1970; Merhy, 1997; Schraiber, 2008). Com efeito, foi preciso não perder de vista esse caráter contraditório apresentado pelos processos de trabalho e pelas práticas médicas e de saúde na contemporaneidade, nos quais parecem se apresentar contraditoriamente unidos aspectos, simultaneamente, de *humanização* e de *alienação* na relação entre os sujeitos e destes com o mundo.

Assim, nosso *objetivo geral* nesse estudo foi analisar, com base nas elaborações desses temas, como as transformações em andamento nas práticas médicas e de saúde, nessas diversas dimensões, afetam as relações entre os sujeitos de forma a passarem, estas relações, a ser caracterizadas como desumanizadas, ou desumanizadoras.

Para tal empreitada, nos valem nessa pesquisa da *metodologia na vertente qualitativa*, utilizando-se, no plano das técnicas de coleta de dados, da triangulação das modalidades de *entrevista em profundidade* e *análise documental* (Minayo, 1998; Schraiber, 2008). Tomando como base teórica obras significativas já produzidas no campo da Saúde Coletiva e da Medicina Preventiva e Social acerca do trabalho médico e da profissão médica procedemos à realização de entrevistas em profundidade com profissionais médicos em atuação na contemporaneidade e formados já durante o período de hegemonia da medicina tecnológica. Optamos, mais especificamente, pela produção de histórias de vida profissional como recurso metodológico privilegiado para a apreensão das transformações contemporâneas da prática médica e das representações das mesmas pelos seus sujeitos.

Os relatos obtidos foram primeiramente trabalhados na modalidade análise temática, também conhecida como análise de conteúdo (Bardin, 1988), a fim de identificarmos blocos de questões relevantes. Em seguida buscamos uma interpretação hermenêutica (Gadamer, 1997) dessas obras e relatos a fim de fazer dialogar as diferentes perspectivas –

profissão médica; ciências e tecnologias médicas; organização social das práticas de saúde, situando-as na contemporaneidade. Tal diálogo serviu à busca de elementos para a construção teórica da relação humanização/desumanização internamente às práticas em saúde.

Quanto à exposição da pesquisa, no capítulo primeiro procedemos à localização teórico-conceitual da constituição da prática médica como práxis e como trabalho, analisando-se suas dimensões de ciência e de agir prático e as implicações e contradições que daí advém.

No segundo capítulo realizamos um breve resgate das elaborações a respeito das transformações às quais foram impelidos o trabalho médico e o trabalho em saúde ao longo do último século, principalmente a partir da transição da medicina liberal-artesanal à medicina tecnológica e ao trabalho coletivo em saúde nos dias atuais.

No terceiro capítulo expomos as opções de ordem metodológica que utilizamos para apreensão de nosso objeto e algumas reflexões a respeito dos caminhos adotados, seus limites e possibilidades. Em relação a esse aspecto das opções metodológicas e das técnicas da coleta de dados, cabe ressaltar que as entrevistas completas editadas, em razão da grande quantidade de material, encontram-se reunidas em um volume à parte dessa tese, na forma de apêndice, que a acompanha.

No quarto capítulo expomos o referencial teórico-conceitual da relação entre *Humanização* e *Alienação* com o qual operamos nessa pesquisa a fim de buscarmos apreender as determinações e apresentações dos processos caracterizados como desumanizadores no interior das práticas de saúde.

Nos capítulos cinco, seis e sete analisamos três principais formas de desenvolvimento de relações alienantes no interior do trabalho médico e em saúde.

Primeiramente, no capítulo cinco, nos detemos à análise das transformações do que se denomina como campo das necessidades de saúde e suas implicações sobre as formas e capacidades de apreensão pelo médico do seu objeto (sujeito) de trabalho.

Em seguida, no capítulo seis, detemo-nos à análise das características e contradições que permeiam a relação dos médicos com seus instrumentos de trabalho, sejam os instrumentos “mais materiais”, na forma de equipamentos, sejam instrumentos consubstancializados em tecnologias na forma de rotinas, protocolos etc.

No capítulo sete, por sua vez, nos detemos à tentativa de compreensão dessa ordem de transformações sobre a relação médico-usuário, suas crises, tensões e mudanças.

Posto esse conjunto de elementos que constituem as transformações do trabalho médico e em saúde e suas implicações sobre as relações estabelecidas entre seus sujeitos integrantes, buscamos, no capítulo oito, integrar esses elementos em um quadro conceitual estruturado pela dialética humanização-alienação como forma de analisar as dinâmicas que contribuem ou que, ao contrário, obstruem um devir propiciador de vidas mais plenas de sentido para os indivíduos e coletividades, visto que esse deve ser, a nosso ver, o objetivo último dos movimentos que se proponham humanizadores das práticas de saúde.

## *CAPÍTULO 1*

### **O TRABALHO MÉDICO: CUMPLICIDADES E TENSÕES ENTRE A PRÁXIS CRIADORA E A CIÊNCIA**

*A mão cresce mais e faz  
do mundo-como-se-repete o mundo que telequeremos  
A mão sabe a cor da cor  
e com ela veste o nu e o invisível.  
Tudo tem explicação porque tudo tem (nova) cor.  
Tudo existe porque pintado à feição de laranja mágica  
não para aplacar a sede dos companheiros,  
principalmente para aguçar-la  
até o limite do sentimento da terra domicílio do homem.*

Carlos Drummond de Andrade (A mão)

#### **1.1 A Prática Médica como Trabalho**

A definição de nosso objeto e a explicitação de nossas opções teórico-metodológicas há pouco realizadas manifestam a abordagem da medicina a partir da perspectiva de que a mesma se constitui como uma forma particular de prática social e de trabalho. Nem sempre tais características foram tão facilmente relacionadas à medicina, tendo havido mesmo períodos históricos em que esta era mais significada como prática sacerdotal, filantrópica, do que como prática laboral. Mesmo durante o período da medicina liberal essa compreensão ainda era bastante presente no imaginário social. Com o desenvolvimento da sociedade capitalista contemporânea e suas repercussões sobre a organização das práticas de saúde, no entanto, ocorre a superação dessas representações em favor da compreensão da prática médica como trabalho e de seu sujeito como agente técnico, ainda que “agente especial” na hierarquia do “mundo do trabalho” em razão de seu papel peculiar tanto a nível infraestrutural – de reprodução material das relações sociais

existentes – quanto superestrutural – de reprodução no plano ideológico das relações sociais hegemônicas.

Explicitando melhor essa perspectiva na qual nos apoiamos acerca da atividade médica, podemos dizer, portanto, que:

O cuidado médico é um processo de trabalho em que o profissional com sua própria ação impulsiona, regula, controla e transforma funções vitais do organismo humano. Em um determinado meio de trabalho põe em movimento o conhecimento científico corporificado na técnica (habilidades e instrumentos), decodificando necessidades orgânicas e sociais em necessidades instrumentais, na medida em que imprime à vida humana um determinado valor de uso. Sua atividade objetiva o desenvolvimento de potencialidades vitais, submetendo ao seu domínio o jogo das funções orgânicas.

O profissional médico constrói mentalmente um projeto de “organismo normal”, antes de tentar moldá-lo em realidade. No final do processo de trabalho deverá aparecer um resultado que já existia em sua consciência, em tese, os valores vitais a serem atingidos. O produto é um valor de uso atribuído à vida, em que o organismo como material da natureza é adaptado a necessidades sociais (Possas, 1981:287).

Nessa citação aparecem os vários aspectos que caracterizam a prática médica como trabalho, desde a definição de seu objeto de manipulação até o caráter teleológico da atuação de seu agente, passando pela caracterização dos instrumentos e técnicas como meios de trabalho.

Será, desse modo, o *corpo* anatomofisiológico, a princípio, que o médico tomará como objeto de manipulação, tendo como referenciais os valores vitais sistematizados pelas diversas ciências-guia da biomedicina e objetivados na forma de recursos tecnológicos, técnicas, enfim, “modos operatórios” (Mendes-Gonçalves, 1994). Dado, no entanto, que, de fato, esse corpo não se reduz ao plano orgânico, senão se constitui, como ressalta Donnangelo (1976), “socialmente investido”, o que ocorre é que, ao operar sobre esse objeto, o médico estará operando sobre um especial produto histórico-social. Aqui, portanto, se manifesta o principal “lastro” social do trabalho médico, qual seja: reproduzir,

implicitamente, através dos referenciais orgânicos de normalidade, os parâmetros de *normatividade* social hegemônicos nas formações sociais a partir das quais se constitui como prática social (Canguilhem, 1995).

Diversos autores ressaltam que a principal determinação desses referenciais de normatividade social colocados para os corpos tomados organicamente pela prática médica será a forma de sua inserção ao nível da produção social, expressando-se, portanto, aqui o caráter infraestrutural do trabalho médico (Donnangelo, 1976; Possas, 1981; Arouca, 2003; Boltanski, 2004).

Já seu caráter superestrutural compõe essa mesma dinâmica, dado que ao ousar operar sobre a reprodução material dos corpos orgânicos e suas capacidades perante as relações sociais de produção, o trabalho médico também estará reproduzindo *determinadas* formas de uso dos corpos como legítimas e corretas. A medicina, desse modo, buscando se revestir de neutralidade através da suposta redução de seu objeto à dimensão biológica, natural, contribuirá para a reprodução da compreensão das obstruções nos “modos de andar vida” dos homens como obstruções naturais, não sócio-históricas, processo historicamente conhecido como *medicalização social* (Illich, 1975; Nogueira, 2003; Zola, 2005; Clarke et al., 2005; Tesser, 2006).

Será a essas dinâmicas da socialidade que a atividade médica buscará (cor)responder no plano concreto da prática, sendo que sua própria constituição técnica e, por conseguinte, suas transformações, somente poderão ser compreendidas se tivermos por referência tal ordem de determinações.

Voltando-se agora nosso olhar mais para o “interior” da atividade, se há algum aspecto relativo à prática médica em que seus estudiosos, independentemente de correntes teóricas, tendem a estabelecer certo consenso, esse aspecto refere-se à sua dupla

composição por elementos tanto da *ciência* quanto do *saber-agir prático* dos médicos (Freidson, 1970; Donnangelo, 1975; Schraiber, 1993; Good, 1994; Ribeiro, 1995; Merhy, 1997; Dalmaso, 2000; Camargo Júnior, 2003). Referimo-nos à clássica formulação da medicina como união entre ciência e arte. Assim formulada essa questão não suscitaria grandes polêmicas, porém, bastaria levantarem-se questões acerca, por exemplo, das características dessa relação, da importância relativa de cada elemento na definição cotidiana da prática, ou ainda a respeito dos conceitos de ciência e saber prático com o qual se opera, bastariam questões como essas para que a nuvem ilusória das verdades universais produtoras de consensos fosse rapidamente dissipada. Interessa-nos sobremaneira aqui ressaltar as novas conformações que ganham esses elementos na contemporaneidade, suas transformações, relações e sua influência sobre as representações dos agentes acerca de sua prática.

## **1.2 A Racionalidade Científica Moderna e as Ciências da Vida: breves apontamentos**

Uma idéia bastante presente no senso comum, inclusive de grande parte dos trabalhadores da saúde, é a concepção segundo a qual a medicina teria passado a possuir caráter científico a partir da sociedade capitalista moderna, ou seja, a partir da estruturação do conhecimento médico nas bases da ciência moderna. Segundo esse tipo de compreensão, todas as práticas médicas em épocas anteriores não passariam de rituais arcaicos, ineficientes e não científicos. Essa compreensão, que não existe apenas em relação ao conhecimento médico, mas com diversas áreas do conhecimento humano, é expressão popularizada da legitimidade que ciência moderna adquiriu ao longo dos dois últimos séculos. Legitimidade ancorada, evidentemente, nos sucessos práticos advindos de sua

aplicação no atendimento às necessidades sociais, que lhe elevou ao patamar de autoridade máxima reconhecida publicamente na explicação das mais diversas questões colocadas na sociedade. Essa legitimidade advinda de seu sucesso prático coloca em movimento um processo de deslegitimação da maioria das formas de conhecimento anterior. Mesmo que esse processo não seja, em grande parte, realizado pelos produtores da ciência, visto que esses dificilmente poderiam negar as contribuições das formas pretéritas de conhecimento para o desenvolvimento das ciências modernas, ele desenvolve-se hegemonicamente entre os leigos e mesmo entre os agentes aplicadores da ciência. Para os produtores das ciências trata-se da classificação em níveis progressivos de desenvolvimento das ciências, ou seja, trata-se da classificação em medicinas “mais científicas” ou “menos científicas” (pré-científicas); enquanto para os leigos esse movimento tende a expressar-se na classificação entre medicina “não científica” e medicina “científica”. Nenhum problema caso o “científica” em questão aparecesse adjetivado com termo “moderna” a fim de se explicitar de que ciência se está falando afinal. Não é isso o que acontece, todavia, dado que o termo “ciência” passa a ser considerado sinônimo de ciência moderna, mesmo que isso muitas vezes não esteja explícito.

Esse preâmbulo tem a função de tentar localizar nosso ponto de vista em relação ao elemento científico no interior da prática médica. Para nós a medicina sempre conteve em seu interior o elemento científico, o que não significa propagar a existência de uma mesma medicina, desde os primórdios da humanidade até os dias atuais, em seu suposto caminhar progressivo e linear de desenvolvimento. Melhor seria, portanto, falarmos em medicinas.

Posto que as ciências referem-se a formas de objetivações humanas, ou seja, a produções expressoras da ação humana no mundo, é sabido que seu papel é o de subsidiar a construção de modos e meios de operar sobre a realidade com vistas a auxiliar

os indivíduos em suas atividades de satisfação de necessidades sociais. Como todas as demais formas de objetivações humanas, também as ciências são produzidas sob determinadas relações sociais o que lhes confere características – limites, possibilidades – particulares relacionadas às distintas organizações societárias sob as quais são produzidas.

No caso da medicina não é diferente. Das diferentes formas de medicina da antiguidade – oriental, egípcia etc. – à constituição da clássica medicina grega, da medicina dos físicos e cirurgiões-barbeiros da idade média ao médico especialista da medicina tecnológica contemporânea, todas essas práticas apresentam características e apresentações científico-tecnológicas próprias, intrinsecamente relacionadas às formas de organização social nas quais se constituíram (Nogueira, 1977; Mendes-Gonçalves, 1979). Nesse sentido as medicinas hipocrática ou galênica também devem ser consideradas medicinas científicas, visto que se ancoravam em pressupostos científicos produzidos e acumulados pelas suas sociedades com vistas a servir de instrumentos para a intervenção sobre aspectos da realidade. Desnecessário enfatizar que cada uma dessas medicinas serviu à sua finalidade, ou seja, instrumentalizou os agentes médicos em seu agir sobre os processos de sofrimento e adoecimento específicos pelos quais passavam (passam) os indivíduos nessas sociedades.

Os corpos filosófico-científicos sobre os quais se ergueram as diferentes medicinas constituem-se, por sua vez, como expressão particular teorizada de processos mais gerais, quais sejam, as diferentes formas dos homens compreenderem e intervirem sobre o mundo, ou seja, diferentes formas de produção social da vida.

A fim de evitar interpretações equivocadas a respeito do que vimos afirmando cabe ressaltar que o fato de considerarmos os diferentes corpos teóricos subsidiadores das diferentes medicinas existentes na história da humanidade como científicos, no âmbito de suas relações histórico-sociais concretas, não significa afirmar que todos tenham possuído o

mesmo grau de eficácia em instrumentalizar intervenções sobre os aspectos orgânicos do sofrimento. Isso significaria negar o processo de avanço crescentemente complexificador das forças produtivas do trabalho durante a trajetória de permanente desenvolvimento do gênero humano. O que estamos colocando em questão é o fato de as formas anteriores de conhecimento serem desqualificadas como não científicas com base, muitas vezes, na crítica de sua vinculação a bases ideológicas e metafísicas obscurecedoras da *razão* e da *verdade*. Uma consequência direta dessa idéia é o reconhecimento na racionalidade científica moderna da existência de uma suposta independência em relação aos valores, concepções e projetos sócio-políticos existentes na sociedade.

Aliás, no que tange a esse aspecto, não é desprezível a polêmica acerca da relação entre as formações sociais e as produções científicas, que nos estudiosos da epistemologia tende a expressar-se em leituras ora mais “internalistas”, ora mais “externalistas” acerca das ciências e suas transformações (Japiassu, 1985; Kuhn, 2007). Como, além de não se constituírem em objeto dessa tese, as polêmicas da filosofia das ciências e da epistemologia não se constituem em campo de domínio desse autor, terreno sólido sobre o qual caminha com segurança, não pretendemos aqui fazer mais do que breves e superficiais considerações no que se refere à relação dessa temática com nosso objeto de estudo.

Cabe, antes de tudo, refutar a corroboração tanto com teses advogadoras de uma possível *autonomia* absoluta dos campos e processos científicos, quanto em relação a teses que propagam uma determinação mecânica das relações sociais “mais gerais” sobre a conformação das ciências. Como compreendemos as apresentações científicas como objetivações humanas, não conseguimos evidentemente vislumbrar a existência de um “mundo das ciências”, externo e separado do “mundo da vida”, com sua dinâmica completamente independente das dinâmicas sociais a partir das quais se desenvolve a

sociedade. Em que pesem às críticas contemporâneas à razão instrumental, as ciências, por se constituírem como instrumentos da ação humana sobre uma realidade que os sujeitos se propõem transformar (ou conservar), não poderiam ser produzidas sem levar-se em consideração tal realidade. Isso seria propagar uma independência entre sujeito, objeto e meios de trabalho, ou seja, significaria construir-se instrumentos independentemente do objeto sobre o qual se dará a ação prática. Embora haja exemplos dessa forma de movimento não podemos afirmá-lo hegemônico, nem sequer tão relativamente freqüente. Além disso, os sujeitos que produzem as ciências, não obstante o “esoterismo” que muitas vezes os caracteriza, são sujeitos de um determinado mundo, vivem, pensam e agem sob determinadas relações sociais.

Por outro lado, buscar nas produções científicas expressões “automáticas” dos processos sociais pode conduzir a simplificações excessivas da relação entre a complexidade do social e uma sua apresentação particular, a produção científica. A totalidade tende a se expressar nos processos particulares menos como transposição do que como indutora de uma dada dinâmica permeada por tendências hegemônicas, mas também por suas contradições (Lefebvre, 1973; Kosic, 2002).

Será, portanto, influenciados pela constituição da racionalidade científica moderna e, concomitantemente, influenciando-a, que os processos produtivos mais diversos existentes na sociedade, alguns mais rapidamente e em graus mais aprofundados do que outros, passam a se desenvolver sob certa dinâmica predominantemente re (produtora) das relações sociais instituídas/instituintes. Dois processos intrinsecamente relacionados colaboraram para a constituição dessa relação de interdependência e determinação recíproca. Tanto a revolução científica moderna desencadeada a partir do século XVII, quanto a revolução industrial desencadeada a partir do século XIX foram as forças motrizes

no sentido de construírem a hegemonia de uma dada forma de se compreender a ciência e a tecnologia. A primeira, embora tenha se desenvolvido cronologicamente anterior à segunda, foi profundamente influenciada pelas novas formas produtivas em germe presentes na socialização e divisão manufatureiras do trabalho desenvolvidas a partir do século XVI (Sweezy, 1971; Marx, 2001). Os pressupostos e métodos construídos pela revolução científica moderna abrirão um “mundo de possibilidades” novas para a intervenção do homem sobre a natureza, ou seja, para o desenvolvimento dos processos produtivos, o que se refletirá no desencadear da revolução industrial mais de um século depois e na hegemonia do projeto sócio-político da classe que a dirigiu. A revolução industrial, por sua vez, com seus resultados práticos fantásticos, dará sustentáculo material às concepções e métodos da ciência moderna, alçando-a ao patamar de legitimidade social em que se encontra, carregando com si, ainda que não explicitamente, concepções de mundo hegemônicas constituídas nesse processo histórico (Burt, 1983; Lowy, 1987). Esse processo pode ser tomado como exemplo, mais moderno, da maneira como compreendemos a relação dialética de determinação recíproca entre ciência e sociedade. Evidentemente tal processo não ocorre de forma harmônica, senão permeado por contradições permanentes, o que procuraremos explicitar à frente.

A racionalidade científica moderna consolida determinado modo de se conceber a ciência, por conseguinte a tecnologia, e, ao mesmo tempo, uma concepção de homem, mundo e sociedade, que rompem radicalmente com concepções até então hegemônicas. Esse processo realiza-se tendo como referenciais vários, e interconectados, pressupostos, cujo primeiro movimento consiste na superação da cosmovisão aristotélica, apropriada pela igreja católica e consolidada ao longo da idade média, como parte do projeto societário da nobreza feudal (Japiassu, 1985; Ayres, 2002). A idéia do *telos* aristotélico, da causa final

elevada ao critério máximo de explicação dos fenômenos naturais e sociais, passa a ser questionada pelos pensadores, artistas, intelectuais, como concepção explicativa do mundo. Evidentemente esse questionamento acontece como parte do desenvolvimento de um movimento mais amplo no qual uma classe social em ascensão, a burguesia, passa a colocar em questão as concepções reprodutoras da ordem existente. Essa classe, como sabemos, embora, nesse período, já passe a se consolidar como economicamente dominante, não vê ainda refletido esse seu domínio no plano político e ideológico da sociedade. Não obstante, essa consolidação do domínio econômico burguês abre a possibilidade da disputa de projetos antagônicos na sociedade em profundas transformações, sendo que progressivamente a velha ordem vai perdendo capacidade de reprimi-los.

Pois bem, mas qual referencial se consolida no lugar da concepção de mundo cristã? Inicialmente é importante ressaltar que a nova concepção de mundo não possui como seu componente a negação de deus ou das instituições religiosas. O movimento ao qual se procede no campo político é a independência entre a esfera política e a religião, ou seja, entre o Estado, entendido como representante universal dos interesses dos indivíduos, e a igreja, ou as igrejas. No caso da ciência esse movimento se expressa na substituição da centralidade na apreensão da *causa final* aristotélica pela *causa eficiente*, da substância pela função, o que engendrará a concepção de *mecanismo* como alicerce para o processo de constituição do novo conhecimento científico. Assim, em grande parte, os pensadores voltam sua atenção e esforços para a compreensão dos *processos* da natureza com objetivo de subsidiar intervenções práticas sobre o mundo, ou seja, a razão científica passa a possuir um caráter hegemonicamente *instrumental*. Esses novos pensadores e cientistas, a maioria crente em deus, ao contrário de observarem nos fenômenos naturais a mera e permanente confirmação da realização do projeto divino, o que colocaria limites para o

desenvolvimento científico-tecnológico, passam a se preocupar em analisar as formas *como* eles se desenvolvem, a compreender suas leis e transformações a fim de possibilitarem as aplicações empíricas dos novos conhecimentos, fortalecendo, assim, o caráter experimental da ciência moderna (Burt, 1983; Japiassu, 1985). Essa nova perspectiva de ciência “abre” para o pensamento humano “as portas” de um mundo completamente novo a ser conhecido, desvendado, estudado, processo que, desnecessário dizer, acaba por colocar em movimento elementos e resultados jamais sonhados por seus fundadores. Assim como as revoluções políticas européias terão como uma de suas principais conseqüências a destruição das últimas travas ao desenvolvimento produtivo, o que fará com que seus resultados, ocorridos somente após um século<sup>1</sup>, jamais tenham sido sequer sonhados pelos intelectuais e estadistas burgueses, também no caso da revolução científica moderna essa mudança de perspectiva acerca do conhecimento coloca em movimento um processo irrefreável que expandirá de forma jamais vista, ou antevista, as possibilidades de conhecimento e a intervenção do homem sobre a realidade natural e social. Não impressiona o fato, portanto, de, após a constituição da ciência moderna, todo o conhecimento humano anterior passar a ser qualificado como não científico.

A partir do complexo unitário deus-homem-mundo, o primeiro movimento realizado pela revolução científica moderna, portanto, foi a separação, em planos distintos, entre deus e a relação homem-mundo. Já o segundo movimento consistiu na separação entre homem e mundo, ou seja, constrói-se o princípio da separação entre as “coisas humanas”, passíveis de influência por valores humanos, como a subjetividade e os projetos ético-políticos, e as “coisas naturais”, “objetivas” em si mesmas. Assim, a ciência deverá

---

<sup>1</sup> Referimo-nos à revolução burguesa inglesa no século XVII e seu distanciamento cronológico em relação à revolução industrial iniciada em meados do século XVIII e aprofundada durante o século XIX.

ocupar-se dessas últimas em sua busca permanente pela “verdade”, liberta da influência pelos valores humanos. Os elementos relativos às “coisas humanas”, por sua vez, deverão ser objetos de outras esferas da vida social, que não a ciência, como a filosofia, a política, as artes etc. Esse pretense caráter de “neutralidade” da prática científica será, a partir de então, elemento-guia fundamental para constituição dos métodos e teorias científicas na modernidade (Koyré, 1986; Luz, 2004).

A racionalidade científica moderna tomará como modelo-padrão de prática científica o campo das ditas “ciências duras”, porém, diferentemente da racionalidade anterior não se apoiará na geometria (como a cosmovisão aristotélica), mas na física e, mais particularmente, na *mecânica*, também como expressão mais uma vez da relação íntima entre ciência e mundo da produção.

Também será, portanto, a idéia de mecanismo que os campos das ciências ditas “não duras” tomarão como modelo para embasar suas teorias e métodos. Vide, por exemplo, o predomínio de teorias de vertentes positivistas, funcionalistas e empiristas no campo das ciências sociais ao longo de século XX (Lowy, 1987; Ayres, 1992).

As ciências da saúde não poderiam escapar a esse movimento e as análises das transformações da medicina ao longo dos séculos XIX e XX o demonstram. Da *medicina da crise*, com ainda fortes bases hipocrático-galênicas, expressão na medicina do predomínio da cosmovisão aristotélica subordinada à igreja católica, praticada pelos físicos durante a idade média para a moderna *medicina anatomopatológica* o que vemos é a manifestação desse movimento mais amplo. Esse processo progressivo, com fases de transição como na classificatória *medicina das espécies*, irrompe em uma revolução na concepção de corpo e de doença de proporções jamais vistas (Foucault, 1994; Camargo Júnior, 2003). Da doença como expressão dos conflitos da alma frente à divindade, na

idade média, à doença como *ontos*, como *ser* dotado de vida própria, na medicina das espécies e nas teorias miasmáticas, até a doença compreendida como alteração de equilíbrio do estado da saúde, localizada ao nível anatomopatológico na forma de lesão, o que se assiste é à mudança de paradigma presente na ciência moderna. E o que guia esse paradigma, ao qualificar a saúde e a doença, o normal e o patológico, é o conceito de mecanismo, presente na idéia do corpo humano como constituído por vários sistemas interdependentes, em interação permanente, compostos por unidades celulares menores. (Bertalanffy, 1952; Butterfield, 1991) Muito presentes, portanto, no conceito de mecanismo estão as idéias de *função*, *harmonia* e *equilíbrio* (ordem) o que faz com que se qualifique a saúde e a normalidade, a partir de então, segundo esses critérios. A doença (patológico) torna-se o oposto de saúde (normalidade) e passa a referir-se à disfunção (desvio), ao rompimento de equilíbrio no interior do corpo orgânico, que, por sua vez, causa ou é causado pela alteração de equilíbrio entre o homem e seu meio. Através dessa categoria, o *meio*, procede-se, inclusive, à naturalização do componente entendido como externo ao corpo orgânico, as relações sociais, o chamado ambiente sócio-cultural, sob as quais vivem os indivíduos (Ayres, 1993, 2002).

Em seu desenvolvimento e aplicação ao longo dos quase 150 anos, desde as experiências da anatomopatologia de Bichat, no século XIX, passando pelo desenvolvimento da fisiologia com Broussais e Claude Bernard, até a medicina contemporânea de base biomolecular e biogenética, esse paradigma sofreu poucas alterações. Entre essas poucas alterações, talvez a única significativa, bastante significativa ressalte-se, tenha sido aquela proporcionada pelo desenvolvimento das ciências estatísticas e os avanços/acréscimos advindos da possibilidade de matematização e *quantificação* de componentes dos processos de sofrimento sob formas probabilísticas. O paradigma,

contudo, continua intocado: as causas de praticamente todas as formas do sofrimento humano encontram-se na disfunção de algum órgão ou sistema que, em última instância, pode ser localizado na forma de lesão anatômica, a nível microscópico se necessário (Camargo Júnior, 2003; Luz, 2004).

Cabem aqui dois apontamentos. Primeiramente, o fato de se ter utilizado o termo “praticamente” no parágrafo acima se refere à evidência da extensão do campo de atuação da biomedicina para quase todas as esferas do sofrimento humano, o conhecido processo de medicalização social, que será analisado mais detidamente em outro capítulo desse trabalho, dinâmica que colabora para a reprodução da concepção naturalizante do processo saúde-doença. Em segundo lugar, também é importante ressaltar que o enfrentamento de “questões novas” colocadas para a biomedicina contemporânea se dará sempre sob os mesmos pressupostos epistemológicos da anatomopatologia e da anatomofisiologia. Vide, por exemplo, a busca permanente, no caso das doenças com mecanismos ainda não esclarecidos, por lesões e disfunções a nível celular ou molecular (genético).

### **1.3 O Trabalho Médico e sua tensão interna: ciência e arte na conformação da prática**

Pois bem, será esse paradigma hegemônico nas ciências biomédicas que direcionará, a partir do século XIX, a produção das tecnologias a serem utilizadas no trabalho em saúde, sejam tecnologias “não materiais” de intervenção, sejam tecnologias na forma de equipamentos. Essas tecnologias, como quaisquer outras, trazem intrinsecamente em sua natureza e constituição “o peso” dos valores ético-políticos e ideológicos presentes nas relações sociais sob as quais são produzidas, apesar da permanente insistência no caráter de neutralidade dessas práticas por seus produtores e aplicadores (Habermas, 1987).

Como discutimos em momento anterior, as produções científicas e tecnológicas constituem-se como objetivações humanas com a finalidade de instrumentalizarem a apreensão e intervenção dos indivíduos sobre dado aspecto da realidade. Assim, as ciências conformadas como tecnologias constituem-se como instrumentos da ação humana dirigidos pelo agente de trabalho em seu operar a partir de sua posição teleológica. Há, contudo, uma questão interessante. Ao mesmo tempo em que são instrumentos dirigidos pelos agentes de trabalho para determinados fins, esses recursos possuem uma materialidade própria “nascida” do processo produtivo no qual foram gerados – sob certos pressupostos filosófico-epistemológicos expressadores de valores – que os determina em relação a pelo menos dois aspectos: em que situação serão utilizados; e *como* serão utilizados. Assim, determinado instrumento de trabalho não pode ser utilizado em uma série infinita de situações; pelo contrário, com a especialização progressiva do trabalho os instrumentos também tendem a ser cada vez mais específicos em relação às finalidades de seu uso. Também não existe uma infinidade de formas de *como* os instrumentos podem ser utilizados. Ressalvadas as exceções, casos, por exemplo, em que se descobrem novos usos para instrumentos inicialmente produzidos para outras finalidades originárias, o que podemos ver é que, embora seja o trabalhador quem dirige o instrumento, a materialidade deste limita o agente no número de formas de intervenção sobre determinado objeto. O agente, portanto, tende a ser levado a operar sempre de acordo com as possibilidades que seus instrumentos – equipamentos, teorias -lhe propiciam, o que expressa o caráter *(re)produtor* da ciência e tecnologia.

Evidentemente tal ciclo não é inquebrantável, pois, se assim fosse, não haveria espaço para a transformação das intervenções, para inovações. Ao se depararem com novos limites no atendimento às permanentemente renovadas necessidades, os homens produzem

novos instrumentos, assim como aperfeiçoam ou substituem instrumentos antigos, como fruto da dialética teoria-prática ao nível da *práxis* constituidora do trabalho social (Vazquéz, 1986). Não obstante, com o aprofundamento da divisão social e técnica do trabalho, a dialética teoria-prática passa a constituir-se como universo do trabalhador coletivo em detrimento do trabalhador individual parcelar, ou seja, o processo de produção de novas formas de intervenção encontra-se quase totalmente restrito a laboratórios e espaços de pesquisa distantes dos agentes aplicadores das mesmas. Estes, como práticos, mantêm-se em geral no papel de aplicadores e, conseqüentemente, de reprodutores das produções científico-tecnológicas e de seus pressupostos ideológico-epistemológicos (Camargo Júnior, 2003).

Pois bem, fizemos essa breve reflexão sobre a natureza das produções científicas nas ciências da saúde e algumas de suas implicações a fim de embasar a tese sobre a qual nos apoiamos de que a medicina como prática e trabalho, sendo constituída por uma bipolaridade classicamente conhecida como ciência-arte, possui em seu pólo arte o elemento de criação, visto ser este o que coloca a possibilidade, e não quer dizer que ela se concretize em todas as situações, de o médico criar um projeto de intervenção e fazer uso dos instrumentos necessários à sua consecução. Essa possibilidade somente existe aqui, diferentemente de grande parte das demais formas de trabalho social, em razão da peculiaridade de seu objeto – o corpo doente – que exige para o agente um relativo grau de flexibilidade, de autonomia técnica no proceder, dado o grau de incerteza que contém, processo que se expressa no fato de que, para o médico, cada doente é *um* doente, embora para a ciência médica a doença seja a mesma (Freidson, 1970; Schraiber, 1993, 1997, 2008; Good, 1994;).

Além da ciência, portanto, os médicos se valem de um saber-fazer prático mais ou menos cristalizado, ossificado, na forma de técnicas, condutas, modos de operar que advém do processo contínuo de ter de intervir sobre casos particulares. Esse saber-fazer prático desenvolve-se, assim, a partir de vários mecanismos inter-relacionados, dentre eles: o acúmulo propiciado pela experiência pessoal de cada médico que, através da avaliação pessoal de seu agir prático, vai consolidando determinados modos de agir que se mostraram eficazes com o tempo; e a transmissão pelos pares, na maioria das vezes externamente aos canais de qualificação formal, daquelas técnicas que se mostraram eficazes ao longo do tempo com médicos mais experientes;

Aqui o médico se aproxima do clássico artesão que dirige sua atividade, deparando-se com imprevistos que o conhecimento institucionalizado na forma de tecnologia não recobre totalmente em razão de situações novas, particulares, e tendo, assim, que experimentar, avaliar e repensar o agir com base nos resultados obtidos. Quando possível vale-se da experiência transmitida pelos mestres, à semelhança das corporações de ofício, a fim de ampliar sua gama de recursos. Esse processo representa uma forma concreta de *práxis*, representa a riqueza contida na possibilidade permanente de *criação* no interior do trabalho médico.

Destarte, o agir médico configura-se a partir da configuração dessas suas duas polaridades – a ciência e o saber-fazer prático – em relação nunca harmônica, mas permanentemente tensa e contraditória. Visto que a medicina não é uma ciência, mas uma prática social, uma forma de intervenção prática sobre dada realidade, uma forma de trabalho, seu objetivo está em atender determinados carecimentos postos para seu agente como necessidades sociais. A sociedade cobra da medicina, e os sujeitos cobram dos médicos, que dêem uma resolução ao seu sofrimento, mesmo quando a ciência não

apresenta recursos comprovadamente eficazes para instrumentalizar tal empreitada. Isso faz da medicina uma prática essencialmente *terapêutica* e lhe propicia a relativa *flexibilidade*, socialmente legitimada, em relação à ciência. Assim, em razão dessa complexa teia de determinantes e das repercussões das mesmas sobre os agentes concretos para quem o agir é imperativo e conflituoso, na tentativa de apreender tal dinâmica é que a prática médica será denominada como *ato difícil*, *trabalho reflexivo* e prática de *juízo complexo* (Freidson, 1970; Schraiber, 1993, 2008; Ribeiro, 1995).

Na medicina, desse modo, a ação reveste-se de saber científico, e, ao mesmo tempo, exige um saber prático, fundamentando-se no científico, mas regulando-se também por apreender e agir necessariamente sobre o social. Praticidade e segurança, ou singularidade do caso e objetividade científica, leis biológicas e normatividades sociais, tornam tensa a ação, tornam complexo o juízo e um risco, a decisão. (Schraiber, 1997:133)

A tecnologia (re) construída para responder a essa realidade contraditória sob relações capitalistas foi a *clínica*. É esse o método guia que possibilitou ao médico apreender, através do diagnóstico, o sofrimento trazido à consulta pelos distintos sujeitos particulares traduzindo-o, inicialmente, para o nível generalizante da ciência das doenças e, posteriormente, procedendo ao caminho inverso, na terapêutica, de re-tradução da conduta generalizante para o caso particular (Foucault, 1994; Mendes-Gonçalves, 1994; Schraiber, 2008).

A clínica, como forma “clássica” de intervenção, sofre transformações significativas a partir da constituição da medicina moderna sobre os pressupostos da anatomopatologia. Ao contrário da abordagem mais totalizante advinda da base metafísica dos físicos medievais, a clínica moderna se torna mais pragmática, dotada de um caráter *instrumental* que a dirige para o “descortinar” da lesão, para a sua localização anatômica. Em sua

clássica obra *O Nascimento da Clínica*, Michel Foucault descreve de maneira brilhante e detalhada esse processo de reconfiguração da clínica e algumas de suas implicações técnicas e sociais.

Importante fazermos aqui algumas considerações e reflexões sobre o que foi dito acima a fim de evitar uma compreensão da prática médica que queremos evitar, qual seja: a de uma prática social dotada de harmonia entre seus elementos constituidores, sem contradições tensionadoras sobre seus agentes e usuários. Primeiro cabe relativizar o aspecto criador do trabalho médico, ou seja, os casos, não obstante suas particularidades, tendem a se conformar com graus razoáveis de homogeneidade em suas características, sejam as orgânicas, sejam as sociais. Em relação às particularidades sociais dos sujeitos doentes, por exemplo, cabe ressaltar que, embora o peso da totalidade social sobre os indivíduos particulares não se dê de forma mecânica e homogênea, esse processo apresenta algumas tendências a estratificações com relativo grau de homogeneidade que, na maioria das vezes, são suficientes para propiciar abordagens homogeneizantes pelos médicos. Exemplos de aspectos que conduzem a prática para a homogeneização são os determinantes de classe social e nível de renda que se expressam nas características da instituição utilizada pelos usuários para acessarem os serviços de saúde.

Os médicos tendem a apresentar um modo de operar em relação aos usuários do sistema público, outros modos em relação àqueles de convênio A, convênio B, consultas particulares etc. Embora a tendência de generalização sempre carregue consigo o risco ao desenvolvimento do preconceito<sup>2</sup>, o que não é infreqüente, esse processo constitui-se de fato como reflexo dos determinantes sociais de saúde-doença ao nível das representações e

---

<sup>2</sup> Para Heller (2004), a generalização é uma das características que guia a ação dos indivíduos no cotidiano e isso cria possibilidades de desenvolvimento, com bastante freqüência, do preconceito.

do agir prático dos médicos, mesmo que eles não desenvolvam consciência do mesmo. Um exemplo: frente à determinada “condição patológica”, ao padronizar a prescrição para um fármaco presente na rede pública na maioria das vezes em que atende um usuário pelo sistema público, mesmo sabendo da existência de outro na rede privada com eficiência maior, o que o médico está expressando em seu agir é o peso das determinações sociais sobre as condições de saúde-doença dos indivíduos particulares tomados coletivamente. Esse reflexo das relações sociais ao nível da consciência pode se dar, evidentemente, na maioria das vezes de forma acrítica, realizar-se “mecanicamente” e não como resultado de reflexão pelo médico.

Além disso, a rotinização, sempre é importante ressaltar, é uma tendência inerente ao processo contínuo de complexificação do trabalho, visto que lhe propicia maior produtividade, assim como é uma tendência inerente às relações do cotidiano. Como vimos em outro momento, os agentes de trabalho não inovam todas as vezes que se deparam com seu objeto de trabalho, não “reinventam a roda” a todo o momento; os sucessos práticos conduzem a ossificações, fixações de técnicas e modos de operar, e as inovações tornam-se raras, porém sempre presentes, principalmente do ponto de vista do trabalho coletivo, e em bem menor grau ao nível dos agentes individuais.

O segundo aspecto importante a ser problematizado refere-se ao papel parcial da ciência na determinação da prática médica. Faz-se fundamental não perdermos como referência o fato bastante óbvio do movimento de *cientifização* progressiva dos processos de trabalho. Ou seja, desde o advento das duas grandes revoluções da modernidade – a revolução científica moderna e a revolução industrial – o papel das produções científicas em determinar os modos de operar os diferentes processos de trabalho torna-se crescente subordinador da dimensão subjetivo-criadora. Evidentemente, nas formas de trabalho

produtoras de “bens materiais” esse processo historicamente avança com maior velocidade e em maior grau, restando cada vez menos “poros” para a expressão de técnicas “não científicas”. Não nos deteremos nesse aspecto, visto que ele será discutido de maneira mais aprofundada em outro capítulo, porém pretendemos enfatizar que também no trabalho médico a ciência cada vez mais se apropria dos diferentes aspectos da prática médica, o que contribui significativamente para restringir cada vez mais os espaços para a subjetividade do agente de trabalho, embora esses “poros” nunca possam ser completamente abolidos em razão das particularidades de seu objeto.

Essa subordinação progressiva da prática médica às diretrizes e parâmetros científicos realiza-se através da presença progressiva destes internamente ao processo de trabalho na forma de objetivações várias, instrumentalizadoras do agir (Dalmaso, 2000). Os parâmetros de normalidade orgânica, cada vez mais quantitativamente estipulados, expressando-se tanto em rotinizações técnicas, quanto em equipamentos conformadores da atividade, são os principais fatores influenciadores dessa restrição contemporânea da dimensão criadora da atividade médica (Merhy, 1997, 2000).

Outro aspecto relativo à prática médica, conseqüente à sua dupla conformação por ciência e arte, importante de ser citado refere-se à sua característica de apresentar-se como exemplo, no mundo do trabalho, de unidade entre trabalho manual e intelectual no mesmo sujeito executor. Diferentemente de outras formas de trabalho, a divisão técnica internamente à medicina tem se caracterizado por manter, em maior ou menor grau, em cada agente médico a unidade entre planejamento e execução, elaboração do projeto de ação e intervenção sobre os diferentes elementos do corpo anatomofisiológico. É verdade que na maioria das especialidades tende a predominar um ou outro desses aspectos por referência ao processo global de intervenção. As especialidades cirúrgicas, por exemplo,

tem um caráter manual mais explícito em relação às especialidades clínicas, porém, mesmo nesses casos, a reflexão e elaboração do projeto de intervenção são, com graus variáveis de criação/autonomia, realizadas pelo cirurgião. Assim também ocorre com a intervenção manual dos médicos clínicos, na maioria das vezes não tão explícita devido à mediação por meios de trabalho vários (fármacos, instrumentos diagnósticos etc.). Não obstante essa unidade das dimensões intelectual e manual na atividade médica, contemporaneamente pode-se presenciar a restrição de alguns de seus agentes a posições “anexas” ao projeto global de diagnóstico-intervenção, observando-se mesmo a constituição de especialidades praticamente sem papel de intervenção manual sobre o corpo. Veja-se o caso daqueles agentes não colocados na centralidade do processo terapêutico, como os especialistas em equipamentos diagnósticos vários, por exemplo, que, embora possuam algum componente de reflexão como parte de seu agir, vêem a dimensão manual-interventora praticamente “desaparecer” de sua atividade. Exemplo disso é a atividade do radiologista que somente analisa os aspectos do corpo orgânico captados pela máquina e a esses dá uma interpretação. A divisão técnica do trabalho fez com que a realização em si da radiografia, tomografia etc. passasse a ser executada por outros agentes, técnicos geralmente, e que somente a objetivação na forma de exame, e não o corpo orgânico em si, chegasse para análise pelo médico. Evidentemente o trabalho do médico radiologista é uma atividade essencialmente prática, não devendo ser confundida com uma atividade teórica; seu caráter prático advém justamente do fato desse agente, a partir de seus conhecimentos, analisar determinado aspecto da realidade e lhe conferir uma interpretação instrumentalizadora da mesma, sendo assim uma prática eminentemente intelectual.

Outro exemplo de como a divisão técnica do trabalho muitas vezes passa despercebida no interior da medicina é a composição cada vez mais comum de equipes

cirúrgicas por cirurgiões principais e auxiliares médicos. A esses cirurgiões auxiliares, muitas vezes, correspondem as práticas de caráter mais manual de auxiliar o cirurgião principal, sendo que a este cabe o papel de planejamento, ou seja, elaboração reflexiva do projeto de intervenção além da realização das práticas manuais mais complexas.

Enganam-se, desse modo, aqueles que pensam que a prática médica não é atravessada por esse movimento amplo e contraditório de divisão entre aspectos manuais e intelectuais no trabalho.

A fim de apreender esse movimento em toda sua riqueza e complexidade, todavia, será fundamental analisarmos o processo de trabalho em saúde em sua totalidade, para além da medicina. O que ocorreu ao longo do último século e, mais aprofundadamente, a partir da constituição da medicina tecnológica é que as execuções de grande parte das práticas hegemonicamente manuais<sup>3</sup> passaram a ser delegadas para agentes externos ao campo da medicina, o que pode ser evidenciado pela ampliação quanti e qualitativa do corpo de trabalhadores da saúde, denominados inicialmente como *para-médicos* por Freidson (1970). Da ampliação-complexificação do corpo de enfermagem à constituição das demais profissões de saúde, inclusive técnicas, observa-se a consolidação progressiva de uma divisão técnica hierarquicamente organizada sob direção do corpo médico (Mendes-Gonçalves, 1992; Carapinheiro, 1993; Peduzzi, 1998; Pires, 1998). Tamanhas são a dimensão e complexidade desse processo que não pareceria descabida a interrogação de se atualmente a maior parte do cuidado em saúde na contemporaneidade não seria já realizada pelos agentes denominados como para-médicos. Da aplicação das medicações à realização dos curativos cotidianos, passando pelo consolo e acolhimento presente (ou ausente) nas

---

<sup>3</sup> Sempre importante ressaltar que inexistente forma de trabalho que prescindia de seu aspecto intelectual ou manual; mesmo a mais “mecânica”, simplificada e repetitiva atividade manual exige algum grau, por menor que seja, de reflexão e vice-versa (ver capítulo 4).

impessoais enfermarias e ambulatórios, praticamente tudo se torna tarefa do corpo ampliado de trabalhadores não médicos da saúde. O agir médico tem seu espaço reduzido progressivamente ao núcleo reflexivo-interventor mais fundamental e qualificado da intervenção, delegando todo o restante para a seqüência da cadeia produtiva assistencial. A consulta dura alguns minutos, a cirurgia pode durar um pouco mais, entretanto o sofrimento do usuário continua por um processo mais longo e a assistência que o acompanhar será na maior parte realizada pelos demais trabalhadores da saúde.

Essas transformações da prática médica que colaboram para reconfigurar sobre novas e tensas bases a relação entre ciência e arte em seu interior constituem-se como componentes e, simultaneamente, como conseqüências do complexo e rico processo de socialização do trabalho médico na contemporaneidade. Será a ele que nos deteremos a seguir.

## *CAPÍTULO 2*

### **TRABALHO MÉDICO NA CONTEMPORANEIDADE: A MEDICINA ENTRE CONTINUIDADES E RUPTURAS**

*Até hoje perplexo  
ante o que murchou  
e não eram pétalas.*

*De como este banco  
não reteve forma,  
cor ou lembrança.*

*Nem esta árvore  
balança o galho  
que balançava.*

*Tudo foi breve  
e definitivo.  
Eis está gravado*

*não no ar, em mim,  
que por minha vez  
escrevo, dissipo.*

Carlos Drummond de Andrade (Ontem)

Optar pela difícil, e não raro inglória, tentativa – tentativa, pois jamais chega a se concretizar completamente – de apreender teoricamente um processo social em sua totalidade envolve obrigatoriamente o recurso metodológico de reconhecimento da provisoriedade e dinamismo dos fenômenos sociais. Trata-se, pois, além da tentativa de apreender os processos sociais em movimento e transformações, do lançar-se à difícil tarefa de buscar compreender os movimentos em si, aos quais estão sujeitos esses processos em seu devir histórico.

No caso de nosso objeto – o trabalho médico e em saúde – trata-se de tentar apreender, além das transformações pelas quais passam as práticas de saúde, os movimentos mais amplos que em seu devir impelem essas formas particulares de prática

social a dinâmicas determinadas. São como parte dessa tentativa que devem ser lidos os apontamentos limitados que faremos a seguir.

Um recurso didático limitado, todavia importante, utilizado para demonstrar a compreensão dos processos sociais como históricos, ou seja, como sujeitos a transformações movidas por várias ordens de determinações, refere-se à permanente adjetivação dos conceitos lingüísticos sob os quais esses processos se expressam. Ao longo desse trabalho o leitor poderá perceber que freqüentemente fazemos uso desse recurso quando, por exemplo, insistimos em qualificar o termo “medicina” com adjetivações várias, como “liberal”, “tecnológica”, “contemporânea” etc. Trata-se, portanto, de explicitar não somente diferentes “fases” de uma mesma medicina, senão demonstrar principalmente a existência de distintas “medicinas”, tamanha é a profundidade das diferenças entre esses diferentes processos e fenômenos sociais.

## **2.1 A Constituição da Medicina na Modernidade**

Desde a consolidação da sociedade capitalista a medicina tem passado por profundas transformações que vêm sendo objeto de diversos estudos e análises por autores que se constituem em referências importantes para o campo da saúde coletiva (Donnangelo, 1975, 1976; Nogueira, 1977; Mendes-Gonçalves, 1979; Foucault, 1994; Schraiber, 1989, 1993, 2008; Arouca, 2003). Não obstante essas transformações, evidencia-se a existência de tensas *continuidades* ao longo desse processo, continuidades cujas raízes poderão ser encontradas na própria constituição da medicina na modernidade.

A primeira e mais profunda dessas transformações refere-se à constituição da medicina moderna através de um processo de unificação de diferentes práticas e agentes

advindos da sociedade feudal, sob nova concepção, tanto científico-tecnológica quanto político-ideológica.

Em capítulo anterior discutimos o caráter científico-epistemológico dessa transformação, ou seja, o modo como a racionalidade científica anterior, dominada pela metafísica aristotélica fossilizada pelos cânones do cristianismo feudal, é superada pela revolução científica moderna. Na medicina esse movimento correspondeu à superação da racionalidade de base hipocrático-galênica, cujas bases advinham da Grécia antiga e mantiveram-se durante a alta e baixa idade média, pela racionalidade de base anatomopatológica, mais compatível com a influência da física newtoniana constituidora da mecânica moderna. Deter-nos-emos agora ao plano tecnológico-operatório, onde as mudanças também não são menos profundas. Agentes, práticas e ciências entrelaçam-se e determinam-se reciprocamente em um processo de transformações-revoluções dos mais ricos e complexos.

Analisando-se o momento histórico anterior a essas transformações pode-se evidenciar como principal característica no plano técnico-operatório a fragmentação tanto de agentes quanto de práticas de saúde. Dois agentes principais destacam-se: de um lado, os físicos; com formação filosófico-cristã, agentes detentores da herança hipocrático-galênica, que atuavam tendo como referência a *medicina da crise* e a *teoria dos humores*. Esses sujeitos constituíam-se como agentes de medicina interna, os clínicos feudais, com uma atuação menos intervencionista por entenderem o processo de adoecimento como parte do ciclo natural do ser em sua busca pelo equilíbrio, tanto no plano corporal quanto em sua relação com o todo cósmico. De outro lado, os cirurgiões-barbeiros, homens práticos formados nas corporações de ofícios, responsáveis por práticas mais intervencionistas sobre

o corpo, como amputações, drenagens de abscessos, correções de fraturas etc (Nogueira, 1977; Mendes-Gonçalves, 1979).

Além desses dois principais, vários outros agentes eram responsáveis pelo que hoje caracterizaríamos como práticas de saúde, como é o caso, por exemplo, das práticas exercidas por parteiras, boticários, dentistas práticos, entre outros.

A fragmentação por nós relatada refere-se ao fato de que todas essas práticas e agentes existiam de maneira bastante dispersa e não uniforme, seja pela ausência de um processo de trabalho unificado, seja pela ausência de uma concepção científico-epistemológica homogeneizadora, visto que a grande maioria constituía-se empiricamente. Muitos desses agentes sequer eram compreendidos como profissionais dos cuidados médicos ou de saúde tal como os entendemos hoje. Com exceção das práticas realizadas pelos físicos, as demais eram práticas dispersas dentre as várias outras executadas no cotidiano dos espaços comunitários e familiares. Somente com a modernidade, e o avanço da divisão social do trabalho, algumas formas de trabalho adquirem status de práticas científicas passando a se constituir como campo exclusivo de domínio por parte de profissionais, ou seja, por parte de sujeitos destacados na e “da” sociedade. Evidentemente, o termo “destacado da sociedade” não se refere a uma possível neutralidade dessas práticas e sujeitos em relação às determinações sociais mais amplas, algo impossível em qualquer esfera de atuação humana. Quer expressar apenas e tão somente a transformação dessas práticas em campo de conhecimento e domínio dos círculos esotéricos de especialistas, o que as torna agora objeto de não-domínio e não-conhecimento dos demais sujeitos da sociedade. Esse aspecto é um componente do amplo processo que se convencionou denominar como *medicalização (do) social* (Illich, 1975; Tesser, 2006; Nogueira, 2003). Assim, por exemplo, um parto, que era parte da vida comum, realizado por algum parente

ou conhecido e com a presença ativa dos demais membros da família, atualmente é realizado em local destacado e “asséptico”, por pessoas estranhas ao âmbito comunitário e familiar. Com efeito, transforma-se de um fenômeno corriqueiro e familiar em um processo tecnocrático, especial e estranho, e sob domínio alheio. Essa também foi a natureza da transformação que ocorreu em relação à extração de um dente ou à drenagem de um abscesso, por exemplo, dentre outras tantas práticas existentes de maneira dispersa no ambiente comunitário e realizadas muitas vezes por sujeitos não profissionalizados, que passam a ser campo de domínio exclusivo de técnicos especializados.

Dentre os “profissionalizados” já naqueles tempos, ou seja, aqueles que tinham nas práticas de saúde sua atividade laborativa principal, destacavam-se, portanto, os físicos e os cirurgiões-barbeiros. Importante ressaltar também que a auto-regulação das práticas dos segundos, através de suas corporações de ofício, encontrava-se subordinada ao controle pelos primeiros, que, em razão da sua posição privilegiada na hierarquia social, exerciam a função de normatização social das práticas dos demais agentes, como os cirurgiões barbeiros.

O processo revolucionário sócio-político e filosófico-científico de caráter antropocêntrico que se inicia no século XV e consolida-se ao longo dos séculos XVI a XVIII, tem como um de seus resultados importantes a consolidação de novos campos de saber e prática, assim como a reconstrução de antigos campos agora sob nova racionalidade.

A medicina passa a sofrer um processo de transformação que encerra como uma de suas principais características, a unificação de seus dois principais agentes, fazendo com que a medicina interna dos físicos e a medicina externa dos cirurgiões-barbeiros, sob a nova racionalidade nascente, tornem-se progressivamente uma única prática, cujo futuro

desenvolvimento, após a superação da *medicina das espécies*, dará forma à moderna *clínica de base anatomopatológica* (Mendes-Gonçalves, 1979; Foucault, 1994).

É assim que, em meio à tendência socializadora que nesse momento domina a estruturação dos processos produtivos, principalmente de base material, aprofundando a divisão técnica do trabalho, surge o médico moderno, um agente que, em sua constituição histórica particular, conforma-se contraditoriamente como um trabalhador inicialmente artesão.

Esse sujeito, ao mesmo tempo em que herda dos cirurgiões-barbeiros uma dimensão intervencionista mais direta sobre o corpo orgânico, ainda que guiado por outra racionalidade, herda dos físicos, por sua vez, um espaço importante no aparelho de estado, agora o estado capitalista nascente, no qual assumirá funções tanto de caráter estrutural – reprodução da força de trabalho – quanto super-estrutural – reprodução de valores próprios da sociabilidade em consolidação (Nogueira, 1977; Mendes-Gonçalves, 1979).

Na Europa a figura do médico artesão já como sujeito unificado, cujo trabalho encontra-se ancorado na pequena produção privada e autônoma com caráter liberal, surge em fins do século XVIII e consolida-se ao longo do século XIX. Sobressai-se, desse modo, uma diferença fundamental dessa apresentação particular de trabalho em relação às diversas apresentações de trabalhos produtores de bens (industriais) nesse mesmo momento histórico. Lembremos que o século XIX já se caracteriza pela socialização avançada dos processos produtivos industriais nos países do capitalismo central (europeus) com poucos resquícios até da produção com base manufatureira, o que se dirá de processos produtivos de base artesanal. Esse século, aliás, já se caracteriza pelo desenvolvimento do capitalismo em sua fase dita *monopolista*, cuja base produtiva constitutiva são os grandes conglomerados produtivos industriais de caráter transnacional (Mandel, 1985). Assim, a

primeira forma do trabalho médico sob relações capitalistas, contraditoriamente, encontra-se baseada na pequena produção privada, forma característica do modo de produção anterior. Como veremos adiante, essa forma inicial, liberal, como se constituiu a medicina, deixará raízes profundas nas representações dos médicos acerca de seu trabalho, fazendo com que *uma* forma histórica seja significada como *a* forma ideal de organização/realização da prática.

## **2.2 A Medicina Liberal no Brasil**

No Brasil, como país periférico no plano global da constituição das relações capitalistas, tais relações constituem-se com características particulares e tardias em relação ao centro propagador da nova socialidade. Aqui a medicina liberal constituir-se-á no período de 1890-1920, sendo que entre 1930 e 1960 alguns autores já evidenciam um processo de transição para a medicina tecnológica (Donnangelo, 1975; Schraiber, 1993). Durante o século XIX a predominância da atenção aos agravos à saúde no Brasil dá-se através da ação dos práticos (parteiras, cirurgiões-barbeiros, etc.), sendo poucos os médicos atuantes, a maioria formados no exterior. Assim, a medicina artesanal de base liberal no Brasil constitui-se tardiamente e, além disso, o faz, como veremos, de forma efêmera e bastante contraditória.

Alguns fatores podem ser elencados para explicar tal processo. Por um lado, o papel periférico na geoeconomia global faz com que os processos produtivos capitalistas em países como o Brasil avancem mais lentamente em relação ao centro do sistema. Ou seja, a própria industrialização dos países periféricos dá-se com sensível “atraso” em relação aos países europeus, além de possuírem características particulares e contraditórias que

geralmente combinam a co-existência de formas “avançadas” e “atrasadas” de organização produtiva. Tal desenvolvimento particular dos países periféricos, como é sabido, encontra-se diretamente relacionado e subordinado à dinâmica sócio-econômica dos países do capitalismo central configurando o que se costuma denominar como caráter de *desenvolvimento desigual e combinado* do modo de produção capitalista (Mandel, 1985). Com efeito, embora o primeiro impulso industrializador brasileiro, desenvolvido a partir da substituição de importações como na maioria das economias periféricas, tenha sido interpretado muitas vezes como expressão do protagonismo de uma burguesia industrial de caráter nacional, sabe-se que ele de fato já se constitui subordinado à fase de desenvolvimento monopolista do capitalismo central. Um aspecto fundamental que caracteriza tal momento histórico é a substituição pelos países centrais da fase de *exportação de mercadorias* pela fase de *exportação de capitais*, ou seja, exporta-se agora parques produtivos, é a era das transnacionais, sendo que exportar capitais, sempre é importante enfatizar, significa exportar relações sociais capitalistas, ou seja, formas de produzir e organizar a sociedade.

Uma das conseqüências desse atraso da industrialização brasileira refere-se à restrição do mercado de trabalho para os médicos liberais no Brasil anteriormente ao início do século XX. É a industrialização o principal desencadeador do processo de urbanização que propicia a criação de um sólido mercado consumidor de bens e serviços, entre eles os serviços médicos.

Com o desenvolvimento da industrialização no Brasil faz-se necessário garantir as condições de reprodução da força de trabalho crescente, constituindo entre outras coisas a formação de uma estrutura produtiva de serviços médicos, estrutura esta que depende primeira e fundamentalmente da ampliação da formação de médicos. Assim é, por

exemplo, que no início do século XX, juntamente com o primeiro ciclo industrializador brasileiro, assiste-se à ampliação da abertura de escolas médicas no Brasil, e será à oscilação desse aumento de demanda que o movimento de ampliação do número de escolas médicas buscará responder ao longo de todo o século XX<sup>1</sup>. Assim a medicina liberal vive seu auge no Brasil nas primeiras duas décadas do século XX, quando a urbanização nascente propicia o crescimento de setores populacionais de renda intermediária e alta – funcionários públicos, comerciantes, profissionais liberais, industriais – consumidora dos serviços médicos (Donnangelo, 1975).

Juntamente com a “industrialização tardia”, outro fator que “reduziu” o tempo de existência da medicina liberal em sua forma “pura” ou “clássica” no Brasil foi a emergência a partir de 1920 da intervenção reguladora de caráter estatal na prestação de serviços médicos, baseada nas caixas de aposentadorias e pensões (CAPs). O estado brasileiro construirá, dessa maneira, um modo de adequar o atendimento de necessidades de diferentes origens e classes sociais. Por um lado, acena com o atendimento às reivindicações do nascente proletariado urbano em sua busca por direitos, como os previdenciários e médico-assistenciais, atendimento, ressalte-se, que representava a dimensão clientelista-cooptadora utilizada sempre complementarmente à dimensão repressora do estado sobre a organização dos trabalhadores. Por outro lado, ao criar os dispositivos de regulação da compra de serviços médicos pelas CAPs, o estado subsidia o início da consolidação da dinâmica de acumulação do capital no interior do setor saúde através do empresariamento médico, processo que ganhará grandes dimensões somente décadas mais tarde (Possas, 1981).

---

<sup>1</sup> As escolas médicas que eram em número de 3 até 1900, somam 10 em 1920, segundo dados de Donnangelo (1975)

Como agente central fomentador do desenvolvimento industrial brasileiro, o estado toma para si o papel de garantir condições para a reprodução da força de trabalho em constituição nos centros urbanos, principalmente da região sudeste (Merhy, 1987). Relembremos sempre que a reprodução da força de trabalho possui diversos componentes, dos quais podemos elencar principalmente o técnico (educacional), o orgânico e o disciplinador-ideológico. Caberá historicamente à medicina e aos serviços de saúde, sob as relações capitalistas, principalmente a participação nas duas últimas dimensões. Por um lado, busca-se restaurar o corpo orgânico à sua integridade anatomofisiológica a fim de propiciar o desempenho do trabalhador no processo produtivo. Por outro lado, mas indissociavelmente interligado, a medicina, como sabemos, socializa e legitima relações sociais e conseqüentemente valores em relação às mesmas e aos modos de vida e organização social através da naturalização de processos socialmente determinados, outro aspecto componente da *medicalização social*.

Sempre é importante ressaltar que, nesse momento histórico no Brasil, a ampliação da oferta de serviços médicos não se constitui como a principal forma de intervenção do estado no que se refere ao aspecto orgânico da reprodução da força de trabalho. Esse papel coube de fato às ações sanitárias de cunho ambiental e urbano dirigidas pelas instituições de saúde pública e outros órgãos normatizadores do meio urbano no início do século XX.

Além da medicina exercida de forma liberal e do trabalho vinculado aos CAPs, Schraiber (2008) destaca ainda a existência de formas filantrópicas de assistência à saúde que também assalariavam os médicos e contribuíram para forjar na consciência desses agentes a representação da medicina pública como de caráter essencialmente caritativo, fazendo com que tal relação de trabalho não fosse identificada como antagônica à prática liberal.

Donnangelo (1975) e Schraiber (1993, 2008) ressaltam como 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, 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.

Destarte, podemos ver como a partir de meados do século XX já se encontrava como predominante no Brasil o trabalho médico sob formas atípicas, ou seja, os médicos já dividiam sua rotina entre a prática liberal no consultório privado e os hospitais e ambulatórios institucionais, hegemonicamente públicos ou filantrópicos.

### **2.3 Socialização da Assistência Médica e advento da Medicina Tecnológica**

O período de 1930-1960 é identificado por diversos autores (Donnangelo, 1975; Possas, 1991; Schraiber, 1993, 2008) como uma *fase de transição*, tanto no que se refere à organização da estrutura de oferta e prestação de serviços médicos quanto na organização interna da prática médica no Brasil. De modo geral, a superação da *medicina liberal* pela *medicina tecnológica* (ou socializada) apresenta-se como expressão particular de um processo histórico mais amplo que encerra transformações profundas em pelo menos três dimensões constituidoras dos processos de trabalho, quais sejam: a dimensão do agente de trabalho; dos meios (instrumentos) de trabalho; e a dimensão da organização do processo produtivo global.

No que se refere ao agente de trabalho, podemos presenciar nas transformações do trabalho médico uma apresentação particular da tendência geral de superação do trabalhador artesão, realizador do processo produtivo em sua integralidade, pelo trabalhador especialista, parcelar, advindo da divisão técnica do trabalho.

No plano dos meios de trabalho, por sua vez, assistimos à expressão no trabalho médico, também de forma particular, da tendência geral de ultradesenvolvimento científico-tecnológico dos instrumentos, na forma de equipamentos, saberes e técnicas, que proporcionam um aumento em grau jamais visto da produtividade da intervenção humana sobre a natureza.

Finalmente, no caso da organização do processo de trabalho o que podemos presenciar é a tendência hegemônica de socialização-coletivização dos processos produtivos, ou seja, a pequena produção autônoma baseada no trabalhador individual tendendo à superação pela produção baseada no trabalhador coletivo.

Embora já tenhamos discutido em capítulo anterior, nunca será excessiva a tentativa, muitas vezes vã, de explicitar todo o cuidado necessário na apreensão da relação entre o geral (ou universal) e o particular nas análises científicas dos processos sociais. Posto que o conceito geral, como qualquer conceito, é construído teoricamente através de processos teóricos sucessivos de abstração, ele tende a expressar simultaneamente “todos” e “nenhum” dos processos particulares existentes concretamente. Melhor dizendo: o conceito geral não abarca todas as características dos vários processos particulares que visa representar, visto que o processo de abstração teórica que o constitui, consiste exatamente em isolar as várias particularidades concretas não compartilhadas por esses diversos processos. O que o conceito geral almeja também não é simplesmente sistematizar o que esses diferentes processos particulares têm em comum, mas demonstrar seus *processos*

*comuns de determinação*, ou seja, demonstrar a existência de uma mesma dinâmica processual à qual os diferentes processos concretos encontram-se subordinados e que lhes definem essencialmente, para além das aparências fenomênicas (Oliveira, 2005; Lefebvre, 1973). Cuidado permanente, portanto, deve-se ter em não vislumbrar nos processos particulares o “reflexo” automático dos conceitos gerais. Em síntese, segundo o método que nos guia, a utilização da relação universal-particular deve ter preocupação menos classificatória do que reflexivo-apreendedora, e menos dos estados que das dinâmicas.

Nesse sentido, ao afirmarmos que a superação da medicina liberal pela medicina tecnológica é apresentação particular do movimento geral que realiza o trabalho sob as relações capitalistas, cujas principais características são socialização da produção, parcelarização do processo produtivo e especialização do trabalhador e desenvolvimento científico-tecnológico dos meios de trabalho, o que estamos ressaltando é a dimensão de subordinação e inclusão dos processos produtores das práticas de saúde a essa dinâmica geral. Todavia, a forma como essa dinâmica geral se desenvolve nas diferentes formas concretas de trabalho, dentre elas o trabalho em saúde, apresenta uma pluralidade de alternativas, alternativas, por sua vez, relacionadas a outras ordens de determinações.

Outras ordens de determinações podem mesmo constituir-se, e o fazem, em outros conceitos gerais subordinados aos primeiros, expressão da existência de sub-dinâmicas “entrelaçadas” à dinâmica geral, nesse caso a dinâmica do trabalho sob relações capitalistas. Exemplos de sub-dinâmicas que podem ser citadas por relacionarem-se profundamente com essa dinâmica geral e produzirem “mosaicos” diversos são: o caráter “material/imaterial” do produto, que diferencia os chamados trabalhos na forma de serviços dos demais; as apresentações estatais ou privadas das diferentes formas de trabalho; dentre estas últimas o caráter produtivo ou improdutivo do trabalho, que expressa as

particularidades da dinâmica geral quando analisadas em áreas produtoras ou não de mais-valia; entre outras.

Ao caracterizarmos como sub-dinâmicas esses exemplos, estamos evidentemente localizando-as em um plano inferior na hierarquia das determinações dos processos sociais. Um médico e um professor podem trabalhar para o estado ou para uma empresa privada e, a depender de qual espaço se localizem, seus trabalhos subordinam-se a sub-dinâmicas particulares; porém, nos dois espaços desenvolve-se historicamente a dinâmica geral caracterizada por socialização da produção, parcelarização do trabalho, especialização do trabalhador, avanço científico-tecnológico dos meios de trabalho, etc.

Uma forma teórica de se tentar lidar com essas outras mediações é ampliar a relação *universal-particular* para a relação *universal-particular-singular*<sup>2</sup>, instrumento já expressador da tentativa de se apreender o movimento de um a outro, ao qual recorreremos em alguns momentos ao longo desse trabalho. Enfatizado o cuidado seguimos adiante.

A partir da década de 1940 a medicina previdenciária se consolida e se amplia na forma dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em substituição aos CAPs. O mecanismo encontrado pelo estado para garantir a massificação da assistência médica baseia-se, por um lado, na contratação de serviços privados e, por outro, na ampliação da rede pública de estabelecimentos de saúde, embora estes últimos sempre em proporção significativamente menor (Possas, 1981).

É bastante conhecido o papel determinante exercido pelo *hospital* na Europa absolutista quando do surgimento das bases da constituição científico-tecnológica da medicina moderna. Com o rearranjo do hospital medieval, agregando-se à função de espaço

---

<sup>2</sup> A fim de apreender essas relações entre diversas dinâmicas e sub-dinâmicas Lukács, por exemplo, utiliza a idéia de *complexos de complexos* na mediação universal-singular-particular. Ver discussão no capítulo seguinte.

de *exclusão-proteção* a função de espaço de *experiência médica* – transição para o futuro papel de espaço de *cura* –, passam a se reunir em um mesmo local os agentes médicos que até então exerciam sua prática de modo isolado (Mendes-Gonçalves, 1979; Schraiber, 1989; Foucault, 1994). Ao mesmo tempo, será nesse espaço que se reunirão os diferentes objetos da prática médica, os corpos doentes, possibilitando o desenvolvimento das novas abordagens classificatórias e intervencionistas sobre as doenças. Tendo em vista que nesse período o corpo teórico-explicativo hipocrático-galênico estava sendo superado por diversas experiências e teorias conduzidas por vários sujeitos em diferentes espaços isolados, podemos imaginar a importância que tal instrumento unificador desempenhou historicamente. Portanto, a transformação ocorrida da *medicina da crise* para a medicina centrada na lesão anatomopatológica, mediada pela transitória *medicina das espécies*, encontrou na socialização do espaço das práticas médicas um importante suporte. Ou seja, criaram-se os alicerces para que os novos conhecimentos e práticas em desenvolvimento fossem socializados e unificados em novo corpo científico-tecnológico comum (Mendes-Gonçalves, 1979; Foucault, 1994).

Pois bem, mais tarde, no século XX, tanto nos países do capitalismo central (Europa e EUA) quanto no Brasil, o hospital voltará a desempenhar um papel fundamental no processo de transformação da medicina e do trabalho em saúde. Nos primeiros tal processo se evidencia a partir das primeiras décadas do século XX, sendo que as diretrizes flexinerianas para a medicina são uma de suas expressões, enquanto que nos países periféricos como o Brasil essas transformações consolidar-se-ão hegemonicamente a partir da segunda metade desse século. Nesse momento será ele o elemento concentrador tanto dos agentes de trabalho, quanto dos recursos tecnológicos de caráter diagnóstico e terapêutico, constituindo-se, portanto, como a forma-espaço de organização produtiva que

desempenhou historicamente no Brasil a função de socialização do trabalho médico. Socialização, cabe ressaltar, de duas ordens. Por um lado, socialização da produção, com a coletivização do trabalho e, por outro, socialização do consumo dos serviços médicos em escala ampliada, massificada.

A socialização da produção caracteriza-se por um movimento de concentração dos agentes e meios de trabalho que maximizará a graus jamais vistos na área de saúde a relação dialética de determinação recíproca entre esses dois elementos constituintes do processo de trabalho. Por um lado, a constituição do trabalho coletivizado coloca como central o trabalhador coletivo em contraposição ao pequeno produtor privado, fazendo com que a racionalização do processo produtivo desenvolva e consolide a divisão técnica do trabalho médico caracterizada pela crescente especialização. Por outro lado, a utilização coletiva dos instrumentos de trabalho acaba por seguir o processo racionalizador da divisão técnica. Assim, à medida que os médicos passam a se especializar em determinadas áreas de atuação, também passam a dominar a utilização do instrumental relativo a tais práticas.

Progressivamente, o fato de se restringirem a determinadas áreas de atuação faz com que ampliem grandemente a capacidade de conhecimento e intervenção sobre a parcela do corpo orgânico à qual se dedicam. Essa ampliação de conhecimentos desdobra-se progressivamente no desenvolvimento de novas técnicas e instrumentos cada vez mais especializados fazendo com que os médicos tenham que se especializar ainda mais no manuseio das novas informações e meios de trabalho. Destarte, a especialização nascente estimula o avanço do desenvolvimento científico-tecnológico que, por sua vez, reage sobre a divisão técnica consolidando-a e aprofundando-a progressivamente.

A relação entre a socialização do trabalho médico, e do trabalho em saúde, e o desenvolvimento científico-tecnológico apresenta importantes determinações de caráter

mercantil visto que os novos recursos tecnológicos de caráter diagnóstico e terapêutico, principalmente nessa fase de transição, são bastante custosos para serem de domínio do pequeno produtor privado.

Tal processualidade faz com que seja esse o período inicial de desenvolvimento do *complexo médico-industrial* que, a partir de então, desempenhará papel de ator fundamental na determinação da organização da assistência e do trabalho em saúde nas diferentes sociedades contemporâneas, principalmente a partir da segunda metade do século XX.

A partir da Segunda Guerra, nos anos 50, a indústria farmacêutica, que emergiu como produto das novas descobertas de medicamentos, passou a influenciar crescentemente a prática médica. Médicos e pacientes tinham agora à sua disposição um quantitativo surpreendente de novas drogas que ofereciam a promessa de resolver “velhos” problemas de saúde. O impacto sobre as condições de saúde dos indivíduos foi extremamente forte e o imaginário coletivo resultante passou a aceitar os medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica como uma das grandes conquistas da Humanidade.

Associado a esse crescimento, a partir da década de 60, um novo fator vai mudar a prática médica e a estrutura do setor prestador de serviços médicos – o aparecimento de um setor capitalista produtor de material e equipamentos médicos. Como consequência, não só a velocidade e a taxa de renovação de novos produtos tiveram grande inflexão, como também existiu a necessidade de se criar novas especialidades e especialistas, que pudessem utilizar os novos equipamentos e atender à demanda dos usuários de forma eficiente (Vianna, 1995b).

Isto significou que o padrão de acumulação de capital estava condicionado pelos avanços tecnológicos que ocorriam nos setores farmacêuticos e de equipamentos médicos. Para o setor privado, abriu-se enorme janela de oportunidades. Criaram-se várias trajetórias tecnológicas, que podiam ser exploradas com elevado grau de cumulatividade e apropriabilidade. Os retornos eram tão substanciais que a indústria farmacêutica passou a ter uma das mais altas taxas de lucratividade da economia.

O setor prestador de serviços médicos também se adaptou rapidamente aos novos tempos. Novas práticas e especialidades foram abertas. Uma “boa medicina” já não mais podia ser exercida sem o auxílio de equipamentos de última geração e da solicitação de uma grande quantidade de exames complementares. A saúde tornou-se uma mercadoria para ser vendida e comprada, normalmente a um custo elevado (Vianna, 2002:379).

Além da parcelarização do trabalho médico, e a conseguinte especialização, outra consequência importante desse processo de socialização refere-se à constituição do trabalho coletivo ampliado em saúde, para além do trabalho do médico. Ou seja, é com o advento da

medicina tecnológica que surge o trabalho em saúde, na acepção contemporânea do termo. Os mecanismos são vários e vão desde a delegação de parte das práticas médicas para outros agentes, até a incorporação de novos sujeitos e práticas ao interior do setor assistencial em saúde.

Por todas essas transformações às quais relaciona-se, o hospital transforma-se na forma mais importante de assistência médica, o que o confirma a enorme ampliação do número de leitos nesse período no Brasil, que praticamente dobram entre as décadas de 1950 e 1970 (Possas, 1981; Machado, 1996; Schraiber, 2008). Ao longo da década de 1970 mantém-se a tendência de ampliação do número de leitos hospitalares, sendo que estes passam de 354.373 leitos em 1970 para 522.769 em 1981, um aumento de 47,5% em pouco mais de uma década<sup>3</sup>.

No caso específico do Brasil, é importante ressaltar, essa ampliação da rede hospitalar ocorreu principalmente na esfera privada, sendo seu principal impulsionador o financiamento público em diversas modalidades ao longo principalmente do regime militar. Aqui ocorre o que poderíamos caracterizar, de fato, como instauração de uma fase de consumo de massas dos serviços médicos e de saúde pela primeira vez na história do Brasil. Tal ampliação de produção e consumo dos serviços médicos, jamais alcançada pela medicina liberal, somente foi possível através da medicina socializada, sendo que neste momento histórico o hospital foi a sua forma, e a ação estatal (consolidando as bases do capital no setor saúde) seu impulsionador.

---

<sup>3</sup> IBGE, Pesquisa Médico Sanitária, 1972 e 1983. Obtido em [http://www.ibge.gov.br/seculox/arquivos\\_xls/saude.shtm](http://www.ibge.gov.br/seculox/arquivos_xls/saude.shtm) em 27/04/10.

Essas transformações, tanto no plano operatório, da organização tecnológica do trabalho, quanto no plano da organização mercantil da assistência, indissociavelmente inter-determinadas, constituirão um novo processo produtivo em saúde.

Podemos ver na citação abaixo a sistematização do conjunto de características principais que adquire a medicina em sua fase denominada tecnológica.

Em síntese, a caminho de sua conformação tecnológica, a prática médica passa a apresentar simultaneamente:

- a) extensão e diferenciação dos serviços, com progressiva especialização;
  - b) conexão entre os setores público e privado, por vários mecanismos;
  - c) incorporação de equipamentos e instrumentos materiais;
  - d) produção na forma de trabalho associativo, coletivo e em equipes;
  - e) produção na forma de empresa;
  - f) aumento dos custos da produção e dos preços para consumo;
  - g) complexo médico-industrial, medicina tecnologia-dependente;
  - h) aparecimento de uma nova profissão –a gerência de serviços de saúde;
  - i) produção individual dependente da gerência institucional;
  - j) produção institucional dependente das políticas públicas em saúde;
  - k) universalização da assistência com elitização no consumo da tecnologia;
  - l) institucionalização de desigualdades na produção e consumo;
  - m) organização de clientela coletivas;
  - n) reconhecimento extensivo do direito à assistência como direito à saúde;
  - o) aumento do caráter rotineiro do trabalho;
  - p) aumento da jornada de trabalho;
  - q) diversas situações de trabalho para cada médico individual;
  - r) médicos com significativas diferenças de renda;
  - s) diferentes vínculos, estabilidade e permanência no trabalho;
  - t) institucionalização da heterogeneidade de relação médico-paciente.
- (Schraiber, 2008:67)

A partir da década de 1980, após essa fase de unificação através da socialização do trabalho médico na forma do hospital, que supera a produção individual, sucede-se nova fase que poderia à primeira vista ser compreendida como de “fragmentação” visto que se assiste à ampliação da produção em unidades produtivas menores, os ambulatórios. No entanto, diferentemente da medicina liberal baseada na produção dispersa, autônoma, individualizada, esse movimento contemporâneo baseia-se no estabelecimento da interdependência entre as diversas unidades produtivas menores, porém coletivizadas – os

ambulatoriais – e as unidades produtivas maiores – os hospitais. Melhor seria, portanto, utilizarmos o termo *desconcentração*<sup>4</sup>, no lugar de “fragmentação”, para expressar esse movimento qualitativamente diferente pelo qual passa a partir desse momento a produção de serviços médicos e de saúde, expressão de uma complexificação tecnológica e organizacional da produção da assistência à saúde.

Segundo Schraiber (2008), as principais formas em expansão a partir da década de 1980 são os pronto-atendimentos, os ambulatoriais das empresas médicas privadas e os serviços de exames diagnóstico-complementares, que, embora possam estar fisicamente separados dos hospitais, constituem-se como sua continuidade tecnológico-assistencial. Ou seja, esses dois movimentos sucessivos – *unificação* e *desconcentração* – acabam por ter conseqüências gerais comuns no que se refere à socialização do trabalho em saúde e à conseqüente superação da medicina liberal.

Importante ainda ressaltar que ao longo dessa década o número de hospitais e leitos continua crescendo, porém em proporção muito menor do que nas décadas passadas e, além disso, em proporções significativamente menores quando comparados aos serviços ambulatoriais.

A década de 1990 assiste a um movimento de aprofundamento dessas formas de coletivização do trabalho sendo que as unidades ambulatoriais têm novo surto de crescimento a partir do processo de municipalização do Sistema Único de Saúde – SUS. Os dados apontam um crescimento das unidades de saúde (aí incluídos os denominados

---

<sup>4</sup> O termo *desconcentração* tem sido utilizado por sociólogos e estudiosos das transformações dos processos produtivos, principalmente de caráter industrial, para analisar tanto movimentos de migração territorial dos parques produtivos quanto movimentos de combinação de unidades produtivas menores com as indústrias de grande porte, ocorridos com a chamada *reestruturação produtiva* a partir da década de 70. Ver Antunes (1995).

centros e postos de saúde) da ordem de 60,4%, de 22.293 estabelecimentos em 1990 para 35.759 em 2002.

Dados mais recentes<sup>5</sup> da década de 2000 demonstram manutenção dessa tendência de progressivo crescimento dos serviços de saúde na forma coletivizada de caráter ambulatorial. Com base na Pesquisa de Assistência Médico Sanitária – AMS do IBGE<sup>6</sup> podemos ter uma razoável idéia das dimensões de tal processo. Os estabelecimentos de saúde de forma geral cresceram de 56.133 em 1999 para 77.004 estabelecimentos em 2005, um crescimento de 37,2%.

Analisando-se os dados de 2005 evidencia-se que, dentre o total de estabelecimentos de serviços de saúde no país, 58,6% eram públicos e 41,4% privados, sendo que destes 30,6% faziam parte da rede conveniada ao SUS.

Os hospitais, que vinham em movimento crescente até a década de 1980, paralisam esse crescimento na década de 1990 e iniciam um movimento de redução. Os estabelecimentos de saúde com serviços de internação que eram em número de 7.806 em 1999 passaram a 7.155 no ano de 2005, uma redução de 8,3%, sendo que essa queda ocorreu apenas no setor privado, onde foi de 13,9%.

Essa redução do número de hospitais privados reflete-se na redução do número de leitos. O total de leitos hospitalares diminuiu de 484.945 em 1999 para 443.210 em 2005, algo em torno de 8,6%. Aparentemente tal redução teria ocorrido apenas na esfera privada

---

<sup>5</sup> Faremos aqui o uso de dados sistematizados no documento Economia da Saúde: uma perspectiva macro-econômica (2000-2005). Estudos e Pesquisas: informação econômica nº 9. Ministério do Planejamento, Orçamento e gestão/ IBGE/IPEA/Fiocruz/MS/ANS. Rio de Janeiro, 2008.

<sup>6</sup> A Pesquisa de Assistência Médico Sanitária do IBGE é um censo periódico de estabelecimentos de saúde, públicos e privados, no Brasil que se diferencia de outras formas de cadastro de serviços de saúde por restringir-se aos estabelecimentos com registro como pessoa jurídica, além de somente incluir estabelecimentos que possuam ao menos 3 profissionais de saúde e 1 funcionário próprio. Essa fonte de dados exclui, portanto, os estabelecimentos não cadastrados como pessoa jurídica, além dos pequenos consultórios particulares.

visto que os leitos públicos tiveram aumento nesse período (de 143.074 para 148.966). Porém, ao se analisarem mais detidamente os dados vê-se que a redução dos leitos privados deu-se majoritariamente dentre aqueles credenciados ao SUS, que caíram de 284.493 para 241.578. Os leitos privados não SUS também tiveram redução, porém menos significativa (de 57.378 para 52.666).

Por outro lado, os estabelecimentos de saúde de caráter ambulatorial tiveram um aumento de 25,8 % no mesmo período, passando de 41.009 estabelecimentos em 1999 para 55.328 estabelecimentos em 2005.

Os estabelecimentos de serviços de apoio em diagnose e terapia, por sua vez, praticamente dobraram nesse período, passando de 7.318 estabelecimentos em 1999 para 14.521 estabelecimentos no ano de 2005.

As Unidades de Saúde mantêm-se em tendência de grande crescimento sendo que em 2009 as mesmas já contabilizam 42.216 estabelecimentos, um crescimento de 18% em relação a 2002.

Esses dados permitem tirar algumas conclusões importantes:

- A rede de serviços de saúde no país encontra-se em crescimento importante ao longo da primeira metade da década de 2000;
- Tal crescimento ocorre a partir da rede ambulatorial e dos serviços de apoio em diagnose e terapia;
- Os serviços hospitalares, por sua vez, assim como o número de leitos, vem seguindo tendência de queda, queda essa advinda do setor privado, conveniado ou não ao SUS, enquanto os leitos públicos tiveram leve crescimento;

- Poderíamos dizer, assim, que, além da ampliação, parece se desenvolver uma transformação na organização da assistência à saúde centrada na substituição progressiva da assistência hospitalar pela assistência ambulatorial;

- Permanece a relação entre o público e privado no setor saúde brasileiro onde o primeiro responsabiliza-se predominantemente pela assistência ambulatorial e de menor custo financeiro, enquanto o segundo hegemoniza a oferta dos leitos privados e serviços de alto custo, onde as possibilidades de lucros são maiores. Nesse sentido, a ampla maioria dos leitos privados que são conveniados ao SUS é expressão desse papel assumido pelo estado em colaborar com a acumulação do capital no interior do setor saúde.

Por outro lado, concomitantemente a isso, com o empresariamento na área de saúde assumindo hegemonicamente a forma dos seguros e planos de saúde, ocorre a manutenção do consultório como espaço importante de trabalho médico, ainda que em escala decrescente, como veremos. Uma leitura mais desavisada desse fenômeno poderia equivocadamente identificar aí possíveis movimentos de “permanência”, “continuidade”, da medicina liberal. Entretanto, nada se mostraria mais ilusório. Uma análise mais aprofundada desse fenômeno demonstrará que essa tem sido uma forma particular encontrada pelo capital no interior do setor saúde visando garantir a expansão de suas taxas de acumulação sem proporcionar grande resistência por parte dos agentes de trabalho. Analisaremos esse aspecto mais detalhadamente à frente.

#### **2.4 A Profissão Médica: transformações e tendências contemporâneas**

Essas tendências contemporâneas de conformação da assistência e do trabalho em saúde no Brasil influenciarão, por sua vez, o campo de ação do trabalho médico

determinando, em grande parte, o perfil dos médicos brasileiros. Faremos uso a seguir de alguns dados visando compor um quadro da complexidade em que se insere o trabalho médico na contemporaneidade a fim de analisar suas implicações sobre as práticas e representações dos agentes concretos. Utilizaremos dados de 2 estudos de âmbito nacional sobre o perfil do médico no Brasil. São eles o estudo de Machado (1996) na década de 1990 e o estudo de Carneiro e Gouveia (2004)<sup>7</sup> na década de 2000.

Dados do Conselho Federal de Medicina revelaram que havia 234.554 médicos no Brasil em 2004 (registrados no CFM). Isso demonstra uma relação de 1,38 médicos para 100 habitantes, ou seja, a relação de 1 médico para 725 habitantes. Evidencia-se a manutenção de grande concentração dos médicos nas regiões sudeste, principalmente, e sul. Exemplo são os dois principais estados, São Paulo e Rio de Janeiro, que concentram 69.697 e 40.956 médicos respectivamente, ou seja, quase metade (47,1%) dos médicos do país (Carneiro, Gouveia, 2004). Apesar de manter-se a concentração dos profissionais nas capitais, que comportam 62,1% dos médicos, esse número é inferior ao encontrado por Machado (1996) na década anterior (65,9%), o que pode indicar certa tendência à interiorização da profissão, ainda bastante incipiente.

Nesse estudo percebeu-se a manutenção da tendência da medicina como uma profissão exercida por jovens, sendo que 63,4% dos médicos possuem menos de 45 anos de idade. Dado praticamente igual ao encontrado por Machado (1996) em estudo anterior (64%).

Mantém-se também a tendência ao assalariamento tanto na esfera pública – 69,7% dos médicos nos dois estudos –, quanto na esfera privada – 59,3% (Machado, 1996) e

---

<sup>7</sup> Pesquisa desenvolvida pelo Conselho Federal de Medicina no ano de 2004, cuja coordenação coube a esses autores, envolvendo 14.405 médicos de todo o país, entrevistados através de questionário.

53,8% (Carneiro, Gouveia, 2004) –, enquanto se reduz a forma de trabalho em consultório – 74,7% no primeiro e 67% no segundo estudo – embora, como se pode perceber, essa ainda permaneça como importante modalidade de trabalho.

Outra tendência evidenciada nos dois estudos é a de aumento da presença das mulheres na profissão. No estudo de Carneiro e Gouveia (2004), as mulheres representam 30,2% dos médicos, enquanto Machado (1996) encontrou uma frequência de 33%. Quando analisados os profissionais com menos de 27 anos as mulheres já representam 40,2% dos médicos. Número bem superior aos 26,6% quando analisados os médicos com 50 anos ou mais (Carneiro, Gouveia, 2004).

O trabalho em regime de plantão parece ter aumentado, segundo os dados, de 48,8% no estudo de Machado (1996) para 51,8% no de Carneiro e Gouveia (2004). Todavia, percebe-se uma característica interessante desse aumento: ele tem se dado principalmente através da modalidade de plantão que combina *presença no local com sobreaviso*, visto que essa modalidade aumentou de 7,2%, dentre os médicos que realizam plantão, no primeiro estudo para 23,4% no segundo. Enquanto que os plantões na modalidade de *presença no local* diminuíram de 70,6%, no primeiro estudo, para 64,2% no segundo. Os autores elencam como possível fator influenciador de tal processo a ampliação da utilização de telefones celulares pela população em geral na última década, sendo que para os médicos esse aparelho passa a constituir-se como importante recurso profissional (Carneiro, Gouveia, 2004).

## **2.5 Contradições na Socialização do Trabalho Médico: entre o avanço dos espaços coletivos e a continuidade/ruptura com o consultório**

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 (1996) 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 primeiro, Carneiro e Gouveia (2004) demonstraram uma redução significativa desse número para 67%. Barbosa et al.<sup>8</sup> (2007) também evidenciaram essa tendência à redução, ainda que com um percentual bastante discrepante em relação aos outros estudos, algo em torno de 42,7% dos entrevistados. 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<sup>9</sup> visto que o percentual de médicos que exerce exclusivamente essa modalidade é insignificante<sup>10</sup>.

Essa diminuição progressiva do número de médicos que mantém atividade em consultório é expressão, por sua vez, da diminuição do retorno financeiro advindo dessa modalidade de trabalho. Senão vejamos, para 55,7% dos médicos que mantém atividade em consultório, os ganhos advindos dessa modalidade representam até 40% dos rendimentos.

---

<sup>8</sup> Nova pesquisa realizada pelo CFM no ano de 2007, cuja coordenação coube a esses autores e que envolveu a consulta, através de questionário a 7.700 médicos de todo o país.

<sup>9</sup> Cerca de 55,4% dos médicos exercem 3 ou mais atividades (Carneiro, Gouveia, 2004).

<sup>10</sup> Embora esse dado não apareça assim construído nesse último estudo do CFM ele pode ser deduzido visto que os médicos que responderam que o consultório é responsável por 91% ou mais de seus rendimentos é de apenas 6,8% dos entrevistados. Ou seja, aqueles que possuíam 100% dos rendimentos advindos da modalidade de consultório tende a ser ainda menor.

Ou seja, o consultório concretamente, para aqueles que o praticam, é cada vez mais uma atividade complementar ao trabalho assalariado e não o contrário como, muitas vezes, predomina ao nível das representações dos agentes onde o trabalho na rede pública, por exemplo, muitas vezes ainda aparece como “um bico” para “completar” os rendimentos do consultório.

Todavia, independentemente de ser *mais uma* atividade para a maioria dos médicos ou *a* atividade principal para uma minoria cada vez mais restrita, o que pretendemos ressaltar aqui é a permanência do consultório como espaço de produção da prática médica ao longo das transformações históricas pelas quais tem passado o trabalho em saúde.

Tal permanência poderia subsidiar hipóteses questionadoras acerca do grau de socialização que teria adquirido a prática médica na transição da medicina liberal para a fase da medicina tecnológica e de constituição do trabalho em saúde. Ou seja, poderia haver aqui certo questionamento acerca da coletivização – pilar fundamental da medicina tecnológica – como condição para o exercício da prática médica na contemporaneidade. Em síntese, o trabalho médico atualmente tanto poderia ser exercido de forma autônoma, isolada, quanto em formas coletivizadas. Isso se expressa na opinião de alguns autores segundo a qual as formas socializadas e liberal da medicina conviveriam lado a lado ainda em nossos dias, ora em convívio mais harmonioso, ora mais tenso (Campos, 1992; Pires, 1998). Evidentemente com orientações teórico-políticas e programáticas distintas desses autores citados, essa concepção de convívio entre medicina liberal e socializada é hegemônica entre as entidades associativas da profissão, para as quais se deve “lutar pelos interesses dos médicos tanto como empregados como quanto profissionais liberais”.

Todavia, para além das aparências existe a necessidade de apreendermos esse processo em sua totalidade a fim evitarmos equívocos interpretativos. Um dos mais

comuns, a nosso ver, é o que se refere à confusão entre a realidade concreta, material, dos processos sociais e seus movimentos e a representação que dele fazem os agentes subordinados a tal dinâmica, visto que tal relação, como é sabido, não se apresenta de forma mecânica e automática. Trata-se da evidenciação do caráter ideológico presente ao nível das elaborações e representações, assunto de fundamental importância e ao qual retornaremos à frente.

Pensamos que grande parte do equívoco presente na interpretação de possível permanência da produção autônoma, liberal, baseia-se na compreensão de que a socialização/coletivização do trabalho tem como sua característica necessária a utilização de espaço produtivo comum. Ou seja, parte-se do princípio de que a condição para que se constituísse um processo coletivo de trabalho seria o compartilhamento pelos produtores do mesmo espaço de trabalho. O limite de tal interpretação está no fato de colocar no *espaço comum* de trabalho a centralidade que de fato é ocupada pelo processo de *cooperação*. O que faz com que o trabalho médico seja necessariamente coletivo na contemporaneidade é o fato de os médicos encontrarem-se inseridos em processos de divisão técnica do trabalho, fazendo com que exista a necessidade estrutural e imperativa de cooperação entre diferentes agentes – trabalhadores especializados, médicos e não médicos – para que as práticas de saúde satisfaçam às necessidades sociais demandadas pelos indivíduos. Diferentemente, portanto, dos tempos da medicina liberal, quando os médicos podiam dominar a quase integralidade do processo de trabalho, nos dias atuais o grau de desenvolvimento tecnológico e de especialização impossibilita o trabalho independente de qualquer indivíduo. Cada médico apresenta-se inserido em um complexo produtivo no qual ocupa um espaço/momento com centralidade variável a depender da especialidade que exerce e do caso em questão. Mesmo no caso das especialidades mais “generalistas”, a necessidade de

interdependência com outros médicos responsáveis por momentos do diagnóstico ou da terapêutica é a rotina, não uma exceção (Ribeiro, 1995).

Há ainda a interdependência obrigatória com outros agentes do trabalho em saúde, mesmo fora dos espaços coletivos, que não somente aprofundou-se progressivamente como ganhou outra qualidade, como analisaremos mais à frente.

Desta forma, a conformação do trabalho médico no que se refere à permanência do consultório, menos do que *continuidade*, representa principalmente *ruptura* com uma forma de trabalho anterior, visto que essa modalidade na atualidade, além de decrescente quantitativamente, é qualitativamente diversa do trabalho em consultório da medicina liberal, apresentando-se, de fato, como diretamente interdependente e integrada a um processo produtivo mais amplo no setor saúde.

Ao afirmarmos, assim, a *superação* da medicina liberal pela medicina tecnológica deve-se sempre ter como referência o caráter dialético da categoria *superação* (*Aufhebung*), que expressa um movimento que, ao mesmo tempo em que *abole* um fenômeno, o *eleva* a um estado superior (Lefebvre, 1973; Marx, 2004; Ranieri, 2001). O consultório, ao ser integrado ao processo coletivo de trabalho, ao mesmo tempo em que deixa de existir como espaço privado de prática, é elevado à constituinte de um processo social mais complexo e rico. Desse modo, a medicina liberal permanece, em parte, na medicina tecnológica, porém permanece superada, suprassumida.

Apesar da relevância da questão particular da continuidade/descontinuidade da modalidade da prática em consultório, cabe novamente enfatizar a predominância do avanço das formas coletivas de trabalho em espaços comuns, processo que também apresenta características interessantes.

No que se refere a essas formas, o hospital segue sendo a principal forma de trabalho para os médicos tanto no setor público – 55,1% dos que atuam na esfera pública no estudo de Machado (1996) e 56,6% no estudo de Carneiro e Gouveia (2004) – quanto no setor privado onde trabalham 68,5% dos médicos presentes nessa esfera, segundo dados do estudo mais recente.

No caso da esfera pública, além da predominância do hospital como principal espaço/forma de trabalho, ocorrem algumas alterações nas outras modalidades de trabalho. Percebe-se uma diminuição do trabalho em ambulatorios, que representam local de trabalho para 9,2% dos médicos da esfera pública no estudo mais recente, enquanto no estudo de Machado (1996) tal percentual era de 30,1%.

Percebe-se a tendência, na esfera pública, à substituição dos ambulatorios de caráter mais hospitalar (ainda que muitas vezes não anexos ao hospital), de atenção secundária, pelas diversas formas de organização da atenção básica. Os postos de saúde, por exemplo, que no estudo de Machado (1996) representavam espaço de trabalho para 1,3% dos médicos, passam a representá-lo para 14,3% no segundo estudo. Somando-se as outras denominações/formas de assistência tradicionalmente vinculados à atenção básica, como centros de saúde (5,0%) e unidades de PSF (4,9%), esse percentual chega a 24,2% dos médicos que atuam na esfera pública. Nada insignificante para uma modalidade assistencial presente nas representações desses agentes relacionada tradicionalmente à idéia de “assistência menor”, de “pouca importância e status”.

Esses dados são significativos e evidenciam provavelmente os resultados da tendência estatal de estímulo e priorização à consolidação da assistência à saúde na forma da atenção básica/primária nos últimos 15 anos, centrada principalmente, mas não somente, no *Programa Saúde da Família - PSF*.

## **2.6 Trabalho Médico e Assalariamento: o fetiche dos “ganhos autônomos”**

A questão das formas de remuneração dos médicos constitui-se em outro aspecto, juntamente com a permanência do espaço do consultório privado, que concorre para compor o campo das “particularidades” do trabalho médico na contemporaneidade em relação a outras apresentações de trabalho e acaba por subsidiar teses que compreendem a medicina ainda como uma forma “especial” de trabalho, com caráter ainda em grande parte liberal.

Como a grande maioria dos médicos encontra-se empregada no setor público – 69,7% tanto no estudo de Machado (1996), quanto no de Carneiro e Gouveia (2004) – e outra parte importante no setor empresarial privado – 59,3% (Machado, 1990) e 53,8% (Carneiro, Gouveia, 2004), respectivamente – inexistente obviamente o questionamento acerca da predominância do assalariamento na profissão. Todavia, assim como no caso da permanência do consultório e conseqüente a ela, existe a compreensão difundida de que os médicos dividem seus rendimentos entre salários e ganhos autônomo-liberais que não poderiam ser considerados como salário. Como esse percentual de ganhos “não-salariais” ainda é relativamente significativo, ainda que decrescente, como vimos, esse aspecto contribui também como elemento subsidiador da tese da permanência de aspectos da medicina liberal nos dias atuais. Senão vejamos: segundo o estudo de Carneiro e Gouveia (2004), os ganhos da atividade de consultório representam 50% ou mais dos rendimentos para 32,1% dos médicos que mantêm tal prática.

Porém, ao analisarmos mais detidamente a forma da composição de tais ganhos daqueles que mantêm o trabalho em consultório, veremos que cerca de 79% dos médicos no primeiro estudo (Machado, 1996) e 75% no segundo (Carneiro, Gouveia, 2004) atendem

usuários vinculados à medicina de grupo, principalmente nas formas de seguros/planos de saúde e cooperativas médicas. Corroborando com os dados desses dois estudos, os relatos orais em nosso trabalho também são significativos na explicitação da diminuição progressiva das “consultas particulares”, ou seja, desvinculadas de alguma empresa/instituição, tornando-se essa forma de vínculo bastante minoritária, quando não inexistente, na prática da maioria dos médicos.

Portanto, o que se denomina atualmente de “ganhos autônomos” dos médicos – em contraposição ao assalariamento público ou privado – representa, na prática, os pagamentos através de planos/seguros saúde e cooperativas médicas. Pensamos que as concepções que compreendem esses “ganhos autônomos” como formas opostas e essencialmente diferentes das formas assalariadas ocorrem em razão de um equívoco conceitual acerca da forma salário, equívoco, ressalte-se, que não é privilégio de profissionais e estudiosos da área de saúde. Da mesma forma que no caso da socialização, essa idéia baseia-se na compreensão de uma relação social tendo por referência uma formalidade jurídica, uma aparência...

Senão vejamos: o que define a predominância da forma salário não é o estabelecimento de uma forma jurídica de contrato de trabalho, como o contrato formal de trabalho, definido segundo a legislação trabalhista de cada formação social particular. Nem, tampouco, a existência dessa relação social deve ser identificada restritivamente à sua forma mais comum, ou seja, ao emprego dentro do espaço físico da empresa com a vinculação do valor salarial ao tempo (jornada) de trabalho, fixo ou não.

O assalariamento de fato, como relação social, é definido por algumas características essenciais. A primeira condição é que a posse do objeto e dos meios de trabalho não esteja sob controle dos produtores, mas da instituição/empresa que ao contratá-los lhes coloca à disposição os recursos necessários e fundamentais para a

realização de sua atividade. Se, por um lado, no caso dos trabalhadores de práticas predominantemente intelectuais a questão da propriedade dos meios de trabalho fica relativizada em razão de os principais instrumentos aqui serem os saberes<sup>11</sup> instrumentalizadores de técnicas e práticas – o saber operante – a questão da propriedade do objeto de trabalho, por outro lado, ganha centralidade. Isso porque de nada adianta um médico, engenheiro ou professor possuírem a devida qualificação técnica, isto é serem proprietários do seu saber, seu principal instrumento de trabalho, e não terem possibilidade de acessar o objeto sobre o qual devem intervir na realização de seu trabalho.

No caso do trabalho médico, o objeto apresenta-se, como vimos, na forma do corpo orgânico que embora não seja exatamente o corpo “para o doente” é indissociável deste visto que é uma sua manipulação epistemológico-operatória por parte do médico. Assim, como ressalta Mendes-Gonçalves (1979), no plano particular do trabalho médico ser proprietário de seu objeto significaria poder acessá-lo autonomamente, sem a intermediação da empresa/instituição. Logo, o fato de o médico progressivamente passar a necessitar da vinculação aos mais diversos intermediários institucionais a fim de poder captar sua clientela é expressão dessa impossibilidade histórica de manutenção da propriedade de base individual.

Segunda condição fundamental para a existência do assalariamento é que o produtor não se relacione diretamente com os consumidores na venda da mercadoria por ele produzida, ou seja, há necessariamente a intermediação da instituição no processo de

---

<sup>11</sup> Embora, como é sabido, o papel dos equipamentos no caso do trabalho em saúde seja sempre subordinado ao trabalho vivo, não é desprezível a importância e dimensão que tais instrumentos vêm adquirindo com o desenvolvimento da medicina em sua fase tecnológica o que, por sua vez, também passa a colocar restrições significativas e crescentes à propriedade dos mesmos pelos médicos individualmente. Além dos equipamentos, como os de caráter diagnóstico-terapêutico, cabe ressaltar ainda a diminuição da possibilidade de propriedade pelos médicos dos demais componentes do processo de trabalho, como é o caso dos espaços produtivos na forma de centros cirúrgicos, consultórios etc.

transferência da mercadoria do produtor ao consumidor. O produtor, assim, produz para a empresa e esta capta a clientela consumidora. Como, no caso do trabalho médico, objeto de trabalho e consumidor são dimensões atinentes a um mesmo sujeito, o usuário dos serviços de saúde, a intermediação pela empresa/instituição na captação do objeto é também a intermediação na captação do consumidor<sup>12</sup>.

Terceira condição definidora da relação de assalariamento é a delimitação dos ganhos do produtor pela padronização da empresa<sup>13</sup>. Essa padronização pode se dar através da vinculação remuneração-jornada, sua forma mais comum, mas também pode se dar, por exemplo, através do salário por peça. Nessa forma o salário do produtor encontra-se vinculado à produção das mercadorias e não ao tempo de trabalho. Essa forma de salário é a existente no caso do trabalho médico para os plano/seguros saúde visto que o ganho está vinculado ao procedimento/mercadoria produzida. Assim existe um valor fixo, definido, a ser pago para cada consulta, cirurgia etc. Importante ressaltar que mesmo na assistência estatal essa forma de salário encontra-se presente, principalmente na área cirúrgica e de exames complementares, ou através das diversas formas de credenciamento de médicos ao SUS, o que a nosso ver é expressão da tentativa de subordinação da esfera estatal à lógica da produção em saúde sob a forma *mercadoria*.

Quarta condição para o estabelecimento da relação social de assalariamento é a padronização/rotinização do processo produtivo pela empresa, de forma variável. Em

---

<sup>12</sup> Ressalte-se que é característica das formas de trabalho que se realizam como serviços a superposição entre esferas de produção e consumo, o que faz com que as relações sociais hegemônicas na primeira esfera também as sejam na segunda. Para maior detalhamento acerca das particularidades do trabalho em serviços, ver Marx, K. Capítulo VI inédito de O Capital (1979) e Nogueira (1979). Ressalte-se, no entanto, que, em relação ao último autor, não apresentamos total acordo em relação a um aspecto particular de sua tese: o que se refere à pretensa “impossibilidade” de existência do trabalho em saúde sob a forma produtiva (de mais valia).

<sup>13</sup> Que, por sua vez, evidentemente é expressão da padronização pelo mercado de empresas de determinado setor produtivo, em resposta às determinantes infra e super-estruturais do valor e preço da força de trabalho.

algumas formas de trabalho, como o industrial “clássico” tal padronização é bastante aprofundada com o estabelecimento do controle integral sobre o processo produtivo. Em outras formas de trabalho, porém, como o médico, as padronizações podem restringir-se a diretrizes, protocolos, definições do “que” deve compor o processo de trabalho, de qual meio o médico “pode”, ou não, se utilizar para realizar sua prática etc. Embora a padronização/rotinização seja significativamente menos aprofundada nos trabalhos sob a forma de serviços pode-se presenciá-la em constante desenvolvimento nos diversos processos de restrição da autonomia técnica dos médicos, mesmo nos casos de vínculos através de convênios/planos de saúde, o que se evidencia, por exemplo, na proliferação das auditorias e mecanismos de controle baseados em análises de custos.

Importante ressaltar também que formas “atípicas” de assalariamento não são uma particularidade restrita ao trabalho médico, ou sequer aos chamados trabalhos em serviços. A produção industrial não raramente lança mão dessas formas de relação social. É notória a ampliação da utilização dessas formas organizacionais a partir da década de 1970 nos países do capitalismo central, e a partir da década de 80 nos países periféricos, como componente do processo de *reestruturação produtiva* no pós-taylorismo-fordismo. Ampliam-se na indústria as formas de trabalho precarizado, as terceirizações e as diversas modalidades de trabalho em domicílio, seja em atividades mais “rústicas”, como a indústria têxtil com o trabalho familiar, seja nas atividades tecnologicamente mais avançadas, como as ligadas à informática, por exemplo. Nesses casos o que se percebe é a ausência de contrato formal de trabalho, a desconcentração da produção e a hegemonia do salário por peça ou produção (Antunes, 1995, 2006; Pires, 1998; Gomes, 2006).

O recurso à utilização dessas formas de organização da produção associadas a “formas clássicas” é componente da *reestruturação produtiva* na constituição de um novo

ciclo de acumulação do capital na tentativa de superar as crises de queda das taxas de lucro da década de 70. Outros componentes desse processo referem-se à reorganização da produção no espaço das indústrias com a utilização dos arranjos de base toyotista em substituição ou, como é mais comum, em associação com as formas anteriores de base taylorista-fordista. As vantagens para os empregadores na utilização dessas formas atípicas de assalariamento são várias, entre elas podemos citar: a diminuição de custos com encargos trabalhistas; a diminuição do potencial de organização sindical dos trabalhadores em razão do seu isolamento em processos produtivos menores, terceirizados ou em domicílio; e, muitas vezes, o repasse de parte dos custos de produção para os trabalhadores que têm de obter não raramente parte dos meios de produção (Antunes, 1995, 2006).

É interessante perceber como a transição da medicina liberal para a medicina tecnológica “antecipa” em algumas décadas, em uma forma particular de trabalho, elementos que serão (re)utilizados de maneira mais ampliada em outros processos produtivos com o advento da *reestruturação produtiva*. Não obstante, cabe enfatizar que o recurso a esses mecanismos de organização do trabalho possuem suas raízes já nas primeiras formas de manufatura sob as relações capitalistas.

Também é interessante ressaltar o recurso a essas formas de assalariamento em outras formas de trabalho intelectual, outrora liberais, como é o caso do trabalho de professor. Na esfera privada do ensino superior, por exemplo, o assalariamento tem se dado predominantemente na forma de salário por peça, situação em que o professor recebe um valor fixo por aula/atividade.

No caso do trabalho médico, as raízes para a utilização preferencial dessa forma de assalariamento talvez devam ser buscadas também nas raízes liberais da constituição da medicina moderna e no papel importante exercido pelos médicos modernos no interior do

estado capitalista nascente, o que lhes proporcionou historicamente grau significativo de status social em razão da sua função como agente orgânico das relações burguesas então em consolidação (Mendes-Gonçalves, 1979; Schraiber, 1989). Não se tratava, assim, de um “trabalhador qualquer”, passível de exploração, subordinação e proletarização de forma “explícita” e em graus “vis” como os demais, seja do setor industrial, seja do setor de serviços. Poderíamos mesmo advogar que a forma como se constitui o assalariamento dos médicos é expressão de um movimento objetivo “cuidadoso”, tanto por parte do capital do setor saúde quanto do estado, no sentido de subordinar essa categoria profissional à socialização do trabalho mantendo-lhe razoável grau de status social e autonomia técnica, o que, por sua vez, tende a despertar baixo grau de resistência por parte desses agentes às transformações pelas quais tem passado o trabalho médico e o trabalho em saúde em geral. Esse movimento objetivo, por sua vez, deixará marcas indeléveis no plano das representações dos agentes acerca de sua prática, como veremos adiante.

## **2.7 A Especialização e suas Contradições**

O processo de especialização, como vimos, é característica fundamental do trabalho médico na contemporaneidade. Como tal processo também se apresenta permeado por interessantes e, não raro, contraditórios elementos cabe fazer alguns comentários a fim de subsidiar as análises que faremos em capítulo posterior à luz dos relatos obtidos durante a pesquisa.

Com relação às principais especialidades em que atuam os médicos, nota-se ainda a predominância das “especialidades gerais” – cardiologia (9,8%), clínica médica/medicina interna (8,6%), pediatria (8,5%) e ginecologia-obstetrícia (8,2%) – seguidas pela

anestesiologia (6,0%), urologia (5,1%), cirurgia geral (4,0%), dermatologia (3,6%), medicina geral comunitária (3,0%), psiquiatria (2,9%), medicina do trabalho (2,8%) e ortopedia/traumatologia (2,5%) (Carneiro, Gouveia, 2004).

Porém, ao compararmos com a pesquisa de Machado (1996) podemos evidenciar algumas alterações sugestivas de tendências importantes. Um primeiro aspecto que chama a atenção refere-se à estabilização ou decréscimo relativo das três grandes especialidades gerais. Naquele estudo pediatria (13%), ginecologia-obstetrícia (12%) e medicina interna (8,0%) eram as mais frequentes e atualmente parecem ser superadas por uma especialidade menos geral – a cardiologia.

Outra alteração significativa em relação à pesquisa de Machado (1996) é o surgimento, no estudo mais recente, da dermatologia e da urologia entre as dez principais especialidades exercidas pelos médicos, o que pode indicar a tendência à escolha de especialidades centradas em procedimentos/equipamentos tendo em vista as vantagens remunerativas nessa forma de prática, principalmente em caso de vínculos com planos/convênios privados.

Essas semelhanças e diferenças entre os dois estudos corroboram com a já bastante conhecida análise acerca do desenvolvimento da tendência de especialização progressiva no trabalho em geral, e no trabalho médico em particular. Não obstante o conhecimento notório de tais tendências, pensamos que algumas “velhas questões” ganham impressionante importância e atualidade para a compreensão de diversas conseqüências e contradições de tais movimentos ao nível da organização das práticas e da assistência da saúde. Por isso, mesmo correndo o risco de nada acrescentar ao leque de elementos já de domínio pelo leitor, além de tomar-lhe tempo, optamos por socializar algumas breves

reflexões que a nosso ver poderão contribuir para a compreensão desse rico movimento de divisão técnica ao qual é impulsionado o trabalho em saúde.

É bastante conhecido, através da análise do desenvolvimento dos processos de trabalho, o grau de complexidade a que esses são alçados quando do desenvolvimento progressivo da coletivização da produção baseada na divisão técnica do trabalho. Por um lado, destaca-se o aspecto quantitativo, ou seja, a elevação da quantidade de produtos adquiridos através de processos coletivos em comparação à produção individual, de base artesanal. Por outro lado, evidencia-se a alteração qualitativa, surgida como consequência de tal coletivização, que implica na especialização progressiva dos agentes e instrumentos de trabalho com a subsequente ampliação do “campo produtivo”. A socialização do trabalho, portanto, se, por um lado, tende a restringir-simplificar o campo de atuação de cada trabalhador, por outro lado, tende a complexificar o processo produtivo, como um todo, e seus resultados (Braverman, 1987; Marx, 2001). Exemplo disso é que os produtos-bens de consumo – como, por exemplo, eletro-eletrônicos, sapatos, automóveis etc. – são sempre mais “complexos” em relação aos seus semelhantes de gerações anteriores, enquanto os trabalhadores de tais processos produtivos se encontram subordinados a progressivos processos de parcelarização-simplificação de sua atividade. Assim, desenvolvimento científico-tecnológico e divisão técnica do trabalho encontram-se indissociavelmente interdependentes.

Logo, um processo produtivo ao ser submetido à movimentos sucessivos de socialização e consequente divisão técnica do trabalho não somente torna-se um processo mais eficiente como tende a tornar-se também “outro” processo produtivo em função de nova dinâmica e novo grau de complexidade tecnológica que tende a adquirir.

Com o trabalho médico, essa tendência geral, respeitadas as particularidades, não deixa de manifestar-se. Senão vejamos: foi com a coletivização do trabalho médico tendo como lócus o hospital que a medicina pôde aprofundar a graus extremos a especialização de seus agentes e o conseqüente desenvolvimento progressivo de saberes e instrumentos apreendedores do corpo orgânico em suas múltiplas sub-divisões, sub-divisões estas também definidoras-definidas (a partir da ordenação) das especialidades.

Entretanto, no caso do trabalho médico em razão de suas particularidades<sup>14</sup> – a determinação social de seu objeto; o papel infra e super-estrutural de seus agentes, entre outros – essa tendência geral apresentar-se-á de formas particularmente interessantes.

Um primeiro aspecto que expressa tal particularidade é a impossibilidade de associação automática entre especialização e simplificação tecnológica ao nível do agente médico. De fato, a associação entre tais tendências ao nível do agente de trabalho é característica bastante presente nas formas de trabalho de caráter mais manual, como os operários da indústria de bens materiais, por exemplo. Quando analisamos as formas de trabalho com predominância de práticas intelectuais a tendência de especialização em parte das vezes tende a ser acompanhada de uma complexificação tecnológica também ao nível dos agentes, além da já citada complexificação ao nível dos meios de trabalho.

Podemos, a título de exemplo, pensar no caso dos engenheiros, uma forma de trabalho predominantemente intelectual. Aqui também é sensível o processo de avanço da divisão técnica do trabalho a partir das “engenharias gerais” – mecânica e elétrica – com o surgimento de várias especialidades como as engenharias química, eletrônica, de informação, cartográfica, de bio-processos, mecatrônica, etc. O que podemos ver, também aqui, é que os agentes especialistas, embora tenham seu campo de atuação mais restrito em

---

<sup>14</sup> Ver capítulo 1.

relação ao período pré-especialização, essa restrição somente pode ser considerada de forma relativa visto que esses campos parcelares ganham uma dimensão tanto quantitativa quanto qualitativa jamais vista anteriormente ao processo de divisão técnica do trabalho. Ou seja, o campo parcelar de atuação de um engenheiro eletrônico é de tal amplitude e complexidade possivelmente comparáveis, em alguns aspectos, ao campo “estendido” dos “engenheiros generalistas”. Nesse caso, portanto, especialização/parcelarização provavelmente não possam ser utilizados como sinônimos de simplificação tecnológica.

No caso do trabalho médico, como discutimos anteriormente, há uma diferença importante em relação ao trabalho do engenheiro utilizado no exemplo acima. Diferentemente desse, o trabalho médico, além de apresentar-se como trabalho predominantemente intelectual, apresenta como parte de seu campo de atuação um conjunto de práticas manuais historicamente determinadas. O processo progressivo de especialização, além de parcelar campos de saber, produz também campos parcelares de práticas manuais sob domínio de diferentes agentes. Também aqui o campo parcelar ganha progressivamente uma dimensão até então inexistente, com uma complexidade científico-tecnológica crescente. Desse modo é que podemos dizer que a cardiologia, por exemplo, inexistia nos tempos anteriores à especialização médica, visto que o conhecimento e prática dos médicos artesãos sobre o sistema cardiovascular, além de muito limitado em comparação com os dias atuais, era qualitativamente outro, constituindo-se como componentes de uma totalidade mais ampla. Essas práticas sobre os órgãos do sistema cardiovascular deixam progressivamente de ser algumas dentre as múltiplas práticas às quais se dedicava o médico para se tornarem um campo específico de atuação de um agente de trabalho. Assim, o surgimento da cardiologia como campo próprio de trabalho (saberes e práticas) implica redefinição de agentes, meios e objetos de trabalho, diversos do anterior.

O que inicialmente é apenas uma divisão de atribuições torna-se, de fato, um novo campo de saberes e práticas, dominadas por um novo agente, que progressivamente se amplia e se complexifica tecnologicamente em relação aos saberes e práticas anteriores. Desse modo, provavelmente não possamos dizer que o cardiologista realiza uma prática simplificada em relação ao médico artesão.

A afirmação acima possui grande teor de verdade, porém se analisarmos o trabalho em saúde como totalidade, veremos que não contém toda a verdade. Esclarecemo-nos melhor. Ao falarmos em simplificação e complexificação nos parágrafos acima, fizemos uso do critério mais comum utilizado para essa qualificação, tanto pela sociologia do trabalho quanto pelas ciências da administração e economia, qual seja: o papel dos meios de trabalho e das produções científico-tecnológicas presentes nos processos produtivos. Essa, inclusive, tem sido sua utilização mais comum na área de gestão e planejamento em saúde<sup>15</sup> (Merhy, 1997, 2000; Silva-Júnior, 1998).

Uma contribuição importante do campo da *teoria crítica do trabalho*, porém, foi ter elegido como centralidade, na discussão acerca da simplificação-especialização ao nível do agente de trabalho, algo mais profundo, qual seja: o aspecto relativo ao grau de reflexão e de exigência do trabalhador no domínio e mobilização de saberes e habilidades na realização de sua atividade. Em síntese, o conceito de *simplificação* do trabalho estaria relacionado mais à diminuição do *grau de reflexão/criação* necessários no interior da atividade, conseqüente à restrição do campo de atuação dos sujeitos a atividades parcelares, cada vez mais distantes do conhecimento e domínio da integralidade do processo de trabalho (Braverman, 1987; Marx, 2001). Somente assim podemos entender a metáfora,

---

<sup>15</sup> Vide a discussão acerca dos níveis de complexidade tecnológica no processo assistencial em saúde, com as divisões em serviços/ações de baixa, média e alta complexidade (Silva-Júnior, 1998).

utilizada por Taylor, do *gorila adestrado*. Ou seja, somente assim pode-se compreender porque o operário da indústria fabril realiza uma atividade mais simples do que o artesão de séculos atrás, mesmo estando este inserido em um processo produtivo tecnologicamente menos desenvolvido. Destarte, complexificação do processo de trabalho pode conviver perfeitamente, e o faz, com simplificação do trabalho ao nível dos agentes. Poderíamos, mesmo sob o risco de incorrerem em certa imprecisão conceitual, afirmar que essa idéia de *simples* encontrar-se-ia mais identificada com o antônimo de *difícil*.

Isso nos aproxima de um conceito utilizado no primeiro capítulo desse trabalho no qual identificamos o trabalho médico com a característica, entre outras, de *ato difícil* (Schraiber, 2008). Explicitamos a relação de tal característica com a complexidade do trabalho médico em razão, menos de sua dimensão científica, e mais de sua dimensão arte; ou seja, relacionamos a idéia de *difícil* mais ao seu caráter de criação-reflexão, dimensão presente e necessária em função de seu caráter de incerteza decorrente da natureza particular de seu objeto. Dada a peculiaridade do objeto da prática médica, ou seja, dada a necessidade de apreensão do sofrimento humano, determinado socialmente, sob a forma da disfunção/lesão ao nível do corpo orgânico, o médico opera no espaço entre a norma científica homogeneizante e a heterogeneidade dos casos particulares (Freidson, 1970; Ribeiro, 1995). Essa característica – de *ato difícil* – historicamente tem encontrado sua mais profunda expressão no momento do diagnóstico, sendo esse o concentrador de grande parte do componente reflexivo da prática. Todavia, dadas as novas condições históricas postas para o trabalho em saúde – a extensão do campo de atuação da biomedicina e as implicações da expansão das práticas de “manutenção” próprias dos novos perfis epidemiológicos – tendemos a pensar que o momento terapêutico, ainda que talvez esse conceito precise ser problematizado e, possivelmente re-significado, assume na

contemporaneidade uma complexidade, de outras naturezas, que talvez não seja descabido lhe imputar uma caracterização de maior exigência de reflexividade na contemporaneidade. Voltaremos, contudo, a esse aspecto, da terapêutica em particular, mais à frente.

Pois bem, o que queremos ressaltar é a possibilidade das transformações pelas quais vêm passando o trabalho médico, como conseqüência da especialização progressiva, incorrerem na restrição da atividade dos médicos a práticas “menos difíceis”, “mais simplificadas”, em relação à atividade do antigo médico artesão, não obstante o avanço tecnológico progressivo expresso em novos saberes, práticas e equipamentos. No que se refere ao diagnóstico, talvez um critério facilmente utilizável para aferição do grau de reflexão exigido na atividade dos médicos contemporâneos em relação aos seus colegas do passado possa ser, por exemplo, o leque de conceitos e classificações nosológicas a serem dominadas para a realização da prática. Ou seja, enquanto o médico artesão necessitava dominar um leque de patologias relativas aos mais diversos órgãos e sistemas do corpo, o especialista limita sua reflexão/abordagem a um campo anatomofisiológico sensivelmente mais restrito. Além disso, a objetivação crescente das técnicas diagnósticas nos equipamentos, como os exames de imagem, parece estar reduzindo consideravelmente o grau de reflexão necessário nesse momento da prática. Nos relatos, a pequena citação de dificuldades relativas à realização de diagnósticos, em comparação com o maior número de relatos de “dificuldades terapêuticas”, talvez possam ser expressão de tal processo de transformações. Quando os médicos relatam dificuldades nesse momento da intervenção – o diagnóstico – elas tendem a referir-se basicamente a obstruções no acesso aos instrumentos facilitadores do mesmo e raramente referem-se a “dificuldades clínicas” próprias dos casos, no qual o discernimento e reflexão do médico consultante exercem papel decisivo. Comumente, quando há referências a colegas considerados “grandes

diagnosticadores” esses são clínicos generalistas do passado, dos tempos dos médicos artesãos...

Por outro lado, parece que a reflexão está sendo exigida menos para guiar o diagnóstico em si, senão para fazê-lo lidando de maneira “eficiente” e “racional” com a série de instrumentos disponíveis em cada caso. Ou seja, as dificuldades, muitas vezes, referem-se menos à ausência de recursos científico-tecnológicos do que à gestão de seus excessos (Camargo-Júnior, 2003; Schraiber, 2008).

Por outro lado, simultânea e contraditoriamente, trata-se cada vez mais de usar “a criatividade” para lidar com as restrições ao acesso, para “burlar” as obstruções pelos planos de saúde ou pelo sistema público, para convencer os usuários da não necessidade em realizar tal exame...

Assim, a tendencial simplificação técnica no agir conviveria com a progressiva complexificação científico-tecnológica expressa na manipulação de saberes e instrumentos cada vez mais numerosos e avançados e com a complexificação no plano das interações, seja com intermediários ou usuários, seja ainda com os demais agentes do trabalho em saúde. Poderíamos, a fim de tentar expressar tal contradição da prática médica, entender esse processo como o de uma progressiva “simplificação complexificadora” ao nível dos seus agentes concretos.

Essas tendências geralmente não se apresentam como perceptíveis para a sociedade, desse modo acima analisado, sendo bastante conhecida a elevada valoração social das atividades de caráter ultra-tecnológico relacionadas não somente à medicina. Esse elemento, somado às remunerações<sup>16</sup> mais elevadas dos especialistas, garantirá a estes

---

<sup>16</sup> Cabe lembrar que os salários mais elevados dos especialistas em relação aos “menos especializados”, não somente no trabalho médico, é consequência principalmente do valor maior dessa força de trabalho em razão

status social em graus mais elevados do que os generalistas da atualidade, ainda que sensivelmente menores em relação aos médicos artesãos de outros tempos.

Importante ressaltar que um resultado importante da progressiva divisão técnica do interior do trabalho médico é a heterogeneidade dos agentes componentes do trabalho médico coletivo por referência ao controle/domínio da integralidade do processo assistencial. Dentre os especialistas existem aqueles que acabam por exercer um processo de centralidade maior do que outros no interior do processo assistencial global, ainda que bastante limitados em relação ao antigo médico artesão. Geralmente tal papel é desempenhado pelos agentes das especialidades “mais gerais”, ou seja, aquelas cujo campo de saberes/práticas é relativamente mais amplo em relação às demais ou aquelas cuja intervenção sobre o seu campo restrito exige inter-relação muito estreita com outros campos, exigindo do profissional o conhecimento, ainda que limitado, para além da sua especialidade. Exemplo das primeiras são a ginecologia, pediatria e medicina geral comunitária (atualmente na forma do médico do PSF e da atenção básica), enquanto as segundas tenham talvez na cardiologia sua principal representante.

Em seguida, em grau crescente de especialização, temos os especialistas em áreas menos globais e progressivamente mais especializadas, cujo campo de saberes e práticas é mais restrito em sua dimensão anatomofisiológica. Internamente às especialidades o movimento de especialização aprofunda-se, como é sabido, originando as chamadas sub-especialidades que geralmente tendem a possuir um caráter mais terapêutico do que diagnóstico. Como parte dessa tendência, proliferam-se as especialidades com

---

dos gastos para sua produção/reprodução advindos, por exemplo, do maior tempo necessário para formação técnica. Além disso, outros fatores de mercado influenciarão o valor da força de trabalho médica conformando seu preço como, por exemplo, os graus de oferta e demanda de determinados extratos de trabalhadores disponíveis no mercado.

predominância de práticas cirúrgicas sobre as clínicas fazendo com que a interação entre médico e usuário tenda a se revestir de maior provisoriedade.

Há também cada vez mais especialistas que ocupam lugares secundários e esporádicos dentro do fluxo do processo assistencial, cuja principal característica é servirem de suporte ao médico consultante ou assistente. São os chamados “especialistas de equipamentos”, ou seja, médicos especializados no manuseio de algum recurso tecnológico, na maioria das vezes diagnóstico, mas com frequência também terapêutico, cuja participação no processo assistencial possui caráter bastante provisório e “acessório” ao trabalho do médico mais “concentrador” do caso. Veja-se bem: a provisoriedade na relação com o paciente durante o processo assistencial é característica inerente à medicina após adentrar sua fase tecnológica em razão de várias novas condicionantes como, por exemplo, a vinculação do usuário à instituição e não diretamente ao médico, a rotatividade do trabalho na forma de equipes, a impermanência dos vínculos vários etc. (Schraiber, 1993; Peduzzi, 1998; Mechanic, 2005). Não é a essa provisoriedade, a essa descontinuidade, que estamos nos referindo aqui, mas a uma muito mais intensa e que talvez nem deva ser caracterizada como provisória visto que se recobre de um caráter mais pontual, isolado, na maioria das vezes único mesmo, aquela cuja relação entre médico e paciente não ultrapassa os minutos do procedimento. Relação cuja principal característica talvez seja o *anonimato*, visto que tanto profissional quanto usuário raramente se lembrarão dos nomes um do outro passados alguns minutos após o encontro. Aqui, a atividade encontra seu fim no ato, no procedimento. Não há descontinuidade nesse caso, pois a integralidade dessa atividade restringe-se a esse momento fugaz. Freidson (1970), como vimos, caracterizou como *paramédicos* os demais agentes do trabalho em saúde cuja atividade destinava-se em última instância a servirem de auxiliares ao trabalho médico. Talvez não incorramos em tão grave

imprecisão conceitual se caracterizarmos os “especialistas de equipamentos” como *para-clínicos* dado seu caráter auxiliar no processo assistencial global ao mesmo tempo em que, pela formação médica e tudo que ela encerra, diferenciam-se dos demais agentes não-médicos do trabalho em saúde.

Parece haver ainda outra característica que tem colaborado para dar um caráter de “nova complexidade” ao trabalho em saúde na contemporaneidade o que, por sua vez, implicaria a caracterização das práticas de vários de seus agentes, médicos e não médicos, como dotadas de um grau aumentado de dificuldade, requerendo graus elevados de reflexão. Estamos nos referindo aos limites encontrados cotidianamente por alguns agentes em abordar diversas condições de sofrimento humano que progressivamente a sociedade incorpora ao leque das patologias de caráter anatomopatológico, e para as quais muitas vezes os recursos – na forma de saberes, práticas e instrumentos materiais – advindos da biomedicina não são suficientes para instrumentalizar ações cuidadoras. Voltaremos a essa discussão de forma detalhada à frente a fim de discutir como a perda progressiva pelas práticas em saúde do referencial no *cuidado*, referencial que transita historicamente passando a restringir-se à “correta aplicação da técnica” em atos-procedimentos instauradores das regularidades anatomofisiológicas, limita o sucesso prático do trabalho em saúde (Merhy, 2000; Ayres, 2001). E veremos, inclusive, como na maioria das vezes tais limites não serão reconhecidos pelos agentes como demonstrativos de complexificação do trabalho, requerendo novos modos de reflexão ou a busca de novos instrumentais, postos as insuficiências da racionalidade biomédica, sendo significados, esses limites, freqüentemente como “questões externas” à prática, conflitos naturais intransponíveis, não raramente incorrendo em frustrações de várias ordens (Camargo-Júnior, 2003).

Também aqui a divisão técnica do trabalho é indutora de heterogeneidade significativa visto que não são todos os agentes, médicos ou não médicos, que se deparam cotidianamente com esses limites expressadores dos limites da racionalidade biomédica. Alguns agentes, como vimos, tem uma participação tão pontual e acessória no processo assistencial, que tais questões acerca da centralidade do *cuidado* não chegam a se colocar explicitamente.

## **2.8 Autonomia Técnica Tensionada: os ideais de profissão e suas contradições**

O fato de a configuração primeira da medicina sob as relações capitalistas dar-se na forma da pequena produção individualizada, de base artesanal – a fase da medicina liberal – tem importante influência no plano das representações desses agentes acerca de si e de sua prática.

Consolidou-se ao longo do desenvolvimento da fase liberal a representação da medicina relacionada ao valor de *autonomia* de seu agente no controle da prática, ou seja, a representação da medicina como uma prática *essencialmente* individual e privada, sendo que as transformações em sentido contrário tendem a serem vistas como “deformações” da “boa prática” (Freidson, 1970; Donnangelo, 1975; Schraiber, 1993; 2008)

A partir dessa constatação é interessante perceber como as futuras transformações da medicina em seu desenvolvimento como trabalho na forma socializada, coletivizada, tenderão a ser representadas pelos médicos de forma contraditória. Por um lado os médicos inicialmente significarão como “ingerência” externa sobre a prática médica e “degeneração” das boas condições de exercício da medicina o crescente desenvolvimento

dos diversos mecanismos de assalariamento do trabalho médico, sejam de caráter estatal ou privado.

Por outro lado, os avanços científicos - tecnológicos advindos desses processos de socialização do trabalho como a especialização, o desenvolvimento de novos instrumentos, entre outros, tenderão a serem vistos como conseqüência natural do progresso da medicina, a mesma medicina sempre em um *continuum* crescente de desenvolvimento de sua cientificidade. Isso, a nosso ver, é parte do que Conti (1972) apud Mendes-Gonçalves (1979) caracteriza como uma leitura da medicina que unifica historicidade e a-historicidade nas representações dos médicos visto que, se por um lado, vislumbra-se na medicina uma prática naturalizada, essencialista, a-histórica por referência às suas finalidades, por outro lado, incorre-se (restringindo-se) o caráter histórico da mesma aos seus meios.

Porém, por mais que o conjunto das representações sociais – componente superestrutural da totalidade social – por vezes desenvolva-se regido por dinâmicas próprias, com grau relativo de autonomia por referência às determinações materiais, ele terá, em algum momento e grau, que “acertar contas” com os movimentos no plano (infra)estrutural da socialidade existente, ainda que, muitas vezes, de forma bastante contraditória.

Schraiber (1993) evidenciou como, com a socialização e o assalariamento crescente por ocasião da transição da medicina liberal para a medicina tecnológica os médicos progressivamente vão restringindo sua “representação” de autonomia para o plano da técnica como expressão de movimentos infra-estruturais que superam as formas de autonomia no plano das relações mercantis. Assim ser autônomo nos tempos da medicina liberal significava ter liberdade tanto para operar tecnicamente a prática médica quanto para organizar comercialmente a oferta de serviços no que se refere, por exemplo, à definição

dos honorários, captação da clientela etc. Já em tempos de predominância do assalariamento e das formas coletivizadas de organização do trabalho, “ter autonomia” para os médicos significará a garantia do controle próprio sobre os atos técnicos de exercício da medicina.

Logo, para a geração de médicos pós desenvolvimento da medicina tecnológica não se colocará de forma significativa o questionamento acerca da “validade” das diversas formas de assalariamento e institucionalização da prática senão no que se refere à melhoria das condições de trabalho e assalariamento. Ou seja, se aceita como fato inquestionável o caráter assalariado do trabalho médico, ainda que algumas vezes com críticas exaltadoras dos “tempos idílicos” da medicina liberal, sendo que os questionamentos e reflexões agora tendem a se direcionarem para as reivindicações visando à melhoria das condições em que tal assalariamento e institucionalização ocorrem (Donnangelo, 1975; Schraiber, 1993).

Não significa, entretanto, que a representação da medicina liberal como “medicina ideal” inexistia, porém tal representação tende a se expressar minoritariamente, e mais nas falas daqueles sujeitos vivenciadores de “outros tempos”, mesmo quando esses “outros tempos” ocorram no presente. Explico: as apologias à medicina liberal ou apresentam-se como expressão dos setores que vivenciaram tais relações no passado, os médicos mais velhos, ou daqueles agentes, bastante raros, que exercem exclusivamente a prática não assalariada na atualidade, a chamada “medicina particular” de consultório exercida pelos “grandes nomes” da medicina. Como os sujeitos em tais condições são bastante, e cada vez mais, raros essa forma de discurso vai progressivamente perdendo receptividade no meio dos médicos. Tal dissolução desse discurso só não é mais rápida e intensa devido ao fato de que, muitas vezes, esses agentes que são cada vez mais inexpressivos no plano concreto das relações de produção apresentam-se em postos chave nas entidades representativas e

demais instituições “formadoras de opinião”, como os conselhos de classe, por exemplo. Logo, os representantes, os intelectuais orgânicos, dentre os médicos, aqueles responsáveis por elaborar e difundir concepções e diretrizes “unificadoras” da categoria profissional muitas vezes expressam ainda as representações da medicina liberal como forma ideal de organização da prática. Aqui há um exemplo concreto da dimensão ideológica muitas vezes presente nas representações sociais hegemônicas na sociedade.

As idéias, conceitos e valores surgem determinados, ainda que não sejam sua “expressão automática”, pelas relações sociais existentes materialmente em dados momentos históricos. Todavia, como sabemos, a realidade social jamais se apresenta imobilizada e harmônica, sendo que sua principal característica, por mais que isso nem sempre seja tão evidente, é de fato o dinamismo, o movimento permanentemente tenso e instituidor de tendências e contradições. Sabemos que as idéias predominantes, os valores, as representações, também se encontram em movimento, porém dificilmente se transformam com a mesma velocidade com que o faz a realidade social. Pois bem, acontece freqüentemente de idéias, valores, representações que surgiram em dado momento histórico como expressão de determinada realidade social, se consolidarem, se cristalizarem, não acompanhando em simultaneidade os movimentos dessa realidade. Essa “desatualização” das representações/concepções em relação à realidade em movimento faz com que fiquem “superadas” em seu potencial explicativo ou representador dos fenômenos que buscam explicar/representar (Iasi, 2002; Lukács, 2003).

Essas concepções e valores “superados” historicamente em suas capacidades explicativa e ou representadora podem, mesmo, ainda possuírem uma base material de determinação. No nosso caso, do trabalho médico, a base material para a existência da concepção da medicina liberal como “ideal” ou “correta” é a existência bastante minoritária

de agentes que operam, ou operaram, ainda com alguns aspectos da antiga prática médica. Entretanto, não é essa base material bastante reduzida e, poderíamos mesmo dizer, insignificante em relação à totalidade do trabalho médico na contemporaneidade que “garante” a existência e reprodução da concepção idealizadora da medicina liberal.

Quando as idéias e valores surgem como expressão de um movimento hegemônico da realidade social eles encontram “legitimidade” e passam a ser reproduzidos pelos agentes e instituições próprios de seu campo de saber e prática. Esse processo “ossifica-se”, cristaliza-se, através das estruturas existentes e das elaborações que buscam conferir caráter universal, e muitas vezes atemporal, a essas idéias e valores sócio-historicamente determinados. Essas concepções, portanto, quando “cristalizadas” na forma de estruturas, instituições, adquirem um poder ampliado de “legitimidade” e “reprodução” que as perpetuam por um período mais ou menos longo em relação ao momento histórico da superação de sua base material. Apesar de perderem, desse modo, caráter explicativo-representador, elas se mantêm hegemonicamente com caráter ideológico, ou seja, como um discurso de caráter lacunar que busca conferir dimensão universal a idéias com base material e social bastante particulares e restritas (Chauí, 1984; Mészáros, 2004).

Todavia, como o “ajuste” entre realidade e concepções/representações tem que se dar de algum modo, o que vemos mais comumente nos relatos dos médicos e, em alguma medida, nas elaborações de suas entidades, é a presença do *novo* em convivência contraditória com o *velho*. Ou seja, se, por um lado, a predominância das relações assalariadas e coletivizadas são inegáveis e aparentemente insuperáveis no plano das representações, por outro lado, ela encontra-se “mesclada” a fugazes referências a “um tempo melhor”, geralmente no passado, com características muito similares às da medicina liberal, que se tenta projetar no futuro.

Gramsci (1987) caracteriza o *sensu comum* justamente por esse seu caráter contraditório, “bizarro”, no qual convivem concepções expressadoras, ao mesmo tempo, do mais avançado e do mais atrasado historicamente, do crítico-transformador e do ideológico-reprodutor.

Expressão disso é como a defesa pelos médicos da autonomia em sua dimensão técnica, característica marcante em tempos de medicina tecnológica, já aparece em alguns momentos como relativizada, ainda que muito sutilmente, em alguns depoimentos. Ou seja, convivem lado a lado, expressas muitas vezes pelo mesmo sujeito, referências “idealizadoras” da medicina liberal e, contraditoriamente, referências à necessidade de “controle” sobre alguns aspectos da prática médica.

Ao mesmo tempo, já se manifesta como representação hegemônica entre seus agentes na contemporaneidade a idéia do médico como trabalhador, algo muito raro nos tempos da medicina liberal e mesmo atípico por ocasião da fase de transição para a medicina tecnológica. Como poderá ser visto, são bastante comuns nos relatos diversas referências à valorização dos direitos trabalhistas, às exigências por melhores condições de trabalho, a condições entendidas como de “exploração do médico” etc. Assim como são cada vez mais freqüentes as formas de organização e expressão dos médicos na sociedade à semelhança das formas clássicas de organização/reivindicação dos trabalhadores “menos especiais”, como é o caso do recurso crescente a greves, negociações coletivas com o patronato (privado ou público) etc.

Destarte, o plano das representações apresenta-se como um rico mosaico, nada harmônico, conformado por concepções bastante contraditórias entre si. Pensamos, contudo, que não se deve entender esses fenômenos como “caprichos” da mente humana, “erros” típicos do mundo das representações, senão como manifestações subjetivas de

movimentos contraditórios existentes na realidade material, na qual os sujeitos tentam, com as ferramentas que têm à mão e frente às constrições que a realidade lhes impõem, compreender e atuar cotidianamente.

## **2.9 Da Medicina Tecnológica ao Trabalho em Saúde**

Discutimos atrás que o processo de socialização do trabalho médico desenvolve-se progressivamente a partir da superação da medicina liberal pela medicina tecnológica, ou seja, a partir da superação da produção individual e autônoma do médico-artesão pela produção de serviços médicos de caráter coletivo, cooperativo, seja através das empresas do setor saúde, seja através das instituições de caráter estatal. Ressaltamos também que, a partir da conformação da medicina em sua fase tecnológica, o próprio trabalho médico passa a ser subsumido a um movimento mais profundo que constitui na contemporaneidade o trabalho em saúde. A divisão técnica pela qual passa o trabalho médico com o advento da sua fase tecnológica amplia-se e ganha uma dimensão que extrapola a própria medicina como profissão e prática (Carapinheiro, 1993; Pires, 1998). Logo, constitui-se nas últimas décadas do século XX um processo de trabalho coletivo ampliado na assistência à saúde, sendo o trabalho médico um de seus componentes, geralmente o maior centralizador do processo assistencial e, não raramente, exercendo esse protagonismo de forma compartilhada com outros agentes.

Os mecanismos através dos quais ocorre a constituição desse novo processo de trabalho coletivo em saúde são basicamente de duas naturezas: a delegação/transferência de práticas outrora exclusivas dos médicos para outros agentes; e a ampliação do campo

assistencial em saúde levando à inclusão de novos agentes no processo produtivo (Mendes-Gonçalves, 1979; Peduzzi, 1998).

O primeiro mecanismo, a delegação/transferência de práticas médicas para outros agentes, pode ser evidenciada tanto nos momentos diagnósticos quanto terapêuticos do ato assistencial. No momento diagnóstico, por exemplo, expandiram-se as profissões de nível técnico que praticamente retiraram os médicos de alguns espaços como os laboratórios bioquímicos e radiológicos. Isso se deve, em grande parte, à crescente objetivação dos meios diagnósticos que possibilita o manuseio de muitos equipamentos por agentes não médicos, restando aos médicos o espaço reflexivo de interpretação dos exames realizados, como é o caso dos exames de imagem. No caso dos exames laboratoriais o espaço do médico laboratorista também se restringe progressivamente em função da automação e da participação de outros agentes na análise da maioria das amostras, restringindo-se esse espaço praticamente à análise de peças anatômicas pelo patologista. Tem sido muito freqüente nesses espaços-momentos diagnósticos o estabelecimento de pequenos núcleos de cooperação entre sujeitos distintos, nos quais o médico detém o espaço mais reflexivo e algumas vezes os espaços manuais mais complexos, delegando a outros agentes as funções manuais menos complexas (Peduzzi, 1998; Pires, 1998).

No caso das práticas terapêuticas o processo de divisão técnica e cooperação apresenta-se mais rico e complexo. Nesse movimento de restrição de parte das práticas mais reflexivas e ou manuais complexas ao “núcleo” médico, grande parte do processo do cuidado direto ao usuário consolida-se sob controle de outros agentes, que, por sua vez, também estão submetidos à dinâmica da divisão técnica do trabalho.

Historicamente, o primeiro grupo de agentes a “receber” parte importante dessa “transferência/delegação” de práticas médicas foram as profissionais de enfermagem em

razão de sua origem como profissão moderna se dar sob o caráter de auxiliares do trabalho médico no espaço do hospital. Com a reestruturação do hospital na modernidade, agregando-se à função de exclusão-proteção as funções de experiência médica e de cura, o trabalho das agentes de enfermagem vai progressivamente agregando às práticas “cuidadoras” e “consoladoras” de origem filantrópico-cristã, práticas de caráter também terapêutico sob supervisão médica (Pires, 1998). A delegação dessas práticas médicas de atuação sobre o corpo ampliam-se de maneira discreta ao longo da primeira metade do século XX – período de existência da medicina liberal no Brasil – passando a sofrer uma expansão quantitativa importante a partir do surgimento da medicina tecnológica tendo como espaço privilegiado de socialização do trabalho novamente o hospital. Com efeito, essa ampliação quantitativa das práticas delegadas pelos médicos aos profissionais de enfermagem passa a colocar em movimento transformações mais profundas, de caráter qualitativo no que se refere ao papel desses agentes.

Inicialmente as práticas delegadas eram de caráter manual pouco complexo – curativos simples, prescrições de fácil realização – além dos tradicionais “cuidados higiênicos” dos usuários. Progressivamente tais práticas delegadas passam a ganhar conteúdo mais complexo – avaliação de funções vitais, cuidados/curativos e prescrições mais importantes – até atingir na contemporaneidade funções manuais bastante complexas e várias práticas de caráter predominantemente intelectual. Esse movimento vai, por sua vez, impulsionando um processo de divisão técnica internamente ao campo da enfermagem. Por um lado, os agentes de formação técnica mais curta, auxiliares e técnicos em enfermagem, concentram as práticas manuais mais simples, enquanto os profissionais de nível superior, enfermeiros, tendem a concentrar práticas manuais mais complexas, além de práticas de caráter mais intelectual (Carapinheiro, 1993; Peduzzi, 1998;).

O pólo tecnicamente mais qualificado dentre os agentes de enfermagem concentra no trabalho em saúde contemporâneo algumas funções como: supervisão e gerenciamento da equipe de enfermagem, e na maioria das vezes da equipe ampliada de saúde de determinados serviços ambulatoriais e hospitalares; realização de procedimentos/cuidados diretos sobre o usuário que outrora somente eram realizados pelos médicos; pré-avaliações clínicas dos usuários de determinado serviço, classificando-os e organizando-os para o fluxo do serviço de saúde; consultas clínicas (que incluem momentos diagnósticos e terapêuticos) com grau variável de “autonomia” em relação aos médicos; entre outros.

O novo papel desempenhado por esses agentes no processo de trabalho em saúde chega a adquirir muitas vezes, em seus graus mais avançados, uma centralidade no interior do processo assistencial e do cuidado superior ao de vários especialistas médicos como, por exemplo, os outrora citados “especialistas médicos em equipamentos”. Assim, talvez, a expressão *para-médicos* cunhada por Freidson na década de 1970 precise ser relativizada em alguns casos, à luz das novas transformações pelas quais vem passando o trabalho em saúde.

Além dos agentes de enfermagem também outros sujeitos passaram a receber a “delegação/transferência” de práticas outrora restritas aos médicos. Muitas das profissões modernas do trabalho em saúde inclusive consolidam-se modernamente através desse movimento de “delegação” (Mendes-Gonçalves, 1992; Pires, 1998). Entre elas podemos citar, por exemplo, o nutricionista, que progressivamente assume as práticas dos quase extintos médicos nutrólogos, e os fisioterapeutas que progressivamente “substituem” o médico fisiatra.

Outros agentes do trabalho em saúde, por sua vez, como os farmacêuticos e odontólogos, se institucionalizam e constituem profissões modernas, componentes do

trabalho em saúde, também permeadas internamente pela estratificação inerente ao avanço da divisão técnica, e conformando graus variáveis de “autonomia” em relação aos médicos (Pires, 1998).

Aqui cabem duas ressalvas importantes. A primeira refere-se à dinâmica ininterrupta e progressiva, embora com graus de intensidade variáveis em cada realidade concreta, de divisão técnica do trabalho interiormente aos diferentes espaços e agentes do trabalho em saúde. Nos dois últimos casos citados, por exemplo, podemos evidenciar o surgimento de “sub-campos” de cooperação técnica em torno do odontólogo e do farmacêutico, sendo que esses dois tendem a concentrar as práticas manuais mais complexas e progressivamente delegar aos seus auxiliares as práticas manuais menos complexas tecnicamente.

A segunda ressalva refere-se ao citado grau variável de “autonomia” desses diferentes agentes em relação à figura do médico. Evidentemente essa “autonomia” encontra-se entre aspas justamente em função de sua relativização visto que, como discutido anteriormente, com o advento da coletivização do trabalho nenhuma atividade ou profissão consegue isoladamente, de maneira independente, responder às necessidades postas para o trabalho em saúde em qualquer de suas dimensões (Ribeiro, 1995; Peduzzi, 1998). Assim o que queremos destacar com a utilização de tal termo é a menor vinculação direta dessas práticas sob controle de novos agentes à supervisão *direta* do médico.

O segundo mecanismo através do qual o trabalho em saúde amplia-se na contemporaneidade desenvolve-se como conseqüência de uma extensão do campo de atuação das práticas em saúde na sociedade. Como discutimos anteriormente, consolida-se sob as relações capitalistas uma dinâmica de extensão do papel da racionalidade biomédica na explicação e intervenção sobre as formas de sofrimento humano, tanto de caráter

individual quanto coletivo, que progressivamente subordina, inclui e reduz todos os fenômenos dessa natureza à bipolaridade saúde-doença. Esse processo de *medicalização (do) social* termina por forçar um rearranjo interno das práticas em saúde a fim de permitir a abordagem de novas condições, traduzidas agora na forma de necessidades em saúde (Mendes-Gonçalves, 1992; Nogueira, 2003; Tesser, 2006). Com isso, muitas vezes, novos sujeitos passam a ser incorporados ao trabalho assistencial em saúde. É o caso, por exemplo, das figuras do assistente social, do professor de educação física, do terapeuta ocupacional, do musicoterapeuta e mesmo do psicólogo, entre outros. Embora algumas dessas práticas pudessem anteriormente encontrar-se no leque de atribuições de outros agentes existentes, na contemporaneidade elas ganham um nível de instrumentalidade advindo do moderno desenvolvimento científico-tecnológico que lembra muito pouco suas predecessoras artesanais. É o caso, por exemplo, do “suporte social” aos enfermos que era realizado anteriormente pela equipe de enfermagem, dada suas raízes filantrópico-cristãs, e que atualmente conformam-se com uma lógica menos “caritativa” e mais informadora/possibilitadora do exercício dos direitos dos sujeitos expresso, sob essas relações sociais, na figura do consumidor-cidadão. Assim também é o caso das práticas de suporte psicológico aos sujeitos em suas diversas formas de sofrimento que outrora também eram realizadas “informalmente” por enfermeiros, médicos e práticos, mas que atualmente revestem-se de um papel profundamente instrumentalizador e, por vezes, debilitador da autonomia de indivíduos e coletividades embora, irônica e tragicamente, seja o fortalecimento dessa autonomia o principal objeto de perseguição por esses profissionais no cotidiano.

Portanto, não são apenas antigas práticas agora ampliadas e sob domínio de novos sujeitos, mas práticas qualitativamente diversas, de outra natureza, que tornam o trabalho em saúde mais amplo, rico e complexo.

Outro aspecto que merece destaque quando analisamos o trabalho em saúde na contemporaneidade refere-se ao papel dos profissionais responsáveis pela gerência dos processos de trabalho. É sabido que uma característica dos processos produtivos submetidos à socialização e divisão técnica do trabalho é a retirada do controle de tal processo do trabalhador individual, ou seja, com a perda do domínio técnico da integralidade do processo produtivo tendem os trabalhadores a perderem também o controle gerencial do mesmo. Assim, para responder a essa necessidade histórica de caráter tanto técnico quanto político surge a figura da gerência, trabalhadores não produtores com o papel de coordenar o processo produtivo sob essas relações sociais (Braverman, 1987; Campos, 1998; Cecílio, 1999; Lacaz, Sato, 2006).

O desenvolvimento tecnológico produz progressivamente instrumentos que buscam dar concretude à idealização de extração absoluta do controle do processo de trabalho dos produtores diretos, sendo que no caso da produção industrial de bens materiais a *maquinaria* eleva ao mais avançado grau tal tentativa. Consolida-se a *subsunção real* (jamais total) do trabalho ao capital. No caso de algumas formas de trabalho, como o trabalho em saúde, em função das particularidades de seu objeto, tal nível de subsunção é irrealizável o que o demonstra os limites para a implantação de processos predominantemente mecanizados. Aqui se realiza a *subsunção formal* que, além da gerência, baseia-se na utilização de outros instrumentos/tecnologias na tentativa de obter o integração/coordenação técnica do processo produtivo concomitantemente ao controle político do mesmo. Destarte, com o advento da medicina tecnológica e do trabalho em

saúde na contemporaneidade ampliam-se as tentativas de homogeneização e rotinização das práticas através dos protocolos, consensos, rotinas, fluxogramas... sendo que a relação dos agentes de trabalho com esses instrumentos não será livre de tensões, conflitos, expressadores, muitas vezes, de contradições mais profundas determinadas pela socialidade existente (Merhy, 1997; Campos, 1998). Como sempre, técnico e político encontram-se estrutural e indissociavelmente unidos, e tal relação aparecerá ilustrada seguidamente nos depoimentos.

Vejamos alguns dados acerca da composição do trabalho em saúde na contemporaneidade que demonstram seu caráter progressivamente mais amplo e multifacetado.

Segundo dados do IBGE<sup>17</sup>, em 2005 o contingente da força de trabalho em serviços de saúde no Brasil era de 2.566.694 empregos<sup>18</sup>, sendo que destes 56,4% advinham da esfera pública e 43,6% da esfera privada.

Dentre aqueles empregos da esfera pública a maioria era do nível municipal (68,8%), seguido pela esfera estadual (23,9%) e federal (7,3%).

Do total de empregos em serviços de saúde no Brasil, tanto públicos quanto privados, 870.361 (33,9%) eram de nível superior, 751.730 (29,3%) de nível técnico/auxiliar, 274.088 (10,7%) de nível elementar e 650.052 (25,3%) de funções administrativas e não assistenciais.

---

<sup>17</sup> Pesquisa Médico Sanitária de 2005, citada em BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS. ProgeSUS/MS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

<sup>18</sup> Esses dados referem-se somente aos empregos em estabelecimentos responsáveis diretamente pelos serviços de saúde prestados à população. Quando se incluem setores componentes do complexo produtivo em saúde, como indústria e comércio de equipamentos e produtos farmacêuticos, por exemplo, o número de empregos em 2005 sobe para 3.871.919, representando 4,3% da população economicamente ativa nesse ano. (IBGE, 2005. op. Cit.)

Dentre os empregos de nível superior, as categorias profissionais mais presentes com os respectivos percentuais foram as seguintes: médicos (60,6%), enfermeiros (13,3%), odontólogo (8,2%), farmacêuticos/bioquímicos (3,8%), fisioterapeutas (3,7%), psicólogos (2,3%), assistentes sociais (1,8%), nutricionistas (1,4%), fonoaudiólogos (1,2%).

Já dentre os empregos de nível técnico/auxiliar, as categorias mais presentes com os respectivos percentuais foram as seguintes: auxiliar de enfermagem (53,4%), técnico de enfermagem (21,5%), técnico de laboratório (4,1%), técnico em radiologia médica (3,9%), auxiliar de laboratório (3,4%), técnico/auxiliar em saúde bucal (3,1%), técnico/auxiliar de farmácia (2,2%), técnico/auxiliar em nutrição e dietética (1,3%), fiscal sanitário (0,7%), técnico/auxiliar em fisioterapia/reabilitação (0,5%), técnico/auxiliar em vigilância sanitária e ambiental (0,5%), técnico em equipamentos médicos-hospitalares (0,5%), técnico/auxiliar em hematologia/hemoterapia (0,5%).

Dentre os empregos de nível elementar predominam os agentes comunitários de saúde (65,2%), seguidos pelos atendentes de enfermagem e semelhantes (15,5%) e pelos agentes de controle de zoonoses/vetores (10,6%).

Aqui há dois movimentos simultâneos que merecem ser destacados.

Um primeiro movimento é de ordem quantitativa. Por um lado há uma tendência de *aumento absoluto* do número de empregos no setor saúde, sendo que comparando dados de Nogueira (1987) de duas décadas atrás com esses de 2005 percebe-se que a força de trabalho em saúde praticamente dobrou nesse período. Por outro lado, quando compara-se o número de empregos em serviços de saúde com a totalidade da população economicamente ativa, podemos ver que a força de trabalho em saúde representa 2,82% dentre o total, percentual muito próximo ao encontrado (3%) pelo autor no mesmo período (Nogueira,

1987). Logo, parece haver uma *estabilização relativa* do número de empregos em saúde quando comparados ao mercado de trabalho nacional.

Um segundo movimento que merece destaque é de ordem qualitativa. Podemos perceber pelos dados que médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem sobressaem-se quantitativamente, representando juntos cerca de 44% dos trabalhadores no ano de 2005, o que expressa uma ampla hegemonia desses setores na composição do trabalho coletivo em saúde. No entanto, ao compararmos com os dados de duas décadas atrás veremos que tal percentual era algo em torno de 60% (Nogueira, 1987). Percebe-se, assim, como o trabalho em saúde, de um trabalho baseado em uma bi-polaridade entre dois agentes diametralmente opostos no que se refere ao caráter reflexivo da atividade, ou seja, de uma explícita oposição entre agentes manuais e intelectuais, transforma-se progressivamente em uma complexa trama envolvendo amplo número de agentes e práticas componentes de subcampos específicos, interdependentes e conexos entre si, no qual o processo de divisão técnica do trabalho, como vimos, torna-se fonte de tendências e contradições importantes.

Pudemos perceber nessa propositalmente breve e sintética análise como as transformações do trabalho médico e da medicina são parte fundamental do rico processo de constituição do trabalho em saúde contemporâneo. Processo, sempre importante ressaltar, permanentemente dinâmico, jamais acabado, estanque, cristalizado. É esse dinamismo que torna conceitos, termos, denominações por vezes superados pelos processos e fenômenos que buscam denominar ou explicar. O próprio termo “trabalho médico”, por exemplo, no decorrer dessas transformações já se apresenta permeado por contradições importantes. Como várias práticas que faziam parte do arcabouço exclusivo dos médicos encontram-se atualmente sob controle de outros agentes poderíamos dizer que o trabalho médico na atualidade é realizado por médicos e não médicos? Ou deveríamos denominá-las

como práticas médicas, as quais poderiam estar sob controle de outros agentes, em contraposição ao trabalho médico que envolveria uma gama de práticas integradas em um processo de trabalho reflexivo-intervencionista de caráter simultaneamente diagnóstico e terapêutico, o qual estaria ainda sob controle exclusivo dos médicos? Nesse caso dos depararíamos com o caso dos médicos especializados em práticas muito pontuais do processo de trabalho, por vezes somente com finalidade diagnóstica ou terapêutica, como os “especialistas em equipamentos”, por exemplo, que em tese, segundo essa definição, não poderiam ser caracterizados como trabalhadores médicos. No plano concreto das relações produtivas, no que eles difeririam de outros agentes não médicos do trabalho em saúde, cujas práticas – algumas mais intelectuais, outras mais manuais – também são mais restritas em relação à integralidade do processo assistencial?

A tendência parece ser que passemos a trabalhar com a idéia de *trabalho médico* como sinônimo de “trabalho do médico”, ou seja, a idéia de que o trabalho médico na contemporaneidade, mais do que um processo de trabalho integrado em si mesmo, apresenta-se como um conjunto de práticas atualmente realizadas/monopolizadas pelos agentes médicos, conjunto de práticas, ressalte-se, sempre variável historicamente como pudemos perceber.

Já a idéia de integralidade das práticas assistenciais, ou seja, de interdependência e integração tecnológico-assistencial entre práticas de saúde com a função de produção do cuidado aos indivíduos e coletividades somente torna-se possível a partir da perspectiva mais ampla do *trabalho em saúde*, do qual as diversas práticas integrantes do *trabalho médico* são uma parte fundamental, possuindo em grande parte das vezes, embora não em todas, caráter de centralidade.

### CAPÍTULO 3

## A RESPEITO DOS CAMINHOS ADOTADOS: ALGUMAS REFLEXÕES DE ORDEM METODOLÓGICA

*Lugar onde se faz  
o que já foi feito,  
branco da página,  
soma de todos os textos,  
foi-se o tempo  
quando, escrevendo,  
era preciso  
uma folha isenta.*

*Nenhuma página  
jamais foi limpa.  
Mesmo a mais Saara,  
ártica, significa.  
Nunca houve isso,  
uma página em branco.  
No fundo, todas gritam,  
pálidas de tanto.*

Paulo Leminski (Plena Pausa)

### 3.1 Sobre o “como conhecer”

Um inventário de transformações constituídas por enriquecimentos, crises e sofrimentos.

Talvez assim pudesse ser resumida a empreitada intelectual que aqui procuraremos socializar, empreitada que teve no trabalho médico, como um recorte parcial, porém privilegiado do trabalho em saúde, o objeto escolhido para explicitar algumas dinâmicas que permeiam as práticas de saúde da contemporaneidade.

Tratamos mais especificamente da relação entre processos de *humanização* e *alienação*, suas determinações e conseqüências sobre as vidas de agentes de trabalho e usuários de serviços, elegendo os espaços do trabalho e das práticas de saúde como privilegiados para tal estudo.

Optar por esta temática e objeto expressa, antes de tudo, o reconhecimento da existência dos processos que estudamos como partícipes de uma totalidade mais ampla à qual o trabalho médico encontra-se *subordinado e incluído*. Trata-se aqui, portanto, mais uma vez, da sempre atual e polêmica questão acerca das determinações ao nível dos processos gerais e suas relações com os planos singular e particular das práticas sociais. Dizer, desse modo, que o trabalho médico, e em saúde, encontra-se subordinado-incluído a outra esfera mais geral das relações sociais significa reconhecê-lo não somente “a mercê” de tal ordem de determinações, senão, pelo contrário, significá-lo como partícipe, como também componente-constituído dessa totalidade, além de sua manifestação.

Partimos, assim, do referencial de que o trabalho médico apresenta-se como *singularidade* em relação a uma *particularidade* – o trabalho sob relações capitalistas – e a uma *universalidade* – o trabalho humano, em geral –, dimensões com as quais compõe um complexo multideterminado. Em que pese à sua condição de *parte* em relação a um *todo*, portanto, deve-se compreender a existência do plano singular como via necessária de manifestação/compreensão das leis e processos universais, tendo no plano particular uma mediação, o que faz com que cada um desses planos somente exista como categoria analítica por relação aos demais (Oliveira, 2005).

Tentativas lógico-rationais de apreensão do real, essas categorias teóricas expressam o processo conduzido pelo pensamento, ao se deparar com a realidade sensível, caminhando do imediato, o concreto caótico, inteligível – *concreto sensorial* – ao *abstrato* e desse posteriormente ao concreto inteligível, o *concreto pensado*. Assim, se, por um lado, o conceito geral é construído através de múltiplos e progressivos processos de abstração operados a partir de processos e fenômenos concretos, “perdendo-se” inevitavelmente nesse caminhar aspectos vários, componentes dessas singularidades

diversas, essas “perdas” constituem-se, porém, em condição indispensável para se “atingir” um momento superior, mais complexo, em que se torne possível relacionar distintos componentes da totalidade, lhes imprimindo caráter de *cognoscibilidade*. É em posse desses conceitos obtidos a partir de processos sucessivos e aprofundados de abstração que se torna possível o “retorno” aos fenômenos concretos a fim de submetê-los a um (re) exame, agora com outro grau de profundidade. O “olhar” agora (re) apreende o real não como conjunto de partes caoticamente dispersas e não relacionadas, mas como um todo complexo e integrado, em permanente devir. Aqui, o concreto (re) aparece não bruto, mas “reconstruído” no pensamento de forma racional, na forma de *concreto pensado* (Corazza, 1996; Germer, 2003).

Esse movimento do pensamento possibilita tornar a presença humana no mundo compreensivo-interventora, pois caso não superássemos o nível do *concreto sensorial*, ou seja, a percepção do real como conformado caoticamente, sem relação entre seus diversos componentes, não poderíamos ampliar nossa compreensão/atuação para mais de um caso particular e cada nova intervenção seria um novo “inventar a roda”. Em síntese, não se produziria ciência<sup>1</sup>.

Com efeito, deve-se compreender esse movimento do pensamento como expressão, e parte, dos movimentos do real, ou seja, na dialética singular-particular-universal encontram-se inter-relacionadas três dimensões: a *ontológica*, a *epistemológica* e a *lógica*.

Os exemplos aqui apresentados já dão uma primeira idéia do modo pelo qual a dialética, inerente à relação do singular-particular-universal, é rica em sua forma e em seu conteúdo, pois representam os movimentos específicos que constituem a dinamicidade da realidade como um todo, os quais são representados em nosso pensamento através de categorias (...).

---

<sup>1</sup> Assim compreendemos a máxima aristotélica de que somente existe ciência acerca do geral/universal.

É importante ainda salientar aqui que a concordância entre as leis do pensamento e as leis do ser se dá pelo seu conteúdo, mas tal concordância toma formas diferentes de acordo com o modo como passa a existir em determinado tempo e lugar. As leis do *ser* transformadas em leis do pensamento convertem-se em método, o que por sua vez corresponde a uma lógica respectiva que dirige o pensamento no sentido de captar, da forma mais aproximativa possível, o movimento real da natureza específica do objeto que se quer conhecer para transformar. (Oliveira, 2005:40)

Nesse sentido, herdeiros que somos da construção prática e teórica de gerações anteriores ao longo do desenvolvimento do gênero humano, nunca nos dirigimos ao real “desarmados”, senão munidos de instrumentos historicamente construídos, na forma de conceitos e categorias, que nos auxiliam na apreensão dos diversos aspectos do real como componentes de uma *totalidade*.

Cabem, no entanto, alguns esclarecimentos a fim de se evitar interpretações adjetivadoras dessa opção teórico-metodológica como “mecanicista”, tendência muito comum nos dias atuais em que as ditas “macro-teorias” são cada vez mais objeto de críticas freqüentes, em grande parte das vezes pouco fundamentadas.

Primeira ressalva importante refere-se à refutação de qualquer tentativa, muitas vezes involuntária, de vislumbrar nos processos singulares expressão “automática” dos processos gerais. Como dissemos, se o conceito geral, como expressão dos movimentos complexificadores da realidade, é obtido através de múltiplos processos de abstração sucessivos de casos particulares, ele não somente não deverá, como não poderá, conter todas as características presentes nesses. Tal identificação “automática”, assim, além de infrutífera, é impossível. É verdade que alguns processos singulares estarão mais próximos ao conceito geral do que outros, chegando muitas vezes a quase “coincidir-se” com ele, porém isso não os torna mais ou menos partícipes desse, senão pode torná-los sim, espaços onde tal dinâmica geral mostra-se mais explicitamente e, não raro, de forma mais profunda.

A segunda ressalva busca colocar sob tensão essa primeira, ou seja, embora os processos singulares constituam-se como sub-dinâmicas próprias com níveis relativos de “autonomia” em relação ao processo geral, tal como compreendido, essa condição não exclui sua contribuição ao processo de *re-produção* da totalidade ampliada. De fato, o movimento geral que se expressa na forma de tendências e contradições somente pode constituir-se através da síntese entre seus diversos aspectos singulares. Logo, se o todo conforma as partes, o inverso necessariamente também ocorre. Desse modo, se cada um dos processos singulares re-produz a dinâmica geral, eles o fazem segundo suas singularidades próprias, sendo que essas serão suas “contribuições”, suas participações, na constituição do todo (Lefebvre, 1973; Schraiber, 1993).

Longe, portanto, de encontrarmos “repetições esquemáticas” do movimento geral nessas diversas apresentações singulares, encontramos, de fato, em grande parte das vezes diversidade, visto que o real constitui-se de fato como movimento através de relações de determinação tensa e contraditoriamente constituídas. A idéia segundo a qual o real constitui-se como *síntese de múltiplas determinações* jamais pode ser entendida como processo harmônico e homogeneizante, visto que sua principal característica é exatamente o oposto, ou seja, a síntese dá-se justamente entre processos contraditórios, sendo que as tensões advindas dessas múltiplas polaridades é que proporcionam a força propulsora desse movimento que “tudo arrasta” (Lefebvre, 1979).

Compreender o trabalho médico, e o trabalho em saúde, como apresentação singular do trabalho humano mediado pela dinâmica das relações capitalistas significará reconhecer, por um lado, sua subordinação a determinadas tendências gerais, mas significará também, por outro lado, compreender suas sub-dinâmicas próprias, singulares, que se relacionam tensamente com a dinâmica geral e cujas resoluções e arranjos reagem sobre essa dinâmica

geral caracterizando-lhe como síntese, além de subordinadora. Assim, em seu singular desenvolver-se, o trabalho médico constitui-se como estrutura *estruturada* pelo todo social, bem como se constitui em estrutura *estruturante* desse mesmo todo (Schraiber, 1993).

Como se pode perceber, duas categorias fundamentais serão nossos guias inseparáveis nesse movimento de tentativa de apreensão dos processos pelos quais se constitui o trabalho médico e o trabalho em saúde. Estamos nos referindo à compreensão do real, simultânea e implicadamente, como *totalidade e movimento*.

A categoria *totalidade* talvez seja uma das mais “apedrejadas” nesses tempos em que a produção científica no campo das ciências humanas segue hegemonizada pelas idéias de “pós”. Com efeito, em tempos de disseminação das teses da sociedade “pós-industrial”, “pós-moderna”, “pós-trabalho”, “pós-capitalismo” e “pós-classes sociais”, não causa admiração que houvesse até quem já defendesse o “fim da história” (Anderson, 1999; Harvey, 2004). Nesse contexto, as ciências sociais e humanas passam a se voltar para abordagens extremamente fragmentadoras do real, onde os múltiplos fenômenos singulares passam a ser compreendidos como indeterminados e até desvinculados de dinâmicas sociais mais gerais. Nos casos em que se admite a existência de relações entre processos singulares e totalidade social seus mecanismos passam a ser compreendidos, no entanto, como muito particulares, indeterminados e, por vezes, não apreensíveis ou teorizáveis (Lacaz, 2001). Proliferam-se, assim, estudos baseados em abordagens privilegiadoras da dimensão descritiva do processo de produção do conhecimento em detrimento de abordagens voltadas para as dimensões compreensiva e explicativa dessa prática social. Concomitantemente, e não raramente, observa-se que alguns dos mesmos movimentos que questionam a validade do conceito de *totalidade* como categoria explicativa acabam por “abrir caminho” para a revitalização e propagação de correntes advogadoras da incognoscibilidade do real.

A possibilidade de superação do propagado estado de “crise” em que se encontram imersos os paradigmas científicos no campo das ciências humanas e a renovação das possibilidades de compreensão e intervenção de inspirações emancipatórias sobre a realidade dos processos sociais, em que pese o desenvolvimento de formações sociais tendencialmente mais complexas, depende, a nosso ver, do resgate do caráter de centralidade da categoria *totalidade* (Lukács, 2003). Será essa categoria, por conseguinte, nossa guia maior na tentativa de compreensão das transformações do trabalho médico e do trabalho em saúde e de algumas de suas implicações.

Já a idéia do *movimento* como essência do real, ao mesmo tempo em que talvez seja a mais fascinante e instigadora no campo científico, apresenta-se como uma das, senão a mais cara ao pesquisador. Isso porque ainda é muito forte dentre nós a presença constante dos modos mais “formalistas” de pensar e operar sobre o real, em razão evidentemente da influência que nos exerceram, e exercem, as muitas gerações formadas sob a racionalidade científica lógico-positivista. Como vimos, apreender a dialeticidade dos processos sociais envolve compreender o próprio movimento do pensamento como dialético, e isso nem sempre se dá com facilidade. Assim, o caminhar por essa trilha escolhida, dentre as muitas possíveis do campo científico, apresenta-se como um permanente “lidar” com os “fantasmas dos antepassados” que pesam não somente sobre nossos ombros, mas também sobre nossas mentes. Visto que os “exorcismos”, mesmo os de caráter teórico-científico, nem sempre se constituem, a nosso ver, como alternativas possíveis ou viáveis, caminhamos com essas heranças, e contra elas, em luta permanente. Por vezes, somos instados a vislumbrar em determinados estados uma rigidez e solidez que a história logo tratará de “desmanchar no ar”, apresentando-se como um permanente desafio para o pesquisador a apreensão das *dinâmicas* sob os *estados*, das *essências* sob as *aparências*. Tal

desafio é muitas vezes maior quando se trata da análise de processos contemporâneos à pesquisa, como a que aqui se desenvolve, visto que não se apresenta o “facilitador” do “distanciamento temporal” presente em estudos acerca de objetos ocorridos em períodos históricos passados.

Nesse sentido, o próprio processo de *conhecimento é movimento*, pois assim como os objetos que estuda, esse conhecer se constrói também necessariamente como devir. Isso nos remete à questão da impermanência como acompanhante inseparável não somente da história, mas também da ciência. Se o real é movimento permanente, os conhecimentos acerca de fenômenos e processos sociais, sempre transitórios, serão, conseqüente e necessariamente, sempre relativos. Seja relativo ao fenômeno que se estuda, seja relativo ao momento e às determinações históricas em que o mesmo se desenvolve, seja, ainda, em relação às opções e caminhos escolhidos para conhecer. A relatividade refere-se, portanto, à característica de transitoriedade do conhecimento, em face do devir permanente do real. Mais uma vez, dessa maneira, as raízes das estruturações lógico-epistemológicas encontram suas determinações últimas nos movimentos no plano ontológico. Ao mesmo tempo, entretanto, o conhecimento produzido sob determinado contexto sócio-histórico e científico pode se apresentar como “verdadeiro” e “absoluto” (sob essas condições), em razão de sua determinada capacidade de apreensão dos fenômenos e processos socio-historicamente determinados que se propôs analisar. Não obstante, esse permanente movimento do real, quanto mais a produção científica voltar-se para a apreensão dos dinamismos, e suas essências, ao invés das formas e estados, maior será sua “vitalidade” em explicar e compreender os processos sociais para além do “momento dado”, configurando-se menor, portanto, o risco, sempre presente, de constituir-se como “conhecimento datado”, embora permaneça sempre conhecimento relativo.

Aqui cabe uma observação de corte filosófico e epistemológico importante: esse referencial teórico-metodológico no qual nos apoiamos afasta-nos invariavelmente, em relação a esses aspectos expostos, de outros referenciais, de diferentes inspirações, que “ampliam” essa idéia de relatividade do plano da ciência automaticamente para o plano do real. Se o conhecimento é relativo, mais ou menos limitado, em apreender o real em função das características de movimento e totalidade deste, não pensamos que se possa afirmar o contrário, ou seja, que o real é relativo ao conhecimento. Não operamos, portanto, com a tese, bastante comum, advogada da idéia de que o “olhar constrói o real”, da idéia de que o real é (ou contém) “isto” ou “aquilo” a depender de “como se olhe”. Dado que o real constitui-se em totalidade, ele pode conter, conseqüentemente, “isto”, “aquilo”, ou ambos, ou, ainda, não raramente, nenhuma das características que os diferentes “olhares” pretendam lhe impingir. Se as opções filosófico-epistemológicas, ou seja, os “modos de olhar” nos permitem olhares mais parciais ou mais amplos, olhares evidenciadores mais de alguns aspectos do que de outros, isso, a nosso ver, não pode ser imputado a uma “relatividade” do real potencialmente negadora da materialidade e da objetividade dos processos e fenômenos, inclusive os sociais.

A re-construção do real ao nível do pensamento não pode ser confundida, a nosso ver, com o *concreto real*. O real não é nem o *concreto sensorial*, sua primeira impressão pelos sentidos, como caótico e fragmentado, nem o *concreto pensado*, como resultado do movimento de racionalização de tal realidade (Germer, 2003). O real – *concreto real* - é totalidade complexa em movimento, síntese de múltiplas determinações, e o movimento do pensamento é tentativa de apreensão racional de tal processualidade, mas não se confunde com ela, sendo que tal incursão pode obter graus variáveis de sucesso.

Essa concepção teórico-metodológica, desse modo, compreende o conhecimento menos como um reflexo do real em um espelho, e mais como uma pintura, a qual pode expressar com maior ou menor fidedignidade as características, relações, contradições, da totalidade, e mais umas do que outras, a depender do pintor e dos instrumentos que utiliza (Lowy, 1987).

Para isso, juntamente com as técnicas, exerce papel determinante o “observatório” do qual se utiliza o pintor. Alguns observatórios, mais altos e melhor localizados, permitem uma visão mais integral e totalizante da paisagem, enquanto outros mirantes, mais baixos, embora possam aparentemente permitir conhecer melhor, em detalhes, os elementos mais próximos, podem restringir a capacidade de visualização do horizonte e limitar sua apreensão. Essa metáfora expressa nossa compreensão de que as diferentes opções teórico-metodológicas não propiciam necessariamente a mesma capacidade de apreensão e compreensão do real como totalidade, embora possam, em vários casos, constituírem-se como recursos complementares bastante úteis em processos de investigação científica.

As pinturas, como sabemos, jamais se constituem em cópias “perfeitas” das paisagens nas quais foram inspiradas. A principal dificuldade está sempre em expressar as múltiplas dimensões componentes do fenômeno, além dos *movimentos*, através de uma imagem imobilizada, estática. Não obstante à impossibilidade de concretização absoluta de tal empreitada, algumas técnicas já desenvolvidas possibilitam, contudo, ao menos expor-se “contornos”, ainda que vagos, ou mesmo impressões que remetam, tanto às múltiplas dimensões, quanto aos movimentos dos fenômenos e objetos.

Ademais, uma cópia “quase perfeita” pode não garantir o objetivo de compreensão dos fenômenos, posto que nem sempre o essencial dos mesmos pode ser alcançado pela simples observação de seus aspectos mais visíveis, mais explícitos. Se as *aparências*, por

um lado, constituem-se inter-relacionadas às *essências* dos fenômenos porque suas componentes no plano concreto, não sendo nesse sentido “falsidades”, ou “ilusões”, não se pode pensar, por outro lado, que suas apreensões por si só propiciem a compreensão das determinações mais profundas dos fenômenos, mormente os sociais (Kosic, 2002). A compreensão das aparências deve necessariamente compor o processo de apreensão do real, porém, à medida que nos aprofundamos, faz-se inevitável o movimento de *superação* do plano aparential, movimento que o integra em um todo mais amplo e multideterminado, a fim de se alcançar a essência dos fenômenos. Uma vez feito esse trajeto, as próprias “nuvens” em torno das aparências desvanecem-se e estas passam a ser vistas, não mais como obstáculos ao alcance das determinações e suas dinâmicas, senão compondo esse todo complexo, integrado, e em movimento.

a) A aparência, manifestação ou ‘fenômeno’, portanto, é apenas um aspecto da coisa, não a coisa inteira. Com relação à essência, o fenômeno é, em si mesmo, apenas uma abstração, um lado menos rico e menos complexo do que a coisa, um momento abstrato negado pela coisa. A coisa difere da *aparência*; e, em relação à *aparência*, a coisa é em si mesma diferença, negação, contradição. Ela não é a *aparência*, mas sua negação.

b) E, não obstante, a *aparência* está na coisa. A essência não existe fora de sua conexão com o universo, de suas interações com os outros seres. Cada uma dessas interações é um fenômeno, uma aparência. Em si, a *essência* é apenas a totalidade das *aparências*; e a coisa é apenas a totalidade dos fenômenos. E aqui, sob esse ângulo, a aparência ‘aparece’ como uma diferença cuja essência contém a unidade, a identidade. (...) a *aparência* faz parte da *essência*. Quem produz a *aparência* é a própria *essência* em seu movimento. Porém, não devemos esquecê-lo, a expressão ao mesmo tempo implica e dissimula, oculta e revela, traduz e trai o que ela expressa. (Lefebvre, 1991:218-219)

A “melhor pintura”, portanto, do ponto de vista científico, não é aquela descritivamente “mais perfeita”, aquela mais próxima da fotografia, senão aquela que opera o “ressaltar” de determinados aspectos, traços, cores, que à primeira vista pareceriam insignificantes, menores, secundários, mas que, uma vez evidenciados, ampliados, valorizados, explicitam as determinações mais profundas do objeto que se analisa.

Essa concepção acerca do conhecimento científico nos localiza também em relação à questão do papel do pesquisador na produção do conhecimento, ou seja, localiza-nos, em última instância, por referência à sempre polêmica questão da relação *subjetividade-objetividade* no campo científico. Entendemos que a produção das ciências, como todas as demais práticas sociais, somente existe como consequência da capacidade humana de objetivar-se no mundo. Ou seja, 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 (Lukács, 1981; Duarte, 1993). 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. Tendo o pesquisador um papel ativo na produção do conhecimento, torna-se irrealizável, por conseguinte, seu “isolamento” completo em relação à realidade em que vive, e da qual recorta seus objetos de estudo, tornando-se na prática impossível a ciência *livre* de valor. Destarte, as diferentes concepções que se reúnem sob o bastião do mito da “neutralidade científica” em relação aos valores humanos não fazem mais, a nosso ver, do que expressar, através desse procedimento, sua orientação metafísica e ideológica (Burt, 1983).

O que expusemos acima, é importante ressaltar, não implica a corroboração com leituras advogadoras da existência de “subjetividades abstratas” como expressões de essências humanas a-históricas e naturalizadas. Pelo contrário, já são bastante conhecidas as elaborações teóricas que entendem as subjetividades como produtos da apropriação pelos indivíduos das relações sociais nas quais estão inseridos que, através de complexos

mecanismos psíquicos de internalização socialmente construídos, propiciam reelaborações singulares, sempre únicas, das determinações sociais ao nível individual (Leontiev, 1978; Vigotski, 1998). Logo, objetividade e subjetividade constituem dois pólos contraditórios, permanentemente tensos, porém indissociáveis, que “atravessam” os homens e todas suas produções, como é o caso das ciências.

### **3.2 A Metodologia Qualitativa como forma de investigação do Trabalho Médico**

Voltando ao nosso objeto – o estudo da dialética humanização-alienação no interior do trabalho médico –, cabe explicitar mais detalhadamente nossas opções de ordem metodológica e técnica, seus limites e possibilidades, para a pesquisa.

Optamos aqui, nessa empreitada, pela pesquisa de vertente *qualitativa* como recurso para apreensão do objeto traçado, sendo que a coleta de dados baseou-se na triangulação das técnicas de *entrevista em profundidade*<sup>2</sup> e *análise documental*.

A *pesquisa qualitativa*, como recurso de ordem metodológica, tem sido utilizada por autores dos mais diferentes referenciais teóricos, sendo que, embora sua principal utilização se dê no campo das ciências humanas e sociais, em áreas como história, sociologia, antropologia, psicologia social, observa-se um aumento significativo de seu uso na última década em campos como o da saúde coletiva (Minayo, 1998; Camargo Júnior, 2008).

Schraiber (2008), ao ressaltar a complexidade e a difícil delimitação da pesquisa qualitativa, elenca como sua principal característica o fato de nela predominar a concepção

---

<sup>2</sup> Também denominada como entrevista aberta, não diretiva ou não estruturada.

de ciência como nunca livre de valor, visto que se a entende como constituída a partir da interação entre pesquisador e realidade estudada.

A escolha de entrevista em profundidade voltou-se para a construção de *histórias de vida profissional* como técnica de coleta de dados empíricos, os quais, juntamente com os dados obtidos através de pesquisa bibliográfica, visaram colaborar na composição do quadro de transformações pelas quais vem passando o trabalho médico, e o trabalho em saúde, na contemporaneidade. Além disso, recorreu-se também à *análise documental* como técnica de coleta de dados, dialogando e triangulando com os dados produzidos pelas histórias de vida, como forma de compreensão dos sujeitos, seus tempos e cenários de atuação.

Esse processo de triangulação de técnicas propiciou a (re) construção dos cenários nos quais se desenvolvem as múltiplas e complexas relações e tensões entre agentes de trabalho, instrumentos, instituições e usuários de serviços de saúde, relações estas que vem sendo sistematicamente qualificadas como desumanizantes por diversos estudos no campo da saúde coletiva (Caprara, Franco, 1999; Puccini, Cecílio, 2004; Deslandes, 2004, 2005a, 2005b, 2006; Benevides, Passos, 2005a, 2005b; Ayres, 2006).

Nossa tese principal contém a idéia de que o complexo movimento de transformações históricas pelas quais tem passado o trabalho médico, e o trabalho em saúde, sob as relações capitalistas é expressão particular, no plano das práticas de saúde, do desenvolvimento da dialética *humanização-alienação* na história do gênero humano. Sendo assim, procuramos estudar como o mesmo movimento que, por um lado, *humaniza* os homens e o mundo, por outro lado, os *aliena/estranha* em relação ao desenvolvimento da *genericidade*, sendo que diversos aspectos desse alienar-se/estranhar-se vêm sendo apreendidos sob a qualificação de desumanização no interior das práticas de saúde.

Nesse sentido, a obtenção dos relatos teve como objetivo apreender e ilustrar, através de vivências singulares, aspectos e características das relações contemporâneas que se estabelecem no âmbito das práticas de saúde, mais especificamente em seu recorte como trabalho médico. Buscou-se, através dos relatos, por um lado, compreender, como se reconstroem as relações do médico com seu saber, com seus instrumentos, com sua prática, analisando-se, portanto, o plano mais operatório da atividade. Ao mesmo tempo, fazia-se fundamental analisar as transformações em desenvolvimento no plano das relações entre os diferentes sujeitos componentes do trabalho ampliado em saúde. Desse modo, a investigação voltou-se também para a compreensão das relações entre o médico e os demais agentes do trabalhador coletivo em saúde, médicos e não médicos, assim como entre os médicos e os usuários dos serviços de saúde, e entre os médicos e os atores institucionais cada vez mais atuantes na assistência à saúde.

A técnica de entrevista em profundidade tem se mostrado particularmente interessante para a apreensão das transformações do trabalho médico simultaneamente à evidenciação de suas implicações sobre as representações e elaborações valorativas por parte desses sujeitos acerca dessas transformações. Schraiber (1993, 2008) desenvolveu dois estudos, nas décadas de 1980 e 1990, com temática próxima, que são referências fundamentais para nossa pesquisa, utilizando-se também da técnica de construção de *histórias de vida profissional*. Na primeira obra a autora estudou as transformações da medicina em sua transição da forma liberal para a tecnológica e suas implicações sobre a condição de autonomia dos médicos. No segundo estudo, ao analisar o desenvolvimento do trabalho médico em sua fase socializada, a autora buscou apreender o impacto dessas transformações sobre as relações entre médicos e pacientes, onde a questão da crise dos vínculos de confiança se mostrou emblemática do período.

Essa modalidade metodológica em razão de suas particularidades tem se prestado à análise dos processos sociais de duas formas distintas, porém indissociavelmente interdependentes. Por um lado, pode-se analisar o plano das representações, dos ideais, dos valores dos diferentes sujeitos envolvidos com o objeto estudado, apreendendo-se, assim, o social “reelaborado” em face de cada singularidade concreta. Por outro lado, pode-se utilizar o plano das representações e valores como “caminho” para a apreensão de dinâmicas e processos mais gerais da totalidade social visto que, como observamos, as representações, uma vez que se constituem nas, e através das, relações sociais, permitem o “acesso” também à dimensão material e objetiva das práticas dos diferentes sujeitos e coletivos.

Em nosso estudo foi possibilitado aos entrevistados que falassem sobre sua trajetória profissional, sobre o seu cotidiano de trabalho, em suas várias dimensões e inter-relações, assim como sobre aspectos da medicina “em geral”, ou seja, buscou-se apreender também as idéias, valores e representações acerca do trabalho médico, da medicina, dos sistemas e serviços de saúde, dos usuários, enfim, idéias que extrapolavam a descrição de seus casos particulares. O fato de a coleta de dados constituir-se sob essa dupla dimensão não envolve esforços adicionais por parte do pesquisador visto que “naturalmente” nos relatos aparecem falas mais voltadas para a trajetória singular de cada sujeito, lembranças, auto-avaliações, intercaladas ou “mescladas” com opiniões “mais gerais” acerca da medicina, dos médicos, da sociedade, etc.

Não obstante, o desenrolar natural das histórias de vida acontecer por “esses trilhos”, faz-se fundamental, no caso das pesquisas de caráter científico voltadas para a

apreensão de processos sociais<sup>3</sup>, o pesquisador estabelecer alguns referenciais no desenvolvimento da coleta de dados.

Dentre esses referenciais buscamos privilegiar os momentos de relato e reflexão acerca de situações significadas pelos médicos como “desinteressantes”, “desagradáveis”, ou mesmo expressas sob a forma de “dilemas” e “conflitos”, seja no plano mais operatório do trabalho, seja no plano mais organizacional da assistência, visto que entendemos essas situações como privilegiadas para a apreensão de relações de *alienação/estranhamento* no interior das práticas de saúde.

Embora as *histórias de vida* sejam instrumentos privilegiados para “dar voz” a esse tipo de reflexão por parte do entrevistado em virtude de sua característica de estímulo à narrativa livre, há sempre um limite por parte do pesquisador no sentido de garantir que as temáticas elencadas no roteiro sejam recobertas. Liberdade sempre relativa, portanto, essa existente na entrevista em profundidade.

Essa limitação por parte do pesquisador é parte do processo técnico de produção de dados empíricos pelo mesmo, com base em instrumentos e métodos de investigação com os quais pretende “legitimar”, “qualificar”, cientificamente a tese que elabora e defende. A questão dos dados como “provas”, portanto, não são compreendidas nessa metodologia da mesma forma que em modalidades mais quantitativas de pesquisa, ou da mesma forma que em pesquisas guiadas por concepções compreendedoras da ciência como passível de neutralidade por relação aos valores humanos (Minayo, Sanches, 1993; Schraiber, 2008). A

---

<sup>3</sup> Importante ressaltar que as histórias de vida não necessariamente possuem esse caráter, visto que podem ser utilizadas com outros objetivos, tanto científicos quanto não científicos. No primeiro caso, outras utilizações científicas das histórias de vida, há o exemplo dos depoimentos colhidos com finalidade de análise de sujeitos singulares, sua personalidade, psiquismo, trajetória individual etc., sendo que o social não se apresenta como objeto principal a ser pesquisado. No segundo caso, em que se utiliza a história de vida com finalidade não científica, existe o exemplo da modalidade de biografia cuja finalidade é registrar a história individual de um sujeito particular, sem pretensão de produção de análises científicas, seja acerca dele, seja acerca da sociedade na qual ele encontra-se inserido (Queiroz, 1987).

questão de fundo que se coloca é que o pesquisador ao “interrogar” o real em determinado sentido não poderia esperar obter respostas em sentido completamente oposto.

Isso não significa, todavia, dizer que o pesquisador possa “provar” cientificamente “qualquer tese” acerca do real. Embora a dimensão subjetiva faça parte da pesquisa, tanto em relação ao papel ativo do pesquisador quanto em relação aos relatos e representações individuais dos entrevistados, os dados coletados contêm expressões de uma objetividade existente e indelével. E, embora também quaisquer dados, sejam aqueles expressos em formas “mais qualitativas”, sejam aqueles em formas “mais quantitativas”, possam ser (e são) recortados, “destacados” de sua totalidade, “manipulados” cientificamente pelo pesquisador, parte obrigatória de qualquer processo de produção do conhecimento, isso de modo algum é garantia de “ocultação” absoluta dos movimentos objetivos da realidade.

Por isso, não será incomum o leitor reconhecer “veracidade” em grande parte, senão na maioria, das análises aqui realizadas com recurso a dados empíricos “subjetivos” acerca dos processos de transformações do trabalho médico na contemporaneidade. Há uma objetividade material que se “impõe” e que transparece nos relatos, nas opiniões, nas representações...

Além disso, a “veracidade” e “validade” do conhecimento são verificadas a partir da análise do processo de elaboração e produção da tese, ou seja, a partir da verificação das concepções e pressupostos teórico-metodológicos que “guiaram” o pesquisador na abordagem do real de determinada forma, através dos quais, ele obterá dados “condizentes” ou não com as “hipóteses” iniciais. Assim, para essa concepção epistemológica, a explicitação dos referenciais teóricos ocupa papel central, pois serão eles que “guiarão” tanto a elaboração da tese a ser “defendida” quanto o “controle” sobre a produção dos dados empíricos (Minayo, 1998).

Destarte, dada a impossibilidade da ausência de influência valorativa na produção das ciências, de qualquer natureza, por parte do pesquisador, trata-se de qualificar, nesse caso, essa subjetividade como teórica e cientificamente fundamentada a partir da coerência de sua intervenção em face de seus pressupostos teórico-epistemológicos e a partir de sua capacidade de apreender e explicar a complexidade e os movimentos do real. Ademais, como qualquer produto do trabalho humano, e a produção científica também é uma forma de trabalho, o conhecimento científico somente adquire legitimidade social a partir de sua utilidade, ou seja, a partir de sua capacidade de instrumentalizar a compreensão e intervenção humana no mundo.

Com relação à dimensão subjetiva advinda das representações, reflexões e intencionalidades dos narradores, nunca será excessivo o cuidado de contextualizá-la face à totalidade das relações sociais em que cada sujeito encontra-se imerso. Ou seja, embora cada personalidade se desenvolva com dinâmica singular, jamais reproduzível, ela se desenvolve necessariamente como produto social, expressando-se como arranjo particular e único de possibilidades históricas determinadas (Fernandes, 1971; Martins, 2007). Em que pese, portanto, às singularidades dos arranjos, seus componentes e movimentos conformadores nunca serão únicos, senão expressões de tendências mais ou menos homogêneas face à totalidade social. Assim, cada sujeito “é”, e “não é” único. Cada representação, opinião, reflexão, “é” e “não é” pessoal. É pessoal no sentido de que a forma como foi elaborada, produzida, expressa, foi ato singular, único, do sujeito em questão. Não é pessoal no sentido de que, como consequência das inserções sociais em diversas condições coletivamente homogêneas, essas representações expressam movimentos e tendências sócio-históricas determinadas, mais ou menos predominantes no momento histórico e na formação social estudada. Por isso não será incomum os médicos terem

“opiniões pessoais” semelhantes a respeito de grande parte das temáticas e questões analisadas.

Deve-se, portanto, lidar com as representações dos sujeitos a partir da concepção da relação subjetivo-objetivo entendida como um par dialético que, em última instância, não é outra coisa senão expressão no plano do conhecimento da dialética indivíduo-social (Lukács, 1981; Heller, 2004).

Posto isso, cabe ressaltar que o papel do roteiro, bastante amplo e flexível, foi o de servir de guia, de suporte, à memória do pesquisador no sentido de auxiliá-lo a “cobrir” os aspectos que considerou importantes para qualificar sua tese. Dadas as particularidades de cada relato, a atualização permanente do roteiro foi imprescindível para apreender de cada entrevistado o máximo possível de descrições/reflexões pertinentes às temáticas elencadas.

Em cada relato buscamos recobrir toda a trajetória profissional, desde a formação na faculdade até o momento atual da carreira, valorizando as reflexões acerca das transformações do trabalho médico, das relações com outros agentes do trabalho em saúde, médicos e não médicos, além das relações com os usuários dos serviços de saúde e com as diversas instituições organizadoras da assistência em saúde. Além disso, o roteiro cobriu também aspectos da infância, da vida familiar, das frustrações, realizações, expectativas, dos médicos em relação à profissão e à vida pessoal.

Ainda em relação à preocupação do “controle” sobre a produção de dados, cabe destacar que, no caso das histórias de vida, o mesmo tende a se dar mais por ocasião da interpretação do que no momento de suas coletas, dado o caráter não diretivo dessa modalidade de entrevista (Bosi, 1983; Minayo, 1998; Schraiber, 1995c). Ademais, ressaltam as autoras da área, aqui, a obtenção de dados “inesperados” não é vista como problema, senão como fator de enriquecimento da tese.

Nesse sentido, o fato de os relatos ganharem certas “autonomias”, certas dinâmicas singulares, determinadas pelo ritmo, linguagem e personalidade próprias de cada entrevistado não é vista como empecilho à elaboração de um trabalho rigoroso. Pelo contrário, aqui, alcançar tal dinâmica é compreendido como positividade visto que geralmente essa obtenção expressa uma condição de conforto e espontaneidade do entrevistado frente à tarefa que se lhe solicita realizar. Obter tal condição é uma das conquistas mais importantes para o pesquisador, posto que ela expressa o estabelecimento de uma relação interpessoal dialógica entre entrevistado e entrevistador, elemento fundamental para a produtividade do trabalho de campo nessa técnica. Assim, é por sentir segurança de que seu relato contribuirá para o desenvolvimento da pesquisa, e por confiar na atitude do pesquisador frente às informações que lhe fornecerá, que o entrevistado aceita “abrir-se”. Desse modo, “a entrevista se faz em uma busca permanente de comunicação entre o que interessa a um e desperta e mobiliza o outro” (Camargo, 1978:297)

Ao mesmo tempo, ressalte-se, o estabelecimento de uma relação com tais características depende de uma série de atitudes e ações por parte do pesquisador visando garantir o acesso e uso eticamente compartilhado das informações. Entre essas atitudes, destaca-se o estabelecimento e cumprimento de um “contrato” prévio com o entrevistado, referentes às finalidades e condições de realização da entrevista, onde constem acordos relativos, por exemplo, ao tempo de cada sessão, a informação de que as mesmas serão em número variável, além de definição de local, formas de publicização do material etc.

Em nosso trabalho de campo foram produzidas seis *histórias de vida profissional* de médicos, que totalizaram aproximadamente 28 horas gravadas. Essa quantidade de sujeitos, e material, não foi definida previamente sendo que procurou se observar o critério da *exaustão* ou *saturação*, segundo o qual o autor “verifica a formação de um todo e

reconhece a reconstituição do objeto no conjunto do material” (Schraiber, 2008:54). Também se levou em consideração a quantidade de material produzido<sup>4</sup>, que é significativa nessa modalidade de técnica, visto que há importantes implicações no que se refere ao tempo necessário para transcrições, correções, edições e análises, havendo, portanto, de se considerá-lo dentro do cronograma existente para realização da pesquisa.

Outros aspectos relativos à coleta de dados através de histórias de vida que exigem certo grau de flexibilidade, pois não podem ser prévia e rigidamente definidos, referem-se, por exemplo, aos modos de intervenção do pesquisador no transcorrer dos relatos, ou à definição do momento de encerramento da entrevista. Em relação às intervenções recomenda-se restringi-las ao mínimo necessário e, quando preciso, deve-se realizá-las sempre de forma bastante clara a fim de tornar suficientemente explícito para o entrevistado a que aspecto está se referindo o pesquisador<sup>5</sup>. As formas, entretanto, de fazê-lo dificilmente serão as mesmas entre um entrevistado e outro, dado que as condições em que surge necessidade de intervenções, mesmo no interior de um único relato, são sempre únicas, exigindo, conseqüentemente, soluções também únicas.

Em relação ao momento de encerramento da entrevista, tampouco há regras rígidas e nessa pesquisa, além da referência à abordagem dos itens presentes no roteiro, sempre fundamental, buscou-se perceber o momento em que o relato chegava a uma situação de esgotamento, seja esgotamento relativo a novos dados, descrições ou reflexões – a

---

<sup>4</sup> Depois de transcritas, as vinte e oito horas de entrevistas geraram quinhentas e sessenta e duas laudas de material em fonte Times New Roman 12, com espaço 1,5; após a editoria, na qual excluíram-se repetições e intervenções do entrevistador, essa quantidade foi reduzida para trezentas e vinte e nove laudas (Vide apêndices).

<sup>5</sup> Cabe ressaltar que começar a desenvolver, ainda que de forma bastante embrionária e limitada, tal clareza e “produtividade” nas intervenções durante as entrevistas foi um dos maiores aprendizados dessa pesquisa. E, percebeu-se como a cada entrevista evoluía-se no uso mais eficiente da técnica demonstrando que, para além do “feeling”, condição infelizmente não disponível a todos e pensamos nem a esse autor, a capacidade técnica de manuseio desse instrumento também pode ser bastante aperfeiçoada através da prática sistemática.

saturação – seja aquele relativo à disposição do entrevistado em permanecer narrando por longos períodos, sendo que ambas as condições geralmente coincidiam. Percebeu-se que uma condição necessária para o entrevistado manter-se interessado/estimulado com a atividade de narrar era a presença da auto-percepção de estar ainda relatando temas inéditos na entrevista, ainda ter “algo novo” a dizer.

Embora tamanha flexibilidade seja considerada muitas vezes incompatível com uma produção de caráter científico, principalmente segundo os critérios hegemônicos no campo das “ciências duras”<sup>6</sup>, ou mesmo por autores das ciências humanas que se utilizam de referenciais epistemológicos de base positivista, ela é de fato a responsável por grande parte da “produtividade científica” dessa técnica.

Cabe ainda destacar o caráter extraordinário das falas sob a forma de depoimentos em relação às demais expressões lingüísticas do cotidiano. O cotidiano, como discutiremos mais detalhadamente adiante, caracteriza-se por uma dinâmica geradora de comportamentos e ações espontâneas, imediatistas, pragmáticas e, até certo ponto, “automatizadas” frente às situações em sua maioria homogêneas e repetitivas com as quais cotidianamente se deparam os indivíduos (Heller, 2004). O comportamento é pragmático, ultrageneralizante, no sentido de repetir de forma relativamente acrítica condutas e práticas que se mostram eficazes para resolver as questões cotidianas com o mínimo de esforço adicional.

Na vida cotidiana as pessoas têm de interpretar acontecimentos e não construir sistemas explicativos globais e coerentes. Para isso, elas lançam mão dos mais

---

<sup>6</sup> Ressaltando-se que as concepções hegemônicas no campo das chamadas ciências exatas, cuja principal característica talvez seja o recurso à quantificação como critério de “veracidade” e “neutralidade” da produção científica, também predominam nas ciências da saúde, principalmente naquelas de caráter biomédico e individual, como as pesquisas clínicas, mas também em algumas de caráter coletivo, como a epidemiologia (Ayres, 2002).

variados elementos, tomam os fragmentos disponíveis e que mais pareçam adequados a cada caso, sem se preocupar em manter uma coerência. As conexões discursivas são estabelecidas conjunturalmente e na prática e estão sempre mudando. Assim, o que os discursos revelam são memórias fragmentadas, justapostas, e informações parceladas e contraditórias, explicações parciais que não têm de se conectar para formar um todo.

Na verdade, não haveria porque esperar um discurso integrado, já que a experiência cotidiana é ela mesma fragmentada. (Caldeira, 1984:283)

Pois bem, no caso das falas realizadas em um depoimento tal comportamento é tensionado, visto que o narrador é “suspenso” de sua vida cotidiana e instado a narrar e refletir sobre aspectos tanto de seu âmbito relacional, quanto de âmbitos mais gerais da sociedade. Assim, ressaltarão autoras como Bosi (1983) e Schraiber (2008), o ato de narrar exige do entrevistado um trabalho de reflexão próprio, incomum no cotidiano, visto que sua elaboração o obriga a rever, atualizar, passar em crítica, re-construir o vivido em nova objetivação.

O que foi experimentado no passado e mesmo o que se concebe do presente são externados como trabalho de reflexão próprio, distanciando-se dos juízos do senso comum: o relato é um pensamento produzido especialmente. A entrevista que o suscita deve ser vista como uma experiência particular, e não como um evento cotidiano. Pelo contrário, ela recorta o cotidiano no objeto que propõe para reflexão e o interrompe por meio dessa reflexão, de modo que a interpretação que o relato traz é sempre uma visão original e mais global do que a do cotidiano. (Schraiber, 2008:51)

Aqui se destaca outro elemento bastante interessante das histórias de vida, qual seja: seu caráter processual, dinâmico. Diferentemente de outras fontes documentais – textos, obras, documentos oficiais, etc. – os depoimentos caracterizam-se fundamentalmente por constituírem-se como trabalho de memória – reflexão, interpretação – em ato. Diferentemente de meramente “expor” o *vivido*, o entrevistado o “reconstrói” no plano ideal, submetendo-o a processos avaliativos e compreensivos, para além de descritivos, com base em suas posições do presente. Evidencia-se, desta forma, um novo processo de

objetivação, porque inexistente antes do relato. O que o entrevistador presencia, portanto, é um contexto em que pensamento e ideologias encontram-se não apenas cristalizados, mas também em movimento (Camargo, 1978; Queiroz, 1987).

A partir disso, cabe enfatizar o papel da entrevista como meio de conhecimento e compreensão do outro, da realidade social em que se encontra inserido e de suas representações acerca dessa realidade, excluindo-se dessa técnica o papel de averiguação da veracidade das informações prestadas pelo narrador. As intervenções do pesquisador durante o relato devem se conformar sempre no sentido de auxiliar, e estimular, a narração e explicitação das idéias pelo entrevistado, evitando-se as iniciativas com objetivo de questionamento acerca da veracidade das mesmas.

Esse processo de “confirmação” das opiniões e dados expostos nos relatos, seu estatuto de “veracidade”, realiza-se através da combinação da técnica de entrevista em profundidade com outras fontes de obtenção de dados acerca do objeto em estudo. Pode-se recorrer, por exemplo, a modalidades etnográficas como a observação, participante ou não, ou à complementação com técnicas de caráter quantitativo como os surveys e questionários das mais diferentes matrizes, seja precedendo a produção de histórias de vida, seja sucedendo a estas, assim como se pode, ainda, recorrer à análise documental. Em nosso caso a preferência recaiu sobre essa última modalidade de técnica, sendo que recorremos tanto a produções teóricas de caráter mais teórico-reflexivo acerca das temáticas em estudo, como também a fontes de dados mais “brutos” e “quantitativos” acerca da realidade das transformações do trabalho médico e do trabalho em saúde na contemporaneidade. Assim, o acesso e análise de informações coletadas em bancos de dados já existentes, e em alguns textos e estudos que os analisam, foram alvo de uma técnica de produção de dados que é subjacente (secundária) à técnica de história de vida, mas fornece elementos para a

construção dos contextos de práticas profissionais dos médicos, dialogando e triangulando com os dados produzidos pelos relatos.

Com relação à fase de análise do material coletado, os autores da área fazem algumas recomendações que julgamos procedentes a fim de se apreender com o máximo de riqueza e produtividade o que a técnica propicia. Dado o duplo caráter do conteúdo dos relatos – social/coletivo e individual/singular – cabe também o cuidado de operar-se a análise em dois momentos distintos, porém obviamente inter-relacionados. Inicialmente procede-se à apreensão de cada história de vida como totalidade, buscando-se compreender ali o sujeito como singularidade expressa em suas memórias, representações e reflexões, seja acerca de sua própria vida pessoal, seja acerca do trabalho médico, da sociedade etc. Esse é o momento em que o pesquisador deixa-se *impregnar* profundamente por cada depoimento a fim de apreender sua processualidade própria.

Após esse primeiro momento<sup>7</sup>, cabe apreender as dinâmicas, processos e movimentos que permeiam e “atravessam” essas histórias singulares procedendo-se à análise trans-individual dos depoimentos. Nessa fase o olhar do pesquisador deve voltar-se para a comparação entre os depoimentos, onde se expressam semelhanças e diferenças, e para as relações que estabelecem em face às relações e processos sociais aos quais se subordinam.

Aqui, no momento da manipulação dos dados, desempenharão papel fundamental os pressupostos teóricos que guiam a pesquisa e que se expressam nessa fase na forma de núcleos temáticos orientadores da reflexão e da qualificação da tese pelo pesquisador. Será

---

<sup>7</sup> No que se refere aos resultados advindos da utilização da técnica de história de vida cabe esclarecer que o procedimento de pesquisa poderia encerrar-se com essa consolidação dos depoimentos, visto que esse processo em si já pode ser considerado resultado de pesquisa cientificamente produzida; não foi o caso aqui, onde não tínhamos como objetivo a produção dos depoimentos como fim, senão como meio para possibilitar a discussão das transformações pelas quais passa o trabalho médico e suas repercussões sobre os agentes da prática.

a partir desses referenciais e temas que se procederá ao destaque de fragmentos de cada depoimento utilizando-os, juntamente com os dados complementares advindos de outras fontes, para compor um todo articulado orgânico qualificador da tese.

### **3.3 A Definição da Amostra: *heterogeneidades e predominâncias no trabalho e na profissão***

Como dissemos, foram produzidas seis histórias de vida de médicos que geraram aproximadamente vinte e oito horas de gravação. A média de tempo de cada depoimento ficou em torno de quatro horas e quarenta minutos, sendo que a entrevista mais curta durou três horas e a mais longa cinco horas e meia. As entrevistas foram realizadas em número de sessões que variou de duas a seis, sendo que a média por entrevistado foi de quatro sessões.

Procurou-se considerar alguns critérios para a definição dos sujeitos entrevistados. Em primeiro lugar fazia-se necessário buscar no plano do material empírico a diversidade e heterogeneidade existentes no plano concreto do trabalho médico. Nesse sentido optou-se pela escolha de médicos com diferentes inserções profissionais, tanto no que se refere às especialidades exercidas, como em relação aos diversos vínculos profissionais existentes no mercado de trabalho, como, ainda, em relação aos diferentes espaços e esferas de assistência.

Ao mesmo tempo em que privilegiamos a heterogeneidade como característica da profissão cabia buscar sujeitos que expressassem também os movimentos predominantes no trabalho médico na contemporaneidade. Assim, buscou-se cobrir as principais formas de inserção produtiva dos médicos, desde a prática de consultório, até as diversas formas de assalariamento existentes nas esferas pública e privada, privilegiando-se os casos de

combinação de várias dessas condições pelo mesmo profissional, condição predominante entre os médicos brasileiros,

Outro aspecto que procuramos privilegiar foi a escolha de sujeitos de “longa” trajetória na profissão. Isso se deveu a vários fatores. É bastante citado na bibliografia relativa a entrevistas em profundidade o papel dos velhos como “depositários” da memória coletiva de um grupo ou comunidade (Bosi, 1983). A sociologia, e principalmente a antropologia, historicamente desde sua constituição reservam bastante importância para os relatos de velhos como forma de acesso às culturas e tradições transmitidas através da história oral. Nas sociedades modernas e urbanizadas é sabido que o papel do velho se refaz e essa sua função anterior passa a ser bastante relativizada, principalmente em função dos novos arranjos de relações interpessoais, familiares e comunitárias, além do domínio de outras formas modernas de socialização da cultura, valores e ideologias. Todavia, se é verdade que na contemporaneidade os velhos perdem o estatuto de centralidade na função de “transmissão” das heranças culturais isso não implica que não continuem se constituindo como “depositários” importantes de tais acúmulos, ainda que em grau significativamente mais limitado em relação a outros tempos.

Pensamos, portanto, que o aspecto “tempo de vida” não é desprezível no processo de constituir-se como informante privilegiado dos processos sociais e culturais existentes em formações sociais determinadas. Ao mesmo tempo cabe problematizar tal papel, visto que o fato de constituírem-se como sujeitos mais antigos também pode se refletir na “cristalização”, no plano ideal, de relações superadas, visto que o plano das representações desenvolve-se com relativo “atraso” em relação às transformações do plano material. Essa “cristalização”, por outro lado, parece ser tanto menos estanque quanto mais o indivíduo que a idealiza encontra-se sujeito às tensões dos movimentos da realidade. Uma forma de

garantia da existência dessas “tensões” seria optar por sujeitos, não somente experientes na profissão, mas que também estivessem ainda em atividade no momento das entrevistas.

Ademais, o fato de vivenciarem uma existência mais longa deixa nesses sujeitos maior quantidade de “inscrições” de períodos, movimentos, transformações da realidade social que os cerca, “inscrições” que podem se constituir para nós em formas de “acesso” a essa ordem de mudanças e suas dinâmicas. Assim, a escolha de sujeitos antigos na profissão como opção para essa forma de pesquisa constituiu-se em interessante recurso, a nosso ver, para a tentativa de apreensão do trabalho médico *em movimento*, e não somente como “fotografia” em seu estado atual, dado que os velhos relatam e refletem sobre o passado, presente,... e, não raro, sobre o futuro.

Posto isso, fizemos a opção de, por um lado, selecionar sujeitos com uma trajetória longa na profissão; veja-se que, embora em sua maioria não sejam tão velhos em idade<sup>8</sup>, são bastante experientes no exercício da medicina. E, por outro lado, coube selecionar somente sujeitos em atividade a fim de apreender as características contemporâneas do trabalho médico, em comparação com formas pretéritas, além das representações de seus agentes acerca das mesmas, aspectos, como sabemos, indissociáveis.

Em síntese, entre as características dessa amostra, destacam-se:

- Todos os médicos possuíam no mínimo vinte e oito anos de exercício da medicina e mantinham-se em atividade até a data de entrevista<sup>9</sup>;

- Eles iniciaram sua vida profissional entre 1956 e 1979; três formaram-se na década de 1970; dois na década de 1960 e um em fins da década de 1950;

- Todos exerceram seu trabalho predominantemente na cidade de Curitiba;

---

<sup>8</sup> A média de idade dos entrevistados foi de aproximadamente sessenta e quatro anos, possuindo o mais velho setenta e oito e o mais novo cinquenta e três anos.

<sup>9</sup> Um dos entrevistados iniciou processo de aposentadoria no período da entrevista.

- Todos exerceram, em condições diversas, a prática em modalidade assalariada no setor estatal durante sua carreira, sendo que no momento da entrevista quatro ainda a mantinham nesse formato;

- Cinco dos seis entrevistados exerceram a prática de consultório no decorrer da carreira, sendo que três mantinham tal modalidade de trabalho por ocasião da realização da entrevista;

- Todos, durante sua carreira, exerceram atividades tanto de caráter hospitalar quanto ambulatorial, ainda que com graus, formatos e durações variáveis.

- Em termos de divisão por sexo, a amostra foi formada por uma mulher (infetologista) e cinco homens: um cirurgião vascular; um clínico/médico do trabalho/auditor; dois gineco-obstetras; um clínico de atenção básica que também se especializou em HIV/AIDS;

- Quatro, dentre os seis entrevistados, exerceram atividades de docência durante a carreira, sendo que três as mantinham no período da entrevista; outro, embora sem vínculo de docente, trabalha em serviço hospitalar de caráter universitário e exerce atividades de orientação e treinamento de alunos;

- Três, dentre os seis entrevistados, trabalharam em algum momento da carreira, no nível da atenção primária/básica em saúde no SUS;

### **3.4 Sobre Cenários e Períodos: Curitiba como fonte de dados empíricos acerca do trabalho médico contemporâneo**

Cabe ressaltar ainda, no que se refere ao processo de produção de dados empíricos, nosso recorte do trabalho de campo é restrito à cidade de Curitiba. Será aqui que nossos

entrevistados constituir-se-ão como médicos já em tempos de desenvolvimento da *medicina tecnológica* e todas suas implicações.

Embora com fundação antiga, que data de 1693, Curitiba começa a se desenvolver como metrópole importante, tanto econômica como politicamente, no cenário nacional a partir da década de 1970 com o ciclo industrial do período do “milagre econômico” brasileiro, baseado na instalação dos capitais transnacionais no país. Como característica de tal desenvolvimento ressalte-se que até 1960 Curitiba possuía 361 mil habitantes, passando para 1.024 mil em 1980, e chegando atualmente a cerca de 1.851 mil habitantes; quando extrapolada para sua região metropolitana, a “grande Curitiba”, conta atualmente com cerca de 3.307 mil habitantes<sup>10</sup>.

Assim como uma “nova cidade” inicia-se a partir da década 1970, com a urbanização desencadeada tanto pela industrialização crescente, principalmente a partir da década de 1980, advinda da desconcentração dos parques industriais de São Paulo para outras regiões do país, quanto pelo êxodo rural que “infla” as capitais brasileiras nesse período, também se desenvolve aqui uma “nova medicina”.

Poderemos presenciar aqui uma apresentação particular do processo geral de socialização do trabalho e da assistência médica na sociedade brasileira. Em que pese à manutenção das características gerais, cabe destacar alguns aspectos peculiares.

Vimos que as condições para o desenvolvimento da *medicina liberal* no Brasil deram-se no início do século XX com o primeiro ciclo de industrialização e urbanização do país, dado que tal processo possibilitou a existência de extratos populacionais urbanos de renda média e alta com capacidade de comprar serviços médicos de forma privada. Pois

---

<sup>10</sup> Informações projeções sistematizadas pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba – IPPUC, obtidos em <http://www.ippuc.org.br>, com base nos últimos dados censitários do IBGE.

bem, tal processo ocorreu principalmente em São Paulo e, em menor medida, no Rio de Janeiro, sendo que no restante do país continuará predominando por um período relativamente longo a economia de base agrícola. Será a partir de meados do século, na segunda onda de industrialização, que outras capitais do país desenvolverão de forma mais consistente tal processo de urbanização.

Isso no caso de Curitiba, como provavelmente de outras capitais do país, criará uma conjuntura interessante que, de certa forma, “intensifica” algumas tendências nacionais. Senão vejamos: aqui, em razão do “atraso” na industrialização e urbanização quando comparada à já “atrasada” industrialização paulistana, a dimensão e o período de existência da medicina liberal serão significativamente menores, visto que até a década de 1930 poucos médicos exerciam a profissão na cidade, apesar da existência da primeira faculdade de medicina datar de 1913. Logo, se nas duas principais capitais do país o espaço para o desenvolvimento da medicina liberal foi restrito se comparado aos países do capitalismo central, em razão da limitação da capacidade de consumo das massas urbanas e da interferência precoce do estado na regulação da oferta de serviços médicos, na capital paranaense tal espaço foi ainda menor devido ao seu limitado contingente populacional urbano.

Quando se estabelece aqui um mercado urbano significativo capaz de absorção de serviços médicos privados a medicina já se encontra nos maiores centros do país em um processo avançado de socialização. Em que pese à permanência da medicina liberal por um período um pouco mais longo nessa cidade, o que se presencia de fato é que nela o trabalho médico somente se desenvolve de forma importante praticamente em tempos de transição da medicina liberal para a medicina tecnológica.

Assim, vivência ainda mais “atrasada” e “breve” teve a medicina liberal em Curitiba, sendo que se pode falar em trabalho médico propriamente dito, em escala social, principalmente a partir da década de 1970 e já sob a dinâmica da socialização da assistência à saúde impulsionada pelo estado e pelo empresariamento médico.

Pode-se presenciar tal peculiaridade do desenvolvimento da medicina em Curitiba, com ricos detalhes, através dos relatos. Nesses podemos perceber como os médicos mais velhos, formados em fins das décadas de 1950 e 1960 iniciam suas vidas profissionais já em contexto de superação da medicina liberal pela sua apresentação tecnológica, enquanto os médicos mais novos, formados em fins da década de 1970, iniciam suas carreiras em contexto de socialização e especialização avançadas. Como todos se mantinham em atividade até a realização da entrevista é possível apreender em suas falas os processos de transformações pelas quais passou o trabalho médico até os dias atuais, seja superando a “breve” medicina liberal curitibana, seja intensificando a socialização da medicina tecnológica na contemporaneidade, sendo que tal recurso à coleta de histórias de vida profissional de médicos mais experientes nos propicia a “cobertura” de praticamente toda a história do trabalho médico, em sua forma socializada, nessa cidade.

Nos dias atuais, é importante ressaltar, tal “descompasso” do trabalho médico, e em saúde, de Curitiba em relação aos principais centros do país, leia-se São Paulo e Rio de Janeiro, a nosso ver, já não se mostra significativo. Pelo contrário, reconhece-se que, em algumas áreas e modalidades específicas, o trabalho médico se encontra até “mais avançado”, em seus aspectos de socialização do trabalho e desenvolvimento tecnológico, na capital paranaense se comparados com esses outros centros. Como exemplo, podemos citar a relativamente melhor estruturação da atenção básica em Curitiba, quando comparadas às “caóticas” redes assistenciais carioca e paulistana, e o papel de referência nacional exercido

por alguns serviços médicos em áreas biomédicas específicas. Portanto, apesar do inquestionável papel de vanguarda exercido principalmente pela medicina paulista, expresso, por exemplo, no grau de desenvolvimento científico-tecnológico e na dimensão quantitativa das redes assistenciais pública e privada existentes nessa cidade, pensamos que os processos pelos quais passa o trabalho em saúde na contemporaneidade e os conflitos e dilemas que se colocam para seus agentes e usuários não se apresentam qualitativamente diversos quando comparados à cidade de Curitiba.

Atualmente, segundo dados do Conselho Federal de Medicina – CFM<sup>11</sup>, o estado do Paraná é o quinto do país em número de médicos em atividade, com 17.622 profissionais que representam cerca de 5,1% dos médicos no Brasil, atrás dos estados de São Paulo (99.526), Rio de Janeiro (54.229), Minas Gerais (34.785) e Rio Grande do Sul (23.751). Desse total de médicos do estado, cerca de metade atua na capital paranaense, expressando a tendência nacional de concentração de médicos nas capitais. Será como parte desse universo que nossos sujeitos constituir-se-ão e será a partir dele que expressarão suas percepções e representações do trabalho médico.

---

<sup>11</sup> Dados obtidos através do site do Conselho Federal de Medicina: <http://www.portalmedico.org.br> em 22/04/10.

**CAPÍTULO 4**  
**HUMANIZAÇÃO E ALIENAÇÃO**

*Calo-me, espero, decifro.  
As coisas talvez melhorem.  
São tão fortes as coisas!*

*Mas eu não sou as coisas e me revolto.  
Tenho palavras em mim buscando canal,  
são roucas e duras  
irritadas, enérgicas,  
comprimidas há tanto tempo,  
perderam o sentido, apenas querem explodir.*

*Este é tempo de divisas,  
tempo de gente cortada.  
De mãos viajando sem braços,  
obscenos gestos avulsos.*

Carlos Drummond de Andrade (Nosso Tempo)

Um tema com o qual inevitavelmente se deparam praticamente todas as teorias contemporâneas de caráter crítico acerca do trabalho é o relativo à alienação nos processos produtivos. Pretendemos nesse capítulo, de maneira bastante resumida, expor alguns elementos conceituais baseando-nos em autores e análises críticas a respeito dos processos de trabalho que, a nosso ver, podem contribuir para nossa análise do trabalho em saúde, em geral, e do trabalho médico em particular.

Para a compreensão do processo de trabalho e suas inter-relações fizemos uso da teoria marxiana do trabalho, exposta no conjunto de sua obra, além do recurso a outros autores que se utilizam desse mesmo arcabouço teórico, em maior ou menor grau, para a análise de diferentes aspectos dos processos produtivos. Uma vasta produção teórica no Brasil (Donnangelo, 1975, 1976; Mendes-Gonçalves, 1979, 1992; 1994; Schraiber, 1989, 1993, 1995, 2008; Merhy, 1997, 2000; Peduzzi, 1998; Pires, 1998; Arouca, 2003) e no exterior (Freidson, 1970a, 1970b; Polack, 1971; Conti, 1972; García, 1989) produzida

principalmente a partir da década de 70 ousou buscar nesse arcabouço teórico instrumentos que contribuíssem para a compreensão da medicina e dos processos de trabalho em saúde através de uma leitura de corte histórico-social das determinações e transformações dos processos assistenciais.

O presente trabalho, portanto, inscreve-se como herdeiro desse movimento amplo, e heterogêneo, de tentativa de análise crítica acerca das contradições internas dos processos de trabalho em saúde e suas interfaces com a totalidade das relações sociais.

#### **4.1 A Dialética Humanização-Alienação e os Processos de Trabalho: alguns elementos conceituais**

A referência ao termo *alienação* é bastante antiga na história humana não se podendo precisar exatamente seus primeiros formuladores. Contudo, nota-se que, até a idade média, seu conceito esteve mais relacionado à ideologia religiosa na qual significava algo semelhante ao *êxtase*, ou à “elevação da mente a Deus”.

Como etimologicamente a palavra “alienação” deriva do adjetivo latino *alius* que significa “outro”, o significado dado à alienação pode se referir a expressões diversas, como: “tornar outro”, “passar para outro” ou “apropriado por outro”. (Saviani, 2004).

Um autor que primeiro colocou a questão da *alienação* em relação com a idéia de *propriedade* foi Rousseau ao tratar do “contrato social”, sendo que nessa obra o autor refere-se à *alienação* como “alienação de bens” – a “vendabilidade universal” - conceito que será, posteriormente, muito utilizado no campo jurídico.

Será a partir de Hegel que o conceito de alienação ganhará dimensão de elemento de análise e elaboração filosófica. E será a partir das críticas às elaborações desse autor por Feuerbach, inicialmente, e por Marx, posteriormente, que o conceito de alienação se tornará elemento obrigatório nas análises filosóficas e sociológicas em geral, e no campo do trabalho em particular.

Na *Fenomenologia* de Hegel a alienação se apresenta como um fenômeno do espírito que se expressa no processo de objetivação, ou seja, o processo de objetivação é, em si, um processo de *exteriorização* do *espírito absoluto* em seu movimento auto-realizador. O movimento no qual se constitui a vida humana é aquele do espírito que supera a consciência pela *autoconsciência*. Para esse autor, desse modo, toda objetivação se constitui, necessariamente, como perda, como alienação, no sentido de “tornar outro”. Como a atividade humana fundamental, o trabalho é essencialmente um processo de objetivação do ser subjetivo – o homem (para Hegel, o espírito absoluto) – em produtos objetivos, para esse autor a *alienação* apresenta-se como inerente ao trabalho e *ontologicamente* constituidora do humano (Ranieri, 2001; Mészáros, 2006).

Feuerbach, por sua vez, ao criticar o idealismo hegeliano, compreenderá o homem como sujeito da alienação, mas esse será para ele ainda um fenômeno da *consciência* expresso na *objetivação religiosa*. Ou seja, a alienação ocorreria a partir do momento em que os homens criam algo (deus) que ganha autonomia e lhes domina, estabelecendo, assim, uma relação de *estranhamento* dos homens para com um seu produto.

Marx, por sua vez, a partir da elaboração desses diferentes autores construirá seu próprio conceito de alienação, processo cujo início pode ser remetido aos *Manuscritos econômico-filosóficos de 1844*, e que percorre, a partir dessas primeiras elaborações, todas as suas obras posteriores.

Um primeiro pressuposto fundamental com o qual o corpo teórico inaugurado por Marx trabalhará e que o diferenciara das correntes idealistas anteriores refere-se à compreensão do *Ser* como necessariamente dotado de objetividade. Vejamos uma citação elucidativa:

Que o homem é um ser corpóreo, dotado de forças naturais, vivo, efetivo, objetivo, sensível significa que ele tem objetos efetivos, sensíveis como objeto de seu ser, de sua manifestação de vida (*lebensäußerung*), ou que ele pode somente manifestar a sua vida em objetos sensíveis, efetivos (*wirkliche sinnliche Gegenstände*). É idêntico: Ser (*sein*) objetivo, natural, sensível e ao mesmo tempo ter fora de si objeto, natureza sentidos fora de si é a mesma coisa que sermos nós próprios objetos, natureza, sentido, ou ser objeto mesmo, natureza, sentido para um terceiro. A fome é uma carência natural; ela necessita, por conseguinte, de uma natureza fora de si, de um objeto fora de si, para se satisfazer, para se saciar. A fome é a carência confessada de meu corpo por um objeto existente (*seienden*) fora dele, indispensável à sua integração e externalização essencial. Um ser que não tenha sua natureza fora de si não é nenhum ser natural, não toma parte na essência da natureza. Um ser que não tenha nenhum objeto fora de si não é nenhum ser objetivo. Um ser que não seja ele mesmo objeto para um terceiro ser não tem nenhum ser para seu objeto, isto é, não se comporta objetivamente, seu ser não é nenhum [ser] objetivo. Um ser-não-objetivo é um não-ser (Marx, 2004:127)

Essa citação localiza de certa forma esse campo teórico em relação a polêmicas com correntes filosóficas anteriores e posteriores à sua conformação, tanto no que se refere à compreensão *materialista* da realidade quanto em relação ao tema da *cognoscibilidade* do real, tema permanentemente polêmico nas discussões filosóficas e epistemológicas. Importante ressaltar, todavia, e antes de mais nada, que essa compreensão do *Ser* como ontologicamente dotado de objetividade não abole, no interior dessa matriz teórica, a possibilidade de elaborações e abordagens a respeito da dimensão concernente à subjetividade, ao contrário do argumentado por grande parte das críticas a nosso ver pouco fundamentadas ao marxismo. Porém, a compreensão da subjetividade dar-se-á em termos diferentes, por vezes antagônicos, em relação a outras correntes teóricas, sendo que a dialética subjetividade/objetividade será a forma privilegiada para abordagem dessa

temática entre os pensadores que se utilizam do arcabouço do materialismo dialético. Não nos deteremos nesse momento nesse aspecto, pois ele será objeto de nossas reflexões de forma mais detalhada ao longo desse capítulo.

A partir da concepção do Ser humano como Ser objetivo e objetivante no mundo, Marx deteve-se ao estudo e reflexão acerca do desenvolvimento histórico desse movimento e suas contradições. E aqui emerge fortemente a temática da alienação. Essa categoria será compreendida como expressão teórica de um processo complexo, contraditório, permeado por aspectos, ora mais subjetivos, ora mais objetivos sendo que o centro do conceito de *alienação* nesse autor se encontra em uma contradição: aquela existente entre o homem e suas objetivações. Lukács<sup>1</sup> (1981a:2) sintetiza da seguinte forma essa concepção:

O fenômeno enquanto tal, como é delineado com clareza por Marx em trechos ora citados, pode-se formular assim: o desenvolvimento das forças produtivas é necessariamente também o desenvolvimento das capacidades humanas, mas – e aqui emerge plasticamente o problema da alienação – o desenvolvimento das capacidades humanas não produz obrigatoriamente aquele da personalidade humana. Ao contrário: justamente potencializando capacidades singulares, pode desfigurar, aviltar, etc. a personalidade do homem.

A alienação, desse modo, constitui-se menos como estado em si do que como processo, como uma relação contraditória estabelecida entre capacidades humanas genéricas e suas repercussões sobre as personalidades dos diferentes indivíduos concretos. Isso porque o agir humano através do objetivar-se, através do inscrever suas marcas humanas no mundo, do constituir objetividade às diferentes subjetividades, inclui dois grandes movimentos unidos, indissociáveis e tensos. Marx utilizou o conceito de objetivação (*Entäusserung*) como unidade dialética desses dois movimentos, enquanto

---

<sup>1</sup> Ao longo desse capítulo recorreremos freqüentemente a citações de György Lukács em sua obra *Ontologia do Ser Social* por ser o autor que a nosso ver melhor sistematizou e fez avançar o quadro teórico crítico acerca da alienação.

Lukács lhe desdobrou em dois conceitos – objetivação e exteriorização – o que tende a facilitar a compreensão de suas características.

Cada movimento e cada reflexão do trabalho em curso (ou antes) são dirigidos, em primeiro lugar, a uma objetivação, ou seja, a uma transformação teleologicamente adequada do objeto do trabalho. A execução desse processo comporta que o objeto, antes existente apenas em termos naturais, sofre uma objetivação, isto é, adquire uma utilidade social. Relembremos a novidade ontológica que aqui emerge: enquanto os objetos da natureza como tais possuem um ser-em-si, e o seu tornar-se-para-nós deve ser adquirido pelo sujeito humano por meio do trabalho cognoscivo, – ainda que isso, através de muitas repetições, torne-se pois rotina, – a objetivação imprime de modo direto e material o ser-para-si na existência material das objetivações; este faz parte, agora, da sua constituição material, ainda que os homens que nunca tiveram contatos com aquele específico processo produtivo não sejam capazes de percebê-la. Todo ato deste tipo é, ao mesmo tempo, um ato de exteriorização (*Entäusserung*) do sujeito humano. (...) É evidente que aqui não se trata simplesmente de dois aspectos do mesmo processo, mas de algo a mais. Os nossos exemplos anteriores mostram que os mesmos atos do trabalho podem e, aliás, sob o domínio de um determinado modo de trabalhar, devem provocar no próprio sujeito divergências socialmente bastante relevantes. E é aqui que vem à tona a divergência dos dois momentos. Enquanto a objetivação é imperativa e claramente prescrita pela respectiva divisão do trabalho e, por conseguinte, desenvolve nos homens, por força das coisas, as capacidades a ela necessárias (naturalmente que nos referimos apenas a uma média exigida pela economia, na qual as diferenças individuais, também sob esse aspecto, jamais são canceladas completamente; contudo, isso não muda a substância da coisa), o efeito de retorno da exteriorização (*Entäusserung*) sobre os sujeitos do trabalho é por princípio diversificado. (Lukács, 1981a:3)

Ou seja, segundo Lukács, apoiando-se em Marx, o agir humano no mundo é, simultânea e inter-relacionadamente, processo de objetivação, pois produz objetivações outrora não existentes, e processo de exteriorização, pois torna exterior algo que era interior do ser humano na forma de posição teleológica. Destarte, diferentemente de outros seres vivos, para o homem, através da mediação do trabalho como *atividade vital* (*Lebenstätigkeit*), o devir torna-se produto da ação guiada pela consciência. É com essa via que se constitui a relação sujeito-objeto a partir da posição teleológica acima citada. A grande questão está no fato de que a imagem construída pelo sujeito, embora possua uma fidelidade desejada, não se apresenta jamais como “fotográfica”, adquirindo assim uma

autonomia no processo vital constituidor do ser social. Assim, embora a imagem do objeto fixe-se na consciência, também possuirá relativa autonomia, sendo que será o sucessivo reexame de cada nova situação concreta no interior dos atos operatórios humanos que colocará permanentemente em questão tal imagem, fazendo com que a posição teleológica anterior seja confirmada, readequada, transformada, movimento este conformador da *práxis* humana. O que esse processo expressa, em síntese, é o duplicar-se do mundo dos objetos, a sua divisão em objetos reais e objetos para a consciência, e as contradições daí advindas.

A dialética objetivação-exteriorização, portanto, constitui-se como “caminho” através do qual os homens intervêm no mundo, tornam-no objeto de sua prática e consciência, processo através do qual humanizam o mundo e socializam o ser do homem.

Dentre as várias formas de objetivação-exteriorização do homem no mundo uma se destaca pelo seu caráter ontológico-constituidor do ser social: o *trabalho*. O trabalho compreendido como o elemento fundador do gênero humano, o elemento através do qual os homens imprimem ao mundo as marcas de seu devir. A forma através da qual o homem natural dialeticamente se separa, sem separar-se, da natureza e, ao se diferenciar no seio desta, estabelece com ela um intercâmbio que humaniza e torna social o mundo outrora natural. Ao mesmo tempo em que humaniza a natureza, o homem também humaniza a si, como parte da natureza, subordina a existência da espécie ao desenvolvimento do gênero humano não mais *nudo*, subordina o ser natural ao ser social, colaborando para o recuo crescente da barreira natural e fazendo com que seu ser torne-se tendencialmente mais humano (Mészáros, 2002; Antunes, 2006; Marx, 2007).

O trabalho em sua concretude refere-se à atividade de produção da vida humana, à atividade de objetivação-exteriorização humana através da qual os homens produzem os meios necessários à satisfação de suas necessidades materiais, espirituais, culturais,

simbólicas etc. Por isso, a base da ontologia do ser social encontra-se no trabalho, na atividade prática dos homens no mundo com o objetivo de produzirem sua existência. O trabalho, em razão de seu papel como constituidor do ser social, acabou por se conformar em suas diferentes apresentações, em elemento central através do qual são organizadas as diversas sociedades humanas em seus aspectos sociais, políticos, culturais, entre outros, que, em essência, constituem-se em diferentes modos de produzir e reproduzir a existência humana, ou seja, em diferentes formas sociais de reprodução do ser.

Portanto, diferentemente do que vários autores contemporâneos compreendem e argumentam, a centralidade do trabalho não se encontra em suas diversas apresentações fenomênicas particulares, em sua apresentação produtiva sob relações capitalistas, ou sequer na importância que os sujeitos lhe incorrem nas definições de seus modos de vida e de sua subjetividade. A centralidade do trabalho encontra-se essencialmente em seu caráter ontológico, constituidor-estruturador do gênero humano, dado que é a forma mais fundamental de objetivação-exteriorização do ser social (Lukács, 1979; Mendes-Gonçalves, 1992). É em função do trabalho, inclusive, que se torna possível a crescente socialização do mundo, ou seja, o *recuo da barreira natural*, o afastamento, em função da complexificação da socialidade, do nível primário de troca entre homem e natureza.

Assim, para a teoria marxiana do trabalho, os homens não são, os homens *estão sendo*, pois fazem-se, fruto do permanente devir do ser social como expressão da autoconstrução humana em seu processo de intervenção sobre o mundo com vistas a garantir sua existência. Diferente de outras teorias filosóficas, portanto, recusa-se todo apriorismo metafísico com caráter explicativo no que se refere à constituição do humano, de sua subjetividade e das diversas formas de sociedades.

Concebe-se, dessa forma, a relação sujeito-objeto como a relação típica do homem com o mundo, a protoforma da práxis social, ou seja, a inter-relação na qual se tem uma ação permanentemente transformadora e inovadora do sujeito sobre o objeto e do objeto sobre o sujeito, visto que todas as formas de expressão humana, começando pelas mais fundamentais como o trabalho e a linguagem, são conformadas por posições teleológicas (Vázquez, 1986; Mészáros, 2002, 2006; Antunes, 2006).

Essas duas dimensões – objetivação e exteriorização (*Entäusserung*) – apresentam-se indissociáveis, embora sempre permeadas por tensão, sendo que a dominância de uma em relação à outra está na dependência das relações histórico-sociais predominantes em cada atividade e período. Em sociedades antigas, por exemplo, a presença da exteriorização nas práticas humanas era mais atuante e visível, ou seja, a marca da personalidade de cada indivíduo em suas objetivações era mais explícita. Com o processo avançado de divisão do trabalho, socialização da produção, mecanização dos processos produtivos, entre outros, avança-se rumo a uma homogeneização maior dos processos de trabalho, ficando mais difícil reconhecer a personalidade dos sujeitos em seus produtos. A esse processo Lukács caracterizou como *desantropomorfização* dos processos produtivos, operado a partir do desenvolvimento das ciências naturais com a revolução industrial. No caso da linguagem, outra forma fundamental de objetivação-exteriorização humana, o processo parece se apresentar de maneira diferente, ressalta o mesmo autor. Ao mesmo tempo em que se caminha para certas homogeneizações lingüísticas, “estilos” etc., a grande socialização cria possibilidades para a individualização pelos sujeitos nas suas formas lingüísticas de se expressar, ficando mais fácil reconhecer as diferentes personalidades particulares nesses movimentos. Entretanto, é importante ressaltar que em nenhum desses dois exemplos um dos pólos da dialética objetivação-exteriorização foi eliminado estabelecendo-se a

dominância absoluta do pólo oposto. Mesmo nos processos produtivos mais mecanizados, por exemplo, ocorre a expressão da personalidade, da subjetividade dos sujeitos ali envolvidos, ainda que sua visibilidade pelos outros sujeitos e seu reconhecimento pelo sujeito operante seja, muitas vezes quase nula. Ainda em relação a essa dialética ontologicamente insuperável entre objetivação-externalização cabe ressaltar que:

Nenhuma externalização, enquanto expressão de uma personalidade, pode tornar-se operante, isto é, existente, se por algum motivo não se objetiva. Os pensamentos, os sentimentos, etc. não externalizados das pessoas são meras possibilidades; o que eles realmente significam é comprovado somente no processo do seu objetivar-se.” (Lukács, 1981a:7).

Uma questão fundamental ainda resta: a questão do *valor*. Aqui também se faz determinante a dialética objetivação-externalização, visto que a mera objetividade é, por princípio, indiferente ao valor. Ou seja, algo existente em seu estado natural, enquanto não se torna objeto para o homem, enquanto não é inserido no sistema das objetivações-externalizações, não passa a ser valorado, julgado etc. Assim, “unicamente porque cada objetivação-externalização é em-si um componente do ser social, ela necessariamente dá lugar, junto com o próprio tornar-se existente, aos valores e, conseqüentemente, às avaliações.” (Lukács, 1981b:28)

Fazemos questão mais uma vez de ressaltar que a unidade ontológica objetivação-externalização e sua distinção histórico-social não se constituem como mero produto do pensamento, pura abstração. Sua base material encontra-se na unidade ontológica sujeito-objeto, sendo que, enquanto a objetivação encontra-se expressa ao nível do mundo dos objetos, a externalização é expressão desse processo ao nível dos sujeitos. Desnecessário dizer que a objetivação terá um caráter homogêneo muito maior, enquanto a externalização

dará lugar à diversidade como característica sua constituinte ao nível das personalidades dos indivíduos.

Como os processos de objetivação-exteriorização constituem-se em dimensões do processo permanente de autoconstrução humana, cabe enfatizar o caráter “diversificador” do pólo exteriorização em relação aos impactos sobre a personalidade dos diferentes indivíduos. Isso porque cada sujeito particular, como expressão do ser social constitui-se a partir das relações que estabelece com a totalidade social ao seu redor e, a depender das relações sociais sob as quais se objetiva-exterioriza, suas capacidades se desenvolverão mais amplas ou mais restritas em relação ao grau de desenvolvimento do gênero humano.

Visto que:

De fato, a sociedade como um todo e a personalidade humana são, porém, interligadas de modo indissolúvel, constituindo dois pólos de um único complexo dinâmico, mas são qualitativamente diversos entre si quanto às respectivas condições ontológicas imediatas de desenvolvimento. (Lukács, 1981a:11)

A exteriorização (*Entäusserung*) reage sobre os sujeitos exteriorizadores estabelecendo uma relação entre criador e criatura que pode apresentar-se com características diversas a depender das relações sociais em que tal processo ocorra. Sob certas relações, por exemplo, as objetivações podem apresentar-se para o agente do trabalho como *reificadas*, *estranhas*, contraditórias com a imagem de *sua* própria subjetividade exteriorizada. Esse *estranhamento* do homem em relação às objetivações humanas constitui o elemento fundamental do processo de *alienação* (*Entfremdung*).

Para o arcabouço marxiano, portanto, a alienação (*Entfremdung*) se faz quando os homens, ao se objetivarem-exteriorizarem, estabelecem com seus produtos (sejam produtos do trabalho, sejam relações sociais) uma relação de *reificação* e *estranhamento*, ou seja, essas objetivações-exteriorizações ganham autonomia, apresentando-se como estranhas e,

inclusive, saindo de seu controle e voltando-se contra seus criadores, lhes impondo conformações e mesmo restrições em seu viver ao invés de representar para o sujeito sua inscrição humana no mundo. Diferentemente de outras correntes filosóficas anteriores e posteriores, para o materialismo dialético esse processo não ocorre como fruto de uma *condition humaine* geral e tanto menos possui uma universalidade cósmica. Marx, e seus adeptos posteriores irão buscar as determinações desses processos não em uma pretensa característica inerente ao homem universal, abstrato, de corresponder, em sua atividade, à exteriorização do espírito absoluto ou de uma humanidade abstrata, por exemplo, mas nas relações sociais sob as quais o gênero humano se desenvolve. Destarte, o autor não entenderá esse processo como ontológico, ou seja, como inerente ao ser humano, posto que para ele o desenvolvimento da alienação ocorre em decorrência da existência humana sob relações sociais específicas, geradoras de processos de *estranhamento*. Isso será responsável por produzir aquilo que Luckács denominou como uma sociedade antagônica, ou seja, uma sociedade cujos elementos se voltam contra seus produtores. Por isso, a teoria da alienação pode ser considerada um dos melhores exemplos do “giro materialista” ao qual Marx impele a idealista dialética hegeliana.

Um esclarecimento importante a ser feito refere-se à freqüente utilização do termo *estranhamento*<sup>2</sup> como sinônimo de alienação no interior desse campo teórico-filosófico. No idioma alemão original Marx utiliza-se de dois termos distintos: Entäusserung, significando unitariamente as dimensões objetivadora e exteriorizadora, ontológicas do agir humano, dimensões que Lukács, como vimos, diferencia mais didaticamente com fins de exposição

---

<sup>2</sup> O termo *estranhamento* utilizado no interior da teoria do trabalho na vertente marxiana não apresenta correlação alguma com o termo de mesma denominação utilizado no campo da sociologia e antropologia, principalmente em seus aspectos relacionados aos métodos de pesquisa. A idéia de “estranhamento do familiar” apresenta-se mais como postura do pesquisador diante do objeto com o qual convive cotidianamente e que pretende conhecer mais aprofundadamente através dos métodos científicos (Velho, 1978).

de suas distintas, ainda que interdependentes, características. Além de Entäusserung, Marx utiliza-se do termo Entfremdung referindo-se à dimensão alienadora do agir sob relações sociais determinadas. Enquanto o primeiro conceito está relacionado na obra desse autor a situações e processos valorados positivamente, dada sua dimensão ontológica enriquecedora do mundo, dos homens e do gênero, o segundo conceito (Entfremdung) é relacionado, por sua vez, a dimensões valoradas negativamente em função das características que encerra sob relações sociais específicas produtoras de sofrimento.

Alguns autores, como é o caso de Lessa (1997), Ranieri (2001) e Antunes (2006), por exemplo, entendem como mais adequada a tradução de Entäusserung como alienação (que, nesse caso, é entendida como dotada de estatuto ontológico e valorado positivamente), e de Entfremdung como estranhamento. Já autores como Duarte (1993), Saviani (2004) e Martins (2007) se utilizam do termo objetivação como tradução de Entäusserung, representando o complexo objetivação-exteriorização, e remetem ao termo alienação (nesse caso, sinônimo de estranhamento) a tradução de Entfremdung. Deve-se ressaltar, contudo, que essas diferentes opções semânticas não expressam compreensões diferentes em relação ao conteúdo e aos processos constituidores da problemática da alienação no interior do pensamento marxiano.

Em nosso trabalho utilizaremos a tradução de Entäusserung como objetivação-exteriorização e o termo Entfremdung será entendido como alienação, sinônimo, segundo essa opção, de estranhamento. A referência por nós, ora ao termo alienação, ora ao termo estranhamento, deve ser compreendida, nesse trabalho, portanto, somente como recurso a diferentes opções semânticas visando expressar o mesmo processo. Feito o esclarecimento, sigamos em frente.

O elemento determinante em relação à conformação de contradições entre o desenvolvimento do gênero e seus reflexos ao nível particular refere-se às mediações sociais predominantes nos modos de produção da existência dos homens. As formas como os resultados das ações humanas reagem sobre a personalidade dos sujeitos está diretamente relacionada aos modos e contextos em que se constituem os complexos de objetivizações-exteriorizações.

Primariamente só existe uma mediação entre homem e natureza: o processo produtivo, denominado como mediação de primeira ordem (Mészáros, 2002, 2006). A partir do momento histórico em que as sociedades humanas passam a se organizar com base em relações de produção baseadas na *propriedade privada* dos meios de produção (instrumentos e objetos de trabalho), na *divisão do trabalho* e na forma *mercadoria*, estabelecem-se outras mediações entre homem e natureza e entre o sujeito e sua práxis. O agente de trabalho, uma vez que se apresenta sob a forma do trabalhador alienado para outro (escravo, assalariado, etc.), para se relacionar com os meios de trabalho é obrigado a se relacionar/subordinar ao seu proprietário (mediação dos instrumentos de trabalho alienados); para se relacionar com seu objeto de trabalho também existe a mediação do proprietário que não é o próprio agente (mediação da natureza alienada). A relação com o objeto de trabalho também se dá de maneira limitada devido à parcelarização do processo de trabalho, com a existência de vários intermediários e múltiplos atos heterogêneos, obstaculizando-se o saber e o controle do trabalhador sobre a totalidade do projeto operatório (Lessa, 1997; Marx, 2004; Mészáros, 2002; Antunes, 2006).

Por estar alienado da propriedade dos meios de produção, não podendo assim operar de forma autodeterminada, o agente do trabalho é obrigado a alienar sua atividade para outro, que a controla a fim de que o processo produtivo se desenvolva. Conseqüentemente,

os produtos do trabalho – as objetivações do agente do trabalho – também não estarão sob controle do trabalhador, mas alienados para o proprietário privado dos meios de produção. Destarte, essas mediações de segunda ordem, sintetizadas na propriedade privada e no trabalho alienado, fazem com que o homem torne-se alienado de sua atividade (o controle do processo de trabalho pertence a outro), das objetivações humanas (meios e produtos do trabalho), da natureza (objetos de trabalho) e dos outros homens. Com efeito, aquilo que é a expressão objetivada da subjetividade de cada sujeito, os produtos de seu trabalho, suas marcas humanas no mundo, assim como sua atividade, ou seja, sua subjetividade em ato, em exteriorização, não pertencem nem são controladas por ele, senão se apresentam como alheias, alienadas. Sua atividade e suas objetivações aparecerão para o agente de trabalho muitas vezes como *reificadas*, dotadas de autonomia. Estarão dadas, desse modo, as condições materiais para que se estabeleçam relações de estranhamento/alienação entre sujeitos e objetivações-exteriorizações, entre o agente e sua práxis, e entre os indivíduos e aspectos da genericidade.

Em síntese, desenvolvido a partir dessas relações sociais hegemônicas em nosso tempo histórico, as relações capitalistas, esse processo de conformação da alienação tende a expressar-se de modo mais subjetivo (ao nível dos sujeitos) em três aspectos:

- a) O homem vê as objetivações-exteriorizações humanas como estranhas, alheias, autônomas, não se reconhece nelas;
- b) O homem vê sua atividade (o trabalho) como algo externo a ele (*estranhamento*); sendo assim não se sente afirmado, reconhecido em sua atividade que, ao contrário de proporcionar satisfação, lhe proporciona descontentamento, sofrimento;
- c) Assim, o trabalho – atividade responsável pela produção social da vida – que deveria tornar-se o elo do indivíduo com o gênero humano torna-se um meio individual de

garantir a sobrevivência particular; ao invés de se reconhecer nos outros homens, o homem os estranha; (Marx, 2004)

Considerada desse ângulo subjetivo, a *alienação* refere-se à problemática do não reconhecimento de si – de sua marca humana – nas objetivações humanas, em sua atividade e nos demais homens. (Vázquez,1986).

#### **4.2 Alienação e Individualidade: a relação de nudez entre genericidade e particularidade**

O que discutimos até aqui poderá ser compreendido como um aspecto mais “técnico” da alienação, ou seja, como referido às raízes do processo de alienação no interior dos processos de trabalho, às determinações e relações que fazem com que os agentes estranhem sua atividade e suas objetivações. Todavia, as mesmas determinações que conformam os processos produtivos como alienantes para os produtores também acabam por constituir a alienação como elemento socialmente mais ampliado conformador de contradição dos sujeitos em geral em relação à genericidade, ou seja, constitui-se um processo que obstrui e limita a expressão da riqueza do gênero (*gattung*) ao nível dos sujeitos particulares e suas personalidades. Referimo-nos aqui ao papel da relação *objetivação-apropriação* na produção do ser social ao nível dos sujeitos particulares e as implicações de seu permear pelo desenvolvimento da dialética *humanização-alienação* (Duarte, 1993; Heller, 2004).

Ao mesmo tempo em que o gênero se constitui nas máximas capacidades alcançadas pelos homens coletivamente através do processo social de objetivação-exteriorização, os diferentes indivíduos particulares apresentam possibilidades diferentes de

acesso a essas objetivações para satisfazerem seus carecimentos. É o que Heller (2004) caracteriza como os diferentes graus de *abismos sociais* entre gênero e indivíduos. Estes, a depender das relações sociais de produção e apropriação estabelecidas podem estar, em maior ou menor grau, alienados do acesso às objetivações produzidas pelo conjunto da humanidade. Assim, sob relações de alienação, o enriquecimento do gênero humano pode se dar de forma simultânea e interdependente ao empobrecimento relativo dos diferentes sujeitos particulares.

A forma como esse processo se impacta em cada indivíduo não é homogênea, pelo contrário, embora haja um movimento tendencialmente conformador de certa dinâmica alienadora, os diferentes sujeitos realizam sínteses particulares desses processos ao nível de sua personalidade, visto que:

O Homem é por princípio um ser que responde, a maior razão disso é a sua individualidade. Sem sínteses pessoais do desenvolvimento das capacidades, sem a elaboração de respostas pessoais àquelas questões cujo domínio prático torna-se possível pela capacidade desenvolvida, não haveria nunca qualquer individualidade. (Lukács, 1981a:11)

Embora as respostas sejam particulares, porém, elas desenvolvem-se dentro de uma dinâmica que coloca uma série de possibilidades finita para seu desenvolvimento. Afinal, o “peso” arrebatador da *causalidade* como manifestação dos movimentos objetivos da totalidade social sobre as distintas vivências particulares não se deixa apagar.

Para evitar todo simplismo deformante, é necessário dizer que, obviamente também no plano da particularidade à medida que se difunde e aperfeiçoa a divisão social do trabalho acaba por formar-se um tipo de personalidade e isso acontece em termos sociais à própria medida do desenvolvimento das capacidades singulares (einzeln). Existe uma certa espontaneidade induzida pela produção, pelo modo pelo qual as capacidades singulares (einzeln) são colocadas de acordo entre si, no modo pelo qual o trabalho prestado na sociedade está de acordo com a vida privada, etc. De tais interações surgem sem dúvida diferenças individuais, com

traços pessoais bem visíveis, com maneiras pessoais de reagir aos relacionamentos, com afetos acentuadamente subjetivos etc. Tudo isso, porém, se desenvolve em substância no plano da genericidade em-si, que já resulta do fato que algumas formas explícitas de alienação entre o indivíduo (Mensch) e os outros, freqüentemente são entendidas como características pessoais. (Lukács, 1981a:13)

Contribui para a compreensão dessa forma histórica de individualidade a análise que faz Sartre (2002) dos espaços sociais, coletivos, como cenários de multiplicidades de individualidades nos quais cada sujeito, ao ocupar ocasionalmente um lugar, torna-se indeterminado; assim todos se encontram reunidos, mas não integrados – processo que denominou como *serialidade*. Isso contribuirá para a conformação de formas de consciência que tem como características, entre outras, o individualismo e a naturalização, e que os indivíduos significarão como suas autênticas subjetividades e não como consciência herdada de uma determinada socialidade objetiva imposta. Esse processo de internalização acrítica das relações sociais conforma-se, desse modo, também como uma dimensão fundamental da alienação no plano particular.

Heller<sup>3</sup> (2004) ao de apoiar nos apontamentos lukacsianos desenvolveu uma *teoria do cotidiano* na qual demonstra como as formas de consciência concernentes a esse espaço buscam responder à heterogeneidade e fragmentação exigidas pelas atividades vividas freqüentemente pelos indivíduos. Assim, *espontaneidade*, *pragmatismo* e *ultrageralização*, entre outras, são características predominantes do modo de vida dos indivíduos nesse espaço, o que, sob relações capitalistas, determina em grau importante as possibilidades de desenvolvimento de relações alienadas.

---

<sup>3</sup> A concordância aqui com a teoria dessa autora acerca do cotidiano não implica necessariamente a adesão teórica às suas outras elaborações e obras posteriores. Além dessa teoria, recorreremos também em alguns momentos às suas elaborações relacionadas à teoria das necessidades em Marx, a qual, a nosso ver, também se apresenta como produção crítica fundamental para a compreensão das necessidades de saúde na contemporaneidade. As obras mais recentes de Heller, entretanto, a nosso ver, afastam-se significativamente dos referenciais teórico-epistemológicos que foram responsáveis por lhe propiciar tamanha fecundidade na apreensão crítica dos fenômenos e processos sociais.

Todavia, deve-se ressaltar que:

O surgimento de personalidades desse tipo é, porém, um fato histórico-social de grande importância. Porque estas antes espontâneas, imediatas, frequentes e largamente alienadas sínteses pessoais formam apenas a base do ser a partir do qual pode se desenvolver o indivíduo não-mais-particular. (Lukács, 1981a:13)

Nesse sentido, se, por um lado, o cotidiano é conformador dos automatismos, das reações espontâneas e alienadas aos processos sociais pelos sujeitos, por outro lado, é nessa dinâmica que surgem os conflitos individuais expressores do antagonismo entre as restrições impostas pelas relações sociais ao nível individual e as capacidades do gênero.

É importante ressaltar ainda, tendo como pressuposto o conceito de humanização com qual trabalhamos, que cada indivíduo é sempre *unidade vital de particularidade e genericidade*, ainda que unidade *muda* no caso da imensa maioria da humanidade sob as relações sociais atualmente predominantes (Heller, 2004). Cada ser particular é necessária e simultaneamente expressão e constituidor do ser genérico do homem.

Há diferenças, todavia, nesse “localizar-se” das personalidades no plano da genericidade, sendo que se deve ressaltar a existência de dois grandes planos possíveis: a *genericidade em-si* e a *genericidade para-si*.

A diferença é “apenas” que a personalidade no plano da genericidade em-si (*gattungsmässigkeit na sich*) não pode se apresentar senão nos moldes de uma realidade operante praticamente para cumprir as próprias funções no processo de reprodução social, enquanto a genericidade para-si (*gattungsmässigkeit für sich*) é produzida pelo mesmo processo global somente como possibilidade. Mesmo se, e o havíamos sublinhado em outro contexto, como possibilidade no sentido da *dynamis* aristotélica, como algo que é real de maneira latente, até quando, o modo no qual, o grau no qual etc. tornará realidade (inclusive as diferenças de conteúdo, de direção etc.) reentram em um amplo campo de variáveis (Lukács, 1981a:11).

No plano da genericidade para-si os sujeitos individuais poderiam estabelecer uma posição não mais de espectadores em relação ao “fluir” da sociedade, poderiam entender a própria vida como parte desse desenvolvimento do gênero humano intervindo conscientemente nessa rica processualidade o que os afastaria de uma relação muda com o gênero. Isso somente torna-se realizável como consequência da colocação histórico-social, como possibilidade, do estabelecimento de certo âmbito de movimento no qual os indivíduos poderiam escolher seu próprio modo de vida no interior das possibilidades dadas.

Embora a genericidade para-si apresente-se apenas como possibilidade, dado a predominância restritiva das relações sociais hegemônicas, não significa que ela não possa se apresentar em movimentos embrionários, latentes, através de tentativas dos sujeitos em superar suas alienações. Tais movimentos de fato realizam-se, como poderemos presenciar mais à frente em nossas análises a respeito dos processos de trabalho em saúde.

Nossa delimitação dos processos da alienação ficaria incompleta caso não abordássemos sua relação com a ideologia e suas repercussões. Em meio à dinâmica espontaneista presente no cotidiano cuja forma de pensamento predominante é o *senseo comum*, conforma-se um espaço bastante fecundo para o enraizamento e reprodução das ideologias. A forma característica do senso comum, com seus automatismos e tendências à utilização acrítica dos diferentes elementos discursivos e operatórios fazem com que o caráter lacunar do discurso ideológico encontre um ambiente mais favorável para se desenvolver (Chauí, 1984; Gramsci, 1987; Heller, 2004). Assim, a ideologia poderá exercer o papel de “cimento social” estabilizador dos processos alienantes ao ousar explicar os conflitos existentes na práxis social com base em um discurso universalizante, homogeneizante, ocultador mesmo das determinações mais profundas dessas contradições.

Essa afirmação traz à tona a discussão acerca das possibilidades concretas de superação dos processos alienantes e seus limites. Primeiro é sempre importante ressaltar que o fenômeno geral da contradição entre as capacidades humanas genéricas e suas repercussões ao nível dos sujeitos particulares apresenta-se sempre sob formas várias, ou seja, não existe no plano concreto “a” alienação, mas alienações (Mészáros, 2002). Significa dizer também que a consciência e mesmo a superação de uma forma de alienação não implica necessariamente a reprodução do mesmo processo em relação a outras formas. Lukács exemplifica esse aspecto citando casos em que sujeitos colocam-se em movimento contra formas de alienação social e políticas organizando movimentos de luta política dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, no espaço privado reproduzem as relações autoritárias burguesas entre homem e mulher, outra forma de alienação. Portanto, cabe compreender primeiro essa diversidade das formas concretas em que a alienação como processo geral se apresenta. Além disso, cabe apreender os processos de alienação sempre a partir da perspectiva do *ser social*, ou seja, da perspectiva da práxis humana e suas contradições como permeadas pela dialética sujeito-sociedade.

Primeiro, toda alienação é um fenômeno que tem fundamento sócio-econômico e, sem uma clara mudança na estrutura econômica, nenhuma ação individual é capaz de mudar nada de essencial em tais fundamentos. Segundo, toda alienação embora nascendo sobre esta base é, todavia, antes de tudo um fenômeno ideológico, cujos efeitos restringem de tantos lados e tão solidamente cada indivíduo investido dela, que a superação subjetiva pode ter lugar na prática somente como ato do próprio indivíduo.

(...) a necessidade de superar por si mesmo a própria alienação por meios subjetivos, não implica, de modo algum, um subjetivismo, uma contraposição entre personalidade e sociedade, como entendem, ao contrário as várias correntes filosóficas ou psicológicas da nossa época, que estão habituadas a aproximar-se de tais questões com o seu usual aparato de idéias. Uma personalidade ontologicamente independente da sociedade na qual vive, não pode existir e, portanto, essa contraposição tão difundida entre personalidade e sociedade não é mais que uma abstração vazia. Quanto mais um problema de alienação atinge e mobiliza pessoalmente um homem na sua verdadeira individualidade, tanto mais ele é social, genérico. Portanto, as ações deste homem tanto mais nitidamente

miram a generidade para-si, quanto mais se tornam pessoais, a prescindir do fato que ele desta tenha clara e verdadeira consciência. (Lukács, 1981a:23)

Ou seja, embora as diferentes formas de alienação tenham determinações histórico-sociais profundas em certa medida independentes da atuação do indivíduo particular, ela somente pode apresentar-se como obstáculo concreto ao nível individual. E será ao nível individual que esses obstáculos à realização de uma vida mais plena de sentido serão vividos e significados inicialmente pelos sujeitos. Destarte, a processualidade da alienação será também a processualidade da possibilidade da luta cotidiana pela sua superação que os sujeitos podem ou não realizar.

(...) toda tendência alienante tem raízes sociais objetivas e, portanto influi de modo permanente sobre os motivos das posições, enquanto a luta contra esses processos alienantes requer contínuas decisões do indivíduo que sejam também traduzidas em prática. A adaptação comporta simplesmente um deixar-se arrastar pela corrente comum, enquanto a vontade de resistir a ela implica a escolha repetitiva, submetida a um contínuo reexame (ou pelo menos vividas com profundidade) e, se necessário, em realizar-se na vida lutando. (...) São essas lutas, seu progredir e regredir, que constituem o modo de ser da alienação. A sua imediata estaticidade é apenas uma aparência. (Lukács, 1981a:24)

### **4.3 O conceito de Desumanização a partir da dialética Humanização-Alienação**

Posto que o desenvolvimento da humanidade historicamente tem “caminhado sobre os trilhos” da dialética *humanização-alienação* faz-se importante ressaltar o caráter ao mesmo tempo contraditório e unitário dessa bipolaridade, ou seja, a humanidade não tem se desenvolvido ora com caráter humanizador, ora com caráter alienador. Os dois aspectos opostos encontram-se tensamente unificados e a complexidade gerada por essa tensão se expressa na concretude de diversos processos particulares da sociabilidade.

Tomemos, por exemplo, a crueldade: esta é humano-social, não bestial. Os animais não conhecem a crueldade. Quando o tigre, por exemplo, rasga e destroça um antílope, faz isso com a mesma necessidade genérico-biológica com a qual o antílope, mesmo “pacificamente”, “inocentemente”, pasta e então tritura plantas vivas. A crueldade e cada gênero de inumanidade, que estão presentes de modo socialmente objetivo ou mesmo como sentimentos subjetivos, nascem exclusivamente da execução de atos teleológicos, de alternativas condicionadas da sociedade, isto é, de objetivações e exteriorizações do homem que age na sociedade (o fato de que os homens julgam em si mesmos e nos outros, como oriundos da natureza, alguns modos da objetivação e exteriorização, particularmente persistentes, não muda as coisas quanto à situação ontológica).

Reconhecer que se trata de fenômenos sociais que pertencem ao desenvolvimento da humanidade, não quer dizer naturalmente que sejam menos criticáveis no plano sócio-econômico. De fato, esses complexos fenomênicos, que necessariamente estão na gênese do gênero humano em-si, ao mesmo tempo constituem obstáculos que devem ser superados no desenvolvimento do ser-para-si. Somente uma visão ontológica correta das verdadeiras conexões objetivas revela qual é o campo real de manobra para a superação social desses complexos fenomênicos: se a crueldade tivesse que ser atribuída a nossa origem do reino animal, precisaríamos aceitá-la como um dado biológico, do mesmo modo que aceitamos a necessidade do nascimento e da morte no organismo. Enquanto é, ao contrário, consequência de posições teleológicas, ela pertence à longa série daqueles fenômenos do desenvolvimento da humanidade, que o ser põe socialmente - mas somente sob a forma de possibilidade – as vias e os métodos para serem superados. (Lukács, 1981b:32)

Posto isso, a idéia do “desumanizar-se” deverá ser melhor analisada, problematizada, sob risco de reprodução de teses advogadoras de um “humanismo” abstrato e universal, inerente à condição humana. Compreendemos que o guia da maioria das elaborações contemporâneas acerca dos diferentes fenômenos de desumanização são concepções/projetos ético-políticos que buscam analisar e transformar realidades (re)produtoras de sofrimento para indivíduos e coletividades. Porém, questionamos se, ao utilizarmos o termo *desumanização* de forma acrítica, não poderemos deixar de identificar/abordar elementos conformadores do caráter complexo e contraditório desses diferentes aspectos da totalidade social. Destarte, abordar esses fenômenos a partir da dialética *humanização-alienação* nos parece mais propiciador de apreensão de sua complexidade e movimento. Nunca humanização ou alienação, mas sempre *humanização-*

*alienação*. Somente assim, unidos, indissociáveis, polares e contraditórios podem expressar a riqueza e contraditoriedade do real.

A importância que demos, dessa análise, à alienação nos processos de trabalho poderá suscitar equivocadamente no leitor a idéia segundo a qual somente nessas formas de práxis podem estar presentes relações de alienação. A fim de evitar tal interpretação, cabe esclarecer que se centramos nossa análise da alienação na sua relação com o trabalho isso se deve a dois motivos. Primeiro, devido ao seu caráter ontológico-estruturador do humano, o que faz dessa forma de práxis um modelo, uma categoria privilegiada, a nosso ver, para análise da dialética humanização-alienação. E, segundo, porque como nosso objeto nessa tese refere-se à análise de uma apresentação particular de trabalho – o trabalho em saúde – há de se entender a relação entre alienação e trabalho em geral, antes de se analisar uma sua apresentação particular.

A princípio, todas as formas de objetivação-exteriorização humanas, todas as apresentações da práxis, podem ser subordinadas a processos alienantes, e não apenas o trabalho. Como não constitui objeto dessa tese não abordaremos outras formas de alienação existentes que passam, por exemplo, pelas áreas das diversas formas de ideologia, da religião, das objetivações do campo filosófico-científico etc. Cabe apenas ressaltar que em todas essas esferas da práxis a alienação desenvolve-se em maior ou menor grau, com particularidades várias.

#### **4.4 Alienação e Trabalho em Saúde: alguns apontamentos norteadores**

A tese da existência da dialética *humanização-alienação* expressa em diferentes aspectos particulares da socialidade pode nos ajudar, e procuraremos demonstrá-lo, na

compreensão das determinações do processo saúde-doença na sociedade, assim como na compreensão da rica complexidade das transformações em curso nos processos de trabalho em saúde, nosso objeto nessa tese.

Historicamente, os estudos e análises tendo como temática a alienação referem-se majoritariamente aos processos de trabalho mais manuais, produtores de bens materiais, geralmente em caráter industrial mais explícito. Raros são os estudos acerca de possíveis repercussões da alienação em processos de produção de serviços, ou em setores mais intelectuais dos processos produtivos. Os fatores para isso são diversos e bastante complexos.

Um elemento que merece ser destacado relaciona-se à “geografia” produtiva do desenvolvimento das relações capitalistas. Os setores historicamente primeiro tomados por essas relações de produção foram os setores de produção de bens materiais manufaturados, mesmo assim, ressalte-se, de forma bastante heterogênea. Sua extensão para setores menos manuais ou de serviços se dá tardiamente em relação à indústria “tradicional” (Antunes, 1995, 2006).

Isso ocorre em parte devido à pequena dimensão do setor de serviços nos primeiros séculos de desenvolvimento das relações capitalistas e conseqüentemente à sua pequena contribuição direta para a acumulação do capital e, ainda, devido às particularidades inerentes a essas outras formas de trabalho, o que coloca dificuldades adicionais para sua subsunção ao capital (Marx, 1979; Nogueira, 1979; Pires, 1998).

Essas particularidades, tão importantes em algumas formas de trabalho, contribuirão inclusive para a não visualização inicial de algumas práticas como trabalho, tanto pela sociedade quanto pelos seus agentes. Esse é o caso de nosso objeto de estudo, o trabalho médico, em particular, e o trabalho em saúde, de forma geral. Diversos autores (Freidson,

1970; Donnangelo, 1975; Nogueira, 1977; Mendes-Gonçalves, 1979; Schraiber, 1993; 2008) ressaltam o fato de o trabalho médico, ao contrário das formas mais manuais de trabalho, ter se constituído sob o capitalismo na forma da pequena produção artesanal e autônoma ao longo da primeira metade do século XX, justamente o período em que a produção de bens materiais já se encontrava em um nível de unificação e socialização bastante avançado. Isso colaborará para construir entre seus agentes a representação da prática, e da profissão, como essencialmente autônoma e privada, características sem as quais essa se tornaria uma medicina desqualificada.

As particularidades do trabalho médico – uma atividade com predominância de práticas intelectuais, com relativo grau de autonomia técnica, com um forte componente de auto-regulação da prática pelos próprios agentes, apresentando estes um nível de status social e poder que lhes diferenciam dos demais agentes de trabalho – explicam em grande parte o fato de que poucos estudos tenham procurado analisar elementos da alienação interiormente à prática médica. Entretanto, o trabalho em saúde, entre eles o trabalho médico, como sabemos, vem passando constantemente por profundas transformações sendo ilustrativo o fato de um autor como Freidson (1986), já na década de 80, ressaltar em relação aos trabalhadores não médicos da área de saúde o desenvolvimento de processos de alienação em graus muito semelhantes àqueles presentes no trabalho industrial produtor de “bens materiais”. Será que passados mais de 20 anos dessa constatação ainda podemos afirmar que o trabalho médico continua “imune” ao desenvolvimento de processos alienadores em seu interior?

Ao longo dos próximos capítulos, a partir da análise das transformações do trabalho médico na contemporaneidade, procuraremos embasar e defender a tese segundo a qual grande parte dos “conflitos” evidenciados atualmente e analisados sob a perspectiva da

desumanização dos serviços e ações de saúde possui raízes em processos de estranhamento/alienação, ainda que embrionários, no interior dos processos produtivos em saúde. Coerentes com nossos pressupostos teóricos cabe ressaltar ainda duas questões de método que nos acompanharão nessa caminhada.

A primeira refere-se à compreensão dos distintos processos sociais como totalidades complexas e contraditórias em constante movimento, o que nos leva a compreender a influência do social sobre as singularidades não pela reprodução mecânica de suas características e leis, mas pela sua dinâmica expressa muitas vezes em contradições, crises, reproduções-superações presentes nos diferentes fenômenos concretos (Lefebvre, 1973; Kosic, 2002). Portanto, caberá analisar o trabalho médico e a medicina evidenciando suas complexas particularidades responsáveis por fazer com que os processos de *alienação/estranhamento* manifestem-se sob formas e apresentações muito diversas de outras da sociedade.

A segunda questão refere-se ao pressuposto do desenvolvimento da humanidade em sua totalidade, e isso muitas vezes se expressa em processos particulares concretos, sob os trilhos da dialética *humanização-alienação*. Logo, confrontaremos teses advogadoras de uma “degeneração” do caráter humanizador da medicina e do trabalho em saúde na contemporaneidade em comparação com tempos “idílicos” e “mais humanistas” da medicina liberal. Para nós, o processo de superação da medicina liberal pela tecnológica, por exemplo, constitui parte do processo amplo de humanização sob o qual se desenvolve o gênero humano. A questão é que as relações sociais e históricas sob as quais esse desenvolvimento ocorre faz com que ele seja *humanizador* e, simultânea e contraditoriamente, potencialmente conformador de relações de *estranhamento/alienação* tanto no interior das práticas em saúde quanto nas repercussões destas sobre a sociedade.

## CAPÍTULO 5

### HUMANIZAÇÃO E ALIENAÇÃO PERMEANDO AS TRANSFORMAÇÕES DAS NECESSIDADES E DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

*Antigamente, se morria.*  
(...)  
*Morria-se praticamente de tudo.*  
*de doença, de parto, de tosse.*  
*E ainda se morria de amor,*  
*como se amar morte fosse.*  
(...)  
*Dia de anos, casamento, batizado,*  
*morrer era um tipo de festa,*  
*uma das coisas da vida,*  
*como ser ou não ser convidado.*  
(...)  
*Hoje, a morte está difícil.*  
*Tem recursos, tem asilos, tem remédios.*  
*Agora, a morte tem limites.*  
*E, em caso de necessidade,*  
*a ciência da eternidade*  
*inventou a crônica.*  
*Hoje, sim, pessoal, a vida é crônica.*

Paulo Leminski (O que passou, passou?)

Diversas análises têm sido feitas acerca das transformações pelas quais tem passado a prática e a profissão médica nas últimas décadas. As transformações, como temos ressaltado ao longo desse trabalho, são de várias naturezas – econômico-mercantis, científico-tecnológicas, assistenciais etc. –. Trataremos agora mais pormenorizadamente de um aspecto não menos importante que também vem sendo objeto de transformações que impactam substancialmente a conformação do trabalho médico, em particular, e do trabalho em saúde de forma geral. Referimo-nos às transformações das demandas colocadas cotidianamente para o trabalho em saúde e suas influências sobre a conformação do trabalho médico. Dadas as determinações sociais, em última instância, do processo saúde-doença, podemos dizer que tal discussão encerra a temática da relação entre as transformações das necessidades de saúde e seu impacto sobre o agir médico.

A relação entre o carecimento expresso nas “necessidades sociais” e os processos de trabalho que lhes correspondem é conformada por uma rede imensamente complexa de determinantes e valores sociais. E dentro dessa rica totalidade que é o campo das “necessidades sociais” talvez um dos aspectos mais complexos refira-se aos carecimentos humanos em saúde e seus determinantes (Testa, 1985; Mendes-Gonçalves, 1992; Cecílio, Lima, 2000; Almeida-Filho, 2004; Buss, 2007). Vale, por exemplo, ressaltar o caráter profundamente sócio-histórico dessas determinações, ou seja, ao contrário do que muitas vezes se imagina, e os cânones biomédicos fazem pensar, as necessidades em saúde não são essencialmente naturais, inerentes à espécie humana. A questão essencial é que as obstruções no “andar a vida” dos sujeitos são obstruções frente a determinadas relações sociais, históricas, culturais, sendo que estas mesmas relações condicionam o modo como tais carecimentos devem ser apreendidos.

Ao pensar em necessidades de saúde imediatamente nos lembramos da “assistência”, pois a imagem mais clara delas está representada pela procura de cuidados médicos que um doente faz ao dirigir-se a um serviço assistencial. Caracterizamos essa procura como *demanda*, uma busca ativa por intervenção que representa também *consumo*, no caso dos serviços. A origem dessa busca é o *carecimento*, algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital. Pode ser uma alteração física, orgânica, que o impede de seguir vivendo em sua rotina de vida, ou um sofrimento ainda não identificado fisicamente; ou até mesmo uma situação que reconhece como “uma falta”, algo de que carece, como, por exemplo, uma informação.

Esse indivíduo que se sente doente, ou em sofrimento, enxerga a saída: assume que há correção desejável para seu problema e que existem meios para isso. O resultado das intervenções sobre qualquer desses carecimentos é reconhecido, portanto, como *necessidade*, tornando as próprias intervenções também *necessidades*. Além disso, a partir da solução que se antevê para cada carecimento – previsão que é possível para o indivíduo porque já a viu eficaz e suficiente para outros na sociedade – cada um sabe qual tipo de serviço irá procurar se de assistência à saúde ou não; se dessa ou daquela modalidade de atenção dos serviços de saúde. (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 2000)

Posto que as necessidades de saúde são produto de múltiplas determinações, um dos componentes dessas que se deve levar em conta é, sem dúvida, o campo dos processos

produtivos “atendedores” desses carecimentos. Ou seja, estabelece-se uma relação de determinação recíproca, de retroalimentação, entre necessidades e “processos atendedores” de necessidades, tanto quantitativamente quanto qualitativamente. Dir-se-á relação quantitativa no sentido de que à medida que determinadas necessidades são atendidas ocorre um processo de estímulo para que os demais portadores das mesmas procurem também pelo atendimento. Esse movimento força um aumento quantitativo dos serviços oferecidos, o que, por sua vez, estimulará ainda mais o consumo trazendo inclusive para esse campo sujeitos que nem sequer significavam suas obstruções no “andar a vida” na forma de necessidades (Testa, 1985). Esse aumento de demanda, por sua vez, tende a influenciar os “processos atendedores” e assim sucessivamente...

Mas, se com base nessa *solução antevista*, a intervenção pode ser reconhecida como também uma necessidade, com base na *demanda “tratada”* pela intervenção, satisfazendo-a de algum modo, a própria busca por esta intervenção fica sempre reiterada. Considerando-se, por outro lado, que toda intervenção só tem existência na sociedade como uma dada produção e distribuição social de serviços, em tal ou qual padrão de serviços articulados entre si (Sistema de Saúde), o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, “contexto instaurador de necessidades”. Assim, há uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta ou distribuição de serviços e o seu consumo. (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 2000)

Em relação à retroalimentação de caráter qualitativo, o que ocorre é que, uma vez que os processos produtivos “atendedores” (e instauradores) de necessidades atendem às mesmas de determinada forma, baseado em determinados pressupostos, eles exercem uma influência sobre os demais sujeitos da sociedade para que também passem a significar aquelas obstruções segundo esses pressupostos (Illich, 1975; Nogueira, 2003). Assim, as necessidades sociais, tais quais a socialidade as produz, são *re-produzidas* pela influência de toda essa gama de determinantes que incluem, entre outros, a racionalidade científica

hegemônica em dada sociedade, e momento histórico, e as formas como se organizam os processos produtivos. Logo, os processos produtivos não somente satisfazem necessidades, mas as satisfazem de *determinada* forma, o que faz com as (re) produzam segundo seus valores ético-políticos expressos nos pressupostos filosófico-epistemológicos próprios de sua racionalidade constitutiva.

Caso a totalidade social fosse dotada de uma harmonia própria, auto-reguladora, à semelhança do que propagam algumas leituras de inspiração positivista-funcionalista, tal dinâmica não se mostraria como campo tão fecundo de conflitos, visto que a mesma se constituiria em meio a uma tendência permanente de adequação natural entre fins e meios, entre necessidades e processos produtivos. Todavia, o contraditório inerente aos processos sociais, como veremos, se expressa em opostos, situações geradoras de impasses e conflitos importantes, ora mais, ora menos explícitos. Um aspecto que demonstra a complexidade de tal dinâmica é o fato inequívoco do caráter jamais estático das relações sociais que, em última instância, determinam os carecimentos humanos, fazendo com que esses também se conformem em movimento permanente e tensionador de mudanças nos processos atendedores/instauradores de necessidades. Vejamos a partir de agora algumas implicações de tal movimento sobre o trabalho médico.

### **5.1 Transição Epidemiológica e Prática Médica: trajetórias contemporâneas dos sofrimentos e suas respostas pelo trabalho em saúde**

Um aspecto que tem sido ressaltado por alguns autores (Mckinlay, Marceau, 2005) refere-se à influência dos atuais padrões de distribuição das condições de doença na população (os perfis epidemiológicos) sobre a organização dos serviços de saúde e sobre as

representações de profissionais e usuários de serviços acerca dos cuidados em saúde, e da própria concepção de saúde e doença.

Primeiramente, faz-se necessário citar rapidamente a que se refere esse processo de transformação no perfil/apresentação das condições de saúde-doença na população nas últimas décadas a fim de compreender sua interferência sobre a organização dos serviços.

Como nosso estudo refere-se à análise da prática médica e sanitária progressivamente assumindo aspectos de práticas de saúde na contemporaneidade, restringiremos nosso exame ao período de transição epidemiológica que se realiza a partir de fins do século XIX até meados do século XX. Cabe notar que nesse período as práticas mencionadas aplicavam-se respectivamente à recuperação de doentes e ao controle do meio ambiente e dos comportamentos dos indivíduos em relação a esse meio (seu território), constituindo-se, assim, as práticas sanitárias em uma atuação mais voltada para a saúde pública.

Diversos estudos (Donnangelo, 1975; Rosen, 1994; Merhy, 1985) demonstram o quanto as doenças infecciosas foram as principais formas de adoecimento ao longo dos séculos XIV até meados do século XX e o quanto isso determinou a organização das práticas de saúde. Essas enfermidades, que já se constituíam nas principais causas de morbi-mortalidade desde a idade média, com sucessivas epidemias avassaladoras ao longo dos séculos XV-XVII, tiveram sua magnitude ampliada com o processo de urbanização decorrente do desenvolvimento da indústria manufatureira e, posteriormente, com a revolução industrial.

Será, a partir dessas condições históricas, que o *corpo*, como sustentáculo orgânico da força de trabalho, adquirirá uma dimensão fundamental para as novas relações sociais, o

que colocará para as práticas médica e sanitária um papel reprodutor fundamental na nova ordem estabelecida.

A história do século XVIII ao início do século XX revela o quanto o combate às doenças infecciosas esteve entre as principais tarefas do moderno estado capitalista. Ao mesmo tempo em que a burguesia buscava consolidar seu domínio político – visto que o domínio econômico já vinha se consolidando desde o século XVI – através dos sucessivos processos revolucionários ao longo dos séculos XVIII e XIX, ao mesmo tempo, essa classe social hegemônica teve de dedicar grande importância, através do estado, ao controle da crescente força de trabalho necessária à produção industrial em ascensão (Sweezy, 1971).

Essa ação do Estado sobre a classe trabalhadora refere-se basicamente a dois aspectos principais: controle populacional da força de trabalho; e disciplina dos trabalhadores. O primeiro aspecto refere-se às ações voltadas à manutenção da existência física dos trabalhadores a fim de as indústrias possuírem sempre um contingente suficiente de força de trabalho disponível para a produção. Refere-se a essas ações também o papel de garantir a reprodução de um exército de reserva permanentemente disponível para a produção, visto que esse desempenha uma função de dupla ordem: garante a existência de peças de reposição para a indústria; e, não menos importante, exerce uma pressão negativa sobre a regulação dos salários dos empregados.

O segundo aspecto refere-se à necessidade de disciplinamento da jovem classe trabalhadora às necessidades da produção industrial e ao meio urbano. Essa necessidade advém da origem camponesa recente dos trabalhadores e, conseqüentemente, da sua pouca adesão ao ritmo necessário à produção industrial. A complexidade dessa prática de disciplinamento imporá a necessidade de sua estruturação em inúmeros aspectos da vida

social moderna, permeando inclusive o campo das práticas de saúde, a médica e a sanitária (Polack, 1971; Illich, 1975; Costa, 1979; Foucault, 1984).

Pois bem, colocar-se-á para o moderno estado capitalista a tarefa prioritária de reprodução da força de trabalho, tanto em seu aspecto físico, quanto em seu aspecto disciplinador e ideológico. Esse processo de reprodução da força de trabalho exigirá duas abordagens diversas, uma mais voltada à manutenção e outra mais voltada à restauração/reparação da força de trabalho, sendo que essas duas exigirão políticas e processos de trabalho também diversos.

As ações estatais em relação ao meio urbano buscarão responder à primeira necessidade, sendo que as ações sanitárias de caráter coletivo constituir-se-ão como uma frente importante dessa forma de atuação. Daí as experiências européias como a *Lei dos Pobres* e suas variantes posteriores na Inglaterra, além da trajetória da *Higiene Francesa* e da *Polícia Médica Alemã* (Donnangelo, 1975; Foucault, 1984; Ayres, 2002).

Já no que se refere à segunda forma de necessidade em relação à reprodução da força de trabalho, a reparação/restauração da capacidade de trabalho dos corpos temporariamente incapazes, exercerão papel central as práticas de saúde de caráter clínico-assistencial: a prática médica da assistência individual.

Como conseqüência do perfil de morbi-mortalidade predominante nesse momento histórico, qual seja, a dominância das doenças infecto-contagiosas e as condições agudas de adocimento, a prática médica individualizada também esteve voltada para o enfrentamento dessas enfermidades.

Desse modo, na trajetória histórica de consolidação da medicina e da clínica modernas o que movia predominantemente a prática e a ciência médica, e não poderia deixar de ser diferente, era o enfrentamento das morbidades de curso agudo. Significa dizer

que todo um corpo científico, métodos de pesquisa, instrumentos de diagnóstico e terapêutica, técnicas, foram produzidos sob a era das enfermidades agudas. No caso das práticas clínicas a principal “etiologia” dessas enfermidades era infecciosa, enquanto no caso das práticas cirúrgicas predominava o trauma como importante determinante das “demandas”, além das infecções. (Monte, 2000).

Com o processo de industrialização europeu e a conseqüente urbanização e “sanitarização” do ambiente iniciado pelo estado capitalista a partir do século XVIII, e consolidado a partir do século XIX, além da melhoria dos padrões nutricionais da população, o controle sobre as doenças infecciosas começa a ser estabelecido na Europa, alcançando seu auge em meados do século XX quando praticamente todas as doenças infecciosas dominantes nos séculos anteriores (tuberculose, varíola, cólera, febre tifóide, entre outras) encontravam-se em níveis bastante estabilizados.

Colaboraram para esse controle, em caráter secundário no caso europeu, o advento da era bacteriológica na medicina e seus desdobramentos em vacinas e antibióticos a partir de meados do século XX. O fato de a prática médica individual não ter representado o principal elemento no controle das doenças infecto-contagiosas, embora atualmente ainda bastante desconhecido da população em geral e, até mesmo, da maioria dos profissionais de saúde (os médicos, entre eles), já se apresenta bastante estudado e estabelecido no campo da saúde coletiva e da epidemiologia (Illich, 1975; Breilh, Granda, 1989; Breilh, 1991; Rosen, 1994). A visão hegemônica fortemente consolidada no senso comum de que a prática clínica, ou de assistência médica individual, foi a “grande heroína da humanidade” na luta contra as doenças infecciosas colabora, em parte, para a manutenção do status e do poder privilegiado de que goza a profissão médica na sociedade contemporânea

Ao longo da primeira metade do século XX as doenças infecciosas passam a ser superadas pelas doenças não transmissíveis, principalmente crônico-degenerativas, no papel de principais causas de morbi-mortalidade nas sociedades modernas (leia-se países industrializados). É o período de consolidação de doenças como as de origem cardiovascular, a diabetes, os diferentes tipos de câncer, os transtornos mentais, entre outros, como centro das atenções da medicina e das políticas de saúde pública. É a esse processo de mudança no perfil de morbi-mortalidade nas populações dos países industrializados, que muitos autores denominam como *transição epidemiológica*, que teceremos alguns comentários. (Achutti, Azambuja, 2004; Teixeira, 2004)

Inicialmente, cabem aqui alguns apontamentos a fim de se evitar uma simplificação excessiva desse processo. No caso do conceito de transição epidemiológica, é preciso reconhecê-lo como *geral*, sendo assim, em cada sociedade (dentre as modernas/industrializadas), haverá aspectos particulares, locais que a diferenciam das demais, porém no essencial o processo descrito estará presente. Isso é ainda mais importante quando se trata de analisar sociedades em diferentes níveis de “modernização/industrialização”, como, por exemplo, é o caso da comparação entre países capitalistas centrais (avançados) e países capitalistas periféricos (em desenvolvimento).

Os países periféricos tendem a apresentar características de uma “transição contraditória”, um “mosaico epidemiológico”, pois ao mesmo tempo em que não controlaram ainda diversos tipos de doenças infecciosas (ou assistem ao ressurgimento intermitente dessas) já possuem as doenças não transmissíveis como fatores importantes de morbi-mortalidade. É o caso do Brasil (e de países da América Latina) com a dengue, tuberculose e a hanseníase, entre outros, convivendo com elevado número de mortes por

doenças de origem cardiovascular e por diversas formas de câncer como importante componente do perfil epidemiológico (Teixeira, 2004).

Além disso, a partir do final do século XX, outros aspectos têm feito com que esse conceito de transição epidemiológica tenha sido cada vez mais problematizado. É o caso do surgimento de enfermidades, com impacto importante nos indicadores de morbimortalidade, que, apesar de serem infecciosas, apresentam-se com curso crônico-degenerativo; o maior exemplo é o do HIV/AIDS. Além disso, a AIDS colabora para “resgatar” antigas doenças infecciosas que estavam sob controle nos países modernos industrializados, como é o caso da tuberculose (Czeresnia, Ribeiro, 2000).

Outros aspectos tornam ainda mais complexa a questão do perfil epidemiológico nas sociedades modernas e colocam desafios para a prática médica e para a organização dos serviços de saúde, como, por exemplo, o crescimento de mortes por causas externas, de origens diversas (acidentes de trânsito, violência etc.) e o aumento de casos de dependência química por substâncias várias como fenômenos globais (Teixeira, 2004), como se observa no depoimento de um dos entrevistados:

*O que complicou muito a medicina foi o aparecimento dessas doenças novas que influem na imunidade, como a ‘deficiência de imunidade adquirida’, a AIDS. E o problema das drogas, que alteraram muito o comportamento social das pessoas, social e familiar. Isso não unicamente pelo efeito propriamente dito da droga, mas pelos para-efeitos da droga. O sujeito se droga, não se cuida, está mais sujeito a infecções, a desnutrição, etc., isso cria um círculo vicioso. Cria uma nova realidade médica. Mas basicamente as coisas não mudaram, o que mudou foi o que eu te disse, com a introdução de drogas a possibilidade de novas doenças vem acontecendo. Outra coisa que é importante dizer é que com o aumento da vida, maior tempo de vida, a média de tempo de vida subiu muito, e com isso a medicina está tendo que gastar muito com tratamentos para as doenças dos velhos. Os cânceres, por exemplo, aparecem muito em função da idade. As fraturas devido à idade. Isso onera muito a medicina, o custo da medicina. Então, o fato de viver mais significa ficar mais doente e gastar muito mais. Isso é o que você tem hoje em relação ao tempo que eu iniciei a minha vida. (Dr. Luiz)*

Cabe ainda destacar a transição epidemiológica atinente às doenças relacionadas ao ambiente de trabalho. Aqui se consolida uma “cronificação” das causas de morbimortalidade, que também apresenta variações e graus diversos a depender do processo de modernização das diferentes sociedades. Há uma tendência às doenças e mortes de curso agudo (acidentes, traumas, amputações, intoxicações agudas) cederem lugar progressivamente às patologias de curso crônico, como é o caso predominante das lesões por esforços repetitivos – LER, e dos transtornos mentais diversos. Esse processo, conseqüência direta da chamada reestruturação produtiva que se opera no mundo do trabalho, tampouco se apresenta homogêneo nas diversas sociedades. No Brasil, por exemplo, mesclam-se realidades arcaicas e modernas, convivendo lado a lado, altas taxas de mortes e seqüelas por traumas e amputações com dados alarmantes de patologias crônicas como as LER/DORT e os transtornos mentais decorrentes do trabalho, como a síndrome de Burnout, incorrendo em causas importantes de sofrimento psíquico e de suicídios (Gomez, Lacaz, 2005).

Alguns autores (Mckinlay, Marceau, 2005) ainda destacam, como conseqüência da integração mundial da sociedade em grau jamais alcançado anteriormente, fenômenos com potencial de interferência global sobre as condições de saúde-doença das diferentes populações. É o caso das conseqüências pouco conhecidas das mudanças climáticas em curso no planeta. Assim como também é o caso das pandemias, dadas as possibilidades de rápida propagação de doenças transmissíveis diversas, em função da consolidação de vínculos comerciais muito estreitos entre os diversos países, intensificando a mobilidade dos indivíduos pelos diferentes territórios.

Ressalta-se, além disso, o caso das conseqüências da propagação dos efeitos das manipulações operadas pela indústria da biotecnologia que se operam cada vez mais

rapidamente ao redor do mundo e cujos impactos em agravos à saúde ainda não são completamente conhecidos. Referimo-nos aqui a fenômenos amplos que englobam desde a manipulação genética de alimentos, os chamados transgênicos, até a crescente ausência de controle sobre a indústria farmacêutica, cujos casos de fármacos nocivos à saúde colocados em circulação têm se tornado rotineiros nas últimas décadas.

Todos esses apontamentos constituem-se em temas de estudo de áreas específicas da saúde coletiva como a Epidemiologia Ambiental, a Saúde do Trabalhador, a Epidemiologia das Doenças Não-Transmissíveis, entre outras. Não constitui objetivo deste estudo analisá-los, mas traçar um quadro mais amplo do que se vincula a esse complexo e contraditório conceito de *transição epidemiológica* para que possamos analisar sua influência sobre a conformação da prática médica e sobre as concepções/representações da sociedade acerca da mesma.

Juntamente com a influência da transição epidemiológica, outro fator que vem exercendo influência importante sobre os rearranjos e transformações das práticas médica e sanitária é a importância que passam a adquirir as ações de cunho “preventivista” – em seus mais variados níveis. No caso da assistência médica individual – extensível à produção dos conhecimentos científicos e do saber clínico em Medicina – essas ações configuram práticas de uma prevenção operada e operável no plano individual e assumida como classificável, em termos das ações em diferentes estágios do adoecimento individual, em primária, secundária e terciária. Com o advento do aumento dos conhecimentos acerca da fisiopatologia de várias enfermidades ao longo do século XX, a clínica, enquanto tecnologia de intervenção eminentemente terapêutica, passa a incorporar ao seu arsenal práticas de caráter preventivo. Influência importante para essa intervenção foi o movimento de “preventivização” da clínica operado a partir de escolas européias e norte-americanas

como forma de se contrapor, entre outros, à ultra-especialização e ao aumento crescente de custos dos serviços médicos em razão da progressiva incorporação de equipamentos. É a tentativa de compatibilizar a ampliação da assistência médica reivindicada pela população ao longo do século XX com os interesses do nascente complexo médico-industrial. No campo teórico, esse movimento é expresso pela clássica elaboração ecológico-funcionalista de Leavell e Clark: *A história natural da doença* (Ayres, 2002; Arouca, 2003).

Esse modelo é uma das bases a partir das quais ocorre uma perspectiva de articulação de caráter operatório entre as duas principais tecnologias de abordagens individual e coletiva do processo saúde-doença, ou seja, a integração entre clínica e epidemiologia no interior das práticas de saúde.

A epidemiologia, ao longo do século XX, progressivamente vem abdicando do seu estatuto de ciência das condições de saúde-doença das coletividades para restringir-se quase que ao papel de método de estudo da frequência e distribuição das doenças nas populações. Esse processo constitui-se em sua progressiva subsunção à clínica, à aceitação de um papel complementar a essa, o que se expressa na evidenciação de como a epidemiologia passa a “olhar o coletivo com as lentes do individual”. Importante ressaltar que o verbo *subsumir* expressa duas ações concomitantes e indissociáveis: submeter e incluir. A epidemiologia tanto se encontra subordinada (submetida) à clínica quanto absorvida por essa. Cada vez mais a clínica contemporânea faz uso dos instrumentos de quantificação e predição estatística próprios da epidemiologia para conformar seus novos arranjos operatórios e seus mecanismos de homogeneização e estruturação da prática médica (veja-se, por exemplo, a consolidação da epidemiologia clínica). A reificação do conceito de *risco* e sua incorporação à prática clínica ao longo do século XX parecem ser expressão desse movimento. Essa categoria expressa o processo histórico de isolamento e

“compartimentalização” dos determinantes do processo saúde-doença e sua restrição à esfera individual, espaço próprio da prática médica (Ayres, 1993, 1994; Czeresnia, 2004). Historicamente esse processo constitui-se em seguida, e conseqüentemente, à superação de projetos de caráter emancipatório no campo da saúde coletiva, expressos no século XIX pela *Medicina Social* francesa, e sua incorporação com o estatuto de ciência positiva, sob a forma da epidemiologia do urbano ou a *higiene das cidades* (em contraposição com a corrente vencedora historicamente da epidemiologia inglesa ou a higiene dos casos individuais em meio ambiente coletivo, separando, de vez, casos, de um lado, e meio de outro) (Donnangelo, 1975; Mendes-Gonçalves, 1994).

Pois bem, fizemos esse já longo preâmbulo a fim de alicerçar a afirmação de que a prática médica contemporânea teve de deparar-se com duas novas necessidades a serem incorporadas ao cotidiano da clínica moderna: a intervenção sobre doenças não-transmissíveis, em sua maioria de caráter crônico-degenerativo; e a incorporação de práticas preventivas individuais ao cotidiano médico. Selecionamos o relato de um médico de uma especialidade menos conhecida, a medicina do trabalho, como ilustrativo de como essa tendência de “preventivização” de base individual permeia todo o trabalho médico, em suas mais diferentes apresentações.

*(...) fiquei 27 anos... Uma vez eu fazia a clínica, o atendimento do pessoal, para evitar o absentismo... não para evitar o absentismo, mas evitava o absentismo. Por quê? Porque eles não teriam que sair da empresa para procurar um médico. E nunca foi fácil encontrar uma consulta no dia, precisava sempre marcar. Então, a direção da empresa resolveu montar o ambulatório. Só que eu fui ampliando o ambulatório, tinha um espaço para fisioterapia, para pequenas cirurgias e até para internação. Para aqueles casos que a pessoa estava com uma dor de cabeça muito intensa e não queria dispensar... a pessoa, ir para casa e podia ser uma coisa grave, então nós tínhamos uma enfermaria com dois leitos e eu tinha um corpo de enfermeiras que me auxiliavam inicialmente. Depois entrou outro médico. E posteriormente montei gabinetes dentários, dois. Então nós dávamos uma assistência ampla ao pessoal da empresa. E as pessoas que não tinham um diagnóstico imediato nós deixávamos na enfermaria em observação, até*

*o quadro se decidir. Ou ele se recuperava e voltava para o trabalho ou eu encaminhava para um especialista. E se não fosse nem um caso nem outro ia para casa. No dia seguinte eu tornaria a ver a pessoa. Isto servia muito para disciplinar também o pessoal. Eles sabiam que eles tinham assistência e medicamento de graça, o medicamento que fosse usado nessas ocasiões era de graça. Eles podiam comprar e levar para casa também, que eu mantinha uma pequena farmácia lá. Então, esse foi um ambulatório que eu ampliei para uma dependência de enfermagem, uma dependência de fisioterapia, de pronto socorro, de odontologia e farmácia.*

*Uma unidade hospitalar. Então, os acidentes de trabalho, ferimentos que eram possíveis de serem tratados lá eu fazia. Então, eu tinha um arsenal de material cirúrgico (para pequenas cirurgias), fios para sutura, etc... E na sala de fisioterapia tinha ultra-som, ondas curtas, tinha onda de pequena voltagem, de corrente contínua, corrente alternada, forno de 'Bier', infravermelho. E na sala do ambulatório podia fazer muita imobilização gessada... aí eu tinha até uma serra especial para serrar gesso. Então era um ambulatório muitíssimo bem montado. Eu fazia de tudo, desde pequenas cirurgias, gesso, imobilizações, etc.*

*Houve um tempo que a gente cuidava também das famílias. Foi feito um acordo com o INAMPS, mas aí a gente atendia fora. Porque dentro do espaço da fábrica era impossível atender familiares. Então a gente alugou... ou no meu consultório ou contratei mais médicos, em hospitais inclusive, para internação. Depois isso acabou, porque começou a dar prejuízo, o retorno que a Previdência dava era muito pequeno para a gente assumir toda a assistência médica. Aí nós voltamos a ter só o que nós tínhamos. Deixamos a assistência familiar outra vez para a Previdência Social.*

*(...) Bom, com o advento da lei que criou a medicina do trabalho, eu fui fazer o primeiro curso que abriu em Curitiba. Foi em 1974. Um curso de um ano, eu me formei em novembro, e passei a acumular também os exames ocupacionais, admissionais, periódicos, mudança de função, os demissionais. Isso fazia organizadamente. Para cada tipo de função mudava o prazo a periodicidade. Uns de seis em seis meses, outros de ano em ano. Mas o prazo mínimo que se fazia uma inspeção ocupacional era de um ano, o mínimo. Para os que corriam maior risco, o pessoal de pintura, o pessoal que trabalhava em condição mais penosa, a gente fazia de 6 em 6 meses. E mantinha-se também um serviço de engenharia de segurança do trabalho, justamente para fazer a profilaxia do acidente, para evitar o acidente. Então, comigo se começou isso também. Contratamos engenheiros e inspetores de segurança, para dar os cursos de CIPA, que é a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, formar gente, a brigada contra incêndios, atendimento a primeiros socorros e chegamos a ter uma ambulância para a remoção dos feridos mais graves. Se bem que isso começou a diminuir dada a atenção que a gente dava à prevenção. Então, utilizava-se muito equipamento de segurança. O maior problema era fazer com que o indivíduo usasse, porque o operário de modo geral, na experiência que a gente teve, e é uma coisa que existe até hoje, a consciência do nosso operário era muito precária, eles achavam que com eles nunca ia acontecer nada. Então não usavam luvas, cintos de segurança, e outros dispositivos de segurança da própria máquina que a gente tinha, e aconteceram alguns acidentes graves. Mas nunca a nossa empresa foi punida por negligência. Nós conseguimos baixar o índice de acidentes drasticamente, a partir das medidas que a gente tomou a partir de 1974. (Dr. Luiz)*

Em nossa pesquisa pudemos evidenciar, e o demonstraremos mais à frente, que esse processo de transformação dos perfis de adoecimento e sua incorporação, como novas

necessidades de saúde, à prática médica não se dá sem contradições e conseqüências tanto para seus agentes quanto para seus consumidores.

## **5.2 Biomedicalização Social: velhas questões, novas demandas**

Além das transformações sociais que colaboram para progressivamente alterarem os perfis epidemiológicos no que se refere à tendência de predominância das doenças não-transmissíveis, em grande parte de caráter crônico-degenerativo, outro elemento importante a ser analisado refere-se à incorporação, como demandas para o trabalho em saúde, de novos carecimentos, geralmente antigas condições de sofrimento que somente mais contemporaneamente passam a ser resignificadas, expressando-se, então, na forma de necessidades de saúde.

São bastante conhecidas as análises e estudos nos campos da saúde coletiva, da medicina social ou da sociologia da saúde, acerca do processo de medicalização social e suas raízes históricas (Polack, 1971; Illich, 1975; Donnangelo, 1975; Foulcaut, 1994; Boltanski, 2004). Também não são poucos os trabalhos e estudos que analisam como a prática médica em sua conformação moderna constitui-se, com estatuto de centralidade, em meio a esse processo social.

Historicamente o processo de medicalização social tem sido objeto de reflexão em razão de, ao menos, duas de suas conseqüências. A primeira refere-se à capacidade de atenuação de conflitos sociais por meio do processo de sua transformação em questões internas ao campo das ciências e práticas de saúde, tornando-os, assim, mais passíveis de naturalização. A segunda conseqüência do processo de medicalização social é a progressiva expropriação dos indivíduos de sua capacidade de autonomia, conhecimento e auto-cuidado

acerca de suas condições de sofrimento, que agora passam a ser objeto exclusivo de intervenção por parte de especialistas.

O fantástico desenvolvimento científico-tecnológico das ciências ditas naturais, entre as quais se incluem as ciências biológicas, que acompanham o desenvolvimento das ciências em geral, diferentemente de propiciar um arrefecimento do processo de medicalização social, o intensifica, agora sob um “manto” mais técnico. Esse processo pelo qual a biomedicina estende seu território de ação sobre diferentes áreas e aspectos da socialidade, outrora fora do âmbito de intervenção da razão biomédica, passa a ganhar novo impulso, por exemplo, com a era da medicina biomolecular e da genética. A biomedicina agora é chamada a dar explicações acerca de diferentes aspectos do comportamento humano como os sentimentos e emoções humanas, os conflitos e diferenças comportamentais entre os indivíduos, as razões dos comportamentos considerados “desviantes”, entre outros.

Ao contrário do processo de medicalização desenvolvido durante os séculos XVIII, XIX e até meados do XX, que possuía um caráter ideológico mais explícito devido ao baixo poder de legitimidade social conquistado pela razão científica em suas primeiras caminhadas e poucos êxitos práticos no campo das ciências médicas, o processo de medicalização na contemporaneidade ganha profundidade e legitimidade em graus jamais vistos.

Nenhuma outra instituição, relativamente à ciência moderna, goza, na contemporaneidade, de tamanha legitimidade, nenhuma tem sua imagem tão fortemente ligada à idéia de neutralidade e de veracidade no imaginário dos indivíduos, principalmente se tivermos por referência a vertente das ditas ciências naturais positivas. Suas explicações e práticas utilizadas para abordar os diversos problemas e necessidades sociais são

imensamente mais respeitadas do que aquelas advindas de outras instituições, sejam elas de origem política, religiosa, artístico-cultural etc.

Não pretendemos aqui proceder à análise do processo pelo qual a ciência moderna consegue erigir-se ao nível de instituição social com maior potencial legitimador na sociedade contemporânea, visto não ser este o objeto desse trabalho. Queremos, todavia, ressaltar dois aspectos que contribuíram para esse processo. O primeiro refere-se à estreita relação do nascimento e consolidação da ciência moderna com a consolidação das relações sociais capitalistas em oposição às relações feudais decadentes (Lowy, 1987; Ayres, 2002). O segundo aspecto refere-se ao êxito prático dos novos métodos científico-tecnológicos em fazer avançar em grau jamais visto o desenvolvimento das forças produtivas do trabalho nas mais diversas áreas de atuação humanas, incluindo o trabalho de restauração/manutenção do corpo orgânico.

As novas características que o processo de medicalização social assume em tempos mais recentes têm sido estudadas por diversos autores e em diferentes perspectivas. Algumas análises argumentam que uma diferença importante da medicalização nos dias atuais em relação a períodos anteriores refere-se à centralidade que passa a ocupar nesse processo a biomedicina em lugar da profissão médica. Ou seja, desenvolver-se-ia um processo de controle social científica e tecnicamente mais legitimado e que extrapolaria as práticas próprias da profissão médica, difundindo-se mais extensa e profundamente no meio social (Clarke et al., 2005).

Diferentemente de análises como a de Spink (2001), que vêem na conformação da *sociedade do risco* certa superação da idéia de *sociedade disciplinar*, pensamos que, em que pesem algumas diferenças, a atual *sociedade do controle* representa menos rupturas que continuidades, e aprofundamento, do caráter disciplinador das práticas e ciências da

saúde (Ayres, 2001a; Zola, 2005; Tesser, 2006). Assim, concordamos com Nogueira (2003) em sua caracterização das novas formas que a medicalização social adquire na contemporaneidade – como, por exemplo, a *higiomania* - extrapolando o universo dos serviços de saúde e adentrando todos os “interstícios sociais”, inclusive transferindo para os indivíduos, através da “desmonopolização” do conhecimento, o papel de controle e disciplina sobre os “riscos” a que estão sujeitos seus corpos.

Pois bem, em tempos em que a biomedicina é chamada a responder questões e satisfazer necessidades de inúmeras áreas da vida social, os médicos vêem-se frente a novas esferas de atuação, ou antigas esferas de atuação agora resignificadas.

Talvez a área em que isso ganhe uma dimensão mais explícita seja a dos transtornos mentais. Evidentemente não é recente a atuação médica, através da psiquiatria, no universo da mente e do comportamento humanos. Porém, nas últimas décadas ampliaram-se grandemente os limites para “enquadramento” dos indivíduos entre os diversos grupos classificados como anormais ou desviantes, ou seja, portadores de algum transtorno mental. Até meados do século XX a psiquiatria tendia a restringir sua atuação aos casos “mais clássicos”, aos quadros ditos “mais floridos” como a esquizofrenia ou as depressões maiores, por exemplo. Nas últimas décadas, os critérios para classificação dos indivíduos como transtornados mentais estão cada vez mais flexíveis. Quadros outrora considerados como “dentro dos limites da normalidade” são classificados hoje cada vez mais como patológicos. Os transtornos de humor, por exemplo, passam a incluir as depressões menores, os episódios depressivos leves, entre outros. Quadros que eram entendidos como variantes “normais” do comportamento humano, relacionados à dinâmica das diversas formas e momentos no “andar a vida”, hoje passam a ser classificados como patológicos (Amarante, 2007). O transtorno afetivo bipolar, por exemplo, outrora com critérios bem

delimitados e restritos, evolui para conceitos como o de espectro bipolar, flexibilizando significativamente os critérios para enquadramento patológico, o que, por sua vez, passa a incluir uma quantidade crescente de indivíduos entre os portadores de transtornos e que, portanto, necessitam de tratamentos vários.

A psiquiatria, aliás, também se viu tomada pelo processo de “preventivização” que influenciou a medicina como um todo. Exemplo disso foi o movimento reformista da *psiquiatria preventiva* na década de 1950, desencadeado a partir dos EUA, explicitamente influenciado pela teoria da *história natural da doença*, cuja principal referência foi Gerald Caplan. Amarante (2007) descreve como tal movimento contribuiu grandemente para o aprofundamento da medicalização social em relação à dimensão do sofrimento psíquico através da ampliação enorme da gama de “desviantes”, ou seja, de sujeitos com grande potencial de se tornarem transtornados mentais, o que justificava, portanto, a intervenção “preventiva”, precoce, da psiquiatria.

Esse processo extremamente aprofundado de transferência das várias formas de conflitos e sofrimentos cotidianamente vivenciados pelos indivíduos com repercussões psíquicas para o campo da biomedicina praticamente resume e inclui toda a ordem de questões sociais e humanas sob a égide dos valores de saúde e doença.

Exemplo disso pode ser visto no resultado de uma pesquisa<sup>1</sup> realizada por pesquisadores do Hospital de Clínicas de São Paulo acerca da prevalência de transtornos mentais entre moradores da região metropolitana da grande São Paulo. Os resultados do estudo apontam para dados emblemáticos da tendência que vimos discutindo. Segundo o

---

<sup>1</sup> Os dados, apresentados no Congresso Brasileiro de Psiquiatria em novembro/2009, constam do projeto São Paulo Megacity, um estudo realizado pelo IPq (Instituto de Psiquiatria) do Hospital das Clínicas de São Paulo em 2008, no qual foram entrevistados 5037 moradores de 39 municípios da região metropolitana de São Paulo. Informações obtidas na reportagem “45% da grande São Paulo já manifestou transtorno mental” do jornal *Folha de São Paulo* de 07 de novembro de 2009.

estudo, cerca de 45% da população de São Paulo foi acometida por pelo menos um episódio de transtorno mental, com indicação de tratamento, ao longo da vida. Segundo os estudiosos esses números são superiores aos encontrados em relação à população brasileira em geral e a outros países, sendo que a condição de megalópole tende a contribuir para a existência de maiores taxas.

Em que pese essa particularidade, no entanto, outros estudos também recentes apontam que mais de um terço da população mundial, e praticamente metade da população das megalópoles, já passa a ser incluída entre aqueles “desviantes” dos parâmetros considerados normais no que se refere à dimensão psíquica (Andrade et al., 2006). A Organização Mundial de Saúde<sup>2</sup> já trabalha com a estimativa de que a depressão será a doença mais comum no planeta até o ano de 2030, superando inclusive as doenças cardiovasculares e o câncer.

Esses dados, por si só, poderiam ser objeto de uma série de reflexões como, por exemplo, aquela acerca da legitimidade, mesmo técnica (que dirá filosófico-política), dos critérios definidos pela biomedicina, que excluem parte tão significativa da humanidade da condição de “normalidade”. Metade por enquanto, cabe ressaltar, visto que diversos estudos apontam para a tendência ao aumento progressivo desses dados. Talvez em pouco tempo não vejamos mais a idéia da realização contemporânea do dilema exposto por Machado de Assis em sua brilhante obra *O Alienista*<sup>3</sup> como mero exercício de ficção. Outra discussão, ainda, bastante interessante seria aquela acerca dos determinantes nas sociedades

---

<sup>2</sup> Dados do relatório do departamento de saúde mental da OMS na primeira Cúpula Global de Saúde Mental, realizada em Atenas, na Grécia, em 2009. Informações obtidas na revista *Mente e Cérebro*, de novembro de 2009.

<sup>3</sup> Nessa obra o autor descreve ficcionalmente como a ampliação progressiva dos “critérios” de insanidade rapidamente incorre em uma crise de superlotação dos hospícios e mesmo de legitimidade da psiquiatria em definir o que seria normal e patológico. (Machado de Assis, 1998)

contemporâneas que fazem com que o sofrimento psíquico atinja tal dimensão e importância. Apesar de muito interessantes tais temáticas não se constituem, todavia, em nosso objeto de estudo. O que nos cabe nesse momento é analisar como tal demanda social crescente posta para os serviços de saúde impactarão a prática dos médicos.

Como nossos entrevistados são médicos mais antigos – o tempo médio de exercício da profissão é de 39 anos – e como esse processo de biomedicalização aprofundou-se sobremaneira nas duas últimas décadas, nos relatos transparecerão aspectos bastante interessantes desse movimento, assim como suas representações acerca do mesmo.

*Isso aí foi um aperfeiçoamento, como na reposição hormonal também foi um aperfeiçoamento. Eu sou a favor. Só que você tem aquele risco de ca [câncer] de mama, porque no endométrio dá... fazendo direito não dá, mas ca de mama não tem jeito, aumenta a incidência. Então limitaram para 5 anos. A mulher entra em menopausa com 50, 55 já não pode mais usar, e a gente usava até 65. Porque melhora a qualidade de vida, não adianta dizer que não. A mulher se sente melhor? Se sente, não é? Mas daí dificulta... Fica fácil dizer: – Não tomem –. E daí vem as depressões; aí entra o outro lado, fluoxetina, sertralina, que também não é tão... Esse é o outro motivo. Uso contínuo. É direto agora antidepressivo. Ninguém mais quer sentir nada, e dá-lhe antidepressivo. Esse é o pior ponto.*

*O Diazepínico mudou, mas também tomam demais, não é? O que eu dou de receita no consultório de diazepínico, de olcadil... Gente dependente. Mas não adianta! E o pior que o diazepínico é que ele é dose-dependente. A longo prazo, além da dependência, ele diminui a memória. Pra dormir, o que eles tomam disso aí é incrível!*

*Mas também eu não vou... Está com 80 anos, você vai agora [dizer] – Não pode fumar, não pode beber! –. Então “capota” de uma vez! [Riso] Tudo o que gostava de fazer, a pessoa não pode mais! Viver só pra viver também não dá, precisa ter uma certa qualidade. Eu não estou justificando, mas também é melhor ele tomar um diazepínico do que encher a cara, não é? Isso leva muito mais ao álcool. Aí que fica deprimido, pois já é um depressor.*

*(...) Veja os antidepressivos! Tudo agora é antidepressivo: fluoxetina, sertralina e o escambau! Todo mundo está com depressão. Eu falei no começo, não é? Tem muito modismo. O que está na moda é ter depressão. Antigamente depressão a gente tinha que dar um jeito de... Hoje em dia tem que tratar. Tem muita depressão, mas tem muita depressão sem vergonha, que dá pra metabolizar muito bem sem tomar remédio. E o remédio dá uma série de outros problemas; não pode estar... Tem todo o benefício, mas ele vai querer dirigir, não é?*

*Inclusive eu vou por no papel, se não tiver uma razão na bula, de que é melhor não operar máquinas do que de repente... Não fazer o que o Lula fez, que ele perdeu um dedo. [Risos].*

*Fazem até propaganda. Dão de monte lá – paroxetina, fluoxene, esses produtos, – quantos você quiser. Antes só tinha os princípios. A amitriptilina, esses daí, o tofranil... como é que chamava?*

*Hoje, qualquer coisa... e ela vem pedir! – Doutor, a minha amiga está tomando e eu também queria tomar –.*

*Agora é antidepressivo na dismenorréia, na tensão pré-menstrual, é antidepressivo no climatério... E daí de repente todo mundo acha... porque embasam, dão embasamento. – Faz! –. Até que de repente vira de novo a moda. É tudo assim.*

*Carro também, agora é tudo espichado. Daqui a pouco muda de novo. Pode ver... os modelos são todos cumpridinhos, fininhos. E daí vem tudo cromado de novo. Em 1950 e pouco, se não me engano, era só cromo! Pára-choque... tudo era cromado. Era tudo brilhando. E aquilo ficava velho, enferrujava... [Riso] Daí [hoje] não tem mais nada, é tudo... pára-choque é pintado. [Risos]. São esses modismos, né? (Dr. Antônio)*

*(...) As pessoas têm que resolver tudo, pra início de conversa. E aí tem toda a pressão da mídia. Não tem mil reportagens e filmes falando que o remédio faz bem? Antidepressivo então! É uma coisa que eu discuto muito com os alunos; eles ficam nos postos de PSF também, não é? No estágio. É um tal de: – Ai, fulano está com depressão, doutora. Não vai medicar? Ah, professora... – / – O que é isso?! Ela está triste – / – Ah, mas é há mais de não sei quantas semanas –. E desde quando você pode medir tristeza? – Passou duas semanas, então...-. Não existe isso! Qual foi o impacto? Qual foi o grau? O que levou ela a ficar triste? Foi porque quebrou a unha ou foi porque perdeu o filho? Há gradações, de tempos diferentes. Então tem muito isso, entendeu? Tudo é pra medicar, é pra medicar, é pra medicar. Depressão então! Até parece que antidepressivo, só, resolveria todos os males do mundo, não é? Daí eu ia tomar! [Risos]*

*(...) Indiscriminado de antidepressivo. Eu vejo porque eles vêm com essa idéia. Se eles vêm com essa idéia, é porque eles estão vendo. Usam demais antidepressivo. Eu acho que tem a ver com isso: o paciente ouve falar, o médico também, acha...*

*(...) Eu não estou dizendo que seja um horror, mas eu vejo muito isso: o pessoal medicando muito, sem necessidade. Eu acho que tem a ver com formação, com exemplo – com pressão de tudo, internet, a mídia... Você vê falando de antidepressivo em reportagem, filme.*

*A internet é muito boa, mas por outro lado o pessoal vai lá, consulta e acredita em tudo quanto é boato. (Dra. Marina)*

Podemos perceber que, embora alguns médicos possam se posicionar criticamente em relação à crescente incorporação de praticamente quaisquer formas de conflitos emocionais ou sofrimentos psíquicos ao âmbito das necessidades de saúde, transparece a consolidação de um movimento bastante forte nesse sentido.

Outro exemplo, ainda interno à tipologia dos transtornos mentais, de extensão contemporânea da esfera de atuação da biomedicina, refere-se aos casos de transtornos por dependência química. Até poucas décadas esses casos eram majoritariamente significados pela sociedade como relacionados a desvios de conduta de origem moral como

consequência de padrões inadequados de caráter dos indivíduos. Inicialmente com a dependência do álcool, e mais recentemente com as drogas consideradas ilícitas, a biomedicina tem se dedicado a transpor esses transtornos da esfera das “relações morais” para a esfera do corpo orgânico individual, sua área de atuação<sup>4</sup>. Assim o uso/abuso de drogas é progressivamente transposto do universo jurídico/moral para o da saúde-doença, ou seja, de crime ou “desvio de caráter” passa a ser representado como doença. Assim, em lugar de *punição* consolida-se o *tratamento* como forma de abordagem legitimada como correta tanto técnica como eticamente.

Importante ressaltar que ao medicalizar esses elementos da vida, a biomedicina não exclui sua origem e determinação da esfera das relações sociais, mas apenas lhes traduz para os termos da anatomofisiologia, a fim de que possa abordá-los sob a égide e os métodos das ciências positivas. Entretanto, fazer uma “questão moral” – leia-se social - transformar-se em “questão médica” incorre em um desdobramento ideológico inegável, no sentido de que, ao se tornar hegemônica uma explicação, e seus desdobramentos práticos, sobre determinado fenômeno, são excluídas as demais explicações e determinações como dotadas de legitimidade.

Ressalvados os avanços de tal processo, como a “descriminalização” dos dependentes químicos, por exemplo, ao constituir-se esse processo faz com que os “indivíduos comuns” – leigos nas áreas biomédicas – deixem de ter o que dizer acerca da questão da dependência química, transferindo essa prerrogativa para os médicos. Como já discutimos anteriormente, esse processo acaba cumprindo o importante papel de integrar e atenuar contradições que colocariam em discussão relações sociais instituídas que

---

<sup>4</sup> Inclua-se dentre essas diferentes formas de dependência o caso do abuso dos medicamentos – ansiolíticos, benzodiazepínicos etc. – que têm seu consumo vastamente estimulado pela prática médica.

determinam as condições de sofrimento humano (Basaglia, 2005). O controle sobre os “diferentes”, “desviantes” ou “anormais” progressivamente deixa de localizar-se em instituições e aparelhos explicitamente reconhecidos como repressores – prisões, por exemplo – para ser disperso por outros espaços e instituições onde esse caráter apresenta-se mais implícito, como os serviços de saúde, por exemplo.

Esse movimento, com isso, não resolve as contradições, mas as transferem para outra instância - o interior do trabalho em saúde – onde terão de ser abordadas pelos diferentes agentes, incluindo o médico.

*Bom, eu falei naquela oportunidade que eu já segui uma série de serviços aqui dentro, né? E daí no 4º ano, no final do 4º ano, na procura de algum estágio remunerado, abriu vaga, abriu seleção lá no hospital Pinheiros, que era um hospital psiquiátrico que tinha lá em São José dos Pinhais. Era um hospital que tinha mais ou menos 500 leitos para internamento lá. Como naquela época o salário que eles pagavam lá era muito bom, para acadêmico – correspondia a 3 salários mínimos por mês – eu fui lá e me inscrevi pra fazer a seleção, pra decidir. Passei e comecei a fazer plantão lá; tinha uma boa equipe de psiquiatras, que hoje são professores federais aqui na faculdade, tal. E quando chegou... Daí tinha aula toda a semana, discussão de casos... Então era um bom atendimento que se fazia lá naquele hospital, né?*

*Agora, a minha função como acadêmico interno lá era... O meu plantão era na sexta-feira, do meio-dia às oito horas da manhã do sábado. Essencialmente à tarde nós fazíamos atendimento clínico aos pacientes internados e fazíamos as entrevistas psiquiátricas na história familiar dos internados. E à noite eu ficava sozinho, o interno ficava sozinho como médico do hospital. Tinha que atender todas as intercorrências e fazer os internamentos.*

*Isso foi no 4º ano, eu continuei no 5º ano, e eu casei do 5º para o 6º ano. Já fazia mesmo estágio, trabalhava, então dava pra casar sem problema nenhum. E quando eu estava casado, entrei e comecei a fazer muito plantão. Então, o quê que aconteceu? Daí eu via naquele paciente que eu internava sexta-feira, porque sexta-feira era “bombado” o internamento lá de emergência. Elas tinham tinham predominância na sexta-feira. Então eu via aquele paciente que eu internei na sexta-feira. Depois de um mês, depois que eu voltava lá o paciente recebia receita para ir para a casa, tal. Eu disse: – Pô, a psiquiatria funciona, cara! Quarta-feira eu internei um bagaço aqui, está saindo gente fina! – [Risos]*

*E daí, no 6º ano, o plantão de domingo era um plantão que era voluntário. Quer dizer, era bem pago, mas não fazia parte da escala. E como era bem pago, eu comecei a fazer, no 6º ano. E o que aconteceu? Aquele paciente que eu tinha internado aquele dia, que eu tinha visto saindo de sexta, eu via, no meu plantão de domingo, que quando ele voltava, ele voltava pior do que estava. Isso começou a mexer um pouco comigo. Chegou lá por junho, julho de 75, o diretor clínico do hospital me convidou para trabalhar no hospital, depois de formado, que eu iria fazer um acompanhamento, fazer um bom serviço lá. Era uma boa opção fazer psiquiatria. Daí eu cheguei para o antigo chefe aqui da ginecologia, e falei: – Olha, eu estou balançando entre psiquiatria e ginecologia, porque ginecologia eu acompanhei aqui desde o 2º ano, então eu estou pensando em fazer a residência,*

*fazer uma especialização em ginecologia. Como é que está lá no HC, tal? – Ele falou: – César, você me acompanha aqui desde do 2º ano! Você vai fazer residência, você vai perder tempo. Eu vou abrir concurso aqui para professor em abril, maio do ano que vem e você tem toda condição de fazer e passar –. E foi assim, interagindo, que foi indo. As oportunidades foram vindo.*

*(...) Naquela época era bastante alcoolismo, daí eram as esquizofrenias. Droga era muito pouco. Droga, no máximo que a gente tinha era maconha, então o principal era o alcoolismo. Quer dizer, então você via que o tratamento... Não adiantava só o tratamento da pessoa, tinha que ser o tratamento que envolvesse toda a família. Aí é que estava o problema.*

*Esses problemas – de drogas, álcool – são problemas que requerem... Primeiro: 95% dos pacientes não são internados por eles quererem, eles já eram internados porque estavam incomodando alguém. Esse alguém chamava a polícia e a polícia levava lá para internar. Não era por opção dele. Então quando não tem a opção do paciente, não tem bom resultado nisso. Mudei de barco. (Dr. Armando)*

*(...) Aqui tem muito crack, igual São Paulo. Isso a gente vê: paciente que bebe mas usa remédio. Eu tenho uns conservados em álcool; fantástico, não sei como, até eu espanto. Paciente que fuma maconha vai mais ou menos bem; até o que cheira cocaína vai mais ou menos bem, mas o crack é um inferno! É o pior! É difícil. É um vício, é uma doença. E para largar isso? Não larga. É muito difícil. Eu oriento, o que é que eu vou fazer? Eu não julgo, porque... como é eu vou julgar? Então eles até me contam se usam, tudo, porque sabem que não vou voltar a pegar no pé. Eu digo: – Olha, você não vai fazer isso não é porque é feio ou bonito, é porque faz mal –. E tenta, vai, procura tal serviço, procura tal lugar. A gente procura orientar, mas sabe que não vai. (Dra. Marina)*

### **5.3 Olhares Contemporâneos sobre o Trabalho Médico: de “salvador” a “reparador permanente”**

Desenvolve-se, como podemos ver, um complexo processo de transformação dos carecimentos apropriados como novas/renovadas necessidades em saúde composto por diversos movimentos, entre os quais ressaltamos três principais: tendência de predomínio de condições crônicas de adoecimento sobre as agudas; incorporação de práticas preventivas de cunho individual à clínica; e integração recente de antigas condições de sofrimento sob o âmbito das práticas de saúde. Esse processo impactará de forma determinante a conformação do trabalho em saúde na contemporaneidade, sendo que em

relação especificamente ao trabalho médico podemos elencar algumas características que essas tendências colocarão para o rearranjo da prática. São elas:

- Ampliação da demanda por tratamentos médicos sob a forma de “acompanhamentos contínuos” ou “seguimentos” em contraposição ao predomínio absoluto dos atendimentos mais pontuais;

- Ampliação da demanda pelas chamadas consultas ou procedimentos “de rotina”, relativos a condições não necessariamente patológicas, que passarão a absorver em graus variáveis o tempo e dedicação médicos; a depender da área ou especialidade médica tal forma de assistência variará tanto em grau quantitativo quanto qualitativo;

- Ampliação da demanda pela abordagem médica em relação a aspectos mais psíquicos do sofrimento; embora tal ampliação também varie com a área/especialidade de atuação, praticamente nenhum profissional médico ficará imune em seu cotidiano a tal demanda.

Mckinlay e Marceau (2005) ressaltam que o processo progressivo de concentração da prática médica no cuidado a portadores de doenças crônico-degenerativas e nos procedimentos mais “preventivos” tem exercido influência importante sobre as representações dos usuários acerca dessa prática. O médico estaria perdendo o seu estatuto de “herói”, de “salvador” que intervêm em momentos decisivos para salvar vidas, para se transformar em um “conservador”, um “ajustador” permanente das irregularidades anatomofisiológicas do corpo. Os autores exemplificam com a metáfora do médico como um mecânico de automóveis. Assim como as pessoas levam seu automóvel com regularidade a um mecânico, seja para correção de pequenos defeitos, seja para simples averiguação e manutenção das condições normais de funcionamento, uma troca de fluídos

aqui, uma regulação ali, da mesma forma estariam elas, em grande parte, procurando os médicos no cotidiano: um ajuste de medicação aqui, um “check- up” ali...

Seriam cada vez mais restritos os casos e as especialidades em que o médico praticaria um ato técnico que fique caracterizado para o usuário como o de “salvar uma vida”, ou algo próximo a isso. Com a série de transformações no âmbito das necessidades de saúde grande parte do tempo dos médicos passa a ser dedicado ao acompanhamento de condições crônicas, onde o “risco à vida” não se apresenta tão evidente, ou a condições em que nem sequer existem patologias instaladas, como é o caso dos procedimentos “preventivos”. Mesmo as intervenções cirúrgicas, outrora restritas à condição de “última alternativa de salvação”, hoje são realizadas, em sua maioria, em condições que representam pouco ou nenhum risco à vida; são, na maioria das vezes, intervenções com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas, de prevenir condições mais graves no futuro, ou como consequência de processos crônico-degenerativos; isso quando não são guiadas por objetivos “menos clínicos”, como o estético, por exemplo. Cada vez mais as indicações de tratamento cirúrgico deixam de ser “absolutas” e ganham caráter “relativo” em inúmeras patologias. Presencia-se um processo interessante: realizar-se-ia número cada vez maior de cirurgias e cada vez mais elas se tornariam menos “salvadoras”. Isso porque com os avanços técnicos e a diminuição dos riscos as intervenções cirúrgicas também passam a compor uma dinâmica de conservação, de “ajuste permanente” de irregularidades, ao contrário de períodos históricos anteriores onde sua realização constituía-se como um ato extraordinário. É, entre outros fatores, devido a essa progressiva diminuição dos riscos, por exemplo, que as intervenções cirúrgicas podem passar a ser subordinadas tão hodiernamente às mais diversas demandas, não necessariamente relacionadas à atenuação de sofrimentos...

*Tinha um cara lá, que eu encontrei uma vez, e ele tentou mudar a minha região com a região do interior que ele trabalhava. Eu disse: – Por quê? / – Não tem mais vesícula para eu operar –. Eu disse: – Mas como? / – Eu já operei todas! –. Falou sério, meu! [Risos] Eu falei... – O quê? Histerectomia? –, naquele tempo era a céu aberto. – Tirei todas –. Limpou tudo e... Ele deve estar milionário! Ginecologia era cisto de ovário. O maior vilão era o famoso cisto de ovário; uma parte só pra operar, e uma grande maioria para fazer laqueadura. – Doutor, eu acho que eu estou com um cisto de ovário –. Ela já vinha com a fala de mulher, pra mulher, enrolando e a outra ia lá...: – Eu tenho isso e isso... Elas estavam certas, doutor? – porque hoje em dia laqueadura é legal, não é? Quer dizer, tem 2 filhos mesmo, mais de 25 anos, então pode fazer. (Dr. Antônio)*

Assim, por um lado, diminuem significativamente os casos de intervenção em que, perante os olhos do usuário, a vida das pessoas é “salva” pelo médico, embora elas ainda existam. Tal transformação pode ser evidenciada a partir dos relatos de médicos de diferentes períodos históricos. Em estudo de Schraiber (1993) acerca da transição da medicina liberal para a medicina tecnológica, podem-se evidenciar através dos relatos de médicos desse período vários episódios pessoais vivenciados por esses agentes significados como intervenções “salvadoras” ou “heróicas”. Já em estudo posterior da mesma autora (Schraiber, 2008) com médicos formados no período da medicina tecnológica fica evidente a sensível diminuição de relatos desse tipo de experiência. Em nossa pesquisa também fica explícita essa tendência de diminuição de relatos de intervenções significadas por médicos ou usuários como “salvadoras”, sendo que esse abaixo citado é um dos raros trechos onde aparece tal forma de ato.

*Eu tinha pelos convênios cirurgias, que dava condição de continuar fazendo. E o atendimento aqui como na prática do cirurgião vascular tem muito de ‘escleroterapia’, então esses pacientes que eventualmente tivessem necessidade de cirurgia, a continuidade do tratamento e a complementação do tratamento, incluía a ‘escleroterapia’, que isso nenhum convênio cobre, então isso dava uma continuidade. Mas era essa situação, o paciente vinha, fazia algumas sessões, depois se desligava e eventualmente depois um ou outro vinha procurar. Coisa que acontece hoje ainda. Então, tem muitos pacientes que estavam fazendo tratamento*

*comigo há 10... 15 anos atrás e que depois voltaram aqui, estão continuando. Então, isso sempre acontece na prática diária.*

*E aqueles pacientes também que... sei lá... você acaba dando uma atenção tão... não digo especial, mas dentro daquilo que você acha que o paciente merece, e eles acabam se ligando a você de uma forma tal que deus no céu e você na terra. Eu tive alguns pacientes nesse sentido. Teve uma senhora, inclusive, ela era da Caixa Econômica e na época não era por causa do convênio, mas... ela procurou um colega que já conhecia para que fosse atendida por ele, em um final de dia, e eu não me lembro assim se ele não quis atender ou pediu que ela me procurasse... sei que ela ficou procurando por mim, me ligando... – oh, estou em uma situação aqui em casa, não estou conseguindo caminhar, estou com problema de dor nas pernas e... –, na época ela tinha mais de 50 anos, talvez uma coisa assim... – e eu conversei com o médico fulano de tal e ele pediu para que eu entrasse em contato com você... você pode vir aqui me ver? –, eu falei – oh, normalmente eu não atendo em casa, porque eu vou chegar na sua casa e eu vou fazer uma avaliação e vou fazer o que? O ideal seria que a senhora viesse no hospital... –, naquela época eu tinha o São Vicente de referência – ... no hospital São Vicente, eu saio do consultório e lhe vejo lá –, – ah, mas eu não tenho condições, estou sozinha em casa e não posso sair, não estou bem –, aí eu peguei e fui para a casa dela... ela morava em um apartamento lá no centro da cidade. Aí eu me identifiquei na portaria, subi no prédio, fui até o apartamento dela. Quando vi ela deitada no sofá da sala, com as duas pernas roxas, pretas, sem pulso nenhum, esfriadas, palpei a região inguinal e não tinha pulso também nenhum, falei – a senhora está em uma condição de urgência para um tratamento cirúrgico. A senhora deve estar fazendo uma trombose, e está sem circulação nas duas pernas, eu só posso dizer isso para a senhora, e seu caso é de urgência. Eu tenho que levar a senhora já diretamente para o hospital e fazer a cirurgia agora, imediatamente –, ela – ah, mas eu não tenho condição –, – então, eu faço o seguinte, eu estou indo para o hospital... daqui a uma hora, uma hora e meia eu lhe aguardo que a senhora chegue lá –... isso já era quase nove da noite... e por coincidência era dia 29 de fevereiro de 1984... ou 74?, não, 84, porque em 74 estava na faculdade ainda... 84. Aí, eu fui para o São Vicente, avisei o anestesista, que estava de plantão... e falou – então daqui a pouco eu chego aí –, daí preparei a sala. Daqui a pouco ela chegou no São Vicente... a levei para o centro cirúrgico. Aí ele fez uma avaliação e – não tem condição de fazer anestesia geral, ela tem cardiopatia, ela está com a pressão mais ou menos descontrolada –, aí eu falei – então você faz uma sedação aí só para dar uma diminuída na atenção dela e eu faço uma exploração na região inguinal com anestesia local –, e fiz e desobstruí. Ela estava apresentando uma trombose em aorta terminal, sem perfusão nenhuma nas pernas. Daí eu consegui desobstruir, tanto que ela melhorou a perfusão na perna, quase que voltou o pulso nos pés... e essa senhora ficou ligada de uma forma assim... tão chegada a mim, que qualquer problema de saúde que ela tivesse, ela ligava pra mim.*

*Depois ela teve evolução normal, tudo, apesar da idade, recuperou, não teve mais problema nenhum relacionado a essa patologia arterial vascular inicial. Mas, por exemplo, se ela estava com uma dor epigástrica, ou com uma disfunção ginecológica, qualquer que fosse, ela ligava para mim para saber o que ela faria. O consultor médico dela, quase... Zélia A., o nome dela, eu falava – dona Zélia, não posso orientar nisso aí, eu podia fazer um tratamento na senhora, mas eu ia estar fugindo de uma condição de um tratamento mais adequado. Eu sugiro que a senhora procure, dentro da funcef, um médico de tal e tal especialidade –, – então, eu vou consultar com o médico –, aí ela ia. Mas mesmo assim depois da consulta ela me ligava – oh, doutor, o fulano de tal que eu consultei, ele me recomendou esse tipo de tratamento, o que o senhor diz? Eu posso fazer? –. ‘Posso usar o medicamento?’, está certo desse jeito?*

*Então, eu fiz a cirurgia no dia 29 de fevereiro de 84, e nós estamos em 2008... não digo que ela tenha me procurado... talvez ela tenha falecido, porque faz tempo que*

*eu não tenho contato com ela... mas mesmo uns 10, 15 anos depois... quer dizer, até por volta do ano 2000 aí, e um pouquinho antes, ela ainda me procurava. Assim, para dar alguma informação, para perguntar alguma coisa. Então, essas coisas foram acontecendo assim. Talvez esporadicamente, de uma maneira muito pouco freqüente, porque a minha clientela também não era muito grande. (Dr. Vinícius)*

Importante ressaltar que os possíveis casos de intervenções “salvadoras” não necessariamente diminuiriam absolutamente ao longo das últimas décadas. Alguns casos podem, inclusive, ter aumentado sua presença, como é o caso de intervenções de emergência em situações de traumas (ferimentos por causas externas), atendimentos médicos em condições de risco iminente de morte, como o infarto agudo do miocárdio, por exemplo; várias dessas condições, inclusive, antigamente dificilmente acessavam os serviços de saúde a tempo de serem objeto de intervenção médica eficiente, diferentemente dos dias atuais. Então, como explicar a diminuição da visibilidade dos médicos como “salvadores”, tanto ao nível das representações dos usuários, quanto dos próprios agentes?

Aqui vários aspectos merecem ser citados, pois parecem colaborar simultânea e implicadamente para essas transformações.

O principal deles se refere à transferência da idéia de “salvador”, do médico para outro elemento. Schraiber (2008) ressalta como ocorre uma passagem da representação de salvador centrado no médico para o salvador atual centrado na tecnologia, no conhecimento. Em geral, hoje em dia, o equipamento ou o remédio é que são significados como “heróis”, ou “salvadores”, restringindo-se o médico muitas vezes ao agente responsável por acessar esses novos “heróis”. Algumas vezes, inclusive, até esse acesso pelo usuário aos “novos salvadores” já pode prescindir do médico. Assim, se ainda persistem relatos por usuários de situações ou intervenções “salvadoras” elas já não são incorridas tanto ao médico que, nesse processo, perde visibilidade para a tecnologia. O

papel de centralidade no processo assistencial passa a ser incorrido menos aos seus agentes, e mais aos instrumentos, o que expressa a *reificação* dos meios de trabalho. Esse processo de *descentramento* dos sujeitos, como discutiremos à frente, possui bases objetivas como, por exemplo, a conformação do agir médico por dinâmicas cada vez mais rotinizadas e “mecânicas”, em detrimento do agir mais reflexivo.

O segundo aspecto que merece ser ressaltado refere-se ao fato de que como as intervenções médicas, em razão do avanço técnico, tornam-se progressivamente mais eficazes e diminuem os riscos de conseqüências valoradas como negativas pelos usuários, condições que outrora representavam grande risco à vida, atualmente de fato não o constituem em tão grande escala. Como há algumas décadas atrás, por exemplo, os índices de mortalidade por apendicite ou meningite eram significativamente maiores as intervenções médicas que resultavam em sucesso terapêutico em relação a essas enfermidades, assim como seus agentes, eram mais valoradas como “salvadoras”. Atualmente, ao contrário, como os índices de sucesso terapêutico são significativamente superiores aos de insucesso, os casos dos primeiros já são vistos como “mais comuns” ou como o “resultado esperado”. Os insucessos, por sua vez, tendem progressivamente a ser representados menos como conseqüência da gravidade das enfermidades do que como ineficácia do médico assistente.

Outro aspecto não desprezível refere-se às conseqüências ao nível das representações dos usuários do processo de ampliação da assistência médica individual ao longo do século XX, principalmente em sua segunda metade. Como o acesso aos serviços médicos individuais, principalmente por parte das classes populares, era esporádico e, no caso do Brasil, pode-se dizer até que raro, além de realizado em grande parte por instituições de caráter filantrópico, isso colaborava para que esse momento e seu sujeito

fossem recobertos de certa “aura”, certo simbolismo próprio das situações especiais. Ademais, como para as classes populares tal acesso a esses serviços eram bastante dificultados, eles davam-se concretamente em situações-limite onde muitas vezes o risco de morte se colocava de forma mais explícita. Com a ampliação progressiva da assistência, as situações em que se tornou possível acessar tais serviços ampliou-se também para condições menos graves, colaborando para a diminuição da representação do médico como “salvador”. Além disso, tal ampliação deu-se através das diversas formas de medicina socializada que assalariaram o médico e também colaboraram para a diminuição de seu status de “salvador”.

Cabe ainda ressaltar o fato de que, em relação ao número total de médicos atuantes, um número mais restrito atualmente atende cotidianamente, ou mesmo esporadicamente, condições consideradas “salvadoras”. Diferentemente do período pré-especialização da prática médica, em que praticamente todos os médicos se viam, com frequência maior ou menor, frente a condições que exigiam esse tipo de intervenção, atualmente muitos especialistas trabalham exclusivamente com um grupo de condições de adoecimento sem implicações como a existência de altos índices de mortalidade ou de episódios de agravamento agudo. Várias especialidades, inclusive, constituem-se ou se (re)constituem voltadas majoritariamente à assistência dos portadores de condições crônicas de adoecimento.

*Então vamos ver. Consultório? Olha, eu nem me lembro mais. O meu filho nasceu em 87, então eu voltei a fazer consultório acho que lá por 93, por aí. Não lembro. Realmente tem que procurar nos escaninhos, mas depois eu procuro. Eu tenho ali o alvará e a data vai ser de quando eu comecei. Voltei para o consultório por quê? Porque aí a AIDS começou a propiciar que o Infectologista tivesse consultório; porque em consultório de infectologista, vamos dizer, eu atendo um ou outro paciente que eu oriento sífilis, herpes, toxoplasmose, não sei o que. Mas infecto nunca foi de ter muito consultório. Ambulatório nosso no hospital era acompanhar osteomielite que teve alta e as verminoses que o*

peçoal da psiquiatria não tratava. Era assim: era uma especialidade eminentemente hospitalar. A AIDS foi a primeira doença crônica que veio, e inclusive abalou muito tudo que é infectologista, porque era aquela história: paciente da Infecto ou ficava bom ou morria. Aquele paciente que você acompanha, acompanha, acompanha – a vida inteira – a gente não estava preparado para isso. Foi uma chacoalhada boa em todo mundo, sabe?

Então eu voltei a fazer consultório mais ou menos nessa data (e depois eu verifico aqui quando foi direito) e estou até hoje. Faço consultório duas vezes por semana, atendo basicamente AIDS e hepatite. Depois as hepatites, com os tratamentos também, passaram a ser “fregueses”, vamos dizer assim, de consultório; tem um novo campo para infectologista. E a gente, claro, atende as outras doenças infecciosas também que vêm. No consultório vêm mais, no ambulatório não consegue chegar.

(...) Isso foi sem querer, não foi nada de propósito – pelo volume, pela própria especialidade. Infectologia tem pouca doença de consultório. O que permitiu mesmo que a gente tivesse consultório foi AIDS; depois começaram as hepatites, há menos tempo, quando começou a se tratar as hepatites. Tanto que a Infecto perdeu o “pé”[?] das hepatites para a gastroenterologia. Agora que está retomando. Quem ficou tratando... Já que não tinha o que fazer, ia tudo para cirrose e transplante, então ficava tudo para a gastro.

Quando começaram a aparecer os tratamentos, eles que começaram a fazer. Depois que o pessoal da infectologia acordou. “-Êpa! Cadê as hepatites?” Agora que estamos retomando essa... o cuidado também. Mas não quer dizer que os gastroenterologistas não possam tratar mais a gente –, eles também podem, não é? Foi por uma questão de ocupar espaço realmente; e o número de casos, poucos especialistas... Começa a vir paciente, paciente, paciente e você, de repente, está atendendo... Qualquer pessoa que tem consultório de infecto, o grande volume é HIV. Em segundo lugar hepatite – qualquer – com algumas derivações daquele pessoal que faz muito hospital; daí pega o pessoal que teve alta com resto... Resto que eu digo é para dar seqüência ao tratamento de osteomielite, de infecção hospitalar [trecho inaudível] e que tem que dar continuidade no ambulatório. Esse tipo de coisa.

No caso da infecto acabou ficando muito essa doença em termos de consultório, de ambulatório, não é? E no resto da medicina também. Tem gente que só trabalha com uma determinada coisa. Mas no caso da infecto não é que a gente queira. Eu, pelo menos, não é uma coisa: “-Eu só quero trabalhar com isso.” Não. É porque as outras realmente você tem que internar, ou tem um acompanhamento curto. Ou às vezes nem acompanha. Certos conceitos que a gente tinha, por exemplo de toxoplasmose, antigamente se tratava de todo mundo com exame positivo; você saía tratando todo mundo.

Hoje em dia... semana passada mesmo, eu convencendo o menino. O rapazinho achou ótimo, mas a mãe não se conformava porque eu estava dizendo para ela que o filho não tinha mais clínica nenhuma e que eu não ia tratar o papel do exame. Mudou muito o conceito, então... O exame físico estava normal, não tinha queixa nenhuma e exame oftalmológico normal. Eu vou tratar o quê? O exame vai ficar positivo aí 2, 3 anos, não é?

Já paciente de HIV não tem isso, ele vai para ficar. E como... A gente brinca com os próprios pacientes: “-Ah, está difícil conseguir consulta.” E ninguém morre mais. A verdade é essa. Então cada vez tem mais. É mais um motivo para cada vez mais... não é?

Eu não me lembro se eu já contei isso, mas no ambulatório, por exemplo, lá do estado, que foi o primeiro grande ambulatório, lotava! Não tinha mais capacidade de atender ninguém, daí fechava a agenda – ficava 3 meses a agenda fechada e abria de novo, porque morria metade dos pacientes. Era um horror! É aquilo que eu falei que balançou todo mundo. De repente você estava ali... lidando direto com a morte, coisa que a gente não estava habituada; você vê o paciente ir embora sem

*você poder fazer nada. Morrer, tudo bem, mas não poder fazer nada é que é duro. Felizmente ninguém morre mais. (Dra. Marina)*

Um último aspecto que merece ainda ser citado, mesmo que de forma pontual visto que será objeto de maior discussão por nós em outro momento desse trabalho. Estamos nos referindo ao maior acesso, através de diferentes formas, das pessoas leigas a informações de caráter técnico outrora restritas ao profissional médico (Freidson, 1986; Mechanic, 2005). Isso colabora para que condições que anteriormente eram significadas como “salvadoras”, ou extraordinárias, hoje tendam a serem vistas como menos complexas, mais rotineiras, em síntese: menos “salvadoras” e mais “técnicas”.

Esse complexo processo composto por diversos aspectos diferentes, associados e, por vezes, contraditórios, que procuramos sucintamente relatar seria mais um dos componentes que colaboram para a transformação do status social e da valoração do médico pelos usuários dos serviços de saúde na contemporaneidade em relação ao período histórico anterior, da medicina liberal. São tempos, para o médico, da transformação do status de “salvador de vidas”, de “herói”, de “semi-deus” para o de “técnico” operador da tecnologia, o de “mecânico de corpos”. São dois movimentos simultâneos, portanto, que ocorrem: por um lado diminuem quantitativamente as intervenções significadas pelos usuários como “salvadoras” ou “heróicas”; e, por outro lado, quando elas ocorrem, seus protagonistas principais – os salvadores – tendem a ser vistos na tecnologia e não no médico.

Mas e os médicos? Como esses profissionais significam/representam seu trabalho sob novas condições epidemiológicas e assistenciais caracterizadas, por exemplo, pela predominância de práticas clínicas preventivas e ou relativas a condições crônicas de sofrimento?

*Não, aí na Ginecologia foi a somatória de tudo, porque a Ginecologia é clínica, é essencialmente clínico; o atendimento inicial ao paciente é clínico, você tem que ter um bom embasamento em Psicologia e Psiquiatria para você atender essas pacientes, e tinha parte cirúrgica que eu fazia também. Então era completa, era uma especialidade completa para mim, certo? E você via resultado daquilo o que você fazia com a paciente – e vê.*

*E na Clínica tem uma tendência a cronificação também (hipertenso, diabético). Não tem a dinâmica do consultório de ginecologia, porque é difícil você ter lá pacientes que você vê há muito tempo e que elas vão lá pelo mesmo problema, sempre pelo mesmo problema. Você tem na sua rotina outras coisas. (Dr. Armando)*

*Na vascular o que sempre me atraiu, desde logo que terminei a residência e fiz 10 anos de plantão lá no Cajurú, e agora 10 anos, quase 11 que eu estou no Trabalhador, é o trauma vascular. Acho que eu já comentei isso com você.*

*Porque de verdade assim... eu agora ultimamente tenho pouco paciente assim... Tem uns aqui que estou só conduzindo clinicamente, porque não vejo nenhuma perspectiva de necessidade ou de condição de levá-los a cirurgia, como tentativa de melhora, em termos de doença degenerativa, que realmente é bastante ruim a perspectiva. Tem uma senhora, D.Rosa, ela tem 87 anos de idade, ela tem uma oclusão total na aorta abdominal e das duas ilíacas. Faz três anos que estou tratando dela sem fazer cirurgia nenhuma. Às vezes ela vem aqui dizendo que a perna está queimando muito, que o pé está queimando muito... Até a filha é bem impaciente com a mãe mesmo – é, a senhora fica se queixando de um monte de dor, a gente chega aqui e o médico fala que está tudo bem –, mas é lógico que está bem. Eu ponho o doppler no pé dela, está com pulso pedioso tibial posterior monofásico... tudo... mas está mantendo. Ela está há 3... 4 anos fazendo tratamento só com suportivo, com hemorreológico e nada mais... Eu tenho o eco doppler dela, tem uma oclusão da aorta abdominal... total... mais para baixo não tem nada... aí vou levar uma senhora dessas para uma laparotomia, fazer um enxerto em cima da venal e puxar dois canos para irrigar a perna dela? Eu comecei a tratar dela com 83, agora está com 87... vem andando, tudo aí... Rosa C. da Silva, deixa eu pegar... eu tenho o doppler dela aqui...*

*Esse negro aí é a oclusão... aí tem a aorta abdominal, as duas ilíacas, e do outro lado tem da virilha para baixo, nas duas pernas. Olha, ela está com 83 anos agora, comecei a tratar dela com 80 anos. Eu vou indicar cirurgia numa situação dessas? Então, eu sempre pensei, desde que comecei a lidar com trauma vascular, o paciente de trauma é aquele um que até a hora que ele sofreu o acidente ele era um paciente hígido, independente da faixa de idade, que a grande maioria é dos 20 aos 40, e você tendo necessidade de atuar, tudo que você fizer vai conseguir resolver naquela fração de tempo onde teve a lesão. E o paciente degenerativo, infelizmente, tem a doença a evoluir.*

*Oh, mesmo com a oclusão lá, aqui na extremidade, fora um segmentar na tibial posterior à esquerda e parcial na direita, ela tem as artérias íntegras. Agora, vou levar uma senhora dessas... puxar um enxerto aorto-bifemoral aqui? Com essa irregularidade ali, com a possibilidade de que um enxerto não venha a se manter pérvio e com uma morbidade extremamente elevada? Uma paciente que faz 3 anos que estou conduzindo clinicamente? E ela não tem sinal nenhum de alteração de fâneros ali, tudo normal. Tem até bastante varicose, varizes, mas eu não vou...*

*Então, essa situação assim, o que me agrada realmente na vascular arterial é o trauma vascular. O venoso às vezes é um pouco chato, mas a gente tem que encarar também.*

*(...) Então, essa condição de satisfação eu realmente... eu encontro bastante nessas cirurgias de trauma. Seja de qual origem for e... qualquer paciente. Em contrapartida cirurgias de varizes não é que me desagradem, mas eu prefiro fazer mais um paciente arterial traumático do que o outro.*

*Agora, na vascular mesmo, uma coisa que é desagradável ao extremo, que você fica realmente com pouca probabilidade de ajudar o paciente, desde que a doença já esteja mais evoluída é a doença linfática. Um linfedema congênito, primário... secundário. Essa é uma das piores coisas. É, de verdade é aquele paciente que você... uma vez que você orientou alguma coisa... vai estar sempre insatisfeito, porque alguma coisa não vai estar bem. Então, o que eu sempre falo nessas circunstâncias? É procurar tratar adequadamente aquele paciente, que possa evoluir, para não deixar com seqüela. Que da trombose venosa, por exemplo, que venha a ter síndrome pós-trombótica, pé inchado... uma contenção com meia elástica, ou mesmo a necessidade do anticoagulante, é feito por um prazo determinado. Depois de certo tempo recanaliza parcialmente aquela veia que trombosou e isso volta.*

*Agora, o cara que tem uma erisipela de repetição, que vai... traumatiza hoje o sistema linfático, aí faz um linfedema, amanhã tem outro quadro de repetição, faz mais um trauma no sistema linfático, faz mais linfedema, então isso vai se “superajuntando” e aquele edema linfático a longo prazo é impossível de retardar... de regredir. Então, você tem que realmente tratar naquele início onde a erisipela ou a linfangite se acessou, para ter um tratamento adequado e não deixar que a evolução seja desagradável. Até o linfedema iatrogênico na cirurgia de mama, que faz ablação de todo o sistema linfático da região axilar, aquele edema realmente ele é complicado.*

*Então, eu gosto da arterial traumática, faço a venosa na medida da necessidade para poder ter um ganho também. E a linfática... quando vem paciente com linfedema... dá vontade de mandar para aquele cara que você não gosta... É muito ruim. (Dr. Vinícius)*

Embora as condições crônicas, juntamente com as práticas clínicas preventivas, já absorvam uma grande parte dos cuidados médicos na sociedade brasileira há algumas décadas – na Europa isso já ocorre há mais tempo – parecem persistir no imaginário dos médicos uma valoração e uma satisfação maior pela intervenção “curativa”, agora transmutada na idéia de *resolução*. Isso fica explícito, por um lado, na descrição das práticas de acompanhamento de pessoas com condições crônicas, ou nos procedimentos preventivos individuais de rotina, como práticas mais monótonas ou menos prazerosas.

Vários fatores parecem estar relacionados a esse menor grau de satisfação com o cuidado aos usuários portadores de enfermidades crônicas em relação àqueles portadores de condições agudas de sofrimento.

Um componente fundamental desse processo pode ter suas raízes encontradas no próprio nascimento da medicina moderna, qual seja, a idéia permanente entre os médicos das “grandes descobertas”, dos “difíceis diagnósticos”, das “intervenções salvadoras”, como substrato do caráter *reflexivo* e *difícil* da medicina, o que colaboraria para a grande legitimação e valorização social de seus agentes. Parece permanecer em parte, como “herança” no plano dos ideais da profissão a perseguição aos “grandes feitos” pelo médico.

*Aí é que está. O médico é treinado para fazer grandes diagnósticos. E eles não vêem, eles não são treinados para ver o dia-a-dia. E eu vejo isso com o aluno, que vai comigo lá na unidade de saúde: – Pô, não apareceu nenhum caso interessante –. Caso interessante não tem. Esse é o dia-a-dia. E o dia-a-dia é isso aqui: você tem que conversar com a paciente, tem que orientar, tem que fazer isso aqui. Tem que resolver o dia-a-dia, tem que resolver o feijão com arroz, o que a pessoa tem hoje. Lá... de vez em quando, vai aparecer um filezinho, mas isso não é o freqüente. O estudante tem uma formação distorcida na escola. Então na escola você vai ver caso raro. Aquilo lá é um hospital-escola e aquelas 140 unidades encaminham para lá. Mas isso não quer dizer que seja verdade para a unidade de saúde, para o consultório. Porque se você for lá para a clínica privada vai ser a mesma coisa: não vão ter casos assim diferentes, casos estrondosos. Não vai! Isso aí é o dia-a-dia. (Dr. Armando)*

Nada mais oposto à idéia dos “grandes feitos”, dos “difíceis diagnósticos”, das “intervenções salvadoras” do que a assistência médica a condições de “rotina”. Essas passam a ser associadas à idéia de pouca exigência reflexiva por parte do médico e onde tende a predominar uma dinâmica significada como repetitiva e monótona.

Na impossibilidade concreta de uma prática cotidiana centrada no “não cotidiano”, nos “grandes feitos”, os médicos buscam e encontram muitas vezes parte da satisfação perdida em “pequenos feitos”, desde que inclusos em uma dinâmica de alternância clínica. Ou seja, dado que o raciocínio biomédico discrimina “os casos” a partir da homogeneizante nosologia clínica, em geral todos os casos de diabetes são iguais, exigindo atuações praticamente iguais por parte dos agentes. Em que pese a máxima clínica “cada caso é um

caso”, o que parece na prática é que cada vez menos o critério para discriminação entre os casos, por parte dos médicos, é o paciente-singular. Se assim fosse não haveria a associação muitas vezes automática da atenção a condições anatomofisiológicas semelhantes com a idéia de repetição e monotonia.

*(...) A minha unidade básica lá é uma unidade básica localizada num conjunto habitacional. Quer dizer, é uma classe média baixa, então você não tem tantos problemas no pré-natal. O pré-natal lá é normal, por isso que eu já faço o pré-natal na segunda-feira, porque fica monótono e é para não ficar monótono todo o dia. – Ah, teve uma coisa lá. / Tá tudo bem? / Tá tudo beleza, não tem problema nenhum –. Lá, de vez em quando, se encontrar uma alteração: – Ah, precisamos encaminhar por isso –. Mas são pacientes que tem 87% de assiduidade, não é um problema...*

*(...) É por isso que eu converso com os alunos lá. Na Ginecologia, lógico, a gente sabe quais são os motivos de consulta ginecológica, mas eu nunca sei o que vem na próxima consulta ginecológica. Na Obstetrícia não. Na Obstetrícia é a mesma coisa, não muda. É tudo aquilo ali. É tudo normal. Ninguém tem queixa, ninguém tem nada, O máximo que tem lá é a paciente que engordou 4 quilos no mês e quer dizer que não comeu, e aí você: – Ah, não comeu? Eu não estou entendendo... –. Quer dizer, é a negação. Mas na Ginecologia você não sabe o que é a próxima consulta.*

*(...) Lá na minha unidade eu tenho uma paciente, a dona Inês, que é uma paciente que a cada 15, 20 dias, está lá e com uma queixa diferente. E o pior da paciente é que quando você vai ver, sempre tem alguma coisa. E aí a gente descobriu, depois de tanto ela insistir para fazer isso e aquilo, descobrimos Síndrome de Job nela. (Dr. Armando)*

Parece, portanto, que como no atual período histórico o critério de aferição do caráter reflexivo e difícil da prática não pode mais estar associado às idéias de “grandes diagnósticos” ou “grandes intervenções”, há de se buscar a satisfação da prática em algum lugar perdido. Quando a idéia de *cura* transmuta-se na de *resolução*, mesmo que “menores”, restará satisfação para muitos na possibilidade de uma prática cotidiana permeada por maior número possível de “resoluções” anatomofisiologicamente diferentes. Afinal, segundo esses pressupostos, nada menos difícil em termos reflexivos do que olhar sempre a mesma doença todos os dias. Vejam que não dissemos “olhar sempre o mesmo

caso”, mas a “mesma doença”. O que temos aqui é expressão da redução do raciocínio clínico a sua dimensão estritamente anatomofisiológica.

Por outro lado, dado o aprofundamento progressivo do caráter técnico-científico padronizante da medicina a idéia de *resolução* também se consolida muito relacionada à de correta aplicação da técnica. O movimento que ao nível das representações dos usuários expressa-se na transição do médico “salvador” para o “reparador permanente”, ao nível das representações dos profissionais evidencia-se na transformação do trabalho médico outrora guiado por uma “ética da salvação” para o trabalho atualmente guiado por aquilo que Schraiber (2008) qualificou como uma ética pautada no *virtuosismo técnico*. Essas resoluções obtidas através do agir mais padronizado também podem em algumas situações, se constituírem como fontes de realização pessoal/profissional quando propiciam, por exemplo, o alcance de “feitos” que, de outra forma, exigiriam alto grau de dificuldade e desgaste sem tantas garantias de sucesso. Assim, a correta aplicação técnica da rotina ou protocolo, propiciando, por exemplo, “salvar” rapidamente um caso agudo, sem a angústia e as vicissitudes próprias do agir mais reflexivo, mais artesanal, constituem-se também, por vezes, como fontes de realização.

#### **5.4 O Momento Clínico e suas transformações: a tensão entre a tendência fragmentadora-instrumentalizante e a necessidade do cuidado**

Ao mesmo tempo, também transparecem nos relatos exemplos de que quando o critério de exigência reflexiva por parte do médico não se encontra restrito ao raciocínio clínico de base anatomofisiológica a esfera da assistência “de rotina” pode se apresentar como uma das difíceis para o médico. Nessa esfera são outros os desafios postos, sendo que

as exigências em termos de esforço reflexivo e dedicação por parte do médico podem apresentar-se significativamente maiores em relação à assistência na forma de “resolução” dos casos pontuais. Aqui, a prática médica cotidiana é obrigada a reinventar-se “rotineiramente”, apesar da condição clínico-biológica já bastante conhecida, o que exigirá do médico esforços outros. Nesse caso, a centralidade do caso pode até vir a ser o paciente-usuário em sua constituição concreto-singular, o que não abole mesmo nessa dimensão as homogeneizações em razão de determinações sociais e biológicas comuns dos diferentes “casos”. Estabelece-se uma tensão permanente entre condutas gerais e singulares, onde o esforço reflexivo é exigido em outras dimensões, mais discursivas e dialógicas, seja de caráter mais normativo, seja mais “educativo”. Aqui, as dificuldades, muitas vezes, são de outra natureza técnico-operatória, ou seja, não estão relacionadas à melhor capacidade em estabelecer diagnósticos e terapêuticas “tecnicamente corretos”, senão em convencer o outro a compartilhar de tais projetos.

*Olha, primeiro, na doença crônica, acho que a forma de pensar, a ideologia dominante... é melhor aquilo que dá menos trabalho. Então, tudo que dá trabalho... a ideologia, toda a propaganda que você tem é como se tudo fosse muito fácil. E que a gente pudesse ter tudo, sem muito esforço. Se for ver é isso. Se ficar o dia inteiro vendo televisão você vai ver que essa é a propaganda... tudo do melhor, como se isso fosse possível. Como se você fosse atingir isso, como se tivesse essa possibilidade. Então, quando as coisas exigem muito esforço, e a doença crônica é difícil, é difícil mesmo... o diabético, se ele não se cuidar, ele está perdido mesmo. Não tem escapatória. Não é uma coisa que você faz uma vez, é a vida, é você aceitar a situação. Você partir da sua situação real para você mudar. E essa aceitação é um troço difícil.*

*(...) imagine o diabético, que tem que fazer dieta, tem limitação, tem que fazer exercício, tem que tomar remédio, tem que ter uma vida regrada. Não tem jeito. A mesma coisa hipertenso. Hipertenso pior ainda, porque o hipertenso não sente nada. Ele não sente nada e tem que fazer dieta, tem que tomar remédio. Se ponha no lugar... uma doença que às vezes o cara só descobre quando já tem conseqüências. Quando ele não tem nada, ele não sente coisa nenhuma e tem que se cuidar. Então eu acho que esse é o problema, de você entender que você está doente, que você não tem escapatória. Acho que, pelo que eu tenho visto, acompanhado, tenho vivido nesses anos de clínica, trabalhando no serviço público... poxa... cada dia, e mesmo no convênio, mesmo no particular, uma falta de preocupação... O médico se entende ainda um pouco como um deus. Ele é o dono, ele decide e nem conversa com os outros. Como se ele fosse decidir, e como*

*se a participação do doente não fosse fundamental. Então, aí não tem jeito mesmo. Como é que o doente vai assumir se ele não tem nem informação, não existe a preocupação de você transmitir a informação. (Dr. Marcos)*

*Hoje em dia é bem menos. Graças a Deus, hoje em dia só internam e só morrem os pacientes que não tratam direito, seja porque não tratam direito, seja... um pecado – que são aqueles que ainda sobrevivem, daquele tempo que o tratamento era... hoje a gente olha para trás e diz que é errado, mas na época era o certo, era o que tinha. Foram criando resistência, mas esses são poucos.*

*Então, realmente, a grande maioria dos pacientes que internam e morrem são aqueles que não tratam direito, de jeito nenhum; não conseguem ter adesão ao tratamento porque no fundo não conseguem aceitar que tem HIV. Como é que vão aceitar o remédio? A gente vê isso: paciente que não tolera remédio nenhum. Não tolera o HIV na verdade, porque é impossível você não tolerar remédio nenhum, não é?*

*(...) A gente estava falando da adesão. Isso realmente é a grande dificuldade. Houve uma época em que a gente podia até interromper. – O paciente está bem, começou a tratar, não sei o que, vamos interromper –. Mas os últimos trabalhos mostraram que não, que você não deve interromper porque há um risco maior de AIDS ou morte. Claro que na aids... o que é bom de trabalhar com AIDS é que é muito estudado e é muito dinâmico. Então apesar de em certos momentos você ter que se desdizer, o paciente entende. Você explica para ele: – Olha, AIDS é assim, assim e assado –. Eu explico o que pode mudar. – Agora abriu-se essa perspectiva: vamos fazer isso, vamos fazer aquilo. Mas por enquanto não pode parar. Pode ser que depois... –. Então eu digo para eles que o tratamento é para sempre, por enquanto. Tem essa... E aí claro que a gente vai ter dificuldades. Eles dizem: – Ah, eu não agüento mais tomar –. Têm outros que dizem: – Eu não tomo final de semana –. A gente tem que procurar orientar bem e dizer: – Olha, não existe final de semana e feriado, não interessa se bebeu e não interessa se está gripado. Tem que tomar o remédio –. E eu procuro deixar muito à vontade em termos de efeitos colaterais, mas mesmo assim tem paciente que faz de conta que não ouviu, que é aquela história de não aceitar.*

*Então se eu começo um tratamento ou troco a medicação, eu digo: – Você vai voltar daqui a um mês, só que se der algum problema, venha, porque ninguém é doido de ficar tomando um remédio que faz mal, até completar um mês; seja lá ou seja aqui, não interessa. Pode vir e falar. É uma reação adversa –. Mas a pessoa às vezes cansa de tomar o remédio. É muito complicado. Isso que eu te falei: grosso modo, eles vêm a cada 4 meses, mas tem paciente que eu mando vir todo o mês, porque senão... sabe? Você precisa dar aquele reforço pelo menos durante um tempo. É a grande complicação.*

*E explicar para eles. A gente procura explicar que não é, vamos dizer... A hipertensão, por exemplo, o cara pára de tomar o remédio, mas depois volta. Eu digo: – Você pode ter até um derrame, mas você volta a tomar o remédio, a pressão normaliza. Agora, o HIV é um ser vivo. Ele cria resistência e acabou! Então você não pode brincar com HIV, não sei o que –. Mas, infelizmente, tem alguns que só aprendem quando fazem uma infecção oportunista. Faz uma infecção oportunista e aí começa a tomar o remédio; e têm outros que nem assim. É o problema da adesão, que é o grande problema de toda doença crônica.*

*(...) Mas eu acho que é basicamente você procurar entender e estar à disposição do paciente. Dizer: – Olha, qualquer coisa venha falar comigo –. Encaminhar para grupo, ou o que seja, porque não é fácil você tomar remédio a vida inteira. Agora, eu acho que a pessoa tem que ser um pouco pragmática na vida. Eu sou um pouco pragmática, sabe, e eu digo para eles: – Você pode vir aqui consultar só para consultar, se quiser, mas você tem que tomar o remédio –. Concordo que é um saco tomar remédio todo santo dia, mas tem que tomar! Qual é a opção? Eles*

*reclamam: – Ah, o remédio hoje em dia...–. Com razão, não é? – Hoje em dia o remédio lipoatrofia, faz isso, faz aquilo –. Eu digo: – Mas a AIDS também faz. É que vocês não pegaram a fase da AIDS fazendo isso. A AIDS fazia a mesma coisa, só que em doente. Claro que não é agradável, mas vamos tentar minimizar isso; só que não é motivo para não fazer porque você vai ficar assim de qualquer maneira –. (Dra. Marina)*

Por toda essa complexidade operatória que encerra, o cuidado em relação aos usuários em condições crônicas de sofrimento exige certas condições de exercício da prática que estão cada vez menos disponíveis para os médicos, visto que se chocam com as tendências contemporâneas de socialização do trabalho médico sob as diretrizes de gestão produtiva institucional. A organização crescente dos processos assistenciais em saúde sob a dinâmica empresarial, seja na área privada ou pública, tendem a restringir progressivamente o tempo de contato entre profissional e usuário, entendendo-o cada vez mais como “poro improdutivo” a ser superado pela organização produtiva pautada na assistência sob a forma de atos-procedimentos (Campos, 1992; Merhy, 2000).

Esse contexto colabora para esvaziar o espaço do “cuidado contínuo” de talvez sua principal característica operatória, qual seja: o tempo e o grau de autonomia técnica necessários para a “compatibilização” entre os objetivos/diretrizes da biomedicina e os limites postos pela realidade concreta de cada caso clínico. Desse modo, transfere-se para esse espaço a dinâmica própria dos atendimentos de casos agudos, típicas de pronto-atendimentos, conhecidos pejorativamente como “consulta”, em função de sua centralidade operatória no modelo de queixa-conduta (Mendes-Gonçalves, 1994).

Esse processo parece colaborar sobremaneira para o aumento da frustração e insatisfação dos profissionais com o pouco êxito técnico possível de ser obtido em tais condições.

*É, eu pessoalmente só atendia HIV-AIDS. Basicamente lá tem dois médicos que atendem hepatite. Que os outros quatro só atendem HIV-AIDS. Então lá tem algumas coisas excepcionais. Primeiro que eu tenho meia hora para atender cada paciente. Entre pacientes novos e pacientes de retorno. Então, é absolutamente tranqüilo. Se eu precisar ficar uma hora com um paciente, uma hora e meia... a primeira consulta lá é uma hora, uma hora e quinze, uma hora e meia. Você recebe o cara... alguns que foram atendidos por um colega que era absolutamente filho da mãe... que nem para explicar para o paciente... que simplesmente encaminha, não dá uma explicação, não faz nada... O cara chega lá, imagine, o cara chega com HIV achando que está... AIDS no começo era muito pior, agora melhorou um pouquinho. O cara chegava lá apavorado. Imaginando que ele ia morrer, que ele já estava se preparando para a morte. Mas você tinha então... você tinha consulta... o tempo de consulta nunca foi problema. Então, você podia fazer um trabalho de ouvir o paciente, de mostrar para ele qual era a situação dele, o que acontecia, o que podia acontecer. Mostrar para ele que não era mais o terror, que não ia morrer amanhã, que muitas vezes nem ia tomar remédio, entendeu. Os pacientes que não tinham... no internamento, que foi um diagnóstico de um banco de sangue, um diagnóstico no posto...*

*(...) O cara não... Mais, porque na realidade o tempo que você tem para tirar história e examinar é tão pouco... pensa... você vai trabalhar 4 horas, tem caras que agendam 16 consultas. Então, nem um tempo você tem. Pelo menos 15 minutos, depois de 2 horas de trabalho você tem que ter. E isso você vai fazer mesmo, porque ninguém agüenta trabalhar 4 horas sem parar. Então, você ainda vai fazer um intervalinho, então, isso daí já diminuiu, você já diluiu... você já tirou um minuto de cada consulta. Já caiu para 14. Pô, mas ainda você tem o tempo que você demora... a saída do paciente e a entrada do paciente. Então, vai chegando a um ponto que você vai ficar com... sua consulta é no máximo 10 minutos. Não é verdade? Então, com 10 minutos, se for um caso que você já conhece às vezes dá para fazer, mas às vezes são casos que não dá para você fazer. Lá no ambulatório, por exemplo, de HIV-AIDS, é fogo, porque o cara tem que estar convencido que tem que tomar o remédio. E é remédio para a vida toda. Poxa, então não dá para você fazer isso em 10 minutos. Para você garantir a adesão.*

*Da mesma forma, não dá para fazer uma consulta com uma gestante se você tiver como objetivo - qual era meu objetivo quando atendia gestantes? - que ela vá tranqüila para o parto, e que ela amamente 6 meses, no mínimo 4 meses. Porque se eu não conseguisse, se o resultado do meu programa de gestantes não for a gestante amamentando o nenê, e levando mensalmente a criança no posto, até pelo menos os 6 meses, eu não atingi meu objetivo. Não tem jeito você fazer isso em 10 minutos.*

*(...) E a consulta... você ter tempo disponível para conversar com o paciente. Para informar o paciente, para que possa ser o sujeito do seu próprio tratamento. Eu não acredito que você possa, com uma doença crônica, que tenha resultado, a não ser nessa situação.*

*(...) a minha grande satisfação era essa... na consulta... quando estou consultando, está tudo muito bem e você não ter que brigar para poder fazer as coisas direito. Para poder dedicar ao paciente o tempo necessário. Hoje o esquema não é esse, hoje o esquema que te dão, especialmente no serviço público é de você fazer tudo rapidinho, ser um despachador de doente. (Dr. Marcos)*

Importante ressaltar, como discutimos no capítulo dois, que é componente da clínica, como tecnologia estruturante da prática médica moderna, essa característica operatória de “compatibilização” entre a homogeneização própria das ciências médicas e as

singularidades dos casos concretos. Independente da assistência a condições agudas ou crônicas é a esse movimento que o médico procede quando do diagnóstico e da terapêutica. O que parece acontecer, no entanto, é que a medicina em sua fase tecnológica, com as novas organizações produtivas e mercantis, o aprofundamento da divisão técnica do trabalho, além da centralidade que passam a ocupar as intervenções na forma de procedimentos, muitas vezes equipamento-centradas, tem caminhado muito mais para o predomínio da homogeneização científica crescente da intervenção em detrimento da atenção às singularidades que “humanizam” cada caso (Dalmaso, 2000). Essas características parecem conformar uma “nova clínica”, mais instrumental e menos dialógica. As aspas aqui têm o papel de expressar a ausência de transformações de cunho epistemológico desse novo operar médico em relação ao predominante em tempos de medicina liberal.

Se no caso da assistência às condições agudas de sofrimento tal movimento ainda consegue realizar-se sem grandes conflitos explícitos, no caso da assistência às condições crônicas tal realização é praticamente impossível. Essa “não realização” se expressa concretamente na diminuição do êxito técnico da intervenção médica além, evidentemente, da redução do seu grau de sucesso prático. Nesse sentido, não é por acaso a satisfação maior com as práticas “curativas”. Parece ser aqui o espaço em que o médico ainda vislumbra algum resultado de suas intervenções.

O espaço do cuidado às condições crônicas parece constituir-se, assim, no espaço mais necessitador da “velha clínica” não mais possível; esta se encontra cada vez mais tensionada e constrangida pelas novas relações sociais e produtivas às quais se encontra subsumido o trabalho médico.

Essa “nova clínica”, em período histórico de predomínio de outros perfis epidemiológicos, não se pode guiar pela idéia de *cura* como critério de avaliação do resultado da intervenção médica. Em seu lugar, como vimos, consolida-se então a idéia de *resolução* como parâmetro técnico.

*O agradável da profissão é você dar solução ao caso que te é apresentado. É você solucionar uma situação que afeta a vida pela doença, é conduzir o caso até a cura ou a melhora, o mais possível de melhora que se possa dar. A satisfação que o médico tem é no resultado, na melhora do quadro do paciente, ou cura ou melhora. Porque há doenças curáveis e há aquelas que são crônicas, são tratáveis, não levam a óbito, levam a cronicidade. E tratar um doente crônico não é muito agradável...*

*Você me perguntou o que é agradável na profissão. É dar solução a um caso, que você obtenha a cura da enfermidade que você está tratando. Isso dá uma satisfação muito grande. Agora, há casos que você sabe que você não cura. A doença vai para a cronicidade. Aí você fica compromissado com a doença, com o doente e com a doença que ele tem, que é crônica e que vai arrastar pelo resto da vida. Podem ser doenças crônicas ou degenerativas e progressivas. Aí você se torna um médico permanente, você não cura, você não dá alta, não finaliza. Isso incomoda.*

*Essa é uma parte desagradável. Outra das doenças incuráveis que você apenas dá o apoio, trata as complicações, você cuida mais da sobrevivência da pessoa, como é o caso da oncologia, as doenças oncológicas. Você em algumas cura, são poucas, em outras você aumenta a sobrevivência da pessoa. Isso é frustrante para o médico. Gostoso é aquilo que você pode curar, que você cura. Parte da cura é você conhecer a doença e saber que intervindo você evita as complicações que levam ao óbito. É o caso da gripe. Não é a gripe em si que mata, mas a falta de cuidado que traz as complicações que levam ao óbito. Então, acho que o bom de você fazer é uma medicina preventiva. Você é procurado para atender uma doença já instalada, uma suposta doença instalada. E aí teu trabalho gratificante é você fazer a prevenção. Cura o doente e faz a prevenção dos comunicantes, a família. Uma doença infecciosa em um indivíduo, o agradável da coisa é você evitar que aquilo se propague, no ambiente, na família...*

*Agora, a medicina é muito mais frustrante do que prazerosa. É, para quem tem uma consciência das coisas, acho que é, sim. Mesmo porque você não tem condições de seguir o paciente... o paciente não fica permanentemente ligado a você... Você o vê nas fases agudas e depois quase sempre perde o contato. Às vezes ele volta de vez em quando... Mas no geral... na briga entre a vida e a morte o médico quase sempre perde. (Dr. Luiz)*

*Chega lá está com alteração endometrial, está com tumor de ovário. Então você tomou uma atitude, fez uma boa conduta e você resolveu o problema. Você vai resolver o problema da paciente mais facilmente.*

*Então o que dá satisfação é você resolver o problema do seu paciente, seja ele o diagnóstico de um câncer ou uma coisa meio fajuta. Mas a conduta que você tomou ajudou aquela pessoa. Isso que é o satisfatório. A resolução. (Dr. Armando)*

Interessante perceber como essa idéia – a *(re)solução* – não se contrapõe epistemologicamente à concepção outrora predominante de *cura*, senão a “tecnifica”, assim como epistemologicamente não existe diferença entre as condições agudas e as crônicas, ao nível anatomofisiológico. Ao que parece essa “nova clínica” realiza um movimento de adaptação da idéia de cura para um conceito que agora pode servir de guia às intervenções médicas várias, inclusive sobre doenças crônicas, sob a forma de operações pontuais, e mais instrumentais, mesmo quando as condições de sofrimento exigem o cuidado mais contínuo e personalizado. Nesse sentido, justificam-se tecnicamente intervenções pontuais, descontínuas e homogeneizantes em condições que exigiriam o cuidado mais contínuo e integral.

Sob as condições atuais em que se realiza essa “nova clínica”, portanto, a assistência possível aos pacientes-usuários em condições crônicas de sofrimento aparece para muitos médicos na forma de várias intervenções fragmentadas e descontínuas, intervenções que têm como objetivo re-solucionar a cada novo encontro um problema/queixa. E será essa “(re)solução” que buscarão muitos médicos. Destarte, o cuidado aos pacientes-usuários em condições crônicas de sofrimento adquirirá a forma de assistência prestada em várias condições agudas isoladas, só que “encadeadas” e trazidas pelo mesmo sujeito. Desse modo “agudiza-se” a assistência às condições crônicas. A satisfação, portanto, para os médicos atuais estará bastante relacionada a esse ideário de resolução dos casos.

Concorre, no entanto, com essa busca da “resolução” outro ideário cujos parâmetros-guias mostram-se mais ampliados e próximos da complexidade que encerra essa forma de assistência. Embora o objetivo continue sendo a busca prioritária, e quase exclusiva, do êxito técnico, este se traduz mais na idéia de “controle” e “manutenção” de condições compatíveis com os parâmetros relativos às padronizações biomédicas.

(...) Então, onde você vê um pessoal bem, tendo vida normal, entendendo a importância de tomar o remédio, porque é chato você tomar remédio todo dia. Como eu tomo remédio todo dia eu sei muito bem que é chato. Tem dia que você... – o que eu estou fazendo aqui? –. Então você tem que se convencer. Então, esse trabalho de convencimento... isso daí foi o que sempre me deu maior satisfação, que a pessoa conseguisse entender e que assumisse ela mesma o tratamento. Isso vale para toda doença crônica, hipertensão, diabete... então sempre essa preocupação, porque se ele não entender, não tem jeito. Quer dizer... ou ele entende para ele assumir ou vai ter problema mesmo. Então, trabalhei muito com diabete, hipertensos e depois com HIV, então essa foi sempre a coisa que me deu mais satisfação, fazer esse trabalho. Que ele entenda e que ele possa assumir a situação. Então quando você vê um resultado que o pessoal fala... tinha muito assim: medicamentos que o pessoal já falava – não, não uso mais –, que no HIV a durabilidade do remédio ela está também ligada à barreira genética que ele tem. Se você tiver uma mutação do vírus, ele não vai funcionar mais. (...) outros que precisam de um pouquinho mais... precisam de 10 mutações para ele perder o remédio.

Então, eu tenho pacientes que tomam o remédio, esses de barreira genética baixa... estão há cinco, seis, sete anos... em média eles falam em cinco anos a duração de cada esquema. Têm pacientes que estão tomando o remédio há 7 anos, completando 8 anos com o mesmo remédio, e não é um número pequeno. Isso é uma coisa também que mostra que o seu trabalho deu resultado. Ele se convenceu, entendeu, se convenceu da importância de tomar o remédio direitinho, de ter adesão. E a mesma coisa com diabete. Ter 50% dos pacientes que não tomam remédio e tem o seu diabete controlado... isso é um resultado excelente. Você vê hoje, na maioria dos casos, você tem mais de 90% dos pacientes que toma remédio.

(...) quando eu voltei em 88, que fui atender de novo, ainda tinha isso. (...) Só para você ter uma noção, eu tinha mais ou menos entre 80 e 100 diabéticos. Tomavam insulina, um, que era um diabético magro. 50% dos meus diabéticos não tomavam medicamento, só controlavam com dieta e exercício. E o máximo de comprimidos... nós tínhamos daonil, glibenclamida e clorpropamida. Não tinha nenhum paciente que tomasse mais de uma glibenclamida por dia. E clorpropamida tinha um que tomava dois, que a base era um comprimido e você controlava. Tinha reunião todo mês, com todos eles, então tinha treinamento com eles, treinamento de dieta, então se organizavam. Você falava – oh, você vai pegar um copinho de tantas gramas de arroz, vai cozinhar o arroz e vai trazer aqui – outro trazia feijão, batata, e você ia lá ensinar como você conta as calorias para fazer dieta.

Hipertensão tinha um grupo que não tomava remédios. Aí eu volto... fiquei até 91, aí eu volto em 96 para o Cajurú. Daí já não chegava a 20% os pacientes que não tomavam remédio. Lá eram entre 80 e 100, ainda tinha 6, 7 que tomavam insulina. E dois Daonil... Daí em 2000 eu chego no São Paulo, lá no Uberaba, na minha área 120 diabéticos. Não tomavam remédio? Um. Que tinham começado o tratamento sem tomar remédio, três. De cara começavam a tomar remédio. Tinha mais de 30 pacientes que tomavam insulina. Um comprimido de glibenclamida? Eram dois, três, quatro, mais metformina... uma medicalização... um troço brutal, brutal. A dieta... nenhuma importância.

Então, você imagine, o pessoal da periferia tomando insulina, sem ter condições de fazer controle, o que tinha de hipoglicemia volta e meia lá...

(...) Então, acho que isso daí, esse negócio de você conseguir que o cara assuma a própria doença, é a coisa que me dá mais prazer. Quando tem esse resultado, eu acho que isso que é o fundamental. Que ele pode se controlar. A minha experiência como internista foi muito curta... os pacientes que você pega no hospital você trata e resolve o problema dele, tá? Na clínica geral, realmente você ter resultado,

*realmente o paciente se tratar, você diagnosticar, você estabelecer o tratamento e ter resultado. Daí acho que foi a coisa mais gratificante que tem na medicina. (Dr. Marcos)*

Essa nova realidade das necessidades sociais e epidemiológicas postas para o trabalho médico, como podemos ver, coloca desafios crescentes para seus agentes, desafios que talvez a maioria em razão da tendência progressivamente tecnicante e instrumentalizante da medicina tecnológica não esteja preparado/capacitado para lidar. Para alguns médicos, provavelmente, a fuga, o desprazer e a frustração com as práticas exigidas pelas novas necessidades de saúde podem expressar, em parte, essa incapacidade técnica-operatória de intervenções exitosas. Isso possivelmente transpareça de forma mais visível entre os médicos mais velhos, como é o caso da nossa amostra, dado que vivenciaram situações de exercício da prática onde essa incapacidade não se mostrava tão grande. Para os médicos mais novos, já formados em meio a todos os “empecilhos”, tanto “mais técnicos”, quanto “mais sociais”, que impedem a produção do cuidado de forma mais integral e “resolutiva”, a frustração, em relação a esse aspecto da prática, provavelmente não se apresenta de forma tão importante. Para esses, serão as condições de trabalho e assalariamento, possivelmente, as principais fontes de angústia, frustração e sofrimento.

Essa nova realidade pode, por outro lado, contraditoriamente criar uma possibilidade do resgate do momento clínico como espaço de criação, de produção de saberes, além de reprodutor de diretrizes cientificamente homogeneizantes. Esses saberes muitas vezes serão fruto da reflexão própria sobre suas práticas cotidianas, suas dificuldades, limites... Assim, há relatos de como a prática significada como conflituosa, rotineira e “monótona” por muitos, pode se apresentar, para alguns, como espaço potencial de aprendizado e criação de novas formas de intervenção, espaço de prática e reflexão

interdependentes. Em síntese: espaço de *práxis*, mesmo quando ainda tem como referencial para intervenção a quase restrição ao êxito técnico.

*Eu acho que tem que explicar bem o porquê que não pode parar. Eu acho que tem que tentar... A única maneira é você fazer com que o paciente entenda porque ele não pode parar de tomar remédio, porque ele tem que tomar.*

*E uma coisa que eu aprendi também é ser tolerante com o início do tratamento. Eu era muito incisiva. – Não, você tem que tratar! / – Ah, eu não quero tratar. / – Ah, então tchau –. Não. Tem que tratar. Há anos já isso. Eu mudei. Eu acho que a pessoa tem que estar pronta para tratar, então eu sou tolerante, eu procuro deixar a pessoa chegar no seu tempo e alguns eu até faço profilaxia para infecção oportunista enquanto resolve se trata ou não.*

*E a gente encaminha: – Vai num grupo terapêutico. Vai num grupo de portadores de HIV conversar, [trecho inaudível] –. O que tem de paciente, de pessoas, de grupos, dessas ONGs – pessoas assim, ativistas que morreram de AIDS porque não tomavam remédio, você não acredita! Ai meu Deus, era um terror!*

*(...) Eu só era mais rigorosa, mais chata no indicar tratamento. – Tem que tomar tal remédio. Tem que tomar não sei o que –. E aquilo talvez... porque é um Infecto, não é? E Infectologista não fica perguntando muito: – Você quer tratar da sua meningite? Você quer tomar remédio para o seu tétano? –. Você faz. – Vamos tratar e vamos fazer tal, tal, tal –.*

*E no início mesmo do HIV, se o paciente virava pra mim e dizia: – Eu não quero tratar –. Eu dizia: – Então sinto muito. Você vai acompanhar com outro médico, com um clínico, com um... –. Cansei de encaminhar para o homeopata que tem lá no ambulatório. Eu digo: – Olha, Hugo, agora é com você! Nunca toma remédio, fica... –.*

*E depois eu aprendi que não. Então o paciente... É vivência, não é? O paciente: – Eu não quero tomar, não sei o que –. Eu digo: – Está bom. Vamos então até onde der –. (Dra. Marina)*

As ciências médicas embasadoras das intervenções, como vimos, não contêm todas as respostas à grande parte das questões enfrentadas pelos médicos face à assistência aos portadores de condições crônicas de sofrimento. Portanto, não será nessa esfera muitas vezes que os médicos conseguirão elementos norteadores de práticas terapêuticas mais “eficazes”. Os saberes que os ajudarão aqui serão de outra natureza e, não raramente, chocar-se-ão com as diretrizes científicas biomédicas.

Não é novidade na prática médica esse espaço de criação, de produção de saberes. Como vimos em momento anterior desse trabalho, a medicina constitui-se justamente como unidade dessas polaridades *arte* (criação) e *ciência* (aplicação). O que acontece é que com o

advento da medicina tecnológica, com a especialização e o desenvolvimento fantástico dos instrumentos de trabalho (equipamentos e técnicas), a polaridade *ciência* passa a predominar crescentemente subordinando e restringindo progressivamente a polaridade *arte*. A homogeneização e padronização técnica crescentes tornam progressivamente menores os espaços de criação no interior da prática, restringindo-se o médico cada vez mais a um aplicador da ciência, sendo que o seu êxito passa a ser medido a partir da capacidade de melhor realizar tal transposição. Passam a ser raríssimos os relatos de momentos de criação no espaço do próprio trabalho, sendo que no início da medicina tecnológica os primeiros a serem abolidos foram os momentos de criação mais material, seja a (re)criação de uma antiga técnica cirúrgica ou a adaptação de um equipamento de trabalho para uma nova situação específica, por exemplo, situações relativamente comuns em tempos de medicina liberal. Mais recentemente os momentos de criação “menos materiais”, a produção de saberes práticos, modos de atuar, tendem a ser cada vez mais raros no espaço do trabalho em função da dinâmica “mecanicista” ao qual é impelido; os momentos de criação encontram-se agora cada vez mais restritos aos espaços de produção científica, a partir dos quais depois serão transpostos para a aplicação pelos médicos práticos.

O que parece é que essa nova realidade dos carecimentos em saúde coloca historicamente para a prática médica a necessidade da retomada pela arte do papel de centralidade que outrora já lhe pertenceu e do qual foi excluída progressivamente. Se parece cada vez mais certo, por um lado, que esse movimento esteja dado como necessidade, não é tão certo, por outro lado, que o mesmo esteja dado como possibilidade.

Conforma-se, assim, um quadro dramático com ares de ironia: no momento histórico em que as condições de sofrimento mais exigem a assistência médica sob a forma

de cuidado mais permanente, integral e contínuo, o trabalho médico sofre transformações que lhe “empurram” para a realização da prática de forma mecanizada, fragmentada e impessoal.

### **5.5 Determinações Sociais da Saúde-Doença e *Estranhamento***

Grande parte do *estranhamento* e insatisfação dos médicos com as práticas relativas às condições crônicas de sofrimento pode estar relacionada ao fato de que esse momento do cuidado contínuo também é onde o *social* irrompe o espaço da prática médica de forma mais impactante e menos “controlável” pelas padronizações biomédicas. Não estamos nos referindo aqui, veja-se bem, à possível dimensão mais fortemente determinante dos fatores extra-biológicos nas condições crônicas de sofrimento quando comparadas às condições atendidas como agudas. A determinação social dos processos de sofrimento apenas em parte relaciona-se às formas como a sociedade se organiza para abordá-las, ou seja, aos espaços de assistência à saúde ao qual cada condição é direcionada. Senão, vejamos. Quando um médico de pronto-atendimento atende uma vítima alcoolizada de acidente automobilístico ou uma mulher vítima de violência doméstica, por exemplo, ele geralmente se preocupa e intervém pontualmente sobre os ferimentos agudos, colaborando para a restituição do paciente-usuário, em maior ou menor grau, de volta à condição anterior ao acontecimento gerador da procura da assistência. A restituição à condição anterior ao desencadeamento da procura pode manter, e geralmente mantém, intacta a condição de vulnerabilidade em que aquele sujeito se encontra. Por seu lado, quando um médico em atendimento ambulatorial acompanha continuamente usuários em condição crônica de sofrimento, seja relacionada ao alcoolismo ou à violência, para manter os exemplos

anteriores, os “casos clínicos” que atende são determinados pela mesma ordem de relações sociais determinantes dos “casos” atendidos pontualmente no pronto-socorro. Embora os determinantes sociais apresentem-se tanto nas condições de sofrimento atendidas como “agudas” quanto naquelas atendidas sob circunstâncias mais “cronificadas”, não será em mesmo grau, quantitativo e qualitativo, o impacto de tal ordem de determinações sobre o agir médico. Para o médico assistente no pronto-atendimento, provavelmente será indiferente, em relação à sua conduta, se a fratura ocorreu em função de uma agressão violenta ou em função de uma queda de bicicleta...

Em parte tal diferença deve-se ao arranjo organizacional dos diferentes serviços de saúde. Como os serviços de pronto-atendimento não são próprios de acompanhamentos mais continuados, fica impossibilitado o seguimento de condições mais crônicas por estes profissionais. Geralmente, no entanto, esses serviços possuem mecanismos de vinculação com outras formas de assistência às quais os profissionais poderiam recorrer para ajudarem os usuários-pacientes a terem acesso a essa forma de cuidado mais contínuo.

O que parece ser mais determinante nesse processo de não disponibilização do cuidado, entretanto, parece ser o fato de que os médicos não consideram como parte dos objetivos de sua atividade a abordagem desses outros aspectos, ditos sociais. Voltaremos a esse ponto de forma detalhada mais a frente.

Fato é que o cuidado médico aos portadores de enfermidades crônicas, ou aos pacientes-usuários que necessitem de acompanhamento contínuo, parece ser o espaço onde o *social* irrompe mais fortemente não somente como determinante do sofrimento, mas também da prática. E isso, importante ressaltar, parece dever-se menos à vontade dos médicos do que a aspectos técnico-operatórios próprios do momento clínico. Aqui já não se

apresenta como suficiente para o alcance do êxito técnico, que predominantemente serve de guia à prática, engessar o membro fraturado e dar alta ao seu dono, por exemplo.

*Veja, eu tenho uma experiência mais ou menos boa nisso em relação a dor pélvica. A dor pélvica é uma coisa que é mais ou menos rotineira no consultório de ginecologia, então... E com o aluno, quando a gente conversa em aula, eu digo: – O essencial é você diferenciar a dor pélvica orgânica da dor pélvica psicossomática –. Isso é o mais difícil. E a partir do momento que você diferencia uma da outra, aí se tem uma dor orgânica, você vai... Daí, baseado numa anatomia topográfica você vai achar facilmente a causa da dor pélvica. Mas o problema é a dor psicossomática. Ela está somatizando toda a... ela está carregando para o teu consultório toda uma angústia, toda uma situação de vida e quer que você resolva. Então, a partir do momento que você faz o diagnóstico de uma dor psicossomática e tenta explicar para a paciente, nos termos que ela entende, que aquela dor é essa, é lógico que no momento inicial, ela: – Não, o senhor está mentindo. O senhor está me enganando. O meu problema não é esse –. Mas 90%, depois de 2 meses, volta: – Porque o senhor foi o único que falou a verdade –. e a verdade que ela sabia desde o começo. Ela sabia que era esse o problema, né? Você tornou aquilo uma... Você conscientizou para a paciente aquela situação, e a partir daí fica fácil resolver. Fácil, entre aspas. Fácil se ela quiser tomar atitude para resolver aquilo, mas a maioria não quer tomar atitude por fatores... a maioria relacionado com o relacionamento dela com o parceiro, tal. Então dificilmente vai ter solução. Mas ela sabe que você sabe que ela tem isso daí. [Risos] – Aquele médico sabe que o meu caso é isso aí. Eu não posso atuar sob ele, eu não posso manipular ele. Não tem condição de manipular ele –. Tentar jogar. Ele vai tentar conduzir. Ele está negando uma situação. Inconscientemente ele está achando outras explicações para isso daí. A partir do momento que você quebra isso: – Ôpa! Esse cara me pegou! Esse cara sabe o que eu tenho –. E o teu relacionamento passa a ser o relacionamento perfeito médico-paciente. Ela vai lá para se aconselhar do que pode fazer, tátátá. Não vai ficar mais fazendo exames, tomando remédio para tudo isso, porque não adianta nada. E alguns resolvem e outros não resolvem. Daí são outros quinhentos. E como tem! Putz! Isso aí... Em ginecologia isso aí é uma coisa importante, porque toda a situação de vida, situação estressante acaba influenciando lá, a nível cortical, a nível cerebral e a nível hipotalâmico, e isso vai causar alterações lá, liberação de endorfinas, de substâncias opióides e que vai acabando interferindo no eixo dela. Daí vai ser uma bagunça. Então esse entendimento tem que ter. Por isso que eu digo assim. Aquela minha vivência na... eu trago muito disso da vivência que eu tive lá naquele meu estágio de psiquiatria. Isso me ajudou muito. Aquilo ali, de ter feito psiquiatria, me ajudou muito no dia-a-dia; saber diferenciar uma coisa da outra a gente aprende. Isso aí... Passou a ser intuitiva essa diferenciação. (...) E como ele não foi treinado para isso daí, então esse tipo de paciente, entre aspas a gente chama de “písica” ou “tigre”. Por quê? Porque essa paciente está jogando para ele que vai morrer e ele não sabe daquilo, né? Então ele que passa a agredir ela. Não é a paciente que agride, é ele que passa a agredi-la, porque ele não sabe se comportar diante daquela situação. Ele não foi treinado para ver aquele tipo de situação. Da formação. Não viu a paciente como um todo, ele vê a paciente como um órgão. – Então o meu órgão aqui é o coração –só o coração. O meu órgão aqui é o útero – então só o útero dela –. Ele não está vendo a paciente na sua integralidade, tanto física, emocional. Isso eu falei. Espiritual, muitas vezes.*

*E espiritual também acaba meio atrapalhando. Não atrapalhando, acaba interferindo naquela consulta que ela possa ter.*

*Eu tive uma paciente, por exemplo, com 16 anos de idade, que foi levada pela mãe, com amenorréia fazia uns 4, 5 meses. E sempre a mãe junto com a paciente. Eu pedia para sair para ilustrar, para conversar com a adolescente, mas a mãe sempre se negava. Tudo bem. Fiz a investigação para amenorréia, a paciente – já dito pela mãe e pela paciente que era virgem; e na investigação da amenorréia, descobriu-se que ela estava com a prolactina lá em cima. Pô, mas não estava tomando medicamento. Pra toda a indicação de prolactina elevada, tátátá... não se achava o caso.*

*Um dia a menina foi lá sozinha no consultório. Opa! – A prolactina está assim, está aumentada e isso que está provocando a sua falta de menstruação. A prolactina pode ser consequência de algum medicamento assim, assim, assim. Pode ser consequência de manipulação, tal. Você não manipula não? / – Ah, doutor, eu vou falar a verdade. Todo o dia eu me masturbo umas 5, 6 vezes e fico manipulando o mamilo –. Resolvido o problema, certo! E escondido porque era uma família evangélica, altamente religiosa, que proibia um monte de coisa, mas a menina lá no seu momento de... quando estava sozinha lá, ela descarregava dessa forma, atrapalhando meu diagnóstico. [Riso] E quando estava com a mãe, não dizia nada. Não ia descobrir nunca! Ela ia negar sempre. Mas tudo tem uma explicação. Tudo na vida tem uma explicação, lógico. (Dr. Armando)*

*Então, se você vai ver, entre pacientes com HIV, primeiro, você tem um percentual de drogadição, e a drogadição ela já tem uma componente de dificuldade. Quem é drogadito ele já tem alguma dificuldade, algum problema de aceitação da situação. Então isso daí já é um número... hoje está em torno de 25% dos pacientes HIV que são drogaditos. Segundo, são aqueles que têm a concepção de que a doença é um castigo. E que não aceitam a doença, sendo que é uma doença onde existe muito preconceito, e a própria pessoa, e um grande número de pacientes, eles mesmos tem preconceito. Então é difícil aceitar. E muitas pessoas estão naquela situação – eu não fiz coisa nenhuma, não fiz absolutamente nada para ficar doente –. Então, você aceitar a situação, a aceitação da situação... porque não tem escapatória, não tem volta. O negócio aconteceu, está acontecendo... – ou eu assumo e vou para frente... –, mas tem gente que não consegue fazer isso, então aí não tem jeito. Diz para você que faz as coisas direito, mas se você for na casa dele você vai encontrar um monte de remédios que ele pegou.. está tudo lá. Então é um problema.*

*(...) essa visão preconceituosa, o paciente mesmo tem essa visão, ele tem preconceito, entendeu, ele tem preconceito contra a doença, então não consegue se tratar. Tem alguns casos que dão um trabalho... é isso, tem que se convencer, mas o cara tem um bruto preconceito, como que ele vai aceitar? – eu? Eu estou com isso? –. E as mulheres casadas que pegaram do marido? E ela fala – nunca fiz nada, sempre fui uma boa esposa, nunca tive nenhuma relação, e o filho da mãe dele me passa isso... –, aí se ela tem preconceito, nossa, porque imagina... – achava que era o fim do mundo e acontece comigo! Sem eu ter feito nada –.*

*Se ela for religiosa então... Então, esse negócio que a gente tem, de achar que com a gente nunca vai acontecer, isso aí é muito comum.*

*E essa questão da vida ilusória, de você estar sempre querendo viver uma vida que não é a sua. Porque a mídia faz muito isso. Então a aceitação da realidade como ela é, como ponto de partida para você mudar as coisas, isso é uma coisa que tem uma influência fundamental. E qual a visão que nós temos? Qual a ideologia? Que você vai melhorar de vida, que tudo vai melhorar, que você vai poder ser igual aos outros. E é uma coisa que não vai acontecer nunca. Então isso é uma frustração, o cara não consegue, e depois de uma situação dessas, o cara aceitar a situação é mais difícil ainda. Então tem isso... o início do tratamento, especialmente no HIV é complicado. Você tem que ter tempo, tem que ter sensibilidade para perceber que o paciente... E os colegas são filhos da mãe... tem um bando que nem te conto! Não*

*foram poucos os casos que eu recebi, que o cara descobriu no internamento, ficou internado, fizeram o diagnóstico e o cara nem falou... nem explicou para ele o que tinha. Só mandou ir lá na 'infecto'. (Dr. Marcos)*

*Felizmente ninguém morre mais. E é verdade! Quem que interna e quem morre? Aqueles pacientes que tem sérios problemas para conseguir fazer o tratamento; geralmente problema psicológico, social e às vezes as duas coisas juntas – não tem onde morar, usa droga, não consegue aceitar a doença, daí ele não trata direito, acaba adoecendo e morre. E aquele que acha que não tem, que descobre quando está com uma doença oportunista grave. Fora isso, o resto vai indo, não é? Felizmente. Mas daí os consultórios enchem. A fila aumenta, exatamente. A fila não anda, a fila fica ali, só aumenta. É engraçado. Felizmente, não é? Já é alguma coisa.*

*(...) Porque hoje em dia o HIV, isso qualquer doença, mas o HIV não tem mais aquela história. Você até consegue, você explica e o paciente acaba entendendo que é uma doença crônica. Mas o HIV, a maneira de adquirir o HIV é complicada, não é? Adquiriu porque transou, porque pulou a cerca, porque traiu, porque fez isso, porque fez aquilo.*

*Às vezes você vê histórias horrendas, a pessoa sofre e você sofre também. Eu, que estou numa fase chorona, tenho que fazer a maior força para não chorar! Não tem graça o paciente chorando e o médico se debulhando também! [Risos] O paciente vai pensar que está morto! São histórias horrorosas: a mulher adquiriu, o filho adquiriu e o marido não sei o que, e ela não pode separar porque não tem dinheiro. Olha! Essas histórias de sofrimento são complicadas! É sofrimento, não é? E você... quer queira, quer não, eu não vou pra casa e fico pensando nisso, mas é uma coisa que te abala também; você fica triste pela pessoa. Se você não tem empatia, você não é um bom médico, então alguma tristeza você vai ter também. (Dra. Marina)*

Um dos fatores que parece criar uma relação de *estranhamento* e conseqüente insatisfação dos médicos em relação à esfera dos seguimentos crônicos é que aqui o médico tem que incorporar em maior grau o *social* como constituinte de seu operar a fim de torná-lo exitoso, processo cada vez mais caro a esses profissionais em razão da “tecnificação” crescente da medicina como tentativa de “abolir” os aspectos extra-biológicos do interior da prática. Assim, ao mesmo tempo em que os médicos mais necessitam incorporar os aspectos extra-biológicos em seu operar, menos instrumentos a biomedicina lhes fornece.

A insatisfação em relação às práticas que exigem acompanhamento mais contínuo, como as crônico-degenerativas, nos traz à discussão, portanto, um processo bastante

importante pelo qual tem passado o trabalho médico na atualidade, qual seja: o movimento de *estranhamento* dos médicos em relação aos determinantes psicossociais do adoecimento.

O interessante é perceber que tal processo se desenvolve justamente em um período histórico em que diversos estudos demonstram que as demandas relacionadas a sofrimentos e queixas de origem mais psíquica, e menos orgânica, torna-se uma das principais, senão a principal, causa de procura por serviços de saúde no Brasil e no mundo (Who, 2001; Lacerda, Valla, 2004)

Uma importante contribuição de Foucault (1984, 1994) para o campo do estudo da medicina e das práticas de saúde foi o resgate da idéia da medicina de base clínica, individual, como também uma *medicina social*. Dizemos também porque há outras apresentações das práticas de saúde, hegemônicas antigamente sob os auspícios da medicina, que já possuíam seu caráter *social* mais facilmente discernível. Estamos nos referindo às intervenções de caráter mais coletivo, como a polícia médica alemã e a medicina social francesa, por exemplo, antecedentes das várias formas de “higienismos” e “sanitarismos” que as seguiram. O que o pensador francês fez foi demonstrar o quanto a intervenção médica sobre os corpos privados dos indivíduos respondia também a determinantes sociais vários relacionados aos mecanismos e estratégias de poder e reprodução próprios da socialidade existente. Essa contribuição foi tão importante que se tornou referência central para boa parte dos autores da medicina social latino-americana e brasileira a partir da década de 1970, movimento que depois desaguarda contribuindo para a constituição do campo da saúde coletiva no Brasil (Donnangelo, 1976; Mendes-Gonçalves, 1979; Costa, 1979; Schraiber, 1989; Arouca, 2003).

Uma das dimensões sob a qual se constitui esse caráter social da medicina privada refere-se à construção da clínica moderna como tecnologia estruturante da prática médica.

Aqui é importante ressaltar além do aspecto mais científico da clínica – sua definição a partir dos pressupostos científicos da anatomopatologia – sua dimensão tecnológico-operatória. A clínica configura-se essencialmente como saber operante através do qual o médico aborda o sofrimento socialmente determinado trazido pelo doente e o traduz para o mundo compreendido como “neutro” e “científico” da nosologia médica, o que significa dizer que o médico busca localizar o sofrimento na forma de irregularidades anatomofisiológicas tendo como guia a clínica (Mendes-Gonçalves, 1979, 1994). O doente trará ao médico seu sofrimento da forma como lhe aflige e da forma como o sente. Caberá ao médico apreendê-lo, “dissecá-lo”, classificá-lo a fim de projetar a terapêutica. Por isso se dirá que são diferentes a doença do doente e a doença do médico.

Essa perspicácia em apreender o sofrimento do paciente, através da propedêutica, o médico moderno herdará somente em parte da medicina grega e do físico medieval, dado o rearranjo da antiga semiologia de base observadora-expectante para a semiologia moderna na forma de inquérito-intervenção (Nogueira, 1977; Mendes-Gonçalves, 1979; Foucault, 1984).

Portanto, desde sua constituição a medicina moderna tem dentre suas atribuições a abordagem do doente tal como esse lhe surge à frente. Como sabemos, assim como os físicos advindos da idade média, os médicos modernos que se conformam sob o capitalismo até meados do século XX possuem como seu objeto de intervenção o corpo orgânico em suas mais diversas interações. Embora a psiquiatria, por exemplo, aproprie-se progressivamente do aspecto mental do adoecimento, ela o faz inicialmente, como vimos, naqueles casos “mais clássicos”, “mais graves”. O médico-artesão ainda possuía como sua prerrogativa a intervenção sobre os demais aspectos psicossociais do adoecimento, visto que seu lócus de atuação incluía praticamente todas as queixas e necessidades trazidas

pelos pacientes. São tempos do clínico-generalista, pequeno produtor isolado, referência para os indivíduos na intervenção em praticamente todos os obstáculos no “andar a vida”. Tempos do médico “acolhedor”, conselheiro pessoal e familiar, referência para indivíduos e comunidades para as mais diversas questões cotidianas.

Com o advento da medicina tecnológica e o aprofundamento da divisão técnica internamente ao trabalho em saúde, como vimos, os médicos passam a restringir progressivamente seus objetos de atuação. Nessa reconfiguração da prática, além de passarem a se dedicar a um número menor de condições de adoecimento, relacionadas à especialidade em que atuam, passam progressivamente a ter restringida a capacidade de intervir nessa complexa área dos “aspectos psicossociais” do adoecimento. Esses aspectos incluem desde as representações e expectativas dos indivíduos em relação às suas patologias, passando pelas implicações psicossociais do adoecer, até a grande frequência das determinações não orgânicas sobre os quadros cotidianamente atendidos nos serviços de saúde.

*Eu vejo que eles não estão lidando com isso. Essa que é a tristeza porque qualquer doença, vamos dizer, doença diagnosticada como doença, hoje em dia uma alteração do comportamento já é uma doença social, é uma doença, produz uma doença. Tanto os estados de stress, dependendo das condições de vida pode gerar doença. Pode gerar doença séria. Hipertensão, por exemplo. É muito comum você ver crises hipertensivas em função do estado estressante das condições que o indivíduo tem, que ele vive. Pode ser um stress crônico, permanente, que as condições não mudam, ou um stress agudo, mas o stress, ou seja, as condições psicológicas da vida do indivíduo, podem gerar doença, sim. E muitas das vezes você não diagnostica uma doença, você diagnostica o estado emocional que simula uma doença. Simula sintomas de doença. Fraqueza, indisposição, desatenção, até chegar à incapacidade laborativa. Um estado emocional agudo ou crônico que leva até a um estado de incapacidade para cuidar da vida como um todo. E você analisa a anatomia do cidadão e ele está bem, não existe uma doença. Mas nós não somos um ser puramente anatômico. Nós temos uma coisa chamada pensamento, que é o dono das nossas emoções e isso gera conflito emocional, que pode simular a doença, pode agravar a doença. Pode produzir ou agravar a doença. Agora, toda doença gera um estado psicológico alterado, sim. Toda doença. Então aí é que o médico tem que ser aquele que vai diagnosticar e curar a doença, mas para a cura da doença ele tem que intervir também no estado*

*emocional que ela gera. Para isso precisa tempo e conhecimento e vontade de saber, atender como um todo, e não simplesmente como um técnico. A relação médico paciente teria que ser bem diferente.*

*E se o profissional vê que ele não pode sozinho fazer tudo, ele pega o auxílio de outros profissionais para a cura, mas tem que ver o indivíduo como um todo. E não como uma parte. Aí começam as dificuldades. Dificuldades do próprio indivíduo, do médico entender isso. Porque não pode se contentar em dizer – não, você está com a doença tal, eu vou operar você, e está pronta a minha parte... até logo -, não é assim. O próprio nascer hoje em dia é um problema. O médico por falta de tempo, de ter que esperar um parto... para se desenvolver normalmente um trabalho de parto às vezes leva 2 dias, um trabalho de parto que começa... e isso depende muito do tempo, então, com 15 minutos de cesariana você resolve uma situação que pode se prolongar por dois ou três dias... com possíveis distócias do parto. E daí o exagero da cesariana. A Organização Mundial da Saúde recomenda um máximo de 15% de cesarianas, que são aquelas necessárias para evitar distócias ou solucionar distócias... Hoje tem um 70% de cesarianas, por uma questão de tempo. Você faz uma cesariana, você ganha... em meia hora você resolve o problema. Gastou só meia hora e ganhou igual do que ganharia por um parto que leva às vezes 12 horas da sua atenção. Então, são contradições difíceis de serem resolvidas.*

*Uma coisa é a teoria e outra coisa é a realidade. É uma contradição entre o que deve e o que pode ser feito. (Dr. Luiz)*

*Já tive a fase de achar que tudo era distúrbio neuro-vegetativo... O cara tem uma vida desgraçada, você quer o que? E tem dificuldade mesmo. E nós não temos formação nenhuma. O médico formado pela nossa faculdade, ela olha só o físico. O emocional é zero. Não foi isso que você aprendeu?*

*Psicologia médica você teve quanto tempo? Da pior qualidade possível. Psiquiatria então, mais ruim ainda. Pô, se você não teve sorte de pegar um professor especial, que tinha essa visão, você sai de lá só olhando o físico. O emocional... a não ser aquelas patologias que não dá para escapar. Porque gastroenterologia não dá, porque um cara de 'gastro' sem levar em conta o emocional... O pior é que fazem... o pior é que fazem. Mas não tem jeito. Se você conceber o homem como uma unidade, não tem escapatória. Vai ter essa relação permanente. Piora do físico, reflete no emocional, o emocional reflete no físico. E nós não temos essa preparação, a categoria médica. São raros os caras que tem preocupação com isso mesmo. Nós não temos, não somos formados para isso. Não enxergamos o homem, não enxergamos o paciente como um todo, como uma coisa só. E cada vez mais nós estamos fracionando. Porque cada vez mais é especialização de especialização. Então, acho que não tem... a situação... não tem, não tem outro jeito. Ele não é formado para isso, o que ele vai fazer? Vai falar que isso é para o psicólogo. (Dr. Marcos)*

Nesse restringir-se, portanto, do seu objeto de atuação a algumas condições de adoecimento e ou a alguns órgãos/sistemas, parece que os médicos vão perdendo capacidade de incorporar os determinantes extra-biológicos como parte de sua prática. É importante ressaltar que, no que se refere à determinação diagnóstica na forma de lesão anatomofisiológica, tal processo de incorporação de fatores psicossociais ao operar médico

de fato torna-se progressivamente “desnecessário” tecnicamente. Os avanços técnicos permitem cada vez mais aos médicos diagnosticarem “a lesão”, com pouca ou nenhuma “participação” do paciente, alguns dirão até que os médicos cada vez mais diagnosticam “apesar do paciente”. Portanto, em um dos aspectos da prática, aquele que a clínica denomina como *diagnóstico topográfico-sindrômico*, a incorporação semiológica dos determinantes psicossociais torna-se progressivamente menos necessária.

Como os relatos deixarão transparecer, todavia, no que se refere a dois outros aspectos da prática clínica, o *diagnóstico etiológico* e a *terapêutica*, a tendência progressiva à menor incorporação dos aspectos psicossociais como constituintes do agir pode colaborar para uma perda importante da capacidade de êxito técnico por parte dos médicos.

Simultaneamente ao período de consolidação da medicina tecnológica no Brasil, com a conseqüente especialização médica e suas repercussões acima discutidas, a partir da década de 1970 do século XX ocorre um fantástico desenvolvimento da farmacologia que possibilitou inicialmente aos médicos o vislumbre de uma possível saída para a questão da perda de capacidade técnica de incorporação dos aspectos psicossociais no interior da prática.

Assiste-se à consolidação progressiva da tendência à fármaco-medicalização extrema dos aspectos mais psíquicos do sofrimento. Os médicos formados a partir desse período terão como instrumento privilegiado de abordagem os psico-fármacos em substituição à terapêutica de base discursiva. Um entrevistado descreve de forma bastante interessante a representação hegemônica dessa fase, pautada no “otimismo farmacológico”, para em seguida confrontá-la com os limites impostos pela realidade e suas conseqüências.

*Eu já fui muito sectário assim nas minhas concepções. Teve um tempo para mim que psiquiatria, psicanálise, psicologia, isso daí era um problema físico, que com o tempo resolvia tudo com remédio. Mas aí você leva umas porradas da vida e aí você vê, o componente emocional do doente é um troço violento. A nossa formação é muito ruim nisso. A minha pelo menos foi, e eu nunca tive notícias que tenha mudado alguma coisa. A relação... você não tem... o emocional... nós somos fisiocratas só, só tratamos do físico. Se você não se envolve por você, se você não dá a importância para o emocional está perdido, e o paciente mais perdido ainda. Não tem jeito.*

*(...) Mas eu acho que deve ter alguma coisa errada. Eu nunca vi tanta farmácia na vida como tem em Curitiba. Nunca.*

*Um troço absurdo. Agora, você imagina o grau de medicalização que existe para ter isso. Porque mesmo sendo drugstore, esse negócio tudo aí, o cara não mantém sem movimento. A Nissei comprou a Drogamed... comprou a Drogamed e agora está trabalhando com duas bandeiras. A Nissei e recuperou a Minerva. E é um dono só. A Droga Raia, que existe em São Paulo, está aí ampliando, acho que já são 7 lojas aqui em Curitiba. E você tem Maxifarma... etc... etc... tem quadras que você passa que tem três farmácias. Então, você imagina o grau de medicalização que você tem. É, um troço brutal. Então, você imagine, tudo isso... tem um médico para cada 300, ainda tem a concorrência dos balconistas de farmácia que não é pequena. Inimaginável... impressiona... Imagina, ainda distribuem medicamentos nas unidades de saúde...*

*Nunca foi tão grande. Então, essa é a cultura, você criou essa cultura. A cultura do remédio e do exame. Então, para a prática médica, isso daí tem uma influência de dentro da prática médica. Então, você vai se especializar cada vez mais, porque você vai tratar com um grupo reduzido de medicamentos, um grupo de exames cada vez mais sofisticados para fazer o diagnóstico. E uma sociedade absolutamente doente, porque para ter essa quantidade de farmácias aqui, tem que ser muito doente. (Dr. Marcos)*

Interessante perceber, segundo o relato, como o uso exacerbado de fármacos tem suas origens no interior do próprio trabalho médico como consequência de suas transformações contemporâneas que incluem a progressiva diminuição da capacidade dos médicos em abordarem/intervirem sobre os componentes extra-biológicos do sofrimento. Em outro trecho, por sua vez, o entrevistado demonstra como esse processo por ele denominado como “medicalização”, ganha a forma de uma dinâmica “medicalizadora”, quase que “autônoma”, uma espécie de “cultura do exame e do remédio”, que atualmente apresenta-se como um componente fortemente influenciador dos serviços de saúde e da prática médica. Exemplo de como as relações sociais produzidas pelos sujeitos podem “autonomizar-se” e posteriormente retro-agirem sobre os mesmos lhes influenciando em seu agir. Para muitos, diferentemente desse entrevistado, o vínculo entre as relações sociais

e seus produtores poderá não se apresentar tão explícito, propiciando a apreensão das mesmas na forma *reificada* e potencialmente *estranhada* (*alienada*).

Evidencia-se, portanto, o progressivo desenvolvimento de relações de *alienação* dos médicos em relação não somente às novas necessidades postas para o trabalho médico, advindas das alterações dos perfis epidemiológicos das populações e dos atuais processos de biomedicalização, mas também em relação aos aspectos mais psicossociais do adoecimento, outrora espaço mais “natural” de atuação médica. Essa *alienação* se expressa nas falas, por exemplo, através das manifestações de desconforto em relação a tal temática, além do reconhecimento da incapacidade técnica em lidar cotidianamente com esses aspectos do adoecimento no interior da prática.

Poder-se-ia questionar, não injustificadamente, se acaso os médicos em algum momento possuíram capacidade técnica para abordar e intervir sobre os aspectos extra-biológicos do sofrimento. Aqui caberia lembrar, retomando discussão que fizemos em capítulo anterior, nossa concepção segundo a qual os critérios de eficiência das práticas sociais, em sua maioria sob a forma de trabalho, são estabelecidos a partir da capacidade dessas práticas em responderem às necessidades sócio-historicamente determinadas que lhes configuram. Ou seja, caberia perguntar se naquele determinado período histórico os médicos-artesãos corresponderam às expectativas que a socialidade lhes colocava, pergunta à qual responderíamos afirmativamente tendo em vista os resultados tanto infra quanto super-estruturais apresentados pelo trabalho médico. Parte desses resultados pode ser aferida através do nível de legitimidade social que tanto médicos quanto medicina gozaram no período anterior ao da medicina tecnológica. Contemporaneamente, como sabemos, embora a legitimidade social da medicina mantenha-se cada vez mais inabalável, o mesmo não se pode dizer de seus agentes, o que ressalta a discussão que vimos fazendo acerca da

diminuição da capacidade técnica dos médicos em corresponder a necessidades que lhes são colocadas na atualidade.

Vejamos mais detalhadamente alguns desdobramentos e conseqüências do processo de *alienação* em relação a esse irromper do *social* no interior da prática médica.

Os movimentos que os médicos realizam ao se depararem com os aspectos não-orgânicos do adoecimento são vários e, por vezes, complementares. O primeiro é a reação de *negação*, ou seja, a significação desses aspectos como “externos” ao seu objeto e, portanto, ao seu campo de atuação; algo que os médicos com desconforto encaram como uma “contaminação” do “corpo orgânico puro”. A maioria gostaria de trabalhar sem ter que se deparar com o que o corpo traz junto de si quando vem à consulta. Tentam, na maioria das vezes inconscientemente, fechar os olhos ao inescapável, ignorar ou colocar obstáculos à plena exteriorização do social, do subjetivo, do não-orgânico, no seu campo de trabalho. A consolidação desse movimento pode desencadear no que Schraiber (2009) caracterizou como uma forma de *recusa tecnológica*.

Muitas vezes, como não conseguem “extirpar” o social que irrompe no espaço de sua prática, os médicos realizam um segundo movimento, alicerçado no reconhecimento e certa resignação com o fato de que embora não faça parte do “seu trabalho” terão de lidar, de algum modo, com esses outros elementos, terão de “contaminar” sua clínica “pura” com esses aspectos “externos”.

Ao se depararem com aspectos para eles estranhos e terem de abordá-los, realizam o terceiro movimento que é o de tentar trazê-los, na medida do possível, para o terreno onde se sintam mais seguros, seu campo de domínio teórico-prático. Isso é expressão *em ato* do processo de medicalização social, ou seja, os médicos explicam e operam sobre problemas

estranhos ao campo biomédico guiados pelos pressupostos epistemológicos das ciências biológicas.

*Porque você está... Veja bem, você está tratando com mulher, e mulher a fisiologia faz com que ela não se torne igual todo o dia. Você começa por aí.*

*Então, se você não entender essas coisas do funcionamento básico da fisiologia da mulher... Eu acho que é o mais importante na Ginecologia, é o básico da Ginecologia você conhecer perfeitamente a fisiologia – o que acontece no dia-a-dia da evolução hormonal da mulher, no dia-a-dia e no mês a mês, porque o dia 1º não vai ser igual ao dia 5, que não vai ser igual ao dia 10 e que não vai ser igual ao dia 15. Você tem que entender isso daí. Você entendendo isso daí fica muito mais fácil você se relacionar com a sua paciente; orientá-la, explicá-la, conduzi-la fica muito mais fácil. Então a falta desse conhecimento, aí eu diria a falta de estudo e falta de interesse, que é muito complicado, vai acabar em confusão.*

*Essa parte dança! Dançou! Não adianta você conhecer a parte física, se você não conhece lá como é que funciona. Não adianta nada. É que nem um chefe, que dizia... Dentro da física, a mulher transmite em ondas (pode ser ondas curtas, ondas médias, ondas longas – tanto faz). Mas o homem sempre transmite em FM, a onda sempre “ffffff” [imita “som” de onda]. De vez em quando uma onda bate aí e fica... Você tem que entender isso daí: a mulher transmite onda – e ela é desse jeito. Isso aí é o ciclo das mulheres. Isso aí é a fisiologia dela, mas isso aí então... Mas depois que pára isso, entra na menopausa, é outro esquema. Então você tem que entender tudo isso que está acontecendo! Se você não entende isso daí, dançou! Dança mesmo! Daí, boa noite! Você pode ser o melhor técnico – o melhor técnico –, mas se não tiver isso aí, vai dançar. Esse é o segredo da coisa.*

*E como dançam! Mais novo e mais velho. Mais velho também. Da relação. Isso aí é intrínseco. A atuação parte a partir do conhecimento do que que aquela... da intenção daquela mulher ali na tua frente, sem bater na... Ela foi lá, ela foi consultar por causa do motivo que ela te falou. Ela foi ao consultório para fazer um preventivo, mas sempre tem uma coisinha para falar – sempre tem. Então você tem que estar atento para esse detalhe, do que está por trás da consulta dela.*

*E isso que a gente vê com o aluno aqui. Ele vai lá, ele vem assim com um diagnóstico brilhante, diferencial, tal. E você diz assim: – Mas a minha pergunta é isso. / –Não, doutor, ela perguntou [trecho inaudível] –. [Riso] Eu falei: – Disso aqui, eu voltei para cá. Esquece o outro! É isso aqui que vai adiantar. É isso aqui que você vai usar na vida dela. Hoje, né? –.Saber captar aquilo ali. E isso não aprende em um mês. (Dr. Armando)*

*(...) A parte sexual diminuiu um pouquinho, né? Tem mais informação hoje em dia, então tem menos problema. Saiu um artigo agora até na última Isto é, “Por que as mulheres traem mais?”*

*Então elas passaram para outras questões, mas a parte sexual ainda domina bastante. Chega numa certa idade... ora, a natureza já fez; entrou em menopausa é porque acabou, não tem mais capacidade de procriar. Mas essa nossa sociedade é egoística no prazer, então elas acham que tem que continuar tendo os seus orgasmos, e não sei o que, lá para além da menopausa, e daí não tem mais hormônio.*

*Antigamente, a gente fazia hormônio, agora não pode mais porque tem risco de câncer de mama. Então fica aquele pra lá e pra cá de uma coisa que normalmente não devia mais ter tanta importância, mas a sociedade impõe através de propaganda, de artigos, televisão – da mídia, não é? A paciente acha que é*

*obrigada a ter... Não tem até a moda da barriga de aluguel? Então, o modismo disso aqui é muito grande. (Dr. Antônio)*

Da biologização/naturalização dos “padrões” de comportamentos determinados pelas relações sociais, entre as quais os papéis sociais de gênero, à defesa da vinculação do prazer sexual a determinantes estritamente biológicos, parece que nada escapa a essa tentativa dos médicos de “enquadrar” os determinantes psicossociais internamente ao campo das “ciências naturais”.

Porém, tal movimento, embora “internalize” a questão para um campo mais familiar tornando-a menos conflituosa para os médicos, não é suficiente para romper com a relação de *alienação*. Isso porque a conformação de processos de *alienação/estranhamento* dos sujeitos em relação a aspectos de sua atividade e de sua vida não se relaciona estritamente à idéia de não (re)conhecimento de certos aspectos que os cercam, mas se relaciona também, e principalmente, à incapacidade desses sujeitos de, além de (re)conhecerem, agirem/operarem sobre esses aspectos. É isso que conforma potencialmente os indivíduos como sujeitos/agentes em sua atividade e no mundo, e não somente indivíduos alienados à mercê dos movimentos da realidade social.

Queremos ressaltar, portanto, que embora esse processo de “internalização” dos aspectos psicossociais do sofrimento ao campo biológico “angustie” menos os médicos, isso não necessariamente os capacita para obterem melhores resultados em suas práticas, visto que essas não levam em conta os determinantes muitas vezes principais dos carecimentos expressos na demanda do paciente-usuário. Isso se deve, em grande parte, menos à incapacidade técnica dos médicos que da biomedicina, embora evidentemente não seja assim que os usuários e a sociedade compreendam. Ocorre que no processo progressivo de incorporação de contradições sociais expressas como sofrimentos vários sob

a forma de necessidades em saúde, a biomedicina não foi capaz de “acompanhar” e “corresponder” a essa ordem de questões que a socialidade lhe colocou. Não foi capaz em suma de instrumentalizar tecnicamente seus agentes para operarem eficientemente sobre essas novas ou inovadas demandas. Com isso, restam muitas “áreas pantanosas” para os médicos, muitos “interstícios” onde a biomedicina ainda não é (se é que um dia será) capaz de dar respostas satisfatórias.

São variados os relatos ilustrando como os médicos abordam, como operam, em meio aos determinantes não orgânicos dos processos de adoecimento nesses “interstícios” onde a biomedicina ainda não estabeleceu diretrizes e, portanto, não lhes dá suporte técnico-operatório. Aí ficam patentes tentativas de “não errar pela falta”, então se generaliza uma prática de excessos dos mais variados tipos: excessos de médicos, de fármacos, de exames, de cirurgias... excessos cujos efeitos são questionáveis por eles próprios.

As novas conformações assistenciais em saúde, por sua vez, buscam responder a essa nova realidade posta para o trabalho em saúde. Tentam lidar com a série de transformações nos processos de trabalho, incluída aí essa diminuição da capacidade técnica dos médicos em relação a esses aspectos extra-biológicos, fazendo com que estes passem a ser normatizados segundo as determinações do processo de divisão técnica do trabalho, sendo que a consolidação de agentes como os psicólogos e assistentes sociais correspondem, em parte, a esse movimento de delegação de antigas funções dos médicos (Pires, 1998; Mendes-Gonçalves, 1979).

No entanto, em fase de socialização do trabalho em saúde sob condições cada vez mais mercantis, “produtivistas” e restritoras do agir autônomo dos agentes, parece haver progressivamente menos espaço para uma abordagem mais integral das demandas trazidas

pelos usuários. O despreparo crescente dos médicos, o tempo cada vez mais reduzido para as consultas em razão das pressões “produtivistas”, a ausência de integração assistencial entre as diferentes atividades parcelares (especialidades e profissões) na produção do cuidado e as condições mercantis sob as quais se organiza a assistência, são fatores que contribuem para a exclusão do usuário da possibilidade de tratamento que os médicos julgariam adequadas. Conseqüentemente, instrumentaliza-se cada vez mais o espaço do encontro entre médico e usuário e, mesmo sabidamente ineficientes, são utilizados diversos recursos na tentativa de “resolver” o problema, ou seja, de dar alguma resposta para esse elemento “estranho” que adentra o espaço biológico da prática médica. Muitas vezes essa resposta tem como finalidade resolver o problema para o médico, ou seja, livrar-se da demanda do paciente, delegando-a para outras esferas ou mesmo simplesmente deixando-a a cargo de sua responsabilidade individual em achar uma solução.

*E como a maior parte dos problemas não é esse, a maior parte dos problemas dos pacientes é um problema emocional. A maior parte das vezes o componente emocional é muito grande. Se não dá atenção vai continuar... você vê, o cara que passa por um, dois, três, quatro, cinco, seis médicos e nunca dá certo. Agora eles criaram um mecanismo para dificultar isso. Que a porta de entrada é o posto do lado da sua casa. Porque era uma coisa que... passava por cinco, seis médicos. Então agora tem a porta de entrada... tudo que você faz tem código de transação, tem que ter o código de transação da unidade, então é tudo na unidade. Então, o que o cara faz é ficar enganando, não resolve o problema. Ele dá mais remédio, pede mais exames... fica com saco cheio... – oh, o cara de novo! -. Porque não tem... não é um problema do médico, é um problema do sistema. Aí medica mais, entendeu. Ele passa, entendeu?*

*Porque o médico no final ele despacha... Vai lá, pede um exame, dá outro remedinho... e o cara vai continuar voltando, porque o problema dele não era esse. Se tivesse uma boa conversa... É um problema do sistema porque as condições do trabalho são essas. Quinze minutos uma consulta, é um troço impossível. Fora a dificuldade de acesso. Aonde que ele vai aqui em Curitiba? Vai para fora. É muito pior... Tem um “24 horas” aí que a moça, a chefe chegou a colocar lá, que cada consulta devia ser no máximo de 8 minutos. O cara caiu em cima dela. Mas é a filosofia... de limpar banco. Só você ver a quantidade de diazepam que os caras receitam. Quantidade de diazepam e de antidepressivos. Uma enormidade.*

*(...) E como não tem psicólogo... onde existe boa saúde mental, a saúde mental está preocupada com que? Com alcoolismo e drogadição. Onde tem serviço de psicologia em geral estão focados nisso. É o tal do hospital-dia, que eles fazem para os alcoólicos, que tem nos postos, mas é essa a visão.*

*Esse componente emocional que você resolve com uma conversa, não ia precisar de psicólogo. Mas hoje o psicólogo está perdido, é pior do que a gente. Ele vai trabalhar nessa área e a perspectiva qual é? Pelo menos o que eu tenho visto. Aqui na prefeitura era um psicólogo para a região, e um dia cada vez para... então não vai fazer mais do que trabalhar com alcoólatra. E aquele resultado... que deveria ser 10.000 vezes melhor...*

*Mas eu acho que a maior parte dos médicos não considera isso uma coisa dele, não. Da área médica. Porque a nossa formação não é essa mesmo. Quem trabalha nessa área vai ser psiquiatra ou psicanalista. Se ele tiver uma clientela ele está... É uma coisa de quantidade de droga. O cara dá droga, droga, droga... mas mesmo assim... só fazendo psiquiatria mesmo, com remédio, putz, os caras... é 150, 200, 250 reais a consulta. O cara que tem algum nome... Está perdido o cara que faz análise, que faz 2 vezes por semana... vai pagar 100 reais por sessão...*

*Pô, 900 reais por mês... tem que ganhar muito para poder fazer... Fora os remédios. (Dr. Marcos)*

*Essa parte de medicina... Eu acho que é um grande problema, principalmente... não digo psicólogo (esse ainda vai), mas quem precisa de psiquiatra, onde que o psiquiatra vai ter tempo para atender? Uma consulta psiquiátrica é no mínimo, no mínimo 1 hora, e várias vezes; e sem convênio, você paga. Então é difícil. Toma lexotan, toma valium... [Riso]. Tem que resolver por ali, né? Veja os antidepressivos!*

*(...) Agora a moda é... Como é? – A fibromialgia – tudo o que tem... E a parte ginecológica, cirurgia; quanto mais opera... está pedindo aderência. E depois não tem jeito, não é? A aderência é feita... opera, tira... Arruma uma e faz mais três. É duro, mas isso tem bastante. (Dr. Antônio)*

*O máximo que eu faço quando eu vejo que o paciente está muito angustiado, mas aí eu faço pelo efeito placebo, é dar um complexo B, sabe? Complexo B não acumula. Não compromete nada, não tem risco. – Vamos complementar aqui com esse complexo vitamínico, que é muito bom –. Mas pelo efeito placebo. Não porque o paciente quer, mas porque ele vai sossegar se tomar alguma coisa.*

*(...) O que acontece também? Na unidade não é por mal. Na unidade você vai conseguir facilmente uma terapia de apoio com o seu paciente, ou mesmo no consultório? O convênio paga consulta, mas não paga terapia. Poucos têm grana pra bancar terapia particular, e a gente sabe que o melhor é juntar as duas coisas – fazer terapia, se for o caso tomar antidepressivo. Mas na prática não consegue fazer isso. Aí de repente o pessoal acha: “– Bom, pelo menos eu vou dar o antidepressivo.” Tem tudo isso pra levar em conta.*

*Por exemplo, essas orientações que eu dou, como eu dei como exemplo a sinusite dessa colega; eu falei isso por quê? Porque é uma pessoa super bem orientada e que tem acesso a mim a hora que quiser. Agora, se eu tivesse atendendo no posto de saúde, talvez eu medicasse porque eu não sei quando que eu vou ver de novo, entendeu? Então às vezes é melhor você já sair dando antibiótico de uma vez. Mas eu acho que as pessoas têm que procurar pelo menos ter esse bom senso. (Dra. Marina)*

*Como a escassez da medicina particular também está ligada à escassez do dinheiro para a medicina particular, o médico particular atende melhor esse aspecto, porque ele está recebendo bem por uma consulta, então ele dedica mais tempo à pessoa. E dedicando mais tempo ele acaba se envolvendo com as questões psicossociais.*

*Nas consultas feitas por planos de saúde, cooperativas, etc., o tempo que o médico tem para conversar com o paciente é muito escasso. Então, essa parte é muito negligenciada, infelizmente. É negligenciada, então, daí o aumento constante de doenças psicossociais e é uma coisa praticamente sem solução. O médico hoje, para dedicar 20 minutos a uma consulta já tem dificuldade.*

*Além de que se cria um padrão de atendimento, da queixa principal da doença, e deixam de prestar atenção a um aspecto, ao espírito do indivíduo, que muitas vezes é o foco principal da necessidade do indivíduo. Necessidade que não é atendida, porque também o médico não é preparado para esse tipo de coisa. O médico é preparado para atender doenças, para resolver rapidamente uma situação. E isso é muito evidente com as especialidades. Se você é um oftalmologista, você não vai conversar problemas psíquicos com o indivíduo. Até pessoa se conscientizar que ele tem necessidade desse apoio psicológico, até ele próprio... ele vai procurar quem? Onde está a porta de entrada do indivíduo, que deveria ser o clínico geral? Não existe, hoje o indivíduo vai direto ao especialista. Do especialista para outro e às vezes sendo tratado por mais de um médico... e, como diz aquele ditado, quem tem muito médico não tem nenhum. Essa questão do tratamento como um todo do indivíduo está difícil. Os médicos clínicos gerais de antigamente faziam isso. Hoje a própria clínica médica está muito descaracterizada, o contexto da clínica médica era esse, o chamado médico de família. Mas isso está sendo cada vez mais difícil, a interação, de ver o indivíduo como um todo, com corpo e alma. Está difícil.*

*Não dá, não dá porque... quando muito as faculdades podem dar informação. Agora formação não. E a própria informação não está sendo bem feita. É o que a gente sente conversando... Por outro lado, os organismos que cuidam da formação do médico, as associações médicas, os conselhos de medicina, não tem acesso aos órgãos governamentais que deviam cuidar dessa parte. Hoje tanto a educação quanto a saúde estão baseados mais em princípios políticos e econômicos do que técnicos. Aonde isso vai terminar, eu não sei, mas a perspectiva, a meu ver não é boa.*

*Nós estamos hoje colecionando problemas, assistindo à ocorrência de problemas tanto na saúde como na educação, mais do que soluções. Há muita demora entre a detecção do problema e a correção. Isso quase que inviabiliza a... colocar as coisas nos devidos lugares. Exemplos de demora entre a ocorrência da detecção do problema e a solução que se vai dar, é muito demorado.*

*Hoje basicamente o interesse econômico está predominando sobre o interesse social e científico. É a visão do que se passa...*

*Nas faculdades há muito mais informação do que formação. E essa consciência, o médico hoje não tem essa consciência de tratar o indivíduo holisticamente, como um todo. Porque as condições médicas hoje são bem diferentes do que eram. Com a proliferação de planos de saúde, com o aparecimento do SUS, então, o exercício da medicina sofreu com isso. A proliferação de especialidades também é muito responsável por essa não atenção ao problema psicológico da pessoa. É uma verdade incontestável. Agora, como corrigir isso eu não sei. Não sei. A menos que cada especialidade ensine seus associados a também fazer essa parte. Por que um oftalmologista, um ortopedista, não pode cuidar também da parte psicológica? Podem e devem, é só ser treinado para isso. Agora, como fazer, como conseguir, eu acho que é uma questão educacional que vai ter que ser feita. Se não nas escolas formadoras, pelo menos nas sociedades especializadas. Mas essa é uma coisa ainda a fazer, que normalmente não se faz.*

*Olha, mais se fala do que se faz. Esse é o resumo da história. Mais se fala do que se faz. Quase sempre é – não tenho tempo -, e mata a questão aí. Não dá tempo ou – não é da minha área, não é da minha obrigação -, é assim. Aquela história, é necessário, todo mundo deveria fazer, mas não se faz. Cada um tem uma boa desculpa para não fazer. Até porque você se incomodar com a vida alheia, é complicado. (Dr. Luiz)*

É também nesse novo espaço de carecimentos, onde o *social* irrompe de forma mais explícita e as ciências biomédicas não apresentam respostas satisfatórias, que as práticas médicas expressam mais fortemente seu caráter de normatização social, prescritor de “formas corretas” de se viver.

Por vezes, os médicos chegam a defrontar-se criticamente com essa dimensão da prática em face dos limites postos pela realidade ao processo de normatização biomédica absoluta. Conformam-se, assim, verdadeiros mosaicos compostos por práticas ora mais autoritário-prescritoras, ora mais flexibilizadoras, na tentativa de obter o êxito técnico na intervenção. Dificilmente os médicos colocam em questão os objetivos e o caráter de normatização social das práticas médicas, ou seja, dificilmente se desenvolvem críticas de dimensão filosófico-epistemológica acerca das determinações sociais e das diretrizes da biomedicina. As críticas e conflitos constituem-se, em geral, face aos limites concretos postos para a consecução do projeto técnico. Daí as flexibilizações operatórias com caráter de “concessões”<sup>5</sup> ao usuário como forma de se alcançar ao menos uma parte, a mais importante, do êxito técnico idealizado.

*O maior exemplo é a bebida, não é? – Pode beber? / Pode. Pouco, mas pode –. Eu digo sempre que pode. Ele não vai parar de beber! O que ele vai fazer, entre beber e tomar remédio? Não tenha a mínima dúvida.*

*Tem paciente que é inclusive muito criterioso. – Tá, doutora... –. Aí que eu passei a mudar o meu discurso. – Eu vou contar para a senhora: eu não misturo. A última dose de remédio que eu tomo é sexta-feira. Sábado e domingo, que eu vou beber, eu não tomo nada –. [risos] E isso com tudo! Eu trabalhei muito tempo com tuberculose, que é uma doença que tem esse aspecto danado de ter essas coisas. Eu digo: – Quer saber de uma coisa? De preferência, só não toma o remédio junto com a pinga, mas... –. Fazer o quê? E na verdade não muda a via metabólica. Claro que vai levar a outros problemas, vai até levar a uma diminuição da imunidade a médio e longo prazo, barará, barará. Mas não vai interferir tanto*

---

<sup>5</sup> Essa idéia de “concessão” será resgata por nós à frente, pois representa de fato o não reconhecimento dos direitos. O termo ‘conceder’ explicita a invalidação de um direito que obrigaria ao diálogo nas decisões assistenciais, para uma assistência do tipo ‘paternal’, em que a autoridade maior de saber e poder permite ou concede poder ao “abrir mão” de seu saber ou de sua maior autoridade.

assim na medicação. Agora, ele parar de tomar o remédio pra beber vai interferir. Então: – Beba. Sem problema nenhum –. E não é o ideal, não é? O ideal é você ser mais exigente: hábitos saudáveis de vida; não beba; não coma não sei o que; faça ginástica; abandone imediatamente o cigarro.

Você começa a dar tanta ordem para o paciente, que aí ele não faz nada. E justamente numa fase às vezes que ele está muito fragilizado, então ele vai ter que mudar totalmente a vida dele de repente? Não vai mudar. Vai ser pior para a cabeça dele. Eu acho que você tem que ter bom senso e ir aos poucos procurando explicar isso para ele, para que a pessoa incorpore numa boa, eu acho, e não como uma obrigação, como uma coisa chata, porque aí ninguém faz.

E aí o paciente pára de tratar. E no nosso caso é complicado, no caso de quem trabalha com infecto, porque você não está lidando com uma condição, você está lidando com um ser vivo. O fato de o paciente parar de tomar remédio... Eu sempre digo para o próprio paciente isso: – Olha, se você para de tomar remédio porque você tem a pressão alta, você pode até ter um derrame –. Eu falo assim para eles entenderem. – Mas a hora que você voltar a tomar o remédio você vai estar lá meio torto, numa cadeira de rodas – e aí eu já faço um auê – mas a pressão vai normalizar. Agora, o HIV vai criar resistência e babau! –.

Eles têm que entender essa diferença, e a gente têm que entender essa diferença também. Se eu não for tolerante com outras coisas... Não é? E eu também quero que aquele paciente... Como eu. Eu gostaria de repente de passar a viver numa redoma? Só se eu tiver sofrido uma lavagem cerebral, porque se com a cabeça que eu tenho me colocarem numa redoma, eu vou ficar histérica. Eu gosto de tomar vinho de vez em quando, eu gosto de dormir tarde, eu gosto de acordar tarde. Não é? Que graça tem, pensa bem? Não é? Você não pode fazer mais nada, tem que acordar às 6 da manhã, correr 5 km, volta para casa; comida tudo integral, saudável; não come mais nada. Impossível!

Então eu acho que aos poucos você tem que ir incorporando e falando. Não pode exigir: – Olha, aqui está a lista. Não pode fazer nada disso –. Eu digo para eles: – Você pode fazer o que quiser, só não pode doar sangue, ter relações sem camisinha e só viver de comer besteira –. Eu digo para eles: – Bom senso. Um dia vai sair, vai dormir tarde; foi pra balada? Foi. E daí? Precisa ir todo o dia? Não precisa. Hoje não teve tempo para almoçar e comeu uma coxinha, tudo bem. Precisa comer coxinha todo o dia? Não precisa – E aí a pessoa fica até mais aliviada, senão... Ninguém merece! [Risos]

Eu não sei... Que nem eu te falei, que eu tenho doença crônica, então eu tenho essa empatia, não é? Porque é um pé no saco!

E daí eles contam, não é? – Vou contar pra senhora: eu parei de tomar remédio –. [Riso] Mas pelo menos contam. Eles contam se voltam a usar droga ou se estão usando aquilo. Eu jamais critico. – Ah, eu voltei a fumar –. Eu digo: – Então vamos lá tentar de novo –. O que interessa é que tente parar; que pare, claro. Tipo: – Voltou, então largou –. Não. De novo: quantos estudos têm mostrando que às vezes a pessoa tem que parar não sei quantas vezes para parar de vez, não é?

Ou então: – Voltei a usar droga. Voltei a cheirar cocaína –. Isso acontece, não é? E você diz: – Vamos! De novo faça força. Vamos parar de novo. Se usou também não precisa ficar se martirizando. Tem que ter uma atitude positiva. O que é que a gente vai fazer pra parar? –.

Eu acho que é assim. Não sei. A pessoa já está cheia de problema e eu ainda vou ficar igual a um grilo falante? Ninguém merece!

(...) Desde que não faça igual o outro paciente meu. Eu comentando assim: – Olha, procura não usar droga. Se você não conseguir ficar sem fazer nada, procura usar o que menos faz mal. Mas procura não usar nada –. Você dá esse tipo de orientação e manda para o especialista. Aí lá vem o paciente com a mãe: – Não é? Viu, mãe! A Dra. Silvia disse que eu posso fumar maconha –. [Riso] Ai, ai! Então tem que ter cuidado com o que a gente fala. Mas faz menos mal em termos de

*tratamento, de adesão ao tratamento. O crack a pessoa perde a noção totalmente.  
(Dra. Marina)*

Transparece nos relatos que o recurso ao campo científico das ciências biomédicas ainda não fornece o arsenal suficiente para abordagem de muitos e importantes carecimentos, ou seja, embora já estejam dados como necessidades em saúde, eles ainda se encontram em um território com limites bastante “borrados”, onde a biomedicina ainda não consegue padronizar as condutas e instrumentalizar eficazmente seus agentes. Como são chamados/cobrados a agirem, os médicos recorrem a outros valores que não os estritamente científicos como guias para a ação.

Aí se conforma uma unidade complexa e interessante entre saberes, com origem na *ciência* e no *senso-comum* como guia para a ação prática, ainda que por vezes, não necessariamente sempre, um *senso-comum* extraído da experiência médica, como um saber prático dentro do exercício profissional, sendo, pois, um *senso comum* apenas aos médicos. Vejamos alguns exemplos de como as elaborações e condutas médicas são permeadas por conceitos, concepções e valores externos às biociências.

*(...) Às vezes a gente não faz, mas a gente indica. Já tive muitas, muitas não, tive várias experiências de orientar pacientes... discuti com elas se ia ter ou não ia ter mesmo o filho. Se ia fazer aborto ou se não ia fazer aborto... e dar endereço, dar orientação – em tal lugar você vai encontrar quem faça... –, são situações que não tem jeito... que a ética, da forma como ela é colocada, quer dizer, isso para mim não é ética. Acho que isso daí é tão contra a ética corrente... Acho que algumas vezes você enfrenta essa situação em que você tem que, por exemplo, não seguir aquela orientação normal. E você tem que... não adianta você seguir, porque o paciente não vai seguir. Então você vai... o que acontece muitas vezes é o cara chegar e falar – a minha parte eu fiz –, você sabe que ele não quer tomar medicamento, mas você sabe que ele precisa do medicamento. Então, eu prescrevo... prescrevo... aí o problema deixou de ser meu, eu prescrevi. Se ele tomar, tomar ou não tomar é um problema dele e não meu. Isso daí é um problema que não sou eu que decido, então – vamos ver, vamos continuar tentando –. Isso daí às vezes você tem. E às vezes você... quando a gente ainda é semi-deus... acha que é a gente que sabe as coisas. Uma vez eu judiei de um paciente. Paciente que tinha dor lombar... e foi internado lá e eu achei que o cara estava simulando. Eu judiei do cara... mas aí... mas tem um limite, eu falei – vou encaminhar ele –, aí*

*encaminhei ele para Curitiba, quando estava em Paranaguá... encaminhei ele para Curitiba, aí ele volta, e tinha uma bruta de uma hérnia... e era compressão... Voltou operado lá, melhor... aí eu tive que pedir desculpas para ele, né. Às vezes a gente dá mancada. Já foi mais... (Dr. Marcos)*

*Filhos. – Vai! Vamos ter filho também –. É muito engraçado até. O pessoal estranha, quem não é médico. – Mas por que eles querem ter filho?–. Sim, porque mudou a perspectiva. É uma doença crônica, por que eles não vão querer ter filho, não é? Agora, o interessante é a mulher que não tem HIV, o marido tem e ela quer ter filho; os dois querem ter filho, mas ela passa por dois riscos: o risco de adquirir do marido HIV e o risco do filho também ter HIV; apesar de ser pequeno hoje em dia, mas existe. Por quê? Pelo custo, se faz a inseminação à brasileira. Não se faz nem inseminação artificial, nem fecundação artificial, o que se faz é uma inseminação à brasileira. Isto é, o dia que a mulher ovula, transa sem camisinha. É assim: básico. [Risos] E geralmente dá certo. Eu, de vez em quando digo: “– Não, essa daí eu vou compartilhar –.” Mando para o ginecologista, para o ginecologista explicar bem como é que ela aprende a reconhecer quando está ovulando e explico: – olha, o risco é tal, tal, tal –.*

*É o que eu digo para os alunos: eles é que têm que decidir o risco, não sou eu. Igual essas brigas de aborto ou aborto de feto anencéfalo. O problema não é... Ninguém está obrigando a abortar, vai só deixar de ser crime. É diferente. Não tem nada a ver. Até agora eu não entendo porque é que não passou a proposta do aborto. Ô, paisinho, não! Até parece que legalizar quer dizer que vai incentivar, ou a mulher vai ser obrigada a fazer aborto agora. Onde já se viu! Mas, não adianta. Direto! Muito comum! É uma criança que nasce! – Vamos lá levar o neném pra ver –. Vários. Eu tenho pacientes, casais que já estão no segundo filho. – Viu, doutora! –. Ainda falam assim pra mim. Eu digo: – Olha o risco, tem que ver não sei o que. Já tem não sei quantas...–.*

*Há pouco tempo eu atendi um casal assim: eu não sei quem adquiriu [primeiro], os dois positivos... Não! Ela é negativa e ele é positivo, casaram, só que ele não tinha filho com ela. É aquela história: o povo gosta de ter filho! Cada marido é um filho. E ela já tinha três filhos. Eu disse: – Mas pra quê? Você já tem três filhos. / – Ah, mas... –. Aí nasceu e levou lá para eu ver. Linda a menina! – Viu, doutora! –. O que é que você vai falar? [Risos] Eu falei: – Pra quê? Você já tem filho –. Orientei. – Você quer? –. E aí veio, trouxe e é linda! Um bochechão. Uma boneca! Parecia uma bonequinha, uma pintura! E olha que eu orientei quando ela queria. Eu só falei: – Pensa bem. Você já tem três filhos. Hoje em dia a vida não está fácil! / – Não –. Eu falei: – Então está bom –. É engraçado! Tem muito, muito, muito! O que tem de filharada nascendo, você não faz idéia! (Dra. Marina)*

*É um exemplo que eu dou para ilustrar isso aqui. São pacientes que vão à unidade de saúde e se queixam que estão com incontinência urinária. Pronto, beleza. É encaminhada para cá, vai examinar, e a queixa, a história dela é de curto prazo e a última gestação dela foi há 6 anos e foi uma cesariana. Examina a paciente, não tem nenhuma alteração de estática pélvica, não tem cistocele, não tem nada. Falam para você e clinicamente não está batendo esse sintoma. – Então vamos fazer uma urodinâmica –. E a urodinâmica dá normal.*

*Daí, na investigação que vai ser feita depois, o motivo dessa paciente ter vindo aqui foi porque o companheiro dela disse que ela estava “mais larga”. A intenção dela era fazer uma cirurgia, uma cirurgia, uma perineoplastia, para [trecho inaudível] para o marido. E isso daí poderia ser abreviado na primeira consulta, de investigar mais a vida pessoal dela, de relacionamento com o companheiro para ver o que é está acontecendo e já teria abortado esse tipo de situação. Eu ia acabar falando: – Pode fazer cirurgia, mas ele vai continuar comparando você*

*com outra – certo? Então a cirurgia não ia adiantar nada. Isso é deixar de lado aquilo de subjetivo que tem na anamnese da paciente, na história da paciente. (Dr. Armando)*

*(...) A parte sexual hoje facilitou, porque você manda para o ambulatório de psicologia e acabou (se você não quer se dar ao trabalho de fazer uma reeducação sexual tardia). Mas tem muito ainda. A paciente anorgástica primária, geralmente é falta de... Além das diferenças sexuais; tem gente que é mais... Tem mulher que é mais sexual – e tem homem também –, e outras menos. Você não vai querer que agora peixe frio de repente vire sangue quente, não é?*

*Mas tem muito mais é problema de conduta. Então, quando é jovem você manda não sei para onde, mas os idosos sempre tem que ver se o cara andou aprontando, né? Chega aos 50 anos, o cara pula a cerca e a mulher descobre, pronto! Se é um negócio baseado em confiança mútua, acaba o relacionamento e daí não quer mais, ou não tem mais vontade, pronto. Daí vai falar o quê?*

*Mas a parte psicológica hoje em dia é bastante e acho que sempre foi, né? No tempo do Freud era pior. Sempre falam que no tempo do Freud, do Yung e do Adler... a histeria... Eu me lembro num hospital na Alemanha, um austríaco que tratava muito epilepsia. Dava um ataque epilético, e poom! Aí você chamava aqui para saber como é que faz. [Riso] – Pega uma pena, qualquer coisa, e põe na córnea; se piscar, é histérica. Dá uns tapas que ela já acorda! –. Ele falava bem assim! [Risos] Mas se não mexer é porque é ataque epilético mesmo. Você vê, é a concepção antiga! Naquele tempo do Freud era... Hoje ninguém fala de histeria, tem pouco hoje em dia; não tem tanto mulher histérica assim... Tem assim... um pouco todo mundo tem. [Riso] Mas esses ataques de histeria, que se jogam, esse tipo de coisa, pelo menos a gente não observa mais. Mas a mulher tem uma tendência, não é? Não se discute muito... é melhor sair “de fininho”. [Riso] Vai fazer o quê? [Riso] (Dr. Antônio)*

Nesses relatos fica explícito o quanto em sua prática cotidiana os médicos expressam valores, opiniões, concepções que extrapolam o campo das biociências que são parte constituinte de seu agir. Devido a esse seu caráter, além de científico, de *agir moral*, a medicina tem sido caracterizada por Schraiber (1993, 2008) como *técnica moral-dependente*. Um aspecto bastante interessante analisado pela autora refere-se ao fato de esse caráter moral da prática médica não ser reconhecido como contraditório ao exercício da prática científica, ou seja, aos pacientes-usuários não parecerá na maioria das vezes que o médico, ao “prescrever” modos “moralmente corretos” de se comportar frente a situações cotidianas, o fará embasado por concepções ético-morais de caráter pessoal e não científico. A unidade entre ciência e saber prático historicamente estruturante da prática médica faz

com que o paciente-usuário receba praticamente como de mesmo caráter, próprio do exercício profissional, a prescrição medicamentosa e a recomendação para não ter filhos, por exemplo. Evidentemente, a unidade de tal processo não é suficientemente forte a ponto de garantir sempre a adesão inconteste do paciente-usuário aos ditames de ordem moral prescritos pelos médicos, assim como não é garantida a adesão às prescrições de natureza científico-tecnológica. Assim como o paciente pode deixar de tomar corretamente o medicamento prescrito, também lhe parecerá por vezes que pode não seguir as recomendações de caráter moral...

Não parecerá, portanto, estranho ao paciente-usuário o fato de os médicos opinarem e prescreverem sobre condutas cotidianas relacionadas ao seu “modo de levar a vida”, independentemente de estarem estas diretamente relacionadas ou não ao atendimento do cuidado que lhe mobilizou a procurar o serviço de saúde. Parece natural à maioria dos indivíduos o fato de os médicos exercerem sua prática não somente vinculada, mas através de “prescrições” de ordem mais “moral”, visto que na maioria das vezes o contexto em que tal processo se desenvolve lhe confere uma aura de “cientificidade” e “neutralidade moral”. Entre a conduta de explicar os riscos de uma pessoa portadora do HIV engravidar e a prescrição da norma “não engravide!” não parecerá ao usuário existir um espaço onde a ciência dá lugar a uma opinião pessoal e, como tal, embasada em critérios ético-morais próprios desse médico e não da medicina.

A fim de evitarmos alguma leitura equivocada do que vimos discutindo cabe fazer uma ressalva. A idéia da prática médica como *técnica moral-dependente* não faz a distinção entre um pólo científico, possivelmente neutro em relação aos valores de ordem ético-moral, e outro pólo, esse sim, permeado por valores dessa natureza. Como discutimos em momento anterior desse trabalho não concebemos a possibilidade da existência de ciências,

quaisquer que sejam, e práticas tecnológicas suas derivadas, dotadas de neutralidade em relação à extensa gama de valores de ordem política ou ética existentes na sociedade. Como práticas sociais construídas em sociedade as práticas científicas e tecnológicas jamais ficarão imunes a tal ordem de determinações, sendo que a sua própria existência buscará responder a necessidades estabelecidas a partir de valores sócio-historicamente determinados que devem ser reproduzidos.

A diferenciação que deve ser feita, portanto, é entre a dimensão científica da prática médica, que indubitavelmente possui em sua determinação valores ético-políticos estruturantes da racionalidade médica, e a dimensão moral própria do agente que a executa.

Essa diferenciação é importante pois, por vezes, esse complexo arranjo pode se mostrar permeado por contradições. Exemplo disso é que nem sempre as “prescrições” de caráter pessoal-moral dos médicos encontram-se embasadas pelos mesmos pressupostos ético-políticos que estruturam a racionalidade médica. Ora, por exemplo, as intervenções de caráter ético-moral dos médicos podem apontar para perspectivas mais críticas e emancipatórias em relação aos determinantes das condições de sofrimento dos sujeitos, ora tais intervenções podem, ao contrário, exercer um papel profundamente justificador e reprodutor dessa ordem de determinantes.

Quando os médicos deixam de se guiar pela racionalidade científica eles passam predominantemente, como os demais sujeitos leigos frente à biomedicina, a estruturar seus comportamentos e práticas norteados pela forma de pensamento própria do *senso comum*. As características dessa forma de pensamento, predominante no espaço do *cotidiano*, contribuem para complexificar ainda mais essa ordem de questões acerca das concepções que embasam a prática dos médicos.

Pela própria concepção de mundo, pertencemos sempre a um determinado grupo, precisamente o de todos os elementos sociais que partilham de um mesmo modo de pensar e de agir. Somos conformistas de algum conformismo, somos sempre homens-massa ou homens-coletivos. O problema é o seguinte: qual é o tipo histórico do conformismo e do homem-massa do qual fazemos parte? Quando a concepção do mundo não é crítica e coerente, mas ocasional e desagregada, pertencemos simultaneamente a uma multiplicidade de homens-massa, nossa própria personalidade é composta de uma maneira bizarra: nela se encontram elementos dos homens das cavernas e princípios da ciência mais moderna e progressista; preconceitos de todas as fases históricas passadas, grosseiramente localistas, e intuições de uma futura filosofia que será própria do gênero humano mundialmente unificado. (Gramsci, 1987:12)

Essa característica de pensamento constituído de forma bizarra e ocasional, onde se mesclam elementos de origens mais diversas e contraditórias, seja do campo da ciência, da religião, da cultura popular, etc; impossibilita que se espere do *sensu comum* características como a de unidade e coerência, própria de campos como a ciência ou a filosofia.

No espaço do *cotidiano*, como vimos, os comportamentos e condutas constituem-se fundamentalmente sob determinação da *causalidade*, ou seja, constituem-se como respostas fragmentadas aos problemas postos na vida concreta e singular dos diferentes indivíduos, daí seu caráter profundamente espontaneísta e pragmático; esse caráter expressa-se, por exemplo, no recurso freqüente à ultrageneralização, à matematização, etc; e, embora não se constitua invariavelmente em conformador de relações alienadas, o *cotidiano* constitui um ambiente típico de comportamentos e condutas acríticas bastante propício para o fortalecimento das *reificações* e suas conseqüências (Luckács, 1981; Heller, 1991, 2004).

Como os problemas postos no cotidiano apresentam-se de forma fragmentada e ocasional, as respostas a eles também correspondem a essa processualidade. Assim, não existe a necessidade concreta de as diferentes respostas/condutas/comportamentos corresponderem a um mesmo arcabouço unificador que lhes confira coerência interna e entre si. Por isso, não deve impressionar o fato, por exemplo, de se expressarem no mesmo médico, em situações diferentes ou, às vezes, na mesma situação, condutas de caráter

valorativo-moral ora mais justificador-reprodutor, ora mais crítico-emancipatório em relação aos determinantes dos sofrimentos dos pacientes-usuários.

Como sabemos, antes de ser uma prática embasada cientificamente a medicina é uma prática de intervenção terapêutica. Assim, na tentativa de “resolverem” problemas que lhes surgem no cotidiano aos quais as biociências não lhes dão suporte tecnológico, os médicos buscarão nos mais diversos campos da socialidade as respostas necessárias. Dado o caráter terapêutico da intervenção, ou seja, a produção do cuidado, que para o médico em geral restringe-se ao êxito técnico, não lhes parecerá, portanto, que não estejam agindo corretamente ao darem suas “prescrições morais”, suas recomendações de “bem viver”.

Curiosamente, a recusa tecnológica quase sempre se apresenta junto com a ação do tipo moral, contrastando essa mescla de certo rigor científico com a presença das opiniões e valores pessoais. Creio que em parte isso se deve pelo caráter pragmático da ação em saúde ou médica. Isto porque mesmo sem saber o que fazer, muitos profissionais sentem que devem fazer algo e já abordaram e de algum modo atuaram sobre abortos, violência doméstica, gravidez não desejada, contracepção de emergência. E o enfrentaram certamente desde suas próprias concepções acerca da melhor forma de tratá-las: por vezes criticando os referenciais de gênero tradicionais e por vezes, não; ao revés, reforçando os papéis tradicionais de homens e mulheres.

Todavia o que quero colocar não é somente que existe a ação de ordem moral em conjunto com a de ordem técnica, senão o fato de que as usuárias – e também os homens usuários – e os profissionais o aceitam como parte da autoridade profissional. Tudo se passa como se tanto as recomendações terapêuticas de base científica quanto estas recomendações morais formassem a mesma orientação profissional. Os profissionais sabem que a ação de ordem pessoal não tem base científica, mas a tomam como parte do trabalho profissional e o fazem argumentando que deram boas orientações para as usuárias. (Schraiber, 2009:11-12)

## **5.6 Do apreender ao realizar: os caminhos da alienação**

A explicitação dos elementos até aqui descritos nesse capítulo teve a função de “compor” o cenário a partir do qual proporemos algumas reflexões com base no objeto de nossa tese – a relação *humanização-alienação* no interior do trabalho médico.

Um primeiro aspecto que transpareceu ao longo dessa “composição” refere-se à constituição de relações de *alienação/estranhamento* dos médicos em relação a um aspecto de sua atividade, qual seja: o “novo” *objeto* do trabalho médico. Embora o processo de “recorte” do objeto de trabalho pelos médicos vise restringi-lo ao corpo anatomofisiológico, como sabemos esse corpo apresenta-se de fato, como descreveu Donnangelo (1976), “socialmente investido”. Até algumas décadas atrás tal “investidura social” do corpo não causava *estranhamento* aos médicos, tampouco seu processo de objetificação e intervenção sobre o mesmo apresentava-se permeado por tanta insegurança técnica e conseqüente frustração/insatisfação com as (im)possibilidades de êxito.

Tal processo de *alienação/estranhamento* em relação à nova realidade de seu objeto refere-se tanto à ausência de (re)conhecimento desses novos determinantes como constituintes dos carecimentos transformados em demandas de saúde expressas pelo paciente-usuário, quanto à perda progressiva de capacidade de incluí-los na conformação da prática. A ausência de (re)conhecimento se expressa na concepção de que os aspectos extra-biológicos não se constituem em área de trabalho médico. A perda progressiva de capacidade de incluí-los na conformação da prática se expressa, por exemplo, na *recusa tecnológica*, assim como nas várias práticas reconhecidas pelos próprios médicos como nada terapêuticas, mas que são largamente utilizadas no cotidiano como forma de “fazer algo” frente às novas necessidades. Portanto, a *alienação* deve ser entendida tanto na forma de perda da capacidade em conhecer/compreender, quanto de apreender/operar sobre seu novo/renovado objeto.

As raízes para conformação dessa relação de alienação do médico em relação ao seu objeto possuem pelo menos duas ordens de determinação principais. A primeira relaciona-se aos processos mais contemporâneos, tanto de transformação dos perfis epidemiológicos

quanto de medicalização social, que rearranjam o campo das necessidades de saúde, incorporando ao interior do trabalho em saúde carecimentos, sofrimentos e condições de vida que outrora não eram quantitativamente tão expressivos ou que sequer eram socialmente significados como pertencentes a esse campo, fazendo com que os médicos tenham dificuldades em (re)conhecê-los como substrato de sua atividade.

A segunda ordem de determinações relaciona-se às formas como se realiza processo de socialização do trabalho médico e sua conseqüente divisão técnica, através da especialização e tecnificação progressiva de seus agentes e práticas, que, não obstante os ganhos fantásticos em termos de desenvolvimento tecnológico e conseqüente eficácia das intervenções sobre a organicidade, acaba por restringir a capacidade de seus agentes em abordar aspectos extra-biológicos influenciadores das condições de sofrimento.

Um segundo aspecto, diretamente relacionado ao primeiro acima discutido, que merece importância refere-se à conformação de relações de *alienação/estranhamento* dos médicos em relação aos *objetivos* de sua atividade. Como em qualquer forma de trabalho, é importante lembrar, os objetivos do trabalho médico, não se conformam a partir do interior da prática. Como nos lembra Canguilhem (1995), os doentes não se constituem como conseqüência da existência da medicina; pelo contrário, “se a medicina existe é porque antes os homens se sentiram doentes”. Desde sua constituição até meados do século XX a medicina tem buscado corresponder aos objetivos que lhe são impostos pela socialidade – entre os quais o principal é o de reparação/restituição do corpo orgânico ao papel que lhe é determinado pelas relações sociais de produção – através de alguns conceitos centrais, dentre os quais o principal talvez seja o de *cura*. A idéia de *cura* é expressão de uma concepção que entende a relação entre saúde e doença, embora dinâmica, conformada por opostos excludentes.

A moderna superação/incorporação da anatomopatologia pela anatomofisiologia, já embrionariamente presente nas elaborações de Broussais e posteriormente desenvolvidas por Claude Bernard, consolidando o conceito de *organismo* no papel de núcleo epistemológico central da biomedicina, contribui para superar a idéia de um distanciamento metafísico/ontológico entre saúde e doença – agora a anormalidade expressa na doença pode se dever a uma alteração da intensidade de uma função/atividade fisiologicamente normal.

Quando a anatomoclínica e a fisiologia se fundirem e se apoiarem na moderna química racionalista e analítica; quando o método experimental vier apoiar a busca de regularidades estatísticas no funcionamento dos órgãos, dos tecidos, dos sistemas e aparelhos do organismo humano, ter-se-á finalmente dissipado a antiga oposição entre saúde e doença, entidade substancial que invade uma totalidade individual sadia, estabelecendo-se a enfermidade como *desvio* de um estado de funcionamento considerado clinicamente normal.

A doença não é mais um *ser*, mas um *estado*. Estado oscilante de desvios, em face de uma *norma* estabelecida pela observação (clínica, de laboratório), que não dispõe de valores ou modos de ser absolutos, mas de maneiras previsíveis de agir e de funcionar, devido às funções a cumprir, num todo orgânico de partes interdependentes. (Luz, 2004:140)

Essa concepção de identidade real entre fenômenos normais e patológicos, aparentemente tão diferentes, não é suficiente evidentemente para romper no campo da experiência humana a oposição entre eles. Expressão disso é que no imaginário médico permanece a idéia de contraposição excludente entre esses dois estados, normal e patológico. Ou seja, a existência do patológico pressupõe a inexistência, ainda que temporária, do normal e vice-versa, vide a persistência da idéia predominante de saúde definida a partir da ausência de doenças, apesar das inúmeras críticas a essa concepção. Mesmo para a fisiologia, embora haja a identidade entre normal e patológico, quando o segundo se estabelece o primeiro deixa de existir, ainda que temporariamente.

Com esse rearranjo epistemológico a idéia de *cura* passa a dar lugar a outros conceitos como o de *(re)solução* como intervenção solucionadora de uma alteração, um desvio em relação à norma, após a qual se restabelece o estado anterior, o normal.

O que queremos ressaltar, entretanto, é o fato de a racionalidade médica contemporânea, embora já opere com a idéia de *identidade* (no campo epistemológico) e *oposição* (no campo da experiência humana e da prática médica) entre os fenômenos normal e patológico, não ter ainda conseguido superar a idéia dos dois estados como *excludentes* no espaço-tempo.

O advento da “era das doenças crônicas” acenava enfim com uma possibilidade de superação de tal concepção, afinal os médicos teriam agora de operar sobre casos em que a doença não seria “curada” ou “resolvida”. Mantido o pressuposto de saúde e doença (ou normal e patológico) como opostos excludentes teriam de admitir a permanência dos indivíduos como doentes, ou anormais, *ad eternum*.

Frente à nova realidade, mais uma vez os conceitos operatórios se rearranjam para que o núcleo filosófico-epistemológico da racionalidade médica mantenha-se inabalado. O conceito que se consolida é o de *manutenção* que, no sentido operatório, se expressa concretamente em múltiplas resoluções parciais e temporárias como sinônimo de monitoramento/controle permanente dos desvios em relação às normas vitais estatisticamente aferidas/estabelecidas.

A adequação, todavia, entre o “mundo dos conceitos” e o “mundo da prática”, como sabemos, não se faz tão automaticamente. Para os médicos, historicamente formados para curar, ter que conviver com a doença sem conseguir eliminá-la, por vezes sem nem sequer

conseguir “controlá-la”, pode ser frustrante e desprazeroso<sup>6</sup>. Assim, a relação de *alienação* entre o médico e as novas conformações de seu objeto de trabalho, parece ser fortemente determinada pela permanência de alguns instrumentos de trabalho – na forma de categorias, conceitos, modos operatórios – bastante eficientes em períodos anteriores e insuficientes para instrumentalizar as intervenções necessárias frente à nova realidade. Exemplo de como as concepções e representações cristalizadas dos agentes acerca do mundo pode apresentar-se em contradição com a realidade concreta sempre em constante movimento (Chauí, 1984; Mészáros, 2004).

O sofrimento, todavia, em suas mais diversas apresentações concretas, insiste em escapar a tais “arcabouços conceituais”. Embora tal oposição seja inegável no plano da experiência humana, também o é, assim o demonstram os novos perfis epidemiológicos e necessidades de saúde, a unidade contraditória e não excludente entre esses dois estados, assim como a constituição de toda uma complexa gradação entre ambos que muitas vezes não podem ser apreendidas pela nosologia médica e pela fisiologia. Senão, vejamos. Poderíamos, por exemplo, sem o estabelecimento de uma série infindável de mediações, caracterizar um hipertenso assintomático, cujos níveis pressóricos mantêm-se “compensados” apenas com dieta hipossódica, sem a necessidade de fármacos, como

---

<sup>6</sup> Aqui cabe ressaltar que a essa inadequação epistemológica que se expressa em incapacidade técnica não pode ser incorrida toda a ampla gama de fatores responsáveis por produzir situações de frustração e desprazer entre os médicos. Como discutimos anteriormente isso provavelmente se expresse de forma mais importante nos médicos mais velhos, assim como naqueles localizados nas posições “mais comuns” dentro da profissão, dois critérios utilizados em nossa amostra; ou seja, esses médicos, “mais comuns”, cujas condições de trabalho corroboram para uma prática menos “exitosa” e socialmente menos valorizada, provavelmente tenderão a desenvolver mais fortemente essas reações; além disso, essas mesmas condições que impossibilitam a consecução de práticas mais integrais e “resolutivas”, submetem os médicos a situações de trabalho mais desgastantes e alienantes. Haverá mesmo médicos que, em razão de suas localizações particulares na divisão técnica do trabalho e, principalmente, em razão de relações “diferenciadas” com os meios de trabalho e com as instituições da área de saúde, poderão operar sob condições menos desgastantes, mais valoradas e, por isso, menos frustrantes. Esse “seleto grupo”, porém, que já ocupa uma posição amplamente minoritária dentre o conjunto dos médicos, em razão das transformações pelas quais passa o trabalho médico e em saúde, torna-se, evidentemente, cada vez mais reduzido.

doente? Ao mesmo tempo poderíamos não caracterizá-lo como tal, sem também recorrermos à outra série longa de mediações?

A presença permanente da doença, apesar dos cuidados de saúde crescentes, parece colocar para os agentes a necessidade concreta de se pensar a relação entre saúde e doença em outro patamar. Levantamos a questão, mesmo não podendo analisá-la em profundidade, de se, entretanto, o processo formador-ideológico dos médicos ainda não reproduz em grande parte a idéia do médico como “curador”, como agente principal de uma luta de “vida ou morte” pela “eliminação/exclusão” da doença. A prática centrada na *cura*, deste modo, própria do período de hegemonia absoluta das doenças agudas ou infecciosas, embora se transmute na concepção de *resolução*, permaneceria apreendendo/abordando de maneira ainda excludente, embora dinâmica, a relação entre saúde e doença, normal e patológico.

A nova realidade das práticas de saúde, a nosso ver, tensiona os profissionais a pensarem a relação entre saúde e doença de forma mais dialética, como uma unidade tensa e não excludente entre estados opostos, por isso não redutíveis um ao outro, ainda que permeados por inegável relação de identidade. Essa concepção está mais próxima, é verdade, das ciências e tecnologias que abordam a relação saúde-doença como processo/fenômeno coletivo como, por exemplo, a epidemiologia, para a qual o normal, longe de excluir, *contém* a doença. (Mendes-Gonçalves, Schraiber, Nemes, 1993). Nada indica, entretanto, que a apropriação de tal concepção por uma tecnologia com “olhar” individualizante sobre a saúde e a doença, como é o caso da clínica, não pudesse ser interessante para médicos e pacientes-usuários. Tal apropriação, que talvez não tenha se mostrado “necessária” para os médicos até o atual momento histórico, nos dias atuais talvez colaborasse na abordagem dos processos de sofrimento pelos profissionais de forma mais

integral, o que poderia contribuir para a construção de práticas de saúde mais voltadas para a atenuação do sofrimento humano. A compreensão de que os sujeitos podem encontrar-se potencialmente *doentes e não doentes* ao mesmo tempo, ou seja, que saúde e doença coexistem em relação permanente de tensão e identidade, relação essa constituída como permanente movimento de normatividade – instaurador de normas – que ora se expressa em maior, ora em menor condição de sofrimento frente aos desafios no “andar a vida”, essa compreensão, talvez ajudasse os profissionais, sem se ausentarem da perseguição ao “tratamento” dos pacientes, a conviverem de forma menos frustrante com a permanência de algumas “anormalidades” dos estados vitais.

Veja-se bem, não se entenda aqui alguma tendência de caráter vitalista. Um possível estado valorado positivamente na experiência humana não expressaria, segundo esses nossos apontamentos<sup>7</sup>, uma situação de equilíbrio, senão um momento sempre provisório de domínio de um pólo (saúde) sobre outro (doença) nessa permanentemente tensa e insuperável relação. Nenhum espaço aqui, portanto, para aberturas metafísicas alicerçadas na idéia da existência de possível *harmonia* na relação de indivíduos e coletivos com suas condições/modos de vida.

Estamos discutindo a consolidação de possíveis relações de alienação/estranhamento dos médicos em relação aos objetivos de sua atividade. Essa já bastante longa divagação tem o papel de embasar a idéia segunda a qual os médicos, guiados estritamente por conceitos-operatórios como os de *cura* ou *resolução*, podem

---

<sup>7</sup> É assim que devem ser compreendidas essas idéias: apontamentos; reflexões algo mais “livres” de um pesquisador frente aos seus achados de campo. Não têm evidentemente pretensão de compor uma elaboração de caráter teórico-epistemológico acerca da relação entre saúde e doença. Nossas reflexões aqui têm mais o papel, portanto, de contribuir para a explicitação dos limites da biomedicina tal qual se apresentam no cotidiano, ou seja, na forma de conflitos, crises, frustrações e, por que não, sofrimentos por parte também de seus agentes. Tal explicitação, assim, pretende contribuir para o processo coletivo que se processa internamente ao campo da saúde coletiva visando a construção de possíveis “proto-saberes” de caráter operatório voltados para a tentativa de instrumentalizar futuras práticas concretas de caráter menos alienante.

inconscientemente criar um abismo entre a perseguição ao *êxito técnico* e o *sucesso prático*, condições primordiais de legitimação social da prática médica. Ou seja, ao restringirem progressivamente sua atividade ao alcance de padrões normativos biomedicamente determinados em detrimento da atenuação do sofrimento humano, os médicos mostram-se alienados em relação ao principal objetivo de existência do trabalho médico. Afinal, concordando com Canguilhem (1995:69) “a medicina existe porque há homens que se sentem doentes, e não porque existem médicos que os informam de suas doenças”.

Não se deve visualizar nesses apontamentos nenhuma apologia a um possível “pragmatismo a-científico” como guia da prática médica. Pelo contrário, como dissemos de forma insistente e repetitiva em vários momentos desse trabalho compreendemos o desenvolvimento progressivo das ciências médicas como um fator de humanização crescente do gênero humano, sendo que tornar possível sua apropriação pelo conjunto dos indivíduos, independente dos grupos/classes sociais aos quais pertençam, é parte do movimento de tentativa de superação da alienação no atual período histórico que vivemos. Tal apropriação, contudo, deveria guiar-se sempre também pela busca de um *sucesso prático*, termo que expressa um aspecto específico relativo ao atendimento das necessidades de saúde, qual seja: a atenuação do sofrimento que mobiliza o paciente-usuário a procurar o serviço de saúde (Ayres, 2001, 2006).

Caberia, portanto, a nosso ver, tentar reconstruir práticas, e saberes, que reaproximem o médico do *telos* principal que deve guiar sua atividade, qual seja: a atenuação do sofrimento de indivíduos e coletivos.

O que parece é que essa nova realidade das necessidades de saúde abre para os médicos uma nova “janela histórica” que possibilitaria um resgate da polaridade *arte* no interior da prática. Frente à nova realidade relativamente desconhecida e ainda não

instrumentalizada, há todo um campo a ser percorrido no sentido de “dissecar” e criar saberes operatórios capazes de instrumentalizar práticas exitosas, sendo que até essa idéia de êxito poderá ser resignificada, como veremos à frente. Se os médicos serão capazes de aproveitar tal “janela histórica”... é outra questão. Assim como é outra questão se as condições organizacionais e produtivas sob as quais esse movimento apresenta-se como possibilidade não poderão servir como empecilho à sua concretização, fazendo com que essa janela progressivamente se feche... Uma coisa, entretanto, parece certa: nenhum grupo de pesquisa ou laboratório de fisiologia, genética ou farmacologia se proporá tal tarefa.

Um terceiro aspecto ainda cabe ser citado. Dado o caráter teleológico do trabalho, o médico vislumbra, antevê, os resultados de sua atividade tendo como referência os objetivos estabelecidos na forma de projeto construído a partir de sua interação com o objeto-sujeito que adentra o espaço da prática. Portanto, o reconhecimento dos produtos de sua atividade estará relacionado ao grau de adequação dos resultados ao projeto previamente formulado (Mendes-Gonçalves, 1992).

Ao se alienarem de dimensões do objeto e dos objetivos de seu trabalho, ou seja, de dimensões do sujeito concreto que o procura e seus carecimentos, os médicos construirão um projeto de intervenção cujos resultados esperados poderão vir a não se concretizarem, dado que o agente não inclui em sua atividade elementos outros determinantes da prática e, portanto, potencialmente constituintes de seus resultados. Esse, a nosso ver, é um dos aspectos que contribui para uma série de conflitos dos médicos com os resultados de sua prática como, por exemplo, a frustração com a “aderência irregular” dos pacientes às prescrições propostas. O paciente-usuário, por sua vez, como não vê compartilhado pelo médico sua série de carecimentos como definidores da prática, não se vê convencido muitas vezes a compartilhar de um projeto terapêutico que seguidamente aparece como um projeto

“do médico”. A prática, assim, se expressa em uma “crise de satisfação”, visto que os seus resultados nem satisfazem em grande parte as demandas do paciente-usuário, tampouco satisfazem as demandas postas pelo projeto do médico. Essa insatisfação do médico com os resultados de seu trabalho, a nosso ver, expressa a consolidação de relações de alienação também do agente em relação aos produtos de sua atividade.

Um último elemento ainda cabe ser citado, ainda que rápida e superficialmente, visto que o aprofundaremos em nosso próximo e último capítulo. Estamos nos referindo ao papel do *sensu comum* como forma de pensamento predominante no agir médico em sua dimensão moral de base pessoal, o que, a nosso ver, tende a colaborar muito mais para a construção de práticas de saúde reprodutoras/justificadoras dos determinantes de saúde-doença dos indivíduos e coletivos do que para a construção de práticas de sentido emancipatório, dado o caráter acrítico dominante nessa forma de pensamento. Visto que as idéias dominantes em uma determinada socialidade tendem a corresponder às relações sociais de produção hegemônicas na mesma, o *sensu comum* apresenta-se como um dos mais férteis campos para a consolidação da *ideologia*, com sua característica de discurso de caráter lacunar e reprodutor do instituído (Chauí, 1984; Mészáros, 2004).

Esse fato não é desprezível quando tratamos de práticas de saúde, ou seja, práticas sobre formas de sofrimento de indivíduos e coletividades. Visto que reconhecemos na socialidade os determinantes principais das diversas formas de sofrimento, cabe questionar se os profissionais ao atuarem tendo como guia determinada forma (*sensu comum*) e conteúdo (*ideologia*) de pensamento reprodutores dessa socialidade não estarão indiretamente contribuindo para a perpetuação dessas condições de sofrimento que cotidianamente abordam e tentam atenuar.

Tal caráter – reprodutor/justificador – longe de ser perceptível para os profissionais, se apresenta de fato inconsciente para sua grande maioria. Aqui se apresenta mais um aspecto da alienação no interior das práticas de saúde, qual seja: a alienação do médico em relação ao caráter e às determinações de ordem superestrutural-ideológica de sua prática. Parecerá aos médicos que as opiniões e comportamentos que expressa são de natureza estritamente “pessoal”, ou seja, não reconhecerão o caráter social e ideológico de suas representações e condutas, assim como suas implicações. Aqui, a alienação se expressa não somente ao nível das relações sociais e, depois, ao nível das ações humanas reprodutoras das mesmas, mas também no processo mediador de internalização inconsciente e acrítica das relações sociais pelos sujeitos (Sartre, 2002).

Esse movimento, embora hegemônico, não se apresenta evidentemente, como poderemos ver à frente, imune a contradições. Pelo contrário, essa abertura posta pelo caráter moral de base pessoal da prática médica pode também, se superados alguns aspectos de sua configuração alienante, apresentar-se como potencialmente engendrador de práticas de caráter emancipatório. O cotidiano, por ser o espaço onde os sujeitos se deparam com as determinações históricas pelas relações sociais sobre seus modos singulares de “andar a vida”, é também espaço de contradições, constrangimentos e conflitos que serão vivenciados por eles de formas muito diversas. Apresenta-se, desse modo, como espaço em que a singularidade é forma concreta não somente de expressão, mas de existência da *genericidade*. Essa relação dos sujeitos com o gênero humano, embora na maior parte do tempo apresente-se *muda*, meramente reacional, e, portanto, potencialmente reprodutora do instituído – a *genericidade-em-si* – também apresenta momentos de abertura que colocam em questão os modos predominantemente espontaneístas, pragmáticos e alienados de agir frente às diferentes situações postas no cotidiano. Aqui, abrem-se possibilidades para a

constituição de uma relação mais consciente com a socialidade, expressão da *genericidade-para-si*, ainda que embrionária e limitadamente dada a permanência fundamental das relações sociais hegemônicas, demonstrando o movimento “contido” dos sujeitos de buscarem uma vida pautada em práticas mais livres, ricas e plenas de sentido (Lukács, 1981; Heller, 1991; Antunes, 2006).

O caminhar desse processo, conformado pela tensão entre reprodução e emancipação do instituído no âmbito das práticas de saúde, encontrará sua mais complexa e rica manifestação no encontro entre seus dois sujeitos principais – médico e paciente-usuário; veremos agora que formas adquire na atualidade a dialética *humanização-alienação* a partir desse encontro.

## CAPÍTULO 6

### HUMANIZAÇÃO, ALIENAÇÃO E TECNOLOGIA: INSTRUMENTOS E ESTRANHAMENTO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

*Por me ostentar assim, tão orgulhoso  
de ser não eu, mas artigo industrial,  
peço que meu nome retifiquem.  
Já não me convém o título de homem,  
meu nome novo é coisa.  
Eu sou a coisa, coisamente.*

Carlos Drummond de Andrade (Eu, etiqueta)

#### 6.1 Trabalho Médico e Tecnologia

Ao analisarmos as novas condições nas quais se desenvolve o trabalho médico contemporaneamente, um dos aspectos que merece especial atenção refere-se à relação dos médicos com as novas apresentações tecnológicas presentes no cotidiano das práticas de saúde.

Como nos interessa analisar a possível existência de elementos conformadores de processos de alienação (*Entfremdung*) no interior do trabalho médico, ainda que em formas embrionárias, cabe reservarmos espaço especial para a análise da relação entre o agente (o trabalhador) e os meios de trabalho.

Como vimos, uma das determinações objetivas da alienação nos processos produtivos encontra-se no fato de o agente do trabalho encontrar-se subordinado ao processo produtivo, ao invés de controlá-lo. Sob relações de produção capitalistas, como sabemos, tal perda de controle está diretamente relacionada à perda da propriedade dos meios de trabalho pelos agentes. Ao perderem o controle sobre os meios necessários à

consecução de sua atividade, esta passa a se apresentar em muitos aspectos estranhada (alienada) para o agente (Lukács, 1981; Mészáros, 2006).

O aprofundamento da divisão técnica do trabalho, com a especialização progressiva dos trabalhadores, e o desenvolvimento dos meios de trabalho levam o processo de subordinação do trabalhador ao processo produtivo a uma mudança qualitativa. Com a perda progressiva do conhecimento integral acerca do processo produtivo por parte do trabalhador parcelar, é a ciência consubstancializada na forma de tecnologia que se apresenta como síntese unificadora e controladora do processo produtivo. O que o trabalhador individual perde em conhecimento passa a se concentrar no trabalhador coletivo unificado e controlado pela maquinaria (Braverman, 1987; Marx, 2001; Antunes, 2006). Essa é a transição da *subsunção formal* à *subsunção real* do trabalho ao capital, processo que consolida as bases materiais dos processos de alienação.

Essa tendência geral da conformação dos processos de trabalho à dinâmica capitalista apresenta-se, como sabemos, permeada por diversas particularidades quando analisadas em diferentes apresentações produtivas concretas.

Existe uma produção teórica razoável analisando as particularidades da conformação do processo de trabalho em saúde sob as relações sociais capitalistas (Donnangelo, 1975, 1976; Mendes-Gonçalves, 1979, 1992, 1994; Merhy, 1987, 2000; Campos, 1992, 1998, 2003; Schraiber, 1993, 1995, 2008; Peduzzi, 1998). Ressaltaremos de forma breve apenas alguns aspectos referentes à relação entre agentes e meios de trabalho no trabalho em saúde, que poderão colaborar para a compreensão dos processos de alienação internamente ao trabalho médico.

Um primeiro aspecto refere-se ao fato de as tecnologias materiais, também denominadas “tecnologias duras” por alguns (Merhy, 1997, 2000), ocuparem papel mais

limitado no trabalho em saúde do que na produção de “bens materiais”<sup>1</sup>. As tecnologias na forma de saberes exercem papel predominante na conformação das práticas em saúde, sejam os saberes ditos tecnológicos, derivados de produções científicas, sejam os chamados saberes práticos, advindos da experiência prática dos trabalhadores (Mendes-Gonçalves, 1994).

A divisão técnica do trabalho internamente à medicina e ao trabalho em saúde, como analisamos em capítulo anterior, apresenta particularidades importantes que fazem com que a limitação do campo de atuação dos trabalhadores parcelares lhes propicie, muitas vezes, uma ampliação da gama de conhecimentos acerca da área parcelar em que atuam, que passa a se apresentar, assim, como um novo objeto de atuação. Desenvolve-se uma redefinição do objeto do trabalho, algo como uma “simplificação complexificadora”; não mais o corpo integral, mas um órgão ou sistema específico passa a ser o objeto de atuação do especialista. Também a divisão entre práticas manuais e intelectuais, como vimos, apresenta-se com particularidades em relação à produção de bens “materiais”, sendo que, no caso do trabalho em saúde, a separação entre esses dois aspectos torna-se impossível em graus aprofundados.

O fato de o trabalho médico ser constituído pela bipolaridade ciência-arte coloca como intrínseca a essa prática social a existência do elemento subjetivo, reflexivo-criador com grau relativo de autonomia técnica. Consideramos que essa particularidade faz com que exista internamente ao trabalho médico um elemento contra-alienador permanente, embora com grau de hegemonia interna variável em relação às tendências geradoras de

---

<sup>1</sup> Usaremos o termo “bens materiais” entre aspas por entendermos que os produtos do trabalho em saúde, embora de natureza diferente, também se apresentam dotados de materialidade própria, ainda que muitas vezes, não palpável. Portanto, se utilizamos esse termo é pela inexistência de outro que represente melhor tal processo.

alienação, cada vez mais presentes no trabalho em geral, e no trabalho em saúde em particular, questão sobre a qual procuraremos discorrer ao longo desse capítulo.

Em relação aos demais trabalhos específicos componentes do processo produtivo em saúde, pensamos que a dinâmica propiciadora de alienação é tanto mais hegemônica quanto menos o elemento criador, subjetivo, do trabalho em ato esteja presente em relação aos processos “mecanizadores”. Ou seja, quanto menos essas práticas contenham de componente reflexivo, de possibilidade de elaboração pelo agente de trabalho de um projeto de ação comandado pelo trabalho vivo em que a subjetividade do trabalhador comande os meios de trabalho, maiores são as possibilidades de alienação no trabalho em saúde.

Vejamos como as relações entre o médico e seus instrumentos de trabalho na forma de tecnologias – equipamentos, fármacos, saberes estruturadores das práticas – podem apresentar-se, na contemporaneidade, como potencialmente estranhadas/alienadas.

Antes, porém, e correndo o risco da redundância, consideramos fundamental enfatizar o papel dos meios de trabalho nos processos produtivos, ou seja, a função de servirem de instrumentos para que o agente do trabalho consiga executar determinadas atividades, determinadas práticas. Servem, assim, de mediação entre trabalhador e seu objeto de intervenção com vistas à consecução de determinado projeto previamente idealizado pelo primeiro, daí o caráter teleológico do trabalho. Sendo instrumentos, não são dotados de centralidade ou autonomia, ou seja, encontram-se à disposição e sob controle do agente operador do trabalho. Enfatize-se também a raiz etimológica do termo “meios”, seu papel sempre de mediação para se alcançar um fim outro que não sua própria reprodução (Vázquez, 1986; Mészáros, 2006).

São vários os fatores que podem exercer papéis importantes na conformação das relações entre médicos e recursos tecnológicos. O primeiro e, a nosso ver, mais fundamental refere-se à influência cada vez mais decisiva do complexo médico-industrial e das empresas prestadoras de serviços de saúde na conformação do trabalho médico. Desde a pressão da indústria de equipamentos médicos, passando pela influência avassaladora da indústria farmacêutica, até o crescimento progressivo dos grandes grupos privados de assistência à saúde, todos constituem, na fase da medicina tecnológica, fatores determinantes no modo de operar as práticas de saúde (Polack, 1971; Merhy, 2000; Clarke et al., 2005)

No caso de nossa formação social (brasileira), como sabemos, predomina o modo de produção capitalista, sendo que a característica central desse modo de produzir é o fato de os processos de trabalho subordinarem-se a processos de valorização. Ou seja, nesse modo de produzir, processo de trabalho e processo de valorização conformam uma unidade de contrários, na qual o primeiro encontra-se subordinado ao segundo em uma relação permanentemente tensa. Assim, no modo de produzir capitalista, os processos de trabalho devem, além de produzir produtos (bens materiais ou serviços) que satisfaçam necessidades (do corpo ou do espírito) – *valores de uso* –, esses processos de trabalho devem também, e principalmente, valorizar o capital investido no processo produtivo, através da produção de *mais-valor* (mais-valia). Essa mais-valia, apesar de ser produzida e extraída no processo produtivo, somente se realiza através da venda do produto do trabalho. O elemento síntese desse modo de produzir encontra-se na forma *mercadoria*, que adquirem os produtos do trabalho, pois ela é resultado e síntese da unidade contraditória, tensa e subordinada do *processo de trabalho* ao *processo de valorização*. Valor de uso subordinado ao valor de troca, satisfação de necessidades subordinada à acumulação do capital, expressam-se assim

na forma mercadoria (Campos, 1992; Marx, 2001; Mészáros, 2002; Arouca, 2003; Antunes, 2006).

Pois bem, como sabemos, o modo de produzir capitalista é amplamente hegemônico, não somente na formação social brasileira como no mundo todo. Também sabemos que ele se faz presente, *stricto sensu*, onde exista um proprietário privado de meios de produção que empregue trabalhadores a produzir mercadorias. Porém, além das esferas da produção do mais-valor, faz-se necessária a esfera da circulação de mercadorias, na qual esse mais-valor se realiza para retornar posteriormente à produção, completando o ciclo da reprodução ampliada do capital. Portanto, faz parte da constituição desse modo de produzir a pressão pelo consumo sempre ampliado de mercadorias como forma de garantir a permanência dos ciclos de acumulação. Dessa forma o modo de produzir capitalista não se restringe às esferas da produção de mercadorias, mas passa a subsumir progressivamente todas as esferas da organização societária (Marx, 2001; Mészáros, 2002). O trabalho em saúde, e o trabalho médico em particular, como é sabido, não escapam a essa influência. Com o advento da medicina tecnológica, a medicina dos pequenos produtores privados passa a ser suplantada pela produção dos grandes grupos de medicina privada que assalariam os outrora produtores autônomos. O assalariamento médico é um dos principais sinais da subsunção do trabalho médico ao capital, mas não o único. O crescimento das grandes corporações, a concentração dos meios de trabalho em grandes redes hospitalares, o controle progressivo de empresas médicas por grandes grupos financeiros outrora alheios à área de saúde, entre outros, são todos aspectos ilustrativos de que o trabalho médico passa a ser progressivamente subsumido à dinâmica de acumulação capitalista (Polack, 1971; Donnangelo, 1975; Nogueira, 1979; Possas, 1981).

Mesmo setores em que não predomina a produção de mercadorias, como o setor estatal, dificilmente consegue-se escapar do “mar de determinações” que são as relações sociais capitalistas. Existe uma produção teórica razoável ilustrando como o modo de produzir mercadorias adentra a esfera estatal e passa a conformar o modo de produzir serviços de saúde. Expressões desse processo são, por exemplo, a implementação de mecanismos de heterogestão seguindo os preceitos da Organização Científica do Trabalho (OCT), a conformação dos produtos do trabalho na forma de procedimentos – expressão da forma mercadoria no trabalho em saúde –, entre outros (Campos, 1992; 2003; Cecílio, 1994; Merhy, 2000).

Dessa forma, muitas relações, atores, intermediários, exercerão influência importante na forma como os médicos se relacionam com seus instrumentos de trabalho, sejam aqueles objetivados em equipamentos, sejam aqueles na forma de saberes e técnicas. Como poderemos ver nos trechos de relatos a seguir, tal ordem de determinantes contribuirá para que tal processo se constitua de forma permanentemente conflituosa e nada harmônica.

## **6.2 Desenvolvimento Tecnológico e Transformações da Prática Médica: os homens práticos e a ciência**

Quando os médicos tratam do tema dos recursos tecnológicos em medicina, um primeiro aspecto que se destaca é a ênfase dada ao avanço propiciado pelas novas tecnologias em relação a períodos anteriores onde tais recursos eram significativamente mais limitados. Como os sujeitos constituintes de nossa amostra são médicos com mais de duas décadas de carreira profissional, são descritas nos relatos diversas transformações de

ordem tecnológica que foram por eles vivenciadas e que dão uma mostra da importância de tais impactos ao nível do trabalho e da assistência em saúde.

*Se houve um grande avanço na especialidade, como um todo, foi a facilidade que se tem com os exames complementares hoje, e eu dou o exemplo de dosagem hormonal. Se você quisesse, na década de 80, fazer uma dosagem hormonal de FSH, por exemplo, na rede estadual: você solicitava o exame, o laboratório comprava um kit, o kit fazia 15 exames. Tinha que fazer 15 coletas para aproveitar o kit, então demorava. Você pedia um FSH hoje, e ia ficar pronto só 3 meses depois. Não tinha acesso, por exemplo, à rede pública. Hoje, se você pede um FSH na unidade de saúde, demora 3 dias. Então esse acesso da tecnologia no diagnóstico que facilitou bastante.*

*Eu me lembro muito bem disso, em 76, o primeiro caso que eu tive que eu publiquei no [Nome de periódico ininteligível]. Para você comprovar que os dois ovários estavam aumentados, você tinha que fazer primeiro um pélvico por planigrafia. Era uma coisa totalmente do arco da velha! Hoje tem ecografia aí fácil. É praticamente fácil.*

*Então, eu acredito que teve, na ginecologia, mais o avanço na parte diagnóstica. Isso teve, sem dúvida nenhuma. Histeroscopia... Tudo isso aí então facilitou. Ressonância, tomografia. Fazer diagnóstico de hiperprolactinemia, de microadenoma, macroadenoma ficou uma coisa rotineira hoje, e antigamente era difícil. (Dr. Armando)*

*Então, hoje a vida do médico em termos de diagnóstico ficou bastante simplificada, com o avanço da tecnologia. A técnica cirúrgica também se beneficiou muito desses avanços. Hoje pode se operar com segurança e com facilidade e com bastante comodidade e vantagem para o cliente do que se fazia antigamente. Só para te dar um exemplo, a cirurgia de hérnia de hiato de esôfago que era muito comum, antigamente você tinha que abrir desde o tórax até o abdômen para fazê-la, era uma incisão enorme, imensa, que exigia cuidados extraordinários tanto do anestesiolegista como do cirurgião, era difícil o acesso. E hoje se faz por vídeo, sem riscos, sem grandes incisões e podendo ir para casa até no próprio dia que faz a cirurgia. Então, coisas que antes demandavam 15, 20 dias de cuidados pós-operatórios, hoje com 12, 15 horas, no máximo 24 horas a pessoa está trabalhando. (Dr. Luiz)*

Aparecem, desse modo, de forma importante nos relatos, referências ao processo de facilitação do trabalho médico pelos novos recursos tecnológicos. São feitas referências à simplificação dos processos diagnósticos e terapêuticos e às suas conseqüências ao nível do agir médico, aos graus de reflexão e dedicação exigidos, assim como às repercussões de tais transformações nas relações entre o médico e seus meios de trabalho e entre o médico e o usuário dos serviços médicos.

*Você não tinha tudo quanto é exame, então você tinha que fazer um diagnóstico clínico mesmo, examinar o seu paciente. Era obrigado! Não tinha conversa! O máximo que se tinha era raio-x, e raio-x não ajudava muito. Raio-x ajudava no pulmão. Daí você tinha que ter uma acurácia no exame físico do paciente. Com o advento de toda essa parafernália tecnológica, você deixou de se aprimorar no exame físico do paciente, não é? Isso foi esquecido e é básico. (Dr. Armando)*

*Hoje chega o cara no teu consultório dizendo que está com chio no peito, em vez de você auscultar se é sibilo, se é ronco, se é produtivo, se não é produtivo, com estetoscópio, você manda tirar um raio x. E eu acho que isso na realidade é um detrimento em relação à qualidade de cada um, no sentido de desenvolver aquela capacidade que ele tem de fazer uma comprovação do exame diagnóstico através de um exame físico e um exame complementar. Hoje está mais fácil. Tanto o raio x, que é uma coisa que existe há 200 anos e foi aplicado na área médica de 150 anos para cá. Se você pedir hoje um raio x de tórax é muito mais fácil do que você ficar pensando – será que o cara tem atelectasia no lobo superior? Será que ele tem derrame, infiltração? Tem um espessamento de pleura na região média do tórax, algum lobo pulmonar que está comprometido? Mediastino com algum problema? – , então você não faz hipótese diagnóstica, já manda fazer um raio x. E isso é essa vulgarização e institucionalização da medicina que veio tomar conta. (Dr. Vinícius)*

*Antes tinha que depender de tempo de observação, de muito raciocínio, de muita atenção em cima do doente para fazer um diagnóstico que nem sempre você fazia a tempo de salvá-lo. Hoje a tecnologia te permite detectar precocemente uma situação mórbida e que te dá tempo de intervir com sucesso. Isso que mudou. (...) Era muito difícil. Você tinha que ter muito conhecimento, estudar muito e ter muita atenção para com o paciente. Hoje o médico já não precisa ter tanto contato com o paciente, porque os exames falam mais do que o próprio paciente. Você por exemplo pode se queixar para mim de uma dor de cabeça, falamos o dia inteiro da tua dor de cabeça e uma simples ressonância magnética me diz o que você tem, em um instante. (Dr. Luiz)*

O fato de a medicina, principalmente a partir da 2ª guerra mundial, ter conquistado importante legitimidade social com os sucessos advindos das intervenções guiadas pelas recentes produções científicas e tecnológicas colaborou para que os médicos fossem progressivamente elevados do status de trabalhadores práticos para algo como “trabalhadores científicos”. A relação entre os médicos e a ciência encontra-se enraizada no imaginário da população, e dos próprios médicos, em um nível bem mais profundo do que em outras formas de trabalho, mesmo intelectuais. Importante ressaltar que a utilização da ciência – tal como a conhecemos – após a chamada revolução científica moderna nos

diferentes processos de trabalho em níveis cada vez maiores e mais profundos é característica central do modo de produção capitalista. Poderíamos mesmo dizer que são numericamente desprezíveis, caso existam, as formas de trabalho atuais que não se utilizem de alguma apresentação científica em sua execução. Porém, talvez em nenhuma dessas inúmeras outras formas de trabalho a ciência se apresente tão visível e central, aos olhos do senso comum, quanto no trabalho médico. É, em grande parte, esse postulado caráter de “eficiência”, “veracidade” e “neutralidade” científicas que confere à medicina – e aos médicos – a legitimidade social necessária à consecução de suas práticas (Good, 1994; Mendes-Gonçalves, 1994; Ribeiro, 1995).

Essa ultra-valorização da dimensão científica do trabalho médico acaba por quase encobrir um aspecto óbvio, porém fundamental: o fato de os médicos não se constituírem como produtores de ciência, mas como aplicadores de suas expressões consubstancializadas na forma de tecnologia faz deles trabalhadores práticos ao invés de cientistas.

Camargo Júnior (2003) baseando-se em Fleck (1979) caracteriza o nível de acesso ao conhecimento científico dentro de um dado coletivo de pensamento, ou de uma comunidade produtora-circuladora de informações científicas, em dois grandes níveis: o círculo esotérico e o exotérico. O primeiro seria composto por experts especializados, que produzem conhecimento e divulgam-no através de livros de referência e revistas técnicas, e experts generalistas que também produzem e acessam essas informações, porém em um nível menos profundo como, por exemplo, através de manuais básicos (conhecimento consolidado) em suas áreas de atuação. Já o círculo exotérico seria composto por leigos educados, ou seja, sujeitos que acessam periódicos de ciência popular, correspondente ao conhecimento consolidado e sistematizado para mais fácil compreensão e utilização prática. O autor defende a idéia de que as várias fontes teóricas que conformam o campo das

ciências médicas – farmacologia, imunologia, microbiologia, epidemiologia etc. – somente são acessíveis aos médicos praticantes na forma de conhecimento aplicado, ou seja, esses se apresentam como leigos educados e aplicadores dessas apresentações científicas, não possuindo capacidade de discernimento ou crítica acerca das produções nessas áreas.

Essa análise é coerente com o pressuposto em que nos amparamos de que o elemento criador, subjetivo do trabalho médico não se encontra em seu pólo científico, mas em sua outra polaridade, a da arte. O aspecto criador do trabalho médico encontra-se na riqueza e complexidade que envolve a produção do projeto de intervenção – a teleologia – e a manipulação dos diferentes instrumentos de trabalho (entre eles os recursos científico-tecnológicos) com vistas à consecução da intervenção sobre seu objeto (Freidson, 1970; Good, 1994; Schraiber, 2008).

Ao se constituírem como aplicadores, e não produtores, da ciência presente nas apresentações tecnológicas, os médicos se deparam com questões como a da eficiência das novas produções tecnológicas e os critérios para empregá-las. Com o nível aprofundado em que se encontra a divisão social e técnica do trabalho na sociedade, os trabalhadores aplicadores das produções científicas e tecnológicas dificilmente possuem conhecimento e domínio acerca dos processos e métodos utilizados pelos outros trabalhadores, nesse caso os cientistas, fazendo com que o reconhecimento a priori da eficiência e segurança de determinado recurso tecnológico não seja tão simples. Será que essa dificuldade poderia diminuir ou relativizar a capacidade de controle desses recursos pelos médicos? Essa questão se coloca de forma especialmente importante no caso da utilização, por exemplo, dos novos fármacos permanentemente produzidos e divulgados pela indústria farmacêutica. Caberá aos médicos em seu cotidiano decidirem qual recurso utilizar e em quais circunstâncias.

### 6.3 Fármacos e Estranhamento no Trabalho Médico

Discutamos, pois, um pouco mais a importante e contraditória relação dos médicos com a permanente e dinâmica produção de novos fármacos disponíveis na assistência em saúde.

Os fármacos, como sabemos, constituem-se em importante e talvez principal instrumento de trabalho médico há mais de um século, embora tenha sido com o fantástico desenvolvimento científico-tecnológico da farmacologia moderna a partir da segunda metade do século XX que esses recursos tenham sido elevados ao papel de centralidade que ocupam atualmente nas práticas em saúde (Vianna, 2002). Desde a medicina grega, passando pelos físicos na idade média, até os clínicos modernos que adentram o século XX, o fármaco foi compreendido como *um* aspecto do tratamento das diferentes condições significadas como enfermidades. Nem sequer havia a associação direta entre os termos remédio e fármaco. As abordagens clínicas dos casos de adoecimento conformavam-se por uma série de elementos, a depender das condições históricas existentes, que iam desde a reavaliação e intervenção sobre a relação (“de equilíbrio”) do indivíduo com seu ambiente – no caso da medicina grega – passando pela importância dada à dimensão espiritual – no caso da medicina da crise dos físicos medievais – até as recomendações de mudanças de aspectos do cotidiano dos enfermos, no caso dos médicos clínicos nos séculos XVIII e XIX. É com a moderna fisiopatologia e o conseqüente desenvolvimento farmacológico que praticamente toda a prática médica passa a ser dirigida para a intervenção sobre os aspectos anatômicos do corpo, seja a intervenção mediada através da ação farmacológica, seja a ação manual direta, através das cirurgias.

A centralidade ocupada pelo fármaco desenvolve-se de forma concomitante e interdependente ao desenvolvimento da indústria farmacêutica que, como sabemos, já se apresenta como um dos principais ramos industriais existentes atualmente, contribuindo de forma importante com a reprodução e acumulação ampliada do capital<sup>2</sup>. Assim, do fato de o fármaco apresentar-se na modernidade na forma *mercadoria*, e sua utilização estar diretamente relacionada à reprodução do capital, decorre que o ritmo da produção de novas drogas passa a se conformar diretamente relacionado não somente às necessidades assistenciais em saúde, mas também (e principalmente) às necessidades das empresas do setor (Vianna, 2002). Terão os médicos, desse modo, que lidar cotidianamente com o ritmo produtivo frenético desses recursos tão utilizados em sua prática, ritmo impulsionado por determinações “extra-técnicas”.

*E tem os remédios novos, tem demais. E no final, se você vai ver, pertencem todos quase à mesma classe. Quase todos fazem o mesmo efeito. Chegou um ponto que... Eu, por exemplo, neste último ano estou muito voltada para o negócio da aids, e cada vez mais remédio. O que eu quero, quando o paciente me diz: - Ah, fulano me prescreveu tal. - Eu digo: - Qual é o nome químico, o nome que está embaixo? - porque eu não sei mais o nome comercial de quase nada. Tudo quanto é substância hoje em dia tem trocentos nomes comerciais. Antigamente era fácil. - Ah, eu estou tomando bactrim. - Eu sei que é sulfa. Agora tem milhões e você não sabe o quê que é! E lançam toda a hora; fora os tradicionais, que tem milhões de similares, ainda lançam remédio novo toda hora. Mas claro que eles lançam. Aí é a pressão econômica: “quanto mais novo, melhor.” Então vamos prescrever.  
(...) Então, isso é mais uma coisa que influencia para a especialização, porque você acaba sabendo o básico, que é o que resolve a grande maioria dos casos. O básico resolve a grande maioria dos casos, mas você acaba se aprofundando num ou outro aspecto. Claro, tem aquelas cabeças privilegiadas que realmente sabem tudo, mas a maioria das pessoas não é assim, não é? Os normais não conseguem, viajam. Eu, deus me livre! Chega uma hora que eu não sei mais o que é aquilo. Realmente eu tenho que ver o que é a substância. (Dra. Marina)*

---

<sup>2</sup> Para todos os efeitos estamos desprezando aqui a produção farmacêutica sob controle estatal visto que sua participação se restringe a uma esfera bastante reduzida da produção geral, além de exercer pouca importância nos rumos das ações empreendidas pela indústria farmacêutica como um todo. Inclusive, ressalte-se, grande parte da atuação estatal nessa área ocorre em co-participação com o setor privado, servindo muitas vezes mais como “alavanca” do que como empecilho à acumulação do capital.

*É uma babilônia! Pode pegar aquele def<sup>3</sup>. O que tem hoje de anticoncepcional! Daí você fala: – Não queiram saber todos. Escolham um, pelo sal, e fiquem com esse. É lógico, à medida que o cara tem vivência... Aqui, todo o dia recebe propaganda, então a gente acaba gravando, não é? Mas tem muito mais nomes de uma mesma substância do que você pode gravar. Você escolhe um ou outro, não é? Veja: tinha o ovestrion, que é o estriol. Estriol a gente usa como repositor vaginal porque ele não tem efeito proliferativo; o pouco, a maneira... De endométrio e de mama, e só tinha esse ovestrion, que é o nome comercial. Era só o estriol – só tinha esse –, e agora não. Agora lançaram... eu esqueci o nome do remédio. Ontem tinha na sala o do biolab. É igualzinho, mas bem mais barato. Aí eu fui olhar no armário ontem e só tinha esse novo (é um nome bem curtinho). Hoje a marca chega... Quer dizer, é a concorrência. Saiu um novo, mais barato, mas nunca tinha amostra do medicamento! Eu pedia de joelhos e os caras não me arrumavam! De repente, está cheio lá o armário! É, veio o outro, concorrente, não é? Então... A indústria farmacêutica ganha dinheiro. E ganham em cima disso, não é? (Dr. Antônio)*

Ao aumento da produtividade dos fármacos pela indústria farmacêutica deve corresponder evidentemente uma ampliação da prescrição e do consumo dos mesmos pela sociedade. Muitas vezes tal ampliação da prescrição e consumo desenfreado de fármacos, é descrita pelos médicos contrariando inclusive as diretrizes operatórias para os casos clínicos, ou seja, a utilização dos fármacos em contradição com o que seria compreendido como “boa prática clínica”.

*E outra coisa que eu vejo cada vez mais é o pessoal... Escreveu, não leu e continua: “– Vamos dar antibiótico. Vamos dar antibiótico para a angústia do paciente.” Anteontem a sobrinha de uma amiga com quadro de sinusopatia, mas assim: “– Catarro colorido? / - Não. - / - Dói a cabeça, uma pressão...”. Fiz orientações gerais, mas ficou agoniada e foi no otorrino, que nem radiografou, nem fez coisa nenhuma. Primeiro vê se sai secreção; às vezes só drenando já... Faz uma inalação quente, já sai, não é? Agora estava vindo para cá, um paciente que estava com uma dor na região intercostal, foi no médico.”– Ah, deu um antiinflamatório, que eu não lembro o nome, e avalox; e pediu um raio-x.” Eu disse: “– avalox para quê? Para que dar antibiótico? Está com febre? / – Não. / Então não toma, ué! Faz o raio-x e observa.” O que eu penso? Paciente HIV com dor intercostal é herpes. Vê se vai aparecer bolinha... Ou é uma distensão ou é herpes zoster. Não tem o que ver. “– Observa se aparece alguma coisa, faz o raio-x e me liga, mas não toma avalox!” Para quê dar antibiótico? Porque quer que o paciente saia... Eu não sei se vende mais porque é fresquinho ou se é fresquinho porque vende mais. O paciente reclama que sai sem medicação – médico bom é aquele que medica; daí o médico medica sem necessidade e entra nessa roda viva. Pra quê?*

<sup>3</sup> Dicionário de Especialidades Farmacêuticas.

*O uso, até escolhendo bons antibióticos, prescrevendo direito, só que... sabe se precisa? Você convencer um paciente, que nem esses negócios da toxo, que eu te citei, que ele não precisa tomar remédio, é duro!*

*A gente tem muito... quer ver um exemplo? Paciente que vem com IGG positivo para citomegalovírus. Pediu exame porque teve sei lá o que e veio lá tudo normal, mas veio com o IGG positivo. Aí você vai explicar que 70% da população têm aquilo positivo, que ele adquiriu na infância a doença, só que o primeiro médico que pediu esse exame disse que aquilo era muito grave e que ele tinha que tomar remédio. E daí? Você explicar que aquilo ali não comprometia, que ele não vai ter risco, que ele... Olha! E muitas vezes esse paciente vai embora e nunca mais volta! Ele não acredita em você. Agora, se você vai lá e dá o remédio, seja o que for, se eu desse um antibiótico – ele não tem noção do perigo do antibiótico – ele ia sair feliz da vida.*

*Herpes. Hoje veio um aqui: “– Ah, eu tenho herpes.” Você vai ensiná-lo a conviver com herpes porque não tem como curar herpes. Eu também fico indignada! [Risos] É muito engraçado. Ah, mas eu, certas coisas, eu não abro mão. Eu digo: “– Ah, vai tomar banho!”*

*(...) Eu não estou dizendo que seja um horror, mas eu vejo muito isso: o pessoal medicando muito, sem necessidade. Eu acho que tem a ver com formação, com exemplo – com pressão de tudo. Internet, a mídia. Você vê falando de antidepressivo em reportagem, filme. A internet é muito boa, mas por outro lado o pessoal vai lá, consulta e acredita em tudo quanto é boato. (Dra. Marina)*

Não é de se impressionar, portanto, que a influência exercida pela indústria farmacêutica sobre a conformação do trabalho médico, através dos mais diversos mecanismos, aparecerá com destaque nos relatos. Desde a “tradicional” abordagem dos médicos pelos laboratórios através de propagandas, financiamentos de congressos, brindes, amostras, até a pressão indireta realizada pelos usuários dos serviços de saúde que recebem grandes cargas de propaganda através dos mais diversos canais da mídia impressa, televisiva, eletrônica etc. Além dessa pressão “mais tradicional”, também não são incomuns relatos acerca da existência de relações comerciais estabelecidas entre médicos e laboratórios farmacêuticos. Com efeito, frente à consolidação desse importante intermediário no interior de seu trabalho, os médicos dividem-se (melhor seria dizer alternam-se) entre a adesão e a resistência à forte pressão exercida pela indústria farmacêutica.

*E outra coisa que eu vejo muito e que eu não vi nenhuma entidade médica ou de farmácia reclamar é, muitas vezes, reportagens em revistas de nome – Isto é, Época, Veja – falando em determinado remédio. Eu já vi isso com tudo quanto é classe de remédio, na Folha de São Paulo, tudo, inclusive com anti-retroviral. Chega lá e diz: “– Lançado tal remédio, que é maravilhoso.” Aquilo é reportagem paga e eles não colocam! Eles tinham que pôr! Deviam ser obrigados porque é propaganda, e falam como se aquele remédio fosse melhor que os outros. Aí os pacientes dizem: “– Doutora, disseram que agora lançaram um remédio que é melhor que os outros.” Eu digo: “– Olha, melhor ou pior é relativo, porque pra cada pessoa vai ter... Se você está tendo uma resposta boa com esse que você está tomando, para que você vai querer trocar? Guarda esse para depois. E o fato desse ser um bom remédio não quer dizer que ele substitui os outros.” Porque eles dão sempre a entender que aquele é melhor e que vai substitui todos os outros, e não é verdade porque continua tendo que fazer parte de um esquema composto. E isso eu vejo toda hora! Eu não sei como é que pode. Ninguém reclama! Nenhuma entidade reclama e fica lá. Pra mim é explícito aquilo. Se você é profissional de saúde, você tem discernimento. Agora, se você é um paciente que tem aquela doença, você vê aquilo e quer tomar aquilo. E sem necessidade, não é? (Dra. Marina)*

*A indústria cria o medicamento. A propaganda faz com que o médico receite. (...) Essa influência da indústria farmacêutica sobre o médico é terrível, porque essa é essencialmente prejudicial. Uma briga de – use o meu produto e não o do vizinho, do meu concorrente. Então, para isso eu te ofereço tais e tais vantagens -, é claro que o concorrente também está sabendo o que oferecem para você e vem igualar a oferta ou aumentar. Então, o médico sofre o aliciamento das marcas. E isso é uma técnica comercial, é uma prática comercial da qual ninguém escapa. Beba Coca Cola ou beba Pepsi Cola... isso é propaganda que depois vai induzir a que consuma este ou aquele produto. Compre farinha de milho tal, de tal marca... (ri) E isso é o que se passa com os medicamentos, o vestuário, os calçados, os liquidificadores, fabricantes de máquinas de lavar... se passa com os medicamentos, igual. A técnica comercial é igual, não muda. Você é induzido também, pela propaganda, a consumir mais essa ou aquela marca. Às vezes é oferecida vantagem para você, para preferir tal ou tal marca. Tem médico que viaja pelo laboratório, porque ele receita bem os produtos daquele laboratório. O laboratório paga para ele uma viagem para o exterior, ou dá para ele uma benesse qualquer aí, que você nem sabe qual é. Como existem os médicos pagos pelos laboratórios para sair por aí fazendo conferências, dizendo o que? Que aquele produto é excelente. Existe essa prática, é inegável. Do ponto de vista legal é correto, do ponto de vista ético é discutível. Para você saber a diferença entre uma coisa e outra tem que ver, e até lá a coisa já se passou. (Dr. Luiz)*

*Mas eu acho que deve ter alguma coisa errada. Eu nunca vi tanta farmácia na vida como tem em Curitiba. (...) nunca foi tão grande. Então, essa é a cultura, você criou essa cultura. A cultura do remédio e do exame. Então, para a prática médica, isso daí tem uma influência de dentro da prática médica. Então, você vai se especializar cada vez mais, porque você vai tratar com um grupo reduzido de medicamentos, um grupo de exames cada vez mais sofisticados para fazer o diagnóstico. E uma sociedade absolutamente doente, porque para ter essa quantidade de farmácias aqui, tem que ser muito doente. (...) Não, sem contar... você não imagina o que os caras te dão ‘de presente’... Eu que trabalhava em uma área como a infecto, você imaginar que o fuzeon, que é a enfuvirtida que é a droga injetável que você toma duas doses por dia e que o custo*

*anual dela era 17.600 dólares, o remédio mais barato. Tirando os mais antigos, que já estão com patente quebrada, que os caras já produzem, que você compra do laboratório público, que o custo anual é 600, 700 dólares. Os remédios novos é 3.000, 3.500 dólares por ano. Então, um tratamento, você pode gastar em um paciente que toma fuzeon mais de 20.000 dólares anuais. É uma pressão que... os caras viajam para congressos, você acha que os caras vão pagar do bolso deles? Não vão. Poxa, eu vou dizer a você... então, tem paciente que não tem mais remédio. Então, tem um estudo de uma droga nova... o cara vai lá. Eu encaminhei vários e o cara um dia me telefona lá... – tem dinheiro para você receber, dos pacientes que você encaminhou, os pacientes que você encaminhou para estudo -. Aí você vai ver lá... acho que foram 2 pacientes e eu tinha R\$ 1.600,00 para receber... que eu deixei lá – não, eu não vou receber coisa nenhuma! Não estou mandando para fazer isso. Estou mandando porque os pacientes precisam, porque não tem mais chances -. Mas tinha caras lá que era um plus a mais, eles iam lá e o negócio dele era encaminhar os pacientes. (Dr. Marcos)*

Para além dos vínculos comerciais algumas vezes existentes, na maioria das vezes implícitos, entre médicos e indústria farmacêutica, como os acima citados, os relatos são ricos principalmente em descrições de conflitos vividos cotidianamente por esses agentes em relação à definição dos melhores recursos terapêuticos para a abordagem de cada caso.

Como qualquer mercadoria, além de possuir valor de troca, um fármaco precisa possuir valor de uso, ou seja, precisa satisfazer alguma necessidade prática, ter alguma utilidade. Aqui aparece uma primeira peculiaridade dessa forma bastante particular de mercadoria. Diferentemente de outros produtos, nem sempre a utilidade dos fármacos apresenta-se tão óbvia e inquestionável. Em tempos em que grande parte das intervenções médicas é voltada para a “manutenção” de casos crônico-degenerativos, os critérios de aferição da utilidade/segurança de determinado fármaco, principalmente quando comparado a outro pré-existente, não é tão público quanto o é no caso de outras mercadorias, nem sequer para a maioria dos médicos.

A pesquisa há pouco citada (Camargo Júnior, 2003) procurou, através de entrevistas com médicos atuantes em hospitais universitários, analisar os critérios utilizados pelos profissionais para o emprego de novos fármacos em sua prática cotidiana. Um dos aspectos

importantes dos resultados do estudo é o fato de os médicos, em sua maioria, reconhecerem não possuírem capacidade de discernimento em relação à eficiência dos novos fármacos. Essa incapacidade deve-se, segundo os relatos, tanto à ausência de tempo e disponibilidade, devido à carga de trabalho, para dedicarem-se a atividades de estudo – o chamado processo de atualização permanente tão citado e idealizado pelos médicos – e pesquisa, quanto à ausência de domínio sobre instrumentos de avaliação de trabalhos e artigos científicos. Pôde-se evidenciar que os médicos utilizam-se muitas vezes de critérios nada “científicos” para subsidiar as decisões acerca do emprego, ou não, de determinado recurso terapêutico.

Uma das saídas é tentarem se utilizar de mecanismos validadores externos à prática médica para avaliação das produções científicas. Aí geralmente aparece a questão da confiabilidade dos mecanismos validadores: em quais fontes, estudos ou revistas científicas confiar? A partir dessa necessidade desenvolve-se uma miscelânea de critérios utilizados, dentre eles os mais citados foram: o recurso a estudos presentes em alguma “fonte confiável”, como uma revista científica renomada, por exemplo; a presença de patrocínio explícito de laboratórios nos estudos; a presença de resultados “exageradamente” bons nos estudos realizados, entre outros.

Em nossa pesquisa tal forma de proceder também pôde ser evidenciada. Nos trechos abaixo nossos entrevistados dão uma mostra das crises cotidianas enfrentadas pelos médicos em virtude da gama massiva de novos fármacos lançados frente às condições cada vez mais difíceis de conhecimento, discernimento e controle sobre os mesmos pelos agentes de trabalho. Também descrevem as formas que utilizam como tentativas de se manterem “atualizados”, deixando explícito o incômodo com tal dificuldade, mesmo quando argumentam conseguirem tal feito de forma permanente.

*Nos artigos tem o papel dos laboratórios também. Mas a gente tem que descontar, porque tem o interesse deles. Mas normalmente eles... Você vê, agora mesmo eles soltaram, a Calipso, um livrinho de gineco, de atualização. Os caras chegam: “– Ô, bacana isso aqui!” É uma atualização sem interesse. Lógico que tem. É com a grana deles, com o patrocínio deles, mas isso tem que dar desconto. Resumo de congresso, por exemplo, eles pagam. Eles querem a propaganda, mas o resumo é objetivo, não é? O que eles tiram dali é o resumo de congresso. E a gente sempre tem. (Dr. Antônio)*

*A produção dos artigos foi uma coisa que explodiu hoje em dia. A gente até estava comentando nas aulas, o pessoal não tem, você tem que buscar... Quando a gente fala de revisão sistemática, de metanálise, você tem que buscar em várias fontes resultado negativo. Por outro lado, ninguém publica resultado negativo. Então até que ponto você pode também confiar?*

*É uma loucura! A gente procura estar sempre acessando os sites das revistas que são teoricamente confiáveis, [risos], com produção. Fora isso tem a sociedade internacional de aids, tem o próprio ministério da saúde nosso aqui, que é bem bom, bem atualizado. E a gente vai atrás de revista médica. Tem o Jornal da Aids, tem o Aids, tem o Lancet das Doenças Infecciosas – o próprio JAMA publica muita coisa também. A gente acha que são confiáveis. Tem o New England... Apesar de a gente saber que também pode publicar besteira. É um risco que às vezes você corre. Tem que estar sempre atrás porque muda tudo. Agora, por exemplo, já está mudando de novo pela sociedade internacional de aids a indicação de começo de tratamento. [Risos] Aqui ainda vai demorar um pouco, mas é muito engraçado! Vai e volta, vai e volta.*

*Existe um consenso, que é refeito a cada ano, basicamente. E, às vezes, sai duas vezes por ano, quando é um ano que sai muito remédio, muita coisa nova... é pelo menos anual. O negócio anda rápido na aids, não é. Eu sempre que eu dou aula, eu digo: “– Eu estou falando isso pra vocês agora. Daqui a algum tempo vocês procurem se atualizar. De repente vocês vão dizer que eu estou louca, e não, é porque mudou o consenso”.*

*E além das revistas, tem congressos também, aids tem muito congresso durante o ano. Tem sempre um congresso internacional, tipo mundial. Internacional não, mundial. Esse ano, por exemplo, foi o Congresso Mundial e ano que vem, vai ter o da Sociedade Internacional de Aids. É cada ano um. Fora isso, tem o Congresso de Retrovírus, tem Congresso de Efeitos Adversos de antiretrovirais, tem de antimicrobiano e antiretrovirais, tem o Congresso Europeu de Aids. Olha, durante o ano, são uns 5 ou 6 congressos que tem coisa de HIV – daí a coisa mais nova. E você tem acesso aos abstracts pela internet, é o jeito para você ficar atualizada, não tem outro. Eu dou uma peneirada no que vem, o título, o que fez e se é uma coisa que me interessa, porque tem muita coisa repetida também. Acaba tendo muita coisa repetida ou então de virologia básica. Aí eu não vou nem entender aquilo que eles estão falando.*

*Então você tem que dar uma peneirada. O que foi? Como é que é o desenho? Tenta ver a descrição do estudo, se te interessa ou não. Lê o resumo e se interessa pega o trabalho inteiro. Não dá pra ler o trabalho inteiro, tudo isso, porque senão você fica louco, não é? E isso só de aids! É um horror! Volta e meia eu junto pilhas! Eu estou com uma pilha assim para eu ler, porque não tem dado tempo. Daqui a pouco eu vou lá e... Dá um sossego, eu vou leio, leio, leio. Vejo jornal, o que me interessa. Aí a pilha foi. Esvazio pilha velha. Eu dei uma limpa ali na minha papelada. Não parece, mas eu dei uma arrumada. [Risos] tem coisa velha que eu guardo. Na hora: - Ah, isso aqui é interessante. Eu vou guardar porque eu vou usar - Daqui a pouco, daqui a três anos aquilo não serve mais. É duro! [Risos] Eu sou a alegria dos catadores de papel.*

*E quando eu estou lendo esses artigos, tem coisa que não parece confiável, é uma amostra viciada, claro. Você vê o desenho do estudo, vê aquilo limitado, falseado e compara com coisas diferentes. Têm várias 'mutretas'. Tem que cuidar, principalmente se for trabalho que é patrocinado por laboratório. Tem que ficar de pé atrás. E tem bastante na aids, e interessa, porque trabalha com droga nova, acaba interessando. Que nem eu, com esses pacientes; aqui para o Brasil, eles trazem estudos – até porque o ministério exige que faça pesquisa clínica aqui, só que aqui, pesquisa quase 3, 4 para liberar o remédio. Já foram lançados no exterior, já fizeram pesquisa; são feitas pesquisas aqui, só que há uma oportunidade. Aquele paciente que já usou, que está falhado pra tudo quanto é remédio que a gente já dispõe, vai ser testado na pesquisa com remédio novo; é a chance para ele. E como eles querem ter uma boa resposta, além do remédio daquele laboratório, que está patrocinando aquela pesquisa, disponibiliza pelo menos um outro laboratório para o tratamento ser eficaz. Então, para o paciente... Eu tenho paciente que já estava ali, com o 'pé na cova', literalmente, e que está muito bem, 'saracoteando' para lá e para cá. É importante, ele participar é importante. São pesquisas autorizadas pelo CONEP.*

*Mas, você acha que eles vão dar muita ênfase, se o remédio provar ser pior que o outro? Eticamente, eu sei que meu paciente está resguardado. Já aconteceu numa pesquisa, que mostrou que aquela dose não era boa, e todo mundo mudou de dose durante a pesquisa. Agora, por exemplo, se o remédio for pior que o outro, você acha que eles vão... Eles vão mudar, vão trocar, vão mudar a dose. Se for pior, você acha que eles vão publicar? Não vão publicar! Foi feito? Foi! Mas não vão publicar, você só vai achar isso numa nota de bula, onde tem aquela letra micro, desse tamanho, que o estudo número tal mostrou que ele foi inferior e não sei que. Aí você tem que confiar em algumas pessoas, em alguns professores. Tem um professor da John Hopkins que faz umas análises e pega mesmo; ele descasca os negócios, então... [Risos] Porque ele tem tempo para ir atrás desses trechos. Então a gente tem sempre que desconfiar, não é? É aquela história que eu já tinha falado: cadê o resultado negativo? Não é fácil. Imagina em outras áreas!*

*(...) Para nós, pelo menos, os novos remédios não saem como uma grande panacéia, sai como um remédio muito bom e eles tentando provar que é melhor que o outro com quem ele concorre na mesma faixa, entendeu? Então tem sempre assim: dois que concorrem na mesma faixa, um tentando provar que é melhor que o outro. Mas aí você vai ter, espera-se, acesso aos trabalhos, vai ter bom senso. E a tal história: o que mostra no trabalho, paciente de pesquisa é uma coisa, paciente na vida real é outra, não é? Então tem que ter esse bom senso também. (Dra. Marina)*

*Eu tive aulas de farmacologia, você era ensinado a conhecer as bases farmacêuticas. Não sei como é hoje o ensino, mas o médico dificilmente está acompanhando o progresso da química farmacêutica, ele é muito induzido pela propaganda, a receitar o que é moderno, que foi lançado, porque ele deve ser melhor. Nem sempre, mas se está à sua disposição e é moderno... por exemplo, se um médico hoje receita penicilina, o próprio consumidor...*

*O que nós precisamos saber é se existem professores atualizados com a pesquisa, porque farmacoterapia implica conhecimento do fármaco e da dinâmica do fármaco. Para isso, os professores das universidades deveriam investir muito nesses profissionais, e eu não sei se investem. No meu tempo de estudante, eu sabia que os professores que ensinavam terapêutica sabiam que aquilo já era conhecido pelos livros de medicina. Mas acho que não, acho que a universidade tem que capacitar o pessoal da terapêutica no conhecimento bem atualizado, inclusive da pesquisa farmacológica, para poder ensinar. Porque hoje o médico está receitando por bula, ou pela informação que o propagandista dá para ele. Ele não tem conhecimento da dinâmica, da farmacodinâmica. Eu acho que a escola é*

*fundamental para o controle de medicamentos, do receituário médico. Eu acho que a escola tem que ter uma responsabilidade muito séria nisso, os profissionais de ensino, e tem que divulgar muito mais a questão farmacológica, porque o conhecimento farmacológico está chegando ao médico através do representante. Às vezes um propagandista sabe muito mais sobre o produto, sobre a doença do que o médico! Então, o médico acaba sendo um receitador por bula, por influência do propagandista. É lastimável. Deveria haver uma separação entre a técnica médica, o diagnóstico médico, a prática médica e o medicamento.*

*Porque isso escapa... o médico tem que receitar a base farmacêutica, ou seja, a substância básica para a cura. O conhecimento que o médico tem dessas bases farmacológicas de terapêutica, desconfio que não esteja sendo bem administrado pelas escolas. Já não era grande coisa no meu tempo, agora, não sei como é que está. Acredito que não mudou, e é um ponto fundamental. A terapêutica deveria ser ensinada, não como uma disciplina, mas deveria ser sempre focalizada, em todos os casos, em todos os anos, em todas as especialidades. É difícil para o médico acompanhar, porque o mercado da indústria farmacêutica, a todo o momento, tem novas drogas. (Dr. Luiz)*

*Poxa, o que se exige em termos aprofundamento, de conhecimento, de estudo permanente é um troço brutal. Está ficando cada vez mais difícil. Fica muito difícil. O volume de conhecimento que você tem que adquirir, um monte de novidades que tem... não sei qual é a resolutividade que tem tudo isso, quanto que resolve mesmo...*

*(...) Hoje tem todo esse arsenal de artigos científicos, coisa que não tinha antigamente, mas em algumas coisas eu fico com um pé atrás. Na área da HIV, eu fico sempre com um pé atrás. Então, o que você tem? Poxa, um monte de artigos comprados, o cara comprou, só publicou o que interessava para ele. Então aí você vai descobrir, depois de anos... Tem um remédio lá, foi lançado no mercado, o nelfinavir ... a mutação dele não vai atrapalhar nenhum outro medicamento... um trabalho científico. Mas é tudo balela porque o tempo mostrou que depois de três anos ele "matou" todos os outros da mesma classe dele. Aí você ouve falar, um efeito colateral, a lipodistrofia. A lipodistrofia é um troço que... isso aqui é inibidor da protease... mas de repente tem outros mais antigos... mas demora mesmo, tem a estavudina que é o terceiro ou quarto medicamento que saiu para aids, do grupo dos inibidores da transcriptase. E aí você vê a situação que os pacientes... barrigão, todos encovados, bracinho, perninha ... Então, isso daí é um risco.*

*Aí vem com essas histórias da metanálise ali... Porque o que os caras ganham de dinheiro, especialmente em relação a medicamento, o que os caras fazem pesquisa e ganham de dinheiro não está no gibi. O cara que encaminhou uns oito pacientes, deve receber uns 200 paus por paciente. Então imagine o cara que faz o acompanhamento quanto não está ganhando. O cara que faz a pesquisa, quanto está ganhando. Então é muita coisa, é um volume tão grande... Primeiro que você não dá conta. Por mais que você queira, você não dá conta. Ninguém dá conta. Segundo, é a confiabilidade dos artigos. O Dr. Lisandro sempre falava que novidade ele sempre esperava os outros usarem, para ver o que acontecia. Se desse certo, ele usava. E isso influencia, já começa na formação. (Dr. Marcos)*

Ao terem de voar por ares onde seus planos e equipamentos de vôo não lhes dão rotas muito seguras, resta aos médicos muitas vezes trazerem a decisão para o cenário em que se sentem mais seguros: o cotidiano do trabalho médico. Aqui será o espaço

predominante onde decidirão sobre qual recurso tecnológico devem usar na abordagem dos seus casos.

O cotidiano, como analisamos em capítulo anterior, possui conformações e dinâmicas próprias que o caracterizam. Guardadas as especificidades dos diferentes cotidianos – como o cotidiano do trabalho médico, por exemplo – existem algumas características gerais próprias desse espaço-processo social que acabam por conformar as ações dos sujeitos em ação. Ressaltamos que essas características do cotidiano não o transformam necessariamente em espaço de alienação, porém conformam uma dinâmica em que tende a predominar o espontaneísmo e o pragmatismo, aspectos mais propiciadores do desenvolvimento de relações sociais alienadas (Lukács, 1981; Heller, 2004).

Não são poucos os relatos obtidos nas entrevistas em que são descritas maneiras peculiares de como os médicos no cotidiano do trabalho decidem-se por utilizar determinado recurso terapêutico. São descritos desde a influência passiva pelos “modismos”, a influência por colegas de referência, a absorção passiva de práticas popularizadas em determinado serviço/especialidade – as populares “orelhadas” – além, evidentemente, da influência da pressão ostensiva pela indústria farmacêutica através de materiais, congressos, benefícios, entre outros.

*Porque aqui no Brasil, principalmente, artigo é influenciado e pago pela indústria farmacêutica. Tudo isso você tem que ter um pezinho atrás. Têm artigos, tratamentos, que sempre vão ter o subsídio da indústria farmacêutica. Daí já está viciado, aquele trabalho. E na área de ginecologia, tem bastante, congresso, tudo é feito por laboratórios hoje em dia, então você tem que ficar muito pé atrás com isso aí. O que se fala em Congresso hoje, 90, 95% é artigo que laboratório quer que você fale; ele que está pagando a sua passagem, sua inscrição etc. Ele vai querer aquilo em troca de você.*

*Os médicos, em geral, não têm essa preocupação, de ficar com o ‘pé atrás’ em relação aos trabalhos. Eles são muito passíveis. Eu já vi cada... são situações assim, por exemplo: vai tratar isso e vai num congresso. Como é que é esquema de congresso? Ele vai lá... 80% quer fazer turismo e 20% quer ver se tem alguma coisa nova. “– Ah, hoje vai ter lá um seminário ou uma palestra de tratamento de*

*hirsutismo.” Ele foi passear, começou às 5 horas da tarde e lá pela 5:30 ele vai lá na palestra de hirsutismo. “– Ah, tratar hirsutismo com ciproterona. Ponto.” Então ele volta do congresso com ciproterona. Não viu a dose, não viu porcaria nenhuma. Daí ele chega no consultório, vai lá e pega o def. ciproterona é o diane. Então passa a dar ciproterona. É isso que acontece. Não sabe que para tratar hirsutismo tem que dar 50 miligramas por dia e o diane só tem dois, certo? Tem que dar 25 miligramas/dia para tratar, para ter um resultado efetivo.*

*Então é mais na ‘orelhada’ que o cara vai fazendo as coisas. A atualização dele é na ‘orelhada’. Ele não está lendo, não entendeu o mecanismo de ação, como é que é a indicação. Isso é uma dificuldade séria, e outras coisas mais: corrimento, sangramento – é tudo na base da ‘orelhada’. Ouve falar e:”– Vamos fazer isso daí.” Eu venho, brigo, discuto, pego o residente aqui: sangramento disfuncional. Qualquer livro que você pega está escrito: “– Conduta para cessar o sangramento: fazer curetagem hormonal. Depois que fizer curetagem hormonal, fazer uso de progesterona.” Mas os caras já saem usando progesterona. Ai não adianta nada, certo? Tem a primeira parte e tem a segunda parte, mas ouviram na ‘orelhada’: “– Ah, porque o senhor prescreveu / – Mas eu prescrevi depois de fazer a curetagem hormonal. Vai estudar, vai entender o porquê faz curetagem hormonal e no dia seguinte pergunta . – Não entendeu nada? / – Não entendi / – Então vamos lá, vamos lá fazer isso aí.” Tem que ficar no pé do sujeito.*

*Em relação aos artigos, vai muito na linha sempre do que o laboratório trás também, não é? Da bendita bibliografia do laboratório. Isso que a maioria... O medicamento novo é lançado, e o pessoal, de maneira muito direta, já começar a usar. Foi o que aconteceu com o prexige. Foram lançar, mas não foram ver que podia dar isso, outras complicações, e deu no que deu! Porque é o antiinflamatório mais vendido no Brasil? Não é porque é bom, é por causa da propaganda que tem em cima, das propagandas que há. Não sabe se o medicamento que foi lançado passou pelo FDA, por tudo isso aí que é um bom balizador. É um consenso. Medicamento, para usar, tem que ver se o FDA liberou. Se o FDA não liberou é porque tem alguma coisa, então precisa ir atrás, certo?*

*Na ginecologia, o pessoal tem bastante encanto por medicamentos novos, mas o novo da ginecologia é uma maquiagem só, porque ensaios novos não têm. Estão maquiando. O último ensaio novo é das quinolonas, aquele de 1982, 1983. É do século passado. Eles estão fazendo maquiagem com isso, não é novo. Faz uma maquiagem que eleva o preço lá em cima. É esse o esquema. É para mudar a patentezinha. Muda lá a dosagem, mas é a mesma coisa! Não tem progesterona, não tem estrógeno novo. Isso aí é de 1982. Não tem nada novo. Tem novo, mas que não é viável comercialmente, sai muito caro. Então eles fazem uma maquiagem do que eles têm. Isso é comum, é bastante comum. E também tem terapia de reposição hormonal. Não tem nada novo nesse negócio. (Dr. Armando)*

*E os alunos saem com essa cabeça também, do mais novo, porque isso é dado no exemplo, não é dado em aula. Não é a minha área, por exemplo, mas eu não acredito que seja dado em aula. Eu acho que é mais exemplo. Você está fazendo estágio com determinado professor em determinada clínica, daí ele: - Ah, esse remédio... -. Não que seja dado em aula, eu acho que é mais um exemplo dado àquele professor que acaba de receber a visita do laboratório e já prescreve. Isso é um exemplo que ele está dando, não é? E eu acho que não é por aí. Eu acho que não chegou ainda nessa coisa de passar texto dando em aula. [Risos] Acho que não!*

*Também existe pressão da indústria farmacêutica, pesa, não há como negar, existe. Em troca “de”, é tudo uma troca de favores. O laboratório é bonzinho; aqui ele paga lanche, aqui ele dá guarda-pó, o outro faz não sei o que e o pessoal acaba sem querer, não faz de propósito, não faz conscientemente talvez, mas faz. - Ah, o fulano é meu amigo. Eu vou prescrever o remédio dele, não sei o que -. Claro que*

*existe! - Fulano pagou meu congresso, beltrano não sei o que -. Isso existe com certeza. Muito.*

*E na minha área, a AIDS, sempre têm lançamento de muitos produtos. Eles fazem lançamento, convidam; faz lançamento e faz um coquetel, faz um jantar ou faz um show. Tratam super bem quando é lançamento. Você fica em hotel 5 estrelas, vai; tem translado pra lá e pra cá. Mas aí é a tal história: se você já tem uma cabeça feita, isso não te influencia. Te influencia no sentido de que aquele representante, por exemplo, é super gentil com você e você vai ser gentil com ele, não vai deixar ele 15 horas esperando para conseguir falar com você. Mas não vai te influenciar em termos de você usar tal ou qual remédio; você vai usar de acordo com seus critérios – com os estudos, com trabalhos, não sei o que.*

*Agora, uma pessoa que não tem toda uma experiência de vida e profissional... Por que profissional? Porque é tudo troca. Se eu sou uma profissional com não sei quantos anos de experiência, com trocentos pacientes, é diferente de um profissional que tem pouco tempo de formado e que tem meia dúzia de pacientes. A relação de força é diferente. Com os laboratórios mesmo. Não adianta porque... Eles falam e você ouve, claro. É o trabalho deles, não é? Eu acho que tem que ouvir. Eu ouço, sou paciente... abre aqueles negócios.*

*Até nesse ponto, graças a deus a gente não recebe muita visita mais que fica nisso: abre aquele folheto e fica lendo para você. Nesse ponto, não tem mais. Eles trazem separatas de artigo. Claro, trazem tudo que interessa para eles, mas você vai ter o seu critério – espero! Senão... [Risos] Mas isso existe lá, por quê? Sei lá. Deficiência na formação. Não sei. (Dra. Marina)*

Nesses trechos, nossos entrevistados relatam aspectos constituintes – atores, instituições, práticas, pressões - do cotidiano em que os médicos convivem/trabalham que exercem forte influência sobre o modo como eles se relacionam com seus meios de trabalho, nesse caso os fármacos. Essa relação muitas vezes, como descrito, pode deixar de balizar-se estritamente pelo que seria teoricamente o objetivo do trabalho médico: a produção do cuidado com vistas à melhor satisfação possível dos carecimentos na forma de sofrimento/doença. Assim, embora busquem na definição dos meios de trabalho, ou seja, dos instrumentos que utilizarão como mediadores, nesse caso os fármacos, a orientação por critérios como melhor custo-efetividade e perfil de biossegurança mais conhecido, o que expressa a produção do cuidado como objetivo da ação, os médicos ao se deixarem influenciar acriticamente por outros critérios como, por exemplo, a pressão dos laboratórios, podem na prática se afastar desse objetivo.

Surgem nos relatos descrições de duas ordens de relação dos médicos com esses seus meios de trabalho, os fármacos. Uma forma de relação, quantitativamente minoritária em nosso entendimento, é aquela em que o médico opta pelo estabelecimento de vínculos comerciais com a indústria farmacêutica em suas diversas apresentações, fazendo com que a finalidade de sua intervenção passe a ser permeada, além do cuidado ao paciente-usuário, pelo objetivo de estimular o consumo de determinados fármacos. Nessa forma de relação, o médico tenta conjugar, portanto, o cuidado com o estímulo ao consumo de alguns fármacos. Muitos provavelmente não verão conflito entre esses dois determinantes da prática.

*Mas há uma tendência em geral nos médicos de buscar um modernismo, procurar usar sempre os medicamentos que estão saindo, na moda, porque a gente recebe uma turma de propaganda de remédio, que é um melhor do que o outro para tratar. Mas se você for analisar, esses fundamentais básicos têm praticamente a mesma ação do que um mais sofisticado, e o preço também é muito mais considerável. Às vezes, é difícil que você consiga, no mesmo paciente, um efeito melhor com um mais trabalhado, mais elaborado, do que com um mais simples. Eu já tive, por exemplo, paciente que não podia tomar a aspirina, aí eu receitava dipiridamol, mas é uma situação de exceção, porque o dipiridamol também é um anti-agregante plaquetário, da mesma forma que a aspirina. Só que ele também é mais caro, mas resolve da mesma forma. O paciente tinha uma sensibilidade à aspirina, não podia tomar, mas seria só nessas situações.*

*(...) Na verdade, agora me veio à memória, por exemplo, o ginkgo biloba, quando foi lançado no nosso mercado, era o melhor vasodilatador que existia, mundialmente. Só que a prática veio mostrar que ele melhoraria um pouquinho da perfusão tissular naquele paciente com insuficiência venosa, e não no arterial, só que eles continuam sendo usados. A minha mãe, por exemplo, tinha sido recomendado o uso por outro colega, e eu mantive que ela usasse, não estava fazendo mal nenhum para ela, mas ação específica para trazer melhoria, não existe.*

*Os colegas, em geral, são muito influenciados pelos laboratórios, pela propaganda, porque aí é um jogo de interesses muito grande. E daí depende também da consciência de cada um. De poder fazer uso, influenciado por isso ou... Lógico que o médico pode se influenciar, mas ele tem que ver também o lado do benefício para o paciente. Se ele consegue com essa medicação trazer benefício para o paciente e poder atender algo em benefício próprio também, não vejo nada contra. Acho que nem é, vamos dizer (ri), tão antiético assim. Mas que realmente traga benefício. (Dr. Vinícius)*

A segunda forma de relação dos médicos com os fármacos é aquela que se estabelece sem a existência de vínculos comerciais diretos entre esses agentes e a indústria farmacêutica. A maioria dos médicos, segundo nossa interpretação a partir dos relatos, ao decidirem cotidianamente pela utilização de determinados fármacos propagandeados massivamente pela indústria farmacêutica parecem estar sinceramente convencidos de suas vantagens em relação a outros pré-existentes, ainda que evidentemente tal convencimento se dê através dos vários mecanismos que a indústria utiliza, como o financiamento de “pesquisas viciadas”, a contratação de profissionais respeitados como “propagandeadores” etc. Isso significa, a nosso ver, que a maioria dos médicos se encontra de fato convencida de que os fármacos que escolhem constituem-se nas melhores opções para seus pacientes-usuários.

Nesse caso, parece-nos que, diferentemente da primeira forma de relação – com vínculos comerciais – a alienação adentra o trabalho médico menos pela perda de referência da finalidade da prática – a produção do cuidado para satisfação dos carecimentos – e mais pela diminuição da possibilidade do conhecimento e do controle consciente dos médicos sobre seus meios de trabalho no operar a prática médica cotidiana. Embora o médico ainda decida qual recurso utilizar, essa definição é feita de maneira alienada, pois não há recursos por parte do agente de trabalho que lhe propiciem o discernimento de que determinado instrumento seja o melhor, em relação a outros existentes, para se atingir determinado fim terapêutico. Na prática, embora decidam, muitos médicos tomam decisões alienadas, quase como se eles alienassem seu poder de decisão para outros sujeitos/instituições: o laboratório, os colegas, a rotina do serviço, o consenso, o congresso, o artigo etc.

Cabe ainda inserir outro elemento que demonstra o nível de complexidade do trabalho médico na contemporaneidade. A clássica elaboração da medicina como unidade

de arte e ciência expressa o fato de a prática médica não ser conformada somente pela transposição automática da ciência na forma de tecnologia no interior do agir médico. A complexidade do objeto do trabalho médico faz com que a ciência como teorização do agir sobre um corpo abstrato, geral, tenha de ser adaptada pelo agente do trabalho a diversos corpos particulares. Esse processo de tradução da ciência do geral para os casos particulares depende fundamentalmente da capacidade do agente em fazê-lo e, dirão muitos, menos da ciência que da arte (Freidson, 1970; Good, 1994).

Essa capacidade advém de um adestramento desenvolvido pelo médico ao longo de sua carreira, da experiência que se constrói a partir do agir prático, da troca de experiência com os pares etc. A própria idéia de técnica, defendem vários autores, não poderá ser reduzida à transposição da ciência para ações práticas no operar médico (Schraiber, 2008; Ribeiro, 1995). A técnica contém também elementos não científicos advindos de saberes práticos desenvolvidos ao longo da carreira e muitas vezes, inclusive, transferidos através de mecanismos formais ou informais de qualificação. Além disso, peso importante exerce o caráter empírico da prática médica, o mecanismo de tentativa-erro/tentativa-acerto no processo de consolidação de determinadas práticas no cotidiano. Como qualquer forma de trabalho, a aferição da eficiência no trabalho médico relaciona-se à concretização do fim idealizado anteriormente na mente do agente, ou seja, mais do que a garantia da aplicação da ciência interessa à medicina o resultado da prática. É bem verdade que o resultado esperado da prática poderá ser diferente para médico e usuário. Enquanto para o primeiro a realização da “técnica correta” ou o alcance de um dado padrão normativo matematicamente aferível possa ser talvez o resultado esperado, para o segundo pode interessar mais, ao contrário, as repercussões de tal intervenção sobre o seu viver, sendo

que muitas vezes essas duas dimensões não são necessariamente equivalentes (Ayres, 2001, 2006).

Destarte, embora atualmente, em uma sociedade que admite como critério máximo de legitimidade a adequação aos parâmetros da racionalidade científica, existam cada vez menos poros dentro dos processos produtivos onde a ciência ainda não tenha estabelecido condutas padronizadas, no caso do trabalho médico, devido às peculiaridades de seu objeto, esses espaços ainda são significativos.

Essa característica essencial de seu trabalho propicia, em tese, um mecanismo de aferição por parte dos médicos da eficiência dos recursos tecnológicos por eles utilizados. É a prática como critério último de legitimidade de determinado recurso. Não faltam também relatos de exemplos em que os médicos, na impossibilidade de utilizarem critérios mais “científicos” na definição do uso, “experimentam” determinado fármaco em alguns casos a fim de obterem um parecer prático acerca de sua eficiência.

*Eu uso internet diariamente. Eu falei que eu estudo uma hora por dia. Se eu tenho que preparar alguma coisa, uma aula, eu vou lá ver se tem alguma coisa atual. Eu vejo o Pubmed principalmente, ou na própria Bireme – eu sempre faço uma revisão bibliográfica. Isso é diário. Já virou costume, é rotina. Isso é rotineiro.*

*Para definir o que vou confiar, procuro o consenso, aquilo que tem consenso, porque tem um monte de artigo aí. E americano e canadense, qualquer coisinha que estão vendo, estão escrevendo. Isso é o dia-a-dia deles, isso eu aprendi lá também, qualquer coisinha! Ele viu um microadenoma, pimba, já publica o microadenoma. Então eu sempre procuro ver, ler artigos que tragam algum consenso de alguma sociedade, de alguma reunião, de algum informe – e que tenham um consenso, não que seja uma coisa jogada. Só aproveito isso em uma ou outra situação, que tenha alguma coisa que parece nova e você vê que tem uma correlação.*

*Um exemplo desse eu dou... Eu recebi um artigo em 2000, que era um trabalho de uma microbiologista americana; investigando a vaginose bacteriana, ela descobriu que tinha um vírus, que ela chamou de lactobacilo killer que era responsável pelo desaparecimento do lactobacilo vaginal. Ela encontrou esse vírus em 27% dos parceiros sexuais, e até então você não tinha uma noção de que a vaginose poderia ser também contribuição sexual. E a partir dessa leitura, eu transpus isso para o meu consultório e o que aconteceu? A paciente que tinha uma vaginose recidivante, eu passei a acidificar o meio vaginal dessa paciente e orientei*

*que o companheiro usasse preservativo; e começou a aparecer. Opa! Então tem alguma coisa aí.*

*Mas isso não era um consenso, isso foi uma coisa que eu li lá e que eu achei uma correlação clínica e depois eu não vi mais trabalhos nessa área aí, então... Por aí, não tem. É difícil, até porque isso é uma linha de pesquisa, Mas não tem, então a gente fica assim.*

*São coisas que você vai lendo, que você correlaciona com a clínica. Aí você tem um consenso clínico, certo? Por exemplo, a literatura diz que o fogacho na mulher climatérica ele dura no máximo 5 anos. Depois você tem que investigar outras causas. E no processo que eu investigo, porque eu tenho uma boa prática também, é a investigação da causa cervical. É um fator importante – diminuí o fluxo sanguíneo da artéria basilar, diminuí o fluxo sanguíneo perifrontal. E essa paciente, se eu encaminho para fisioterapia, tração, alongamento, tal, melhora a queixa da paciente. Mas a literatura é muito pobre nisso. Não tem um consenso. Não tem uma publicação nisso, são observações tuas. (Dr. Armando)*

Uma vez tendo demonstrado eficiência em determinado número de casos, aquela conduta ou fármaco pode passar a fazer parte do arsenal de instrumentos utilizados pelo médico para abordar casos semelhantes.

Em tempos de elevação da estatística, de método a componente do grupo das ciências máximas da sociedade – definidoras do que seria legítimo, verdadeiro e eficiente –, nada mais “anti-científico” do que basear-se em alguns casos particulares do cotidiano para decidir-se sobre a eficiência-segurança de determinado fármaco ou conduta terapêutica de forma extrapolada para um conjunto de casos. Todavia, como ressaltamos, a medicina não é só ciência... como demonstra de forma bastante interessante esse relato de um médico obstetra entrevistado por Schraiber em seu estudo de 1997 acerca da prática médica.<sup>4</sup>

Então, eu encaro a história do tipo de parto do ponto de vista objetivo, mesmo, de risco e benefício. A ênfase no parto normal tem uma justificativa muito simples: a mortalidade e a morbidade na cesárea são muitas vezes maiores do que no parto normal... Não vejo outra justificativa.

Se, daqui a mil anos, a mortalidade da cesárea for menor do que em parto normal, acho que tem que nascer todo mundo de cesárea. Hoje não é assim – a mortalidade e complicações da cesárea são muito maiores do que no parto normal, mas não são grandes. E esse aspecto – não são grandes – é que justifica todo esse abuso de cesárea. Porque, se tivesse 5%, 10% de mortalidade, ninguém ia fazer cesárea à toa. Mas, como a mortalidade estimada de cesárea é 0,2%, e a maioria dos profissionais

<sup>4</sup> Estudo publicado em 2008 com o título: O médico e suas interações – a crise dos vínculos de confiança.

nunca teve uma morte por cesárea... Eu graças a Deus – nunca tive. Então, é claro que a tendência do profissional, principalmente daquele que não é muito afeito à estatística, a ver custo-benefício, risco-benefício, se baseia na experiência própria deles, e a maioria nunca teve uma morte por cesárea...

Além disso, é mais fácil fazer cesárea, para o médico e, às vezes, a paciente pede também, e é um pouco mais fácil para a paciente, de um certo modo. Aí, de repente, se cria uma cultura de cesárea, de que, quando não faz cesárea, pode até ficar preocupado. Isso acontece, mesmo. Depende muito do grupo, depende muito do contexto em que a família vive, mas é comum isso. Por exemplo, a gente considera período normal de gestação até 42 semanas. Todo mundo tem medo de chegar até 42, mas as complicações realmente são raras; após 42, são mais comuns. Mas, aqui, passou de 40 semanas e um dia, a família já acha... É muito difícil, muito difícil. E tem um problema: se acontece alguma coisa com a criança no parto normal, ninguém perdoa. Se acontece na cesárea: “Bom, pelo menos, ele tentou.” Agora, vou dizer uma coisa, do ponto de vista do obstetra – uma coisa até estranha de se dizer –, eu conheço as complicações da cesárea, conheço o risco de complicação, conheço o risco de complicação para a criança no parto e nunca fiz uma cesárea que não tivesse indicação. Mas eu tenho medo de parto normal e não tenho muito medo de cesárea, porque o parto normal é um caminho que a natureza fez, sujeito a descaminhos, embora os descaminhos sejam pouco comuns, e a cesárea é uma coisa que a gente domina e vai lá, vai direto e tira. Então, pelo menos, do ponto de vista psicológico, me assusta mais o parto normal do que a cesárea. Não sei se é estranho eu dizer isso, mas é um sentimento muito estabelecido. (Dr. César) (Schraiber, 2008:203-204)

Na prática cotidiana a ciência constitui-se em apenas um elemento, na maioria das vezes o mais importante, é verdade, mas um elemento dentre vários<sup>5</sup> presentes e determinantes da atividade de cada médico.

Em tempos de medicina liberal, de hegemonia da forma de pequeno produtor isolado e autônomo, o fato de basear-se essencialmente na experiência prática, no uso cotidiano, para decidir-se acerca da eficiência de determinado recurso apresentava-se mais próxima da realidade do trabalho artesanal, na qual o trabalhador possui mais domínio e manipula com mais controle tanto o objeto quanto os meios de trabalho. O vínculo entre médico e paciente, por exemplo, era mais estável e duradouro o que propiciava a avaliação

---

<sup>5</sup> Exemplo de outros elementos determinantes da prática, em relação a esse exemplo citado acima, se refere às determinações de ordem mercantil, que curiosamente não aparecem no relato pelo obstetra. Realizar uma cesariana em alguns minutos é mais interessante para muitos médicos do que despendar horas de tempo e atenção em um trabalho de parto normal, sendo que a remuneração é semelhante.

mais segura e sistemática da utilização de determinado recurso tecnológico para cada caso particular.

Já em tempos de medicina tecnológica, com o aprofundamento da especialização e da divisão técnica do trabalho e com a transferência do vínculo médico-paciente para a relação instituição-usuário, diminui significativamente o controle do médico individual sobre seu objeto (sujeito) de trabalho. Além do aspecto qualitativo – a diminuição da confiança no médico – o aspecto quantitativo também sofre alterações. Ou seja, o tempo de seguimento com o mesmo médico tende a diminuir significativamente, devido aos mais diversos desdobramentos do processo acima citado. O fato de o vínculo se dar com a instituição (estado, empresa médica etc.) faz com que o usuário opte pelo médico “mais disponível” dentre os contratados; as equipes assistenciais são rotativas; ocorrem mais desvinculações, perdas de continuidade do seguimento pelo mesmo profissional; são mais comuns as buscas por “segundas opiniões”; entre outros fatores (Schraiber, 1993, 2008).

Assim, a possibilidade de avaliação pelo médico acerca da utilização de um novo recurso tecnológico, um fármaco, por exemplo, por um período de tempo mais longo tende a se tornar mais difícil, principalmente naqueles casos de tratamento de longo prazo como são os casos de doentes crônicos. Essa possibilidade torna-se ainda mais difícil quando o que está envolvido, no caso de novos fármacos, geralmente não é a eficiência absoluta do medicamento, mas a sua vantagem em relação a outro fármaco mais antigo, com uso já estabelecido e, portanto, com menor custo e, geralmente, com perfil de biossegurança mais conhecido.

Expressão disso é o fato de que as retiradas de medicamentos do mercado por descoberta de efeitos colaterais graves geralmente ocorrem após muitos anos de uso, a partir dos quais é possível estabelecer estudos estatisticamente significativos que

demonstrem tais repercussões. Não são, na maioria das vezes, os casos particulares atendidos pelos médicos que lhes propiciam uma avaliação acerca dos efeitos dos novos fármacos, principalmente em relação aos perfis de biossegurança. Não seria absurdo afirmar que, caso esses estudos não fossem produzidos, os médicos permaneceriam usando esses fármacos reprovados por muito tempo...

O exemplo acima também demonstra o quanto a exigência de critérios científicos na prática médica também é bastante relativizado para pacientes-usuários (Freidson, 1970). Afinal, são bastante conhecidas as várias vantagens “cientificamente comprovadas” do parto normal sobre a cesariana nos casos de gestações de baixo risco. Não obstante, grande parte, senão a maioria, das mulheres opta e cobra dos médicos a realização da cesariana.

Apesar dessa relativização da ciência no interior da prática médica, é importante ressaltar que atualmente não se admite mais a *autonomia* absoluta da segunda em relação à primeira. Embora a prática médica tenha essa significativa flexibilidade na utilização dos instrumentos necessários à manipulação de seu objeto, a sociedade exige que tal intervenção seja, senão cientificamente *determinada*, ao menos cientificamente *referenciada*, ou seja, deve estar de acordo com os parâmetros normativos da biomedicina moderna.

#### **6.4 A Centralidade do “Mundo” dos Exames Complementares**

Um aspecto que também freqüentemente aparece nos relatos refere-se à maior valoração, pelos agentes e usuários, das práticas centradas nas ditas tecnologias “materiais” ou tecnologias-duras, ou seja, aquelas práticas em que os equipamentos (diagnósticos ou terapêuticos) exercem um papel cada vez mais importante. São várias as referências ao uso

“exagerado” ou “desnecessário” de exames complementares pelos médicos na contemporaneidade, sendo que os fatores que conformam essa nova rotina médica são variados, complexos e sempre imbricados.

A existência da medicina no imaginário da população e dos profissionais como prática social “vanguardista” por natureza, como talvez a maior expressão do avanço permanente do desenvolvimento tecnológico na sociedade, faz com que a idealização e a busca do mais moderno configurem-se como símbolo de boa prática (Vianna, 2002; Camargo Júnior, 2003).

Além disso, o tempo para as consultas está cada vez menor em função da socialização da prática médica e de sua estruturação produtivista sob caráter empresarial, fazendo com que a possibilidade da anamnese detalhada e do exame físico acurado torne-se cada vez mais remota. Assim, os médicos tentam compensar através dos exames complementares o que lhes é impossibilitado apreender por meio da cada vez mais restrita semiologia médica e da relação médico-paciente progressivamente limitada.

Desenvolve-se, dessa forma, uma “nova clínica”, onde o outrora papel de complementar estabelecido para o equipamento pode transmutar-se em centralidade no interior da prática, deslocando muitas vezes a dimensão reflexiva desse que era seu posto. Interessante perceber como os médicos mais antigos valoram negativamente essa nova estruturação da prática.

*Com o advento de toda essa parafernália tecnológica, você deixou de se aprimorar no exame físico do paciente, não é? Isso foi esquecido e é básico. A própria seqüência da consulta clínica está mudando, antes era bem estabelecido: anamnese, exame físico e exame complementar. Hoje, muitas vezes já passa da queixa para o exame complementar. Isso não era para ter, mas é comum. Isso é uma coisa comum. A gente vê cada encaminhamento aqui... Porque aqui é um serviço secundário e terciário. Você vê cada encaminhamento aqui que faça-me o favor! Se ele estivesse examinado a paciente na unidade de saúde tinha resolvido.*

*Hoje mandaram candidíase para cá! Faça-me o favor! Isso significa que não examinou, né?*

*(...) O próprio nome está dizendo: exame complementar. É exame complementar para quê? Eu estou numa encruzilhada. Ou eu posso ter esse diagnóstico ou eu posso ter esse diagnóstico. Para diferenciar se é A ou B, numa hipótese dentro do raciocínio, eu tenho que ter um exame que me dê qual o caminho. E hoje tornou-se rotineiro. Tem uma mulher, por exemplo, com uma dor pélvica, daí já pedem tudo – pedem hemograma, pedem VHS, pedem ultra-som, pedem transvaginal. Não estão raciocinando em cima da cliente, estão raciocinando naquilo o que tem em disponibilidade e não sabe nem interpretar o exame dele. Aí é que está o problema. Não tem interpretação do exame para dizer para quê serve.*

*Hoje eu tive aqui um caso de uma paciente. Deu confusão porque ela veio aqui na semana passada, é uma paciente de 44 anos de idade, com uma amenorréia de 10 meses e eles pediram um FSH, e o FSH deu 31 – quer dizer, está no borderline – e falaram para a mulher que ela estava em menopausa. Beleza. Mas ela começou a ter sangramento agora, foi levada à curetagem porque tinha um endométrio de 4.8. Então, teoricamente, em cima desse ponto de vista, que ela fez um FSH no passado que deu 31, ela está em menopausa. Mas foi feita uma nova dosagem agora e está com 8 de FSH. Não está em menopausa. Quer dizer, não souberam interpretar o exame, certo? Teria que ser feita uma dosagem de estradiol, no mínimo; outras disfunções estavam acontecendo. Não fizeram essa correlação. Simplesmente pediram o exame, sem correlacionar. Então é exame complementar. E se vê muito isso aqui, no nosso serviço especificamente, qualquer paciente com incontinência urinária estão pedindo urodinâmica – e urodinâmica é um exame bem específico, é para você fazer um diagnóstico diferencial, não é para você sair fazendo rastreamento. Então é entender hoje o mal uso do exame complementar. Ele é complemento de alguma coisa, não é para diagnóstico “de”. Se for ser um exame diagnostical, tudo bem. Porque senão qualquer um podia ser médico, não é? Se for só sair pedindo, vai dar uma resposta. Então seria um exame diagnostical, e não complementar<sup>6</sup>. (Dr. Armando)*

*Em termos de unidade de saúde é uma barbaridade! Deus o livre! O que você vê de bateria de exames! É de graça tudo, então pedem tudo o que tem, mas você percebe que não tem um objetivo, não tem finalidade naquele exame.*

*Os caras pedem exame para qualquer coisa – uma ressonância, não sei o que – pra quê? Uma mulher que está na menopausa, com tudo normal, para que tem que fazer dosagem de TSH, de estradiol, está na cara que... acabou. E também onera. Pede o exame... É mais um exame que devia ter economizado; e faz pelo convênio, não é? Divide pela contribuição, daí dá esse preço aí – R\$ 500, R\$ 600 por mês de contribuição, para um cara que nunca usa...*

*(...) O que pedem de exame, não está no gibi! É um modismo, mas também, da parte do médico, uma falta de vontade de pensar, de estudar semiótica. Japonês é um absurdo. Eu não pensei que japonês era tudo isso... Mas eles que criam os aparelhos todos eletrônicos. Em primeiro lugar, o médico é um Samurai e o cliente é o inferior. Então o médico é deus. Ele se considera, né? Tem poucos que não consideram isso. Daí o médico não fica perguntando... Tudo lá é maquininha! Parece... que se entrarem lá, põe na maquininha, já sai tudo... Então ele pede exame adoidado – mas é para facilitar ele ou para não usar a cabeça dele. (...) Agora, eu acho que uma grande parte é preguiça de fazer uma anamnese correta, perguntar tudo do começo ao fim, e sempre a gente ainda é insuficiente, aí pede exame, não é?*

<sup>6</sup> Curioso não aparecer na fala do entrevistado a referência ao fato de atualmente os exames complementares já serem predominantemente denominados como *exames diagnósticos*, expressando, no plano representativo, esse movimento no plano material.

*Tem uma [paciente] que estava com amenorréia na história. Fizeram um monte de exames! Fizeram B-HCG? Não. Fizeram ecografia. Quer dizer, mulher jovem, até que prove ao contrário, é gravidez, então pede o Beta, e depois vai vendo o resto. Mas você começa pelo fim, fica cara a coisa, mas é moda de coisa de mulher.*

*(...) Eu peço o mínimo de exames possível, porque - como é que dizem aí os professores na federal? - a clínica é soberana. O meu pai era médico, ele dizia: “– Você faça uma boa anamnese, faça um bom exame, abra seus sensores, preste atenção porque você faz muito diagnóstico sem fazer exame, não é?” E a tendência hoje em dia (porque não dá tempo, não dá nada – e às vezes é falta de estudo também) é de pedir exame. Pede exame que você não acaba mais. Aí a coisa fica cara, e os convênios, conforme, abortam. (Dr. Antônio)*

*Agora, que cada vez que a sofisticação é cada vez maior... o cara não examina. Mais, porque na realidade o tempo que você tem para tirar história e examinar é tão pouco... Pensa: você vai trabalhar 4 horas... tem caras que agendam 16 consultas. Então, nem um tempo você tem. Pelo menos 15 minutos, depois de 2 horas de trabalho você tem que ter. E isso você vai fazer mesmo, porque ninguém agüenta trabalhar 4 horas sem parar. Então, você ainda vai fazer um intervalinho... então, isso daí já diminuiu, você já diluiu, você já tirou um minuto de cada consulta. Já caiu para 14. Mas ainda você tem o tempo que você demora... a saída e a entrada do paciente. Então, vai chegando a um ponto que você vai ficar com... sua consulta é no máximo 10 minutos. Não é verdade?*

*(...) Se você tem menos tempo de fazer história, vai pedir exame. Como se o exame fosse resolver o seu problema. Então, aí você dá um tiro, você vai ampliando a sua rotina... aquele monte de exames, para ver se você pega alguma coisa. (Dr. Marcos)*

*Não sei se devido a esse grau de formação menos intensiva, nesse sentido de um conhecimento maior das coisas, ou pela própria facilidade que tem hoje, tudo isso disponível no dia a dia... e você vê, a clínica está se resumindo a... o paciente chega, começa a se queixar de alguma coisa, o colega antes de fazer qualquer... nem termina a anamnese, não sei se por não ter condição, mas por não querer perder tempo de fazer exame físico, ele já manda fazer uma série de exames complementares.*

*Eu me lembro, quando fiz plantão lá no Hospital de Clínicas, eu fiquei quase 17 anos trabalhando lá, como plantonista no pronto-socorro. Às vezes, a gente, da cirúrgica, era chamado para avaliar um paciente com dor abdominal, e os clínicos já falavam que era cirúrgico, só os clínicos. A gente avaliava o abdômen, eventualmente não achava nenhum ponto favorável, que pudesse ser um abdômen agudo cirúrgico, lançava mão de uma rotina de abdômen agudo. Qual é o exame de rotina de abdômen agudo? É um raio x de tórax e abdômen, sendo o tórax de PA e de perfil, e o abdômen deitado e em pé. Você fazia um raio x de tórax e estava lá, uma broncopneumonia, uma pneumonia de base. Quer dizer, o clínico já adiantava uma hipótese diagnóstica cirúrgica, em vez de avaliar clinicamente. E lá no Hospital de Clínicas, que é um hospital escola, e o clínico que estava de plantão era uma pessoa habilitada, capacitada para fazer uma distinção diagnóstica nesse sentido. A gente tem falhas, mas você, de antemão, o cara chega aqui e já manda fazer uma série de exames, às vezes, você nem sabe para que está pedindo. Eu acho que essa é uma falha, muito mais baseada hoje na facilidade desses exames que estão disponíveis a 3 x 4, que qualquer convênio libera, e também pela preguiça de trabalhar mentalmente e tentar chegar a uma conclusão, para poder estabelecer uma comprovação de hipótese diagnóstica. E tem exames complementares que tem que ser usados mesmo como complemento para definição de uma hipótese que você tem, aonde vai servir de diferencial para você distinguir*

*situações de patologia que poderiam ter o mesmo tipo de situação clínica. (Dr. Vinícius)*

Além disso, não é pequena a pressão exercida pela indústria de equipamentos médicos e pelas empresas/grupos prestadores de tais serviços sobre os médicos e usuários. Assim como no caso da indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos médicos transforma-se em um ator central na estruturação da prática médica contemporânea (Vianna, 2002). São vários os mecanismos através dos quais o complexo médico-industrial atua no interior da prática médica, desde a influência ao nível da formação dos profissionais onde se valora positivamente uma medicina mais equipada e moderna, até o assédio e estabelecimento de vínculos comerciais entre médicos e empresas prestadoras de serviços centrados em equipamentos.

*A tecnologia do hospital, no aprendizado, cada vez se usa mais tecnologia. Como você sai da faculdade? Cada vez você faz menos história, menos exame físico, e tem muita mais tecnologia, vai fazer o que? Você vai usar. Então, você vê, se você fizer uma comparação poxa, ver só a quantidade de tomógrafos e de ressonâncias que você tem em Curitiba, dá e sobra. Se você pensar que lá no Canadá os caras colocam um tomógrafo cada 3 milhões... então, vamos ser bonzinhos, vamos colocar que fosse um tomógrafo para 1,5, vamos diminuir... Dois para a cidade toda. Tem mais de 10 aqui. Tem cidades com 200.000 habitantes que tem tomógrafo. Londrina que não chega a 600.000 deve ter uns 5. Então, como é que você faz? Como você faz se você não, desde a faculdade, você não trabalhar a cabeça dos médicos para pedir exame? Você vai falir, não é verdade? Na rede privada também, tanto que os caras da Unimed falam: ”– Se você não pedir esse exame, você tira um ‘plus’ a mais.”, porque aquilo lá é um descalabro. O convênio, eu vejo a minha filha, vejo a minha mulher, que tem convênio, o que os caras pedem. E parece que os pacientes também têm a idéia que se não fizer exame, está mal atendido. Porque essa é a ideologia que se coloca. Não tem remédio, não tem exame, então foi mal atendido. Não interessa se precisa ou não precisa.*

*(...) Tem uns caras que pedem exame porque estão recebendo uma porcentagem disso. O caso mais interessante que eu conheci foi lá de Londrina. Quando estava em Ibiporã, foi na época que eles estavam entrando com a ecografia obstétrica... Você sabe que o ultra-som começou como obstétrico, né? Então um cara montou o aparelho lá e começou a dar porcentagem do exame para os ginecologistas. E teve uma hora que ele teve que estabelecer um teto, porque ele não tinha mais jeito, porque o diagnóstico de gravidez era feito no ultra-som. De tanto que os caras... então teve que estabelecer esse teto. Você acha que não tem disso? Tem. Começa nas escolas. (...) nós temos muita ligação com a medicina americana e a medicina americana pede muito exame porque se não pedir aquilo lá e tiver algum problema*

*o cara é processado e está perdido mesmo. E nós fazemos a mesma coisa. Pedimos um monte de exames. Não existe esse problema, mas estamos acostumados a pedir um monte de exames. Tratamos muito o exame. (Dr. Marcos)*

*(...) Existem conluíios entre clínicas e médicos, para mandar mais exames para essa ou para aquela clínica. Isso, esse relacionamento existe, sim. E às vezes até o exagero de exames é feito de propósito para abastecer essas clínicas que oferecem esses serviços. E o profissional tem liberdade de indicar esse ou aquele local onde se façam os exames. É claro que isso pode ser uma conduta, porque ele acredita mais nesse ou naquele serviço, e menos no outro serviço, ou porque ele tem algum interesse, e aí pode entrar interesse comercial, financeiro, e mandar exames para essa ou para aquela clínica. Isso existe, sim, você não pode negar. Agora é um fato muito difícil de você combater porque a própria ética não permite que você esmiúce, denuncie esse proceder. Porque nem sempre as coisas são feitas tão claramente. É difícil até você provar esse vínculo comercial entre médicos e outros prestadores. Mas que existe essa má prática, sem dúvida existe. (Dr. Luiz)*

A fragmentação do cuidado e sua subsunção à dinâmica do capital, como vimos, fazem com que sua apresentação hegemônica se dê na forma do procedimento-mercadoria. Para o usuário, o acesso ao cuidado apresenta-se como consumo de mercadorias, seja na forma de atos médicos e de outros profissionais, seja na forma de tecnologia. Na socialidade em que o cuidado transmuta-se na forma mercadoria, por correspondência, o paciente-usuário configura-se concretamente como consumidor. Logo, não deve surpreender que a maior pressão sobre os médicos para o uso desenfreado de tecnologia se dê através do usuário. Os médicos, por sua vez, em função de vários aspectos, cansados de resistirem, muitas vezes cedem e, correspondendo a tal expectativa, inconscientemente reproduzem tal dinâmica tornando tal “constrangimento” permanente e estruturante da prática.

*Agora, outros exageram por outros motivos, para aparentar uma modernidade de conhecimento, quanto mais requintada a medicina dele, se valoriza mais. E nem sempre isso é verdade.*

*Mas que há exagero, há. Há coisas que se podem resolver com um exame clínico e ele pede exames. Isso depende muito da formação ética e técnica do médico. Hoje com a proliferação das escolas médicas você não sabe mais... o fulano é formado pela escola tal... você não tem idéia do quanto esse indivíduo está bem capacitado para o exercício da profissão. Quanto menos capacitado, mais exame ele pede. E*

*tem esse problema, o médico hoje é vigiado pelo próprio paciente. Em relação ao exame, há muita crítica a respeito de médico muito experiente, que não peça muitos exames... – mas você foi no doutor e ele não pediu tal, tal e tal exame? -, eu sofri isso no meu consultório, - doutor, eu quero tal e... -, vinha para mim, rapidinho pedindo o que ele queria, - olha aqui, meu filho, eu vou te examinar, se eu achar que é necessário, eu peço, senão não -, quantos e quantos não retornaram. E saíam por aí dizendo que eu era médico ultrapassado, que não conhecia as vantagens da medicina e tal. Então, uma boa parte dos médicos começa a pedir muito, por causa disso. (Dr. Luiz)*

*(...) a pressão sempre existe. Por que? Porque você, isso acho que na vida inteira, se você não pedir... Desde o princípio, você convencer o paciente que não precisa exame, que o problema dele é um negócio simples, explicar para ele e ele entender, isso aí é uma coisa que sempre teve, sempre teve. Às vezes não tinha jeito, você era obrigado. Duas, coisas. Era obrigado a dar remédio - Você convencer ele a sair do consultório sem remédio? Era uma trabalhadeira - e a mesma coisa o exame, “- não, mas não pediu nenhum exame”. Isso daí você tem.*

*(...) Agora, se você ainda tem toda uma mistificação em relação à medicina e exame, é ‘exploração armada’ e remédio. Ainda tem mais essa, porque a população acha isso. Então, não dá nenhuma importância para a anamnese, para uma boa consulta, não dá. E ela está se acostumando a isso. Você pode ter cinco minutos, mas você pediu cinco exames... vai ficar satisfeito. (Dr. Marcos)*

*E o usuário também, já vem com a demanda do exame. Isso foi aquilo que a gente comentou: maior acesso à internet, disponibilidade de informação. Ele acha que tem que fazer isso e está na sua competência explicar o porquê. Nunca negar, mas explicar o porquê pode ser feito ou não deve ser feito aquele tipo de exame. Você tem que ter firmeza para poder responder isso ao usuário, certo? Isso eu nunca tive problema nenhum. Sempre... “- Esse exame não vai modificar nada na sua vida. Pode até ser desagradável para a senhora.” E um exemplo que eu dei lá na Unidade é que tem certas clínicas aqui de ecografia que o cara diz assim: “- Seria melhor complementar com uma transvaginal.” Aí eu tenho que explicar: “-Esse exame que foi solicitado para a senhora é um exame de rotina da mulher na menopausa, que está fazendo prevenção de câncer do útero, do endométrio e de câncer de ovário. Eu quero saber como é que está o seu endométrio e quais são as características do seu ovário. A transvaginal vê mais de perto. Beleza. Mas olha aqui: o seu exame diz que o seu útero está medindo tanto, por tanto, por tanto; como é que está o seu endométrio, como é que está o endometrial, como é que está o seu ovário. Não precisa fazer exame. Se tivesse alguma alteração aqui, daí precisaria complementar. Transvaginal é uma complementação.”*

*Então a própria clínica de ecografia está induzindo a paciente a pedir ao médico uma coisa, certo? Quer dizer, é uma picaretagem. Isso é uma picaretagem para poder ter mais um procedimento. Essa que é a verdade. Mamografia. É muito mais fácil colocar uma mamografia Bi-rads 0 ou Bi-rads 3 porque sabe que vai ter que fazer ecografia. E daí fica um rolo, porque 80% dessas ecografias vão dar normais. Claro. Para ter uma complementação com outro exame, que nem a mamografia Bi-rads 0 ou Bi-rads 3, que automaticamente tem que fazer uma ecografia, não tem escapatória. E mais de 80% dessas ecografias vão dar normais. Ou ele é muito ruim para não estar vendo, ou está tentando induzir alguma coisa. Vai tentar. Principalmente Bi-rads 0, não é? [Para induzir] a ecografia. Aí é que está. E você não vai discutir com ele, ele é especialista, certo? (Dr. Armando)*

*Os médicos estão “atolando a faca”. Eles pedem, mas sem necessidade; e a paciente, como é que ela vai fazer? “– Doutor, eu quero fazer todos os exames que eu tenho direito, tudo! Um ‘check up’.” Daí eles querem tudo, mas não dá. Quer dizer, daí esse cara vai... A mulher entrou na menopausa, pra que precisava pedir? Se tiver dúvida tudo bem, mas em gente saudável... Agora, eu acho correto que faça um hemograma, que faça uma glicemia (que é obrigatório) e fazer um lipídiograma completo. No homem fazer o PSA de rotina é importante.*

*(...) Mas é moda, coisa de mulher... Um aluno nosso, vai fazer ecografia pela Unimed... (...) Você precisa ver o luxo dos envelopes. Putz, aquilo era uma ‘nota’ em papel! Tinha umas fotos antigas, desses pintores antigos... É frescura; eu não digo o exame, mas tem que fazer esse tanto de frescura? Onera, é pago, não é? Mas o ‘fresco’ que vai lá, ele tem a “bufunfa”. Ele vai lá porque ele quer tudo chique. Ele quer consumir. Ele quer luxo! Hoje é tudo assim: as embalagens... Mas é, tem muito “brilantismo”. Você pode ver, quando é uma eco aqui no nosso, daí é bem simples. Agora, no ‘fresco’ acham que esse exame físico é mixaria. Não fazem, não é?*

*(...) É por causa desses convênios, não é? “– Eu pago, então eu quero aproveitar.” A primeira coisa... eu chego, em época de exames: “– Eu quero fazer tudo que eu tenho direito! / – Mas por que a senhora quer fazer? / – Porque eu quero fazer! E pronto.” Daí ele vem com 50 mil exames e também não sabe nem porque pediu o exame – ouviu dizer, ouviu da amiga, da irmã, da prima, de não sei quem que fez e queria fazer. (...) Então esses convênios têm essa coisa: “– Você já pagou, não é? Então vamos aproveitar.” Se você for para desembolsar na hora, não quer. É o problema do cartão de crédito! [Risos] (Dr. Antônio)*

Some-se às determinações de ordem mercantil e organizacional um aspecto não menos importante e diretamente inter-relacionado, qual seja, o status de maior legitimidade social que passam a adquirir as produções científicas objetivadas na forma de novos equipamentos em relação às apresentações objetivadas na forma de tecnologias “não materiais”, como os diferentes componentes técnicos da prática médica (Camargo Júnior, 2003; Schraiber, 2008). O “laudo” clínico do médico através de uma ausculta cardíaca já não satisfaz o usuário. É necessário um exame eletrocardiográfico para mostrar e “provar” que está “tudo bem”.

*No dia-a-dia, o médico sente uma pressão do paciente pedindo exame complementar, qualquer coisa tem que fazer um raio x, isso existe bastante. Hoje, no hospital, teve duas situações. Uma funcionária, de manhã, umas 8,30 hs ela veio conversar comigo, me cumprimentou, que estava tudo bem e foi trabalhar. Depois, às 11 hs, ela veio para a minha sala, que fica bem no corredor de frente à entrada da recepção do hospital: “– Estou com uma dor que não agüento, quando vou respirar” / “– Mas não faz nem duas horas você veio aqui dizendo que não tinha nada, que estava tudo bem, desde quando está sentindo essa dor?” / “– Já doeu ontem bastante, ontem de tarde, ontem de noite” / “– você tomou alguma*

coisa?” / “– Eu tomei um dorflex, melhorou, consegui dormir, mas agora estou vendo que não consigo respirar” / “– Se você tomou um dorflex e melhorou, toma outro analgésico” / “– O que eu tomo?” / “– Toma uma dipirona, já ajuda”. Ela não gostou. A colega dela me falou depois, já eram umas 14,30 hs, eu perguntei como ela estava, a colega disse que ela tinha ido embora, que ela veio aqui, eu não pedi raio x nem nada, só mandei tomar dipirona, ela ficou louca da vida, e como tinha uma reunião dos ortopedistas, ela foi conversar com um deles, que falou “– Isso deve ser uma dor muscular, toma um analgésico”. Aí ela disse que não estava se sentindo bem, que ia embora para casa, louca da vida, que eu só mandei tomar dipirona, nem um raio x, nem nada. Mas foi porque eu não achei necessário.

E veio um paciente reclamar, não fazer reclamação, mas queria que fosse dada uma orientação melhor para ele. Ele está fazendo acompanhamento pela cirurgia plástica, tem uma ferida na perna, tem um tempo que está tratando e não cura, e ele diz que o médico nem pediu uma biópsia para saber que tipo de bactéria ele tem na perna. Eu falei “–Traz o prontuário dele, que eu quero dar uma olhada”. O prontuário dele tem essa grossura assim. O cara teve um acidente, fez uma fratura exposta, estava tratando de osteomielite, desde o início do tratamento ortopédico. Lógico “que ferimento de pele é difícil de cicatrizar, o cirurgião plástico que não faz biópsia para ver que tipo de bactéria?” Como já estava bem perto das 18 horas, falei “– Deixa o prontuário dele ali, que amanhã eu analiso melhor e vejo”. O cara falou que o médico nem pediu biópsia para ver que tipo de bactéria tinha, que não cicatrizava, que ele fazia curativo, fazia curativo... e não cicatriza. Osteomielite é assim mesmo.

Esses tipos de situações acontecem diariamente. O paciente que quer que você faça algum exame para poder chegar a um diagnóstico. E quando você não receita nada, é pior ainda. Acho que por isso o geriatra receita bastante, porque se o paciente vem aqui e começa a se queixar de um monte de coisas, e você diz: “– É uma virose, toma bastante líquido, se alimenta normal, toma um analgésico ou talvez até um antiinflamatório, se tiver temperatura faz um antitérmico...” / “– Mas o senhor não vai receitar antibiótico, como vou ficar sem o antibiótico?”, é duro você fazer... se você tem noção do que está orientando, e não caindo nessa “lábria”, você deixa de fazer o que o paciente está querendo, mas você faz o que você acha mais correto, porque você sabe que antibiótico todo mundo gosta de tomar, e nas farmácias se vendem mesmo, de uma forma que não sei como isso acontece.

(...) A pressão dos pacientes pelo exame complementar, a impressão que eu tenho, de verdade eu não sou o senhor da razão, o senhor sabe tudo, o dono da verdade, mas eu acho que isso é baseado nessa situação onde o paciente não confia na tua avaliação objetiva ou subjetiva, de você poder definir “– Não, o senhor está com problema ‘x’ e por isso vai fazer tal tratamento sem pedir exames.” Aí muitos deles não acreditam na tua capacidade. Só que se você consegue com a empatia resgatar aquela confiança que o paciente eventualmente possa ter em você. Se eu disser para o paciente que ele pode pular daqui dessa janela que ele chega lá embaixo e vai estar curado, o cara vai pular. Eu acho que é muito mais baseado nessa desconfiança que ele tem, relacionado a que o médico vai ter condição de fazer uma orientação de tratamento não pedindo nenhum exame. O cara não sabe o que tem a ver o exame com a confirmação diagnóstica. Por isso ele diz “– não doutor, faz exame de sangue.” / “– Não precisa.” / “– Ah não, faz qualquer um, faz exame de sangue.”, porque ele não sabe o que aquilo... “– bate uma chapa.” Não somos ortopedistas, que precisam de raio x para ver se o osso está bom, não está bom. A gente tem como estabelecer diagnósticos de outra forma. Desde que você tenha consciência que o exame complementar é realmente um exame complementar, você não pode cair nessa. (Dr. Vinícius)

Como consequência das novas organizações mercantis vigentes no setor saúde, com o predomínio da prática médica decomposta e estruturada sob a forma de atos-mercadoria e o paciente-usuário exercendo o papel de consumidor, ocorre também a canalização dos conflitos, outrora confinados à internalidade da relação médico-paciente para esferas relacionadas a essa nova ordem de determinações. São tempos difíceis, tempos de riscos também para os médicos, e a definição do uso da tecnologia busca responder também a essas novas necessidades dos agentes.

*Há exagero por uma parte compreensível. Os médicos pensam assim, para evitar os processos contra erros médicos, omissões e tal. Os médicos hoje: – se existe esse recurso, eu vou utilizar, porque eu quero me preservar de uma futura ação contra a minha pessoa, por um reparo diagnóstico, um erro de tratamento -, então, ele procura, como defesa até, pedir o que há de mais moderno, para garantia, para certeza do diagnóstico e do tratamento. Uma parte do exagero começa por aí. Uma auto defesa do médico. Que é benéfico para o paciente? Sempre. Mas para as operadoras é um problema. Você tem o custo.*

*(...) Hoje inclusive a mídia está em cima de qualquer escândalo. Tornando um fato corriqueiro em um escândalo contra médico. Isso é muito comum. Então, hoje os médicos estão até, por causa disso, requisitando mais. Quando não há necessidade. E, por outro lado, requisitam muito pelo mal preparo acadêmico. A dificuldade que o médico tem, também, e aí volto a insistir, o custo, para você se manter atualizado você precisa gastar dinheiro para isso. (Dr. Luiz)*

Destarte, a depender dos vínculos institucionais, das formas de produção em que se encontrem inseridos, da especialidade e da presença, ou não, de vínculos com atividades acadêmicas, os médicos tendem a alienar as decisões acerca do uso de recursos tecnológicos a diferentes mecanismos/instâncias. Para muitos são tempos difíceis, inseguros, tempos de buscar socorro em consensos, seguir protocolos e rotinas pré-estabelecidas seja por grupos de especialidades, seja pelas instituições públicas ou privadas, como forma de garantir alguma segurança técnica e jurídica.

## 6.5 Normatizações e Protocolos como conformadores do Agir Médico

Uma das formas que a profissão médica e os sistemas e serviços de saúde têm utilizado para lidar com as crises e conflitos advindos das várias determinações sobre o uso de tecnologias no interior do trabalho em saúde – vários desses conflitos, como vimos, vivenciados pelos médicos cotidianamente no seu trabalho – tem sido o recurso cada vez mais constante a mecanismos homogeneizadores de condutas frente a situações semelhantes na abordagem de casos particulares.

Entendemos essas apresentações, seja na forma de consensos, seja na forma de protocolos ou rotinas, como diferentes formas de saberes – oriundos da clínica, da epidemiologia, dentre outras disciplinas – materializando-se em recursos tecnológicos diversos, sendo que essas materializações podem se constituir em normatizações (padronizações) mais ou menos rígidas, mais ou menos conformadoras do agir médico. Isso porque

A complexidade decorrente exige uma incrementação da capacidade de decisão individual do médico que necessita de ferramentas para sua implementação: os protocolos e as recomendações ou diretrizes clínicas, entre outros. As ferramentas são como um retrato da multiplicidade do real otimizando a capacidade cognitiva humana. Tornando a prática mais racional e científica. Além de advogar a melhora da qualidade do cuidado e diminuição dos custos, incorporando à decisão clínica uma racionalidade custo-benefício dotada de valor ético.

Mas esta forma de caminhar na direção do “bem do paciente” é também criticada por seu formalismo que separa o cuidado médico do “mundo real” do padecimento, desumaniza a prática e transforma o médico em um seguidor de esquemas, com os quais suas habilidades se tornariam supérfluas. (...) Nesta perspectiva, medicina que toma como base a evidência não representa uma revolução paradigmática, mas a ratificação de uma tendência que tem suas raízes nos séculos passados: substituição da subjetividade pela objetividade técnica. (Camargo Jr, Uchôa, 2006:4)

A dimensão das crises e conflitos vivenciados pelos médicos em sua relação com os recursos tecnológicos faz com que, nos dias atuais, os protocolos, rotinas e consensos – em sua maioria construídos a partir de estudos da área da epidemiologia clínica – tendam a ser significados por esses sujeitos como instrumentos auxiliares, facilitadores da prática clínica cotidiana. Diferentemente, por exemplo, do início das padronizações de condutas internamente às práticas clínicas e na rede pública, na década de 60 e 70, quando a prática médica liberal baseada na pequena produção autônoma resistia à homogeneização de condutas, como forma de preservar a autonomia técnica e a autoridade social (Mendes-Gonçalves, Schraiber, Nemes, 1990). Diferentemente dessa fase anterior, hoje os médicos, integrados a estruturas produtivas concentradoras baseadas na cooperação e na divisão técnica progressiva do trabalho, em período de desenvolvimento científico-tecnológico amplificado que impossibilita sua apreensão e controle integrais ao nível do trabalhador individual, ao contrário de resistirem, não somente integram-se, mas apóiam-se, por uma série de motivos, nas padronizações. Surgem nos relatos, inclusive, elaborações que diferenciam a assistência individual, característica operatória da clínica enquanto tecnologia estruturante da prática médica, da assistência sob formas coletivas, socializadas, contexto no qual se justificam as padronizações embasadas em critérios próprios de outras áreas, como a epidemiologia e a gestão, por exemplo.

*Você tem que normatizar para a população. Para uma grande população, você tem que dar protocolos para todo mundo falar a mesma linguagem. Isso é uma coisa normal. E daí todo mundo vai falar a mesma linguagem. Lógico, vai ter gente que vai escapar e vai querer fazer Igm para rubéola para todas as gestantes. Tudo bem, mas não vai resolver nada. Isso não é o protocolo. Vira um protocolo; segue como funciona... Lógico, sempre vai ter exceção, então tem que estar atento às exceções. O protocolo ajuda na normatização de todo sistema. Antigamente, não tinha tanto essa coisa de criar um programa. Aí é que está. Mas não tinha um sentido de você ter uma saúde, visando à população inteira. A saúde era mais direcionada para o seu consultório, para você ganhar dinheiro. Não teve*

*uma preocupação com a saúde da população no geral. A partir do momento que se começa a ter a preocupação da saúde populacional, pra toda uma cidade, você tem que criar protocolos para ter uma normativa para se utilizar exames, consultas. Já imaginou se você liberasse mamografia para tudo que é mulher? Não ia ter como fazer mamografia em Curitiba! Então [definiu-se]: a idade é a partir dos 40. Beleza. Fazer isso... Têm exceções, eu vou fugir a regra, mas as pessoas têm como resolver.*

*Eu não vejo pontos negativos nos protocolos. Até agora eu não encontrei defeito nenhum. O protocolo é feito por 15 negos que ficam discutindo, pô! Então tem que sair alguma coisa, né? [Risos] Ficam 15 negos discutindo lá 3, 4 meses, alguma coisa tem que sair! Voltado só para isso aí. Imagina quanta “abobrinha” saía na discussão! Quando chegou no fim do protocolo, já está filtrada, já está mastigada, então não tem o que discutir, certo? Se quiser modificar... vai ficar discutindo... Os profissionais em geral, pelo que eu tenho visto, têm uma relação tranqüila com os protocolos, porque deixa tranqüila a pessoa. Ele está protegido também com toda essa... Seguindo aqui o programa, o protocolo, ele está protegido também; ele está se sentindo protegido. Acaba sendo um resguardo para ele. (Dr. Armando)*

*O protocolo ajuda muito, especialmente naquelas doenças freqüentes. Você ter um protocolo ajuda, dinamiza o trabalho, organiza melhor o trabalho. E acho que, na situação que nós temos, onde os recursos são poucos, quanto mais você aumentar a produtividade, sem prejuízo, com qualidade, se você aumenta a produtividade mantendo a qualidade, melhorando a qualidade, eu acho isso aí extremamente positivo. E o protocolo ajuda a isso.*

*Ele ajuda também a você acabar com o tiro de chumbo, de atirar para tudo quanto é lado. Ele dá determinadas orientações, mas sempre tem que ser um negócio flexível, mas eu acho que ele ajuda e muito. Ele ajuda a avaliar melhor os resultados. Em algumas especialidades não tem nem dúvida. O uso de protocolo, por exemplo, no tratamento de câncer, leucemias, eu acho que ele faz um avanço sensacional! Ele racionalizou o atendimento, ele melhorou o atendimento e diminuiu os custos. O protocolo tem a coisa do custo também, que nós temos um custo notadamente crescente. Porque se depender da indústria, pô, a indústria vai aumentar o custo até ser impossível de você acompanhar. Então, o protocolo ajuda muito nisso. Se ele for um protocolo montado com base nas evidências, coisas concretas, evidências concretas, experiências. Então, esse negócio dos exames, da prevenção, você sabe, você tem dados epidemiológicos para você saber que determinada faixa etária você tem que se preocupar com tais e tais coisas. (Dr. Marcos)*

A aceitação e utilização desses instrumentos significam o reconhecimento da impossibilidade em conhecer, dominar e controlar a imensa gama de recursos tecnológicos atualmente disponíveis no trabalho em saúde e suas determinações. Por outro lado, são comuns nos relatos as referências à importância do discernimento individual do médico sobre até onde seguir o protocolo, ou seja, a existência da tensão permanente entre a homogeneização no âmbito da ciência e particularização no plano dos casos práticos.

*Esse negócio da metanálise, mesmo essa medicina baseada em evidências, é um troço complicado. Pode ter seu aspecto positivo, mas você perde também. Se isso não for muito bem contrabalançado com a individualidade, que a doença é do indivíduo, aí você pode criar muito problema. Acho que como orientação geral, para você organizar a capacitação, é interessante. Mas para você viver disso é fogo. Porque o cara também perde um pouco a dimensão da experiência adquirida, do que você faz no dia a dia. Tudo vira a porcentagem lá da medicina baseada em evidências.*

*(...) Então, você estabelecer protocolos com base epidemiológica eu acho que é um grande avanço. O que não pode é o uso burocrático. Quer dizer, você não saber... você tratar tudo como igual, sem saber primeiro que a doença é individual. Se ela tem um componente social, os determinantes são sociais, mas quando ela acontece, ela acontece no indivíduo. Se você não tiver essa flexibilidade “descamba”.*

*Pela minha experiência o programa, porque esse é o objetivo, o objetivo é de você ter um protocolo que racionalizasse os recursos que você tinha e que garantisse, melhorasse o atendimento das pessoas. E todo o trabalho educativo, feito coletivamente, é muito mais eficiente do que o individual. Tanto em termos de resultado, como em termos do recurso investido, porque se você for falar a mesma coisa para 10 pacientes, falar para os 10 ao mesmo tempo, e trocar experiências, não tem nem comparação, era esse o sentido da organização dos grupos, de poder organizar o serviço, aquele grupo vem toda primeira segunda feira do mês... A mesma coisa a questão daquilo que você podia delegar. Então você estabelecia os limites. O que você pode delegar? Você pode delegar algumas coisas que ela [profissional de enfermagem] vai fazer, que ela pode resolver, vendo, olhando só. Acho que é uma briga danada. Tinha médico que – vai facilitar seu serviço –, e ele deixava usar estetoscópio para auscultar pulmão. Está louco, isso aí não... Eu já tenho dificuldades, que eu entendo a fisiologia, e o cara que não sabe nada, vai fazer o que? Então eu acho que o protocolo é uma grande coisa, quando ele é feito em bases epidemiológicas. E é feito para organizar o serviço e não para resolver todos os problemas, porque ele não resolve. (Dr. Marcos)*

As formas como os médicos significam e se relacionam com esses recursos tecnológicos são bastante variáveis. Muitos os vêem como instrumentos de trabalho a ser utilizados para atingir os fins práticos do projeto terapêutico idealizado e buscam subordiná-los às suas necessidades de agentes de trabalho em ação. Reconhecem importância em algumas normatizações, mas tentam submetê-las ao crivo da crítica na sua interação com a prática. Outros parecem estabelecer uma relação mais “espontânea” com esses instrumentos aderindo “automática” e acriticamente às normatizações, inclusive como forma de auto-proteção contra eventuais processos jurídicos.

Seja qual for a tendência de cada agente, esse processo não ocorre livre de contradições. Há que se ressaltar, por exemplo, os conflitos face a duas formas diferentes de normatizações: aquelas construídas internamente às ditas ciências da saúde e aquelas advindas das ciências relacionadas à administração e organização dos processos produtivos, as áreas de gestão.

Os médicos tendem a aceitar com mais facilidade as normatizações de origem explicitamente mais clínico-epidemiológica, construída pelos próprios pares e suas instituições, como os consensos médicos de especialidades/patologias, do que normatizações de cunho mais institucional racionalizador, como é o caso dos limites impostos por planos de saúde à utilização de serviços pelos usuários e, também, em alguns casos, das diversas formas de normatização da saúde pública (Mendes-Gonçalves, Schraiber, Nemes, 1990). Os agentes diferenciam as normatizações mais “internas” ao campo da medicina daquelas mais “externas”, sendo que as últimas tendem a ser vistas como mais constrangedoras da liberdade dos médicos. Ressalte-se que as primeiras – os consensos e rotinas clínicas – têm um caráter menos explícito de *norma* do que as segundas – as normatizações institucionais. Internamente às ciências e à profissão médica, as normatizações clínicas são apresentadas geralmente com um caráter mais de “recomendação” para a prática, como forma de se preservar a autonomia técnica de seus membros, questão tão valorizada nos ideais de profissão (Donnangelo, 1975; Campos, 1992; Schraiber, 1993, 2008). Evidentemente, tal norma está implícita, visto que a formação dos profissionais é realizada tendo como parâmetro tais normatizações, assim como no caso de julgamento pelos órgãos fiscalizadores da profissão de possíveis erros de conduta, serão esses parâmetros as referências para a definição da boa prática. Ainda assim,

entretanto, essas padronizações “internas” à profissão têm um caráter “coercitivo” menos explícito e mesmo mais atenuado.

A diferença aparece principalmente no fato de as padronizações clínicas não se proporem em sua maioria a normatizar quais exames/procedimentos “não devem” ser realizados, pelo contrário, enfatizam quais “devem” ser realizados em determinadas situações, deixando livre ao médico a utilização, ou não, de um rol maior de recursos, a depender de sua avaliação do caso particular.

Já as padronizações de cunho mais institucional, público ou privada, geralmente definem o que “deve” ser utilizado como forma indireta de normatizar a “não utilização” de outros recursos, compreendidos como tecnicamente desnecessários ou custosos. Nesse sentido, seu caráter coercitivo é mais explícito.

Cabem, no entanto, duas ressalvas. Atualmente a separação entre normatizações clínicas e institucionais (principalmente no setor estatal) já não se encontra tão explícita. Isso se deve a uma série de fatores. Entre eles, o principal talvez seja o processo contemporâneo de desenvolvimento de formas de integração, no plano tecnológico, entre saberes “miradores” do *coletivo* e do *individual* na abordagem das condições de sofrimento, como pode ser expresso, por exemplo, na constituição da *epidemiologia clínica* e das *Ações Programáticas em Saúde*. Embora essas duas formas de integração tenham características e motivações bastante diversas, elas têm em comum o fato de estabelecerem critérios referenciados na epidemiologia para a organização das práticas clínicas. A primeira, evidentemente, em função de sua origem mais “interna” à biomedicina, aspecto que se reflete na restrição da epidemiologia a um método de análise da frequência de determinados aspectos clínicos ou assistenciais, tende a ser mais facilmente incorporada pelos médicos. Já a segunda forma de integração sanitária – das *Ações Programáticas em Saúde* –, em

função do papel determinante (e dominante) que se propõe para a epidemiologia frente à clínica, é de se esperar que seja recebida de forma mais conflituosa pelos médicos (Mendes-Gonçalves, Schraiber, Nemes, 1990). Não obstante, essa resistência tem diminuído significativamente nas duas últimas décadas em função tanto do “esvaziamento” conceitual e crítico vivenciado pelas Ações Programáticas em experiências concretas, quanto em função das transformações da profissão médica que lhe restringem progressivamente as possibilidades concretas de manutenção de autonomia, não somente mercantil, mas também técnica.

Além disso, outros fatores podem ser citados para explicar essa menor separação rígida entre normatizações de caráter clínico e institucional, dentre eles: o fato de as instituições adotarem crescentemente as normatizações de especialidades médicas como parâmetros para a organização dos serviços; a presença crescente de médicos nas funções gestoras públicas e privadas, os quais procuram “justificar” clínica e eticamente as padronizações institucionais; o fato de as especialidades e os órgãos da profissão médica também reconhecerem progressivamente o papel do complexo médico-industrial na determinação da prática e da assistência à saúde, o que as impele a valer-se cada vez mais de critérios como o custo-benefício financeiro na construção de suas padronizações (veja-se o caso da vertente da *medicina baseada em evidências*).

Essa aproximação entre as duas formas de normatizações também se expressa no plano das representações dos médicos. Como pudemos ver nos relatos, aparecem referências freqüentes à necessidade de se padronizar o uso e acesso a determinados recursos tecnológicos como forma de se garantir produtividade, qualidade e resolutividade à assistência à saúde.

Tal processo, todavia, não se desenvolve de forma harmônica, dado que as normatizações de cunho institucional, apesar de se “camuflarem” permanentemente com roupagens técnicas, têm em sua constituição determinações políticas e econômicas cujas repercussões nem sempre serão entendidas como corretas ou legítimas por médicos e usuários. Exemplo disso é que os termos “produtividade” e “qualidade”, tal como relatados por um entrevistado, de forma abstrata, podem conter diferentes significados a depender das determinações concretas das distintas formas de normatização às quais são referidos.

### **6.6 De Suporte à Construção do Agir: alguns “desajustes” e “tensões” entre técnica e política**

O que vemos emergir nesse contexto é a crescente constrição da autonomia técnica dos médicos pelas empresas de seguro-saúde, utilizando-se, para isso, além da figura do médico-auditor ou perito, do recurso a normatizações várias alicerçadas na busca do controle dos custos dos serviços médicos. Aqui, os médicos se encontrarão em “encruzilhadas” bastante tensas, em função das disputas no interior da assistência privada entre as necessidades de ampliação da acumulação do capital sob duas formas inter-relacionadas, porém contraditórias: por um lado o *complexo médico industrial* e, por outro, aquilo que Vianna (2002) denomina como *complexo médico financeiro*, ou seja, as empresas privadas de prestação de serviços de saúde, baseadas na securitização do risco. Enquanto aos representantes do primeiro grupo interessa a desregulamentação máxima da utilização de tecnologia (equipamentos, fármacos, insumos etc.) pelos médicos como forma de ampliação de suas taxas de lucro, ao segundo grupo, pelo mesmo motivo, a luta é pelo

máximo controle e restrição possíveis ao uso dos recursos tecnológicos pelos agentes (Merhy, 2000).

*Uma outra situação que já aconteceu comigo, somente na unimed, os outros convênios, como são poucos, não tem esse tipo de problema. Do paciente, por exemplo, ele veio aqui, eu consultei... isso pacientes com varizes aconteceu muito, inclusive com uma mulher aconteceu, de eu fazer uma avaliação e pedir o eco doppler venoso, que para o planejamento cirúrgico você precisa do eco doppler venoso. Diferente do arterial, que o arterial eu consigo estabelecer com parâmetros razoáveis para orientar a parte terapêutica. Mas o venoso quando há indicação, decisão cirúrgica eu preciso do eco doppler, com mapeamento de varizes, tudo. Aí o paciente vai, faz o eco doppler, vem aqui, eu combino com ela, vejo que realmente é caso de cirurgia. Às vezes é uma cirurgia com caráter funcional intenso, às vezes o caso funcional não é tão grande, mas tem indicação. Poucas vezes foi tratamento estético. Então, daí eu faço, acerto, combino a data da cirurgia, peço todos os outros exames, agendo com a paciente, todo esse planejamento cirúrgico e solicito a guia, para a unimed liberar. Só que para a liberação de guias tem que passar pelo perito lá, para fazer a auditoria. Aí a paciente voltava aqui e falava “– o médico lá falou que meu caso não é cirúrgico, é funcional, é estético – / – bom, se o doutor lá achou que é desse jeito... infelizmente não posso fazer pelo convênio.” Agora, eu tenho pacientes aqui que já me procuraram por situações de caráter menor, com menos necessidade do que isso e como era para outro colega, foi autorizado. Tanto é que às vezes eu falava assim “– vai ver que indicou o médico que vai fazer a sua avaliação, porque tem uns que pode e outros que não libera”.*

*E isso eu via às vezes como uma coisa, não vou dizer que seja pessoal, mas como uma coisa direcionada. Só que eu não tenho como manipular essa perícia lá. Se o cara não gosta de mim ou não vai com a minha cara, com certeza ele não vai autorizar o tratamento cirúrgico. Teve até uma paciente que eu falei “– Por que vocês não vão na Justiça tentar reclamar o direito?”, e ela duas vezes eu fiz a solicitação de guia cirúrgica e o médico não autorizou. Aí eles alegaram “– Não, é um caso estético, você pode fazer como particular”, só que eu particularmente não achava que era essa a indicação. Ela tinha sintomas que justificavam a cirurgia. Eu falei com o marido dela “– Por que você não vai nas pequenas causas e faz uma ação? / – Não, se eu tiver que me envolver com isso daí eu não quero mais fazer”, e isso já faz um bom tempo que ela não foi fazer a cirurgia. (Dr. Vinícius)*

Ao contrário do que se poderia imaginar, esse movimento constritor sobre o agir dos médicos não se restringe aos processos assistenciais privados, senão se imiscui também pelos processos de trabalho sob controle estatal.

*No Estado é complicado porque atualmente, já de um tempo para cá é assim: você não pode, talvez por nós não estarmos totalmente vinculados à central de marcação e aquele negócio todo, você não pode encaminhar. E eu podia encaminhar. “– Vá ao oftalmo.” Eu fazia um encaminhamento para oftalmologista*

*para ver. Não posso. Então eu tenho que dizer para o paciente “– Vai lá na Unidade de Saúde,, faz uma consulta com o Dr. fulano e pede para o Dr. fulano te encaminhar para a especialidade.” Atualmente é assim.*

*Então, encaminhamento eu não posso mais fazer. Nem eu nem ninguém mais do ambulatório podemos fazer. O HC também não, é a mesma novela. Eu não posso pedir raio-x. Antigamente nós tínhamos uma cota desses exames: raio-x, tomografia. Não, tomografia sempre foi especial, mas era raio-x, ecografia, encaminhamento. A gente podia fazer e não podemos mais.*

*Vamos supor: se eu peço uma ecografia, ele tem que ir lá consultar para o médico da Unidade pedir. Se eu peço raio-x é a mesma coisa. Só escarro que faz lá embaixo, na pneumo, ainda tem PPD; e os exames de sangue, fezes e urina, que eu pedir junto com o CD-4 e carga viral. Se for um paciente meu que está com dor urinária e eu quero pedir um exame de urina, eu não posso. Eu peço, só que não vão fazer. Ele vai ter que ir lá na unidade pedir para a unidade solicitar o exame para ele, entendeu? Agora, se eu pedir CD-4 e exame de urina, daí o laboratório faz. Mas eu não posso pedir CD-4 toda hora. Esses meandros, essas burocracias que só eles entendem... (Dra. Marina)*

Da definição de quais exames pode-se utilizar para cada caso à definição da terapêutica, todas as etapas em que a instituição consegue visualizar a possibilidade de interferência com vistas a reduzir custos financeiros passam a ser objeto de controles e padronizações, fazendo-se uso muitas vezes, para isso, de profissionais da própria categoria médica, os auditores/peritos, uma nova especialidade médica que se desenvolve no contexto da socialização do trabalho médico. Para se ter idéia do grau de profundidade que ganha tal processo, em alguns casos, a própria definição diagnóstica passa a ser objeto de tentativa de “constrangimento”. Senão vejamos: pode-se dizer que do ponto de vista operatório são diagnósticos diferentes o de insuficiência venosa com déficit funcional (sintomático) e o de insuficiência venosa sem déficit funcional (apenas com implicações estéticas). Apesar do mecanismo fisiopatológico comum, enquanto o primeiro implica grau de sofrimento muitas vezes relativamente incapacitante, o segundo pode até não ser considerado patológico. Ao questionar a indicação cirúrgica prescrita pelo cirurgião vascular, o perito está colocando sob disputa entre agente de trabalho e instituição o núcleo central da atividade médica: a definição diagnóstica.

Em razão de todas as características particulares da prática e da profissão médica, não estaria equivocado quem, por exemplo, há cerca de três décadas, julgasse impossível a consolidação da heteronomia, ainda que relativa, no interior do trabalho médico. A constituição da medicina como profissão dominante envolve entre outros aspectos a garantia de um grau importante de autonomia, além da possibilidade de julgamento e “controle externo” da atividade dos agentes singulares apenas pela própria corporação, o que impediria a consolidação dos mecanismos tradicionais de hetero-controle existentes em outras formas de trabalho (Freidson, 1970). Frente a essas particularidades, é interessante perceber como as instituições vão buscar no interior da própria categoria profissional o recurso necessário ao estabelecimento de mecanismos de controle, ainda que em níveis bem menores que em outras formas de trabalho. Tanto pela qualificação técnico-científica quanto pelo status social e de poder semelhantes, serão médicos os sujeitos recrutados pelas instituições para “julgar” a adequação das condutas tomadas pelos pares contratados. Um entrevistado que exerce essa função faz um relato interessante dessa posição, suas implicações e compromissos.

*Então, o meu trabalho aqui é esse. Por exemplo, um médico solicita um exame de alta complexidade, passa pelo meu 'crivo' para que eu autorize a execução do procedimento pedido pelo médico. Uma forma de controle, para que... digamos uma... você ter um controle sobre o que está acontecendo. Porque na realidade se você gerencia uma operadora de planos de saúde, precisa de dinheiro... para a quantidade de medicina, você precisa de dinheiro para o seu sucesso. No caso nosso aqui, a maioria das operadoras de plano de saúde é assim: o associado paga uma quantidade fixa por mês. Existem reajustes anuais, mas na verdade, ele paga uma taxa mensal, fixa, que seria o chamado pré-pagamento. Ele poderá utilizar ou não, por isso que a contribuição chama de pré-pagamento. Enquanto a operadora arca com o ônus de dar a esse cidadão, que paga uma quantia fixa mensal, a quantidade de medicina ou de custo, que a doença desse cidadão possa exigir. Digamos, o indivíduo pode pagar R\$200,00 por mês, e em um mês, gastar 4, 5, 10 ou 20.000 reais.*

*Então o risco que a operadora corre é esse. Ela recebe uma coisa fixa por mês e não sabe quanto vai gastar, é uma incógnita quanto isso vai custar. Então, na realidade o que nós gerenciamos é parte daquele binômio, receita e despesa, né. O que se procura dar é o máximo de atenção possível à saúde. As operadoras todas*

*estão hoje cuidando da medicina preventiva, para que? Tem uma finalidade importante a medicina preventiva porque, primeiro, prevenindo diminui a incidência de doenças, os sofrimentos que ela gera tanto para o doente como para a família, e o custo para as operadoras. E todas as repercussões que isso, que o doente tem na nossa sociedade. Ele pára de trabalhar, ele passa a depender de previdência social, então é aquela bola de neve, uma coisa puxando a outra.*

*Então, acho que o enfoque hoje, de todas as operadoras, é partir para a medicina preventiva. E uma coisa que não se conseguiu ainda com os médicos, que é o trabalho em cima das evidências. Hoje o bom, o fundamental, para você fazer uma boa medicina e gastar dentro do necessário e não do supérfluo, é fazer medicina baseada em evidências. Existem grupos de estudiosos de cada especialidade, analisando e criticando técnicas, métodos, etc., e recomendando o que é necessário, o que é útil, e o que é menos útil.*

*Isso o que a medicina por evidência faz, 'em tais e tais casos comece com uma radiografia simples, não comece pela tomografia', ou já iniciar com uma ressonância magnética, existem as recomendações, em que casos você usa tomografia, e em que casos deve-se dar preferência, já de início, a uma ressonância magnética. Isso tudo é fruto de estudos e comparações, que esses grupos de médicos especializados fazem, a análise da eficácia de cada técnica oferecida. Mas a medicina baseada em evidências não está muito ao alcance geral dos médicos. Nós coordenadores temos mais acesso a essa vinculação, mas o prestador, em geral, não tem.*

*Outra coisa que esbarra nessa dificuldade do pessoal usar o que for recomendado, evidentemente vantajoso, é a liberdade que o médico tem de fazer o que a sua consciência diz, ou o que a sua sabedoria, a sua experiência indica. O médico tem a liberdade de pedir ressonância, eu não posso, como coordenador, chegar para um prestador nosso, que pede uma ressonância magnética, e dizer 'não, não vou autorizar'. Se existem dúvidas, a minha função é ligar para conversar "– colega, por que você quer logo uma ressonância magnética?", eu posso, até na argumentação, nesse diálogo, dizer: "– você concorda? / "– é, de fato, então vamos pedir um exame menos custoso", a função da coordenação médica, esse relacionamento com a rede credenciada, com os colegas, é um pouco delicado, você tem que tomar cuidado e não negar as coisas. Você tem que ter conhecimento suficiente para entender o que está se passando, por que o médico pediu, e na dúvida, entrar em contato com ele, não simplesmente se transformar em um policial da atividade médica.*

*Os auditores médicos têm que tomar esse cuidado, tem que ter conhecimento técnico, já ter conhecimento dessa análise que é feita das novidades, para poder recomendar e adequar à arrecadação que ele tem, para o fornecimento dessa nova tecnologia. Por exemplo, quando tinha apenas radiografia, eu podia cobrar, por hipótese, 30,00 reais por mês, de cada associado. Quando entrou a tomografia, esse custo dobrou, teve que cobrar um pouco mais. A luta é sempre essa, tem que tomar cuidado de conciliar a técnica, a tecnologia, com custos. Porque você pode oferecer só aquilo que você arrecada. A vantagem de se constituir um plano de saúde é essa, que são muitos contribuintes, para poucos utilizarem. Se todos os contribuintes utilizassem, se tornaria inviável.*

*(...) você contrata um plano de acordo com o que você pode pagar. Então, você pode pagar 200? Então tem isso, isso e aquilo e não tem tal, tal e tal. Aí você vai ao médico, ele vê que existe um exame que não está dentro do teu contrato, isso gera um conflito danado. Agora, por outro lado, o auditor diz "– não, mas o senhor não tem direito a esse exame, porque o contrato não prevê", então ele tem um embasamento jurídico para negar. Agora, quando você não tem esse embasamento jurídico para negar, que não está no contrato... aí você tem que ver...*

*Então, a auditoria é assim... a auditoria médica se exerce assim. Em função dos contratos, do que pode, do que não pode... então se vem algum pedido médico fora*

*do que está contratado, você tranquilamente pode negar, porque está amparado do ponto de vista jurídico.*

*Agora, quando teu plano não limita, aí sim você tem que partir para o diálogo, para que não sejam cometidos os chamados abusos. Agora, é uma posição difícil a auditoria. Por quê? Porque ela trabalha contra duas forças, a força do médico e do cliente. Porque o médico e cliente são duas forças contra a do auditor. O termo contra é um termo... vamos dizer assim... forte demais... seria o confronto entre o desejado pelo segurado e o que a outra parte quer, funcionaria como uma negativa, em princípio, para o que a pessoa quer. Mas não é isso. Contra uma questão de opiniões, de conhecimento, de evidências. Nem sempre aquilo que o médico e o cliente acertam entre si é aceitável pela auditoria. A auditoria vê com outros olhos, o que? Os fatos, e não coisas subjetivas que se passam entre o cliente e o médico. Então, é uma função a auditoria... muito difícil, tem que ter... se no contrato diz 'não', é não. Se diz 'sim' é sim e os conflitos acontecem quando você contraria alguma coisa que é do direito da pessoa. Mas aí é uma questão de seguir o princípio da auditoria. Vai contrariar uma coisa? Se você tem direito, não é razoável, você sabe que não vai sustentar isso. Agora, o ideal é que você se comporte como um técnico realmente, interessado em que? Na verdade dos fatos, na evidência de necessidade ou de desperdício. Porque tudo aquilo que sobrepassa a necessidade é desperdício. E desperdício você não deve ter nem no consumo da tua casa, né. Jogar comida fora, deixar uma torneira aberta, aqui é a mesma coisa. (Dr. Luiz)*

Cabe ressaltar que não se deve entender esse processo como “aceito passivamente” pelos médicos. Pelo contrário, esse controle sobre o aspecto operacional da atividade é fonte de tensões e conflitos permanentes, expressos das mais diferentes formas, como poderemos perceber.

A questão que se coloca, antes, é como as particularidades do trabalho em saúde acabam por fazer com que a questão das padronizações e dos constrangimentos de caráter gerencial sobre a prática médica se apresente para os médicos de forma tão contraditória. Pois, se por um lado desenvolvem-se críticas e protestos em relação às interferências “burocráticas” das instituições, por outro lado já parece comum a idéia de que “certo nível de controle é necessário”. Pensamos que as raízes de tal contradição devem ser encontradas no fato de os médicos reconhecerem a incompatibilidade entre a existência da autonomia técnica irrestrita e a constituição de modelos socializados de assistência em saúde. Em função da gama de determinantes dos processos assistenciais em saúde entre os quais se

destaca a influência do capital no interior do setor saúde através, por exemplo, do complexo médico-industrial, além dos interesses individuais de caráter mercantil dos médicos, parece haver certo “consenso” de que não se pode deixar completamente “livre” a manipulação dos recursos em saúde pelos agentes da prática.

Em parte, tal entendimento é fruto dos diversos movimentos denunciadores dos altos gastos da medicina em sua fase tecnológica, movimentos iniciados a partir do segundo terço do século XX, com as críticas à tendência especializante flexineriana, e consolidados com as tendências preventivistas em meados desse século, encontrando nos dias atuais várias ramificações em concepções e diretrizes como a da *medicina baseada em evidências*. O que inicialmente eram preocupações e elaborações advindas da área de gestão e políticas de saúde, ao longo das últimas décadas adentrou o interior da própria biomedicina e se constituiu como diretriz importante na definição das padronizações, na forma, por exemplo, de consensos e diretrizes clínicas que se guiam pelo custo-benefício como parâmetro fundamental de orientação da prática. Essa idéia de custo-benefício possui sempre duas dimensões inter-conectadas. Por um lado, a dimensão clínica, ou seja, as implicações em termos de melhoria da condição clínica em relação aos possíveis riscos e custos em termos de sofrimento para o paciente. E, por outro lado, a dimensão financeira do custo-benefício em se optar por esta ou aquela intervenção.

Além desse aspecto, outro que acaba por colaborar para que os médicos signifiquem as normatizações gerenciais como necessárias refere-se à vinculação/restrrição do cuidado em saúde à dimensão do consumo. Essa forma que a sociedade capitalista encontrou historicamente para institucionalizar o acesso aos serviços de saúde, como consumo individual, que acaba por resumir a questão da saúde ao consumo de determinadas mercadorias (ainda que especiais), evidentemente, e não poderia ser diferente, acaba por

justificar a organização da produção e do consumo guiados pelas leis mercantis predominantes na sociedade.

Embora os médicos tendam a resistir a esses movimentos como tentativa de preservação de autonomia técnica sobre o uso da tecnologia, além de buscarem muitas vezes garantir o acesso dos pacientes-usuários aos recursos que julgam necessários e legítimos, não são infreqüentes em seus relatos falas que defendam a necessidade de controle por parte das empresas como forma de coibir “abusos” no uso da tecnologia. Não faltarão, assim, relatos justificando a adoção de normatizações gerenciais com base no argumento de que a medicina também é um “negócio” e, portanto, deve se acertar com as regras do “mundo dos negócios”. Precisa dar lucro (no caso da rede privada) ou precisa compatibilizar o acesso da população aos serviços com os recursos disponíveis.

*E a unimed também, só paga, hoje em dia, R\$ 33, ou alguma coisa assim. É R\$ 30 ou R\$ 33. É ridículo! E R\$ 33 se você não pedir um exame de alta complexidade. É exame simples, de laboratório; se pedir qualquer exame mais complicado, eles não pagam, pagam R\$ 30. É um meio de coagir você. Se você pedir exame caro, você ganha menos. Se pedir exame, se pedir tomografia computadorizada, ressonância ou a própria densiometria, aí leva o desconto.*

*(...) O outro [problema] é o número de consultas. Mas isso os médicos também são um pouco culpados, porque eles exageram, então é uma consulta por mês, no máximo – tanto faz a especialidade. Se você faz mais de uma, tem que fazer uma justificativa quilométrica, e daí ninguém faz porque é mais trabalho do que vale.*

*(...) E daí o geriatra é um problema, sabe? Porque ela vem a primeira vez... Mas quando ela vem com o resultado, às vezes demora mais do que a primeira consulta. Tem todos aqueles exames, então tem que discutir com eles como é que faz, como é que não faz; se vai tomar para osteoporose; se vai tomar pra reposição ou não vai tomar. Às vezes, a segunda – o retorno – a re-consulta é muito mais trabalhosa do que a própria consulta e daí você tem que fazer um “sujinho”. Você tem que ter tudo anotado, bem corretinho e jogar a consulta para o outro mês. Mas isso é complicado; se tiver um errinho, eles não liberam. Mas se eles liberarem, os colegas fariam consulta toda semana – o que também está errado. E vira uma bagunça.*

*(...) A videolaparoscopia você não consegue. Pode, pela unimed, mas tem justificar muito bem porque normalmente eles olham, eles falam: “-Tem que embasar clinicamente.” Tem que ser bem embasado, senão eles não autorizam. Quer dizer, tudo o que onera eles, não liberam.*

*Mas aí tem caso. Nós tivemos um caso na família que o cara ficou meio ano... ele teve um AVC – de idade já, com 80 e pouco – e ele ficou quase meio ano no [Hospital] Nossa Senhora das Graças pela Unimed. Internado, cara! Com motivo*

*clínico e tudo. Mas, depois de meio ano, por aí, disseram: “– Não, mais não pode.” Mas você imaginou o que ele comeu de contribuição de todo mundo? [Risos] Poxa, e o problema é que ‘empurra’ naquilo lá – e daí todo mundo paga... Mas o seguro é esse benefício. Bate o seu carro 10 vezes, ou não bate, e você pagou. Em compensação, o outro que bateu três vezes... [Riso]*

*(...) Mas não é fácil não. Basta ver: esses convênios têm uma rotatividade tanto de clientes, porque fica muito caro. (...) Eles não agüentam pagar todo o mês R\$ 400, R\$ 500.*

*(...) Ah, mas era quando os caras faziam muitos “xunxos”. Não era controlado. Daí tinha os caras que tinham dia de cirurgia. Eu, e a Dra. Renata, nós que tínhamos o maior número de pacientes, de consulta. Então o nosso, em duas semanas estava o teto feito (continuava atendendo), e a nossa parte cirúrgica tinha um mínimo de cirurgia. Eu dizia: “– Pô, mas como é que os caras têm tanta cirurgia?”. Qualquer coisa, já operava. Fazia perineo adoidado, sem precisar. A mulherada dizia: “– Ah, eu estou muito ‘larga’, faz?” – porque era pago. Então a auditoria era mais por causa disso. Pegavam os caras que tinham muita cirurgia. Nós tínhamos um colega, já falecido, aqui do serviço, da obstetrícia. Ele fazia plantão e trabalhava no IPE. Todo mês chamavam ele na auditoria porque ele operava adoidado lá. Tudo ele [falava]: “– Ah, vamos operar.”. Eles pressionavam, mas a gente sabia que ele fazia cirurgia a torta e a direita – com necessidade, sem necessidade. Então isso eu posso falar: se faz corretamente, eles não questionam.*

*(...) Ah, um outro [colega] tirou todas as vesículas – na região e no município. [Riso]. Esvaziou tudo. Tem isso, né? (Dr. Antônio)*

*Só que você sabe que tem muito colega, inclusive na própria Unimed, que faz o gerenciamento de exames, e eles cortam... e ele próprio encaminha para fazer os exames. Tem especialidades que não tem como, né. O oftalmologista, você chega lá com dor no olho, se ele não fizer uma tonometria ele não vai saber se você está com tendência a fazer glaucoma. Ele pode fazer o exame no próprio consultório, na consulta, é um exame direcionado, mas relacionado à especialidade. Tem algumas coisas que justificam o exame complementar, mas outras não. (Dr. Vinícius)*

A compatibilização entre o plano abstrato e o concreto, entretanto, não é tão simples, mormente quando é o próprio agente singular o envolvido. Assim, embora pareça razoavelmente aceitável a idéia das normatizações e controles “em geral”, tal aceitabilidade tende a não ser a mesma quando se trata do “meu caso”.

Além disso, muitas vezes o médico encontra-se pressionado entre, de um lado, o paciente-cliente buscando acessar o consumo dos itens que julga necessários para atendimento às suas necessidades e, de outro, a instituição buscando limitar tal acesso.

Os mecanismos de controle acima citados – normatizações, padronizações, perícias etc. – são os principais utilizados para constranger a autonomia técnica dos médicos, tanto na esfera privada quanto na estatal. Nessa última, costuma ainda somar-se a esses mecanismos a busca do hetero-controle através das gerências diretas dos serviços de saúde. Assim, as chefias e gerências de serviços hospitalares e ambulatoriais tornam-se também progressivamente elementos tensionadores da autonomia técnica. Se no caso do hetero-controle indireto, ou impessoal, as possibilidades de a heteronomia se efetivar são limitadas, no caso então desses mecanismos mais diretos e “pessoais” tais limitações são ainda mais acentuadas. Isso por uma série de fatores, entre os quais o mais importante está relacionado ao poder ainda concentrado pelos médicos no interior dos serviços assistenciais. Embora tenham sido assalariados, como vimos, os médicos ainda constituem-se em trabalhadores com status social e de poder razoável, tanto na sociedade em geral quanto no interior dos processos produtivos em saúde. No plano da sociedade não cabe retomar as raízes desse poder, visto já ter sido discutido em momento anterior desse trabalho, apenas enfatizar sua relação com a estrutura de estado e o papel reprodutor das relações sociais predominantes como determinantes de uma atividade “especial” para a socialidade. No plano dos processos produtivos também cabe apenas lembrar a condição central, ocupada pelo agente médico, frente aos demais profissionais, centralidade técnica que se converte também irremediavelmente, como sabemos, em centralidade política (Carapinheiro, 1993; Pires, 1998). Assim, não se apresenta como tarefa simples para as chefias/gerências subordinarem tais agentes, dada sua capacidade de controle técnico da atividade, atividade esta exigente de flexibilidade como constituinte inerente do agir.

Embora limitadas, porém, tais tentativas de subordinação dos médicos ao controle institucional através das chefias/gerências não deixam de se realizar. Na maioria das vezes,

tal processo, como tentativa de se evitar confrontos abertos, conforma-se através de “negociações” entre as partes em “embate” que, não obstante a manutenção da maior parte da autonomia, acaba por conformar limites ao agir médico autônomo.

*Na medicina que eu trabalhei, no serviço que eu trabalhei, medicina da família, era isso todo dia. Todo dia você tem que brigar com o chefe para poder fazer as coisas. Para poder fazer uma boa consulta, porque o médico que atende ambulatório, você só pode ter satisfação se você fizer uma boa consulta, porque é só isso que você faz. Agora, se você não tem condição de fazer uma boa consulta, olha a frustração... uma frustração terrível. Então, você tem que brigar para fazer isso.*

*Agora, a tristeza é que o número... acho que a maioria do pessoal que trabalha no serviço público não está preocupado com isso. Então, todo mundo aceita, e é isso que levou a que o relatório seja a coisa mais importante. Você poder chegar no final do ano, publicar um relatório, que fez duas consultas por paciente por ano... por habitante por ano. Mas não tem nenhuma avaliação de qual foi o resultado disso. (Dr. Marcos)*

*Aí é que está! Ficou massificada a coisa. Hoje não... Hoje, se eu estou na unidade de saúde onde eu estou, não tem diferença nenhuma. Vai estar o outro lá e vai estar o outro – não tem diferença nenhuma. Quer dizer, então até a paciente vai dizer: “– Ah, esse aí também não vai me examinar. O outro não examinou, esse aí não vai examinar.” É uma coisa diluída, mas isso é uma coisa comum, então...*

*E você vê uma tendência de uma piora nesse tipo de relação, certo? Porque daí o administrador da secretaria quer que você atinja a cota, sempre se atinja as metas e não se importa muito em como você atinge essas metas. Aí é que está o x da questão. Entra todo mundo dentro de uma estratificação geral. (Dr. Armando)*

Em resposta às tentativas contínuas das instituições em estabelecer controles e padronizações crescentes sobre a atividade dos médicos, assim como de outros profissionais de saúde, esses agentes constantemente buscam criar mecanismos para fugir ao hetero-controle quando isso lhes interessa. Os interesses que movem essas frequentes reações podem ser as mais diversas, desde a tentativa de garantir o acesso de um paciente a um serviço negado pelo plano de saúde até interesses mais mercantis do próprio médico, sendo que na maioria das vezes essas duas ordens de interesses encontram-se associadas e se compatibilizam. Assim, médico e paciente-usuário muitas vezes tornam-se parceiros no

processo de superar “entraves” colocados pelas instituições à realização de procedimentos que interessam a ambos, por vezes por razões diferentes, o que não impede tal compatibilização.

### **6.7 Representações acerca da “Medicina Armada” e *Reificação da Tecnologia***

Ainda internamente à temática da relação entre o médico e os instrumentos de trabalho, um elemento cabe ser analisado: referimo-nos à tendência contemporânea profundamente enraizada de ultravalorização da ciência e da tecnologia e suas implicações no interior do trabalho em saúde. Algumas de suas características e conseqüências podem ser evidenciadas através das repercussões de tal tendência no plano das representações dos sujeitos envolvidos no processo assistencial em saúde.

Exemplo conhecido disso é o dos casos em que se utiliza um equipamento para auxiliar um diagnóstico (um exame de imagem, por exemplo), onde existe uma forte tendência de a valoração pelo usuário, em grande parte, não recair sobre os agentes do trabalho (Camargo Júnior, 2003; Schraiber, 2008). Muitas vezes, não é o médico que está conduzindo a investigação diagnóstica que recebe os “louros” por um diagnóstico bem feito. Para o usuário, pode parecer que o “exame mostrou o problema”. Tampouco, geralmente, reconhece-se a esfera, o “microcosmo”, da realização do exame complementar como composto por agentes de trabalho – centralizados, na maioria das vezes, por médicos – operando, fazendo uso de equipamentos a fim de colaborar para o projeto global de diagnóstico de cada caso. Ou seja, não se percebe que o laudo de um exame complementar depende do trabalho do médico (radiologista, ecografista etc.) em “olhar o órgão através da máquina” e dar sua impressão acerca do mesmo. Para o usuário, a máquina fez o

diagnóstico. Aqui a ultravalorização crescentemente progressiva da tecnologia sofre uma transformação qualitativa. De instrumento, o equipamento pode ser instado, no plano das representações, ao lugar de sujeito do processo diagnóstico. Essa metamorfose expressa a dinâmica contemporânea de *reificação* da tecnologia como conformadora da *alienação* ao nível dos usuários dos serviços de saúde.

Mas será a reificação da tecnologia um processo restrito ao plano de representação dos usuários-pacientes?

*A medicina hoje é baseada muito mais em tecnologia avançada, do que no conhecimento médico. Hoje a engenharia eletro-técnica trouxe avanços formidáveis para a questão do diagnóstico, e por isso os médicos têm que gastar menos cérebro e os clientes gastam mais dinheiro para custear esses exames, chamados exames de imagem. Que para o médico são a salvação, porque os exames de imagem acabam fazendo o diagnóstico que o cérebro do médico não faria. Os laboratórios também foram aquinhoados com o progresso tecnológico, e hoje o laboratorista não precisa ter aquele preparo artesanal que ele tinha antigamente. Lidar com cubetas, pipetas, balanças, porque hoje a tecnologia evoluiu e produziu aparelhos capazes de produzir exames confiáveis em grandes quantidades, em uma fração pequena de tempo no laboratório.*

*(...) Então, o avanço tecnológico, mais do que o avanço intelectual dos médicos, promoveu o avanço na medicina. Curioso, que não precisou usar muito o cérebro, porque a tecnologia prescindiu até dessa qualidade. Porque abreviou muito o raciocínio médico em função do que ele está vendo na própria imagem.*

*Isso que modificou drasticamente a relação médico paciente. Modificou dado o avanço tecnológico, porque você tendo uma máquina, um dispositivo que te dê um diagnóstico de segurança, você tem rapidamente o diagnóstico em mãos e rapidamente você pode tomar a decisão necessária para cuidar aquele caso. (Dr. Luiz)*

Uma linha muito tênue separa o (inegável) reconhecimento dos avanços tecnológicos, com a conseqüente simplificação/facilitação (também inegável) de aspectos do trabalho médico, da elevação dos equipamentos a *sujeitos* principais da assistência à saúde na contemporaneidade.

Evidentemente esse tipo de representação não é o único presente entre médicos e população, nem sequer podemos afirmá-lo como hegemônico; há, efetivamente, casos

cotidianos em que o usuário percebe o exame complementar como um instrumento utilizado pelo médico consultante para auxiliá-lo em seu operar sobre a realidade do corpo individual orgânico e, nesse caso, o médico é reconhecido como o agente condutor da prática diagnóstica. O outro médico – operador do equipamento – porém, raramente é reconhecido como agente condutor em sua esfera de atuação, sendo o processo de realização do exame complementar representado, pelos usuários, como essencialmente dirigido pelo trabalho morto. Nesse espaço, ocorre um processo interessante de quase “invisibilidade”, de quase “apagamento”, do médico, do agente de trabalho, responsável pela condução do processo, no plano das representações pelos usuários. É bem verdade que esse processo possui determinações materiais, dado que em parte dos exames complementares o paciente-usuário nem sequer entra em contato direto com o médico. Em outra parte significativa os exames são realizados com o paciente-usuário inconsciente, sedado etc. Isso torna a relação médico-paciente nesse tipo de etapa do processo assistencial caracterizada pela *provisoriedade* extrema e pelo *anonimato*.

Apesar de não podermos afirmar esse tipo de representação – a do exame como agente diagnosticador – como hegemônica em nossa sociedade, pensamos ser essa uma característica importante em tempos de medicina tecnológica. Ou seja, parece haver uma tendência no sentido de se valorar cada vez mais o equipamento em detrimento do agente do trabalho, e isso, a nosso ver, é tanto causa como consequência da forma como se estrutura o trabalho médico na contemporaneidade.

Assim, como evidenciou Schraiber (2008), os médicos são alçados ao papel de intermediários, meios, entre os pacientes-usuários e a ciência/tecnologia. Grande parte do esforço do paciente para resolver sua condição de sofrimento será realizada na forma de

“pressão” sobre o médico no sentido de fazê-lo tornar disponível a tecnologia com a qual espera que resolverá seus carecimentos.

Não é fácil resistir e os médicos muitas vezes ao ceder acriticamente a essa pressão frenética por exames complementares reproduzem o ciclo e colaboram para a ampliação do fenômeno da reificação dos instrumentos de trabalho.

Para o médico, esse complemento de seu exame clínico torna-se muitas vezes o centro. Como procedimento diagnóstico, os exames complementares passam a ocupar toda a esfera reflexiva de seu trabalho: parece que, tendo pedido todos os exames necessários, está concluído todo o esforço de saber do médico para fazer seu julgamento. Da leitura dos exames, pois, decorre o projeto de intervenção – a terapêutica.

Por outro lado, a mesma objetividade é repassada para o paciente, que a toma como recurso avaliador do raciocínio do médico e de seu julgamento clínico. Para o cliente, os exames também podem vir a ser o ponto central da consulta. (Schraiber, 2008:186)

Esse processo, evidentemente, é apenas expressão no interior do trabalho em saúde de um movimento mais amplo relativo aos critérios de legitimidade científica cristalizados a partir da constituição da revolução científica moderna e suas repercussões ao nível dos processos produtivos. A ciência moderna, com sua centralidade nas ditas “ciências duras”, principalmente a mecânica e a matemática, tem como pressuposto de legitimidade a máxima objetividade e controle dos métodos e instrumentos de produção científica e tecnológica (Ayres, 1994, 2002; Camargo Júnior, 2008). A objetivação da ciência na forma de tecnologia “material”, ou seja, em máquinas e instrumentos materiais, é a expressão no plano do trabalho dessa racionalidade em sua tentativa de realização do “sonho dourado” de obtenção da neutralidade da ciência frente à subjetividade e aos valores éticos e políticos na sociedade.

Destarte, essas representações são apenas uma expressão e fazem reproduzir a idéia cada vez mais corrente na sociedade de que a riqueza e eficácia da medicina contemporânea

encontram-se no grau de avanço dos equipamentos e instrumentos “materiais” de trabalho em detrimento do agir médico.

O fato de a apreensão de tal processo dar-se de forma privilegiada através da análise das representações dos sujeitos, como vimos aqui fazendo, não deve alimentar a hipótese de que a reificação dos meios de trabalho seja resultado somente de processos subjetivos. Os sujeitos somente representam os recursos diagnósticos como “coisas”, quase dotados de autonomia e vida própria, porque concretamente esses recursos vêm adquirindo progressivamente estatuto de centralidade, centralidade à qual cada vez mais os agentes de trabalho se subordinam ao invés de subordinarem.

Assim, o exame, de *meio* utilizado pelo médico para atingir determinado resultado, pode tornar-se *fim* do agir médico. Essa elevação de um intermediário, um meio, à condição de potencial dirigente do ato médico, é uma das expressões do surgimento de relações de alienação/estranhamento do médico em relação aos seus instrumentos de trabalho, vistos como dotados de autonomia própria, pois

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 (Schraiber, 2008:190).

Ao se distanciar de uma parte de seu trabalho, as apresentações científicas objetivadas em saberes e instrumentos, e estranhá-la, o médico distancia-se de si próprio, posto que o seu projeto de ação e sua práxis são expressão objetivada de seu ser subjetivo. O que está em questão, portanto, é a contradição entre *teleologia* e *causalidade* no interior do trabalho médico, ou seja, a não correspondência entre finalidades e motivos do trabalho

médico. A idealização do projeto de intervenção utilizado como guia de seu agir prático passa a ser determinado não pelo fim – o cuidado –, mas visa responder a causalidades “externas”<sup>7</sup> a esse. Assim, com a utilização mecânica e alienada dos recursos tecnológicos o médico responde a um projeto que não é o seu ou do paciente, mas a um projeto com outras determinações – como aquelas advindas do complexo médico-industrial ou de outras instituições, por exemplo – estranhas a ambos.

Trágica ironia em que estão imersos os médicos modernos: no momento histórico em que o desenvolvimento científico-tecnológico na área das ciências biológicas encontra-se em nível tão elevado, em sua capacidade de subsidiar a apreensão do corpo orgânico, os manipuladores desses recursos começam a apresentar-se, em muitas ocasiões, alienados do controle dos mesmos. As relações sociais predominantes sob as quais se dá esse desenvolvimento são determinantes para o estabelecimento dessa alienação (*Entfremdung*) entre agente e meios de trabalho. Temos aqui uma demonstração interessante da definição que Lukács (1981:2) faz acerca da alienação, ou seja, a idéia de que

O desenvolvimento das forças produtivas é necessariamente também o desenvolvimento das capacidades humanas, mas – e aqui emerge plasticamente o problema da alienação – o desenvolvimento das capacidades humanas não produz obrigatoriamente aquele da personalidade humana.

Tal tendência, contudo, não se desenvolve de forma unidirecional e harmônica. Os relatos também demonstram a existência, no caso do trabalho médico, de um processo contraditório: embora haja uma tendência à subordinação do trabalho vivo pelo trabalho morto, ou seja, da subordinação estranhada do trabalhador à dinâmica dos recursos

---

<sup>7</sup> A utilização do termo “externas” entre aspas tem a função de evitar a interpretação de que postulamos ou vislumbramos a possibilidade de um trabalho médico “puro” por referência às relações sociais instituídas e instituintes. Tal medicina, como sabemos, jamais existiu ou existirá. Para a discussão acerca das determinações sociais da prática médica vejam-se os capítulos 1 e 2.

tecnológicos, também se observa a existência de elementos denotadores de uma tentativa de reorientação do protagonismo do médico frente aos meios de trabalho. Há, por um lado, uma tendência, mais ou menos evidente, de parte dos médicos terem a sua prática cotidiana cada vez mais “automatizada”, “mecanizada” e hetero-controlada o que demonstra embriões de relações alienantes no interior dessa atividade, ainda que em proporções razoavelmente menores quando comparadas à produção de bens “materiais”. Por outro lado, observam-se relatos de novas conformações da relação do médico com seus meios de trabalho que demonstram tentativas de superação das relações alienantes em sua forma embrionária.

Diferentemente dos tempos da medicina liberal, ou artesanal, no qual o médico detinha o saber e controle quase absolutos sobre o processo de trabalho no qual estava inserido, aí incluídos os recursos científico-tecnológicos, atualmente, em tempos de socialização, especialização e impossibilidade de conhecimento-controle integral sobre os meios de trabalho, alguns médicos já começam a estabelecer relações com a tecnologia com outro grau de qualidade. Por um lado, reconhecem a impossibilidade do saber-controle sobre a totalidade do processo de trabalho e sobre a imensa gama de recursos disponíveis. Por outro, vão buscar alento e respostas para lidar com esse “mundo de instrumentos”, que ameaça “subordiná-los” em sua dinâmica auto-reprodutora, em um espaço que já parecia esquecido: a produção do cuidado. E será justamente esse espaço que propiciará o reencontro do médico com o caráter reflexivo de seu trabalho, o reencontro do agente com seu saber-agir, do trabalho com seu *telos*. Aqui, ao que parece, a reflexão será necessária, ao contrário de outros tempos, cada vez menos para a definição do diagnóstico e da terapêutica dado o grau de simplificação progressiva proporcionado pelos saberes objetivados na forma de equipamentos. Parece que a questão que se coloca

contemporaneamente para os médicos é como fazer para que os atos (e instrumentos) constituintes do diagnóstico e da terapêutica componham um projeto assistencial de forma a produzir o cuidado efetivo do paciente, ou seja, como esses atos e instrumentos podem colaborar para a atenuação das formas de sofrimento, visto que a sua existência e realização, por si só, parecem não ser garantia de tal alcance.

Parece, nesse sentido, que não é o aprofundamento da complexidade tecnológica crescente que exige mais reflexão do médico. Pelo contrário, tal desenvolvimento parece “facilitar” progressivamente o processo de apropriação e intervenção do médico sobre o corpo orgânico parcelarizado. A nova complexidade agora se refere à adequação de tais intervenções aos carecimentos postos para o cuidado. Aqui cada vez mais o caráter reflexivo da prática médica passa a ser necessário e o agir tenta reconquistar a centralidade perdida para os instrumentos vários, subordinando-os no interior do trabalho.

*A partir do momento que eu começo a perceber alguma coisa que vai contra aquele protocolo, eu começo a perseguir aquilo que eu estou percebendo que tem lá no protocolo – isso é uma coisa minha – baseado em literatura, tal, que mostrem outros caminhos.*

*Eu vou pegar um exemplo aqui, porque eu fui orientador agora de um TCC, então eu observava na unidade de saúde que desde que eu entrei lá, rotineiramente no exame ginecológico eu faço teste de aminas, de rotina. Em todos os pacientes que eu faço exame ginecológico eu faço teste de aminas. Isso já vem desde a década de 80. E o que acontecia? Acontecia que quando eu fazia o teste de aminas e vinha o papanicolau com bacilo supra-citoplasmático, eu entrava no controle da paciente e via que tinha tratado. Daí vinha o resultado do outro ginecologista que não tinha tratado. Ele não tinha feito o teste de aminas. E o que acontecia? Tinha que agendar consulta. Nesse agendar consulta, quem vai agendar a consulta, quem vai levar o comunicado que o papanicolau deu uma alteração é a agente comunitária. Como é que ia ficar a vida dessa paciente, não é? - Bom, então vamos fazer um trabalho. Vamos ver quanto que dá, se eu fizer um teste de aminas aqui, a positividade, que vai ter como parâmetro o papanicolau. Então, o que diz? Você tem que ver que 56% dos pacientes que iam consultar não tinham queixa nenhuma – pra começar – e tinha uma alta coincidência de 94%, na positividade do teste de aminas com o achado do bacilo supra-citoplasmático na vaginália.*

*A conclusão hoje é que se você faz rotineira isso no consultório, na unidade de saúde, você está evitando o estresse da paciente. O que uma paciente pensa quando vai uma agente comunitária reagendar porque o papanicolau... Do comunicado até ela consultar, vai ser um inferno a vida dela, e no fim não tem nenhum problema. E são coisas fáceis! Mas não está no protocolo. O protocolo diz*

*que o exame vaginal tem que ter isso, isso e isso... Eu sou meio avesso a isso daí. O que eu percebo é que não... Aqui não porque está dando tempo para modificar... (Dr. Armando)*

Pudemos perceber nessa breve análise dos relatos alguns aspectos bastante interessantes que colaboram para compor essa rica totalidade da constituição da relação humanização/alienação no interior das transformações do trabalho médico na contemporaneidade.

Um primeiro aspecto refere-se ao caráter profundamente *humanizador* das transformações pelas quais vem passando o trabalho médico no que se refere à ampliação da capacidade humana de apreender as dimensões anatomofisiológicas das diversas formas de sofrimento. Nesse sentido, o progressivo desenvolvimento tecnológico que se realiza através da objetivação dos conhecimentos científicos em tecnologia sob a forma de equipamentos é aspecto central dessa processualidade que permite ao gênero humano ampliar enormemente suas capacidades de intervir sobre essa parte especial da natureza, o corpo humano, o que atesta os fantásticos avanços em termos de diagnóstico e terapêutica nas últimas décadas.

Não obstante essa dimensão profundamente humanizadora das transformações tecnológicas do trabalho em saúde, cabe ressaltar 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 processos de *reificação* das apresentações tecnológicas, o que colabora para o desenvolvimento de relações *alienantes* no interior da prática médica e do trabalho em saúde. Desse modo, esse processo de avanço tecnológico profundamente humanizador ao nível do gênero humano quando analisado em situações particulares com

sujeitos concretos pode apresentar-se com aspectos alienantes e, em certo sentido, desumanizantes.

Evidencia-se, ao mesmo tempo, um elemento que colabora para ampliar o grau de tensão próprio a essa bipolaridade. Referimo-nos à existência no interior do trabalho médico de um elemento, a nosso ver, *ontologicamente contra-alienador*, qual seja: a particularidade do objeto da prática médica, que faz com que a mecanização/rotinização completa do cuidado seja impossível, colaborando para que o médico – em maior ou menor grau, rotineira ou esporadicamente – tenha de recorrer à reflexão como constituinte de seu agir, tensionando a tendência permanente à alienação.

Significa para nós que, nesse aspecto da relação entre agente e meios de trabalho, a alienação se constitui, e não se constitui, no interior do trabalho médico. Ou seja, ao mesmo tempo em que se efetiva, efetiva-se tensionada. Menos que um estado, portanto, a alienação é um realizar-se e desrealizar-se permanente no interior da prática médica, como expressão da tensão contraditória e permanente que vivenciam seus agentes no cotidiano. A tensão entre o “deixar-se arrastar” pela tendência mecanizadora/alienadora instituinte e o “resistir”, valendo-se da sua condição de sujeito portador de posição teleológica, ou seja, portador da possibilidade de elaboração do projeto e de sua execução reflexiva. Essa luta permanente nem sempre é reconhecida de tal forma pelos sujeitos envolvidos, sendo que geralmente ela aparece “velada” na forma de conflitos e antagonismos entre os diversos atores existentes no trabalho médico como, por exemplo, nos conflitos entre médico e usuário, médico e instituições/serviços de saúde, médicos e empresas do complexo médico industrial etc.

Em graus muito variáveis e de forma muito contraditória, portanto, entendemos a maneira como os médicos apresentam-se em condições de alienação perante os meios de

trabalho, representados nas mais diversas apresentações tecnológicas. Aqui, como na sociedade em geral, a dialética *humanização-alienação* encontra-se expressa em toda sua riqueza e complexidade.

## *CAPÍTULO 7*

### **HUMANIZAÇÃO E ALIENAÇÃO NO ENCONTRO PROFISSIONAL-USUÁRIO: ALGUMAS REFLEXÕES ACERCA DA CRISE DE “HUMANISMO” NO PLANO DAS INTERAÇÕES**

*O tempo de saber que alguns erros caíram, e a raiz  
da vida ficou mais forte e os naufrágios  
não cortaram essa ligação subterrânea entre homens e coisas:  
que os objetos continuam, e a trepidação incessante  
não desfigurou o rosto dos homens;  
que somos todos irmãos, insisto.*

*Em minha falta de recursos para dominar o fim,  
entretanto me sinto grande, tamanho de criança, tamanho de torre,  
tamanho da hora, que se vai acumulando século após século e causa vertigem  
tamanho de qualquer João, pois somos todos irmãos.*

Carlos Drummond de Andrade (Os últimos dias)

Foram-se os tempos em que os médicos gozavam de ovação indiscriminada por usuários dos serviços, instituições e pela sociedade em geral. Menos tranquilos, os dias atuais são de convivência, lado a lado, da valorização crescente à medicina, como entidade abstrata, com a existência de críticas permanentes e crescentes aos seus agentes concretos (Mckinley, Marceau, 2005; Mechanic, 2005).

O aspecto principal ao qual é remetida grande parte das críticas ao trabalho médico refere-se à perda de “valores humanistas” por parte dos profissionais de saúde, especialmente médicos, nos dias atuais. Os profissionais estariam estabelecendo relações interpessoais “mais frias”, “impessoais”, “desumanas” com os usuários dos serviços de saúde diferentemente de outros tempos quando a atitude pessoal mais “acolhedora”, “solidária” em relação os pacientes era predominante. Um dos aspectos entendido como expressão desse processo é a diminuição da comunicação no interior da relação médico-paciente.

Várias análises baseadas em tal constatação muitas vezes têm como uma de suas conseqüências o desdobramento em elaborações e propostas voltadas para a tentativa de resgate, por parte dos profissionais de saúde, dos valores “éticos” e “humanistas” entendidos como essencialmente vinculados às práticas de saúde (Soares, 1999; Dallian, 2000; Martins, 2002).

Ao limitar a análise a aspectos relativos à troca inter-comunicacional no interior da relação médico-paciente e compreendê-la como essencialmente permeada por valores abstratos e anistóricos a maioria dessas elaborações, a nosso ver, deixa de apreender grande parte do movimento objetivo conformador das transformações contemporâneas pelas quais passa o trabalho médico e que se fazem sentir inevitavelmente no interior da relação médico-paciente. Tentemos visualizar de forma mais cuidadosa algumas características desse movimento.

A fim de compreendermos as transformações pelas quais tem passado a interação médico-paciente/usuário cabe analisá-las à luz das determinações mais gerais do trabalho médico na contemporaneidade. Serão essas determinações que conformarão um “novo cenário” onde agentes e demandadores do cuidado encontrar-se-ão e estabelecerão interações que nem de perto assemelham-se à antiga relação médico-paciente dos tempos da medicina liberal, ou mesmo das primeiras décadas da medicina tecnológica.

### **7.1 Impessoalização e Institucionalização da Assistência: *descentramento* dos sujeitos e *reificação* dos intermediários**

Entre essas determinações destacam-se de modo imponente as novas formas contemporâneas de socialização do trabalho médico, e do trabalho em saúde, alicerçadas na

divisão técnica e na crescente institucionalização da assistência à saúde. Tanto na esfera privada quanto na estatal as conseqüências dos arranjos organizacionais de base empresarial fazem-se sentir de forma determinante no interior do encontro entre o médico e o paciente-usuário dos serviços de saúde.

O trabalho médico e seu processo de socialização progressiva nas últimas décadas, o advento da “medicina de massas”, e suas implicações sobre a relação médico-paciente são objeto de várias reflexões por parte dos entrevistados que, por serem antigos na profissão, vivenciaram algumas transformações substanciais. Se, por um lado, esses profissionais já se constituem como médicos em momentos em que a medicina de base liberal encontra-se em superação, no caso dos dois profissionais mais antigos, ou superada, no caso dos quatro mais novos, por outro lado podem-se entrever em seus relatos transformações significativas que aprofundaram intensamente a socialização do trabalho médico a partir da consolidação dos seguros-saúde e do SUS como modos predominantes de organização da assistência. Em comparação com o período em que predominavam os credenciamentos, tanto privados quanto públicos (como aqueles vinculados ao INAMPS), contemporaneamente existe uma institucionalização em grau bastante superior, “constrangedora” da autonomia não somente mercantil, mas também técnica, uma institucionalização mais impositiva de uma dinâmica subordinadora dos agentes pelas estruturas produtivas. Assim, em dias atuais, os espaços coletivos dificilmente apresentam-se, tanto para agentes quanto para usuários, na forma de prolongamentos do espaço privado na forma do consultório, como algumas décadas atrás.

Um primeiro aspecto que se fará sentir tanto para médicos quanto para usuários refere-se, portanto, à centralidade que adquire a instituição em lugar dos sujeitos, processo que identificarão como certa “impessoalização” da assistência.

*Digamos que eu já peguei o finzinho da relação pessoal. O médico era mais respeitado (sei lá se é culpa nossa ou não). O médico era assim, em cima, no meio do pedestal. Era uma pessoa respeitada, e também eu acho que ele se fazia respeitar (na conduta, nesse tipo de coisa).*

*Hoje, com essa massificação, com a globalização – que está na moda – perdeu muito. Antigamente ia operar com um médico, ele sabia: “– Ah, Fulano. Foi o Dr. Atila que me operou.” Hoje, você pergunta quem operou... Mas já no IPE eu peguei isso 10, 15 anos atrás. “– Quem operou a senhora?” / “– Ah, não me lembro.” E hoje não sabem. “– Quem operou?” / “– Ah, um assim, assado.” Eles não sabem nem o nome. Eu, por exemplo, eles falam: “– Ah, é um de idade que me operou.” Não sabem. Então é uma despersonalização da coisa. Virou assim... É que nem dizem, como é? Oficina de trabalho – a saúde; a prefeitura chama o ambulatório de oficina de trabalho. Mas é uma oficina mesmo! Virou impessoal, não é? Não tem mais muita...*

*Eu procuro manter [uma relação]. Eu, por exemplo... O aluno só olha na mesa... sai da sala e de vez em quando pipoca alguma coisa lá. Eu sempre digo: “– Olha gente: Não saia. Ajude a paciente a sentar, e depois vai para fora e você sai e deixa ela se vestir.” Umas coisinhas assim, que criam certa... Mas é difícil, eles não respeitam. Só que o leigo, o paciente, também não respeita. Aqui, poxa... Eles ficam aí por que... [Riso] O respeito aqui é mais por causa de condição social, e no consultório, porque nesses convênios eles marcam consulta, mas se der a louca eles não vão; tem um ou outro que... Mas a maioria simplesmente não aparece e você perde a consulta. Já é mal pago, e ainda perde! Não tem jeito de pôr outro na última hora porque você só vai ver [que faltou] na hora: “– Ah, mas põe para as 16 horas.” Se é 16:15 não veio, é porque não vem, não é? Não existe mais assim... Mas o médico também passa... Tem muita gente muito despachada. Que não cria mais vínculos de confiança – conversar... Eu converso bastante. Tem paciente que diz: “– Ah, Doutor, só de vir conversar eu já melhorei!” Eu digo: “– É?” / “– Eu já me sinto melhor.” Eles querem alguém que escute, mas às vezes não tem tempo. Vai escutar o que, se já tem uma fila lá. Isso também depende muito do...*

*É que nem o cara fazer psiquiatria com convênio. De que jeito? Precisa ficar 1 hora conversando, ou mais, mas ele não pode, porque se fizer duas consultas ganha R\$ 60. Então não dá! Daí o que é que faz? Você simplesmente diz: “– Não, não precisa.” [Riso]*

*E é no máximo uma consulta por mês. Psiquiatria tem que justificar pro convênio. Mas aí você faz uma justificativa... Você fica escrevendo um absurdo... para depois ficaram questionando, aí o cara não faz! Eu faço assim e passo pra frente, se depender. Por exemplo, em geriatria às vezes, o resultado dos exames que se pediu demora mais para interpretar, falar e tal, do que a consulta primária, e daí você não pode cobrar. Eu tenho ordem na coisa, então eu passo para o outro mês. Ele me dá a guia, mas ele só entra para mim no outro mês, entendeu? Mas isso tem limite também, senão chega no fim do ano...*

*É porque troca muito. No tempo do IPE, que era o Instituto de Previdência do Estado, a gente atendia bem; você tinha um estafe de gente que eram sempre os mesmos. A rotatividade era pequena, entendeu? Então essas pacientes, eu já estou fora do IPE há alguns anos (5, 6 anos), e ainda hoje tem algumas que são “forçadas”. Eu, na sala, não atendo o telefone. Mas pegavam outros convênios, telefonam, sabe? Então ainda tem essa ligação. Mas hoje muitos... é tudo impessoal, então não cria vínculo com o paciente.*

*Eu não pego mais, não porque eu não... Eu enchi, sabe? Sei lá! Eles só questionam tudo, qualquer coisinha já estão entrando com processo. Eu não estou afim de, no fim da vida, o pouco que a gente guardou ainda pagar aí uma besteira. Aí não... Mas vem a paciente [e eu pergunto]: “– Com quem a senhora fez a cirurgia?” / “– Ah, não me lembro.” Principalmente nesse padrão aqui, do SUS. Aí vai de uma vez. Nos convênios, à medida que melhora socialmente eles lembram. “– Ah, foi o Dr. Jean que me operou. Foi não sei quem. Eu gostei muito.” Ou: “– Não gostei.”*

*Mas, no geral, eu acho que ficou tudo impessoal. É a impressão que eu tenho. No geral, porque sempre tem exceção, não é? (Dr. Antônio)*

*Aí é que está! Ficou massificada a coisa. Hoje, se eu estou na unidade de saúde onde eu estou, não tem diferença nenhuma. Vai estar o outro lá e vai estar o outro – não tem diferença nenhuma. Quer dizer, então até a paciente vai dizer: “-Ah, esse aí também não vai me examinar. O outro não examinou, não vai ter diferença nenhuma”. É uma coisa diluída, mas isso é uma coisa comum, então...*

*E você vê uma tendência de uma piora nesse tipo de relação, certo? Porque daí o administrador da secretaria quer que você atinja a cota, sempre se atinja as metas e não se importa muito em como você atinge essas metas. Aí é que está o X da questão. Entra todo mundo dentro de uma estratificação geral. (Dr. Armando)*

Para os usuários dos serviços o acesso à assistência depende fundamentalmente de seus vínculos com as instituições organizadoras/fornecedoras da assistência, visto que são as diversas formas desses vínculos que lhes propiciarão o acesso, em quantidade e qualidade variáveis, à assistência médica que julgam necessária para suas condições de sofrimento. O vínculo ao médico, dessa forma, se dá mediado pelo vínculo com a instituição, sendo este último o mais valorizado, visto que os médicos mudam, mas a instituição permanece...

Para os médicos, por sua vez, seu acesso aos pacientes – objeto de seu trabalho – também se encontra dependente da vinculação às empresas captadoras da clientela, visto que a captação individual encontra-se historicamente superada.

Essa característica representada como *impessoalização* apresenta-se, assim, para os médicos como efeito direto da institucionalização “em geral” da assistência – a “massificação”, como costumam expressar.

O que aparece, entretanto, nos relatos como “massificação” expressa, de fato, uma forma específica de “institucionalização”, qual seja: a socialização do trabalho médico hegemonicamente sob a forma empresarial de organização dos processos produtivos. Diferentemente dos tempos da medicina liberal, atualmente a consulta médica passa a ser

mais “racionalizada” a fim de corresponder na maioria das vezes às expectativas das corporações empregadoras (incluído aí o estado e os convênios/seguros-saúde), expectativas essas expressas nas metas, padronizações, rotinas etc. Esse movimento de restrição “vindo de fora” faz com que os médicos rearranjem o momento de encontro com o paciente, “descartando” progressivamente aspectos tecnicamente menos “necessários” da consulta médica. Os diálogos, por exemplo, passam em grande parte a ser vistos como “poros improdutivos” do processo de trabalho à semelhança, ressalvadas as diferenças, das aplicações de diretrizes taylorista-fordistas em processos produtivos de “bens materiais” (Freidson, 1986; Campos, 1992; Carapineiro, 1993; Cecílio, 1994; Merhy, 1997; Nascimento-Sobrinho et al, 2005).

Essa progressiva racionalização à qual é subordinada a atividade médica torna esse encontro cada vez mais provisório, “otimizado” e fugaz em atendimento às diretrizes organizacionais socializadoras do trabalho sob as relações sociais hegemônicas. Menos do que conseqüências do trabalho médico coletivizado, assim abstratamente falando, essas características decorrem, portanto, de uma sua apresentação particular: o trabalho médico coletivo organizado sob diretrizes capitalistas.

Colaboram ainda para tal impessoalização as soluções de continuidade em função da coletivização do trabalho, como a rotatividade entre equipes de trabalho, e as relações com número variável de profissionais como conseqüência da divisão técnica do trabalho (Schraiber, 1993, 2008).

São vários os relatos de como essas formas contemporâneas de socialização e organização institucional do trabalho médico constituem-se como determinações importantes das práticas e “posturas” dos agentes concretos, práticas e “posturas” que esses agentes muitas vezes significam como contraditórias com as diretrizes da “boa prática”.

*E depois você cai na vida real, você tem um tempo para atender – e a grande maioria das pessoas vai o quê? Vai trabalhar num serviço de pronto-atendimento, seja público ou particular, onde tem um número X para atender, e começa a confusão. E aí eu acho que o médico é muito explorado.*

*Eu acho que é. No meu lado, até eu não posso falar, porque foram tantas mudanças assim de... – muda pra cá, muda pra lá, faz isso, agora faz aquilo – que eu não posso falar. Mas pelo o que eu via e vejo, antigamente você era mais profissional liberal. O profissional tinha, quando tinha, um emprego público pra poder garantir uma aposentadoria ou um negócio, né? O mais era consultório, hospital. Hoje em dia pouca gente se mantém. Tem alguns que conseguem, mas pouco se mantém sem um emprego, vamos dizer, ou um emprego público; um emprego, tem que ter um emprego. Então mudou de história. Daí acaba se sujeitando a atender não sei quantos, a fazer não sei o que. Tem isso. Era mais fácil, presumo, nesse sentido. Eu, por mim eu não posso falar porque foram tantos “vai pra lá, e de repente fica, não sei o que.” [Riso] Eu tive uma trajetória um pouco atípica. Muda pra lá, muda pra cá. (Dra. Marina)*

*Hoje o cara ele não tem mais respeito nem pelo paciente particular. O cara que está pagando para ele. De vez em quando a minha mulher vai lá no médico e aí ela volta “– Ah, nesse eu não vou mais, esse não vou. Fiquei lá esperando, ele mal conversou comigo, e eu paguei 150 paus –”, no convênio então...*

*Primeiro foi o INAMPS, no INAMPS ganhava muito mal, no final da década de 60, começo da década de 70. Quando ainda tinha as caixas de previdência, institutos, ainda tinha alguma diferença. Tinha a IAPB que era dos bancários, você tinha os médicos de institutos, mas daí juntou tudo... aí o salário era ruim mesmo.*

*Quando eu entrei na prefeitura o salário da Prefeitura era duas vezes e meio o salário do INAMPS, então daí foi feito um acordo, entendeu. Você não cobre o tempo mas tem que dar 16 consultas. Nunca me esqueço, em Paranaguá tinha um quadro de produtividade, tinha um quadrão lá, você chegava, entrava no posto, tinha um quadro. Tinha cara que a produtividade dele era 30 consultas por dia. Quanto tempo ele ficava para dar 30 consultas? Uma hora... uma hora e meia... dava um monte de atestado... Tinha um famoso médico aqui em Curitiba que não deixava pôr cadeira no consultório dele para o paciente não sentar. Lá no INAMPS.*

*E quando começou o convênio, o convênio pagava melhor, você ganhava mais, você recebia melhor, você recebia pelo menos umas dez vezes, vinte vezes mais do que recebia no INAMPS, na consulta credenciada. Que tinha um monte de gente que se credenciava, ainda valia alguma coisa. Sem contar, especialmente naquelas especialidades cirúrgicas era ‘mamata’, porque o ambulatório dele era para drenar pacientes para ele operar depois. Mas daí começou o convênio, a medicina de grupo foi fortalecendo-se, o convênio foi fortalecendo e daí o que aconteceu? Começou a pressão em cima dos médicos, começou a diminuir o valor. Você dá tudo e recebe por uma consulta vinte e poucos paus. O líquido, se você descontar o gasto que você tem no consultório. Então daí o cara começa a ‘inampizar’ a consulta e vai diminuindo o tempo de consulta, e chega um momento... já ouvi algumas pacientes que mudaram de médico depois de anos, de ‘GO’, entendeu? Porque é outro vínculo, é o que você mais encontra, o cara tendo cliente de 10, 15 anos, que é particular, mudando porque o cara está baixando o padrão. Não conversa mais, é tudo rapidinho e se transforma em uma prática diária.*

*Precisa consultar mais, para ganhar mais. Daí o troço fica avassalador! Porque o cara, você imagine, você já pensou?, Pense bem: dois paus e setecentos de mensalidade do curso de medicina, nas particulares. Líquido deve dar uns 1.100 reais o salário de 20 horas na prefeitura. Pô, você tem que trabalhar 50 horas para amortizar o que você investiu. (Dr. Marcos)*

## 7.2 A Tecnificação da Medicina: rupturas ou continuidades?

Além das determinações relacionadas à socialização do trabalho médico e às formas de organização do processo produtivo em saúde, há outros aspectos relativos às transformações mais técnicas, mais “internas” da prática médica, que exercem importante influência sobre a interação médico-usuário. Entre esses aspectos não é desprezível a mediação que os novos recursos tecnológicos progressivamente passaram a exercer no movimento de objetivação do sofrimento trazido pelo paciente, na forma de lesão anatomopatológica pelo médico (Polack, 1971; Camargo Júnior, 2003).

Até tempos atrás o médico precisava ancorar o processo diagnóstico na anamnese e na semiologia como praticamente a única forma de apreender o processo de sofrimento traduzindo-o e localizando-o ao nível da corporeidade orgânica. Nessa época o grau de apreensão do processo de sofrimento pela biomedicina dependia fundamentalmente do grau de destreza na aplicação das técnicas semiológicas, da habilidade, paciência, experiência do médico em proceder a tal investigação. Nesse sentido, compunha de forma importante o arsenal de técnicas diagnóstico-terapêuticas o processo como o médico estabelecia uma relação com o paciente que lhe propiciasse “adentrar” esse universo do sofrimento, apreendendo-o, compreendendo-o, e finalmente lhe conferindo correspondência ao nível da nosologia. Assim, o vínculo interpessoal sólido, o diálogo mais extenso, a conquista da confiança do paciente, constituíam-se como elementos fundamentais para que o mesmo explicitasse ao máximo as características e determinações do processo de sofrimento, possibilitando ao médico apreendê-lo para posteriormente guiar sua intervenção. Desse modo, sempre é importante ressaltar que tal diálogo já possuía em sua conformação um caráter instrumental implícito, ou seja, conformava-se já como o diálogo-inquérito próprio

da clínica moderna como tecnologia instrumentalizadora da localização da lesão no espaço corporal (Foucault, 1994).

*Você não tinha tudo quanto é exame, então você tinha que fazer um diagnóstico clínico mesmo, examinar o seu paciente. Era obrigado! Não tinha conversa! O máximo que se tinha era raio-x, e raio-x não ajudava muito. Raio-x ajudava no pulmão. Daí você tinha que ter uma acurácia no exame físico do paciente.*

*Com o advento de toda essa parafernália tecnológica, você deixou de se aprimorar no exame físico do paciente, não é? Isso foi esquecido e é básico.*

*Muitas vezes já passa da queixa para o exame complementar. Isso não era para ter, mas é comum. Isso é uma coisa comum. A gente vê cada encaminhamento aqui para... Porque aqui é um serviço secundário e terciário. Você vê cada encaminhamento aqui que faça-me o favor! Se ele tivesse examinado a paciente na unidade de saúde tinha resolvido. Hoje mandaram candidiase para cá! Faça-me o favor! Isso significa que não examinou, né?*

*(...) Dentro de uma pobreza que você tinha de exames complementares, você tinha que cativar o paciente desde a anamnese; e tem o exame físico. Não era admissível que você... nem passava pela cabeça você não examinar o paciente, não colocar a mão no paciente – não existia, isso aí era corriqueiro. Hoje a paciente se admira quando você vai examinar. Hoje já é... “– Pô, você vai examinar? Ele não examinou.” Ela está acostumada a não ser examinada. Isso que é comum. (Dr. Armando)*

*Isso que modificou drasticamente a relação médico paciente. Modificou dado o avanço tecnológico, porque você tendo uma máquina, um dispositivo que te dê um diagnóstico de segurança, você tem rapidamente o diagnóstico em mãos e rapidamente você pode tomar a decisão necessária para cuidar aquele caso. Antes tinha que depender de tempo de observação, de muito raciocínio, de muita atenção em cima do doente para fazer um diagnóstico que nem sempre você fazia a tempo de salvá-lo. Hoje a tecnologia te permite detectar precocemente uma situação mórbida e que te dá tempo de intervir com sucesso. Isso que mudou.*

*Assim como elas [as empresas] pagavam as consultas, também pagavam os exames complementares. Eram muito precários. Você tinha praticamente o laboratório comum e o raio x. Só de pouco tempo para cá que apareceram os exames de imagem, a diferença do raio x, que são as tomografias, as ressonâncias, as angiotomografias, o doppler, a ecografia... que foram avanços extraordinários. E que na época não tinha, não. Era muito difícil você ser médico. Você tinha que ter muito conhecimento, estudar muito e ter muita atenção para com o paciente. Hoje o médico já não precisa ter tanto contato com o paciente, porque os exames falam mais do que o próprio paciente. Você por exemplo pode se queixar para mim de uma dor de cabeça, falamos o dia inteiro da tua dor de cabeça e uma simples ressonância magnética me diz o que você tem, em um instante. (Dr. Luiz)*

Com o desenvolvimento tecnológico, grande parte do processo de apreensão do sofrimento e sua tradução para a esfera da anatomofisiologia passam a se dar através da mediação de recursos tecnológicos na forma de equipamentos vários. O grau de objetivação

que os novos equipamentos possibilitaram ampliou grandemente o nível de apreensão das diferentes formas de sofrimento em sua dimensão orgânica, apreensão, inclusive, na maioria das vezes em grau inalcançável através da tradicional semiologia médica. Esse aspecto reconfigura internamente a clássica clínica como tecnologia-guia da intervenção médica sem, no entanto, abalar suas bases e pressupostos epistemológicos (Mendes-Gonçalves, 1994; Camargo Júnior, 2003). Em momentos de transição, fase em que o nível de desenvolvimento dos equipamentos ainda era incipiente, a medicina liberal denominou esses recursos como “exames complementares”, o que expressa seu caráter naquele momento histórico. Entretanto, com seu desenvolvimento progressivo a níveis jamais vistos, o papel de “complementares” passa a ser tensionado e em grande parte superado, visto que os mesmos passam a constituir-se muitas vezes em elementos dotados de centralidade em muitos aspectos da prática médica contemporânea. Tão profundo é esse movimento que atualmente tais recursos não raramente passam a ser denominados como “exames diagnósticos”.

Assim a clínica contemporânea rearranja-se, integra os novos recursos em posição de maior ou menor grau de centralidade, e muitas vezes “aposenta”, na prática cotidiana, tradicionais métodos das clássicas anamnese e semiologia, visto que sua capacidade de apreensão muitas vezes torna-se reduzida, às vezes ínfima, em relação aos novos instrumentos. A própria seqüência clássica anamnese - exame físico - exames complementares – diagnóstico – terapêutica encontra-se, muitas vezes, reconfigurada. Em grande parte dos casos, o que abre a cadeia médica assistencial passa a ser o exame “diagnóstico” (vide o desenvolvimento das diversas rotinas de “rastreamentos”, as descontinuidades dos processos assistenciais etc.). Poderíamos mesmo dizer que a clássica

clínica dos tempos da medicina artesanal encontra-se em grande parte superada historicamente (Polack, 1971; Donnangelo, 1975; Schraiber, 1993).

Esse processo de superação da clínica, inclusive, é tão importante que somente pode ser compreendido a partir da apreensão do desenvolvimento e complexidade do processo de trabalho em saúde como um todo, não mais restrito ao trabalho médico. Em grande parte das vezes, por exemplo, embora o “adentrar” a prática médica *strictu sensu* se dê com o exame “complementar”, este ocorre após uma fase “pré-exame complementar” realizada por outro agente do processo assistencial. Destarte, nesse complexo movimento de transformações pelas quais passa o trabalho médico, a superação operatória da clínica ao nível da medicina individual significa concomitantemente sua elevação a um grau superior no plano do trabalho coletivo em saúde.

Cabe inclusive refletir se a diretriz propagada por alguns autores sob a denominação de *clínica ampliada* já não existe concretamente com o desenvolvimento do trabalho em saúde na contemporaneidade, visto que os pressupostos epistemológicos e os métodos da clínica hegemonomizam o processo assistencial em saúde nos dias atuais, independente da profissão ou da forma particular de assistência prestada (Campos, 2003). Tal hegemonia não impossibilita tentativas de organização da assistência sob direção de outros pressupostos tecnológicos (vide as tentativas de integração sanitária pautadas na hegemonia da epidemiologia, como as *Ações Programáticas em Saúde*), porém tais tentativas ainda se encontram, na prática, subordinados às diretrizes da clínica, o que significa reconhecer a predominância da biomedicina na organização do trabalho em saúde contemporâneo. A idéia de hegemonia expressa, portanto, a existência de certo predomínio, termo somente possível, evidentemente, a partir do reconhecimento da existência de tensões e disputas.

O que pretendemos ressaltar com essas reflexões é o quanto a dimensão mais “acolhedora”, “humanista” da medicina liberal possuía um caráter instrumental implícito que a engendrava, ou seja, essa dimensão apresentava-se como necessidade técnica operatória para os médicos de outrora sob pena, em caso de não a utilizarem, de limitarem sua capacidade de apreensão do sofrimento em sua dimensão orgânica (Freidson, 1970; Good, 1994). Hoje, com o desenvolvimento de novos instrumentos grande parte dos aspectos constituintes dessa dimensão perde muitas vezes sua necessidade técnica no interior da prática e passam a ter seu uso restringido pelos médicos.

Contribuirão, para tal processo de restrição no agir médico, os limites, sob os quais atuam os diferentes sujeitos concretos, em conseqüência da diminuição da capacidade de apreensão do projeto terapêutico como totalidade, advindos do impacto da especialização progressiva sobre a atividade médica. A possibilidade da racionalização técnica alcança seu mais alto grau com a fragmentação da atividade médica em campos parcelares, o que, por sua vez, torna desnecessária a tentativa de “embrenhar-se”, “armado” ou não, pela complexidade integral do ser que sofre.

Outro aspecto influenciador, porém em menor grau quando comparado aos acima analisados, da constituição anterior da relação médico-paciente em termos mais “acolhedores” ou “humanistas”, refere-se ao caráter de autonomia mercantil existente em tempos de medicina liberal e bastante restrito na medicina contemporânea. Como os médicos eram responsáveis pela captação de seus pacientes-clientes, o vínculo pessoal e a confiança eram quase tão importantes quanto a eficácia prática no sentido de garantir a manutenção de uma clientela permanente. Note-se que aparece nos relatos o sentimento de que mesmo nas primeiras décadas de medicina socializada a captação da clientela, já

institucionalizada, ainda era em parte influenciada pelo “carisma” do médico, aspecto cada vez menos presente em dias atuais.

*Geralmente o indivíduo tinha um emprego e o restante do tempo que tinha ele gastava fazendo a medicina particular dele.*

*Aí dependia do carisma da pessoa. Ele poderia ter uma grande clientela, ou uma pequena clientela, dependendo da empatia que ele tivesse com os segurados daquela empresa, ou daquelas empresas para as quais ele estava credenciado.*

*(...) No consultório, o que se fazia?, no consultório já na minha época, a quantidade de pessoas capazes de pagar a consulta por conta própria era pequena. Hoje está pior, por quê? Porque começaram a aparecer as empresas de medicina de grupo, ou seja, você paga o seu plano de saúde. Posteriormente... até um colega de turma meu, que foi aquele que eu te falei que na greve foi o nosso representante, ele fundou a Unimed em Santos, a primeira Unimed que ele fundou foi em Santos, que era a cidade onde ele morava. E daí a idéia se expandiu, e hoje a Unimed é uma marca sólida, forte, em todo o Brasil.*

*A medicina de grupo, ou as empresas chamadas de seguro-saúde que se divide em medicina de grupo ou de autogestão. A própria empresa que monta o sistema de saúde ou banca totalmente ou parcialmente, de acordo com a contribuição de cada interessado, quer dizer, o indivíduo paga uma taxa fixa e recebe assistência irrestrita. Ou seja, por um lado é bom, porque você paga um fixo, mas no caso a organização que cuida da saúde, que forma o plano de saúde, hoje chamada operadora do plano de saúde, ela arca com todo o prejuízo, é um jogo baseado em estatística. Muitos pagam para poucos usarem. E enquanto esse binômio se mantiver, há viabilidade. No momento que o número de usuários for maior que o número de pagantes, aí inviabiliza o negócio. Além do lucro que isso deve gerar. A Unimed é uma cooperativa médica, diferente de uma autogestão e é diferente de uma medicina de grupo. Cada uma tem uma nuance especial. E com isso... o que aconteceu?*

*E o Instituto também. Havia uma disponibilidade, porque o médico na Previdência Social tinha 6 horas de trabalho, na empresa eu fazia a hora que eu bem entendesse e no consultório também. Se bem que na empresa eu trabalhava de manhã. Trabalhava de tarde na Previdência... e o consultório noite adentro. Hoje já é mais difícil conseguir isso. Os horários são mais cobrados, né. Não sei... não tenho idéia de quantos empregos o médico pode ter hoje. Se fizer um sistema de plantão pode ter, mas para emprego fixo, com horário, já fica mais difícil.*

*Bom, no consultório, atendia de acordo com o que aparecia. A gente atendia muita família porque se o médico atendesse bem, ele era indicado pelos familiares para os próprios familiares e para os amigos. Hoje existe uma impessoalidade, é muito comum a pessoa consultar um médico de empresa de grupo, de autogestão ou da própria cooperativa médica e não saber nada do médico. Hoje está havendo uma tendência até de você não escolher nem quem te atenda. Entende-se que todo médico é competente, você vai consultar aquele mais próximo da tua casa, para evitar condução, deslocamento, hoje a coisa está assim. (Dr. Luiz)*

Ao contrário do que muitas vezes se costuma interpretar, portanto, essa característica do agir médico possui menos relação com a predominância de “valores

humanistas” ao nível da personalidade dos agentes do que com as condições e necessidades técnicas e sociais daquela medicina em seu contexto histórico.

Essa compreensão que possuímos das alterações ocorridas no agir médico na transição da medicina liberal para a medicina contemporânea baseia-se na idéia, portanto, de que a medicina tecnológica aprofunda em grau, e por isso torna explícito, o caráter instrumental próprio da clínica como tecnologia-guia da prática médica. O fato de esse caráter outrora apresentar-se mais implícito, o que muitas vezes não o tornava tão perceptível para os usuários, colaborou para a construção da mítica imagem do antigo médico liberal como mais “humanista”. Exemplo disso é que algumas vezes as próprias elaborações do senso comum expunham contraditoriamente esse caráter instrumental da relação médico-paciente, ainda que não refletida criticamente. Senão, vejamos. O que significa o termo “visita de médico”, tão comumente empregado no cotidiano desde os tempos da medicina liberal para explicitar uma visita rápida, objetiva, pouco dialógica, instrumental?

A conjunção dessa ampla gama de determinantes, sociais e tecnológicos, parece subordinar médicos e pacientes a uma dinâmica que contribui para a constituição do fugaz encontro médico-paciente progressivamente permeado pela provisoriedade, impessoalidade e tensões tão criticadas por ambos os lados (Mckinlay, Marceau, 2005).

Também como consequência dessas transformações, no plano das representações dos médicos, consolida-se contemporaneamente certa ética com centralidade na aplicação da ciência e da técnica em contraposição à outrora “ética da salvação” existente nos tempos da medicina liberal. São assim superados os últimos resquícios da identificação da medicina a uma atividade filantrópica por natureza. Ou seja, a idéia da onipotência do médico como “salvador” se transfere para a crença na onipotência de seu saber científico

que, não obstante, também é entendido como capaz de proporcionar “salvamentos” tecnicamente guiados (Schraiber, 2008). Isso também contribuirá sobremaneira para o “esvaziamento” da relação médico-paciente de um conteúdo próximo à caridade, processo que tende a ser interpretado muitas vezes pelos usuários como retrocesso na dimensão “humanista” da prática médica.

Assim, a hegemonia de formas particulares de institucionalização, por um lado, e de “tecnificação” crescente, por outro, conformam, além de um novo cenário onde médicos e pacientes se encontram, uma nova “postura” do médico no interior dessa relação.

*Eu acho que isso eu peguei, do “médico de ontem”. Eu acho que eu lido bem com o paciente. Eu encaro o paciente ainda como uma pessoa. “Ainda” que eu digo é porque naquela época ainda se encarava, apesar de já haver no meu tempo uma tendência de encarar como um paciente, mas os professores que mais me influenciaram não encaravam assim. Inclusive era muito engraçado porque você tinha que saber, época de internato, residência, de cor os exames do paciente. Quanto deu o vg, o hcm, coisa de doido! Então de vez em quando você esquecia. Aí virava uma das professoras, que fazia psicanálise – e só deus sabe como, era infecto e psicanalista. “– Por que você não sabe de cor esse exame do seu paciente? Você tem algum problema com relação a isso? Você tem algum...” [Risos] Você passava por uma análise do porquê você tinha esquecido o diabo do valor de um exame, que não era mais 1.2, do seu paciente.*

*A gente tinha isso embutido. Apesar de ser da DIP, que era uma rotatividade relativamente grande de paciente, a gente tinha essa coisa de procurar ver o paciente, a pessoa – não só a doença, ver o paciente como um todo. E talvez por conta do meu temperamento também. Eu tenho esse temperamento. Eu tenho uma dose de empatia muito grande, então juntou as duas coisas.*

*Eu acho que isso é mais dos médicos antigos, a maneira de lidar... conversava mais. Hoje em dia é mais... Eu até hoje acho – e o pessoal acha que não – a anamnese é mais importante que o exame físico. Você tem que ouvir a pessoa. Quem vai saber mais o que ele sente, do que dele? Esse tipo de coisa assim.*

*Eu acho que a relação mudou bastante. Ficou mais técnica e menos pessoal – talvez pela especialização, talvez como defesa, mas eu acho que não tem nada a ver. Eu não preciso ser amiga do meu paciente para eu gostar dele ou tratá-lo bem. Eu não consigo confundir. Eu não preciso tratar friamente para não ter um envolvimento emocional maior.*

*Eu acho que isto está relacionado à formação mesmo. É aquela história: a formação dos alunos é assim. O professor é muito técnico – e inclusive são muito valorizados os que são muito técnicos. Só mais tarde é que eles vão ver que o mundo técnico é bom, mas que melhor ainda é o [mundo] que é técnico e humano também. Ele está trabalhando com gente, não é? (Dra. Marina)*

O entrevistado mais antigo na profissão, que acompanhou pessoalmente essa ampla gama de transformações resume de maneira interessante sua percepção acerca das transformações da relação médico-paciente e suas determinações.

*O vínculo pessoal, aquele vínculo amistoso, quase que de família, esse já desapareceu. Ainda peguei uma boa parte, um tempo dessa prática, que hoje praticamente desapareceu.*

*Eu vejo isso como consequência da evolução social. A sociedade cresceu muito. O índice de natalidade, se você olhar, antigamente a população mundial duplicava a cada 30 anos, hoje a cada 5 anos ela duplica. Então, isso cria realmente uma nova realidade social, que não permite mais que as coisas funcionem como antes. Então, o indivíduo utiliza o que ele pode, e como pode. E não como seria o ideal. Essas coisas aconteceram por mudanças sociais, que a população cresceu muito, e os meios governamentais para atender a população cresceram em proporção muito menor.*

*Paralelamente ao grande aumento populacional aconteceu o problema da falta de emprego, não se criaram postos de trabalho na medida em que as pessoas se habilitavam, em idade para começar o trabalho. Isto influiu socialmente, a ponto de que o primeiro emprego hoje é o grande problema. O desemprego é uma tragédia no país, e o desempregado ocorre porque não surgem novas empresas para abrir. Também em função de que os grandes conglomerados internacionais tomaram conta do mercado. Antes você tinha um boteco em cada esquina, você até comprava a prazo nesses botecos, pagava no fim do mês. Hoje não, hoje você tem que chegar no mercado, e no mercado não tem. Não tem como pagar amanhã, tem que pagar na hora. Então os grandes mercados substituíram os pequenos armazéns. Então isso mudou o que? Mudou a relação de vida entre o consumidor e o produtor do alimento, ou o intermediário do alimento que é o mercado. As mudanças que aconteceram foram mudanças sociais. Os governos não tiveram mais condição de manter o equilíbrio, entre receita e despesa. Acho que o problema maior é social. Não que a pessoa tivesse... “– Agora nasceram criaturas de mau caráter –”, não, as pessoas se pudessem... hoje se o médico pudesse ser um médico de família, trabalhar tranquilamente, ele faria isso. É que não tem mais condições de fazer, se ele fizer isso ele está morto, não tem mais como sobreviver. Então não é mais uma questão de você ver só pelo lado pessoal. A coisa é social mesmo. É social, é política.*

*Como consequência, o médico não tem mais condição de ficar meia hora dentro da sala com o paciente, porque quem está esperando lá fora reclama, quer ser atendido rápido. Com a falta de recursos os pronto-socorros ficam abarrotados e também não tem condição de dar vazão à demanda. E é esse o caos que você está vendo na saúde. Com relação à previdência, com o aumento de vida, com o aumento na longevidade, a previdência sofre muito, sofre um colapso. Muito mais gente usando do que pagando. Isso aconteceu principalmente nos países mais velhos. O Brasil já está ficando um país velho e já está sentindo esse problema. As pessoas vivem mais, gastam mais em doença e consomem mais o dinheiro da Previdência, porque vivendo mais, vivem mais tempo aposentados, ou seja, sem produzir e sem contribuir.*

*(...) A relação com os pacientes ela mudou muito. Porque primeiro, as especialidades tornaram o tratamento mais rápido. Tanto é que você hoje opera uma hérnia de hiato esofágico de manhã e de noite você dá alta para a pessoa. E o cirurgião que operou por vídeo vai vê-la depois de 30 dias. Então, praticamente... estou cansado de perguntar para as pessoas “– Quem operou você? –” / “– Ah, não me lembro o nome do médico –”. Então, o relacionamento*

*médico-paciente hoje é bem mais rápido, é muito fugaz. Às vezes o doente não sabe quem o operou. Vai fazer uma cirurgia cardíaca, é uma equipe que trabalha, e vai um ou outro visitá-lo e ele não sabe quem fez o que mesmo. Então, não se estabelece mais o vínculo afetivo entre o médico e o paciente. Isso mudou muito. E não que a natureza humana tivesse mudado, mas as circunstâncias fizeram que a coisa fosse assim. Isso é importante para você que está analisando: não é que a pessoa humana tenha piorado, é que as circunstâncias tecnológicas, sociais, econômicas, políticas, alteraram as coisas.*

*Tem o caso das especialidades clínicas: os endocrinologistas, os dermatologistas... Esses podem cuidar pessoas, pode se estabelecer um vínculo maior. Endocrinologista, por exemplo, trata dos hipertireoideanos, hipotireoideanos, tratam as tireóides, tratam os diabéticos. O diabético é um doente que exige mais do endocrinologista. As doenças dermatológicas crônicas. Tem os 'otorrinos' que operam muito. Hoje a cirurgia oftalmológica também está evoluindo muito. Mas também não cria vínculo, não. A especialidade oftalmologia hoje é uma especialidade clínica e cirúrgica. Clínica fica um pouco mais pessoal, porque o indivíduo vai de vez em quando lá trocar os óculos e tal. Então, existem as especialidades cirúrgicas e clínicas. Umas exigindo mais contato, outras menos. Pediatria, por exemplo, chega uma hora que o rapazinho não quer ser mais tratado pelo pediatra...*

*Mas mesmo nas especialidades clínicas a relação não é mais a mesma. Não é mais porque quando o indivíduo não paga diretamente ao médico, nem o médico se sente na obrigação de atendê-lo melhor, e nem ele tem condição de exigir mais. Ele leva uma guia para um ou leva para outro. Se não gostou desse médico ele vai em outro, muda muito. Já não escolhe mais o médico pelo critério competência, que é uma coisa difícil de avaliar, às vezes é por estar mais perto de casa.*

*A intermediação pelas operadoras também influenciou muito. Porque cada operadora fez seu corpo de credenciados e você tem uma livre escolha dentre os credenciados. E a lei hoje garante a você um número limitado de consultas. Você pode consultar, durante um mês, três ou quatro clínicos, ou três ou quatro especialistas, tem limite. (Dr. Luiz)*

Essas alterações que, em parte, são de aprofundamento do já existente, da tendência tecnificadora implícita à biomedicina, por sua vez, provocam transformações de caráter qualitativo, ou seja, consolida-se nos dias atuais uma *nova* relação médico-paciente que, ao mesmo tempo em que mantém alguns aspectos, supera importantes elementos da antiga relação, assim como encerra possibilidades importantes às quais vale a pena nos determos ainda que sucintamente.

### 7.3 Novos Cenários, Novos Sujeitos...

Essa nova realidade objetiva posta para o trabalho médico, ao mesmo tempo em que aprofunda antigos aspectos presentes na medicina desde sua constituição moderna, acaba por conformar algumas qualidades novas, não desprezíveis, à relação entre seus dois sujeitos. Se, por um lado, o agente de trabalho agora não é mais o médico-artesão, liberal, de família, e constitui-se de fato como um trabalhador assalariado, um técnico especializado, provisório e “distante”, por outro lado, o consumidor dos serviços de saúde tampouco se apresenta mais como o paciente “cordial”, e “submisso” à autoridade médica, de tempos atrás. Embora sob as relações sociais capitalistas a assistência à saúde historicamente tenha se constituído como serviço (*mercadoria*) de consumo individual, o que corresponde nessa dimensão – médico-sanitária – ao projeto de afirmação da possibilidade de igualdade entre diferentes sujeitos sociais (leia-se de diferentes classes sociais) através da formalização da possibilidade de acesso universal aos diferentes “consumos”, é com a medicina contemporânea que o papel de consumidor “de saúde” alcança seu mais alto grau (Mendes-Gonçalves, 1992; Pires, 1998).

Esse processo é conseqüência evidentemente da consolidação do papel dos sujeitos como consumidores na sociedade contemporânea. Se na esfera política o estado capitalista logra sua legitimidade como representante universal do interesse de todos através do processo ideologicamente homogeneizador de sujeitos socialmente distintos através de sua redução ao papel de cidadãos, na esfera econômica essa redução se expressa na idéia do consumidor. Não deve causar espanto, portanto, o fato de contemporaneamente cada vez mais a condição de cidadão se referir quase exclusivamente a um consumidor de bens, serviços e... direitos. A própria idéia de “direitos” encontra-se em grande parte

mercantilizada, ou seja, “ter direitos” cada vez mais significa “ter acesso”, “ter capacidade de consumo” deste ou daquele bem ou serviço<sup>1</sup>.

É com esse “cidadão-consumidor”, portanto, que se deparam os médicos nos dias atuais. Melhor seria dizer, aliás, “cidadãos-consumidores”, dado que a desigualdade social dos sujeitos tenderá a se expressar nas diferentes formas de acesso à assistência. Os médicos mais antigos, não raramente, estranharão essa nova apresentação do paciente...

*Por exemplo, paciente de convênio. A rede particular sempre foi mais diferenciada; tinha sempre o mais metido ao “que paga”, não é? Mas assim, na média, aqui no Brasil o paciente é mais dócil. Paciente feminino, sabendo levar... Difícilmente eu tinha problema de paciente que encrenca, essas coisas. Sempre tem, mas não são muitos não. Mas também o que fazem com o paciente nesses convênios... Marcam e depois deixam... fazem ele de idiota. Daí o doente fica bravo.*

*Tem hora marcada? Fazer o quê? Mas o paciente também é muito relapso! Paciente de convênio... No IPE era convênio, mas com atendimento top. Tinha horário, tinha que chegar no horário. Se não chegou, não está aí – perdeu a consulta. Agora, no consultório não. Unimed, sei lá, amil (eu nem atendo mais amil), mas todos eles, eles estão pagando, então eles acham que se de repente der vontade deles não irem, eles não vão. Eles não desmarcam a consulta, não avisam... Simplesmente não aparecem! Ou atrasam. Tem os conscientes, que avisam: “– Olha, eu vou atrasar...” Mas a maioria é gente... O médico é que manda a secretária ligar para todos eles para ver se vai ou não vai. Eu não faço isso. O meu dentista, por exemplo, sempre.: “– Ah, amanhã tem marcado que é para o senhor vir aqui.”*

*Isso tem bastante, mas acho que é porque os caras estão pagando, não é? Eu não sei como é que é isso num país de primeiro mundo, mas aqui nós temos... o paciente não vem. Agora, sempre tem o padrão mais antigo, mais cultural. Eu não estou falando de dinheiro, eu estou falando de cultura, eles geralmente são educados – eles telefonam, avisam, tal. Mas essa classe média nova, ‘do Lula’, é uma bagunça, esses que vem aqui... Têm muitos aqui que simplesmente não vêm e pronto! Eles acham que é o direito deles, de ir e vir, simplesmente.*

*Isso a gente nota muito quando eu estava lá no IPE. As professoras antigas, em ginecologia a maioria eram professoras, mas era tudo na faixa social mais consolidada, com um padrão cultural melhor. Hoje você pega essas professoras da porção de baixo... Às vezes eu vejo aí quando falam, né? Vivem xingando! Imagina o que ensinam, não é? Mas, em geral, elas são educadas. Assim, mulher é difícil... pode dar alguma ‘bronca’, mas elas respeitam...*

*(...) O paciente era mais... Eu não digo diferenciado financeiramente, mas culturalmente era mais diferenciado. Vestiam-se com mais capricho essas professoras. Elas ganhavam, sempre ganharam mal, mas você nunca as via mal vestidas, sempre eram arrumadinhas. Hoje vem tudo esculachada! É uma bagunça! Vem com filho, fazem uma sujeirada – vem comendo pipoca, cocada, pé-de-moleque... Olha, quando saem, parece que esteve um batalhão aqui.*

<sup>1</sup> Veja-se, por exemplo, a vinculação crescente de alguns direitos (como o direito à saúde, à educação etc.) a órgãos de fiscalização de direitos do consumidor.

(...) Ah, mas isso hoje é freqüentíssimo. É por causa desses convênios, não é? “-Eu pago, então eu quero aproveitar.” Uma das coisas, eu chego, em época de exames: “-Eu quero fazer tudo que eu tenho direito!” / “-Mas por que a senhora quer fazer?” / “-Porque eu quero fazer!” E pronto. Daí ele vem com 50 mil exames e também não sabe nem porque pediu o exame – ouviu dizer, ouviu da amiga, da irmã, da prima, de não sei quem que fez e queria fazer.

Então tem que explicar que não tem razão para fazer, e tem médico que está... Mas eles complicaram tanto o pedido do exame, tem tanto papel para preencher, com código e o escambau –, que o cara às vezes pede o menos possível, pra não ter a mão-de-obra de preencher papel. Tem código, tem que justificar, então quanto menos, melhor. Mas porque o paciente quis, e principalmente [a mulher]... O homem não, o homem é mais remitente, ele não... É difícil. Nenhum cara vai... A gente sabe... Eu não vou ao médico, sempre deixo para lá! Eu vou só por que... Quase te obrigam a ir, não é? [Riso] E se precisar. Quer dizer, não vai, não é? Mas a mulherada é ao contrário! Mulher com criança...

Então esses convênios têm essa coisa: “-Você já pagou, não é? Então vamos aproveitar.” Se você for para desembolsar na hora, não quer. É o problema do cartão de crédito! [Risos] (...)

(...) A mulherada vai mesmo. Então eu vou no médico... é o ‘global’, é o ‘social’. É ‘chique’, não é? Daí eles vão num AlfaSonic, que é tudo cheio de “fique-trique”; no fim vai morrer mesmo, o que adianta a ‘importância social’?

Quando a minha mulher foi fazer mamografia a primeira vez ela precisou deitar na cama, por avental, é isso e aquilo. Elas adoram esse negócio – e os prestadores de serviço já sabem disso, então eles enfeitam. Aí vem o exame num cartão todo imprimido, com pintura, todo ‘chicão’. É isso aí! E o sexo feminino é muito suscetível a essas coisas. Mas é mesmo! E daí o médico ainda fala: “- Ah, seria bom a senhora fazer um lifting aqui, fazer uma lipo ou...” E fazem mesmo! [Risos] Mas isso é principalmente, eu acho, muito mais feminino. Homem hoje fazer cirurgia plástica? Homem é enrustido com lipo. Vão, mas ninguém fala. Mas na estatística, a cirurgia plástica em homens está aumentando cada vez mais. O cara fica bem quietinho. A única coisa que divulga é o cabelo. [risos] (...)

Para consumir, para você contar (é importante para ter o que contar quando vai a uma festa). É um direito. Mulher, o que mais fala... Olha, nunca termina, um encontro feminino, sem falar de médico; elas contam o que estão sentindo, onde elas foram e o que vão fazer. Isso faz parte. É importante isso, então por aí você já vê. (Dr. Antônio)

Uma questão que se coloca para esse “novo paciente”, cidadão-consumidor, é a relativa ao acesso a informações acerca de seu tratamento. Longe de apresentar-se como o paciente “mudo” e “passivo” de outros tempos, atualmente o usuário dos serviços de saúde “embrenha-se” rotineiramente no “mundo técnico” dos médicos em busca de elementos que o capacitem no entendimento de seu caso. Algumas condições objetivas possibilitam essa nova “postura” mais ativa. Dentre elas, cabe ressaltar como a parcelarização e objetivação crescentes de aspectos da atividade médica na forma de procedimentos “equipamento-centrados” impõem uma dinâmica progressivamente padronizadora da mesma, o que a

torna mais acessível aos “leigos” (Schraiber, 1993; Arouca, 2003). Exemplo disso é o caráter cada vez mais auto-explicativo dos laudos de exames complementares, assim como as descrições das apresentações farmacológicas industrialmente padronizadas. Aqui ainda exerce influência importante o papel dos órgãos de defesa do consumidor que progressivamente exigem a “tradução” das bulas técnicas para linguagens mais acessíveis aos pacientes-usuários a fim de facilitar sua posterior fiscalização.

Outro aspecto que desempenha papel cada vez mais importante nessa “capacitação” dos pacientes-usuários refere-se aos meios de comunicação “de massa”, tanto televisivos quanto impressos e eletrônicos. Também aqui a desigualdade social se expressará em diferentes graus de acesso e compreensão das informações disponíveis para os diferentes cidadãos-consumidores dos serviços de saúde. Assim, a estratificação social se apresentará para os médicos na forma, por exemplo, de pacientes que se baseiam na televisão, revistas impressas ou na internet. Essa última, aliás, consolida-se como fonte importante de tensões para os médicos a ponto de exercerem influência não desprezível na conformação da prática cotidiana. Os médicos mais antigos, embora reconheçam avanços nesse processo de democratização das informações, explicitam certo incômodo em terem de lidar com esse paciente “mais questionador”.

*Eu vejo um perigo nessa coisa de internet, porque a pessoa “– Ah, eu vou lá na internet e eu vou me inteirar de tal assunto –”, esse é um problema sério, porque qualquer usuário hoje, que tenha computador em casa, qualquer pessoa, quer informação sobre a doença x, vai lá na internet e acha. Aí ele vem para o médico informado daquilo que viu na internet. Agora, na internet eles não vão colocar o debate científico da coisa. Então, o conhecimento real tem que ser dado pelas entidades que são controladoras do conhecimento e da prática médica. Por isso se deve dar fé a aquilo que a sociedade especializada divulga, através das suas publicações, e às associações médicas com as recomendações dos conselhos regionais e do conselho federal de medicina. Porque hoje o cidadão comum está, em função da internet, até forçando o médico a se atualizar. Agora, às vezes existe uma contradição entre o que está lá na internet e a realidade vivida pelo médico. Muito mais, hoje o computador e a chamada internet estão capacitando o indivíduo a ter maior acesso à informação e exigindo dos profissionais, em cima*

*do que eles sabem, do que eles sabem de antemão. Ou se o médico diz que ele está com a doença x, ele vai lá na internet e começa a esmiuçar tudo. E lá na internet você acha opinião de deus e do mundo. Isso às vezes dificulta o relacionamento médico-paciente. Até esse é um dos fatores que contribui para você pedir mais exames. Mas por outro lado também, sabendo que o indivíduo tem acesso a 'n' informações, obriga o médico a se capacitar melhor. Então, há inconveniência de um lado e ao mesmo tempo existe conveniência de outro.*

*Uma das coisas, por exemplo, que os médicos são muito questionados é a respeito de célula-tronco. Eles lêem lá na internet que aquela célula-tronco é capaz de produzir esse ou aquele órgão, mas eles não estão sabendo das dificuldades que é lidar com isso daí. O indivíduo está mal informado, então ele vem e ele acha que o médico está defasado, que estamos atrasados, mas não é bem assim. Então, essa coisa de célula-tronco, que cura todas as doenças, como se fosse fácil fazer uma injeção na medula ou qualquer órgão e você regeneraria aquele... não é bem assim. A informação mal dada propicia isso, tem muito isso, o indivíduo já vem informado e passa a exigir do médico. Por um lado é bom, como te disse, porque o médico tem que estar sempre atualizado, até para o confronto com o próprio paciente que, hoje de posse dessas informações, exige mais. Por outro lado é ruim porque até você convencer a pessoa que não é assim... você tem que ter muitos bons argumentos. Mas hoje o médico está sendo cada vez mais cobrado pela sociedade, tanto pelo usuário, como pelos órgãos de defesa do chamado consumidor. Hoje há um 'consumo de medicina', que tem se fiscalizado bastante, pelos órgãos controladores do consumo. (Dr. Luiz)*

*O paciente entra sempre, sempre não, entra freqüentemente pelo canal errado. A mídia, tanto faz se é televisão, Isto É, Veja ou internet; eles põem aquilo com uma certeza que a paciente vai ao médico e fica questionando.*

*Por exemplo, o que mais questionam é reposição hormonal. Bom, hoje em dia está fazendo bem pouco. “- Mas Doutor, eu vi na televisão e não sei aonde, papá-pá.” Então, aí se descobriu a cinarizina, que não é hormônio... [Riso] Porque você pode fazer esses outros, tipo análogo, mas aquilo é caro! Então cinarizina é baratinho, funciona normalmente. Conforme for, ainda dá um antidepressivo, porque agora é moda; falando outra vez “os modismos” da medicina. Agora é tudo fluoxetina, sertralina, paroxetina e vai embora. Fora os antigos, com o princípio da amitriptilina. Virou modismo. O povo toma isso daí adoidado! Isso e o diazepínico, é impossível! Toda semana. Tenho receituário azul só pra isso. Eu não vou discutir com ela. Se ela está tomando há tanto tempo, eu não vejo porque não dar (eu é que não vou tirar). Eu aviso: isso dá hábito e na velhice está provado que o diazepínico afeta negativamente a memória (a memória já vai pro brejo e ainda ajuda, né?) Mas elas não estão nem aí! Mas não adianta discutir.*

*Daí elas vêm, por exemplo, com a cinarizina. Tem umas que são mais “ligadas” e pegam qualquer coisinha: “- É, Doutor, mas isso aí não dá Parkinson?” Porque dá mesmo, e não pode brincar. [Risos] Mas não nessa dose. Stugeron 75, 3 por dia, a longo prazo pode desencadear dependência. Ela viu em algum lugar e vem discutir isso e eu disse: “- Não, 25 à noite...” E, por experiência, nessa dose contínua elas melhoram. Essas doses altas, contínuas, são mais na otorrino - 75 mg.*

*Então elas questionam hoje em dia, mas aí depende muito também da classe social, não é? As “frescas” não vêm com a gente mesmo, vão com os que estão de “medalhão” aí (também vai “quicando”, né?). E o nosso só que não tem muita, ele tem mais informação por televisão. O que passa no Fantástico é sacramentado. [Risos] O Fantástico eu acho que não está tão errado. Não pode exagerar, mas pelo menos chama atenção. É que nem com a criminalidade; se eles não chamam atenção desses crimes de colarinho branco nas revistas, ninguém está nem aí! Sempre existiu, agora continua existindo, mas acho que está um pouco mais difícil*

*você fazer os “chunchinhos” [Risos] na política. O Sarney está com 78; você vai ver, ele vai ser eleito como presidente do senado. Ele vai conseguir de novo. Das que lêem tem mais; perguntam mais as coisas, então você tem que falar, explicar as coisas. Mas tem muitas que já vem assim, ‘no pau’, e já vão dizendo: “– Eu não quero hormônio.” / “– Mas por quê?” / “– Ah, porque eu li.” / “– Todo mundo já deu a sua opinião, então não toma, né?” - independente da opinião dela. Mas se pergunta a opinião da gente, eu digo que eu sou a favor. Mas tem gente que é contra; oncologista geralmente é contra, é totalmente contrário. Mas eu acho que se você faz bem administrado, melhora a qualidade de vida da mulher nessa fase mesmo, porque é uma idade “do cão”, que aparece tudo quanto é problema. Melhora a qualidade, mas lógico que encontra um risco; paciente com história de ca de mama na família não vai fazer. Ou se ela já teve nodulações, já fez sucção, não vai fazer hormônio. Mas também não existia um trabalho científico pra falar alguma coisa. É um exagero o que aquele do Public Health, aquele trabalho americano, foi exagerada a conclusão. Mas depois que você fala uma coisa é difícil você negatizar. É que nem o médico: você fala um troço para o paciente, nem que seja um cara que não entende, você fala: “– Precisa fazer isso, isso e isso.” E depois: “– Você me trate de fazer isso aí.” Depois, para desmentir isso... para o outro é difícil. (Dr. Antônio)*

O acesso a informações pode se transformar, assim, em fonte de conflitos e caberá aos médicos estarem preparados para tensões que chegam a ser vocalizadas como potenciais *confrontos* com o paciente. Para os médicos mais novos o acesso às informações pelo paciente embora reconhecidamente gerador de possíveis tensões é visto com mais naturalidade.

*Isso eu acho que é uma coisa importante. Ela já chega no consultório com certo nível de informação daquilo que ela tem. Ela acessou na internet, foi ver. Fica mais fácil você dialogar com a paciente, de aparar as arestas – o que ela está fantasiando e aquilo que é verdade. Fica muito mais fácil esse tipo de caminho. Eu acho importante; é uma acessibilidade de informação que hoje está mais disponível ao usuário.*

*A forma como os médicos, em geral, recebem isso vai depender do grau de “esmeraldite” deles. Quanto maior o grau de “esmeraldite” dele, lógico que não vai agradar; como é que ele vai querer dialogar? Vai falar o normal. Ele vai dizer: “– Você tem isso.” – e acabou. Agora ela está colocando ali a opinião dela; ela está perguntando aquilo. Ela viu, ela teve uma informação.*

*Isso aí você vê, isso é comum em país de primeiro mundo, que o acesso à informação é mais fácil. Elas chegam lá e vão discutir com o médico. Tem sites, sites e sites que informam sobre qualquer tipo de doença, então o médico tem que estar preparado para isso, para essa tecnologia. E eu acho que está demandado para o médico, porque não distorce a realidade. Fica até mais fácil você conversar com a paciente, você explicar para ela quando ela já está sabendo o que está acontecendo. E o máximo que se pode fazer é tirar algumas fantasias que ela criou em relação àquilo. Serve para isso daí. Acho que isso é importante. É um bom advento.*

*Entretanto, é mais qualitativo, não é quantitativo. Não é a maioria das pacientes que vai buscar essa informação. Tem acesso, mas elas não estão ligando muito.*

*Não é uma situação de todo dia isso no consultório, você ter a paciente que foi buscar a informação. Isso não é ainda, aqui no Brasil, a regra. Tem algumas que fazem isso daí. E nessa, de ter esse tipo de informação, é muito mais proveitosa a condução da consulta, o estabelecimento de uma linha de tratamento ou de orientação para esse tipo de paciente. (Dr. Armando)*

O trânsito de informações e suas conseqüências, como sabemos, todavia, não respondem somente às determinações diretamente relacionadas ao caráter estritamente terapêutico da atividade médica. Outros intermediários exercerão influência cada vez mais importante sobre profissionais e usuários de serviços de saúde com a finalidade de realizar seus projetos específicos.

Dada a importância que adquirem os equipamentos no interior do trabalho médico atual, cabe ressaltar como ao longo das últimas décadas um ator consolida-se como central na definição das transformações e arranjos sob os quais se organiza a assistência à saúde nas sociedades modernas. O denominado *complexo médico-industrial* constitui-se contemporaneamente como um ator cujo poder de influência no interior da prática não pode mais ser desprezado pelos profissionais (Vianna, 2002; Camargo Júnior, 2003). Seus dois principais representantes, a indústria farmacêutica e a indústria de equipamentos e materiais médico-sanitários, constituem cotidianamente várias estratégias de atuação com vistas a garantir a ampliação progressiva do consumo de suas mercadorias pelos serviços de saúde a fim de maximizar a acumulação de seus capitais. Como majoritariamente ainda são os médicos os agentes controladores do uso desses produtos no interior da assistência é sobre eles que recai a maior parte da “pressão” desse ator.

As formas como tal atuação se dá, como discutimos em capítulo anterior, são bastante variadas, porém um princípio tende a ser cada vez mais respeitado pelas empresas: a busca da legitimação técnico-científica (médica) com o objetivo de garantir a ampliação

do consumo de suas mercadorias. Assim, as diferentes estratégias buscam incluir médicos, e outros profissionais de saúde, como atores importantes na intermediação entre indústria e consumidores. Desde a atuação extra-assistencial – como o papel de “propagandeiros” de fármacos, através da realização de estudos científicos “direcionados”, por exemplo – até a dedicação exclusiva a áreas “equipamento-centradas”, no interior da assistência, muitos médicos constituem-se em elementos importantes dessa forma<sup>2</sup> de acumulação do capital no interior do setor saúde. Esses múltiplos arranjos muitas vezes “compatibilizam” os interesses do complexo médico-industrial com os interesses de parte dos médicos constituintes do trabalhador médico coletivo. Essa “compatibilização”, por sua vez, pode ser fonte de “incompatibilizações” e tensões com outros intermediários – como os seguros-saúde, ou o estado, para os quais o consumo de tecnologia precisa se restringido – e mesmo com outros médicos.

Não obstante a centralidade da atuação sobre os profissionais controladores do uso da tecnologia, com o desenvolvimento do novo papel do paciente-consumidor esse também passa a ser objeto de ação por parte das indústrias. Desde a propaganda explícita de suas mercadorias, como em qualquer outra área de consumo, até a utilização de mecanismos indiretos, mais complexos, onde os médicos também desempenham papel central, as táticas comerciais compõem cada vez mais o cotidiano do trabalho médico, tornando-se, assim, fonte de ganhos para alguns e de tensões para outros.

*Isso foi aquilo que a gente comentou: maior acesso à internet, disponibilidade de informação. Ele acha que tem que fazer isso e está na sua competência explicar o porquê. Nunca negar, mas explicar o porquê pode ser feito ou não deve ser feito*

---

<sup>2</sup> Referimo-nos a essa forma específica, pois outra forma, a mais comum, através da qual os médicos encontram-se subordinados à dinâmica de acumulação do capital é através do assalariamento pelo setor privado, mecanismo pelo qual esses agentes, como trabalhadores, são explorados, gerando mais-valia, a principal fonte de lucro das empresas prestadoras da assistência à saúde, componentes do chamado *complexo médico financeiro*.

*aquele tipo de exame. Você tem que ter firmeza para poder responder isso ao usuário, certo? Isso eu nunca tive problema nenhum. Sempre... “– Esse exame não vai modificar nada na sua vida. Pode até ser desagradável para a senhora.” E um exemplo que eu dei lá na Unidade é que tem certas clínicas aqui de ecografia que o cara diz assim: “– Seria melhor complementar com uma transvaginal.” / “– Esse exame que foi solicitado para a senhora é um exame de rotina da mulher na menopausa que está fazendo prevenção de câncer do útero, do endométrio e de câncer de ovário. Eu quero saber como é que está o seu endométrio e quais são as características do seu ovário. A transvaginal vê mais de perto. Beleza. Mas olha aqui: o seu exame aqui diz que o seu útero está medindo tanto, por tanto, por tanto; como é que está o seu endométrio, como é que está o endometrial, como é que está o seu ovário. Não precisa fazer exame. Se tivesse alguma alteração aqui, daí precisaria complementar. Transvaginal é uma complementação.” Então a própria clínica de ecografia está induzindo a paciente a pedir ao médico uma coisa, certo? Quer dizer, é uma picaretagem. (Dr. Armando)*

O aprofundamento contemporâneo da atuação do complexo médico-industrial no interior do trabalho em saúde, juntamente com as formas empresariais de socialização do trabalho, colabora, por sua vez, para consolidar uma dinâmica de conformação da assistência sob a forma de atos parcelares, procedimentos pontuais e fragmentados através dos quais o vínculo entre profissional e usuário se desvanece em meio a uma rede de “possíveis”, mas improváveis, componentes do cuidado integral (Merhy, 1997; Campos, 2003).

O caráter de cidadão-consumidor adquirido pelo “novo paciente” traz consigo, novas “posturas” e representações desses sujeitos acerca de seu papel nessa relação. Uma dessas “posturas” é aquela expressa na consciência do direito à fiscalização e “cobrança” sobre os resultados dos serviços prestados pelo profissional médico, sendo que muitas vezes pode ocorrer a canalização das tensões e conflitos, outrora confinados à internalidade da relação médico-paciente, para esferas “externas” relacionadas a essa nova ordem de determinações.

Esse aspecto adquire para os profissionais muitas vezes o caráter de “risco” permanente no exercício da prática e torna-se paulatinamente fator de preocupação no modo de se relacionar com os pacientes-usuários.

*No meu tempo era raríssimo, e hoje virou moda. Copiaram os americanos nisso. Na ortopedia o cara sai do hospital e na porta acha um advogado que sai ligeiro: “– Quer ganhar um dinheirinho?” [risos] Houve uma época nos Estados Unidos que ninguém queria mais fazer obstetrícia. O Dr. Roberto esteve lá, já faz mais de 10 anos, e falou. Naquele tempo o seguro era tão alto que não compensava mais fazer. Você pagava, dois terços do que ganhava tinha que pagar no seguro; o cara não paga o serviço.*

*Enfim, mas existia no nosso tempo um pouco mais de estabilidade. Tinha picaretagem, mas era tudo menor – Curitiba era pequena, então eu não sei se proporcionalmente era diferente, mas picareta sempre teve.*

*Em ginecologia, a maior picaretagem era fazer aborto. Uma vez me ligou uma no consultório (não é cliente): “– Ah, me indicaram.” Eu disse: “– Eu não.” / “– O senhor pode tirar? Então eu vou ao Fábio.” O Fábio, que já morreu, era um deles. Mas tinha um monte de gente que fazia na minha época. Ficavam ricos com isso! Tinha um aqui no Batel que tinha uma casa estilo colonial americano, tudo de tijolinho. Eles diziam assim: “– Cada tijolo, uma alminha.” [Risos] Aqui na Av. Lacerda.*

*Faziam, só que era tudo de conluio com a polícia. Eles pagavam, e quando não pagavam, eles iam lá fazer batida. “– Ah, prenderam fulano.” E mulher, no desespero, acha. E se não tem um médico ela faz besteira – com agulha de tricô. Na Europa, se fazia muito introdução de sabão de lavar roupa (injeta). Fazia carbonácea, era feio. Mas, no desespero, elas faziam.*

*(...) Teve uma colega, que não sei o que foi que aconteceu que a paciente fez cesárea e depois teve uma infecção intestinal; não sei o que ela teve, que não perceberam e o paciente veio a óbito. Foi um rolo! Veio polícia, a médica foi falar com a polícia. É um problemão, não é? Hoje em dia, qualquer coisa tem a culpa; se tiver, pior, mas mesmo que não tenha... Já tem advogado especializado nisso. Fica de olho, principalmente o cara que está no hospital; com a urgência ele já fica meio... mas conversa com o médico: “– Vamos processar o serviço?” Eu falei: “– Não, está tudo bem!” / “– Não, mas vamos tentar!” [Risos] “– Vamos tentar? / “– Vai que eles fizeram alguma coisa muito errada?”. São os ‘porta de hospital!’ [Risos]*

*Porque antigamente você tinha convênio, o IPE, por exemplo, e conforme... você fazia uma ‘complementação’, isso não era crime. Não existia. Era: “– Eu faço, eu vou atender pessoalmente essa coisa”, mas daí voltam depois; muitos cobravam um pouco a mais, mas acabou. Então chegava a operar pelo SUS, fazia plantão e ainda levava processo pra casa? Se você não precisa... Eu prefiro reduzir alguma coisa na minha despesa, do que me sujeitar a isso. Não vale a pena. Putz! Você opera uma cistocele, uma incontinência urinária e depois dá uma interferência – o que não é raro, não é? Porque a paciente não consegue urinar sozinha, tem que internar, trocar sonda... não vale a pena. Isso é coisa pra jovem. Se estressar. Estressa mesmo! E o cliente hoje em dia, com tanto que ele seja ciente dos seus direitos, não é? Mas muitos ainda extrapolam.*

*Eles questionam coisas que nem dá pra questionar, não tem o porquê questionar, mas questionam. Nós tivemos um caso aqui... O que a mulher tinha? Era uma patologia... Ela queria fazer “histere”, mas ela não tinha... Não, ela tinha a indicação, mas não tinha código de transação – esses códigos do SUS. Como ela era de Colombo, não tinha, não podia fazer aqui, daí ela foi... Como ela não tinha,*

*ou trazia ou não fazia. Aí foi na Santa Casa e também não queriam fazer. Foi em Campina Grande, que é naquela região lá... Eu sei que ela acabou fazendo histerectomia e ela não tinha indicação cirúrgica – Naquele tempo eu já não estava operando, e eu disse: “– Eu acho que não precisa.”, e o Dr. Júlio também achou. E a mulher tirou o útero, mas depois ‘encucaram’ ela porque não precisava ter tirado. Daí ela entrou com um processo! Putz. Foi lá em Campina, aqui não foi. Mas antes ela fez os exames todos aqui. A gente fez todos os exames que precisava fazer e tudo. Putz, já tive que ir no Conselho Regional de Medicina não sei quantas vezes e eu não tinha nada com o “peixe”! Inclusive eu passei pra frente, achando que não precisava. Mas daí jogam todo mundo na panela. E o Conselho Regional de Medicina é só pra te por no..., não é? É pepino. Porque eles não fazem nada, né? Inclusive eles ganham salário... Você viu? Teve eleição agora – ganharam de novo, não é? Mas você vê: o grupo não sai porque eles são invejavelmente pagos. Eles ganham na gestão, tiram mais do que a gente, e vivem, que nem o Dr. Luciano, de ferrar com os colegas. Ajudar eles não ajudam. Estava na cara... Quer dizer, a mulher foi rejeitada e além de não ter o código, não tinha indicação. Foi fazer em outro lugar, foi e se arrependeu. E daí esse nó... Não tinha o que registrar, mas você tem que ir lá! Passei todo aquele troço. Quer dizer, te atrapalha! Te tira o tempo assim, por nada. (Dr. Antônio)*

Ironicamente, assim, o termo “medicina armada”, originalmente utilizado metaforicamente para descrever a idéia romântica da medicina como instrumento da humanidade em sua cruzada civilizadora contra o mal - modernamente inscrito na forma da doença -, passa também a significar contemporaneamente um instrumento a serviço do médico em um possível embate contra o paciente.

*Tem a pressão... é a cobrança que ele pode ter, é o medo que ele pode ter na eventualidade de sofrer qualquer tipo de processo. Então, por trás também da solicitação de uma quantidade maior de exames complementares, está visando se autoprotger de eventuais processos lá para frente. Tem esse fator que é muito importante. Então, na prevenção, você também está lá se cercando de testemunhos e de armas para poder se proteger. Também tem esse fator que tem que ser muito considerado. É importante esse fato da proteção contra processos, que está crescendo enormemente, cada dia mais. E hoje o processo não é tanto por erro médico, é mais por danos morais. É mais complicada a coisa. (Dr. Armando)*

Interessante perceber que o recurso ao diagnóstico objetivado na forma de tecnologia também é utilizado pelo paciente como “arma” contra a possível falibilidade do médico e sua “subjetividade”. Assim, a interação médico-paciente/usuário adquire

contemporaneamente muitas vezes características dramáticas que colaboram para conformar uma trama na qual a “luta” não é somente aquela dos dois sujeitos contra uma condição de sofrimento do último, mas também uma situação de vigilância permanente recíproca de um em relação ao outro, vigilância que pode a qualquer momento ganhar contornos de confronto aberto, mais ou menos explícito, para o qual ambos se previnem com todas as armas possíveis, ainda que não precisem utilizá-las.

#### **7.4 A Relação Médico-Paciente em Tempos de Crises e Transformações: alguns breves comentários sobre saberes, poderes e diálogos**

Uma das implicações importantes desses determinantes sobre a interação médico-paciente na contemporaneidade tem sido analisada sob o conceito de *crise de confiança* (Mechanic, 2005; Schraiber, 2008). Esse conceito busca apreender o movimento pelo qual o vínculo outrora pautado pela confiança do paciente na figura do médico de referência tende a desvanecer-se em meio aos vários elementos novos que passam a interferir nessa relação. As determinações desse processo podem ser encontradas nesse movimento complexo e contraditório correspondente à transição da medicina liberal para a medicina tecnológica. O processo de assalariamento, com a conseqüente perda da autonomia mercantil e reconfiguração da autonomia técnica, a nova conformação interna da prática médica sob influência dos novos recursos tecnológicos e dos novos arranjos organizacionais das práticas de saúde, além da extensão do campo de atuação da biomedicina e do complexo médico-industrial são os principais fatores que corroboram para que a relação entre médico e paciente agora seja mediada por uma série de elementos, que acabam por conformar-lhe características novas (Mechanic, 2005; Schraiber, 2008).

Um intermediário permanente na nova relação, como vimos, é a corporação organizadora da assistência e dos serviços de saúde, tanto as empresas privadas (convênios, cooperativas, grupos médicos empresariais, entre outros) quanto o estado, através dos sistemas e serviços públicos de assistência à saúde. O vínculo mercantil, por exemplo, que em tempos da medicina liberal dava-se entre médico e paciente, agora se estabelece entre paciente e corporação. A forma de os usuários acessarem os serviços médicos é estabelecendo um vínculo com as empresas/estado organizadores da assistência e empregadores dos trabalhadores da saúde (Donnangelo, 1975). Em tempos de medicina empresarial a procura por um profissional se dá com base em critérios bastante diversos de outrora quando a indicação pessoal e a história da relação com a família eram fundamentais. Hoje a escolha pode se dar por fatores bem mais impessoais como, por exemplo, através da listagem (impermanente) disponível pelo convênio/serviço, a distância do local de moradia, facilidade de acesso etc. A solidez dessa relação também sofre abalos visto que a manutenção do vínculo encontra-se dependente da contratação do médico pela corporação, assim como da vinculação do usuário a determinada modalidade assistencial, elementos sempre instáveis. Assim, a impessoalidade se expressa, por exemplo, na representação dos sujeitos, como o “médico do convênio” ou o “médico da saúde pública”, para o usuário, assim como se expressa na idéia do “paciente de convênio” ou do “paciente do SUS” para o médico.

Dessa maneira a confiança passa a transferir-se, no plano técnico, da figura pessoal do médico para a medicina, e, no plano assistencial, do médico para as instituições/corporações várias, provedoras dos serviços de saúde. As relações conseqüentemente passam a possuir um caráter mais “institucional” e menos “pessoal” do paciente em relação ao médico e vice-versa.

*Mas no começo do consultório o que eu também fui fazendo? Eu fui atendendo esses casos e eu também peguei alguns credenciamentos no consultório, para você ter uma gama maior de pacientes e poder ter eventualmente condição de sobreviver. E nesses credenciamentos foi Banco do Brasil, Caixa Econômica, Petrobrás, a Fundação Copel, a Carpa... Eu não tinha Unimed na época ainda. Paraná Clínicas eu também era credenciado para atender no consultório. Então, credenciamentos de convênios assim que davam condição de você ter uma clientela um pouco mais movimentada.*

*E muitos desses pacientes às vezes vinham assim de uma forma aleatória, porque pegavam o livrinho do convênio e viam “– Hum... médico fulano de tal...”, e conforme, sei lá, a empatia do nome ou pelo endereço, eles ligavam, marcavam consulta e procuravam a gente. Então o começo foi assim.*

*Na realidade eu tive durante um bom período muitos que procuravam, mas é aquela... como é que eu falei outro dia? Aquela ilusão do médico que está começando. E eu senti muito isso no Paraná Clínicas quando eu parei de ser conveniado e fui médico contratado por eles, eu atendia no ambulatório próprio. Então, você fica um pouco, vamos dizer assim, pensando que o paciente está ligado a você e de verdade não, ele está ligado à conveniência do plano. Então enquanto você é útil por causa do plano, você serve. Uma vez que você não está mais no plano, você não é mais o médico de confiança deles. Daí ele passa essa confiança para outro.*

*Mas assim, em uma população bem pequena tem muito paciente que acaba se ligando a você por uma situação ou outra.*

*Nesse período, eu também fazia lá o Cajuru, como plantonista no pronto socorro e trabalhando também no Hospital de Clínicas, então tinha sempre assim uma situação de trabalho e também de rendimento, além daqui do consultório, que me dava na realidade uma condição assim de ter algo fixo como vínculo que, vamos dizer, até em parte atrapalhou muito esse desenvolvimento meu do consultório. E depois também quando eu entrei no IPE, isso também se somou ao vencimento do Hospital de Clínicas, e como efetivo dos dois serviços eu tinha um rendimento que se entrasse um tanto no consultório que fosse significativo ou não, desde que eu estivesse com as despesas... e para ter o meu local de referência, eu não me importava muito. Então, essa situação às vezes eu me cobro, mas isso já passou e eu não cheguei assim a, vamos dizer, ter aquele ânimo, ou aquela condição de necessidade de fazer que o consultório extrapolasse em relação a isso, porque eu estava amparado, não acomodado, mas estava amparado por aquela situação de ter aquele vínculo empregatício pela universidade, pelo Estado e se o consultório desse alguma coisa estava bom assim, para mim estava bem.*

*Então, a minha clientela realmente no consultório não era assim muito significativa. Eu tinha pelos convênios cirurgias, que dava condição de continuar fazendo. E o atendimento aqui como na prática do cirurgião vascular tem muito de escleroterapia, então esses pacientes que eventualmente tivessem necessidade de cirurgia, a continuidade do tratamento e a complementação do tratamento, incluíam a escleroterapia, que isso nenhum convênio cobre, então isso dava uma continuidade. Mas era essa situação, o paciente vinha, fazia algumas sessões, depois se desligava e eventualmente depois um ou outro vinha procurar. Coisa que acontece hoje ainda. Então, tem muitos pacientes que estavam fazendo tratamento comigo há 10, 15 anos atrás e que depois voltaram aqui, estão continuando. Então, isso sempre acontece na prática diária. E aqueles pacientes também que, sei lá, você acaba dando uma atenção tão, não digo especial, mas dentro daquilo que você acha que o paciente merece, e eles acabam se ligando a você de uma forma tal que deus no céu e você na terra. Eu tive alguns pacientes nesse sentido.*

*(...) Eu falo do paciente assim, que você fica pensando que é seu, porque eu trabalhei... quanto tempo que foi?... acho que mais de 10 anos pelo Paraná Clínicas, e procurava atender as pessoas assim, da maneira como a gente pensa*

*que deve ser. Às vezes até saindo um pouco da parte médica em si, porque você clínica, você sabe como que é. Às vezes na tua prática diária do consultório você não é visto só como um médico, você é aquela pessoa que teu paciente entra ali, senta e às vezes te expõe coisas que em outra situação ou com outra pessoa ele não teria condição de se abrir. Então, você acaba ultrapassando e extrapolando esse relacionamento médico-paciente, porque o paciente, sei lá, por tantas implicações que tem na vida diária ali, ele acaba chegando em um momento que você para ele significa muito mais que um médico que pode curar uma doença que ele está apresentando. Então, eu achava assim: Puxa, esses pacientes do jeito que eles... eu acho que estou fazendo a forma correta de atender... ficam muito relacionados a tua pessoa. E quando eu saí do Paraná Clínicas, tinha inclusive muitos pacientes que já tinham atendimento comigo de muito tempo, alguns até com cirurgias já marcadas, tudo... e eu imaginava na minha singeleza que eles iriam me procurar. Mas como o intuito deles era aproveitar o convênio, eu me desliguei do convênio, entrou outro médico no meu lugar, simplesmente eles pularam para o outro médico. (Dr. Vinícius)*

Em meio à tamanha ordem de intermediários com as quais se deparam os médicos, e que acabam se “interpondo” entre eles e os pacientes-usuários, não deve causar surpresa o fato de a prática cotidiana também passar a ser permeada pela tentativa constante em se “blindar” o encontro com o paciente-usuário de tantas “ameaças externas”, como se tal projeto fosse exequível em tais condições históricas. Dentre esses novos intermediários também podem encontrar-se, cabe ressaltar, os demais agentes constituintes do trabalhador médico coletivo...

*E lá é assim, não querendo falar mal dos ortopedistas, mas eles fazem procedimento e depois o acompanhamento fica com quem quiser. Às vezes o residente acompanha, ou às vezes é como a maioria dos médicos fazem... “– Oh, fulano, tem um curativo lá no 24... vê se você faz depois, eu deixei aberto lá, você faz o curativo –”. Eu não gosto de fazer desse jeito. Tanto que esse menino Rodrigo, depois das primeiras 24 horas que passou da cirurgia, eu fui lá na pediatria e falei para a enfermagem “– Eu vou fazer os curativos nele –”. Aí comecei a fazer o curativo. E o menino foi se apegando, e mãe junto ali, então ela via a minha forma de atendimento. Aí um dia ela veio... “– Doutor, o residente da ortopedia veio aqui junto com os outros médicos e eles falaram que para fechar a incisão do Rodrigo tem que chamar a cirurgia plástica para fazer um enxerto –”, eu falei “– Pode deixar que eu resolvo isso –”, fizeram até um pedido de consulta para a cirurgia plástica. Eu fui lá no posto e falei para a enfermeira-chefe lá da pediatria “– Pode rasgar esse pedido de consulta, não vou querer que a cirurgia plástica veja, não –” / “– Não, eu já entendi a situação, pode deixar –”. Porque a plástica indo lá avaliar vão dizer “– Não, continua fazendo curativo até que tenha granulação suficiente para a gente fazer um enxerto epidérmico ou dérmico –”, daí vão fazer uma abrasão na outra extremidade dele... aí ele vai ficar com um pé machucado e a coxa da outra perna machucada, mais um trauma cirúrgico... “– Deixa que eu vou fazendo do meu jeito –”... e continuei fazendo o curativo. Aí um*

dia conversei com o cirurgião ortopédico e “– Ah, mas e o risco de infecção? –” / “– Não tem risco de infecção nenhuma, está cicatrizando, está granulando, ele já vai sair daqui do hospital com isso fechado –”. E demorou uns 15, 20 dias, eu liberei a parte vascular, logo em seguida dei alta para ele. E daí eu continuei vendo no ambulatório junto com o ortopedista. O ortopedista pediátrico via na segunda-feira, aí eu fazia um esforço danado para estar na segunda também. Aí como eu sabia que ele ia mandar lá direto para o curativo, eu já acertei com a enfermagem “– Quando mandarem ele para curativo, vocês abrem o curativo e me chamem que eu quero ver –”. Aí eu vinha e o atendia. Eu usava uma pele artificial, que a gente recobre, aí você põe ela como enxerto primário e depois só tira o secundário, a mãe mesmo trocava em casa. Podia tomar banho, lavar o pezinho que o curativo não saía, e aquilo fazia com que a granulação fosse se formando. Tanto que em menos de 2 meses o pezinho dele cicatrizou inteiro, ambulatorialmente. E daí a dificuldade dele era pisar no chão. Aí foi avaliado pela ortopedia na seqüência, liberaram a pisada no chão, porque não teve nenhuma fratura óssea, foi só contusão mesmo. E daí ontem que ele ligou que está com saudades de mim, que ele quer me ver de novo.

Então, essas coisas assim cativam a gente, sabe? E quando é adulto eu também procuro agir dessa forma. Porque eu vejo mais a necessidade do paciente. Tanto é que vez ou outra eu reclamo com a enfermagem, eles já sabem, que os pacientes que eu tenho atendimento junto com as outras clínicas, mesmo que a ortopedia vá lá e mande abrir, não abrem porque ela fala que é meu paciente.

Outro dia, no ano passado, eu reclamei de um cirurgião plástico. Outro paciente que estava com a perna inteira aberta, acho que eu fiquei quase uma hora fazendo curativo no paciente... daí fechei, lavei, tudo direitinho... E, não demorou nem 20 minutos, o residente da plástica veio lá, abriu tudo e deixou tudo aberto. Ah, eu fiquei possesso... chamei ele e falei “– Oh, por favor, eu fiquei uma hora fazendo curativo, aí você veio, abriu e deixou aberto?, faça tudo de novo, do jeito que eu tinha feito –” / “– Ah, mas agora eu não posso –” / “– Não, mas você desmanchou o que eu fiz... por que você foi abrir?” – / “– Ah, mas eu tinha que ver, porque o Dr. Adriano pediu para eu ver –”, eu falei “– Então refaça o curativo do jeito que eu fiz –”. Então, eu sinto essa situação assim... mais por um empenho que eu faço, mas é um empenho que não é de hoje que estou fazendo. Eu te contei que na época do Cajurú também fazia isso, e lá no Cajurú era muito mais difícil para eu fazer esse tipo de coisa. Porque lá realmente eu ia fazer o procedimento e daí o acompanhamento eu tinha que me deslocar até lá. No Hospital Trabalhador eu tenho um pouco mais de facilidade porque eu estou lá...

E no Cajurú não, mas eu fazia isso da mesma forma.

Então, eu acho que essa aderência aí, independente do grau de situação do paciente, talvez seja uma forma minha de fazer com que o relacionamento médico-paciente seja mais fechado. Não sei se mais fechado o termo... mas que seja mais próximo... (Dr. Vinícius)

Fica explícito nos relatos como para todos parecem conhecidas as condições necessárias ao restabelecimento de um vínculo sólido com vistas a se (re)adquirir a confiança do paciente-usuário... e elas não são novas. Passa pela tentativa de investimento no vínculo mais pessoal, permanente, com maior tempo de dedicação nos encontros, no

abrir espaço para as angústias próprias do sujeito que sofre, no mostrar-se acessível e solidário, ao mesmo tempo que seguro...

Passaria por aí o resgate da confiança perdida para os diversos intermediários, como as instituições, os recursos tecnológicos etc.

*A partir do momento que ela adquire a confiança em você, meio caminho está andado. Desde que você explique para ela porque ela tem que fazer aquilo ali, qual o benefício ela vai ter com aquilo que ele está propondo, a aderência ao tratamento passa a ser muito mais fácil. Isso é tranquilo. Mas você tem a segurança naquilo o que você está falando para a pessoa, porque isso aí está muito implícito para ela. Já estabelece esse vínculo.*

*(...) Talvez, se eu pudesse voltar no tempo, e saía vacinado contra decepções. A única coisa é que eu teria me vacinado contra decepções que colegas podem... De colegas, não usuário. O usuário só vai se vingar de você... o usuário seria a vingança do sapateiro. Você conhece a historinha? Se você tem um sapato e levar para o sapateiro para apertar e você fica lá reclamando muito do sapateiro, ele pegava e colocava um preguinho fora do lugar e aquele preguinho ficava te incomodando. Essa é a vingança do sapateiro. Então é a mesma coisa: o paciente só vai mover alguma ação contra você se você não for atencioso com ele, se você não atingir a expectativa dele. Se você respeitar, explicar e conversar, se preocupar com ele, por mais que você erre, ele vai superar, certo? (Dr. Armando)*

*A impressão que eu tenho, de verdade eu não sou o senhor da razão, o senhor sabe tudo, o dono da verdade, mas eu acho que isso é baseado nessa situação onde o paciente não confia na tua avaliação objetiva ou subjetiva, de você poder definir “- Não, o senhor está com problema ‘x’ e por isso vai fazer tal tratamento sem pedir exames -”. Aí muitos deles não acreditam na tua capacidade. Só que se você consegue com a empatia resgatar aquela confiança que o paciente eventualmente possa ter em você... se eu disser para o paciente que ele pode pular daqui dessa janela que ele chega lá embaixo e vai estar curado, o cara vai pular. Eu acho que é muito mais baseado nessa desconfiança que ele tem, relacionado a que o médico vai ter condição de fazer uma orientação de tratamento não pedindo nenhum exame. O cara não sabe o que tem a ver o exame com a confirmação diagnóstica. Por isso ele diz “- Não doutor, faz exame de sangue -” / “- Não precisa -” / “- Ah não, faz qualquer um, faz exame de sangue -”, porque ele não sabe o que aquilo... “- Bate uma chapa -”. (Dr. Vinícius)*

Ao mesmo tempo, porém, também fica explícito que, se por um lado, são conhecidas as condições necessárias ao estabelecimento de um vínculo alicerçado na confiança entre médico e paciente-usuário, por outro lado, também se apresentam como

cada vez mais intransponíveis os obstáculos para a consecução de tal projeto. As condições histórico-concretas sob as quais o encontro agora se constitui parece, se não impossibilitar, ao menos tornar cada vez mais difícil tal empreitada.

*Não dá para ter confiança... antes o médico era um deus, era uma relação de submissão, você confiava mesmo, porque o cara ganhava você... Quando você vai no médico, já está preocupado... Agora, imagine você chegar no médico e o médico não te escuta, não te explica. Poxa, os caras que faziam clínica médica era uma hora, consulta de uma hora, o cara estava disponível para você, entendeu?, Explicava as coisas para você. Então, se estabelecia uma relação de confiança. É impossível você estabelecer uma relação de confiança no tempo que você tem hoje e da forma como você atende hoje. Então, acho que é outra coisa. Olha, eu via que era deus no céu e Dr. Lisandro na terra. Uma relação, e não era só comigo, o pessoal que atendia direito, Felipe... todos eles, a relação era uma relação de confiança impressionante. Hoje não dá tempo, não dá tempo de criar confiança. Que a relação de confiança é uma relação que se estabelece e é uma relação de troca. Tem que ter troca, senão não tem... tem que receber alguma coisa em troca para você criar confiança. Hoje os caras te tratam... De fato mudou muito. Sendo que cada vez muda mais. Só na relação onde você tem muita proximidade mesmo, é na ginecologia e obstetrícia, onde existe uma relação de confiança, se desenvolve uma relação de confiança, tanto que o médico saiu do convênio e ela vai lá e paga particular, para continuar no médico, porque os outros... Meus filhos tiveram um pediatra só, a vida inteira. Hoje você vai em um, vai em outro, vai em outro... entendeu? Por que? Porque não se estabelece uma relação de confiança. Ih, meu filho já foi em uns 10 oftalmologistas... Você não sabe em quem confiar. É um troço... hoje quando tem que indicar alguém é uma coisa cada vez mais difícil. Cada vez é mais difícil, eu não sei quem eu vou indicar. É um troço impressionante. (Dr. Marcos)*

Assim, os tempos atuais são tempos tanto de crises, como a de confiança, quanto de transformações dos cenários e dos sujeitos envolvidos na relação médico-paciente. As novas condições desse encontro ao engendrarem, um novo paciente, um novo *objeto-sujeito* para a prática médica, onde o pólo *sujeito* potencialmente passa a ganhar mais visibilidade e poder dentro da relação outrora menos tensa, essas novas condições parecem ao mesmo tempo tensionar pela constituição de um “novo” médico. Aqui a dialética sujeito-objeto expressa toda sua complexidade, encerrada no movimento de determinação recíproca e contraditória entre suas duas polaridades constituintes. Frente a esse novo paciente, e a essa crise de confiança, a postura dos médicos não pode ser mais a mesma de tempos atrás.

Essas novas condições sob as quais o encontro se realiza tensiona as antigas bases da relação e parece impeli-la a uma democratização crescente, mesmo esse processo se apresentando ainda como potencialidade. A conduta muitas vezes passará a depender de “negociações” mais explícitas, sendo que o médico tem agora que dedicar parte importante de seus esforços ao “convencimento” do paciente em aderir ao *seu* projeto terapêutico, algo inimaginável em tempos de medicina liberal.

*Acho que ele sempre teve essas idéias, de ir num outro [médico]. Só que antigamente ele não ia, o médico ficava sentido, então o paciente muitas vezes... Agora, se o médico é aberto, ele mesmo sugere. Não seria a coisa, mas muito médico também se sente... é “margarida”, né? Deus o livre! Fica ofendido. Então é melhor você sugerir antes, do que... Porque o paciente fica indeciso muitas vezes. Aí eles trocam de médico sem te avisar – se você é “fechadão” – e depois você vai saber que foi no fulano ou no cicrano. Ele vai por conta. Cliente fica desconfiado, não é? E tem que ser, eu acho.*

*Agora, se o médico tem isso – é um costume –, fica uma coisa aberta; senão fica escondido, chama outro e fica escondendo do outro. E eles vêm às vezes com uns exames e dizem: “– Não foi o senhor que pediu. Mas será que dá pra ver?” / “– É lógico! Me dá aqui.” Inclusive eu falo: “– Tem que me mostrar.” Mas eles ficam com vergonha. Foram para o outro [médico], fizeram o exame, resolveram trocar e daí não sabe, porque ele também foi no outro. Então alguns não vinham... eu dizia: “– Mas cadê os exames?” / “– Eu não trouxe. Eu achei que o senhor ia ficar ‘não sei o que’.” Mas na outra vez ele traz, não é? Tem que ser. Como é que você vai fazer? Vai pedir tudo de novo?*

*Tem muito caso que a gente fica com dúvida se opera ou não. Às vezes, por exemplo, tem um caso de coxartrose que você encaminha para ortopedista avaliar e ele não dá muita bola. Daí ele dizia: “– Olha, está com um isso. Pronto.” Mas é por causa do excesso de serviço. Não sai na radiografia. Eu digo: “–Olha, está tudo borrado aqui.” E explico: “– Isso aqui tem que ver porque possivelmente tem que operar.” Agora, quem quer operar? Não é uma cirurgiazinha. É uma cirurgia grande. Então a gente sugere, mas ele não... E coxartrose não tem muita dúvida, porque a queixa é tal e o cara não anda mais, é incapacitante.*

*Mas de coluna eu acho que tem ainda bastante. Puxa vida! “– Vamos operar.” E depois que o cara opera, fica pior ainda (porque bloqueia a vértebra depois). Na coxartrose já é pacífico, fazer ou o não fazer. Já é um procedimento estabilizado. Mas de coluna ainda tem dúvida às vezes: será que faz assim ou não faz? E isso depende do ortopedista. Tem um que é conservador e outro é atirado, agressivo.*

*De joelho também. Fazer prótese de joelho também é mais recente: “– Será que vai dar certo, ou não vai dar?” Mas nem sempre dá certo, depende de... Putz, aí vai longe! A indicação pode existir, mas não existe o conhecimento técnico – a pessoa que faz. Não sabe fazer, faz uma “caca” lá e depois... Se o outro tivesse feito teria dado certo. Quer dizer, complica. É complicado esse negócio.*

*No câncer não tem conversa. Hoje em dia é oncologista, vai lá e não tem... É obrigatório. Eu sempre digo para eles: “– Tem cirurgia que tem que fazer.” Outras... o mioma, por exemplo. Mioma nós aqui, por exemplo, até 200 cúbicos de volume, a gente leva em banho-maria, e depende da localização (se é submucoso,*

*se é intramural), pra não dar problema. Mas, vamos supor, se tem um de 200 e não está incomodada, já está entrando em menopausa, pra que tirar? Deixa lá, 200 não é tão grande, não é? Então a gente procura dizer para a paciente que ela não faça.*

*Mas tem paciente que tem um mioma até menor, mas que sangra todo mês – tem que tomar hormônio e é uma complicação –, a própria paciente virava depois: “– Doutor, não é legal tirar?” Já ia de encontro. “– Então tira.” – porque já está com a prole definida, né? Mas é cirurgia simples, então ela já vai e opera.*

*(...) Tem casos em que tem indicação e a paciente não quer operar. Eu digo: “– Olha...” eu tenho paciente com 500 de volume uterino e não quer operar. “– Você está no limite...” Mas a gente avisa que pode ter necrose por falta de oxigenação, pode ter uma sarcomatização desse mioma – essas coisas.*

*A gente avisa a ela. Eu digo: “– Além do incômodo que a senhora tem (pois aquilo é um corpo estranho que está lá, não é?) Mas a senhora que resolve.” Ninguém obriga. A gente só obriga, praticamente, com assinatura e tudo, quando é câncer, quando tem risco de vida: “– Corre risco de vida, culpa tua!” Mas o mioma, a gente...*

*Mas a maioria não impede não. Elas concordam – se você explica direitinho. Tem que explicar o porquê, não é? Aí é difícil a paciente dizer que não. Aqueles que têm menos de 200 (180 a 250 mm cúbicos), daí a gente vai levando. Mas a gente tem que se pôr no lugar da paciente também. Você não vai operar se não precisar, não é? Se bem que tem uns loucos aí que fazem esse negócio! Tem paciente que, sei lá, vira hobby do cirurgião. Tem paciente que tem 5, 6 cirurgias. Fizeram tudo na paciente!*

*E se tiver possibilidade, elas optam por operar. Não sei se não sabem... Mas a gente sempre explica, porque toda cirurgia tem um risco, não é? Pode fazer avaliação cardiorfuncional, tudo, mas mesmo assim pode ter uma decorrência anestésica, alguma coisa assim; e o pós-operatório também, às vezes encrenca. Então a gente sempre chama atenção – que é uma indicação absoluta, que é relativa ou que não tem. (Dr. Antônio)*

Para os médicos mais novos lidar com esse “novo paciente” já se apresenta como um processo mais natural e parte integrante da prática cotidiana. Alguns chegam a representar esse processo de maior “democratização” do encontro médico-paciente como um duplo movimento. Se, por um lado, o paciente encontra-se em movimento de “ascensão” em sua capacidade de conhecimento e discernimento acerca de seu caso, por outro lado, caberia ao médico o movimento contrário de “descida” em relação ao antigo grau de poder no interior da relação. Esse movimento por parte do médico, embora se apresente ao nível da representação dos sujeitos muitas vezes na forma de uma “concessão”, concretamente é resultado da determinação da prática médica por condições objetivas, independentes das “vontades” dos sujeitos individuais. Os próprios relatos das

trajetórias individuais deixam entrever as transformações dos sujeitos concretos e suas “posturas pessoais” em resposta às novas relações sociais em que se insere o trabalho médico.

*A conduta que você tomou, ajudou aquela pessoa. Isso que é o satisfatório. A resolução do porquê aquele paciente foi te procurar – sem enrolar, sendo honesto com ele. Não pode mentir nunca para o paciente, não pode enganar. Você tem que sempre dar as opções para ele. Tanto que quem vai fazer sempre a escolha final é ele, e você tem que dar as escolhas de opção para o seu paciente.*

*Nossa vida é cheia de opções, você que tem que fazer escolha. Ele que tem que fazer. Não existe nada estanque. Você está numa situação, você vai ter 3, 4 saídas, não é? Mas isso aqui, ó, isso aqui foi um grande aprendizado. Isso aqui foram 3 anos do melhor investimento que eu fiz na minha vida, que foi terapia – por um motivo sério que aconteceu na minha vida e que a gente deixa para o próximo encontro. Então isso foi um “trem” novo na minha vida, foi o segundo renascimento para a minha história esse processo de terapia, e que eu aprendi um monte de coisa.*

*Então, mas você tem que estar seguro do porquê você está dando isso daí. “– Você pode tratar assim, pode tratar assim e pode tratar assim. Se você tratar assim, vai acontecer isso, vai acontecer isso e vai acontecer isso.” Você tem que dar opção. Eu não sou deus, quem tem que fazer a escolha é ele! É ele que vai saber o que é melhor. “– O que o senhor acha?” / “– Eu acho que o melhor é esse.” É ele que tem que perguntar qual que é o melhor, não sou eu que tenho que falar. Quem sou eu pra falar que aquilo é o melhor? “– No meu ponto de vista, de conhecimento, eu acho que isso é o melhor.” É isso que você tem que falar para o paciente. Sempre isso daí. “– Se fosse a minha mãe, eu faria isso.” [Risos]. “– Mas você pode fazer isso aqui. Tem um monte de coisa. Não fica desesperado.”*

*Você vê aí um bando de gente que fala uma besteira para o paciente. Pô, o cara vai lá, vai vender casa, vai pagar a Unimed – um monte de coisa que não precisa! Não precisava daquilo. Não é um bicho-de-sete-cabeças. No dia-a-dia você vê isso aí! Uma besteira que a pessoa fala, vai lá e fala para o paciente que aquilo é a única saída que ele vai ter para a vida dele – e não é!*

*(...) A maioria dos médicos não desenvolve muito essa capacidade de discutir com o paciente. Aí é uma situação complicada, porque durante a nossa formação na escola ainda, nos bancos acadêmicos, você vai incorporando, você vai tomando atitudes e vai pegando hábitos daqueles que atuam. Você convive com a pessoa naquele dia-a-dia, você acha que aquilo é verdade e você vai vivendo! Você vai vivendo com aquilo ali e, infelizmente, a maioria não tem esse insight de ter essa “sacção”. “– O que aconteceu aí? Por que é assim? Por que não é de outra forma, de outra maneira?” Ele vai vivendo. Ele vai vivendo, vai entrando nesse ritmo e vai até o fim da vida. Acaba incorporando.*

*Isso é um padrão geral. É um padrão geral da maioria. São poucos exceções que escapam disso daí. É da própria formação nossa, desde a faculdade, depois na residência se acentua mais isso daí. Ele está ali sob pressão, ele está sob cobrança, então ele vai formando atitudes de defesa e, lógico, vai pegar os exemplos que são das pessoas que ele acha que são mais bem sucedidas.*

*Isso tem repercussões negativas para o paciente. São negativas, mas que acaba assim, não interferindo diretamente na vida do paciente, você tirando a vida do paciente. Mas acaba tirando o bem-estar do paciente. Parece que é mais importante o bem-estar do paciente.*

*Você tem situações assim: ele prescreve uma coisa, mas não explica para o paciente o que vai acontecer e depois ele acaba vindo aqui. Então você está vendo que é uma iatrogenização daquilo o que ele poderia ter explicado; ou dando opção de tratamento para ela do que é melhor. A gente brinca: “– É a crise da ‘esmeraldite’.” Depois, que ele passa a ser famoso, passa a ter a sua crise “esmeraldite”. “– Eu sou médico. Com quem você acha que você está falando? Eu sou médico! O que você sabe?” Isso aí que é o básico da coisa. A gente brinca que todo consultório tinha que ter uma caixa de veludo, com uma esmeralda em cima, para o cara ficar passando [a mão]: “–Oh, esmeralda, oh! Não brilhe tanto...”*

*(...) Hoje é mais difícil exercer a medicina porque você tem uma cobrança maior e você pode ser punido por essa cobrança. Antigamente não era muito assim não – nesse sentido. Mas aí é que está! Essa cobrança é maior, mas com incongruências. Você sempre tem que estar atualizado, tem que estar dentro de um contexto para você poder atender as necessidades dessa população, que cada vez serão maiores. A partir do momento que dentro de uma sociedade você tem ascensão de um nível para o outro, quer dizer, você está aumentando um pouquinho o seu conhecimento. Não estou dizendo a cultura, é o seu conhecimento. E quando tem mais conhecimento esse paciente exige mais; e o paciente exige também mais do médico, certo? Ele tem que descer na sua “altura da esmeralda”; ele tem que deixar a esmeralda de lado. Ele tem que atender essas expectativas dessa população que está ascendendo na sociedade. Isso vale para todo mundo. (Dr. Armando)*

*O que acontece muitas vezes é o cara chegar e falar “– A minha parte eu fiz –”, você sabe que ele não quer tomar medicamento, mas você sabe que ele precisa do medicamento. Então, eu prescrevo, prescrevo... aí o problema deixou de ser meu, eu prescrevi. “– Se ele tomar, tomar ou não tomar é um problema dele e não meu –”. Isso daí é um problema que não sou eu que decido, então “– vamos ver, vamos continuar tentando –”, Isso daí às vezes você tem. E às vezes, quando a gente ainda é “semi-deus”, a gente acha que é a gente que sabe as coisas. Uma vez eu judiei de um paciente. Um paciente que tinha dor lombar foi internado lá e eu achei que o cara estava simulando. Eu judiei do cara... mas aí... mas tem um limite, eu falei “– Vou encaminhar ele –”, aí encaminhei ele para Curitiba, quando estava em Paranaguá. Aí ele volta, e tinha uma bruta de uma hérnia, e era compressão, voltou operado lá, melhor. Aí eu tive que pedir desculpas para ele. Às vezes a gente dá mancada. Já foi mais... Ultimamente, na minha prática, eu nunca decido realmente sozinho. Sempre colocava para tomar a decisão juntos, sabendo que a última palavra não era minha, que a última palavra era do paciente. Isso eu aprendi foi depois de um longo tempo, porque no começo ainda tinha muito de “semi-deus”, sabe? De achar que você resolvia os problemas. Acho que isso é muito da nossa formação. Acho que a formação da faculdade é muito isso, o médico é o dono da verdade, não tem essa noção de que quem está doente é o paciente. Ele tem que ser... ou ele assume ou não tem jeito. Eu demorei bastante tempo para também dar valor para o emocional... Tive que levar umas porradas na vida para... Eu acho que todo médico tinha que ser paciente. Deveria ter uma cadeira na faculdade onde você passasse pelo menos 15 dias internado como doente... para sentir. Tem um filme muito bom sobre isso, do William Hurt, que ele era um baita de um cirurgião, e ele tem um câncer de faringe, você assistiu? Golpe do Destino. Muito bom. O aprendizado do cara, o cara que achava que era “filho” dele e que no final tem que ir lá e pedir “arrego” para o cara. É isso mesmo. Veja bem, aquela médica que vai atendê-lo é bem o padrão normal que a gente encontra por aí.*

*Eu tive essa experiência, puxa... Pior ainda, tem médico que acha que você sabe tudo e não te trata às vezes como um paciente. Eu quando operei a próstata ninguém me falou o que eu tinha que fazer por causa da retenção urinária. Eu fui*

*descobrimo, o médico não falou. Poxa, como você ia saber da incontinência? (Dr. Marcos)*

Apesar da profundidade das transformações dessa “nova” relação – sua potencial democratização, por exemplo – fica explícito nos relatos, todavia, que, para os médicos, existe também a necessidade de preservação, ainda que tensionada, do papel de cada um nesse encontro. Se a decisão, por um lado, pode ser mais compartilhada, formal ou realmente, por outro lado, o papel de avaliação, discernimento e a responsabilidade pelo desenvolvimento do caso, ainda deve ser majoritariamente do médico.

*Tem bastante paciente que chega com bom nível de informação, que vem perguntando dos novos medicamentos. E você explica. Eu acho que é um direito dele, você vai explicar. Você explica, você orienta; orienta até no que procurar e diz: “– Olha, não pode acreditar em tudo que tem na internet.” Tem bastante hoje em dia. Mais aqui, por uma questão de “coisa”. Mas como lá eu também tenho pacientes com nível bom, com nível superior, então também acontece. Só que acaba tendo mais aqui [no consultório].*

*É muito engraçado. Eu tenho um paciente que é engenheiro – vários até –, mas esse “um”, no início (ele é paciente antigo, bem antigo) ele pegava, fazia gráfico com o CD-4 dele. Não tinha lógica. Medicina não tem lógica, mesmo. Ele dizia: “– Olha aqui, doutora! Isso aqui não dá pra entender! Como é que pode! Dá pra entender esse negócio? Eu não vou fazer mais.” Eu disse: “– Não tem lógica. Você está acostumado... Porque você acha que eu fiz medicina? Porque não é uma ciência lógica. Você tem que entender que a variação do normal é enorme, então não pode ser visto assim, só pontualmente – colocar ali no gráfico e... Você pode ver uma tendência, mas não achar que a variação está errada.” Engraçado, mas tem... Eu não acho ruim não. Tem médico que não gosta. Eu não ligo não que o paciente questione.*

*Eu não ligo. Eu não gosto... assim, não é que eu não goste, eu fico com o pé atrás quando o paciente vem com muita idéia pré-concebida porque é difícil você tirar idéia pré-concebida, seja dele, porque ele pesquisou, seja porque o outro colega colocou na cabeça. Mas no contrário, eu não ligo. Eu digo: “– Procure em tal e tal sites, que esses são bons para você ver. Não acredite em tudo. Não dá para acreditar.” Porque tem; pra dizer que curou, que fez e que aconteceu, tem de monte! Mas eu não ligo, acho que é um direito da pessoa. Acho ruim até, sabia? Eu digo para eles: “– Eu acho ruim.” Você acaba virando meio como médico. Por que médico sofre quando fica doente? Porque você só pensa complicação. Eu digo para eles: “– Eu não acho legal você fazer isso não é por nada, é porque você vai achar que você se enquadra naquela complicação. Esse é o meu papel, não é o teu. O teu papel é se informar no básico, tomar o remédio, fazer os exames, fazer o acompanhamento.” O meu papel é me preocupar se o remédio faz mal, se tem efeito colateral, se está fazendo efeito ou não. Por quê? Porque você vai ler e vai achar que se enquadra nas complicações. Eu digo para eles: “– Por que você acha que médico sofre quando fica doente?” E eu digo e é verdade: eu não leio nada do*

*que eu tenho. Nada, nada, nada. Eu não, pra quê? Pra pôr minhoca na cabeça? Deus me livre! Pra quê que eu tenho médico! [Risos]*

*Tem médico que não gosta muito do paciente questionador. Mas acho que é insegurança. Se você não é seguro, você fica...*

*E tem bastante também aquela história de “o médico é deus.” Você não conhece essa história do médico que morreu e foi para o céu? “Que São Pedro apresentou, quando estava mostrando o céu para ele? Estava na nuvem o filho da Nossa Senhora, ali na frente fica o arcanjo Gabriel, mais para trás o São Miguel, ali na sala fica o Jesus. E quem é aquele homem andando ali, de jaleco branco? / Ah, aquele é deus, mas ele pensa que é médico.” Não é? Como é que você vai admitir que uma pessoa te questione, não é? É até um direito do paciente – que está questionando o tratamento, alguma coisa, e você explica. Eu acho que é um direito do paciente.*

*Mas eu acho que no fundo é insegurança, não que o colega seja ruim. É diferente ser ruim e ser inseguro. Ele pode ser muito bom, mas no fundo ele não acha que é tão bom assim. Ele é, mas ele acha que não é. E aí pronto! (Dra. Marina)*

Parte importante do que se tem reunido sob a denominação de “desumanização da medicina” relaciona-se a críticas acerca da restrição da comunicação no interior da relação médico-paciente/usuário (Soares, 1999; Dallian, 2000; Martins, 2002). A esse respeito cabe ressaltar que, a nosso ver, essas transformações acima analisadas, por mais profundas que sejam, não abolem os aspectos comunicacionais no interior do trabalho médico, mas os “rearranja”, visto que esses não se restringem, como é significado pelo senso comum, à dimensão verbal, ao diálogo entre médico e paciente. A comunicação no interior das práticas sociais nunca se restringe à sua dimensão verbal, ainda que essa seja muitas vezes a mais facilmente visível para os agentes. Os múltiplos aspectos que colaboram para a construção da relação entre dois sujeitos – valores, atitudes, gestos, expressões subjetivas várias etc. – incluem-se no âmbito das diversas dimensões da comunicação humana e, nesse sentido, são inerentes à prática médica, ainda que com qualidades bastante diversas da comunicação dialógica (Ayres, 2001; Schraiber, 2008). Isso não significa a negação da diminuição do diálogo entre médico e paciente-usuário nas atuais condições em que tal encontro de dá. Posto esse reconhecimento, cabem aqui, no entanto, duas ressalvas importantes.

A primeira refere-se à necessária ênfase no caráter heterogêneo das múltiplas formas de arranjos organizacionais e institucionais aos quais está submetido o trabalho médico. A tendência, ao que parece, é que quanto maior o grau de sua subsunção a organizações de caráter empresarial-produtivista maior tende a ser a dinâmica impositiva de racionalização e, conseqüentemente, de constrição do agir médico, além de estabelecer-se uma dinâmica que restringe significativamente o tempo de encontro entre médico e paciente-usuário, fazendo com que o diálogo seja encurtado (Merhy, 1997; 2000). Isso não anula, por outro lado, como pudemos evidenciar, a (re) criação permanente de “nichos” do trabalho médico em que a atividade se desenvolve de forma “mais livre” e onde, por mais contraditório que possa parecer, o diálogo é elevado, principalmente qualitativamente, a níveis bastante superiores àqueles existentes em tempos de medicina liberal, onde o dialogar constituía-se praticamente como prerrogativa de “um sujeito só”, ainda que tal situação não se constituísse em monólogo (Deslandes, 2006). Evidentemente tais “nichos” tendem a se desenvolver principalmente nas situações em que seus sujeitos participam dos “andares” mais elevados dentre as estratificações sociais. Assim, os pacientes potencialmente mais exercitantes de seu papel como sujeito tendem grande parte das vezes a ser aqueles cujo acesso às diversas objetivações humanas – bens, serviços, informações – é mais freqüente. No caso dos médicos, a vivência da tensão pelo dialogar mais “negociador” e “democratizante” também tende a se dar a partir da clientela à qual os mesmos estão vinculados e aos seus respectivos graus de “pressão” por tais atitudes por parte do profissional. Além disso, as diferentes formas de inserção dos médicos nos processos produtivos propiciam diferentes graus de liberdade para gerenciar suas atividades e a quantidade de tempo que dispensam ao encontro com o paciente-usuário.

A segunda ressalva refere-se à complexidade do movimento que, ao mesmo tempo em que restringe o diálogo instrumental próprio da anamnese, visto como cada vez mais desnecessário tecnicamente, esse mesmo movimento consolida como necessidade objetiva *outro* diálogo. Diferentemente de ser guiado para a apreensão do sofrimento do doente, agora sua motivação relaciona-se cada vez mais à “pressão” crescente por informações e por compartilhar decisões. Esse novo diálogo, como vimos, não se constituirá como necessariamente “democratizante” das relações entre os sujeitos, podendo mesmo manter uma dimensão instrumental semelhante ao antigo. Ao invés de ser meio de apreensão do sofrimento com vistas à elaboração do projeto terapêutico, ele pode tornar-se meio de “conquista”, de “convencimento”, do paciente-usuário para compartilhar de tal projeto já previamente elaborado, mesmo que tal empreitada tenha que se realizar à custa de concessões mais ou menos importantes. Sem ignorar a hegemonia de tal dimensão também instrumentalizante nesse novo diálogo, o que parece não desprezível é a relativização do controle do médico sobre os rumos desse novo encontro que se conforma. Em meio a tantos intermediários, à restrição progressiva de sua autonomia técnica, à crescente consciência do paciente como cidadão-consumidor, à tentativa permanente de resgate da confiança perdida, os médicos são objetivamente impelidos, ainda que de forma embrionária e contraditória, a “abrirem-se” para um diálogo que, apesar de instrumentalmente motivado, pode “desaguar” em um leito cujas margens não se encontram bem delimitadas à primeira vista. Assim é que algumas vezes se assistirá à conformação de relações cujo hibridismo reunirá contraditoriamente tanto elementos reprodutores do instrumentalismo, quanto aspectos que tensionam tal encontro para a conformação de práticas geradoras de possíveis consensos mais “niveladores” de poder, mesmo entre sujeitos com graus de autoridade significativamente desiguais. Essas duas tendências se encontram em luta permanente e os

cenários onde se desenvolve tal embate, suas determinações, tendem a definir o pólo predominante que, no entanto, não consegue abolir completamente o seu contrário. Tal embate expressa concretamente uma dimensão da dialética *humanização-alienação* no interior das práticas de saúde à qual nos deteremos mais detalhadamente a seguir.

## CAPÍTULO 8

### A DIALÉTICA HUMANIZAÇÃO-ALIENAÇÃO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

*A doença não me intimide, que ela não possa chegar até aquele ponto do homem onde tudo se explica.*

Carlos Drummond de Andrade (Os últimos dias)

#### 8.1 As Raízes da Temática da Desumanização no Trabalho em Saúde

Não é recente a crítica a aspectos “desumanizantes” na relação médico-paciente. A primeira geração dessas críticas se dedicou predominantemente à análise do caráter autoritário desse encontro. Historicamente, a crítica ao autoritarismo presente na relação médico-paciente elenca entre seus principais determinantes o fato de os médicos significarem o paciente como *objeto* e não como sujeito nessa interação. A significação de alguém como objeto, como “coisa”, passível de manipulação, sua “despersonalização” em uma relação, somada à condição de fragilidade advinda ao estado de sofrimento, incorreria na obstrução da autonomia, do discernimento, frente ao outro sujeito, esse sim monopolizador de poder em função de sua legitimidade técnico-científica. Nesse sentido, o paciente encontrar-se-ia à mercê, subordinado à ação do médico, visto não possuir discernimento, conhecimento e, conseqüentemente, autonomia para decidir e intervir sobre sua condição de adoecimento e tratamento.

Autores, como Clavreul (1983), identificam já na medicina grega a origem das bases da relação médico-paciente tal como a conhecemos hoje. Vêm na tradição hipocrático-galênica, por exemplo, a raiz da compreensão do paciente como subordinado, como desprovido de autonomia, como incapaz de discernimento acerca de suas condições

de adoecimento, enfim como mero objeto passivo da intervenção médica. Estariam aí os pressupostos para o estabelecimento da relação autoritária, porque desigual, do médico em relação ao paciente com todos os seus desdobramentos.

Pensamos, e vimos expondo-o ao longo dessa tese, que essa idéia de certa continuidade entre a medicina grega e a medicina contemporânea, em que pese todas suas possibilidades, apresenta-se, em geral, como limitante para a compreensão de muitas contradições pelas quais passa a medicina contemporânea, entre elas a questão da relação entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

O problema principal dessa interpretação linear da medicina é sua *anistoricidade*, ou seja, a possibilidade de se interpretar como estanque, naturalizada, uma relação entre sujeitos historicamente determinados. Dito de outro modo: sendo outras as relações sociais, conseqüentemente outros os sujeitos em relação, poderia ser a mesma, a medicina? Pensamos que não.

Exemplo de que essa relação passa por transformações históricas importantes é o fato de que, anteriormente ao advento da medicina tecnológica, praticamente inexistia a crítica à “desumanização” da relação médico-paciente. Deslandes (2006) ao realizar um rico inventário da discussão da humanização em saúde demonstra como esse marco inicial dos estudos críticos da relação médico-paciente se dá com a sociologia médica americana na década de 70.

A partir da década de 80 a crítica às transformações da relação médico-paciente, principalmente ao seu caráter progressivamente “impessoal”, já se encontra mais difundida e assiste-se à ampliação da dimensão de tais elaborações com a incorporação de temáticas advindas da área de gestão em saúde – como as pesquisas de satisfação dos usuários – e até

do próprio corpo “mais interno” da prática médica, irradiando-se por áreas como a bioética e a educação médica.

Some-se a essa tendência o movimento de constituição da crítica histórico-social à medicina, à organização social da prática e profissão médicas e à medicalização social, capitaneada por autores europeus e norte-americanos (Freidson, 1970; Pollac, 1971; Conti, 1972; Illich, 1975; Rosen, 1979; Foucault, 1994; Boltanski, 2004) e sua influência sobre a produção latino-americana e brasileira nesse período (Donnangelo, 1975; 1976; Arouca, 1975; Nogueira, 1977; Costa, 1979; Mendes-Gonçalves, 1979; Garcia, 1989; Schraiber, 1989; Nunes, 1998; Luz, 2004)

Será a partir dessas últimas influências que movimentos, inicialmente mais restritos, de crítica à “impessoalização” e “desumanização” da relação médico-paciente, advindos das décadas de 1970 e 1980, paulatinamente superam a esfera estritamente interpessoal e irrompem em um movimento teórico mais amplo internamente ao campo da saúde coletiva, no caso do Brasil, que passa a tematizar questões como a humanização/desumanização das práticas e serviços de saúde tendo como referenciais, por exemplo, a *integralidade* da atenção e do *cuidado* em saúde. É sob essa ótica que a partir de fins da década de 90 e início dos anos 2000 tem se tornado tema cada vez mais freqüente nas elaborações acerca das práticas em saúde a discussão da chamada humanização/desumanização nos serviços de saúde (Caprara; Franco, 1999; Puccini; Cecílio, 2004; Deslandes, 2004; 2005a; 2005b; 2006; Benevides; Passos, 2005a; 2005b; Ayres, 2006). Abordando esse processo de forma mais complexa e ampliada, essa tendência tem se caracterizado por analisar uma série de aspectos inter-relacionados que conformam os processos ou fenômenos “desumanizadores” no interior das práticas e serviços de saúde. Entre esses aspectos, os principais e mais freqüentemente abordados podem ser relacionados entre os seguintes temas:

- A mudança do caráter da relação trabalhador-usuário dos serviços de saúde que se apresenta cada vez mais “desumano”, “instrumental”; nessa temática encontram-se as discussões acerca do papel historicamente “desumanizador” da biomedicina e da clínica, da importância da constituição de processos assistenciais centrados no cuidado, na reconstrução de inter-subjetividades, na reflexão acerca dos valores ético-morais hegemônicos nas práticas de saúde;

- As questões relativas à gestão dos serviços de saúde, nas quais se discutem como a conformação de diferentes sistemas, arranjos e práticas organizacionais, ao determinarem formas diversas de acesso dos sujeitos aos serviços de saúde, possibilitam a conformação de diferentes graus de desigualdade na assistência, de precarização dos serviços etc., exercendo grande influência sobre a humanização/desumanização das práticas de saúde;

- As questões relativas à qualidade e “resolutividade” dos serviços de saúde, entre as quais se encontram as elaborações acerca da fragmentação da assistência, da busca da integralidade na atenção à saúde e da constituição do cuidado como modo privilegiado de conformação da assistência.

Nosso trabalho constitui-se influenciado por essa corrente de pensamento que busca compreender os processos denominados como desumanizadores na assistência à saúde como multi-determinados e interdependentes, o que exige necessariamente sua abordagem tendo por referência essa ampla e complexa ordem de determinações.

## 8.2 A Relação Saúde e Sociedade e sua Dimensão Humanizadora-Alienadora

No capítulo 4 discutimos como a dialética humanização-alienação tem permeado o desenvolvimento da humanidade até os dias atuais e o quanto sua apreensão pode ser frutífera para a compreensão de questões bastante pungentes na sociedade contemporânea. Como uma dessas questões, ao menos para o campo da saúde coletiva, é a crítica à crescente desumanização das práticas de saúde é a ela que procuraremos inquirir com base nesse arcabouço teórico-epistemológico durante as próximas linhas. Antes, porém de retornarmos ao nosso cenário “interno” das práticas de saúde, cabe realizar, ainda que sucintamente, um pequeno “inventário” dessa questão no plano “mais geral” da saúde-doença ao nível das relações sociais.

O elemento-síntese ao redor do qual se estrutura a teoria da relação humanização-alienação, como vimos, é a constatação da contradição existente entre o desenvolvimento do gênero humano e aquele expresso ao nível dos indivíduos e coletividades concretas. Por um lado, a humanidade, ao longo de sua história, vem se desenvolvendo no sentido de aprofundar sua capacidade de conhecimento e intervenção sobre a natureza, os homens e o mundo. Ainda que tal desenvolvimento venha se dando em determinados sentidos sempre passíveis de questionamentos, das mais diversas naturezas, é inegável que tal “caminhar” vem garantindo a constituição de um gênero humano infinitamente mais rico e complexo em relação àquele presente no início de sua “caminhada”.

Tal processo contínuo de acúmulo histórico consolidado ao nível humano-genérico, por outro lado, não traz como seu constituinte intrínseco a garantia da apropriação de tal riqueza e complexidade ao nível dos indivíduos e coletividades concretas que, contraditoriamente, são quem de fato impelem continuamente tal dinâmica social. Podem

constituir-se, e de fato constituem-se, “abismos” de profundidades diversas, entre o grau de desenvolvimento do gênero humano e aquele expresso nos diferentes indivíduos e coletividades componentes da totalidade social em determinado período histórico (Heller, 2004). As formas, apresentações, profundidades e heterogeneidades desses abismos tendem a ser determinadas, em última instância, pelas relações sociais hegemônicas em determinados períodos históricos e formações sociais concretamente existentes. Diversos elementos podem ser “recortados” da realidade social como caminho metodológico para a apreensão e compreensão das diferentes conformações e graus desses “abismos”. Não foi esse o caminho aqui adotado. Nosso recurso a tal temática – a dos “abismos” sociais entre gênero humano e indivíduos/coletivos concretos<sup>1</sup> – não se constituiu em *fim*, mas teve a função de *meio* para o processo de compreensão de nossa temática específica: as transformações pelas quais tem passado o trabalho médico e em saúde, cuja caracterização tem se reunido sob a denominação de *desumanização das práticas de saúde*.

A relação entre *processo saúde-doença e sociedade* configura-se, a nosso ver, como um dos campos mais férteis de manifestação/constituição da dialética humanização-alienação. Se nesse seu “caminhar” de produção de objetivações genéricas acerca da natureza, dos homens e do mundo a humanidade produz acúmulos crescentes, convertendo-se, tais processos, em saltos, com rupturas, negações e conservações, uma dessas áreas de acúmulo refere-se à capacidade crescente de compreensão e intervenção sobre os processos geradores de sofrimento dos indivíduos e coletividades. Tal “caminhar” cumulativo pode

---

<sup>1</sup> Cabe ressaltar o fato de que essa possibilidade dos ‘abismos’ radicaliza-se neste plano em que situamos nosso estudo: o dos indivíduos, singularmente abordados. Nesse plano de cada qual, o abismo também se situa entre autoperceber-se como humano genérico (parte de todo o gênero) ou como estritamente um; ademais, o que é a visão mais corrente, um individual antinômico ao social, de que decorreria ver a liberdade (teleologia) apenas relacionada a este estrito ‘um’ (o individual) e as imposições (causalidade) de coletivo relacionadas estritamente ao social, como se não houvesse liberdade dada pelo social e imposições pelo indivíduo. A percepção dessas polaridades como fixas e atribuídas uma ao social e outra ao individual é produto e produtora do mencionado abismo.

ser expresso, por exemplo, na comparação entre os tempos remotos dos primeiros pajés, com seus saberes e instrumentos mágicos de intervenção, e o período histórico atual, no qual os profissionais de saúde utilizam-se do arsenal científico-tecnológico da biomedicina, principalmente, como meio para a apreensão e intervenção sobre o sofrimento humano.

Uma afirmação, como essa acima, evidentemente não poderia passar incólume no meio acadêmico atual, e sua utilização expressa evidentemente uma localização teórico-epistemológica de seu autor. Em tempos em que a idéia de *progresso* encontra-se sob fortes questionamentos não somente no plano acadêmico-científico, como também no ético-político, tal discussão não deixaria de encerrar polêmicas importantes, visto que assumir tal posição significa também reconhecer, em uma dimensão, a existência de um processo de *desenvolvimento complexificador* e, em certos aspectos, *enriquecedor* da humanidade. Tal afirmação não pode evidentemente se abster de expressar um conteúdo explicitamente valorativo.

Veja-se bem. Não negamos, como discutido em capítulo anterior, a adequação histórica entre as diversas práticas de saúde e as formações sociais que as contém, isto é, reconhecemos que as práticas de saúde conformam-se como respostas possíveis e, em certa medida, adequadas a necessidades socialmente, e não naturalmente, geradas. Sendo assim, as práticas dos pajés das sociedades primitivas, ou dos físicos da idade média, por exemplo, (cor)respondiam às necessidades concretas postas pelas relações sociais de seu tempo, ou seja, lhes instrumentalizavam no agir adequado àquela realidade específica, contribuindo para sua reprodução. As idéias de *adequação* e (cor)*respondência* devem ser tomadas aqui tendo sempre como referência a dialética entre *necessidades humanas* e *processos de trabalho* atendedores das mesmas. Como as necessidades não permanecem *ad eternum* as mesmas, tanto em sua dimensão quantitativa quanto qualitativa, também não o permanecem

os processos produtivos, sendo ambos, ao contrário, impelidos a uma dinâmica progressivamente ampliadora e complexificadora, dinâmica que não somente conserva, como rompe, superando estados instituídos. Tal idéia, portanto, de adequação entre práticas de saúde e sociedades das quais emergem não pode servir, a nosso ver, como justificativa para “igualar” no plano humano-genérico os graus de riqueza e complexidade das objetivações humanas – práticas, saberes, relações sociais – em diferentes períodos históricos. Afirmar a gênese da febre através da ira dos deuses ou através dos pressupostos da teoria microbiológica não produz respostas igualmente válidas no plano humano-genérico, ainda que possam sê-las quando analisadas isoladamente com relação a cada formação social específica. Tal afirmação, evidentemente, não expressa necessariamente nossa concordância, no plano ético-político, com as condições em que tais objetivações foram construídas, nem tampouco com todas suas conseqüências, ainda que possa se “concordar” com várias delas. De fato, não se trataria, portanto, aqui, de “concordâncias” ou “discordâncias” em relação aos conteúdos das objetivações humanas ao longo seu desenvolvimento, senão na evidenciação do caráter progressivamente ampliador e complexificador desse processo. Embora tal posicionamento encerre, portanto, um evidente conteúdo valorativo, deve-se enfatizar sempre suas determinações objetivas, materiais mesmo.

O desenvolvimento na humanidade, como sabemos, encerra inúmeras características, porém não se encontra dentre elas a harmonia como dinâmica sua constituidora. Pelo contrário, é a tensão permanente o dínamo desse movimento ininterrupto que hegemoniza, em determinados momentos históricos, certas relações sociais, e depois as supera por outras. No campo da epistemologia, autores mais críticos, como Kuhn (1989), por exemplo, demonstram como a consolidação histórica de

determinadas explicações e correntes de pensamento é resultado, menos de acúmulo harmonioso expresso em consensos, e mais de vitórias temporárias em disputas bastante acirradas entre os diferentes projetos teóricos. Pois bem, o fato, portanto, de nos dias atuais incorrerem maior legitimidade a determinados saberes e práticas sociais, do que a outras deve-se ao fato delas terem vencido tais disputas e, portanto, se mostrarem atualmente “mais adequadas” que todas as anteriores. Não é, evidentemente, nos “bancos acadêmicos” que tais “adequações” se expressam, mas no plano das práticas sociais e da vida cotidiana, ou seja, na sua capacidade de instrumentalizar intervenções correspondentes às necessidades sociais existentes. É, em última instância, a dialética entre produção de necessidades e processos atendedores das mesmas o cerne desse movimento.

Estas observações devem ser conectadas àquelas feitas a respeito da repetição do ciclo do processo de trabalho: às alterações então apontadas como resultantes da repetição do ciclo, acrescente-se agora as que decorrem de pensá-lo como organizado em uma rede de onde emergem, de um lado, a reprodução do homem através do consumo dos resultados do processo, e de outro, a ampliação do conjunto de forças naturais dominadas, através do consumo produtivo de instrumentos e objetos do trabalho. A conservação, neste último caso, dos resultados de certos processos em outros processos, constitui a matriz daquela ampliação, que por sua vez desdobra as possibilidades de re-produção do homem também ampliadamente. Não estão mais apenas abertas as portas da história: o homem terá adentrado por elas de forma definitiva.

Esta última afirmação **deve** ser tomada em seu pleno sentido valorativo. A história não aparece aí como cenário cambiante onde o homem vem a ser, mas como esse próprio vir a ser: domínio progressivamente maior das forças naturais e enriquecimento do homem, diferenciado em suas necessidades. O fato de este não ser um processo naturalmente natural, regido não somente pela causalidade, mas de ser um processo humanamente natural, regido também pela teleologia, traduz em sua não-inevitabilidade, em sua obstaculização potencial, em sua reversibilidade possível, mas não nega o caráter de valor positivo objetivo que **deve** ser atribuído a tudo que favorece, assim como **deve** ser atribuído o caráter de anti-valor objetivo a tudo que impeça ou possa impedi-lo. (Mendes-Gonçalves, 1992:13-14, grifos do autor)

Parte das críticas à idéia de *progresso*, com as quais concordamos, deve-se à anistoricidade que tal conceito contém, ou seja, o advogar da possível existência de uma harmoniosa “cruzada civilizadora” e engrandecedora da humanidade ao longo do tempo.

Por pensarmos que esse movimento contém tanto elementos que complexificam e enriquecem o gênero humano, quanto elementos que podem produzir o seu contrário ao nível dos indivíduos e coletivos concretos é que fazemos a opção teórico-epistemológica de operar com a categoria *desenvolvimento*. Os “trilhos” sobre os quais tal processo tem se dado tem sido o da dialética humanização-alienação, compreendendo a humanização dos homens e do mundo como esse processo ao qual Lukács (1981a) caracterizou como o *afastamento da barreira natural*, ou seja, o socializar do homem e do mundo e, ao mesmo tempo, a *antropomorfização* da natureza.

Voltando à nossa temática específica, pensamos que o processo saúde-doença, portanto, suas determinações, constituem um campo bastante fértil de manifestação de dialética humanização-alienação. As elaborações que provavelmente mais demonstram essa afirmação podem ser vistas sob a temática envolvente dos diferentes modelos da teoria da *Determinação Social do Processo Saúde-Doença*.<sup>2</sup> Já é tema bastante estudado na Saúde Coletiva como a inserção social dos diferentes indivíduos e coletividades determinam suas condições de sofrimento e suas possibilidades de abordá-lo (Laurell, Noriega, 1989; Possas, 1989; Samaja, 2000; Arouca, 2003; Almeida-Filho, 2004; Breilh, 2006). O que tal discussão constata, em outros termos, é como são diversas as possibilidades de acesso pelos diferentes indivíduos e coletividades ao acúmulo produzido historicamente pela

---

<sup>2</sup> Fazemos a opção teórico-epistemológica pelo conceito de *Determinação Social do Processo Saúde-Doença* pelo caráter de totalidade, complexidade e hierarquização que imprime a tal abordagem, diferentemente da idéia de *Determinantes Sociais da Saúde* – DSS, utilizada, por exemplo, por Buss (2007), que, muitas vezes apresenta-se como a idéia de uma “somatória de riscos”, entre eles os “sociais”, perspectiva muito utilizada por correntes de matriz ecológico-funcionalista. Vide Breilh (2006).

humanidade, e como tais diferenças produzem condições de saúde e doença correspondentemente também distintas. O processo de humanização, de constituição do humano, se dá ontologicamente, como vimos, através de sua intervenção prática no mundo, processo através do qual imprime marcas à realidade, suas objetivações (Luckács, 1981a; Heller, 2004). Esse humanizar-se dos diferentes indivíduos, além de constituir-se como processo de *objetivação* (*Entäusserung*) – o seu objetivar-se no mundo – constitui-se simultaneamente como processo de *apropriação* de objetivações genéricas, através do qual incorporam em graus diversos o acúmulo expresso no gênero humano. Daí a idéia do *estar sendo*, do constituir-se humano, dos homens no mundo como essencialmente decorrente da relação *objetivação-apropriação*. Tal discussão encerra a idéia de que o gênero expressa-se concretamente como *corpo inorgânico* do homem, conformando-se no atual momento histórico já em grande parte como subordinador do *corpo orgânico* – biológico<sup>3</sup> – no processo de determinação das condições de vida, e saúde, dos indivíduos (Duarte, 1993). Portanto, ao se analisar os perfis de saúde-doença de determinados indivíduos e grupos relacionando-os com suas condições de vida, seus perfis de reprodução social, o que se está fazendo concretamente é o estudo dos graus de humanização-alienação desses indivíduos/coletivos frente às possibilidades humanas em um período histórico específico.

Essa constatação é fundamental no sentido de que permite colocar em questão o caráter das relações sociais hegemônicas, sob as quais vivem os homens, que propiciam a

---

<sup>3</sup> Cabe ressaltar que os fenômenos vitais ‘vida’ e ‘morte’ vividos e significados de modo bem diverso nas distintas épocas históricas, e por elas determinadas, permanecem sempre também sendo “estar vivo” ou não, no plano de nossa natureza biológica. Tal fato, não desprezível, explica o papel de relativo poder, ora maior, ora menor, dos agentes portadores dos saberes esotéricos e aplicadores das práticas concernentes a esses fenômenos em cada sociedade específica. Porém, também aqui a determinação social se faz através do movimento determinante de quais práticas esse campo de competências abrange ou não, ora se estreitando, ora se alargando. Não obstante essa dimensão biológica inerente ao humano e, conseqüentemente, ao processo saúde-doença, o que enfatizamos aqui é o seu progressivo caráter subordinado às determinações sociais com o desenvolvimento progressivo do gênero humano.

existência desses graus de contradição, de “abismos”, entre as possibilidades e as realidades das condições de saúde-doença às quais estão submetidos os diferentes indivíduos e coletividades. Permite questionarmos, por exemplo, o que faz com que, em tempos de tão grande avanço científico-tecnológico no campo do desenvolvimento de alimentos, parte significativa da humanidade ainda encontre-se em situações de tão grande carência alimentar e nutricional? Ou então, por que a tuberculose, cujos conhecimentos diagnósticos e terapêuticos encontram-se por demais desenvolvidos e consolidados, continue sendo a principal “causa” de morte dentre as doenças infecciosas, ceifando milhões de vidas anualmente ao redor do mundo?

A questão se coloca com maior importância quando se constata que as mesmas relações sociais que impulsionam o gênero humano em seu desenvolvimento, o fazem à custa de graus importantes de alienação dos indivíduos particulares. Ou seja, sob relações sociais em que são alienadas de seus produtores e reificadas sob a forma mercadoria, as objetivações humanas têm sua apropriação não regida pelo critério de necessidade dos diferentes indivíduos e coletividades, mas subordinada à dinâmica de acumulação capitalista. Mesmo antes de adentrarmos a esfera assistencial em saúde, portanto, 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. Será como decorrência das diferentes formas de inserção dos indivíduos na esfera da produção e do consumo que se expressarão fundamentalmente seus perfis de saúde-doença nesse modo de produção da vida humana. Como vimos anteriormente, humanização e alienação, também aqui, não são somente opostos, mas opostos permanentemente unidos pelas relações sociais.

Essas relações sociais, todavia, não surgem espontaneamente, sendo, como se sabe, (re)produzidas constantemente pelos sujeitos; aliás, se são *relações* sociais somente podem sê-las entre esses. As formas, portanto, como os homens dispõem de suas objetivações, as formas como produzem e se apropriam de suas condições de existência, são também produtos das relações sociais que estabelecem entre si, ainda que muitas vezes não conscientemente dado o caráter *reificado* e *fetichizado* que estas podem adquirir. Aqui se encontra uma dimensão central do processo de alienação: as relações sociais, assim como as objetivações humanas, podem apresentar-se para seus sujeitos, seus produtores, como *reificadas*, como dotadas de autonomia, constringindo-os muitas vezes em seus “modos de andar a vida”. Assim, os sujeitos passam a se representar como parte de dinâmicas sociais alheias (alienadas), autônomas, sobre as quais não podem intervir e às quais nada podem fazer além de se subordinar em seu viver (Lessa, 1997; Mészáros, 2002; Marx, 2004, 2007). Destarte, a *reificação* das objetivações, e das relações sociais, constitui-se simultaneamente como *descentramento* dos sujeitos. Como parte de um cenário que pareceria surreal, típico de contos de ficção, os homens podem sentir-se subordinados a um mecanismo aparentemente autônomo onde se encontrariam à mercê e controlados por “coisas” às quais deram vida. A própria tradução de determinados “obstáculos” no “andar a vida” dos indivíduos sob a forma de necessidades de saúde pode se apresentar como um processo autônomo e natural, ao qual esses se subordinam.

Diremos, nessas circunstâncias, que no plano do conhecimento subjetivo as necessidades se apresentarão como algo que se coloca “por sobre os indivíduos”, que será visto como sem ter origem nos indivíduos e em seu modo de viver; isto é, quanto à origem não seriam necessidades sociais, embora quanto ao jogo de interesses representariam necessidades “sociais” (boas para “todos”). Essa concepção sobre as 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. O produto desse

processo é uma tal *naturalização* das demandas que elas parecerão *sem história* ou *sem razão social*, e apenas impulso ou propensão de ordem natural-biológica. É o que se chama de reificação (coisificação) das necessidades. (Schraiber; Mendes-Gonçalves, 2000:31)

As formas como as relações sociais intermedeiam a apropriação das objetivações pelos indivíduos singulares tendem a reproduzir, desse modo, tal dinâmica instituída/instituente. Vejamos uma forma concreta, embora não tão explícita, de expressão dessa reificação.

Não pode ser desprezada a evidência de como o atual estágio de desenvolvimento das ciências, tanto das áreas biomédicas como das áreas da saúde coletiva – como a epidemiologia, somente para citar uma das mais diretamente envolvidas – já possibilita uma razoável apreensão dos processos de determinação de várias formas de sofrimento humano. Tal acúmulo do gênero apropriado pelos sujeitos e coletivos singulares poderia instrumentalizá-los a intervirem em seus modos de vida de forma a alterarem significativamente tais condições de sofrimento. Quando, todavia, tal apropriação se dá majoritariamente através de categorias fragmentadoras da totalidade social, como é o caso do *risco*, ainda que se possa aparentemente questionar a naturalização anteriormente citada, sua riqueza explicativa transmuta-se muitas vezes em diretrizes reprodutoras de tais condições (Ayres, 2001a, 2002). Diferentemente da abordagem das determinações sociais dos processos de sofrimento com vista a alterá-los, as diretrizes operatórias daí advindas restringem-se, na maioria das vezes, a “transferirem-nas” para o plano da abordagem individual, processo possibilitado pela fragmentação operada ao nível das teorizações científicas. Conformados desse modo, esses processos de apropriação contribuem de fato para a reprodução da medicalização social que, em síntese, é a principal forma de manutenção da “obscuridade” do protagonismo humano na produção de suas condições de

saúde-doença (Nogueira, 2003; Breilh, 2006). Ao invés, portanto, de os sujeitos intervirem no processo de produção de “riscos” que os fazem sofrer, são os “riscos” que subordinam os indivíduos a se comportar de tais ou quais formas.

Sob essas formas hegemônicas de produção e apropriação de objetivações, longe de se apresentar relacionada à possibilidade de os sujeitos e coletivos disporem conscientemente de suas condições de existência de forma a construírem uma vida mais plena, a saúde apresenta-se restrita na forma de mercadorias de consumo individual a partir das quais se vislumbra a possibilidade de suportar – o que inclui as medidas “preventivas” contra doenças “potencialmente” existentes – as condições de sofrimento “naturalmente” existentes.

No plano político esse movimento expressa-se na transmutação da saúde como direito humano inalienável (humano-genérico) em saúde como “direito de consumo” (portanto, alienável) de determinados bens e serviços. Tal transposição não é privilégio do campo da saúde, mas reflete de fato a tendência à *mercantilização* crescente de todos os aspectos da vida social. Exemplo disso é que na sociedade contemporânea a idéia de cidadão, categoria resgatada e ressignificada com a constituição da sociedade capitalista como forma de afirmar no plano formal uma igualdade entre sujeitos socialmente distintos no plano econômico-social, torna-se progressivamente mais restrita passando a vincular-se quase exclusivamente à idéia de possibilidade de acesso a bens e serviços, em sua maioria de consumo individual. Assim é que o cidadão torna-se de fato um “consumidor consciente” de seus “direitos de consumir”. Evidentemente que a importância da dimensão do acesso aos “consumos” não deve ser menosprezada, representando aspecto fundamental da luta pelos direitos, dada a predominância das objetivações humanas sob a forma

*mercadoria*. Porém, sua restrição a esse plano, a nosso ver, merece ser melhor problematizada.

Quando surge com a revolução francesa a idéia de direitos humanos constitui-se como expressão de um movimento contra-hegemônico dirigido por uma classe social – a burguesia – a quem interessa *revolucionar* as relações sociais. Grande parte desse movimento expressa os anseios de frações de classes menos privilegiadas tanto econômica quanto politicamente em seu interior, como fica evidente no caso das bandeiras da *república social* levantada pelos jacobinos. A partir do século XIX já não são frações da burguesia, agora classe econômica e politicamente dominante, mas do proletariado que tomam para si de forma ainda embrionária a luta por tais objetivos, como pode ser evidenciado nas bandeiras do movimento da *medicina social* francesa (Rosen, 1979; Donnangelo, 1976). Não deve causar surpresa o fato de tais bandeiras terem perdido sua radicalidade com a superação dessas fases revolucionárias e a consolidação da sociedade capitalista. De contra-hegemônica a burguesia torna-se hegemônica e várias de suas expressões no plano político e científico, de questionadoras do *status quo*, tornam-se adequadas a esse, e suas reprodutoras. Em parte, é esse movimento, por exemplo, o realizado pela constituição da epidemiologia moderna em contraposição a suas correntes antecessoras de caráter mais emancipatório (Mendes-Gonçalves, 1994; Ayres, 2002).

A concepção moderna de *cidadania* envolve tanto o aspecto do acesso ao consumo como o acesso a benefícios, esses últimos mais compreendidos como direitos. Porém, o que se assiste contemporaneamente é muitas vezes a redução da idéia de *direitos-benefícios* do plano político ao plano do consumo, na maioria das vezes de caráter individual, acompanhando essa tendência mais ampla de esvaziamento de seu conteúdo politizador e propiciador de uma dinâmica que coloque o protagonismo dos sujeitos e coletivos como

necessário e responsável pela transformação de suas condições de existência. Ademais, nada mais adequado a essa sociabilidade do que a luta por direitos cuja conquista muitas vezes implica contraditoriamente a ampliação das taxas de acumulação de determinados setores do capital, processo a partir do qual as necessidades de determinada classe social podem ser assumidas como necessidades de *toda* a sociedade, sendo caracterizadas então como “necessidades sociais”.

Nos relatos obtidos no trabalho de campo pudemos perceber como essa compreensão da cidadania como restrita à dimensão do acesso ao consumo é hegemônica tanto entre os médicos quanto entre os usuários, e o quanto tal processo é expressão da subordinação da assistência à saúde também à dinâmica mercantilizadora predominante em outras esferas da vida social.

De todas essas necessidades necessárias referidas à saúde, aquela que mais coerentemente compõe com as “necessidades sociais” é a do consumo de serviços de assistência à doença – serviços médicos em sentido amplo. Já se discutiu como isto se dá pela redução da saúde ao resultado de atos de consumo individual, e embora historicamente essa redução tenha privilegiado a doença como objeto de trabalho, com o que a saúde ficou necessariamente definida como negação, e portanto subordinada à definição de doença, na última década a própria saúde aparece pseudo-positivamente como o resultado também do consumo daquilo que parece negar a doença: dietas especiais, exercícios, alimentos sucedâneos de alimentos “perigosos”, remédios protetores, etc. em todos os casos, não se trata apenas de uma redução ao consumo, o que é da lógica do modo de produção, mas de uma redução ao indivíduo, que faz com que, ao ser a necessidade necessária máxima de cada e todo indivíduo a posse do equivalente universal de todos os consumos, o dinheiro, a própria individualidade seja re-produzida quotidianamente através de sua redução a infinitos atos de consumo. (Mendes-Gonçalves, 1992,47-48)

Isso, se por um lado, pode colaborar para a democratização crescente do acesso aos serviços de saúde por uma massa crescente da população, por outro lado, restringe a luta pela melhoria das condições de saúde ao plano individual e assistencial, desvinculando-a de projetos e práticas coletivas que coloquem em questão a transformação das condições de

vida e vislumbrem a saúde como expressão de modos de vida mais ricos e plenos de sentido.

Diferentemente do que se poderia pensar, a produção de bens e serviços na esfera estatal não se encontra imune a tal dinâmica visto que:

Assim como o mercado, o Estado – e a democracia representativa – introduz uma polarização entre produtor e usuário, já que, ao tornar-se cidadão, este se assume, como conseqüência, como governado e como consumidor de bens políticos e sociais.

Também quanto a isso se verifica o recurso ao intermediário: onde havia o vínculo comunitário interpõe-se uma classe de nomeados que, por meio da profissionalização e burocratização, tornam-se responsáveis por transpor o fosso entre governados e governantes, por meio da produção de serviços. Dessa forma, toda uma rede de vínculos é esvaziada, com a introdução do estranho no trabalho social e sua conseqüente despersonalização. Tal aspecto é muito acentuado pela tendência à profissionalização e à especialização da relação, que resulta em convertê-la apenas numa prestação, devida, de serviços – num mecanismo “asséptico” de “solidariedade delegada”. (Guizardi; Pinheiro, 2004:42)

Essa mercantilização permanentemente ampliada da vida social, incluindo-se aí as condições de saúde-doença, exercerá, assim, um papel decisivo no interior das práticas de saúde, às quais nos deteremos a seguir.

### **8.3 O Desenvolvimento da Dialética Humanização-Alienação no interior do Trabalho em Saúde: algumas reflexões para o esboço de um quadro conceitual**

Uma vez localizada, ainda que rapidamente, a relação entre o desenvolvimento da dialética humanização-alienação no plano “mais geral” da sociedade e as raízes da determinação social da saúde-doença, voltamo-nos para nosso cenário de análise – os processos de trabalho em saúde, privilegiadamente o trabalho médico – para aqui

evidenciar como essa dinâmica se desenvolve e quais suas implicações para os movimentos de humanização/desumanização das práticas de saúde.

Ao abordarmos o desenvolvimento dessa dialética no plano singular do trabalho em saúde na contemporaneidade, faz-se necessário nos determos à análise do papel desempenhado por seus agentes – privilegiadamente os médicos, em nosso caso – e nas relações que estabelecem com os diversos componentes do processo de trabalho.

### 8.3.1 Sujeitos, Objetos e Objetualizações...

Como grande parte das críticas à desumanização da medicina e do trabalho em saúde refere-se ao caráter progressivamente *objetualizante* conferido ao paciente ou usuário das práticas de saúde, começemos nossa análise por esse aspecto, por si só bastante rico em polêmicas.

Como prática social na forma de trabalho, a medicina deve, como sabemos, atender às necessidades sociais que a geraram, ou seja, deve instrumentalizar os agentes de trabalho a resolverem dado carecimento humano socialmente constituído. A forma de atender esse carecimento é intervir sobre dada realidade a fim de transformá-la, sendo que no caso do trabalho médico essa realidade refere-se à condição de sofrimento significada por cada indivíduo e que a biomedicina historicamente traduz na forma de alterações do corpo anatomofisiológico.

Como em qualquer prática social na forma de trabalho, para se intervir sobre dada realidade essa deve apresentar-se para o agente como *objetiva*, ou seja, como condição externa ao mesmo, passível de apreensão e manipulação. Nesse processo, a realidade sobre a qual se intervém é *objetualizada* pelo agente de trabalho, ou seja, é apreendida na forma

de um elemento selecionado dentre a totalidade social sobre o qual se planeja uma intervenção modificadora (Possas, 1981; Vázquez, 1986; Arouca, 2003; Abrantes, Martins, 2007). Algo externo passa a ser objeto de intervenção de um sujeito, processo através do qual sua *subjetividade* se objetivará/exteriorizará em novos elementos que anteriormente à intervenção não compunham esse aspecto selecionado da realidade. Como vimos fazendo ao longo desse trabalho, cabe desmistificar qualquer ilusão positivista de independência entre sujeito e objeto tão cara aos ideólogos da “neutralidade das ciências” com suas propostas de rigor metodológico “purificador” do real. *Sujeito e objeto* conformam, para nós, uma bipolaridade marcada por uma unidade tensa e contraditória, de determinação recíproca e de unidade indissociável. Não simplesmente como consequência do raciocínio tautológico de que sem objeto não existe sujeito e vice-versa. Mas principalmente porque a apreensão teleologicamente guiada de um aspecto da realidade na forma de objeto contém, em si mesma, uma influência do sujeito sobre essa realidade a partir de suas condições subjetivas, valorativas. Reciprocamente o “simples” definir o objeto (para si) tem repercussões sobre o sujeito que define, fazendo-o reavaliar, transformar sua posição original. Essa dialética somente se aprofunda com o desencadear do processo de intervenção e, apesar de o objetivo inicial ser a transformação do objeto pelo sujeito, este tampouco escapa “impune” a tal movimento. A ação do objeto sobre o sujeito transforma-o a cada novo momento do ato operatório, colocando em ação um “novo” sujeito, que por sua vez apreenderá um “novo” objeto, dando concretude à riqueza permanentemente (re)produzida, e somente possível, com a *práxis*. Sujeito e objeto entendidos, portanto, em constantes transformações, jamais permeados por estados imutáveis ou fixos. O quadro ganha ainda mais complexidade quando lembramos que esse sujeito que opera não pode jamais ser considerado um “mero indivíduo” isolado. Ao operar, ele coloca em movimento

forças acumuladas pela história do gênero humano, ou seja, o extravasar de sua subjetividade nesse processo contém, na individualidade, *genericidade* em movimento permanentemente complexificador, assim como o objeto também se encontra presente como produto histórico-social independentemente de sua natureza particular. Além disso, o espaço da práxis social, embora permeado por ações individuais, é essencialmente conformador de processos coletivos, ou seja, os processos operatórios no trabalho dificilmente conformam-se isoladamente sendo que a sua socialização coloca para os sujeitos a necessidade de interações permanentes entre diferentes agentes, interações essas conformadoras de valores, projetos, consensos, conflitos, enfim conformadoras de subjetividades também em permanente movimento (Lukács, 1976; Lowy, 1987). Como podemos ver, essa compreensão da relação *sujeito-objeto* no interior da práxis e dos processos de trabalho extrapola em muito as análises que a vêem como permeada somente pelo aspecto técnico-operatório ou instrumental.

Entendemos, portanto, essa dialética sujeito-objeto como a forma como cada indivíduo imprime sua marca humana, sua subjetividade, no mundo e, ao mesmo tempo, recebe a influência desse mundo sobre seu ser. Isso porque, além de tomar os diferentes aspectos do mundo como objetos, torná-los passíveis de sua apreensão e transformação, os indivíduos também se objetivam/exteriorizam no mundo (Leontiev, 1978; Duarte, 1993). A realidade social apresenta-se, assim, como vimos, como um espaço permanente de *apropriação e objetivação* pelos diferentes sujeitos, sendo que esse objetivar-se encontra-se presente em qualquer aspecto da práxis social, seja nos processos produtores de “bens materiais”<sup>4</sup>, seja nos processos relacionais, culturais, simbólicos, intersubjetivos.

---

<sup>4</sup> Sempre ressalvando que, segundo esse campo teórico que nos guia, os processos produtores de “bens materiais” sempre são também permeados por aspectos relacionais, culturais, intersubjetivos.

Cabe aqui uma importante ressalva relativa à crítica freqüente ao “restritivo” caráter técnico-instrumental entendido como subjacente à relação sujeito-objeto. Faz-se necessário sempre diferenciar, a nosso ver, os processos existentes no real, das teorias que buscam compreendê-los e normatizá-los. A idéia bastante propagada pelo racionalismo moderno da separação entre razão e emoção, entre subjetividade e objetividade, entre sujeito e objeto, idéia que alcança sua sistematização máxima nas correntes positivistas, é uma forma de interpretação que busca guiar determinadas formas de intervenção sobre a realidade. Muitas elaborações críticas ao negarem essa doutrina como forma-guia de intervenções acabam por aceitá-la como explicação da realidade. Ou seja, aceitam como pressuposto que a relação sujeito-objeto é essencialmente “rígida”, “restrita”, “instrumentalizadora”, “não dialética”, etc. e que é preciso transformá-la ou mesmo negá-la. Acreditamos que uma coisa é o que os homens fazem no mundo, outra coisa é a forma como eles interpretam esse seu “fazer”, e, embora ambos apresentem uma estreita inter-relação, não se constituem necessariamente como reflexo um do outro. Queremos dizer com isso que, embora se constituam movimentos de “normatização” da práxis humana sob esses princípios “instrumentalizadores”, na realidade, de fato, tal processo não pode ser reduzido a tal condição de “esterilidade” subjetiva, valorativa e ético-política propagadas. Isso não significa, veja-se bem, que negamos a existência de relações sociais hegemônicas das diversas formas de práxis humana no sentido acima criticado. Porém, essa não pode ser considerada uma condição essencial, ontológica, da intervenção humana no mundo, senão uma sua apresentação histórico-social específica que, não obstante sua possível predominância, sempre encontra resistências próprias das contradições do movimento do real e da ontologia da práxis humana.

Pois bem, voltando a uma forma particular da práxis, o trabalho em saúde, a questão que se coloca é: sendo já tão complexa e rica tal dialética quando estudamos, por exemplo, um processo de trabalho produtor de “bens materiais”, onde o sujeito interage com um objeto natural, inanimado, que podemos pensar de tal complexidade quando o objeto em questão é outro sujeito, também portador de valores, subjetividade, projetos, ou seja, é também partícipe da práxis?

Como processo de trabalho, entretanto, abstraindo sua dimensão nula de produção de valor e restringindo o raciocínio a sua dimensão de produção de resultados que correspondem a necessidades, como interação do homem com objetividades que discrimina e transforma, com vistas à re-produção de suas necessidades, os processos de trabalho em saúde e educação não se diferenciam dos outros, a não ser por suas especificidades.

A essas especificidades, cabe bem apreciá-las: se o objeto desses processos de trabalho é o ‘homem’, será com a condição de que seja apreendido em sua objetividade, e essa inclui, como momento necessário, a subjetividade. O termo ‘subjetividade’ não é utilizado aqui para referir-se a nenhum pântano tenebroso de mistérios, trancado nas profundezas do ser e inacessível ao pensamento e à ação, mas às relações, mediadas por desejos, afetos, paixões, repulsas, ódio, normatividade e trabalho, que cada homem estabelece com a totalidade em que vem a ser, e com suas partes, incluindo ele próprio, e que fazem dele um sujeito. Tal como se afirmou anteriormente que os objetos naturais se objetualizam por referência a sujeitos que os discriminam, diz-se agora que os sujeitos se constituem como tais apenas em sua relação com objetos: ambos se constituem mutuamente no mesmo movimento. À subjetividade humana assim compreendida é então possível atribuir-lhe naturalidade, e compreender que, enquanto natureza humana, em vez de algo constituído para sempre em seu momento de “criação”, é algo que está em permanente vir a ser, é algo imediatamente sócio-histórico em sua própria individualidade. Esta característica objetiva do ‘homem’, a de ser naturalmente subjetivo, desdobra-se também em sua capacidade de ser normativo em relação à natureza e a si mesmo, em seu vir a ser, e apreendida como objeto de trabalho permite discriminar os processos de trabalhos em saúde, e mesmo compreender sua redução, de que se tratará adiante, a processos de trabalho referidos à doença. (Mendes-Gonçalves, 1992:27-28)

Com a constituição da medicina moderna – a biomedicina – o método guia desenvolvido para a apreensão e intervenção sobre o objeto do trabalho médico foi, como vimos, a moderna clínica, sendo que a partir dela será essa prática social objeto de várias críticas em função de seu caráter “objetualizador” e “despersonalizador” dos sujeitos

(Clauvrel, 1983; Martins, 2003). A relação entre dois sujeitos, segundo essa crítica, apresentar-se-ia como uma relação entre um sujeito e um objeto, o que contribuiria para o seu caráter profundamente “autoritário” e “antidemocrático”, dado que “coisificador” do paciente.

Um primeiro aspecto que precisamos ressaltar é o fato de a *clínica*, como tecnologia predominante de intervenção médica, não negar, ao contrário do que muitos pensam, a existência de outro sujeito na relação entre médico e paciente. Pelo contrário, a *clínica* consiste fundamentalmente na tecnologia desenvolvida pela racionalidade médica moderna para instrumentalizar o médico na manipulação e intervenção sobre o sujeito social que o procura no papel de doente (Foucault, 1994). O que ocorre então, continuando, parece ser menos a negação da existência de outro sujeito na relação com o médico, do que uma sua forma particular de manipulação<sup>5</sup>, de forma a descaracterizá-lo, para efeitos técnicos e ideológicos, como sujeito social. O que o agente médico faz, como sabemos, é *objetualizar* o outro não como um objeto-sujeito social, mas na forma de um objeto não social, ou seja, na forma de um corpo orgânico natural, anatomofisiológico.

Não surpreende essa constatação, visto que os pressupostos teóricos com os quais trabalhamos entendem que a grande revolução da racionalidade médica moderna consiste justamente nessa sua capacidade de tradução de um fenômeno social – o sofrimento humano – na forma de lesão anatomofisiológica (Donnangelo, 1975; Schraiber, 1989; Mendes-Gonçalves, 1994).

Grande parte da eficiência da medicina como prática social advém do sucesso em realizar tal movimento de tradução do social em biológico, naturalizando e reproduzindo

---

<sup>5</sup> Entenda-se sempre o termo “manipular” aqui utilizado no sentido de “operar sobre”, próprio da terminologia do campo da teoria do trabalho, descartando-se qualquer entendimento maniqueísta nesse termo.

concretamente esse projeto ético-político, elemento que contribui para que autores como Schraiber (2008) venham a caracterizá-la como *técnica moral dependente*.

Como vimos, também anteriormente, esse movimento de transformação, ainda que somente no plano ideal-operatório, do social em biológico tem como um de seus resultados a ocultação do caráter social, portanto valorativo e ético-político, dos projetos de intervenção, da tecnologia utilizada, e dos próprios pressupostos científicos que a guiam. É a expressão, ao nível das ciências e práticas de saúde, do projeto ideológico da racionalidade científica moderna de propor uma compreensão e intervenção objetiva e neutra sobre um aspecto da realidade social (Ayres, 2002; Luz, 2004).

Pois bem, o que vemos é que a medicina, como todas as demais práticas sociais, não consegue fugir às determinações pelas relações sociais sob as quais surge e se desenvolve e, principalmente, às quais deve responder. A moderna cientifização das práticas sociais e dos processos produtivos, além de propiciar uma ampliação em grau jamais visto do poder de intervenção humana sobre a realidade natural e social, também colabora para ocultar os valores e projetos ético-políticos conformadores dos mesmos. A esse processo corresponde a dimensão ideológica da ciência moderna, ou seja, a sua dimensão “ocultadora” do caráter ético-político determinante das práticas sociais, inclusive as científicas e tecnológicas (Habermas, 1987; Lowy, 1987). Aliás, esse aspecto é fundamental para a compreensão das contradições e conflitos relativos à medicina e aos sujeitos com ela envolvidos.

Destarte, é componente intrínseco à medicina o projeto de ousar compreender e intervir sobre os sujeitos sociais através do movimento de objetualizá-los como objetos naturais, corpos anatomofisiológicos. Ao compreender o sujeito à sua frente restrito ao corpo anatomofisiológico, a medicina está buscando isolar (uma tentativa vã, convenhamos) justamente seu componente social, expresso, por exemplo, na consciência,

na racionalidade, nas emoções, em síntese, na subjetividade desse sujeito. Isolando isso, restaria a corporeidade orgânica anatomofisiológica, o que igualaria os diferentes sujeitos concretos seguindo as diretrizes homogeneizantes das elaborações científicas. Da medicina como *ciência* para a medicina como *prática interventora*, ou seja, para o plano do trabalho, porém, há uma razoável distância.

Nesse plano, deve-se, acima de tudo, compreender as categorizações biológicas como mediações, instrumentos utilizados pelos médicos para intervir sobre o sofrimento humano. Obviamente nenhum médico compreende o ser humano como restrito ao seu aspecto anatomofisiológico. O que ele faz é intervir sobre dado aspecto da realidade social – o sofrimento – guiado por esse arcabouço, visto que isso tem se mostrado historicamente eficiente para atenuar diferentes formas de sofrimento, em que pese o valor das críticas de natureza acadêmica. Grande parte dessa eficiência deveu-se ao desenvolvimento de modos operatórios que compatibilizam os parâmetros universais das ciências biomédicas com as particularidades de cada caso concreto. É a *clínica*, aqui não somente como arcabouço epistemológico identificado com a biomedicina anatomofisiológica, mas também como modelo de ação que mescla *ciência* e *saber prático* em ato (Freidson, 1970; Mendes-Gonçalves, 1979; Shraiber, 1993). São as características ímpares desse modo operatório que propiciam, após a tradução do social em biológico, realizada no momento diagnóstico, o movimento de retorno, ou seja, a adaptação posterior do universal expresso nas diretrizes científico-biológicas às particularidades sociais de cada sujeito vivente, no momento terapêutico.

Esse construto operatório foi tão bem sucedido historicamente que, embora os médicos, em razão da racionalidade que os guiam, se conformassem, desde o nascimento da medicina moderna, como alienados em relação à determinação social de seu objeto e de sua

prática, tal condição não prejudicava, de forma tão importante, a eficiência e a legitimidade de suas atuações, o que o atesta a legitimidade social alcançada pela medicina no último século, legitimidade em grau provavelmente jamais visto pelas práticas de saúde em outros momentos da história humana. Alienação em relação ao *social* não significava, assim, incapacidade em habilmente manipulá-lo.

As transformações sociais e suas repercussões sobre o trabalho médico a partir da segunda metade do século XX até os dias atuais, como vimos, entretanto, não têm sido pequenas.

Podemos visualizar algumas de suas conseqüências no aprofundamento de processos alienantes expressos, por exemplo, na apropriação e manipulação do objeto de trabalho pelo médico agora de forma cada vez mais *estranhada*. Esse *estranhamento* ocorrerá como conseqüência de transformações às quais serão impelidos tanto objeto quanto agente de trabalho.

No caso do objeto, como discutimos anteriormente, podem-se evidenciar transformações de caráter aparentemente, e só aparentemente, contraditório. Se o movimento realizado pela biomedicina é de *restrição* progressiva dos múltiplos aspectos do sofrimento humano à dimensão biológica, localizando-as ao nível da corporeidade orgânica, sua conseqüência é uma *ampliação* sem precedentes, ao longo do século XX e início do XXI, da gama de elementos compreendidos como pertencentes às “necessidades de saúde”, processo que se realiza através da inclusão crescente de inúmeras dimensões da vida social sob a polaridade saúde-doença (Illich, 1975; Nogueira, 2003; Clarke et al., 2005). Restrição e ampliação, portanto, conformam o processo de medicalização social contemporâneo como importante motor das transformações do trabalho médico.

A esse movimento some-se o processo de *cientifização* e *padronização racionalizadora* sob o qual passam a se conformar predominantemente os processos produtivos ao longo dos dois últimos séculos e que não deixam impunes os processos de trabalho em saúde, principalmente a partir do século XX.

O que essas tendências manifestarão no plano concreto das práticas de saúde é a contradição entre, por um lado, a dimensão científico-biologizante progressivamente hegemonizar o aspecto operatório da atividade, subordinando a dimensão de saber prático, e, por outro, a ampliação e complexificação das demandas postas como necessidades de saúde exigirem a ampliação da capacidade dos agentes em operar a apreensão e tradução do social em organicidade anatomofisiológica e seu movimento inverso, mormente no caso de problemas complexos para os quais, muitas vezes, as explicações biomédicas ainda não são satisfatórias. Ou seja, ao mesmo tempo em que existe uma tendência progressiva de diminuição do espaço da subjetividade do agente em ato, em privilégio da homogeneização científico-tecnológica, desenvolve-se como *necessidade técnica* no plano das práticas concretas a carência por uma ampliação da dimensão reflexivo-subjetiva do trabalho. Veja-se, por exemplo, os conflitos cotidianos vividos pelos médicos na abordagem das condições “crônicas” de sofrimento, objeto de análise por nós no capítulo cinco, além do crescimento progressivo das demandas de caráter mais “psicossocial” postas para o trabalho em saúde (Luz, 2004; Lacerda, Valla, 2004)

A *alienação* crescente do médico em relação ao seu objeto não é consequência, portanto, apenas das transformações próprias deste, mas também daquele. Condições concretas como aquelas advindas do aprofundamento da divisão técnica do trabalho, que restringe o objeto concreto de cada especialista a um fragmento cada vez menor da totalidade representada pelo sujeito que sofre, e do processo de organização do trabalho,

com as fragmentações várias na assistência, além da restrição “racionalizadora” progressiva do momento clínico, tanto em tempo quanto em qualidade da atenção, fazem com que o médico torne-se de fato cada vez menos capaz de abordar as condições de sofrimento de forma mais integral, de forma a manipular o social manifesto no paciente-usuário conferindo-lhe significação ao nível do projeto terapêutico.

Ao comentarem alguns efeitos da institucionalização do trabalho em tempos de medicina tecnológica, Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000:40) ressaltam:

A essa impessoalidade, contudo, não correspondeu um processo capaz de manter o conhecimento das condições de vida na abordagem do caso, o que poderia abrir portas para dar um caráter mais humano às relações institucionais. Ao contrário, a coletivização tem sido utilizada pelo seu lado mais tecnocrático, reforçando a desigualdade assistencial e servindo a uma espécie de esvaziamento do ato clínico. Como já mencionado, em termos do método de abordagem dos doentes, a coletivização tem de fato significado simplificações técnicas no pior sentido, pois o mecanicismo da rotinização incide igualmente no que há de mais singular do ato clínico: a propedêutica.

É assim que o médico progressivamente “afasta-se”, também no plano operatório, do *social* que outrora já lhe era alheio (alienado) no plano epistemológico. Ocorre, assim, de fato, uma *superação* da clínica, como modo operatório, no plano concreto do trabalho, manifestação dessa subordinação do saber prático pela dimensão científico-padronizadora da prática.

Esse cenário resume-se na evidência de que quanto mais se amplia e complexifica o objeto da prática médica, mais se restringe o objeto de cada agente concreto, e mais se homogeneízam, simplificam e “rotinizam” suas atuações, ainda que tais atuações tornem-se progressivamente mais científicas, além de crescentemente complexas se tomado por referência o trabalhador coletivo. Vê-se aqui uma expressão singular da contradição gênero-indivíduo manifesta na dialética humanização-alienação: a complexidade e riqueza

expressas no trabalhador médico coletivo, e em seu objeto, são erigidas, e caminham de “mãos dadas”, com o empobrecimento dos agentes individuais.

Essa, a nosso ver, é a raiz principal do aprofundamento da *alienação* do médico, agora não somente em relação ao seu objeto, mas também em relação às formas de manipulá-lo, sendo que tal fenômeno passa a ter implicações cada vez mais profundas e constitui elemento de crises e tensões importantes no cotidiano.

Os médicos estão, pois, alienados de partes também componentes e mesmo determinantes de suas práticas, ao desqualificarem o conhecimento do social e o reconhecimento de sua existência material enquanto componente imediato e consubstancial com a técnica. Ficam por consequência, impossibilitados de se apropriarem do social e incluí-lo na concepção do projeto de ação: perdem eles a possibilidade de um controle *consciente* sobre o modo pelo qual aquele social vem a compor a prática técnica, ao menos do ângulo da tomada de um social não reduzido ou transformado, tal como ocorre. É esta alienação que, a nosso ver, impede que os médicos operem de fato, e não apenas discursivamente (como intenção jamais concretizada) uma *autonomia técnica*; com o que reestruturariam a relação médico-paciente em uma relação mais igual, com a presença mais efetiva do doente no processo decisório que antecede a operação do trabalho (Schraiber, 1993:174)

Como a alienação “caminha” unida indissociavelmente à humanização, cabe sempre ressaltar, por outro lado, os avanços fantásticos advindos do processo de racionalização e padronização ao qual é impelida a biomedicina e o trabalho em saúde, expressão particular do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho humano a graus cada vez mais ampliados. Há áreas mesmo em que esse processo de padronização e mesmo “simplificação” do trabalho, através da objetivação, seja através de equipamentos, seja através da racionalização de condutas na forma de protocolos, por exemplo, possibilitou o estabelecimento de graus de “resolutividade” jamais passíveis de serem alcançados com a

prática realizada artesanal e individualizadamente<sup>6</sup>. A tendência crescente a demandas exigentes por um agir mais complexo e reflexivo por parte dos agentes<sup>7</sup> não anula, portanto, os ganhos em termos de capacidade de intervenção humana sobre condições de sofrimento advindos do desenvolvimento científico-tecnológico do trabalho em saúde, ganhos que, a nosso ver, devem ser identificados ao processo mais amplo de humanização das práticas de saúde.

Outro fator que colabora para a constituição da *alienação* do médico em relação ao seu objeto, é o fato de esse novo restrito-ampliado objeto do trabalho médico, e do trabalho em saúde, também se transformar, como vimos, no plano em que simultaneamente torna-se formalmente sujeito de uma relação. Da postura passiva e subordinada à consciência de cidadão-consumidor, esse objeto-sujeito do trabalho médico já não se apresenta como tão facilmente passível de manipulação autoritária e seu papel de “questionador” coloca em cena novas implicações para as quais os médicos muitas vezes não estão tão preparados, embora já estejam se adaptando, o que colabora para a ampliação daquele estranhamento anteriormente citado.

A crítica histórica à “objetualização” realizada pela biomedicina sobre os sujeitos demandadores das práticas de saúde, agora acrescida das transformações às quais são impelidos os processos de trabalho em saúde na contemporaneidade, faz com alguns autores entendam a necessidade de constituição dessas práticas na forma do *cuidado* como inconciliável com a idéia de *intervenção*, entendida como “despersonalizadora” e “desumanizante” (Guizardi, Pinheiro, 2004). Pensamos que negar o caráter de *intervenção*

---

<sup>6</sup> Veja-se o caso dos protocolos para atendimentos de urgências/emergências, como o trauma, por exemplo, onde a rotinização propicia a consecução de práticas em frações de tempo curtas o suficiente para, em muitos casos, “salvar” vidas que em processos de trabalho mais artesanais, ou menos rotinizados, poderiam ser “perdidas”.

<sup>7</sup> Discutimos essa tendência de conformação de novas necessidades de saúde na contemporaneidade e suas implicações sobre a organização das práticas no capítulo cinco.

das práticas de saúde, ainda que se possa negar essa sua apresentação semântica, equivale a negar o próprio caráter dessas como trabalho social. Não é aí, a nosso ver, que se localizam as raízes dos processos desumanizantes nas práticas de saúde, senão nas relações sociais que engendram, no interior de uma prática social de caráter relacional, como é o trabalho em saúde, o antagonismo entre *trabalho e interação*, entre *objetividade e subjetividade*, entre *técnico-ciências e sujeitos*. Negar uma de suas polaridades não resolve a contradição, dado que as práticas de saúde constituem-se necessariamente também como formas de intervenção voltadas a fins, como ação dos sujeitos sobre um aspecto da realidade que se propõem transformar, e, simultânea e implicadamente, como *interação* intersubjetiva entre dois (ou mais) sujeitos.

### 8.3.2 Meios, Fins e Condições de Trabalho: alguns “transtornos” e “insubordinações”

A discussão da relação entre agente e objeto de trabalho traz à tona necessariamente a questão do papel desempenhado pelos intermediários nesse encontro. O que pudemos perceber ao longo da pesquisa é que, além de estabelecer relações progressivamente alienadas em relação ao seu objeto de trabalho, as relações do médico com seus meios de trabalho também se encontram cada vez mais permeadas por formas embrionárias de alienação. Como pudemos discutir em momento anterior, o aprofundamento do desenvolvimento científico-tecnológico sob as atuais relações sociais hegemônicas coloca em movimento uma dinâmica ao mesmo tempo *reificadora* dos meios de trabalho e *descentradora* dos sujeitos. Esboça-se um cenário onde os sujeitos centrais do processo de trabalho parecem ser os instrumentos, aos quais se subordinam em maior ou menor grau os agentes. O movimento de tecnificação da medicina em grande parte expressa esse

movimento em que 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. Tal subordinação se expressa na constituição de condutas muitas vezes “mecanizadas”, pouco críticas, condizentes com as formas de organização dos processos produtivos centradas na heteronomia e no racionalismo produtivista de inspiração mercantil (Merhy, 1997, 2000; Campos 2003).

Além das transformações ao nível da organização dos processos de trabalho, como as constrictões à autonomia técnica tendo por substrato as apresentações tecnológicas e gerenciais, um fator determinante para o tensionamento do papel central do médico no interior da prática deve ser buscado na progressiva perda de capacidade técnica de controle sobre as produções científico-tecnológicas, em razão de sua dinâmica auto-expansiva cada vez mais “externa” ao mundo dos médicos praticantes (Camargo Júnior, 2003). O recurso à especialização progressiva torna-se uma das saídas por propiciar um cenário de atuação onde a necessidade de produções tecnológicas a serem conhecidas, e potencialmente controladas, é menor, o que, por sua vez, tende a aumentar a alienação do médico em relação ao seu objeto como ser social e integral. Outra saída é apoiar-se definitivamente nos diversos protocolos e rotinas, como porto mais seguro em meio a tanto movimento incontrolável, e aí o risco iminente é a perda de referência em relação à particularidade do caso concreto. Assim, além do risco de alienação em relação aos meios de trabalho, ronda mais uma vez os médicos o risco permanente de aprofundamento da alienação em relação ao seu objeto de trabalho.

Longe de se constituir como processo harmonioso e unidirecional o que se evidencia aqui, nos planos operatórios concretos, é uma luta permanente pela hegemonia no controle do processo produtivo entre trabalho vivo e trabalho morto (Merhy, 1997). Se

existem vários relatos demonstrando realidades em que a “mecanização” parece consolidar-se, também não são pequenas as evidências de que os agentes reagem em tentativas constantes de reconquistar seu protagonismo, sendo que a raiz de tal reação encontra-se na peculiaridade do trabalho em saúde que impede a subsunção completa do seu agente em função da complexidade de seu objeto. As subordinações aqui, portanto, embora se consolidem, o fazem sempre de forma tensionada e provisória. Cabe ressaltar que tal tensão entre agente e meios de trabalho, o estranhamento entre o homem e seu instrumento (uma sua criação), é expressão, no plano das aparências, de um movimento mais profundo: a “luta” entre sujeitos e relações sociais hegemônicas constituidoras de dinâmicas alienantes e hostis. Essa é de fato a contradição de fundo: os sujeitos versus relações sociais por eles construídas que, uma vez hegemônicas, parecem ganhar autonomia e se voltam contra seus produtores buscando subordiná-los, descentrando-os da posição de sujeitos no mundo. É fundamental ressaltar, entretanto, que:

O potencial alienador inerente aos instrumentos e instituições da interação entre os homens pode ser controlado, desde que estes sejam reconhecidos *como* instrumentos e conscientemente referidos a *finalidades humanas*. E é este o ponto em que podemos identificar o que está realmente em jogo, e de que maneira está envolvida a alienação sócio-historicamente específica, capitalista. Pois não é da natureza “ontológica” dos instrumentos em si que eles “escapem ao controle” e se transformem, de *meios*, que são, em *fins*. Não é a mediação de primeira ordem, ontologicamente fundamental, entre homem e a natureza que está em jogo (ou seja, não é o fato de que os seres humanos tenham de produzir para sobreviver, e de que nenhuma produção seja concebível sem algum tipo de instrumento), mas a *forma capitalista de mediações de segunda ordem*. Os instrumentos humanos não são incontroláveis sob o capitalismo por serem *instrumentos* (é uma mistificação vulgar dizer que eles representam uma “altérité insurmontable” porque são distintos da “autoconsciência humana”, “La conscience de soi humaine”), mas porque eles são os instrumentos – mediações de segunda ordem específicas, reificadas – do *capitalismo*. Enquanto tais, eles não podem funcionar, a não ser de forma “reificada”; isto é, *controlando* o homem em lugar de serem controlados por ele. Não é, portanto, a característica *universal* de serem instrumentos que está envolvida diretamente na alienação, mas sua especificidade de serem instrumentos de um certo tipo. É, na realidade, uma *diferentia specifica* dos instrumentos capitalistas o fato de representarem uma “altérité insurmontable” para a “conscience de soi humaine”, a qual é incapaz de controlá-los. Precisamente por

serem mediações capitalistas de segunda ordem – o caráter fetichista da mercadoria, troca e dinheiro; trabalho assalariado; competição antagônica; contradições internas mediadas pelo Estado burguês; o mercado; a reificação da cultura etc. – é inerente à sua “essência” enquanto “mecanismo de controle” que eles devam escapar ao controle humano (Mészáros, 2006:227-228)

A possibilidade de conformação de relações alienadas do médico em relação ao seu objeto e aos seus instrumentos de trabalho, conforma um ambiente onde o próprio objetivo do trabalho pode constituir-se permanentemente sob suspeição, senão vejamos: a alienação em relação ao seu objeto, o sujeito que sofre, e suas necessidades, e a possibilidade de tensionamento do agir reflexivo em privilégio da centralidade adquirida pelos instrumentos, não poderá estabelecer contradições entre o dever ser, o *telos*, da atividade médica para paciente-usuário e para o médico?

Essa discussão, acerca da finalidade do trabalho em saúde, pode conter, a nosso ver, alguns exemplos de contradições potenciais entre os planos da ciência e do trabalho. O fato de, na contemporaneidade, os processos produtivos tenderem a ser hegemonicamente conformados sob os conceitos e diretrizes das diversas ciências existentes, faz com que os parâmetros de eficiência técnica constituam-se, cada vez mais, como parâmetros de eficiência tecnológica, ou seja, como parâmetros derivados de elaborações científicas acerca de quais resultados determinados processos de trabalho devem atingir. Evidentemente, a ciência como objetivação humana elaborada a partir de necessidades sociais deve responder a essas sob pena de perda de sua legitimidade como direcionadora dos processos produtivos. No entanto, como vimos, os fatores conformadores das necessidades sociais às quais os processos produtivos devem responder são inúmeros e, muitas vezes, contraditórios (Mészáros, 2002, 2006).

Um fator não desprezível influenciador da conformação das necessidades sociais em saúde refere-se à dinâmica de acumulação do capital internamente aos processos assistenciais em saúde. A acumulação do capital, como sabemos, baseia-se na produção e extração de *mais-valor* através da conformação dos processos trabalho sob a dinâmica de produção e circulação de mercadorias (Merhy, 2000; Vianna, 2002). Assim, o atendimento a demandas outras, como as inúmeras formas de carecimentos humanos, podem tornar-se secundárias, meios e não fins dos processos produtivos. No caso do trabalho em saúde essa dinâmica pode levar, muitas vezes, ao conflito entre o atendimento aos carecimentos humanos e o atendimento às necessidades do capital. Esse processo, sempre é importante que se diga, jamais pode se apresentar de forma explícita, visto que a estrutura própria da forma *mercadoria* envolve a convivência tensa e permanente entre *valor de uso* e *valor de troca*, ou seja, entre atendimento às necessidades e a valorização do valor. Caso as práticas em saúde não fossem reconhecidas como “atendedoras” de carecimentos, elas deixariam de ser consumidas, o que conseqüentemente interromperia o ciclo de acumulação. Essa relação tensa entre valor de uso (finalidade útil) e valor de troca (acumulação) não é, todavia, harmônica; o que geralmente acontece é que o pólo centrado na acumulação subordina seu oposto fazendo com que os processos de trabalho sejam cada vez mais voltados para esse fim. Isso pode fazer com que os processos de trabalho progressivamente percam seu “lastro” com os carecimentos humanos originais diminuindo sua capacidade de atender a tais demandas. A forma de não tornar explícita tal contradição, o que prejudicaria o processo de acumulação, é a reprodução ideológica da idéia de que *determinada* forma de se operar as práticas é a mais eficiente para atender aos carecimentos. Podemos ver essa contradição expressando-se nas diversas práticas cotidianas no trabalho em saúde que não raramente são movidas mais para o atendimento às demandas do complexo médico-

industrial e das empresas prestadoras de serviços de saúde do que para a resolução das demandas dos usuários (Merhy, 2000; Vianna, 2002). São vários os relatos dos médicos acerca de tal processo, alguns deles com reflexões críticas, como puderam ser verificados em capítulo anterior.

Outro fator importante que exerce influência significativa sobre a conformação das necessidades e das práticas em saúde é o distanciamento que o “mundo da ciência” pode adquirir em relação ao “mundo da vida”. Utilizamos as aspas com o objetivo evidente de dar um sentido figurado a essas duas expressões, visto que não concebemos a existência do campo científico autônomo em relação à totalidade social da qual faz parte. Não obstante essa impossibilidade de autonomia, cabe ressaltar a possibilidade de distanciamento entre os objetivos originais (que deveriam ser) motivadores das práticas científicas, ou seja, os carecimentos humanos mobilizadores dos processos produtivos, e seus resultados.

O conhecimento científico, como é produzido através de processos progressivos cada vez mais profundos de abstrações teóricas, inevitavelmente afasta-se em maior ou menor grau das diversas realidades concretas às quais se refere, sob pena de não conseguir fugir às particularidades, para produzir apreensões dos aspectos gerais, universais, dos fenômenos, seu objetivo último (Kosic, 2002). A questão é que, ao atingirem graus cada vez mais elevados de abstrações teóricas, as ciências e seus produtores podem não raramente distanciar-se dos carecimentos humanos que lhes impulsionaram, sendo que o processo de retorno, ou seja, de aplicação da produção científica na forma de tecnologias pode se dar de maneira relativamente contraditória com esses últimos. Isso porque o processo de sucessivas abstrações ao segmentar o objeto do conhecimento, “depurá-lo” de outras determinações importantes presentes no plano da concretude, faz com que a apreensão, ainda que aprofundada, de aspectos isolados possa não ser suficiente para

instrumentalizar práticas capazes de atender a carecimentos tão complexos e multideterminados como são, por exemplo, os relativos ao sofrimento humano. Assim, muitas vezes embora se possa estar atendendo ao carecimento em sua forma instrumentalizada pela ciência o mesmo não se pode dizer em relação aos carecimentos em sua forma concreta que movem cada sujeito particular aos serviços de saúde. É o que Ayres (2001b, 2006) denominou como o processo pelo qual as práticas de saúde podem privilegiar a busca do *êxito técnico* em detrimento do *sucesso prático*. Desse modo, a idéia de *êxito técnico* trabalhada pelo autor refere-se, por exemplo, à restrição das práticas de saúde à busca incessante pela manutenção das regularidades anatomofisiológicas quantificadas pelos padrões estatísticos de referência para normalidade. A idéia de *sucesso prático*, por sua vez, refere-se mais à capacidade das práticas de saúde em satisfazer os carecimentos cotidianamente trazidos pelos usuários aos serviços de saúde, carecimentos esses muitas vezes não apreensíveis segundo os vários métodos quantitativos e fragmentadores oriundos das ciências duras. A medicina liberal ao apreender em parte tal contradição a expressou, na linguagem dos antigos clínicos, na idéia da diferença entre o “médico que trata os exames e o médico que trata o paciente”.

Além disso, como resultado do aprofundamento da divisão social do trabalho, a produção da ciência também se conforma internamente como um processo produtivo próprio, com uma dinâmica interna composta por agentes, meios e objetos de trabalho. Como processo produtivo em si, a produção das ciências também visa à produção de objetivações na forma de produtos, produtos esses que, embora se tornem meios para os processos produtivos posteriores – como o trabalho em saúde – aqui exercem o papel de fim. Isso também pode contribuir para certo distanciamento das produções científicas do plano das necessidades práticas cotidianas, o que pode fazer com que sua eficácia em

instrumentalizar práticas capazes de intervir sobre as diversas formas de carecimento humano seja diminuída. Vários autores ressaltam como a construção e a reificação de algumas categorias científicas – o *risco* pela epidemiologia, por exemplo – podem restringir a capacidade de intervenção sobre os processos concretos de adoecimento (Ayres, 1993, 1994; Czeresnia, 2004; Almeida-Filho, 2007; Coutinho, 2007). Veja-se bem, tal constatação não significa que o *risco*, como categorização científica, não possa propiciar uma melhor apreensão de aspectos de determinado fenômeno patológico. Mas entre sua aplicabilidade no plano do conhecimento e sua aplicação prática no plano concreto do trabalho há uma razoável distância que somente pode ser superada a partir da sua integração/subordinação a modelos operatórios “reconstrutores” do real como síntese complexa de múltiplas determinações. Já no plano da ciência, melhor seria dizer de *algumas* ciências, tal “reconstrução” não se faria tão necessária.

Operando, assim, dentro dos limites de premissas *objetivas* – carregadas de *valores* –, que são categórica e incontestavelmente impostas pelo quadro estrutural da própria divisão social do trabalho dominante, a ciência fragmentada e dividida é direcionada para tarefas e problemas *reificados* produzindo resultados e soluções *reificados*. Como resultado, a ciência torna-se, não apenas *de fato*, mas *por necessidade* – em virtude de sua constituição objetiva sob as relações sociais dadas –, *ignorante e despreocupada* quanto às conseqüências sociais de sua profunda intervenção prática no processo de reprodução social expandida. E visto que a ciência, em sua operação “normal”, e por sua constituição, é separada da luta social que decide seus valores tacitamente assumidos, a aceitação acrítica da *ausência de mediações* da prática cotidiana fragmentada da ciência gera e mantém viva a ilusão, amplamente difundida, de suas “autodeterminações não-ideológicas” e de sua “desvinculação” em relação aos valores. (Mészáros, 2004:270)

Um risco iminente, no plano da prática, é o agente de trabalho criar um projeto de intervenção tendo como referência estrita o êxito técnico, como se ele se traduzisse automaticamente em sucesso prático, isto é, como se a busca “frenética” pelo controle dos parâmetros quantificados de normalidade anatomofisiológica automaticamente significasse

o alívio do sofrimento do usuário. O que ocorre nesse processo é também a constituição de formas *reificadas* dos instrumentos de trabalho – recursos tecnológicos, objetivações científicas –, ou seja, de *meios* eles tendem a transformar-se em *fins* do processo de intervenção. Os meios podem, assim, adquirir frente ao agente de trabalho uma condição de relativa autonomia, processo que pode corroborar para o estabelecimento de relações de alienação do agente em relação a elementos constituintes de sua atividade.

Assim, na prática social efetiva, as relações originais são invertidas e os meios se tornam fins em si mesmos, no próprio curso da realização do fim original, isto é, no curso dessa “instituição auto-instituidora” e da auto-institucionalização. Assim o êxito (a realização de uma tarefa particular) se transforma em derrota, com conseqüências de longo alcance, pois a instrumentalidade institucionalizada predomina sobre as ações dos indivíduos, que se transformam em instrumentos da instrumentalidade (Mészáros, 2006:259)

Destarte, uma questão fundamental para a medicina contemporânea é o papel de centralidade que passam a adquirir os meios de trabalho na relação entre médico e usuário e suas repercussões alienadoras. Pois:

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 da ação. (...)

Como valor em si, o conhecimento científico perde suas referências na realidade social, perde conexões com as intervenções e, sobretudo, com as necessidades de saúde que motivaram as intervenções. Analogamente ao uso do conhecimento na prática do médico, aqui, é a produção de conhecimentos que pode deixar de ser um meio para essa prática. Em outros termos, a prática deixa de ser a razão para se fazer ciência. Nesse caso, os desafios são a atualização do médico nos conhecimentos e nas técnicas mais recentes, ou a incorporação de equipamentos como produto desses conhecimentos, ou o modo de se regular o uso das novidades terapêuticas. Também aqui, perder o controle sobre o que se vai conhecer, como e em que ritmo é perder o senso crítico no interior de sua prática. (Schraiber, 2008:190-191)

Ou seja, o que está em questão é, aqui também, o papel do agente de trabalho em criar teleologicamente um projeto de intervenção, tendo por referência as determinações de seu objeto-sujeito, e, além de executá-lo, controlá-lo, dirigindo-o a fim de obter o produto necessário à satisfação do carecimento do sujeito que o procura.

Essa “compatibilização” entre o atendimento aos carecimentos concretos dos sujeitos, o sucesso prático, e o respeito às diretrizes científicas como normatizadoras da prática, o êxito técnico, somente podem ser realizadas pelo trabalho vivo em ato, ou seja, pela atuação reflexiva e crítica de seu agente. O que se questiona é: podem os médicos contemporâneos, face às transformações às quais foram eles mesmos impulsionados, além de seu objeto, seus meios e suas condições de trabalho, exercer esse papel?

Em grande parte, a alienação contemporânea do médico em relação ao objeto, aos fins e aos instrumentos de trabalho é parte de um movimento mais amplo cujo cerne é a perda progressiva de controle dos processos produtivos pelos próprios produtores. Tal movimento ao contrário de ser privilégio do trabalho médico, ou do trabalho em saúde, como sabemos, constitui-se na realidade como dinâmica predominante dos processos de trabalho sob relações capitalistas. A socialização crescentemente alicerçada na propriedade alienada dos meios de produção, na divisão técnica do trabalho e em práticas heterodeterminadas conduz à subordinação dos sujeitos pelos instrumentos e pelas relações sociais e suas instituições, produzindo o afastamento da possibilidade da concretização da *autoconsciência* e da *omnilateralidade* no plano concreto-particular (Lessa, 1997; Antunes, 2006).

O “abismo” entre gênero e sujeitos particulares mostra-se, assim, de uma profundidade dramática e aparentemente intransponível. Esse “abismo” pode ser apreendido, por exemplo, através da comparação entre a complexificação crescente do

trabalho em saúde e suas repercussões ao nível dos seus sujeitos concretos. O desenvolvimento científico extraordinário ao longo do último século, e suas derivações tecnológicas, tanto através das várias ciências e disciplinas constituintes da biomedicina, quanto com as demais ciências e disciplinas que hoje já se dedicam à produção de saberes e práticas acerca da saúde-doença, como as disciplinas da saúde coletiva, além das ciências humanas, econômicas, políticas, jurídicas etc., todo esse confluir conforma o trabalho em saúde como um conjunto de saberes e práticas sociais das mais ricas e complexas existentes na sociedade contemporânea. Por outro lado, tal complexidade e riqueza confrontam-se com o grau extremo de limitação ao qual estão subordinados os sujeitos concretos operadores das práticas, não somente em razão do aprofundamento da divisão técnica do trabalho, mas principalmente devido à subsunção dos processos de trabalho a dinâmicas crescentemente reificantes. Os processos de sofrimento humano e suas abordagens, identificados cada vez mais, no plano humano-genérico, à idéia de amplitude, complexidade e interdependência, contrastam nos níveis concreto-particulares com processos cujas objetivações em saberes e intervenções mostram-se fragmentadas, restritas e, não raro, alienantes.

A subordinação dos agentes de trabalho pelas unidades produtivas sob tal dinâmica tem como conseqüência não somente as implicações identificadas como “deficiências” no atendimento aos carecimentos dos sujeitos que sofrem, como é o caso das críticas correntes à desumanização da medicina, mas também se estabelece um cenário onde as condições de trabalho, por se configurarem alheias às intencionalidades e sentimentos de seus agentes, podem se mostrar como produtoras de sofrimento também para esses (Lacaz, 2006). Elementos como perda de controle sobre ritmo e intensidade do trabalho, subordinação das condições de trabalho à racionalização de base empresarial – o que não raramente implica

em precarização destas, com conseqüências tanto para pacientes-usuários, quanto para trabalhadores – subordinação dos rendimentos à dinâmica institucional, além das diversas constrictões sobre a autonomia técnica e o agir reflexivo, essa série de fatores conforma com várias especificidades uma singular, porém incontestável, *tendência proletarizadora* sobre a maioria dos médicos.

Embora os médicos, relativamente aos demais trabalhadores da saúde, ainda possuam a prerrogativa de deterem, dentre esses, a mais ampla e aprofundada formação técnico-científica, o que os qualificaria para a garantia da manutenção do controle sobre os processos de trabalho em que estão inseridos, o que se vê na prática é que essa ampla gama de transformações até aqui elencadas colabora cada vez mais para suas inclusões em dinâmicas “automatizadoras” e “mecanizadoras” do seu agir, ainda que contraditoriamente aparentem na maioria das vezes exercerem “o controle” sobre essas.

Diferentemente de outros agentes de trabalho, portanto, os médicos tendem a ter parcialmente expropriado, em graus variáveis, o controle sobre sua atividade menos pela perda do saber técnico, embora essa indubitavelmente ocorra com a especialização progressiva, e mais pelas transformações dos processos produtivos e dos componentes de sua atividade, que constituem uma dinâmica que os impele à adesão, mais ou menos consciente, às tendências instituídas.

Aqui cabem alguns esclarecimentos importantes a fim de evitarmos interpretações equivocadas acerca desses processos. Estamos nos referindo à *heterogeneidade* concernente à “categoria médica”, assim abstratamente tomada, quando transposta para o plano concreto. Essa heterogeneidade envolve tanto a dimensão técnica da prática, quanto a dimensão da inserção produtiva – da relação com os meios e condições de produção – e suas conseqüentes implicações políticas. Quando fazemos referência a essa *tendência*

*proletarizadora* sobre os médicos enfatizamos o movimento histórico hegemônico, consubstancializado na superação da medicina liberal pela medicina tecnológica que, ao assalariar, transforma esses agentes de pequenos produtores isolados (proprietários de seus meios de produção) em trabalhadores expropriados da posse e, em grande parte, do controle dos componentes de sua atividade. Evidentemente esse movimento geral será reproduzido de forma bastante diversa entre os vários indivíduos e espaços particulares. Há médicos, por exemplo, que se manterão como produtores “autônomos”<sup>8</sup>, isto é, exercerão ainda em dias atuais uma prática não assalariada, baseada na livre captação da clientela e na propriedade/posse de seus meios de trabalho. Esses evidentemente são bastante, e cada vez mais, raros, restringindo-se na maioria das vezes àqueles casos considerados como “grandes nomes” da medicina que, não obstante, exercem um papel político-ideológico significativo entre os pares.

Há outro grupo de médicos ainda que, nesse processo de transformações, ao invés de se submeter ao assalariamento, o implementam, ou seja, tornam-se empresários, proprietários de meios de produção – hospitais, clínicas, empresas, laboratórios etc. – e passam a exercer como principal atividade, não a prática médica, mas o empresariamento (e, desnecessário dizer, a exploração) de outros agentes do trabalho em saúde, aí incluídos os demais pares. Se os médicos que se mantiveram como produtores “autônomos” são já bastante raros, os empresários médicos são ainda mais excepcionais<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Como discutido no terceiro capítulo desse trabalho, não entendemos os médicos que trabalham para seguros-saúde, convênios ou planos como “autônomos”, configurando-se de fato nesse caso formas “disfarçadas” de assalariamento. Portanto, referimo-nos, no caso dos ainda “autônomos”, àqueles médicos que ainda exercem a medicina exclusivamente sob a forma comumente conhecida como “particular”, ou seja, desvinculada de qualquer tipo de empresa ou instituição estatal ou filantrópica. Deve-se evidentemente sempre relativizar esse caráter “autônomo” em razão da cooperação obrigatória à qual se subordinam todas as formas de trabalho na sociedade contemporânea, em função do avançado processo de divisão técnica do trabalho.

<sup>9</sup> Aqui também se evidencia ao que tudo indica uma tendência decrescente dessa forma de inserção dos médicos. Com o surgimento da medicina tecnológica parte significativa das primeiras empresas privadas

Não nos detemos nessa pesquisa à análise dessas duas formas de inserção social dos médicos. No primeiro caso, dos produtores “autônomos”, não somente porque sua expressão quantitativa é por demais insignificante e decrescente frente à totalidade da categoria médica e da produção do setor saúde, mas principalmente porque representam uma forma de relação social superada historicamente, cuja permanência representa tão somente o caráter do capitalismo em conviver, subordinando à sua dinâmica, com formas de produção historicamente supressas (Pereira, 1976; Mandel, 1985). O segundo caso, dos empresários médicos, não foi objeto de nossa análise por entendermos sua inserção social principal e predominante não como médicos (trabalhadores), mas como empresários (capitalistas), ainda que alguns possam, rotineira ou esporadicamente, continuar exercendo a prática. É dessa inserção especial que advém sua condição particular na sociedade e mesmo dentre os médicos. Ademais, são esses sujeitos que implementam e dirigem grande parte da ordem de transformações que vimos discutindo e que têm como resultado a consolidação da perda de controle dos agentes de trabalho sobre sua atividade e o desenvolvimento de relações reificadas entre esses e seus instrumentos. Não faria sentido, assim, discutirmos a conformação da alienação entre esses indivíduos... ao menos não a alienação<sup>10</sup> no plano do trabalho.

---

surgidas no setor saúde foi criada por médicos que passavam a assalariar os pares e outros agentes do setor. Entretanto, com o desenvolvimento e consolidação do setor saúde como área privilegiada de acumulação do capital, capitalistas “externos” à medicina passam a se estabelecer e dominar as empresas tanto de prestação de serviços de saúde, quanto aquelas relativas ao complexo médico industrial, restando aos médicos muitas vezes funções executivas e de gerência das empresas. Essas últimas funções já não podem ser identificadas com as de empresário, senão com a de agentes intelectuais (assalariados) do capital em funções de direção nos processos produtivos.

<sup>10</sup> Como discutimos no capítulo IV, há outras formas de alienação para além daquelas *diretamente* relacionadas à inserção dos sujeitos nos processos de trabalho. No caso desses sujeitos em particular, não pertencentes à classe trabalhadora, mas à classe capitalista, há de fato o desenvolvimento de algumas dessas outras formas. Dentre elas vale ressaltar a subordinação muitas vezes também inconsciente ao conjunto das dinâmicas e relações sociais às quais os sujeitos não conseguem exercer controle, ainda que sejam quem as (re)produzem. Nesse caso a reificação se refere a uma (ou “à”) forma de relação social – o capital – que se coloca como entidade autônoma acima dos próprios capitalistas (seus criadores) e os subordina aos seus

Mesmo dentre os médicos submetidos ao processo de assalariamento, aos quais nos detemos nessa tese, cabe ressaltar sua interessante diversidade interna. Há uma parcela que se constitui em posições hierárquicas superiores na estratificação dos diferentes processos produtivos em saúde monopolizando funções várias de gerência. Esses, embora não possam ser conceitual e socialmente identificados como capitalistas do setor saúde, devem de fato, no caso das empresas privadas, serem reconhecidos como personificação do capital no plano concreto dos processos de trabalho. São eles os intelectuais orgânicos do capital responsáveis por dirigir técnica e politicamente as diferentes empresas do setor. Esse extrato (também bastante heterogêneo) é composto tanto por agentes “mais políticos”, como os gerentes propriamente ditos, quanto por agentes “mais técnicos” como os médicos auditores, por exemplo. São muito comuns os casos em que os médicos dividem seu tempo entre essas atividades mais gerenciais e o exercício da prática médica propriamente dita. Isso, aliás, contribui significativamente para a relativamente pequena identificação de seu papel político pelos pares seus subordinados. Em tempo, essas formas de inserção, sempre importante ressaltar, embora permeadas por algumas determinações diferentes, não todas, também se desenvolvem, como sabemos, de maneira importante e crescente no interior da assistência em saúde sob controle estatal (Campos, 1994, 1998).

Já entre os médicos praticantes (e assalariados), ou seja, exclusivamente voltados para atividades assistenciais, há também uma diversidade e hierarquização razoável no que se refere à inserção técnica e às implicações político-ideológicas e financeiras daí advindas. Em função, por exemplo, do grau de acesso às áreas mais lucrativas da assistência,

---

movimentos. Afinal, também os capitalistas não conformam os processos produtivos tendo como principal referência suas vontades e intencionalidades, mas como consequência das determinações objetivas postas pelo metabolismo social. Embora sejam, portanto, aqueles que dirigem e implementem os processos produtivos sob diretrizes capitalistas, não o fazem como querem, mas como podem (Mészáros, 2002).

geralmente aquelas vinculadas a tecnologias sob a forma de equipamentos, constituir-se-ão distintos graus de valoração social e financeira entre esses agentes, conformando-se e manifestando-se possibilidades diversas de exercício de autocontrole no interior dos processos de trabalho.

Para uma parte dos médicos, localizados em áreas menos “elitizadas” tecnológica e financeiramente, tenderão a ser maiores os constrangimentos sobre a autonomia técnica no exercício da prática, contribuindo para o maior *estranhamento* em relação a alguns dos meios de trabalho. Não obstante, muitas vezes serão esses extratos localizados nos “degraus mais baixos” da hierarquia do trabalho médico os que desenvolverão uma relação mais tensionadora do *estranhamento* em relação às determinações sociais de seu objeto e de sua prática, como conseqüência das crises e conflitos mais explícitos que vivenciam.

Um elemento ainda a ser destacado e que se apresenta como uma forma importante de alienação refere-se ao fato de a heterogeneidade interna ao trabalho médico, relativa às diferentes formas de inserção em função da divisão social do trabalho (visto que dentro da “categoria médica” podem se localizar sujeitos de classes sociais distintas e antagônicas), ser negada pelos membros da corporação. Com efeito, o que se (re)produz são falas genéricas sobre a profissão cujo resultado é a ocultação de suas diferenças, não somente tecnológicas, visto que essas são mais facilmente reconhecidas, mas sócio-econômicas e políticas. Embora essas diferenças, que muitas vezes se desdobram inclusive em antagonismos, se traduzam em distintas valorações em termos financeiros, de poder e prestígio social, ainda assim predomina um discurso ideológico, ocultador e reprodutor de tais condições (Schraiber, 1993).

Assim, no caso do trabalho médico, e do trabalho em saúde em geral, o desenvolvimento de processos alienadores deve ser sempre analisado tendo por referência o

caráter peculiar dessa atividade e sua heterogeneidade técnica interna. A particularidade de seu objeto e a tradução do carecimento expresso no sofrimento humano como necessidade social, impelem a conformação de processos de trabalho permeados tecnicamente por práticas com elementos tanto materiais quanto imateriais, além de constituir um cenário com razoável grau de incerteza, exigindo, como já discutido, um agir bastante flexível e reflexivo (Merhy, 1997).

Cabe, desse modo, enfatizar a multiplicidade de formas e os diversos graus de profundidade das relações alienantes existentes no interior do trabalho médico, e do trabalho em saúde, em função das distintas inserções concretas de seus agentes particulares frente a essas peculiaridades operatórias. A depender dessas distintas formas de inserção a alienação se apresentará mais em relação a um aspecto da atividade do que em relação a outro. Para alguns agentes concretos, por exemplo, a alienação em relação aos meios de trabalho se apresentará de forma bastante aprofundada, enquanto para outros prevalecerá o controle consciente e crítico sobre seus instrumentos de trabalho como marca de sua atividade particular. Diferentemente, em outras atividades, em razão do papel que ocupam na divisão técnica do trabalho em saúde, a alienação em relação à complexidade do objeto de trabalho é que será sua marca principal.

A alienação em relação à determinação social do objeto e das práticas de saúde será também mais consolidada para alguns médicos, e menos para outros. Há mesmo áreas em que o *social* irrompe com tal intensidade no interior da prática que o grau de alienação não pode ser tão aprofundado. Já para outros agentes, o social parecerá quase “não existir”, reduzindo-se seu objeto praticamente a uma unidade de células. Veja-se o caso de um médico radiologista que pode produzir seus pareceres (não necessariamente ineficientes) sem conhecer absolutamente “nada” do paciente-usuário como ser social, apesar de poder

exercer uma prática altamente reflexiva no operar cotidiano com os conhecimentos e instrumentos da biomedicina. O mesmo talvez possa ser dito de alguns cirurgiões cujo único contato com o paciente pode se dar muitas vezes no centro cirúrgico, no decorrer do ato operatório e, apesar disso, sua prática cotidiana, apesar da rotinização crescente que também se opera nas áreas cirúrgicas, pode, em alguns momentos, em razão do grau de incerteza que contém, exigir níveis razoáveis de reflexão. Já os médicos clínicos, a depender das áreas e do grau de especialização com que atuam, deparam-se mais ou menos explicitamente com as determinações sociais do seu objeto-sujeito, tendo de incorporá-las em graus também variáveis no interior do ato operatório a fim de garantir que a eficiência técnica possa traduzir-se, em alguma medida, em sucesso prático.

Aliás, aqui cabe sempre a ênfase no fato de que práticas alienadas não se reduzem necessariamente a “práticas ineficientes”. Para isso cabe relembrar a diferenciação entre as dimensões da *objetivação* e da *exteriorização* no interior da práxis (Lukács,1981a). Enquanto a primeira representa o resultado do trabalho no plano instrumental-objetivo, a segunda expressa suas repercussões no plano subjetivo, para os agentes envolvidos, ou seja, expressa como suas atividades – seus fins, resultados, meios, objeto – retroagem sobre suas personalidades. Discutimos anteriormente como em muitas áreas da produção de bens e serviços seus resultados e produtos podem ser bastante eficientes em suprir necessidades sociais apesar de seus produtores estarem subordinados a dinâmicas extremamente alienantes.

No caso do trabalho em saúde tal situação também é possível, ainda que com menor intensidade. Em função da peculiaridade de seu objeto e de seu caráter essencialmente relacional, aqui as implicações da alienação tendem a influenciar mais fortemente a eficiência do trabalho em atender os carecimentos postos como necessidades de saúde.

O que nos parece, portanto, é que a *alienação/estranhamento* no caso do trabalho médico, e em saúde, apresenta duas características, senão suas exclusivas, pelo menos aqui bastante predominantes. Primeiro, o fato acima discutido de sua heterogeneidade de formas e graus de profundidade existente na complexa rede do trabalho coletivo em saúde. E, segundo, sua característica de permanente tensão. Ou seja, ainda que se consolidem de forma aprofundada, as formas de alienação encontram-se sempre sob forte tensão em razão das necessidades técnicas e sociais próprias de um trabalho exigente do agir reflexivo e cujo objeto é, em sua constituição, socialmente determinado, apesar da tentativa freqüente de negação dessa característica pela racionalidade médica. Destarte, as idéias de *profundidade e consolidação* não devem ser tomadas aqui como sinônimos de “estagnação” ou “realização plena de um fim”, senão como estados temporários de um devir permanente aos quais estão sujeitas as práticas sociais. Tomamos emprestado de Schraiber (2008) o termo *cristalização tensionada*, com o qual caracterizou as transformações do trabalho médico contemporâneo, termo que, a nosso ver, pode servir também para ilustrar tal dinâmica da alienação (*Entfremdung*) no trabalho em saúde.

Não obstante todas essas particularidades acima ressaltadas, o trabalho médico apresenta-se, a nosso ver, como fonte importante e crescente de alienação para seus agentes (e usuários) em razão de sua subsunção às dinâmicas até aqui analisadas. Tendo em vista o *movimento hegemônico* de transformações em desenvolvimento no trabalho em saúde, que impacta de formas diversas os distintos agentes concretos, podemos reunir as principais formas da alienação (*Entfremdung*) existentes no trabalho médico, e suas implicações, nas seguintes constatações:

- A alienação em relação ao sujeito demandador do cuidado, seus carecimentos, suas determinações, expressa a alienação não somente em relação a outros homens particulares, mas à própria *genericidade* em seu devir, ao humano-genérico, posto que é isso que os sujeitos expressam, para além de suas particularidades, em suas interações;

- O estranhamento em relação às determinações sociais de seu objeto e suas práticas, por sua vez, expressa a predominância de uma relação alienada com as objetivações humanas, como as relações sociais, que aparecem *reificadas*, fetichizadas, naturalizadas e, conseqüentemente, dotadas de autonomia contra a qual os médicos nada podem fazer além de subordinarem-se, mais ou menos passivamente;

- Podendo relacionar-se de forma alienada com os componentes de seu trabalho – objeto, objetivo e meios – é de sua própria *atividade vital*, sua objetivação (seu objetivar-se) como marca humana no mundo, que o médico se aliena. Assim, ele pode passar a ver sua atividade (o trabalho) como algo externo e *estranho* e não como forma de vínculo com o gênero; sendo assim não se sente afirmado, reconhecido em sua atividade que, ao contrário de proporcionar satisfação, pode lhe proporcionar descontentamento, sofrimento.

Destarte, o trabalho – atividade responsável pela produção social da vida – que deveria tornar-se o elo do indivíduo com o gênero humano pode tornar-se, também para o médico, um meio individual de garantir a sobrevivência particular; ao invés de se reconhecer nos outros homens, e em sua atividade, o médico pode estranhá-los. Considerada desse ângulo subjetivo, a *alienação (Entfremdung)* refere-se à problemática do

não reconhecimento de si – de sua marca humana – nas objetivações humanas, em sua atividade e nos demais homens. (Vázquez,1986).

Citamos abaixo um longo trecho do relato de nosso entrevistado mais velho, no qual aparecem descritas várias características e implicações das transformações do trabalho médico contemporâneo. Cabe ressaltar o caráter interessantemente crítico da reflexão elaborada pelo entrevistado, característica relativamente incomum entre os médicos em geral. Entre reflexões produzidas por “médicos comuns”<sup>11</sup>, portanto, destacamos uma que expressa os mais elevados graus de consciência desses agentes acerca das determinações de suas práticas, graus que de modo algum podem ser generalizados para o conjunto da “profissão”. Escolhemo-la porque, além da riqueza descritiva e reflexiva que contém, constitui-se em uma boa demonstração do quanto o conceito de alienação, como vimos discutindo, não pode ser compreendido como mera “ausência de consciência”.

*Eu acho que a consulta clínica mudou por uma questão de tempo. O médico, hoje, para subsistir, tem que dividir o tempo útil do dia, às vezes, ele passa até para o plantão noturno, vai para o turno da noite, um corre-corre, daqui para lá, para que, com a somatória do que ele ganha no fim do mês, ele possa ter uma vida compatível com o status dele. E isto dificulta a concentração que o médico devia ter com cada paciente. O tempo de consulta tornou-se um problema para o médico. Tem dez doentes para atender lá fora, então, quando chega o cidadão que exige mais de dez minutos de consulta, ele já está preocupado com isso, e tira a concentração dele. Ele sabe que tem gente tossindo na sala de espera, como se o médico fosse um mágico, de chegar, olhar, e “já está”. E é o que estão fazendo. A anamnese está cada vez mais curta, e pior, a gente sabe que toda doença tem uma implicação psicológica, o psiquismo da pessoa está alterado. E, às vezes, é só o psiquismo que está alterado, e tem que estar atento a isso para discernir entre uma coisa e outra. Isso se chama ‘consumo de tempo’.*

*E também depende da índole de cada indivíduo, tem indivíduo que quer ser um técnico só. Ele vai ser cirurgião, ele abre, fecha, fez o trabalho dele, até logo. Como faz o anestesista, que às vezes, nem sabe o nome da pessoa que ele está fazendo dormir. “-Acordou? Até logo. -” Não quero saber se é o João, Manuel, Pedro. - Acordou? Está agora por conta do outro. - Isso é um mal que a modernidade trouxe. Aumento populacional, uma quantidade maior de*

---

<sup>11</sup> Não incluímos nesse conceito de “médicos comuns” aqueles que, embora possam exercer também a “medicina prática”, exercem atividades cujo objeto se refere à reflexão acerca do trabalho e da profissão médica, como pesquisadores, docentes de disciplinas mais “coletivas” da saúde, ou mesmo militantes de organizações sindicais ou corporativas.

*profissionais, carga de trabalho acima do desejado, que contribui para essa acomodação médica.*

*Você tem quinze sujeitos para atender, enquanto você não atender o décimo quinto, você não completou sua obrigação, mas será que você atendeu? Será que você fez uma boa medicina para cada um desses quinze? O negócio é complicado. Se o indivíduo tem uma boa índole, vai fazer uma boa anamnese, um exame detalhado, mas ele gasta tempo, e a pessoa que está lá para ser atendida, não entende. E para isso, você não pode atender quinze indivíduos em um horário de três horas. Então, o médico também é obrigado a fazer o que pode, e não o que deve. Só pode ter essa liberdade no consultório particular, que aí você pode atender o Sr. José por uma hora, pode fazer as coisas bem feitas, mas também tem que cobrar bem essa uma hora. E será que o Sr. José pode pagar? E o Sr. José que não pode pagar, não vai ter esse atendimento? É uma contradição da vida. Nós somos parte desse contexto, e acabamos responsáveis também pelos males que acontecem, involuntários, mas co-participantes de um contexto que se chama sociedade.*

*A sociedade não controla a população, por exemplo. Nós temos cada vez mais clientes, cada vez menos recursos, porque é aquela história da fatia do bolo. Um bolo de um metro de diâmetro, cada fatia, se você tem que dividir por dez, a fatia é grossa. Se tiver que dividir por cem, a fatia já fica mais fina. As sociedades mais estabilizadas, que tem um controle populacional, não têm aquela pressão no médico para você atender. Também não se formam mais profissionais do que o necessário, porque acaba criando um problema social sério. O que o médico em excesso vai fazer? Vai aceitar trabalhar por preços mais baixos, por preços incompatíveis com a vida dele? Isso, no Brasil, está completamente fora de controle. Você passa a ser algoz e, ao mesmo tempo, vítima. Você produz o mal, e é vítima dele. Daqui a pouco, você começa a fazer filosofia.*

*Na medicina suplementar, o médico tem um contrato com um convênio, um credenciamento com plano de saúde, para atender, mas não diz quantos por dia. Você é credenciado do plano, se dez pessoas do plano forem consultar você, teriam que ter o atendimento. O médico tem cinco ou seis convênios, atende cinco ou seis operadoras, se ele for gastar todo o tempo dele para atender os usuários de cooperativas ou de planos de saúde, ele vai ganhar muito menos, vai trabalhar muito e ganhar muito pouco. Então, se o paciente do convênio liga para marcar consulta, a secretária diz que só no mês que vem que tem vaga, que a agenda dele está completa. Mas se quiser uma consulta particular, tem para hoje. Acontece muito isso. Porque aí ele recebe no momento que faz a consulta. Acontece muito e as operadoras não têm como controlar. Dificilmente esses fatos chegam ao conhecimento da operadora, e quando chega, é difícil corrigir essa situação. Você corrige hoje, mas amanhã está se repetindo. Ele aceita trabalhar por um preço baixo, para a operadora, só que se no meio disso aparecer um particular, é claro que ele vai dar prioridade ao particular, porque pega o dinheiro na hora e cobra muito mais.*

*Aquí, nós temos um caso que todo dia aparece. O indivíduo traz um recibo de duzentos reais de uma consulta, e nós devolvemos para ele cinquenta reais. Ele já tomou um prejuízo de cento e cinquenta reais, porque ele consultou um médico que cobrou duzentos reais a consulta, e ele sabe que vai receber só cinquenta reais, mas ele quer aquele médico, que disse para ele que pelo plano de saúde não tinha vaga. É um paradoxo, porque não tinha vaga para o plano de saúde, mas tem tempo para o particular. Isso é, entre aspas, uma das defesas do profissional. O profissional também não pode ter uma 'diferença' em procedimentos, mas ele fala que o convênio paga pouco, que não paga, e cobra uma 'diferença' para fazer o atendimento ou pede para ele comprar material, isso acontece, às vezes. Ele vai fazer uma cirurgia de estômago, que é uma cirurgia trabalhosa, pega uma tabela que paga seiscentos reais. E ele diz: – Olha, eu por menos de três mil reais, não te opero –. Se você quer aquele cirurgião, paga a diferença. Se ele não tiver, vai lá*

*esperar, esperar. Se for de urgência, ele faz, mas mesmo assim, ele é solicitado a pagar a diferença. Porque os preços oferecidos para os médicos são realmente muito baixos, porque as empresas têm que trabalhar com uma base de lucro. Quem disser que o plano não está baseado no lucro, é conversa fiada, se não tiver lucro, não paga funcionário, não compra máquina nova, não substitui o computador por um novo, quer dizer, tem que ter sobra. E também aí entra a semântica da coisa, falar em lucro, em sobra, é um jeito de maquiagem a verdade. Toda atividade tem que gerar lucro, senão, não tem por que existir. Aqui está o primeiro item do nosso regulamento: – O nosso plano não está baseado no lucro, não visa lucro –, mentira! Não gera lucro, mas gera sobra. Se não tiver, você não consegue cumprir a tua obrigação, equilíbrio financeiro.*

*Agora, a consulta particular, hoje em dia, está diminuindo muito, porque a condição econômica da população... veja pelo salário mínimo que se paga. Um indivíduo que ganha dois ou três salários mínimos por mês, conforme o número de dependentes que ele tenha, não sobra para pagar uma consulta particular. Às vezes, não sobra nem para ter um plano de saúde. Setenta por cento, ou mais, da população brasileira, não tem plano de saúde. É dependente do SUS, o sistema gratuito de saúde. Não deveria chamar 'Sistema Único', porque não é único, é sistema gratuito de saúde. E assim mesmo, não é gratuito, porque todos nós pagamos impostos. Nada é gratuito, nem o governo dá coisa nenhuma! Nós pagamos o SUS, o que consumimos. Seja coisa material, seja o consumo médico, advogado, psicólogo, tudo é pago.*

*Voltando à questão do atendimento, percebo que os médicos não estão lidando com o psiquismo do paciente. Essa que é a tristeza, porque qualquer doença diagnosticada como doença... hoje em dia, uma alteração do comportamento já é uma doença social, é uma doença, produz uma doença. Tanto os estados de stress, dependendo das condições de vida, podem gerar doença, doença séria. Hipertensão, por exemplo, é muito comum você ver crises hipertensivas em função do estado estressante das condições em que o indivíduo vive. Pode ser um stress crônico, permanente, se as condições não mudam, ou um stress agudo, mas o stress, ou seja, as condições psicológicas da vida do indivíduo podem gerar doença. E muitas das vezes, você não diagnostica uma doença, você diagnostica o estado emocional que simula uma doença, simula sintomas de doença, fraqueza, indisposição, desatenção, até chegar à incapacidade laborativa. Um estado emocional, agudo ou crônico, que leva até a um estado de incapacidade para cuidar da vida como um todo. E você analisa a anatomia do cidadão, ele está bem, não existe uma doença, mas nós não somos seres puramente anatômicos, nós temos uma coisa chamada pensamento, que é o dono das nossas emoções, e isso gera conflito emocional, que pode simular a doença, pode agravar a doença. Pode produzir ou agravar a doença. Agora, toda doença gera um estado psicológico alterado, toda doença. E o médico tem que ser aquele que vai diagnosticar e curar a doença, mas para a cura da doença, ele tem que intervir também no estado emocional que ela gera. Para isso, precisa tempo, conhecimento e vontade de saber atender como um todo, e não simplesmente como um técnico. A relação médico-paciente teria que ser bem diferente. E se o profissional vê que ele não pode fazer tudo sozinho, ele pega o auxílio de outros profissionais para a cura, mas tem que ver o indivíduo como um todo, e não como uma parte. Aí começam as dificuldades, do próprio indivíduo, do médico entender isso. Porque não pode se contentar em dizer: – Você está com a doença tal, eu vou operar você, e está pronta a minha parte, até logo –. Não é assim. O próprio nascer, hoje em dia, é um problema. O médico, por falta de tempo, de ter que esperar um parto se desenvolver normalmente, um trabalho de parto às vezes leva dois dias, mas com quinze minutos de cesariana você resolve uma situação que pode se prolongar por dois ou três dias, com possíveis distócias do parto. Daí o exagero da cesariana. A Organização Mundial da Saúde recomenda um máximo de quinze por cento de cesarianas, que são aquelas necessárias para evitar distócias ou solucionar*

*distócias. Hoje, tem setenta por cento de cesarianas, por uma questão de tempo. Você faz uma cesariana, em meia hora você resolve o problema e ganhou igual ao que ganharia por um parto que leva, às vezes, doze horas da sua atenção. São contradições difíceis de serem resolvidas. Uma coisa é a teoria e outra coisa é a realidade. É uma contradição entre o que deve, e o que pode ser feito.*

*Os médicos estão cada vez lidando menos com isso, estão se convertendo em tecnicistas, tanto é que tudo agora está dividido em especialidades, e as especialidades em sub-especialidades. O número de sub-especialidades que tem na cardiologia e na ortopedia é imenso. Quer dizer, você está segmentando o indivíduo, você não está tratando o indivíduo, está tratando a mão dele, está tratando o joelho dele, a coluna dele. A sub-especialidade já é uma confissão tácita de que hoje, você está se tornando mais técnico do que médico. Acho que esse termo, médico, vai ter que mudar logo, logo. “– O que você é? – / – Sou operador de joelho –.” Ou “– Eu sou operador de coluna. Sou colunista –. / – Colunista social? –. / – Não, colunista anatômico –” / “– Eu sou ‘joelhista’ – / – Como? Fabrica joelheiras? – / – Não, eu curo joelhos de doentes –”. Chamar um cara desses de médico? Eu não sei se daqui a pouco não vai ter que mudar o nome das coisas.*

*Psiquiatra é médico da alma. Tem alma? Ele trata o pensamento, a parte psíquica do ser, não trata a anatomia do indivíduo. Médico passou a ser um termo genérico, uma concepção, não mais uma profissão. Por que está difícil conseguir benesses para a categoria médica? Por causa disso! Virou um termo genérico. Hoje, o médico que não tem acesso às máquinas é um indivíduo até desconsiderado na sociedade. O médico que não tiver acesso às tecnologias, à parafernália toda, ele está de lado, no mundo. Hoje, o médico, na verdade, está fazendo física, são os interpretadores de imagem. Ele está mais para um engenheiro físico, um físico, do que para médico. Quem entende de imagem pode ser um engenheiro, você não tem que entender mais de anatomia do cara, você tem que entender da anatomia da máquina. As coisas estão mudando, se nós não mudarmos, se nos mantivermos com os conceitos antigos da medicina, se não abrirmos o olho para mudar as coisas, vamos viver nessa coisa: o médico, como médico, a coisa chamada medicina está cada vez mais difícil de significar, porque a própria medicina se subdividiu.*

*Eu tenho certeza que não disse nenhuma impropriedade, mas o que eu disse hoje, será que vai ser verdade amanhã? Por exemplo, eu estou vaticinando que a medicina, esse termo, médico, tem que ser discutido. E a medicina, como um todo, como uma unidade só, está difícil de gerenciar, muito difícil. Tanto que as coisas que estão no legislativo, para serem legisladas, estão esbarrando em várias dificuldades. A medicina se fragmentou. Um interpretador de imagem pode ser chamado médico? Médico é quem cuida do doente, eu acho, que está frente a frente com o doente. Com um doente permanentemente, como era a medicina antes dos avanços tecnológicos, e foram eles que trouxeram a necessidade de você se especializar, porque todo o conhecimento em cima de um único indivíduo, já é impossível. Também se segmentam os conceitos de médico, não é mais um ortopedista, é um cirurgião disto.*

*O paciente, no meio de tanta fragmentação, não vai procurar o doutor fulano de tal, ele vai a um posto de atendimento, porque não tem recursos para procurar um médico particular. E ele não tem o discernimento de qual o médico que vai tratar dele. Então, teria que haver uma porta de entrada. Todo cidadão deveria ter uma porta de entrada, a porta de entrada para onde ele vai se direcionar. Isso seria o ideal, existir um compartimento, dentro da atenção à saúde, onde o indivíduo começasse por aquela porta. E ele receberia a indicação, as flechinhas, corredor tal, o direcionamento, para que as coisas acontecessem rapidamente e corretamente, e não aleatoriamente, como é hoje. Quem vai dar a orientação de onde ir, de como fazer? Porque a escolha pelo doente é inadmissível. Primeiro preciso de quem me oriente o que eu devo fazer. Essas portas de entrada que*

*precisam ser criadas. Não como uma solução, mas o posto é a porta de entrada para uma continuidade de investigação. E esse papel tem que ser do médico. Os outros não necessariamente precisam ser médicos. O indivíduo que vai lidar com uma especialidade estritamente anatômica, pode ser um anatomista. O indivíduo que vai cuidar de um único órgão, organicista. E é o que está acontecendo, ele vai entender só daquele órgão. Um oftalmologista, vai querer saber de doença do fígado, pâncreas, diabete, de doença vascular? Não. Ele pode ver, no olho, repercussões de outras doenças, mas basicamente, ele atende aquele órgão. Não precisa ter um conhecimento genérico de medicina.*

*Agora, voltando ao auditor. O auditor sim, ele tem que estar muito bem informado sobre tudo, ele passa a ser uma espécie de intelectual da medicina. Ele sabe para onde deve ser direcionado o doente. Que ele possa e saiba fazer tudo, não. Mas tem que ter o conhecimento necessário para indicar para onde o indivíduo deve ir. (Dr. Luiz)*

Para efeito de compreensão das representações dos médicos em relação ao trabalho e à profissão essa análise deve ser bastante relativizada em função de suas particularidades. Os médicos mais jovens, por exemplo, não devem se colocar várias das questões acima, dado que se constituem como profissionais já em tempos de aprofundamento da especialização, do assalariamento e da socialização racionalizadora do trabalho.

Nesse relato é interessante perceber como, ao mesmo tempo em que aparece a consciência da relação de interdependência e reciprocidade entre as conformações individuais dos sujeitos e as determinações sociais pelas estruturas sociais, as relações sociais, ao nível das representações do entrevistado, uma vez constituídas, parecem ganhar autonomia e, embora reconhecidamente (re)produzidas pelos sujeitos, acabam aparecendo como naturais e imutáveis.

O que se evidencia é que, obstante a consciência da contradição entre o que “deve” e o que “pode” ser feito, ou seja, entre o agir autoconsciente, com a autodeterminação, dos sujeitos e a sua determinação pelas relações e estruturas sociais, o que acaba se constituindo, apesar das críticas e conflitos pessoais, é a permanência dos sujeitos “a reboque” das relações sociais reificadas. Exemplo disso é que as saídas vislumbradas pelo entrevistado, vejam só, são exatamente as mesmas diretrizes já operacionalizadas pelos

processos institucionais organizadores do trabalho em saúde, processos esses por ele criticados... Veja-se, por exemplo, a crítica ao assalariamento e ao papel constritor das instituições empregadoras e, posteriormente, a defesa da figura do médico auditor como “intelectual da medicina”, sem referências à sua função técnico-política dentro do processo produtivo, seja nas empresas ou no estado. Do mesmo modo, a crítica às conseqüências do aprofundamento da divisão técnica progressiva, e as suas possíveis “correções” por meio da instituição de um nível de atendimento controlado por “médicos-triadores”, tal qual o que se vem evidenciando no desvirtuamento sistemático da atenção básica, de espaço privilegiado de cuidado, com alto grau de “resolutividade”, a mera “porta de entrada”.

Menos que a “ausência completa de consciência” das transformações da realidade e suas determinações, a alienação se expressa aqui, portanto, mais pela adesão, consciente ou não, ao *estar sendo* das dinâmicas sociais produtoras da alienação e sofrimento, em razão de sua representação como autônomas e reificadas. É evidente, contudo, que o fundamento dessa adesão encontra-se na alienação em relação ao *social* de forma mais ampla, ou seja, no desconhecimento dos processos e relações sociais mais gerais que determinam tanto o trabalho médico sócio-tecnicamente quanto as necessidades e práticas de saúde. Somente em razão dessa alienação é que se podem vislumbrar as razões para as crises e conflitos cotidianamente vividos em fenômenos como o “aumento populacional”, o “aumento de número de profissionais” ou no “avanço tecnológico”, manifestações fenomênicas<sup>12</sup> de processos que os médicos não compreendem e, tampouco, controlam...

---

<sup>12</sup> Cabe ressaltar que aparecem reiteradamente em várias entrevistas referências a alguns desses aspectos, como, por exemplo, é o caso da crítica à ausência de controle sobre a abertura de novas escolas médicas como “causa” da desvalorização dos profissionais em função do excesso de médicos no mercado. A referência ao “aumento populacional” como causador de “distúrbios” na assistência também é citada por vários entrevistados.

Posto esse quadro de progressivo estranhamento em relação às determinações dos componentes de sua prática, não deverá causar espanto o fato de os médicos passarem a desenvolver um perfil de sofrimento bastante semelhante aos de outros ditos “trabalhadores intelectuais” historicamente também submetidos a tal processualidade.

### 8.3.3 Do Estranhar ao Sofrer: um caminho da alienação

Embora não se constitua como nosso objeto nessa tese, cabe destacar que as implicações particulares da alienação ao nível dos indivíduos, em sua dimensão psicológica, por exemplo, tem sido importante objeto de estudo por autores da psicologia social. Martins (2007:131), por exemplo, baseando-se em Montero (1991), ressalta como:

A alienação, da mesma forma que a ideologia, é um processo tanto passivo (exercido desde fora), quanto ativo (efetivado pelo próprio sujeito), envolvendo a existência do indivíduo em todas as suas manifestações, e particularmente a de sua consciência. Neste aspecto, a alienação produz uma negação e uma supressão da relação consciente com a vida social, dando lugar a uma existência espontânea que por sua vez é socialmente imposta e aceita. Esta ausência de relacionamento consciente com a existência implica a submissão dos indivíduos às situações que produzem tais fatos, vistas então como normais e naturais e, conseqüentemente, independentes de suas ações.

Essa autora apresenta ainda uma caracterização teórica acerca dos fatores subjetivos e das diferentes formas que a alienação pode assumir, visto que esta se expressa por diferentes manifestações.

A primeira dessas formas denominada *sentimento de falta de poder*, ou *sentimento de impotência*, expressa o processo pelo qual o indivíduo sente-se incapaz de “gerir seu próprio destino por conseqüência de sucessivas exposições a situações de inibição,

proibição, negação e pressões do ambiente, impeditivas do desenvolvimento das capacidades necessárias à autogestão da vida” (Martins, 2007:131)

A segunda forma de expressão da alienação as autoras denominam como *sentido de absurdo*, ou seja, constitui-se ao nível individual uma baixa expectativa acerca das probabilidades de realização dos projetos idealizados.

Pelas impossibilidades de predição de suas próprias ações, decorrentes do caráter alienado da existência na sociedade capitalista, os indivíduos vêm-se levados a um certo grau de desapego com relação ao meio que culmina no isolamento, incentiva fantasias, bem como a idealização de projetos que não são seguidos de ações concretas. Em contrapartida, as situações vividas nessas condições mostram-se tão complexas que sua compreensão só se torna acessível pela via da simplificação das informações, o que por sua vez contribui para maior deformação da realidade e, conseqüentemente, subordinação a ela (Martins, 2007:131-132).

Tais processos, expressos acima, tendem a desencadear movimentos progressivos ao nível da personalidade dos sujeitos, sendo um deles o *isolamento*, considerada a terceira forma de alienação. Tal condição representa de fato o distanciamento, o movimento através do qual o grupo e a sociedade vão se mostrando cada vez mais alheios ao indivíduo, processo manifesto através da desesperança e da valorização negativa acerca dos objetivos e valores sociais.

Esse *isolamento* manterá estreita relação com o *auto-estranhamento*, a quarta forma da alienação, definido como o “grau de dependência da atividade em relação a recompensas que se situam fora dela e que produz uma seleção viciada, cega, da experiência em relação aos valores, normas, significados e sentidos pessoais (...)” (Martins, 2007:132)

Aqui ocorre o que Leontiev (1978) caracteriza como separação entre *sentido* e *significado* da atividade para os sujeitos. Enquanto o *significado* relaciona-se aos *fins* socialmente determinados da atividade, tendo em vista as necessidades que a mobilizam

como prática social, o *sentido*, que é como o indivíduo se relaciona subjetivamente com a genericidade através de sua atividade particular, sob condições de alienação pode passar a referir-se a fatores “externos” mobilizadores do indivíduo para o trabalho. Assim é que a busca pelo salário pode tornar-se o principal, quando não o único, fator que mobiliza os indivíduos à sua atividade. Em ambiente de alienação, insatisfação e sofrimento o trabalho, de atividade vital, de *fim* para o sujeito, torna-se mero *meio* de vida, contribuindo para a cisão ao nível das consciências entre “mundo da vida” e “mundo do trabalho”, o que corrobora a imagem do trabalho como “não vida”.

Tal condição pode hodiernamente conduzir à quinta forma de alienação: a *anomia*, ou “ausência de normas”. Esse processo, resultante do aprofundamento do distanciamento dos indivíduos em relação à sociedade, advém do fato de as condições de opressão, tornando-se insuportáveis para os indivíduos, incorrerem em rompimento de seus vínculos com os sistemas aos quais pertencem. Assim

(...) o trabalho deixa de ser manifestação do indivíduo. O processo pelo qual o indivíduo produz sua vida material não lhe garante a expressão de sua força criadora e, conseqüentemente, autocriadora. Daí resulta que, nas condições de alienação, os indivíduos, não são sujeitos do desenvolvimento de suas capacidades individuais, do seu crescimento como pessoas, de tal forma que a personalidade, por não se manifestar espontaneamente em função de suas propriedades, de suas necessidades e aspirações, não pode revelar-se como livre e superior manifestação da individualidade. (Martins, 2007:134)

O resultado da manifestação da alienação sob essas várias formas é a dissolução da coerência psicológica necessária entre o indivíduo, sua personalidade e sua vida, em relação ao mundo e aos outros homens, sendo que por este processo a individualidade tende a se converter em *individualismo*.

Desta mutilação, pela qual individualidade se converte em individualismo, resulta uma personalidade constituída por comportamentos ritualizados e estandardizados desprovidos de sentido pessoal, que culminam na fetichização da própria personalidade. O que acaba restando à pessoa é a *máscara* imposta pela alienação, é a sua expressão por meio da personalidade negada, sustentada por motivações efêmeras e particulares, a quem cumpre apenas um desempenho fragmentado de papéis. (Martins, 2007:133)

Poder-se-ia questionar as contribuições de tais elaborações para a compreensão da alienação ao nível da personalidade dos médicos, visto que estes reconhecidamente se constituem historicamente como agentes, ainda que de trabalho, situados em localização privilegiada na “hierarquia social” em função do papel central que ocupam no moderno aparato de estado capitalista. Tal condição advém, como sabemos, não somente do papel superestrutural da medicina como prática reprodutora das relações sociais hegemônicas, mas também do caráter sabidamente intelectual da atividade médica, o que transforma o médico em um trabalhador muito “especial”, inclusive com *status* social e financeiro entre os mais elevados na graduação do mundo do trabalho.

Procuramos demonstrar ao longo dessa pesquisa como o trabalho médico, assim como o conjunto das demais práticas sociais, constitui-se historicamente permeado pela dialética humanização-alienação ainda que com peculiaridades importantes. Tal hipótese considera que os elementos alienadores no interior da atividade médica são bastante heterogêneos e complexos, alguns mais embrionários, outros mais consolidados, ainda que sempre de forma tensionada. Grande parte da riqueza da metodologia utilizada – entrevista em profundidade – refere-se à possibilidade de apreensão tanto de aspectos mais objetivos da prática médica quanto de sua expressão ao nível das representações dos agentes, o que em certa medida abre a possibilidade de “incursões” pela dimensão da personalidade dos sujeitos, embora não tenha sido esse um caminho aqui privilegiado.

Outra forma possível de apreensão dos processos alienadores em desenvolvimento no interior do trabalho médico é partir da análise dos resultados de estudos que se debruçam sobre os impactos das condições de trabalho ao nível dos indivíduos, ainda que tais estudos trabalhem com objetos e referenciais teórico-metodológicos bastante diversos. Essa opção pode fornecer, por via indireta, importantes elementos para a compreensão de nossa problemática. Tomemos um exemplo.

Evidência irrefutável da consolidação de dinâmicas alienantes no interior do trabalho médico é, a nosso ver, o atual “emergir” de estudos e dados acerca das condições de sofrimento de seus agentes (Amorin, 2002; Benevides-Pereira, 2002; Menegaz, 2004; Tamayo, Argolo, Borges, 2005; Tucunduva et al., 2006). Frente às dramáticas evidências de graus de sofrimento crescentes entre profissionais de saúde, incluindo médicos, tais estudos têm aumentado significativamente nos últimos anos. Um exemplo de tais incursões refere-se à adoção e uso crescentes do construto teórico denominado *Síndrome de Burnout*, como forma de apreender os graus de sofrimento individuais advindos das condições de trabalho. Ainda que tal construto, em função de sua origem de matriz funcionalista, dificilmente incorra em questionamentos mais profundos acerca da natureza das relações sociais determinantes das condições e formas de organização do trabalho, ainda assim seus dados podem ser de grande valia para compreensão da consolidação de relações alienantes nesses cenários. Senão vejamos.

A *Síndrome de Burnout*<sup>13</sup> caracteriza-se por ser um conceito que tem tentado apreender o papel do estresse e fadiga advindos das condições de trabalho sobre o grau de

---

<sup>13</sup> As referências a tal discussão, longe de expressar nossa concordância epistemológica com tal construto, visa somente demonstrar como a temática vem sendo utilizada em pesquisas acerca de profissionais de saúde e suas condições de trabalho e como, apesar de suas limitações epistemológicas, alguns de seus resultados podem ser elucidativos para a discussão que vimos fazendo.

sofrimento dos indivíduos. São, ao menos, três dimensões principais analisadas: a exaustão emocional; despersonalização; e grau de realização pessoal.

A *exaustão emocional* refere-se mais à sintomatologia semelhante à fadiga crônica, onde predomina o esgotamento físico e emocional como expressão de condições de trabalho extenuantes, tanto física quanto mentalmente, sobre os sujeitos. Agora, os outros dois conceitos – despersonalização e grau de realização pessoal – merecem, a nosso ver, especial atenção. A citação abaixo nos parece bastante elucidativa:

*Despersonalização*: como meio de enfrentar a exaustão emocional e os problemas que podem ser correlatos os trabalhadores passam a apresentar comportamentos negativos, a exemplo de tratar os demais depreciativamente, ter reações distantes e frias em relação ao trabalho, ao seu contexto e aos colegas com quem deveriam conviver harmoniosamente, chegando inclusive a desistir de suas idéias e seus ideais, passando às vezes a ocupar cargos burocráticos, evitando o contato com os demais que demandam seu serviço e sua atenção. O ceticismo parece tomar conta do espírito desses profissionais e passa a ser característico o contato irônico com aqueles que precisam atender.

*Realização pessoal*. Diz respeito ao aspecto de auto-avaliação do *Burnout*, estando associada ao sentimento de incompetência e à percepção de um desempenho insatisfatório no trabalho. O profissional perde a confiança na própria capacidade de desenvolver o seu trabalho e, à medida que isso ocorre, produz desconfiança nos seus colegas e nas pessoas que de seus serviços dependem. (Barbosa et al., 2007:40)

Um olhar mais cuidadoso pode demonstrar como tais caracterizações constituem-se de fato em apresentações fenomênicas de processos mais profundos, cuja essência encontra-se ancorada no desenvolvimento da alienação quando manifesta no plano da personalidade dos sujeitos e em suas relações interpessoais. Podemos perceber, por exemplo, como o *sentimento de impotência* e o *sentido de absurdo* parecem estar na raiz do sentimento de incompetência e na perda de confiança dos indivíduos em si próprios, assim como o *isolamento*, como outra forma de alienação, poderá expressar-se nas relações “distantes e frias” em relação a colegas e usuários dos serviços. O *auto-estranhamento*, por

sua vez, poderá se expressar na “fuga” das suas atividades originais e na busca por satisfação em atividades estranhas a sua formação. Não faltam nessa citação nem sequer referências a conseqüências de outra forma da alienação, a *anomia*, que pode se expressar, por exemplo, no tratamento “irônico” e “depreciativo” aos demais sujeitos, inclusive aqueles em condições de sofrimento e que procuram pelo cuidado do profissional.

Embora rica na descrição das aparências dos fenômenos, o máximo que tais categorias conseguem apreender, todavia, em função de suas limitações epistemológicas, é a idéia da exaustão emocional como elemento determinante dos demais processos, abstendo-se de se questionar acerca das raízes mais profundas de tal conjunto de fenômenos.

Apesar dessas limitações, no entanto, as tentativas de aplicação dessa teoria explicativa a análises de situações concretas demonstram ao menos como o trabalho médico pode se constituir em campo fecundo para apreensão de movimentos constituidores do sofrimento ao nível dos agentes de trabalho.

Demonstração disso é que em pesquisa realizada em 2007, envolvendo levantamento de dados, através de questionários, com 7.700 médicos de todo o Brasil, o Conselho Federal de Medicina, obteve dados bastante interessantes e que merecem ser citados.

Em relação à frequência da Síndrome de Burnout entre médicos, os dados revelaram que cerca de 57% dos profissionais são acometidos por tal condição em grau preocupante, sendo que 33,9% apresentam Burnout moderado e 23,1% encontram-se em grau grave dessa síndrome. A pesquisa revelou ainda que 51,7% dos médicos apresentam sintomas possivelmente indicativos da presença de transtornos mentais não psicóticos (principalmente transtornos depressivos e de ansiedade), sendo que aproximadamente 20%

encontra-se em uso de medicação psicotrópica. O estudo revela ainda que 4,6% dos entrevistados chegam a evidenciar sinais possivelmente indicativos de presença de ideação suicida (Conselho Federal de Medicina, 2007).

Esses dados, por si só, apontam o quadro preocupante de sofrimento psíquico ao qual estão submetidos os médicos brasileiros. A discussão da humanização das práticas de saúde, a nosso ver, não pode desconsiderar tal conjuntura em suas análises e projetos interventores. Fazemos essa ressalva pois, na maioria das vezes, as críticas à desumanização nas práticas de saúde centram suas análises somente nas implicações de tal processo sobre os usuários, desconsiderando que proceder à avaliação de uma relação – profissional-usuário – envolve necessariamente o “olhar” sobre os dois sujeitos que a estabelecem, além da análise dos “cenários” e determinações que constituem esse encontro. Luz (2004:16-17) sintetiza de maneira brilhante a complexidade das questões que, pensamos, não podem estar afastadas da temática da humanização das práticas de saúde.

A interiorização dos valores de individualismo e competição, e da “ética do capitalismo”, parafraseando Weber, para o interior das atividades laborais, tem efeito muito mais nefasto na restrição da sociabilidade, uma vez que isola os agentes no seu mundo individual. Do nosso ponto de vista, como consequência dessas restrições, verifica-se perda não apenas de sociabilidade, mas também de sentidos culturais. Perdem-se, sentidos relativos ao “estar juntos” (sentimentos e atividades expressivos de pertencimento a um grupo, uma corporação, uma organização etc.) ao “nós” (sentimentos e atividades expressivas de ser com os outros) mas também se perdem significados relativos às próprias atividades de trabalho no seu sentido mais amplo (para que, para quem e por que faço o que faço? O que são as finalidades do trabalho que elegi como marca de expressão pessoal sobre o mundo? Valem de fato a pena os meus esforços no trabalho, vista a baixa remuneração e o pouco reconhecimento, tanto da parte da instituição como de meus pares?).

Essas são questões que se colocam com frequência a quem faz parte do mundo do trabalho nos dias de hoje, pelo menos a quem não se integrou completamente aos valores dominantes nesse mundo, já mencionados aqui. É nossa hipótese que a perda de sentidos relativos ao estar e agir social no mundo, sobretudo através do trabalho, gera sentimentos e sensações de confinamento, limitação e insegurança nos sujeitos. E esses sentimentos e sensações geram, por sua vez, danos indiretos ou diretos à saúde das pessoas submetidas a essa ordem social. O mundo do trabalho passa a ser considerado e sentido por elas como hostil à vida, como um

mundo sombrio a ser evitado, e a dificuldade de enfrentá-lo cotidianamente é uma fonte a mais de mal-estar e de adoecimento.

#### **8.4 Humanização e Emancipação: o *ser* e o *não ser* da alienação**

A discussão que fizemos nas últimas páginas, de sistematização e análise dos mecanismos pelos quais o trabalho médico encontra-se permeado pela alienação (*Entfremdung*), e de algumas de suas implicações, não deve apagar as reflexões realizadas ao longo da tese nas quais cada dimensão e forma da alienação teve seu caráter contraditório enfatizado. Nada mais distante dos movimentos do real, fazemos questão de inúmeras vezes repeti-lo, do que entender a alienação como um estado ou processo unidirecional e livre de tensões. Também não se devem restringir seus aspectos contraditórios identificando a *humanização* ao desenvolvimento do *gênero* e a *alienação* à expressão deste ao nível dos *sujeitos*; outro risco. O desenvolvimento de cada indivíduo concreto, sob as atuais relações sociais, somente pode se constituir como resultado particular da luta permanente entre humanização e alienação.

Também os contextos – cenários, relações, práticas – onde se encontram inseridos esses sujeitos e coletivos somente podem ser compreendidos em toda sua complexidade como expressão dessa dialética.

No caso do trabalho médico, e do trabalho em saúde, tal tensão e contraditoriedade adquirem intensidade em graus dificilmente tão evidentes em outras formas de prática social. Afinal, que outra forma de prática humana recebe a “incumbência” de operar sobre o sofrimento humano, sofrimento este determinado, em última instância, como resultado da alienação ao nível individual, sendo que este próprio operar pode ser (re)produtor de

relações estranhadas, alienadas, entre os sujeitos e suas objetivações e, ao mesmo tempo, questionador de tal dinâmica?

Essa particularidade conforma o trabalho em saúde, talvez em grau maior que a maioria das outras práticas sociais, como espaço privilegiado para a apreensão da dialética humanização-alienação. Atuar sobre o sofrimento, ainda que tomado individualmente, produz, em tese, uma condição potencialmente constituidora do estabelecimento de relações mais conscientes dos sujeitos com a genericidade. Estaríamos nos referindo então a um potencial contra-alienador, ou humanizador, intrínseco ao trabalho em saúde, visto que abordar o sofrimento envolve tanto apreender os resultados de “abismos” entre os sujeitos e o gênero, quanto tentar manipulá-los, contribuindo, em alguma medida, ainda que bastante restrita, para reduzi-los.

No campo das práticas de saúde configura-se em grau extremo a alienação das necessidades humanas – pense-se no congelamento de cadáveres para serem “ressuscitados” no futuro, pense-se na sinistra dialética dos transplantes de órgãos de jovens saudáveis mortos em acidentes epidemiologicamente previsíveis, pense-se no contraste entre o custo social das técnicas de alimentação parenteral e a mortalidade associada à desnutrição. O orgulho pela criatividade científica e tecnológica do gênero humano turba-se pela extrema pobreza de espírito e pela extrema miséria com que é obrigado a andar de par. Paradoxalmente, entretanto, este é também um dos campos em que o caráter antinômico do capitalismo é primeiro e melhor percebido: já porque é a própria “necessidade social” do capitalismo que fundamenta, mesmo que de forma canhestra, a ilegitimidade das diferenças dentro do gênero humano, através de práticas, entre as quais as de saúde, que em qualquer dos seus modelos fundam-se biologicamente na abolição de diferenças substantivas entre os homens. Que os mesmos modelos, abstraindo as diferenças e desigualdades reais, colaborem para a reprodução de ideologias que não querem ver essas diferenças e desigualdades como estruturais, isto é apenas um lado da moeda; desde sua gênese nos séculos XVII e XVIII, as práticas de saúde do capitalismo foram sempre um campo hipersensível para a percepção do contraditório. (Mendes-Gonçalves, 1992:49)

As maneiras, portanto, de abordar esses “abismos” podem ser diversas, mas sempre, em algum grau, humanizadoras. Senão vejamos: um profissional de saúde ao abordar uma condição de sofrimento apresentada por um indivíduo tendo por referência apenas o êxito

tecnicamente alicerçado na biomedicina contribui, em alguma medida, para tornar acessível para esse indivíduo particular aspectos da *genericidade*, ou seja, contribui para o estabelecimento de uma forma de relação entre o indivíduo concreto e o gênero tendo por “guia” sua condição de sofrimento. Esse indivíduo está se apropriando de objetivações humanas que lhe possibilitam estabelecer-se como ser social, ou humanamente natural. O que acontece, todavia, é que tal relação com o gênero se dá de forma inconsciente e espontânea, fazendo com que esse sujeito viva no plano particular a *genericidade-em-si*, ou seja, estabelece-se uma relação reprodutora de seu estar no mundo, um devir “a reboque” das relações sociais, significadas como autônomas, naturais (Lukács, 1981a; Heller, 2004).

Quando, no entanto, os sujeitos apropriam-se de objetivações genéricas que lhes permitem colocarem-se no mundo como sujeitos potenciais de seu devir, como não somente “objetos” das reificadas relações sociais, aí se pode constituir a *genericidade-para-si*, ou seja, podem-se estabelecer relações conscientes com o gênero.

Para Duarte (1993), o estabelecimento dessas diferentes formas de relação com o gênero conforma no plano concreto-particular a predominância da *individualidade-em-si*, a individualidade fetichizada e alienada expressa no individualismo, ou da *individualidade-para-si*, aquela alicerçada na relação consciente com a genericidade.

Analisar, portanto, a relação dos homens com suas condições de sofrimento e com as práticas de saúde tendo por referência a dialética humanização-alienação significa reconhecer a existência de um processo permanentemente humanizador. Esse processo permanentemente humanizador, no entanto, se dá contraditoriamente inter-relacionado com uma dinâmica mais ou menos alienadora. É quando a dimensão de alienação encontra-se predominante, hegemônica, subordinadora mesmo da dimensão humanizadora das práticas

que, a nosso ver, expressam-se dinâmicas que tendem a ser hodiernamente denominadas como *desumanizantes*.

Destarte, coerentes com arcabouço teórico-epistemológico que nos guia, pensamos que a utilização do termo *desumanização* somente faz sentido se compreendido, não como referência a processos caracterizados pela ausência ou supressão do humano ou do humanizar-se, mas como descrição de uma negação contraditória da humanização por outra tendência. Visto que uma negação somente pode se referir a algo que existe, algo que *está sendo*, ela expressa a contradição entre duas tendências em luta permanente. Portanto, a idéia de *desumanização*, a nosso ver, refere-se à expressão dessa dialética humanização-alienação em uma sua conjuntura, um seu momento, sempre provisório, por definição, em que o pólo alienação predomina sobre seu contrário, mas não o anula.

Como consequência dessa reflexão, ao caracterizarem-se determinados projetos, práticas ou relações como humanizadores, ou humanizantes, do mesmo modo estar-se-á descrevendo um momento dessa dialética em que o pólo humanização predomina, subordina seu contrário, mas tampouco o anula.

Colocada essa problemática da forma como está, inevitavelmente deverá suscitar reflexões e questionamentos acerca da “aceitação ética” de uma possível “inevitabilidade” da conformação das práticas de saúde como necessariamente permeadas em algum grau pela alienação. E, conseqüentemente, tal discussão evoluirá para a temática acerca das possibilidades e formas de *superação* da alienação. Ora, é a partir do próprio movimento constituidor dessa dinâmica que devemos analisar essa possibilidade, ou seja, o mesmo contexto social que instaura a alienação constitui simultânea e concomitantemente as possibilidades de sua superação.

Fosse a sociedade uma “totalidade inerte de alienação”, nada então se poderia fazer sobre ela. Nem poderia haver qualquer problema de alienação, ou conhecimento dela, pois se a consciência fosse a consciência dessa “totalidade inerte” ela seria parte da alienação. Em outras palavras: seria simplesmente a “consciência da totalidade inerte” – se pudesse haver tal coisa (rigorosamente falando: “a consciência da totalidade inerte” é uma contradição em termos) – e não a “consciência da totalidade inerte enquanto alienação”, isto é, não uma consciência que revela e que opõe – ainda que da forma mais abstrata – à natureza alienada dessa totalidade inerte.

A alienação é um conceito inerentemente *dinâmico*: um conceito que necessariamente implica *mudança*. A atividade alienada não produz só a “consciência alienada”, mas também a “consciência de ser alienado”. Essa consciência da alienação, qualquer que seja a forma alienada que possa assumir – por exemplo, vendo a autoconfirmação como um “[estar] junto de si na não-razão enquanto não-razão” – não somente contradiz a idéia de uma totalidade alienada inerte, como também indica o aparecimento de uma *necessidade* de superação da alienação.

As necessidades produzem poderes, tanto quanto os poderes produzem necessidades. (Mészáros, 2006:166)

Afirmar isso significa, mais uma vez, negar qualquer concepção “essencialista”, “naturalizante”, da alienação como elemento constituinte do humano, uma marca indelével desse seu *estar sendo* no mundo. Muitas vezes, embora essa concepção não se apresente assim explícita, ela se expressa na idéia “menos violenta”, mais ideológica, de um antagonismo “natural” e insuperável entre indivíduo e sociedade. Essa concepção, que “essencializa” condições humanas e tensões atualmente existentes, historicamente constituídas, entre indivíduo e sociedade, torna-se substrato para diversas correntes teóricas<sup>14</sup> importantes, o que, a nosso ver, manifesta o *estar sendo* da alienação também no plano das elaborações teórico-científicas.

O fato de a humanidade ter “caminhado”, em suas últimas formas de sociedade, pelos “trilhos” da dialética humanização-alienação não deve ser compreendido, segundo o arcabouço teórico com o qual trabalhamos, como condição humana essencial, senão como expressão da sócio-historicidade humana. Lukács (1981) localiza brilhantemente a questão

---

<sup>14</sup> Veja-se, por exemplo, o caso da psicanálise e sua compreensão do aparelho psíquico como ontologicamente constituído por elementos que expressam o antagonismo insuperável entre indivíduo e sociedade, produtor de sofrimentos “naturais” (Duarte, 1993).

diferenciando a idéia de *contradições* existentes entre indivíduos e sociedade, essas sim sempre existentes ainda que com qualidades e graus muito distintos, da idéia do *antagonismo* entre indivíduos e sociedade. Esse último, cuja expressão maior encontra-se na constituição da dialética humanização-alienação, é produto de formas determinadas de organização e reprodução da existência humana, formas que o autor denomina como *sociedades antagônicas*.

Na *sociedade antagônica* em que vivemos, os processos sociais que constituem a alienação, como vimos discutindo, não podem ser localizados em um ou outro aspecto isolado das interações entre os homens e destes com o mundo<sup>15</sup>, visto que permeia a totalidade social em suas mais “recônditas esquinas”. Assim:

A supressão da atividade alienada por intermédio da prática humana autoconsciente não é uma relação estática de um meio em relação a um fim, sem nenhuma possibilidade de influência mútua. Nem é uma cadeia causal mecanicista pressupondo partes pré-fabricadas que não poderiam ser modificadas na relação – sua posição respectiva está sujeita à mudança, como a de duas bolas de bilhar depois da colisão. Do mesmo modo que a alienação não é um ato único (seja uma “queda” misteriosa ou um resultado mecânico), seu oposto, a superação da atividade alienada por meio da iniciativa autoconsciente, só pode ser concebido como um processo complexo de interação, que produz mudanças estruturais em todas as partes da totalidade humana. (Mészáros, 2006:167)

Isso, se por um lado, evidentemente, afasta a idéia da possibilidade de superação da alienação no interior das práticas de saúde em meio a uma totalidade social “externa” alienante, por outro lado, tal constatação evidencia o papel de cada forma de práxis humana, como aquelas relacionadas à saúde-doença, como potencialmente permeada por lutas constantes entre tendências reprodutoras da alienação e tendências tensionadoras dessa dinâmica instituída/instituente. As raízes dos movimentos embrionários de superação

---

<sup>15</sup> Discutimos no capítulo IV as bases objetivas do processo de alienação, ou seja, sua determinação material no plano da reprodução social da vida, através da constituição das mediações de segunda ordem entre homens e natureza e dos homens entre si.

da alienação devem ser buscadas, não somente no plano ético-individual, senão no próprio movimento objetivo da realidade que coloca constantemente para os homens a produção de carecimentos cujas respostas podem extrapolar as relações sociais instituídas. Trata-se aqui, por exemplo, de necessidades que recebem a caracterização de *radicais*, no sentido de que seu atendimento não encontra possibilidades de efetivação no interior da socialidade instituída (Heller, 1986; Mendes-Gonçalves, 1992).

Se há uma característica fundamental do trabalho em saúde é sua capacidade de expressar e “instaurar” necessidades e, visto que nem todas podem ser passivamente “absorvidas” pelas relações sociais instituídas, pode-se inferir daí o potencial problematizador-questionador que os cenários em que se realizam as práticas de saúde podem conter. (Mendes-Gonçalves, Schraiber, 2000).

Caso nos detenhamos com atenção sobre as várias crises, tensões, conflitos e sofrimentos presentes no interior das práticas de saúde, aspectos que buscamos apreender e problematizar ao longo dessa pesquisa, poderemos perceber vários movimentos expressantes de carecimentos que “miram” a efetivação de um devir mais livre e autoconsciente dos sujeitos. Todo projeto ou movimento que se pretende contra-desumanizador deve necessariamente partir dessas expressões de forma a dar-lhes “espaço” e reforçá-las em sua potencialidade contra-alienadora.

Quando, por exemplo, o usuário dos serviços de saúde tensiona o tradicional papel submisso de “paciente”, buscando informações que lhe propiciem um melhor conhecimento acerca de suas condições de saúde-doença com vistas a uma maior participação dos rumos da abordagem de seu caso, há, ainda que de forma latente e restrita, um movimento de busca pela autoconsciência, pela superação de uma forma particular do *estar-sendo* alienado. Se tal dínamo conforma-se, como consequência das relações sociais

predominantes, sob a manifestação restrita do “cidadão-consumidor” reforçadora da medicalização social, e não do sujeito particular como protagonista consciente de uma condição humano-genérica, isso é parte importante, e provavelmente hegemônica, do movimento, contudo não anula suas contraditórias tendências em luta.

Do mesmo modo não podem ser ignoradas as transformações, ainda incipientes, das “posturas” mais “democráticas” dos profissionais de saúde frente a esse “novo paciente”. O fato de tais transformações serem resultado, não de atitudes ético-políticas conscientemente elaboradas pelos profissionais ou por suas corporações, mas da “pressão” exercida por novos sujeitos que as relações sociais colocam em cena, não anula os “novos cenários” que se criam e suas potenciais implicações, sempre contraditórias, mas cujos desfechos nem sempre podem ser integralmente contidos ou “absorvidos” pelos estados instituídos.

Ainda, quando médicos, frente à complexidade dos casos como os de portadores de condições crônicas de adoecimento, “relativizam”, e até “revêem”, ainda que “forçada” e inconscientemente, os referenciais de “eficiência” com os quais operam, tensionando na prática a validade universal das diretrizes científico-normalizadoras, o que se evidencia é um movimento cujas raízes podem ser buscadas na tentativa de estabelecimento de relações mais críticas e conscientes dos sujeitos com componentes de sua *atividade vital*, relações estas impelidas por necessidades que a realidade social coloca. Se esse movimento encontra-se em sintonia, ou não, com os carecimentos que mobilizam os usuários e, em caso afirmativo, se as formas de “atender” esses carecimentos constituem práticas de caráter questionador/tensionador ou reproduzidor das dinâmicas instituídas produtoras dos sofrimentos, essa, porém, é outra questão, que somente a realidade concreta da práxis pode responder.

Quando, também, médicos relatam tentativas de se apoiar e simultaneamente estabelecer uma relação crítica com as formas objetivadas de trabalho, seja na forma de equipamentos, seja na forma de rotinizações, o que se desenvolve é uma apropriação consciente das objetivações pelos indivíduos, o que propicia, em algum grau, uma relação menos muda, menos alienada com a genericidade. Essas tentativas, entretanto, sempre encontram resistências, podendo atrofiarem-se, em razão das formas organizacionais predominantes no trabalho em saúde, formas estas expressoras das dinâmicas alienantes predominantes nas relações sociais.

Algumas análises diferentemente de apreenderem esses movimentos contemporâneos, em sua maioria embrionários, como expressão de um devir, que *pode* “mirar” uma vida mais livre, plena e emancipada dos sujeitos, buscam respostas às questões da desumanização do trabalho em saúde tendo por referência práticas historicamente superadas, expressões de relações sociais já inexistentes.

Exemplo dessa forma de análise pode ser visto na perspectiva de abordagem da questão da “desumanização” no trabalho médico expressa por Paulo Henrique Martins em sua obra *Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*.

Transparece nessa obra uma compreensão parcial e limitada do conjunto das relações sociais capitalistas, seus estágios, dinâmicas e formas de subsunção dos processos e fenômenos sociais particulares, como o trabalho médico, o que faz com que o autor proceda à “idealização” da medicina liberal (que ele denomina como tradicional) como epistemologicamente distinta da medicina tecnológica.

Sem negligenciar a importância da tecnociência, a nova utopia valoriza igualmente outras lógicas de cura não evidentes para a Ciência biocartesiana, como são os casos tanto dos rituais mágicos como das dinâmicas afetivas, que se mostram decisivos nas práticas médicas e terapêuticas. A medicina tradicional era interativa porque se fundava na circulação de dons (cuidados, afetos, remédios, exercícios), a qual, na modernidade médica, sobreviveu, por meio dos clínicos gerais (profissionais preocupados em preservar o pensamento do corpo doente como uma totalidade do qual faz parte a alma pensante e sensível). A nova *medicina humanista* resgata essa interatividade da antiga *medicina moderna* para integrá-la num quadro institucional, técnico e cultural mais amplo. Tal utopia nasce no momento em que as relações entre curador e paciente não se limitam a uma funcionalidade técnica, integrando a dinâmica interpessoal, aquela da *dádiva médica*. (Martins, 2003:203)

Ao desconsiderar o contexto histórico que procede à socialização e institucionalização do trabalho médico sob a forma capitalista, o autor vai enxergar na existência de uma pretensa “ruptura epistemológica” e em uma abolição de “circulação de dons” abstratos as raízes da “desumanização” nas práticas de saúde contemporâneas. Como sabemos, da medicina liberal para a tecnológica não há *ruptura* epistemológica senão o *aprofundamento* da racionalidade biomédica moderna tendo no método anatomoclínico seu substrato operatório. O que o autor, por sua vez, enxerga como a “circulação de dons” nada mais é do que expressão da autonomia mercantil que propiciava a relação mais direta e “pessoal” entre médico e paciente, que, como vimos em capítulo anterior, não raramente tendia a ser interpretada como manifestação do “humanismo” ao nível da personalidade dos agentes. Mesmo esses “dons” que o autor cita, já “circulavam” nesse período anterior na forma *mercadoria*, com a diferença de que ao invés de estarem sob controle institucional, eram os produtores que os comercializavam. É assim que se chega a ver nas características necessárias à prática mercantil de base artesanal-isolada a existência de um “humanismo perdido”. Afinal:

Durante muito tempo, tal como ocorreu na época da assistência produzida pelo pequeno produtor privado e isolado, que foi o médico de consultório, da medicina

liberal, esse modo “liberal” de organizar a produção e distribuição dos serviços estendeu à dimensão comercial da produção de serviços essa qualificação de “intervenção humanizada”. Afinal, o médico do consultório particular sempre foi tido mais como médico de família, cidadão filantrópico e sacerdote, que um produtor comercializando diretamente em mercado seu trabalho. (Schraiber; Mendes-Gonçalves, 2000:37)

Na discussão da humanização das práticas em saúde corre-se o risco, assim, de se proceder à naturalização de características de uma forma superada do trabalho médico, como “ideais”, chegando-se mesmo a vislumbrar, com saudosismo, em certos aspectos da atualidade certa sobrevivência daqueles elementos.

Exemplo dessa forma de leitura, a nosso ver, tem sido o recurso por alguns autores dessa temática à utilização, na crítica às práticas de saúde contemporâneas, da categoria da *dádiva* (Martins, 2003; Pinheiro, Guizardi, 2004).

Coerente com a idéia de “humanismo perdido” atualmente, em relação à medicina em momentos anteriores da história humana, centra-se recorrentemente a análise na necessidade de “resgates”, de “retornos”, a formas pretéritas de relações entre cuidador e demandador do cuidado sem, no entanto, proceder à análise entre essas relações e as sociedades que lhes deram origem. Ao desvincular *determinadas* práticas e relações entre os sujeitos dos contextos sócio-históricos nos quais foram produzidas e re-produzidas abrem-se as portas para a conformação de leituras “essencializadoras” dos fenômenos e processos sociais.

Os riscos e limites ao se tentar transpor uma forma de relação social pretérita, historicamente superada, do contexto societário em que se conformou para uma sociedade alicerçada em processos frontalmente distintos, por vezes antagônicos, ficam evidentes no trecho abaixo.

É importante registrarmos que a luta que se trava neste momento a favor de uma nova ecologia médica não visa abolir nem o modelo da sociedade medicalizada, de inspiração estatista, nem aquele da medicina mercantil, de inspiração neoliberal, que são atualmente os mais conhecidos no Ocidente. A luta pela reforma da instituição médica visa preservar as propostas básicas buscadas pelo Estado (a questão da universalidade dos direitos de todos os cidadãos a um cuidado médico) e pelo mercado (a questão da melhor qualidade e do menor preço dos serviços a serem obtidos por uma estrutura competitiva livre e aberta).

Essa luta objetiva, porém, abolir o que não funciona a contento nos modelos de gestão da saúde (MGS) dominantes. Um desses modelos, o da medicina mercantil norte-americana, demonstra ser economicamente oneroso e socialmente excludente, tanto no nível dos serviços como dos medicamentos ofertados no mercado; o outro modelo, o da sociedade medicalizada, presente em países que conheceram o sucesso do Estado do bem-estar, como a França, é muitas vezes tomado pela febre burocrática, dando mais valor aos regulamentos que aos doentes. (...)

A questão de fundo é saber como e por quais meios pode ser acelerado o processo de reforma da medicina oficial em favor de um novo modelo médico mais complexo e capaz de integrar a liberdade oferecida pelo mercado com a igualdade oferecida pelo Estado, devendo semelhante integração ser regida pelos princípios da justiça social e da solidariedade espontânea, que é estimulada pelo sistema da dádiva. (Martins, 2003:214-217)

Ao se restringir a análise ao plano das aparências, deixando-se de apreender o papel das determinações sociais mais profundas na conformação dos processos concebidos como desumanizadores na sociedade contemporânea, corre-se o risco de se incorrer em naturalização e, por conseguinte, em legitimação de elementos e relações que estão nas raízes daqueles processos que se pretende transformar. O desconhecimento dos nexos de determinação entre as relações sociais e seus efeitos, propicia esse movimento de reconhecimento da existência de “alguns” aspectos “positivos” nesse “capitalismo desumanizante”. Interessante é perceber, nesse caso, onde se localizariam tais positivities: na *igualdade* proporcionada pelo estado e na *liberdade* proporcionada pelo mercado!

Assim é que, em um movimento dos mais interessantes, a crítica “radical” a efeitos da sociedade capitalista, transforma-se na defesa de dois de seus principais pilares: o *mercado*, denominação abstrata do processo de reprodução ampliada do capital, e o *estado*,

instrumento legitimador máximo de tais relações sociais e regulador imprescindível das necessidades e conflitos daí advindos, entre os quais os expressos nas necessidades e práticas de saúde.

Fizemos questão de explicitar brevemente alguns elementos da tese defendida por esse autor a fim de demonstrar como sob a ampla temática atual da crítica à desumanização das práticas de saúde podem se encontrar elaborações de distintas, e por vezes antagônicas, orientações ético-epistemológicas. Com efeito, diferentes concepções e compreensões acerca da natureza dos processos desumanizadores nas práticas de saúde evidentemente encerrarão diferentes perspectivas ético-programáticas.

Puccini e Cecílio (2004) já ressaltavam a diversidade existente no *movimento humanizador* das práticas de saúde e a presença em seu interior de leituras “essencializadoras” e naturalizantes sobre a humanização.

Nessa diversidade conceitual de intenções e motivações, cresce uma tendência a se considerar a concretização da humanização e suas possibilidades de alcance como um processo dependente da incorporação de algo trazido de fora do homem como ser social, quer pela noção de Deus como origem ou fonte de uma essência perdida, quer da natureza com seus instintos racionais de qualidade, quer pelo resgate de uma essência humana eterna e imutável inerente a todos os indivíduos da espécie. O que têm em comum esses três caminhos é a resposta a problemas reais, com base em diagnósticos causais e soluções que diluem o caráter histórico-social tanto dos problemas quanto da própria idéia de humanização (Puccini, Cecílio, 2004:1347).

Como vimos demonstrando ao longo desse trabalho, pensamos que a construção de projetos que tenham como objeto de fato a humanização das práticas de saúde devem necessariamente estar alicerçados em concepções de *humanização da sociedade*. Essa concepção, ao localizar as raízes da desumanização nos processos alienadores, entende o

plano das relações interpessoais, como aquele entre profissional de saúde e usuário, como manifestação particular de uma totalidade mais ampla e complexa.

Ainda segundo essa concepção com a qual operamos, a totalidade social, embora complexa e multideterminada, possui um elemento cujo caráter ontológico é irrefutável. Qual seja: os processos através dos quais o humano produz sua existência como ser social – o *trabalho*. Afirmar isso significa ressaltar que nenhum processo de humanização pode ser buscado sem levar-se em consideração tal centralidade<sup>16</sup> na determinação dos modos de vida dos diferentes indivíduos e coletividades.

A atividade é atividade alienada quando assume a forma de uma separação ou oposição entre “meios” e “fim”, entre “vida pública” e “vida privada”, entre “ser” e “ter”, e entre “fazer” e “pensar”. Nessa oposição alienada, “vida pública”, “ser” e “fazer” se tornam subordinados como simples meios para o fim alienado da “vida privada” (“gozo privado”), do “ter”, e do “pensar”. A autoconsciência humana, em lugar de atingir o nível de verdadeira “consciência genérica”, nessa relação – em que a vida pública (a atividade vital do homem como ser genérico) é subordinada, como um meio para um fim, à mera existência privada – torna-se uma consciência atomística, a consciência alienada-abstrata do simples “ter”, identificado com o gozo privado. E dessa maneira, já que a marca da *atividade livre* que distingue o homem do mundo animal é a *consciência prática* (não-abstrata) do homem como ser humano “automedador” (isto é, criativo, não apenas “gozando” passivamente), a realização da liberdade humana como finalidade do homem torna-se impossível, porque seu fundamento – a atividade vital do homem – se tornou um simples meio para um fim abstrato. (Mészáros, 2006:167-168)

Desse modo, diferentemente de concepções que vislumbram a possibilidade de uma vida mais rica somente relacionada ao plano do não-trabalho, ao plano da fruição e do ócio, pensamos como Antunes (2006:175), que:

---

<sup>16</sup> Cabe sempre aqui a necessária ênfase no reconhecimento da existência da dialética humanização-alienação permeando todas as esferas da socialidade, inclusive aquelas não diretamente relacionadas ao trabalho. Isso porque a relação objetivação-apropriação é compreendida por nós como a dinâmica fundamental da formação do gênero humano e dos indivíduos, sendo o trabalho apenas uma, ainda que a principal, manifestação dessa dinâmica. Porém, como nosso objeto aqui se refere ao trabalho em saúde, não poderemos nos deter a essas outras também interessantes e ricas temáticas.

Uma vida cheia de sentido *fora* do trabalho supõe uma vida dotada de sentido *dentro* do trabalho. Não é possível compatibilizar trabalho *assalariado, fetichizado e estranhado* com *tempo (verdadeiramente) livre*. Uma vida desprovida de sentido no trabalho é *incompatível* com uma vida cheia de sentido fora do trabalho. Em alguma medida, a esfera fora do trabalho está *maculada* pela *desefetivação* que se dá no interior da vida laborativa.

Essa constatação é ainda mais importante quando analisamos especificamente o caso dos trabalhadores da saúde. Com sua multiplicidade de empregos, extensão de jornadas, intensificação do trabalho e grau de desgaste e sofrimento psíquico advindo das formas como se constituem suas atividades, a esfera de não-trabalho representa de fato, e cada vez mais, apenas o “espaço-tempo de restauração” da capacidade de trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Quando lerem seus papéis  
Pesquisando, dispostos ao assombro  
Procurem o Velho e o Novo, pois o nosso tempo  
É o tempo de nossos filhos  
É o tempo das lutas do Novo com o Velho*  
Bertold Brecht (Procura do Vellho e do Novo)

Embora não tenha se constituído em objeto dessa tese a “formulação” de “propostas” ou “diretrizes” com vistas à humanização dos processos de trabalho em saúde, o desenvolvimento da pesquisa “quase naturalmente” “deságua”, senão em propostas, ao menos em “questões derivadas” com tal sentido. Listamos abaixo algumas dessas “constatações programáticas” de forma bastante sintética, visto que suas raízes se encontram analisadas e aprofundadas ao longo da tese.

– *A necessidade de (re)centramento dos sujeitos no interior dos processos produtivos em saúde.* Uma das características da alienação, como vimos, é a *reificação* dos instrumentos e meios de trabalho (intermediários) concomitante e relacionadamente ao *descentramento* dos agentes no interior do processo de trabalho. Esse processo, expressão particular do processo mais geral de subordinação do *trabalho vivo* pelo *trabalho morto*, dos sujeitos por suas produções, embora não chegue a se realizar em sua integralidade em razão das peculiaridades do trabalho em saúde, colabora para a consolidação de uma dinâmica cada vez mais “mecanizadora”, “impessoalizante” e ineficiente em seu interior. Faz-se necessário, portanto, reforçar as iniciativas que propiciem o desenvolvimento do *agir autoconsciente*, o fortalecimento do caráter reflexivo e criador do trabalho, como manifestação dos sujeitos na forma de protagonistas de sua *atividade vital*. Não se deve ver

nessa afirmação, atenção, uma defesa abstrata da “autonomia”; aliás acerca dessa Mészáros (2006:244) nos alerta:

Buscar o remédio na “autonomia” é estar no caminho errado. Nossos problemas não resultam de uma falta de “autonomia”, e sim, ao contrário, de uma estrutura social – um modo de produção – que impõe ao homem um *culto* dela, isolando-o dos outros homens. A pergunta vital, que deve ser formulada sobre a autonomia, é: o que se pode *fazer* com ela? Se apenas a “temos”, como uma “faculdade psicológica”, um aspecto da “estrutura do caráter”, ou como um direito limitado à esfera da “privacidade”, para todas as razões práticas isso equivale à mesma coisa que simplesmente *não* a ter.

Ser capaz de fazer alguma coisa por meio da “autonomia” envolve necessariamente “o outro”. Em conseqüência, a única forma de “autonomia” que vale a pena examinar é a “autonomia” *não-autônoma*. Em outras palavras: a “autonomia” humanamente significativa não é, na realidade, diferente da *reciprocidade social*, no curso do qual os indivíduos envolvidos uns com os outros adaptam-se *mutuamente* às condições determinadas de intercâmbio e, ao mesmo tempo, conservam o poder de iniciativa. Se tal reciprocidade existe ou não, depende do caráter da estrutura social dada. É, portanto, muito enganoso reduzir esse problema – que envolve muitos fatores econômicos, políticos, sociais, educacionais etc. – ao *slogan* psicológico oco, da “palavra ‘autonomia’ obscuramente sugerida”.

Claramente o culto do indivíduo – ele mesmo um produto da alienação – não pode oferecer nenhum antídoto contra a alienação e reificação. Só pode ampliar o abismo que separa o homem, no capitalismo, de sua integração social.

Logo, como ressaltam Ribeiro e Schraiber (1994) trata-se da difícil, mas necessária, síntese entre autonomia técnica ao nível da prática, aspecto necessário no trabalho médico e em saúde, em função do grau de incerteza que contém, que coloca os agentes como sujeitos criadores na práxis, e a necessidade de regulação, entendida como controle democrático, sobre os processos de trabalho em saúde. O guia para tal síntese deve ser o que os autores chamam de *compromisso social* da prática médica que, a nosso ver, se refere à alusão que Mészáros faz à *reciprocidade social* como critério último de valor na organização das práticas sociais.

Evidentemente tal movimento não é mais possível com os mesmos pressupostos do trabalho médico artesanal e isolado de um século atrás. Esse protagonismo e controle sobre

os instrumentos e condições de trabalho, cada vez mais desenvolvidos, somente são possíveis como obra do trabalhador coletivo em saúde. O que nos leva a outra constatação.

– *A necessidade de ampliação do controle sobre os processos produtivos em saúde pelos sujeitos envolvidos.* A subordinação do trabalho morto pelo trabalho vivo passa necessariamente pela superação de formas heterônomas de controle dos processos de trabalho por formas não somente “mais democráticas”, mas pela construção efetiva de práticas auto-gestionárias, expressão no plano coletivo do devir *autodeterminado* dos sujeitos (Lacaz, Sato, 2006). A gestão coletiva dos processos produtivos pelos trabalhadores da saúde apresenta-se como alternativa à impossibilidade de retorno aos antigos graus de autonomia técnica e mercantil historicamente superados com a socialização do trabalho e o aprofundamento da divisão técnica. Diferentemente, portanto, de uma defesa corporativa e conservadora das “autonomias profissionais”, muito em voga atualmente, a superação da reificação exige técnica e socialmente o compartilhar coletivo do controle das práticas de saúde por quem as produz. Visto que as práticas de saúde são necessariamente práticas relacionais, não somente entre seus agentes, mas também entre cuidador e demandador do cuidado, cabe ressaltar o papel que também devem desempenhar esses últimos nessas novas e necessárias experiências co-gestionárias (Campos, 1998, 2003; Cecílio, 1999). Essas são condições fundamentais para a superação, no plano concreto das práticas sociais, do antagonismo entre *causalidade* e *teleologia*, entre necessidades socialmente constituídas e agir autodeterminado dos sujeitos, antagonismo este fruto das relações sociais reificadas.

– *A necessidade de se reforçar as iniciativas universalizantes do acesso aos serviços de saúde.* Se é verdade que a propagada igualdade formal expressa e ideologicamente reproduzida pelo estado constitui-se como importante sustentáculo das relações sociais estabelecidas, também não o deixa de ser o fato de que a luta pelo estabelecimento de setores da produção social de bens e serviços sob controle exclusivo estatal abre perspectivas de politização acerca do caráter das necessidades sociais. A compreensão da saúde como *direito humano-genérico* que não pode estar subsumido à forma *mercadoria* pode contribuir para colocar em questão na sociedade a própria legitimidade dessa forma – mercantil – de relação social no atendimento aos carecimentos humanos. Tal possibilidade será sempre maior à medida que além de *estatização* se possibilite a *socialização e planificação social* dos processos produtivos em saúde, ou seja, à medida que se procure compatibilizar a superação de formas heterônomas de gestão dentro do aparelho estatal, em favor de formas coletivas sob controle dos trabalhadores e usuários dos serviços, com o controle social mais amplo possível da sociedade sobre o sistema de saúde. A profundidade de tal perspectiva nem de longe pode ser confundida com as atuais formas burocráticas, estéreis e legitimadoras reunidas sob a denominação de *controle social* do Sistema Único de Saúde, em que pese às respeitáveis intenções de muitos de seus defensores e elaboradores (Feuerwerker, 2005; Santos, 2008).

– *A necessidade de se excluir o setor saúde do ciclo direto de acumulação e reprodução do capital.* Além da luta pela socialização dos serviços diretos de saúde, a superação da reificação exige que a própria produção de meios de trabalho – fármacos, equipamentos, hospitais etc. – não esteja subsumida à dinâmica da acumulação capitalista. A superação da saúde sob a forma mercadoria não é possível com a manutenção do

complexo médico-industrial, por exemplo, como ator decisivo na elaboração e produção das práticas de saúde. Afirmar isso significa advogar a necessidade de a própria produção científico-tecnológica passar a se desenvolver sob controle social como condição indispensável para a superação da relação de alienação entre sujeitos e práticas científicas.

– *A necessidade de superação das dinâmicas reprodutoras da medicalização social.*

A superação da alienação envolvendo as necessidades de saúde encerra necessariamente a constituição de projetos e práticas sociais que problematizem e enfrentem o processo crescente de medicalização social. Contribuir para que os sujeitos e coletividades superem a alienação em relação ao gênero humano, construindo-se como protagonistas de seu devir, envolve a politização acerca das determinações dos processos geradores de sofrimento e suas formas de abordagem pela sociedade. Somente assim a idéia de saúde poderá também deixar de se restringir à idéia de consumo de serviços de saúde (leia-se serviços abordadores das doenças) para passar a significar também, e fundamentalmente, a busca pela constituição de vidas mais plenas de sentido.

– *A constituição de novos sujeitos.* A possibilidade de constituição dos indivíduos como protagonistas críticos de seu *estar sendo* no mundo deve ser o objetivo último de práticas de saúde que se pretendam negadoras da alienação. Os modos de apropriação das objetivações humanas pelos indivíduos precisam superar a forma *paciente-consumidor* para se constituir em mecanismos através dos quais eles possam estabelecer relações verdadeiramente conscientes com o gênero, contribuindo, assim, para que o enriquecimento deste se manifeste também no devir daqueles. Somente assim as práticas de saúde poderão

realizar-se, tanto ao nível dos agentes quanto dos usuários, como contribuições para a constituição do que Lukács (1981a) denomina como *homem inteiro* (Ganzermensch).

Todas essas “constatações programáticas” resumidamente sintetizadas acima devem ser lidas tendo como referência duas perspectivas.

Primeiro sob o ponto de vista de *humanização* dos indivíduos, em geral; referimos-nos aqui ao processo de apropriação pelos indivíduos de objetivações humanas historicamente constituídas, o que progressivamente os *socializa*, os “atualiza”, em maior ou menor grau, em relação ao estágio em que se encontra o desenvolvimento da humanidade. Isso pode se expressar, por exemplo, na garantia de maior acesso pela população em geral aos serviços de saúde, na garantia de serviços com melhor qualidade e maior resolutividade, na integralidade da atenção, que contribui para essa maior resolutividade, na “abertura” mais democrática dos profissionais e instituições para “absorção” dos carecimentos expressos pelos usuários etc. Para tanto, a experiência tem demonstrado que os processos de universalização que se realizam sob a forma estatal têm maior possibilidade de efetividade, tendo, portanto, maior potencialidade humanizadora quando se tem por referência o conjunto da população<sup>1</sup>. Esse movimento significa o reforço à dimensão humanizadora da dialética humanização-alienação por nós analisada.

A segunda perspectiva que se deve ter em vista ao analisar as “constatações programáticas” acima listadas refere-se às possibilidades de desenvolvimento de projetos, relações e práticas cujo motor se encontra na busca de um devir, não apenas *humanizador*,

---

<sup>1</sup> Vide, por exemplo, a comparação entre os países do capitalismo central, os ditos “países desenvolvidos”, tendo por referência as diferenças entre o modelo privatizado estadunidense e os modelos europeus de bem estar social.

mas *emancipador* dos sujeitos. Essa segunda perspectiva somente pode existir a partir da *superação* da anterior – humanização –, sendo que como *superação*, ou *suprassunção* (*Aufhebung*), deve-se compreender o movimento que, ao mesmo tempo em que *abole* o estado anterior, o *eleva* a um patamar qualitativamente superior (Lefebvre, 1991; Marx, 2004; Mészáros, 2006).

Essas duas perspectivas não devem ser tomadas nem como iguais, nem como antagônicas, portanto, senão como manifestações contraditórias de um mesmo movimento, permeado tanto por acúmulos quanto por rupturas, que a totalidade social impele. Tentemos diferenciá-las melhor.

Projetos que tenham por objeto central, por exemplo, a construção de sistemas e serviços de saúde que garantam o acesso universal e a qualidade no atendimento às necessidades dos usuários, embora, a nosso ver, se constituam em projetos de caráter necessariamente humanizador, como consideramos acima, podem não se constituir como “miradores” de práticas emancipatórias, necessariamente. Garantir o atendimento das necessidades dos indivíduos não contém necessariamente a perspectiva de “problematização” e politização a respeito das determinações desses carecimentos e de suas respectivas formas de abordá-los, por exemplo. A universalização da assistência pode ter como um de seus resultados possíveis, e prováveis, a ampliação da medicalização social e suas implicações, como o direcionamento dos esforços da sociedade para a manutenção de determinadas formas de atender as necessidades que, em última instância, às reproduzem como reificadas e naturalizadas. Por outro lado, não se pode vislumbrar a constituição de relações sociais emancipadoras dos sujeitos que não impliquem necessariamente a *socialização* do acúmulo histórico do gênero humano ao nível dos indivíduos concretos que o constroem. Por isso, entendemos as perspectivas humanizadoras, como a universalização

do acesso aos serviços, como um cenário necessário, mas não suficiente para a produção de práticas emancipatórias.

As iniciativas pela garantia do acesso aos serviços de saúde trazem em si uma luta latente. Tal “luta” traz como seu conteúdo, muitas vezes inconsciente, a busca dos sujeitos por apropriarem-se das objetivações humanas, desse acúmulo sintetizado no gênero, utilizando-o no plano concreto da práxis onde seu sujeito pode, complexificando-se e enriquecendo-se, estabelecer uma relação, não *muda*, mas *consciente* com a genericidade. O caráter das relações sociais hegemônicas impele, todavia, tal movimento em direção contrária, ou seja, conforma a tendência de subordinação dos sujeitos pelas objetivações, o que, se não os afasta do gênero, faz com que estabeleçam uma relação alienada com ele, fazendo com que tenda a predominar a *genericidade-em-si*, o mero acesso acrítico ao “consumo”, ao “ter”.

É desse cenário de luta permanente que podem emergir, e emergem, projetos e práticas de caráter emancipatório, ou seja, práticas que miram o “armar” dos sujeitos a fim de protagonizar seu *estar sendo* no mundo através do estabelecimento uma relação consciente com o gênero, uma relação onde predomine a *genericidade-para-si*. Não se deve imaginar que essa discussão se refira a um plano da individualidade tomada como abstração, visto que:

A satisfação humana é inconcebível em abstração do *indivíduo real*. Em outras palavras: a “apropriação humana sensível” ou “autoconfirmação” é inconcebível sem o gozo humano individual. Somente o indivíduo humano real é capaz de realizar a *unidade dos opostos* (vida pública-vida privada; produção-consumo; fazer-pensar; meios-fins), sem a qual não tem sentido falar em superação da alienação. Essa unidade significa não só que a vida privada tem de adquirir a consciência prática de seu embasamento social, mas também que a vida pública tem de ser personalizada, isto é, tem de tornar-se o modo natural de existência do indivíduo real; não somente o consumo passivo deve transformar-se em consumo criativo (produtivo, enriquecedor do homem), mas também a produção deve tornar-

se gozo; não só o “ter” abstrato sem sujeito deve adquirir um ser concreto, mas também o ser ou “sujeito físico” não se pode transformar num ser humano real sem “ter”, sem adquirir a “capacidade não-alienada da humanidade”; não só o pensar a partir da abstração deve tornar-se pensamento prático, relacionado diretamente com as necessidades reais – e não-imaginárias ou alienadas – do homem, mas também o “fazer” deve perder seu caráter coercitivo e inconsciente e tornar-se atividade livre autoconsciente. (...)

Uma vez que apenas como necessidade positiva, como necessidade interior, o trabalho é *gozo*, então a auto-realização, a plenitude humana, é inseparável do aparecimento dessa necessidade positiva. A *liberdade* é, assim, a realização da finalidade própria do homem: a *auto-realização no exercício autodeterminado e externamente não-impeditivo dos poderes humanos*. Como autodeterminação, a base desse exercício livre dos poderes humanos não é um “imperativo categórico” abstrato, que permanece *exterior* ao ser humano real, mas uma necessidade positiva efetivamente existente de trabalho *humano* auto-realizador. Assim, os meios (trabalho) e fins (necessidade) desse *processo* de humanização transformam-se mutuamente em atividade verdadeiramente humana, feita de gozo e auto-realização, por intermédio da qual poder e finalidade, meios e fins, surgem numa unidade natural (humana). (Mészáros, 2006:169-170)

Destarte, a problemática da alienação ao nível das práticas e processos de trabalho em saúde, com suas inegáveis implicações desumanizadoras, e os possíveis movimentos no sentido de sua superação, ao mesmo tempo em que possuem bases objetivas postas pela dinâmica das relações sociais existentes, também são fruto do “posicionar-se no mundo” dos indivíduos, ou seja, estão diretamente relacionados à dimensão ético-política do agir, encontrando-se, essas duas dimensões, dialeticamente inter-relacionadas.

Buscamos ao longo dessa tese ressaltar essa problemática e algumas de suas implicações para os projetos e práticas que vislumbrem na luta pela *humanização da saúde*, também a tentativa de constituição pelos sujeitos de modos de vida mais ricos e plenos de sentido, permeados pela *autoconsciência*, *autodeterminação* e *omnilateralidade*, processo sem o qual, a nosso ver, qualquer tentativa de humanização das práticas de saúde pode se mostrar inevitavelmente frustrante.

## ANEXO

### ROTEIRO – História de Vida Profissional

1. História familiar, infância e escolarização. Concepções sobre a profissão médica e razões da escolha.
2. Ingresso na Faculdade, o tempo de estudante, escolhas curriculares e ‘currículo paralelo’. Definição da área de especialidade profissional.
3. A vida de trabalho: história do exercício profissional.
  - 3.1 Inserções no mercado de trabalho - jornada; cronologia e composição de situações; instalação do consultório
  - 3.2 Clientela - caracterização geral, captação e manutenção; casos frequentes; casos difíceis e fáceis
  - 3.3 Instrumentos de trabalho - recursos diagnósticos e terapêuticos de uso corrente ou raro; equipamentos incorporados, acessos a recursos alheios
  - 3.4 A consulta - procedimentos de abordagem, decisão clínica e intervenção sobre o paciente; duração; registro; retorno; altas
  - 3.5 Serviços complementares - articulação com outros serviços de consultório; ambulatoriais; hospitalares
  - 3.6 Assistência de urgência - atendimento domiciliar; emergências e urgências
  - 3.7 Trabalho associativo - formação de equipes; sociedades
  - 3.8 Acontecimentos marcantes da prática clínica e profissional
  - 3.9 Atualização médica - conhecimentos e tecnologias
4. Apreciação sobre a vida profissional. Opiniões sobre as escolhas de especialidade, a prática clínica e seu exercício da profissão
5. A profissão de médico. Concepção de identidade e valor

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes AA.; Martins LM. A produção do conhecimento científico: relação sujeito-objeto e desenvolvimento do pensamento. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2007; 11(22): 313-25.
- Achutti A.; Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004; 9(4): 833-40.
- Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004; 9(4): 865-84.
- Almeida-Filho N; Coutinho D. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; Rio de Janeiro, 17(1): 95-137.
- Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- Amorim C. Síndrome de Burnout em fisioterapeutas e acadêmicos de fisioterapia. In: Benevides-Pereira AMT. (org) *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
- Anderson P. *As origens da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999.
- Andrade LHS.; Viana MC.; Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de psiquiatria clínica (São Paulo)*. 2006; 33(2): 43-54.
- Antunes R. *Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez-Unicamp; 1995.
- Antunes R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial; 2006.
- Arouca S. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- Ayres JRCM. O problema do conhecimento verdadeiro na epidemiologia. *Rev. Saúde Pública*. 1992; 26(3): 206-14.
- Ayres JRCM. Elementos históricos e filosóficos para a crítica de epidemiologia. *Rev. Saúde Pública*. 1993; 27(2): 133-44.
- Ayres JRCM. Interpretação histórica e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. *Rev. Saúde Pública*. 1994; 28(4): 311-9.

Ayres JRCM. Risco e imponderabilidade: superação ou radicalização da sociedade disciplinar? *Cad. Saúde Pública*. 2001a; 17(6): 1277-311.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001b; 6(1): 63-72.

Ayres JRCM. *Epidemiologia e emancipação*. 2ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2002.

Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 549-60.

Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes S. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1988.

Barbosa GA. et al. (coord.). *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2007.

Basaglia F. *Escritos selecionados: em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

Benevides R.; Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005a; 10(3): 561-71.

Benevides R.; Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2005b; 9(17): 389-406.

Benevides-Pereira AMT. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Bertalanffy L. *Problems of life: an evaluation of modern biological thought*. Londres: Watts & Co; 1952.

Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2004.

Bosi E. *Memória e sociedade*. Lembranças de velhos. São Paulo: T. A. Queiroz; 1983.

Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde; ProgeSUS/MS; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; IBGE; IPEA; Fiocruz; MS; ANS. *Economia da Saúde: uma perspectiva macro-econômica (2000-2005)*. Estudos e Pesquisas: informação econômica nº 9. Rio de Janeiro; 2008.

Braverman H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora; 1987.

Breilh J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: Editora da Unesp-Hucitec; 1991.

Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Breilh J.; Granda E. *Saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico*. 2ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Cortez-Abrasco; 1989.

Burt E. A. *As bases metafísicas da ciência moderna*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1983.

Buss PM. Globalização, pobreza e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(6): 1575-89.

Butterfield H. *As origens da ciência moderna*. Lisboa: Edições 70; 1991.

Caldeira TPR. *A política dos outros: o cotidiano dos moradores da periferia e o que pensam do poder e dos poderosos*. São Paulo: Brasiliense; 1984.

Camargo AA. O ator, o pesquisador e a história: impasses metodológicos na implantação do centro de pesquisa e documentação de história contemporânea do Brasil. In: Nunes EO. (org.). *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.; 1978.

Camargo Jr KR. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003.

Camargo Júnior KR. A relevância do uso de técnicas qualitativas em pesquisas sobre a biomedicina. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008; 13(4): 1327-30.

Camargo Júnior KR.; Uchôa AC. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 0343 (prelo).

Campos GWS. *Reforma da Reforma*. São Paulo: Hucitec; 1992.

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*. 1998; 14 (4): 863-70.

Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.

Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2005; 9(17): 389-406.

Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1995.

Caprara A.; Franco ALS. A relação paciente–médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15: 647-54.

Carapinheiro G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 2ª ed. Porto, Portugal: Edições Afrontamento; 1993.

Carneiro MB.; Gouveia VV. (coord.). *O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2004.

Casate JC.; Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2005; 13(1): 105-11.

Cecílio LCO. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*. 1997; 13(3): 469-78.

Cecílio LCO. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*. 1999; 4 (2): 315-29.

Cecílio LCO. Necessidades de saúde das pessoas como eixo para a integração e a humanização do atendimento na rede básica. In: Pimenta AL. (org.) *Saúde e humanização: a experiência de Chapecó*. São Paulo: Hucitec–Prefeitura de Chapecó; 2000.

Chauí M. *O que é ideologia*. São Paulo: Abril Cultural-Brasiliense; 1984.

Clarke AE.; Shim JK.; Mamo L.; Fosket JR.; Fishman JR. Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and u. s. biomedicine. In: Conrad P. *The sociology of health & illness: critical perspectives*. 7th edition. New York: Worth Publishers; 2005.

Clavreul J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense; 1983.

Conselho Federal de Medicina. *O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Carneiro MB.; Gouveia VV. (coord.). Brasília; 2004.

Conselho Federal de Medicina. *A saúde dos médicos no Brasil*. Barbosa GA. et alli (coord.). Brasília; 2007.

Conti L. Estrutura Social y Medicina. In: Aloisi M.; Berlinguer G.; Conti L.; Massuco-Costa A.; Misiti R.; Mondella F.; Omodeo P.; Piersanti F.; Seppilli T.; Somenzi V.; Vegetti M. *Medicina Y Sociedad*. Barcelona: Fontanella; 1972.

Corazza G. O todo e as partes: uma introdução ao método da economia política. *Estudos econômicos*. 1996; 26 (n. especial): 35-50.

Costa JF. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Czeresnia D.; Ribeiro AM. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(3): 595-617.

Czeresnia D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(2): 447-55.

Dalmaso ASW. Análise de transformações da técnica em medicina: reflexões sobre uma proposta metodológica. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2000; 4(6): 49-60.

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004; 9(1): 7-13.

Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005a; 10(3): 615-26.

Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2005b; 9(17): 389-406.

Deslandes SF. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes SF. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Donnagelo MCF. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Livraria Pioneira; 1975.

Donnagelo MCF. Saúde e Sociedade. In: Donnagelo MCF.; Pereira L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1976.

Duarte N. *A individualidade para-si: contribuição para uma teoria histórico-social da formação do indivíduo*. Campinas: Autores Associados; 1993.

Fernandes F. *Ensaio de sociologia geral e aplicada*. 2ª ed. São Paulo: Pioneira; 1971.

Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico- paciente? *Cadernos de Saúde Pública*. 1993; 9: 21-7.

Feuerwerker LM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – comunicação, saúde, educação*. 2005; 9(18): 489-506.

Foucault M. *Microfísica do poder*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1984.

Foucault M. *O nascimento da clínica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense universitária; 1994.

Freidson E. *Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead and Company; 1970.

Freidson E. Professional Dominance and the ordering of health services: some consequences. In: Conrad P.; Kern R. *The sociology of health and illness: critical perspectives*. 2nd edition. New York: St. Martins Press; 1986.

Gadamer HG. *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70; 1997.

Gallian DMC. A (re) humanização da medicina. *Psiquiatria na Prática Médica*. 2000; 33: 5-8.

Garcia JC. (Nunes EN. org.). *Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez; 1989.

Gastaldo D. Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2005; 9(17): 389-406.

Germer CM. A relação abstrato/concreto no método da economia política. In: Corazza G. *Métodos da ciência econômica*. Porto Alegre: Ed. UFRGS; 2003.

Gomes RM. *As mudanças no mundo do trabalho e a qualificação do trabalho em saúde*. [dissertação]. Curitiba: Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná; 2006.

Gomez CM.; Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas - velhas questões. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10 (4): 797-807.

Good BJ. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge University Press; 1994.

Gramsci A. *A concepção dialética da história*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1987.

Habermas J. *Técnica e Ciência como Ideologia*. Lisboa: Edições 70; 1987.

- Harvey, D. *A condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola; 2004.
- Heller A. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Península; 1986.
- Heller A. *Sociologia de la vida cotidiana*. 3ª ed. Barcelona: Península; 1991.
- Heller A. *O cotidiano e a história*. 7ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
- Iasi ML. *O dilema de Hamlet: o ser e o não ser da consciência*. São Paulo: Viramundo; 2002.
- Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1975.
- Japiassu H. *A revolução científica moderna*. Rio de Janeiro: Imago; 1985.
- Kosik K. *Dialética do Concreto*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.
- Koyré, A. *Considerações sobre Descartes*. Lisboa: Presença; 1986.
- Kuhn TS. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva; 1989.
- Lacaz FAC. O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001; 6 (1): 233-42.
- Lacaz FAC.; Sato L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: Deslandes SF. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
- Lacerda A.; Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro R.; Mattos RA. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco-IMS/UERJ; 2004.
- Laurell AC.; Noriega M. *Processo de produção e saúde*. Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
- Lefebvre H. *A Re-produção das Relações de Produção*. Porto: Publicações Escorpião; 1973.
- Lefebvre H. *Lógica formal, lógica dialética*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1991.
- Leontiev A. *O desenvolvimento do psiquismo*. Lisboa: Livros Horizonte; 1978.
- Lessa S. *Trabalho e ser social*. Maceió: EUFC-EDUFAL; 1997.

Lowy M. *As aventuras de Karl Marx contra o barão de Münchhausen: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento*. São Paulo: Busca Vida; 1987.

Lukács G. *Os princípios ontológicos fundamentais de Marx*. São Paulo: Ciências Humanas; 1979.

Lukács G. *L'estraniamento, Ontologia Dell'Essere Sociale*. Versão italiana de Alberto Scarponi, a partir da cópia datilográfica da redação em alemão, preparada por Ferenc Bródy e Gábor Révai e revista por G. Lukács. 1ª ed. Tradução de Maria Norma Alcântara Brandão de Holanda. Roma: Editori Riuniti; 1976-1981a.

Lukács G. *IL momento ideale nell' economia e sulla ontologia del momento ideale*. In: *Ontologia Dell'Essere Sociale*. Versão italiana de Alberto Scarponi, a partir da cópia datilográfica da redação em alemão, preparada por Ferenc Bródy e Gábor Révai e revista por G. Lukács. 1ª ed. Tradução de Maria Angélica Borges com a colaboração de Silvia Salvi. Roma: Editori Riuniti; 1981b.

Lukács G. *História e consciência de classe: estudos sobre a dialética marxista*. São Paulo: Martins Fontes; 2003.

Luz MT. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 2ª ed. revista. Rio de Janeiro: Graal; 2004.

Machado MH. *Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão*. [tese] Rio de Janeiro: IUPERJ; 1996.

Machado de Assis JM. *O alienista*. Porto Alegre: L&PM; 1998.

Mandel E. *O capitalismo tardio*. 2ª ed. São Paulo: Nova Cultural; 1985.

Martins LM. *A formação social da personalidade do professor: um enfoque vigotskiano*. Campinas: Autores Associados; 2007.

Martins MCFN. Humanização da saúde. *Ser Médico*. 2002; (18): 27-9.

Martins PH. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes; 2003.

Marx K. *Capítulo VI inédito de O Capital: resultados do processo de produção imediata*. São Paulo: Moraes; 1979.

Marx K. *O capital: crítica da economia política*. Livro 1. 18ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.

Marx K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo; 2004.

Marx K.; Engels F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo; 2007.

Mattos RA. Cuidado prudente para uma vida decente. In: Pinheiro R.; Mattos RA. (orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2004.

Mckinlay JB.; Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. In: Conrad P. *The sociology of health & illness: critical perspectives*. 7th edition. New York: Worth Publishers; 2005.

Mechanic D. Changing medical organization and erosion of trust. In: Conrad P. *The sociology of health & illness: critical perspectives*. 7th edition. New York: Worth Publishers; 2005.

Mendes-Gonçalves RB. *Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1979.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades, *Cadernos Cefor*. 1992; 1. (Cefor/ SMS. Série Textos).

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-Abrasco; 1994.

Mendes-Gonçalves RB.; Schraiber LB.; Nemes MIB. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: Schraiber LB. (org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec; 1990.

Menegaz FDL. *Características da incidência de Burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública*. [dissertação]. Florianópolis: Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.

Merhy EE. *O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo*. 2ª ed. Campinas: Papyrus; 1987.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE.; Onocko R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.

Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2000; 6: 109-16.

Merhy EE.; Chakkour M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE.; Onocko R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.

Mészáros I. *Para além do capital*. São Paulo: Boitempo; 2002.

Mészáros I. *O poder da ideologia*. São Paulo: Boitempo; 2004.

- Mészáros I. *A teoria da alienação em Marx*. São Paulo: Boitempo; 2006.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
- Minayo MCS; Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*. 1993; 9 (3): 239-62.
- Monte F. *As bases do raciocínio médico*. Rio de Janeiro: Papel Virtual; 2000.
- Nascimento Sobrinho et al. Transformações no Trabalho Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2005; 29(2): 129-35.
- Nogueira RP. *Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica*. [dissertação] Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1977.
- Nogueira RP. *Capital e trabalho nos serviços de saúde*. Brasília; 1979.
- Nogueira RP. A força de trabalho em saúde no contexto da Reforma Sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*. 1987; 3(3): 332-42.
- Nogueira RP. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2003; 7(12): 185-90.
- Nunes ED. Saúde coletiva: história e paradigmas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 1998; 3: 107-114.
- Oliveira B. A dialética do singular-particular-universal. In: Abrantes AA.; Silva NR.; Martins STF. (orgs.) *Método histórico-social na psicologia social*. Petrópolis-RJ: Vozes; 2005.
- Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. [tese]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
- Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. 2001; 35(1): 103-9.
- Pereira L. Capitalismo e Saúde. In: Donnangelo MCF.; Pereira L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1976.
- Pinheiro R.; Guizardi FL. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: Pinheiro R.; Mattos RA. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2004.

Pires D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT, Annablume; 1998.

Polack JC. *La medicina del capital*. Madrid: Fundamentos; 1971.

Possas C. *Saúde e Trabalho: a crise da previdência social*. Rio de Janeiro: Graal; 1981.

Possas C. *Epidemiologia e sociedade*. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1989.

Puccini PT.; Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(5): 1342-53.

Queiroz MIP. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. *Ciência e Cultura*. 1987; 39(3): 272-86.

Ranieri J. *A câmara escura: alienação e estranhamento em Marx*. São Paulo: Boitempo; 2001.

Ribeiro JM. *Trabalho Médico: ciência, arte e ação na conformação da técnica*. [doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde; 1995.

Rosen G. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Rosen G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec-Unesp-Abrasco; 1994.

Samaja J. *A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.

Santos NR. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, busca e escolhas de rumos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008; 13(2): 2009-18.

Sartre JP. *Crítica da razão dialética*. Rio de Janeiro: DP&A; 2002.

Saviani D. A perspectiva marxiana e o problema da subjetividade/individualidade. In: Duarte N. (org.). *Crítica ao fetichismo da individualidade*. Campinas: Autores Associados; 2004.

Schraiber LB. *Educação Médica e Capitalismo*. Estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1989.

Schraiber LB. *O médico e seu trabalho*. Limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.

Schraiber LB. (org.) *Programação em Saúde Hoje*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1993b.

Schraiber LB. O Trabalho Médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cadernos de Saúde Pública*. 1995a; 11(1): 57-64.

Schraiber LB. Políticas Públicas e Planejamento nas Práticas de Saúde. *Saúde em Debate*. 1995b; 47: 28-35.

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*. 1995c; 29(2): 63-74.

Schraiber LB. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. Divulgação em *Saúde para Debate*. 1996; 12: 45-50.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*. 1997; 1(1): 123-40.

Schraiber LB. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec; 2008.

Schraiber LB. *Serviços de Saúde e Cidadania: dilemas e desafios dos profissionais de saúde com os direitos reprodutivos das mulheres*. Conferência proferida a convite da Cátedra de Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Gênero da Faculdade de Psicologia da Universidade da República, Ministério de Saúde Pública, Mulher e Saúde do Uruguai. Montevideu; 2009.

Schraiber LB.; Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde a atenção primária. In Schraiber LB.; Nemes MIB.; Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

Silva-Júnior AG. *Modelos tecnoassistenciais em Saúde: debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1998.

Soares CER. Humanização da medicina. *An. Acad. Nac. Med*. 1999; 159: 53-9.

Spink MJP. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17(6): 1277-311.

Sweezy PM.; Dobb M. et. al. *Do feudalismo ao capitalismo*. Lisboa: Dom Quixote; 1971.

Tamayo MR.; Argolo, JCT.; Borges LO. Burnout em profissionais de saúde: um estudo com trabalhadores do município de Natal. In Borges LO. (orgs.) *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

Teixeira CF. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004; 9(4): 841-50.

Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2006; 10(20): 347-62.

Testa M. Planejamento em saúde: determinações sociais. In: Nunes ED. (org.) *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. OPAS; 1985.

Tucunduva LTCM.; Garcia AP.; Prudente FVB.; Centofanti G.; De Souza CM.; Monteiro TA.; Vince FAH.; Samano ET.; Gonçalves MS.; Del Giglio A. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2006; 52: 108-12.

Vázquez AS. *Filosofia da práxis*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.

Velho G. Observando o familiar. In: Nunes EO. (org.) *A Aventura Sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.; 1978.

Vianna CMM. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2002; 12(2): 375-90.

Vigotski LS. *A formação social da mente*. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

Zola IK. Medicine as an institution of social control. In: Conrad P. *The sociology of health & illness: critical perspectives*. 7th edition. New York: Worth Publishers; 2005.

Who. World Health Organization. *Mental health and brain disorders*. Available from: <http://www.who.int/en/>.

**Rogério Miranda Gomes**

**Trabalho médico e alienação: as transformações das  
práticas médicas e suas implicações para os processos de  
humanização/desumanização do trabalho em saúde  
(APÊNDICE)**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade  
de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lilia Blima Schraiber

São Paulo

2010

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gomes, Rogério Miranda

Trabalho médico e alienação : as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde / Rogério Miranda Gomes. -- São Paulo, 2010.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.  
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Lilia Blima Schraiber.

Descritores: 1.Humanização da assistência 2.Alienação 3.Trabalho em saúde  
4.Médicos 5.Desumanização

USP/FM/DBD-215/10

# **APÊNDICE**

## **ENTREVISTAS**

## SUMÁRIO DO APÊNDICE

<b>Entrevista com Dr. Luiz .....</b>	<b>1</b>
<b>Entrevista com Dr. Antônio .....</b>	<b>56</b>
<b>Entrevista com Dr. Marcos .....</b>	<b>127</b>
<b>Entrevista com Dr. Armando .....</b>	<b>166</b>
<b>Entrevista com Dr. Vinícius .....</b>	<b>214</b>
<b>Entrevista com Dra. Marina .....</b>	<b>282</b>
<b>Sumário da Tese .....</b>	<b>330</b>

## ENTREVISTA COM DR. LUIZ

### **Gostaria que você falasse um pouco da sua infância.**

Meus pais eram filhos de imigrantes, e faziam qualquer tipo de trabalho que aparecia, porque, inicialmente, os imigrantes italianos foram colocados em uma região muito ruim para agricultura, e como a agricultura não dava para sobreviver, cada um foi... uns viraram madeireiros, tiveram mais sorte, viraram madeireiros. Outros arrumaram empregos públicos. Foi o caso do meu avô, que arrumou um emprego como fiscal de minas de águas em Curitiba. Outros foram trabalhar na estrada de ferro, que estava em construção, a parte entre Curitiba e Paranaguá, muitos italianos foram trabalhar na construção dessa estrada. E houve uma dispersão, cada um foi procurar uma profissão. E profissões de baixo padrão, vamos dizer assim, de base operária e comercial. Muitos progrediram e se tornaram proprietários, muitos chegaram a ser proprietários de grandes empresas comerciais, grandes empresas industriais, e outros empregaram o seu trabalho na educação dos filhos. Filhos esses, que depois, se transformaram em médicos, veterinários, dentistas, e foram progredindo. Nenhum regrediu depois disso. Houve sempre uma progressão. Mas no início da colonização, tanto italiana, polonesa, alemã, foi de gente trabalhadora, que não tinha especialidade, a não ser uns poucos, e que foram construindo as suas vidas aqui.

Meus pais começaram como colonos, na agricultura. Depois, meu pai se tornou especialista em máquinas a vapor. Ele montava máquinas a vapor para várias indústrias que exigiam essas máquinas. Porque primeiro veio o vapor, como grande fonte geradora de energia, água quente. E papai se tornou um dos primeiros operários dessas fábricas, depois foi estudando, e virou especialista nessas máquinas.

Eu posso dizer que praticamente sou daqui [de Curitiba], porque eu simplesmente nasci no interior, por circunstâncias, mas vim para a cidade já bebê. Então, me considero curitibano.

Éramos seis irmãos, mas nenhum foi para medicina. Para medicina, só descendente meu, um sobrinho e uma neta. Tenho uma neta que é veterinária, e tenho uma outra neta que é dentista. Os dois outros são de engenharia mecânica. Eu tenho um filho engenheiro civil. As minhas irmãs casaram e tornaram-se domésticas. Meus outros

dois irmãos, um foi topógrafo até o fim da vida, e o outro funcionário público federal, terminou como tesoureiro do BNDS. De médico, eu sou o inaugurador.

Os cursos primários começavam aos 7 anos de idade, na minha época. Nenhuma criança ia para a escola antes dos 7 anos de idade. E eram alfabetizadas durante o curso primário, que durava de 4 a 5 anos. O quinto ano primário era opcional. Para que o indivíduo entrasse no ginásio, que era chamado Segundo Ciclo, ou seja, a continuidade do primário chamava-se ginásio. Para que o indivíduo entrasse no ginásio, que seriam 4 anos, era necessário um exame de admissão. Eram poucos os ginásios. Na minha época, dois. E quem tivesse a sorte de passar nesse concurso, que era chamado de exame de admissão, cursava o ginásio. Não era para todo mundo, não era uma seqüência, como é hoje. Tinha que ter pontos, quem não passasse, morria com o diploma de primário. Quem passasse, passaria para o ginásio. A maioria das pessoas completava o segundo ginásio, quem tinha o ginásio, tinha grandes oportunidades de trabalho. Se a gente quisesse continuar, não precisava concurso. Do ginásio, você passava diretamente para o chamado científico, para aqueles que queriam seguir as carreiras de ciências naturais, ou clássico, para as letras e direito. No primeiro caso, para as ciências naturais, dava-se muita ênfase à biologia, química, física e matemática. Para letras e direito, dava-se mais ênfase à filosofia, literatura e línguas, o chamado curso clássico. Aí terminava o curso científico e clássico, também eram três anos, e o indivíduo era obrigado a prestar um vestibular, de acordo com as vagas que cada curso oferecia. Se passasse, fosse classificado dentro do número de vagas, cursaria a chamada faculdade; faculdade de direito, faculdade de agronomia, faculdade de farmácia, medicina, odontologia, agronomia etc. Quem não passasse, esperava para o ano seguinte. E aqueles persistentes chegavam a fazer 3, 4, 5 concursos, até conseguir a vaga para o curso que eles desejassem. Os cursos variavam de 3 a 6 anos. Medicina, sempre foi 6 anos, direito, 5, os demais eram entre 3 e 4 anos.

Eu cursei todas essas fases em Curitiba. Eu estudei no Grupo Escolar Professor Brandão, que ainda existe na Avenida João Gualberto. O meu exame de admissão foi um concurso que o colégio Novo Ateneu abriu. Se o indivíduo passasse em primeiro lugar, cursava quatro anos de graça, e eu tive sorte de ser o primeiro lugar. Cursei quatro anos de graça. Depois do ginásio, o mais importante era o colégio estadual, e eu não podia pagar o Colégio Novo Ateneu, porque eu não tinha condições, eu já trabalhava na época, mas o que eu ganhava, não dava para isso. Eu já fiz o ginásio, a partir do segundo ano, à noite, porque trabalhava de dia.

Comecei trabalhando como empregado de uma loja de eletrodomésticos, depois passei para uma companhia de seguros, depois passei para o Departamento Nacional de Estradas e Rodagens, que foi onde me formei, me formei trabalhando como funcionário público, no Departamento Nacional de Estradas e Rodagens. Esses foram os empregos que eu tive. A partir do segundo ano do ginásio, eu fui trabalhar. Os tempos eram difíceis, e cada membro da família tinha que trabalhar. Felizmente, hoje, as coisas mudaram, e quem quer estudar, sempre arruma um jeito de conseguir.

### **E a escolha pela medicina, sua formação como médico, como se deram?**

A escolha pela medicina foi mais uma indução da família. Eu não senti nenhuma vocação, foi mais por indução da família, que achava que eu tinha jeito para a coisa e umas coisas meio fantasiosas, uma turma da minha família que processava uma religião e diziam que eu seria médico. E isso acabou entrando na minha cabeça, e acabei sendo médico. Mas eu seria qualquer coisa, sapateiro, gari, qualquer coisa que eu fizesse eu acho que eu faria direito. Mas acabei fazendo medicina, acho que fiz direito também. Fiz as coisas direitas, para não confundir com o direito, mas acho que fiz as coisas direito. Fui presidente de um congresso brasileiro, de patologia clínica, em 1972, eu presidi um congresso brasileiro aqui em Curitiba. Fiz vários cursos fora daqui, nas especialidades. Fiz duas teses, uma para docência livre e uma para cátedra, uma em Curitiba, a outra no interior, no norte do Paraná, versando sobre doença de Chagas. Fui secretário da Associação Médica do Paraná e fui conselheiro, por 5 anos, do Conselho Regional de Medicina. Escrevi uma porção de trabalhos científicos. Em 1974, terminei o curso de medicina do trabalho e me tornei especialista em medicina do trabalho. Fiquei 27 anos como médico em uma empresa metalúrgica cujo número de funcionários anual era cerca de 3.000 pessoas. Eu atendia o funcionário e as famílias. E fui ser funcionário do Instituto.

A época de estudante foi uma coisa maravilhosa, porque fervilhavam os debates políticos. O Partido Comunista estava em plena ascensão, e a reação era forte, liderada principalmente pelos estudantes de direito. Enquanto o pessoal de medicina, engenharia, era mais mesclado, nesses dois cursos predominava a idéia socialista. Então, os debates eram muito fortes, eram muito interessantes. Existiam estudantes de muito bom preparo, com uma politização muito... eles estudavam política. Eu, inclusive, fiz parte de um grupo político de estudos de socialismo, de capitalismo, de política, para poder fazer os

debates nas grandes assembléias, que eram patrocinadas pela União Paranaense dos Estudantes. Naquela época também, os diretórios acadêmicos eram fortes, cada curso tinha um diretório acadêmico. Direito tinha o seu, engenharia tinha o seu, agronomia... Medicina tinha o centro acadêmico Nilo Cairo, que albergava medicina, odontologia e farmácia, porque odontologia e farmácia não eram cursos ainda, regulares. Eles eram anexos ao curso de medicina, mas depois se tornaram autônomos e cada um constituiu o seu diretório.

Dentro dos centros acadêmicos, nos diretórios acadêmicos, existia muita política também. Existia a turma de esquerda, a turma do meio e a turma de direita, cada um com seu partido. Existiam vários partidos, e se faziam eleições, e quem ganhava assumia por dois anos o comando do diretório. O comando do diretório dava as diretrizes para aquele curso, para os alunos daquele curso, promovia festas, promovia cursos e promovia discussões também, a respeito das coisas que interessavam, mas eram principalmente festividades, preparava as formaturas, auxílio de todas as maneiras para os diversos anos. Davam orientação para calouros, organizavam os trotes. Já era o Danc, na rua Monsenhor Celso. Essa parte de estudante foi muito rica, porque os debates eram de alto padrão, de alto padrão, e se discutia muita política, principalmente a luta entre socialismo e a chamada direita, que fincava o pé na democracia, em oposição ao socialismo.

A parte do curso, tinha cadeiras que funcionavam por um ano inteiro, e cadeiras que funcionavam por semestre. As de 'otorrino', oftalmologia, psiquiatria, eram cadeiras de meio ano, semestre. As demais, todas, eram de um ano. Anatomia chegava a ter dois anos, porque se criou, além da anatomia descritiva, a anatomia topográfica. Os exames eram provas bianuais. Nós tínhamos duas provas parciais, uma em junho, outra em novembro. A nota mínima era 7, para passar por média. Quem tirasse menos de 7, iria para as provas finais. As provas finais eram sempre provas escritas e orais, como era o vestibular, na época. As provas de vestibular eram descritivas, não eram de assinar 'x'. A primeira parte do vestibular era descritiva, e depois ainda se passava por uma prova oral. A soma das duas é que dava a classificação. Nas provas parciais do curso, também era assim. Se a soma das duas parciais fosse 7, você passava por média. Senão, você ia para a prova final. Se na prova final você fosse reprovado, tinha a chance ainda de ter, no ano seguinte, uma dependência, mas um ano só. Se fosse reprovado na dependência, você perdia o ano. Hoje, não sei bem como é, porque depois houve muita modificação na lei. Eles fizeram a reforma universitária, criaram departamentos,

unificaram disciplinas em departamentos. Unificaram laboratórios, bibliotecas. Isso provou ser muito ruim, porque até então, as disciplinas tinham as suas bibliotecas, os seus espaços de funcionar, e existia verba suficiente para que cada disciplina se desenvolvesse. No setor que eu cuidava, que era parasitologia, nós chegamos a ter expressão nacional nas universidades do Brasil, que eram poucas, na época. Tinha uma faculdade de medicina em Porto Alegre, uma em Curitiba, uma na Bahia, duas no Rio de Janeiro, duas em São Paulo... me parece que Pernambuco tinha uma, não tinha mais do que isso. Depois, cada estado fez a sua faculdade de medicina, cada um fez sua universidade até.

Naquela época, os alunos mais destacados eram convidados para fazer a monitorização dos demais, ou seja, eram auxiliares, sem remuneração, eram indivíduos destacados, escolhidos pelo destaque que tinham na turma, mas não existia nada paralelo. O que existia, eram cursos que uma ou outra disciplina promovia, trazendo gente de fora. Professores de alto padrão, tanto brasileiros quanto estrangeiros, eram convidados para vir para Curitiba para proferir palestras ou para demonstrações cirúrgicas. E isso eram cursos promovidos pelas disciplinas, às vezes, com auxílio dos diretórios. Na minha época, eu consegui apreciar cursos dados tanto por professores nacionais, muitos nacionais da medicina, como estrangeiros.

Na minha época, eram tão poucos os hospitais, tão precários, que quando a gente chegava ao quinto e ao sexto ano, alguns, que tinham mais interesse, se tornavam... esqueci o nome, não sei se era instrutor, mas eram alunos que freqüentavam as enfermarias dos hospitais, a convite dos professores, freqüentavam enfermarias. Hospital-escola, por exemplo, era a Santa Casa, tinha enfermaria de dermatologia, de clínica médica, duas de clínica cirúrgica, duas de doenças infecciosas, eram poucas as enfermarias que tinham destaque, e os alunos freqüentavam aquelas enfermarias. Alguns, não só pelo tempo de aula, mas fora da aula também. Agora, cursos e estágios em hospitais, não existiam. Um ou outro aluno podia trabalhar em um ou outro hospital particular, mas como particular, não existiam cursos, residência, pegar plantão em pronto-socorro, nada disso. Aliás, pronto-socorros em Curitiba, a Prefeitura montou o primeiro pronto-socorro, que é hoje o Cajurú, montou junto com a União dos Ferroviários do Brasil, que era a mantenedora do hospital Cajurú, que era particular, e que a Prefeitura contratou como pronto socorro municipal. Eu trabalhei nesse hospital, como plantonista, médico plantonista. E os alunos também podiam freqüentar, classificavam-se para ser plantonistas no pronto-socorro. Eram 24 horas de plantão,

tanto para médico como para acadêmico. Eram acadêmicos de quinto e sexto ano só, que podiam ser. Mas só no pronto-socorro. E era um pronto-socorro que atendia tanto dentro, como fora, com ambulância. Depois, a cidade cresceu muito, as condições começaram a ficar precárias, eles criaram mais um pronto-socorro, que foi o Evangélico, mas isso foi muito tempo depois. Por muitos anos, ficou só o Cajurú, que era o primeiro pronto-socorro municipal. Ali que o aluno formava, tinha a sua formação prática, nesses pronto-socorros. Não existiam cursos assim, regulares, especiais, em outros hospitais, não.

Quando apareceram os outros hospitais, o Nossa Senhora das Graças, o Evangélico, aí havia abertura maior para os acadêmicos, mas era uma procura espontânea, não existia o compromisso do hospital para com os alunos, como tem hoje, de formar residentes, não existia o residente.

Como serviço de urgência, apareceu em 1955, e durou por mais alguns anos, o chamado SAMDU, Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, que tinha conotação política. O partido dominante da época dominava esse serviço. Mas os acadêmicos, os médicos não, mas os acadêmicos que deveriam servir para esse serviço de urgência que era atendido nas casas, nas ruas, chamava-se SAMDU. Existia concurso para isso, mas como só existia faculdade federal, a briga era entre os sextoanistas da faculdade, eram duas vagas por semana, 14 vagas para o ano todo. Eu fiz esse concurso e fiquei por um ano acadêmico sendo socorrista do SAMDU.

E existia essa coisa que é praxe, o professor escolhia o seu pupilo. Nem sempre escolhia o melhor, escolhia o mais 'amigo'. Mas, daí em diante, começaram a se formar as especialidades, e os especialistas, de início, estudavam fora. Quando voltavam, formavam seu núcleo de especialistas, começavam a se organizar em sociedades, e as sociedades promoviam os congressos, as reuniões. Já existia, na época, a Associação Médica do Paraná, que esse ano está completando 75 anos. Eram formadas, dirigidas, pelos professores de medicina. Hoje, a associação médica é uma realidade, que congrega os médicos de todo o estado, e que promove inúmeros benefícios para os médicos. E como obrigatoriedade, em 1958, o governo criou os Conselhos Regionais de Medicina, e de outras especialidades. Então, todas as profissões oficialmente reconhecidas, como medicina, engenharia, economia, farmácia, odontologia, formaram os conselhos regionais. Todos os conselhos regionais sob a égide de um conselho federal. Cada conselho regional tinha o seu conselho federal, para regular e fiscalizar o exercício profissional, que é a tônica de hoje, os conselhos federais. Basicamente, pelo

aspecto ético da profissão. Enquanto que as associações eram em relação a qualquer outro aspecto, menos o aspecto julgador e fiscalizador, que compete aos conselhos de classe, os conselhos federais e regionais. A evolução foi essa.

Um lance interessante que houve conosco, no meu primeiro ano, em 1951, nós fizemos uma greve em favor dos farmacêuticos, porque tramitava na Câmara, um projeto de dar aos práticos de farmácia as mesmas regalias dos farmacêuticos formados. Aí houve um movimento.

Em 1956, no último ano, no sexto ano, quando estava saindo da escola, também houve uma greve. É que eram 120 vagas, mas passaram 76 candidatos a mais, ou seja, tiveram nota para passar. Esses 76 indivíduos se reuniram, e politicamente, conseguiram do governador, e do presidente Juscelino, a possibilidade de serem matriculados. Nós entramos em greve, porque o único hospital que nós tínhamos, a Santa Casa, já era insuficiente para o ensino, muito insuficiente para o ensino, nós já estávamos prejudicados, sentíamos que era insuficiente, que o ensino estava sendo prejudicado e entramos em greve por isso. De início, para não deixar que os 76 entrassem, mas também para dar um bom destino para mais 76, já que para os 120 era precário. Mas surgiu também uma oportunidade. Eles tinham força política com o governo, amizade com o presidente Juscelino, que forçava a barra junto ao reitor - esse reitor depois foi ser ministro, o primeiro ministro da educação da ditadura, o Flávio Suplicy de Lacerda.

O nosso representante junto ao Ministério e ao gabinete da Presidência chamava-se Edmundo Castilho. Esse homem acabou sendo fundador da Unimed. A minha turma tem um histórico bonito. Nós sustentamos essa greve por mais de 4 meses, com perigo de perder o ano, perder emprego, perder tudo, imagina, muitos já casados, com filhos, emprego arrumado e tudo, mas sustentamos a greve por uma questão moral. Coisa que eu não sei se a juventude de hoje faria. O fato é que daí nós mudamos um pouco o nosso enfoque. As negociações que o Castilho fazia, ele trazia para a assembléia, e a assembléia decidia. Então, nós decidimos que como estava em construção o Hospital de Clínicas, mas estava parado por falta de verbas, e porque já era insuficiente a Santa Casa, e não era um órgão do Ministério da Educação, nós negociamos: se eles dessem toda a verba para terminar o Hospital de Clínicas, e permitissem que fosse aberto um curso pela PUC, que naquele tempo chamava-se Universidade Católica, nós voltaríamos à aula. E finalmente isso foi conseguido. O governo prometeu terminar o Hospital de Clínicas, ao tempo do Flávio Suplicy de Lacerda, e isso ele fez. Em uns 3 anos ficou pronto, e também se fundou mais uma

escola de medicina em Curitiba, que foi a Escola de Medicina e Ciências Médicas da Cúria Metropolitana, que depois se transformou em Universidade Católica.

Então, a história da minha turma é muito bonita, começou com uma greve e terminou com uma greve, e ambas vitoriosas. Nós escrevemos uma história bonita na universidade. E por felicidade, o rapaz que nos representava junto ao Ministério, nas negociações, acabou sendo o fundador das Unimed, que hoje é uma marca forte no mercado médico brasileiro, de medicina complementar.

### **Você poderia falar um pouco da sua trajetória profissional pós-formado?**

Eu me formei em 1956, fim da década de 50. Na época, havia poucas especialidades, e as especialidades eram feitas na base do empirismo, o indivíduo se dedicava mais ao ramo. Não que existisse uma escola preparatória, um curso preparatório para especialidades. Havia duas ou três sociedades, os especialistas se reuniram em sociedades. Era o caso da ortopedia, da ginecologia e da pediatria. Constituíram-se em sociedades, já para agrupar os chamados especialistas. No mais, nós éramos todos ‘factótuns’, nós fazíamos de tudo.

Eu saí da faculdade e fui convidado para trabalhar no IAPC, Instituto de Aposentadoria dos Comerciantes, como adjunto. Era um termo para arregimentar médicos sem concurso, fiquei um ano e meio. Depois, passei para o IAPI, outro Instituto, a convite de outro médico. Nesse instituto, me tornei supervisor de perícias médicas.

Lá por 1962 existiam os institutos de aposentadoria e pensões, eram os IAPs, IAPI, IAPC, IAPM, cada categoria profissional tinha o seu instituto, que promovia benefícios e aposentadorias. Mas quase nenhum prestava assistência médica. Era mais previdência mesmo. Depois, evoluiu para benefício, para aposentadoria e para assistência médica, isso politicamente. Nessa época, além de ser clínico de um desses institutos, por afinidade com alguns professores, eu passei a ser monitor de turma de medicina, o que resultou em eu me tornar instrutor, entrar na carreira de magistério e seguir a carreira de magistério. Prestei o primeiro concurso em 1962, fiz o concurso de docência livre.

Quando da unificação dos institutos, que deixou de existir instituto disso, disso e daquilo, e passou tudo para INPS, Instituto Nacional da Previdência Social, eles escolheram a perícia do IAPI, que era a que eu fazia, e que era indubitavelmente a

melhor do Brasil, para organizar uma perícia geral, que unificava todo mundo: bancários, marítimos, transportadores, industriais, comerciários etc. E me escolheram para dirigir essa organização de perícia. Eu organizei o serviço de perícias, e graças à escolha feliz que eu fiz dos meus auxiliares, nós nos tornamos a melhor perícia do Brasil. Porque eu exigia que cada chefe de núcleo meu produzisse trabalhos sobre a patologia regional. Cada região que eles tomavam conta, eu exigia que eles fizessem um estudo da patologia regional. E nós publicávamos muito, e levávamos isso para os congressos anuais, que a direção, que era no Rio de Janeiro, promovia. Por felicidade, eram homens de grande valor, que dominavam a perícia, na época.

Eu vivi um período felicíssimo, porque era uma cultura inteligente, criativa, honesta e que estimulava as regionais a fazer. Cada regional que se destacava tinha os seus trabalhos comentados e muitos postos em atividade, em rotina. E muitas rotinas criadas aqui no Paraná, pela minha equipe, foram adotadas e existem até hoje.

Nessa época, também fui trabalhar no Pronto-socorro Municipal, onde fiquei 15 anos como médico assistente. No Instituto, atuava como médico perito.

E claro que atuava no meu consultório particular. Dava para conciliar as três coisas. Depois, quando eu fui fazer o congresso brasileiro de patologia clínica, deixei o pronto-socorro, que era muito desgastante, e passei a ser apenas professor e médico do INPS.

Como me formei em 1956, eu precisava de 5 anos de *inter-regrun* para poder fazer a docência, mas em 1962, eu fiz uma tese sobre mosquitos em Curitiba, eu lecionava parasitologia, e me tornei livre-docente por concurso público. Aí fui estimulado a continuar na carreira de magistério e fazer inclusive cátedra, que havia possibilidade de vaga na cátedra. E foi em 1966 que me tornei catedrático. Naquela época, quando fiz o concurso, tinha 35 anos de idade. Fui nomeado aos 36 anos, mas já com concurso feito, lógico. Eu segui a minha carreira de magistério, até que veio a reforma universitária, em 1970, se não me engano, e que retirou o nome catedrático, trocando o nome de catedrático pelo de titular, mas não mudava nada, na estabilidade pelo menos, não.

Eu fui professor da Universidade Federal do Paraná, a única que existia na época.

Puxando um pouco a brasa para a minha sardinha, eu arrebanhei três prêmios, ganhei inclusive uma bolsa de estudos para Argentina. Não pude ir, porque a bolsa era pequena, eu ganhava mais aqui e já era casado, então não fui, embora o Dr. Júlio Enz,

que era o patrono da bolsa, tivesse me garantido que, depois, eu pagaria aquilo que eu gastasse na bolsa. Mas mesmo assim, não quis ir, porque eu já tinha promessa de ser professor aqui. Um ano antes de fazer o concurso, em 1961, eu já era instrutor da Universidade Federal do Paraná, na cadeira de parasitologia.

Em relação ao consultório, eu comecei trabalhando em consultório de amigos, que me cediam o consultório, e fui formando a minha clientela. Depois, aluguei o meu próprio consultório, e depois fui trabalhar como médico em uma empresa, onde fiquei 27 anos, na indústria metalúrgica. Eu fiquei 51 anos clinicando, e hoje fechei o consultório.

Quando me formei médico do trabalho, em 1974, eu continuei trabalhando nessa indústria, depois saí, e como médico do trabalho, hoje, eu sou coordenador do serviço de Saúde Ocupacional de uma empresa de medicina de grupo, fazendo toda a parte de medicina ocupacional dessa empresa em Curitiba. E por conta de conhecidos de consultório, eu passei a ser coordenador de planos de saúde, como esse aqui, que é um plano de saúde próprio de uma categoria específica de servidores públicos. Estou aqui há 8 anos, como coordenador desse plano de saúde, que é um plano chamado de auto-gestão. A medicina suplementar é tudo, menos o SUS, porque pela constituição, o SUS dá assistência irrestrita e geral a todos os brasileiros, mas por bondade da constituição, eles permitiram que existisse a medicina suplementar, que hoje conta com 57 milhões de pessoas. Esses 57 milhões de brasileiros, que não usam o SUS, se constituíram em medicina de grupos, sobre a égide da chamada Abrameg. Outros, pelas Unidas, que é uma entidade que reúne as auto-gestões, que é o nosso caso, e as seguradoras. Saúde suplementar então é constituída de empresas de medicina de grupo, auto-gestões e as seguradoras.

A medicina hoje é baseada muito mais em tecnologia avançada, do que no conhecimento médico. Hoje, a engenharia eletro-técnica trouxe avanços formidáveis para a questão do diagnóstico, e por isso, os médicos tem que gastar menos cérebro, e os clientes gastam mais dinheiro para custear esses exames, chamados exames de imagem. Para o médico, são a salvação, porque os exames de imagem acabam fazendo o diagnóstico que o cérebro do médico não faria. Os laboratórios também foram aquinhoados com o progresso tecnológico, e hoje, o laboratorista não precisa ter aquele preparo artesanal que ele tinha antigamente, lidar com cubetas, pipetas, balanças. Porque hoje a tecnologia evoluiu, e produziu aparelhos capazes de produzir exames confiáveis em grandes quantidades, em uma fração pequena de tempo, no laboratório.

Hoje, a vida do médico, em termos de diagnóstico, ficou bastante simplificada, com o avanço da tecnologia. A técnica cirúrgica também se beneficiou muito desses avanços. Hoje, pode se operar com segurança, com facilidade, e com mais comodidade e vantagem para o cliente, do que se fazia antigamente. Só para dar um exemplo, a cirurgia de hérnia de esôfago, de hiato de esôfago, que era muito comum, antigamente, você tinha que abrir desde o tórax até o abdômen para fazê-la, era uma incisão enorme, imensa, que exigia cuidados extraordinários, tanto do anestesologista, como do cirurgião, era difícil o acesso. E hoje, se faz por vídeo, sem riscos, sem grandes incisões, e podendo ir para casa até no próprio dia que faz a cirurgia. Coisas que antes demandavam 15, 20 dias de cuidados pós-operatórios, hoje, com 12 ou 15 horas, no máximo 24 horas, a pessoa está trabalhando. Então, o avanço tecnológico, mais do que o avanço intelectual dos médicos, promoveu o avanço na medicina.

Curioso, que não precisou usar muito o cérebro, porque a tecnologia prescindiu até dessa qualidade, abreviou muito o raciocínio médico, em função do que ele está vendo na própria imagem. Foi isso que modificou drasticamente a relação médico paciente. Modificou dado o avanço tecnológico, porque você tendo uma máquina, um dispositivo que te dê um diagnóstico de segurança, você tem rapidamente o diagnóstico em mãos, e rapidamente pode tomar a decisão necessária para cuidar daquele caso. Antes, tinha que depender de tempo de observação, de muito raciocínio, de muita atenção em cima do doente para fazer um diagnóstico, e nem sempre você fazia a tempo de salvá-lo. Hoje, a tecnologia permite detectar precocemente uma situação mórbida, e te dá tempo de intervir com sucesso. Isso que mudou.

Quando eu fazia consultório, as próprias empresas, assim como pagavam as consultas, também pagavam os exames complementares, mas eram muito precários. Você tinha o laboratório comum e o raio x. Só de pouco tempo para cá, que apareceram os exames de imagem, as tomografias, as ressonâncias, as angiotomografias, o doppler, a ecografia, que foram avanços extraordinários. E que na época, não tinha. Era muito difícil, você tinha que ter muito conhecimento, estudar muito, e ter muita atenção para com o paciente. Hoje, o médico já não precisa ter tanto contato com o paciente, porque os exames falam mais do que o próprio paciente. O paciente pode se queixar para mim de uma dor de cabeça, falamos o dia inteiro da dor de cabeça, e uma simples ressonância magnética me diz o que ele tem, em um instante. Na época, para conseguir os exames, não tinha dificuldade nenhuma.

A parte de internamento hospitalar era possível, porque a população não era grande, e a quantidade de hospitais que tinha comportava as internações. As Santas Casas e os pronto-socorros também davam conta da demanda, até certo ponto. Depois, de certo ponto para cá, com o crescimento populacional, com a migração das pessoas de um estado para outro, foi complicando, começou a haver falta de vaga, e começou a haver esse fenômeno de gente perecer em filas. Além de que os governos não cumpriram com suas obrigações de atender ao setor de saúde como a lei exige, ou como a vida exige. Essa é a razão pela qual nós temos esse caos na saúde. Faz uma lei que não é possível cumprir, coisa de brasileiro, de fazer as coisas muito bem feitas no papel, sem se dar conta que a realidade não é o que está escrito ali.

Na época, tinha hospitais que as empresas contratavam, principalmente no setor de seguro de acidentes. O seguro de acidentes tinha hospitais que atendiam, especialmente, os acidentados dessa ou daquela empresa. Por exemplo, eu atendia no consultório alguém que precisava internar, a gente pedia, a pessoa escolhia o hospital que queria, ou o hospital onde você trabalhava. Na minha época, não houve dificuldade em internar. Ultimamente há problemas com internação, sim. Eu cheguei a trabalhar 15 anos em pronto-socorro. Trabalhei em vários hospitais, atendendo meus clientes que precisavam de hospitalização, eu tinha as portas abertas em qualquer hospital de Curitiba.

Hoje, as coisas já não são mais assim. Grupos de médicos constroem hospitais para aquele grupo, e o grupo desse hospital não trabalha no grupo daquele hospital, e assim por diante. Cada hospital tem o seu corpo clínico próprio. Essa questão dos grupos médicos é uma necessidade, necessariamente tem que ser assim. Hoje, mais do que nunca, o hospital é uma casa de comércio, você reúne pessoas com o mesmo sentido de ganhar dinheiro, formando um grupo que vai dominar esse ou aquele hospital, ou até um grupo de hospitais. Tudo funciona na base do dinheiro. Não existe algo paradisíaco e misericordioso, que se faça por amor. Medicina se faz hoje por dinheiro.

### **Você poderia falar um pouco de sua atuação clínica, propriamente dita?**

Na empresa, que eu fiquei 27 anos, eu fazia a clínica, o atendimento do pessoal, para evitar o absenteísmo... não para evitar o absenteísmo, mas evitava o absenteísmo. Porque eles não teriam que sair da empresa para procurar um médico. E nunca foi fácil

encontrar uma consulta no dia, precisava sempre marcar. Então, a direção da empresa resolveu montar o ambulatório. Só que eu fui ampliando o ambulatório, tinha um espaço para fisioterapia, para pequenas cirurgias e até para internação, para aqueles casos que a pessoa estava com uma dor de cabeça muito intensa, e não queria dispensar a pessoa, ir para casa e podia ser uma coisa grave. Nós tínhamos uma enfermaria com dois leitos, e eu tinha um corpo de enfermeiras que me auxiliavam, inicialmente. Depois, entrou outro médico. E posteriormente, montei gabinetes dentários, dois. Então, nós dávamos uma assistência ampla ao pessoal da empresa. E as pessoas que não tinham um diagnóstico imediato, nós deixávamos na enfermaria, em observação, até o quadro se decidir. Ou ele se recuperava e voltava para o trabalho, ou eu encaminhava para um especialista. E se não fosse nem um caso nem outro, ia para casa. No dia seguinte, eu tornaria a ver a pessoa. Isto servia muito para disciplinar também o pessoal. Eles sabiam que tinham assistência e medicamento de graça, o medicamento que fosse usado nessas ocasiões era de graça. Eles podiam comprar e levar para casa também, que eu mantinha uma pequena farmácia lá. Esse foi um ambulatório que eu ampliei para uma dependência de enfermagem, uma dependência de fisioterapia, de pronto-socorro, de odontologia e farmácia. Praticamente montei uma unidade hospitalar. Os acidentes de trabalho, ferimentos que eram possíveis de serem tratados lá, eu fazia. Tinha um arsenal de material cirúrgico, para pequenas cirurgias, fios para sutura etc. Na sala de fisioterapia, tinha ultra-som, ondas curtas, tinha onda de pequena voltagem, de corrente contínua, corrente alternada, forno de 'Bier', infravermelho. E na sala do ambulatório, podia fazer muita imobilização gessada, tinha até uma serra especial para serrar gesso. Era um ambulatório muitíssimo bem montado. Eu fazia de tudo, desde pequenas cirurgias, gesso, imobilizações etc.

Houve um tempo que a gente cuidava também das famílias. Foi feito um acordo com o INAMPS, mas a gente atendia fora, porque dentro do espaço da fábrica era impossível atender familiares. A gente alugou, ou no meu consultório, ou contratei mais médicos, em hospitais inclusive, para internação. Depois isso acabou, porque começou a dar prejuízo, o retorno que a Previdência dava era muito pequeno para a gente assumir toda a assistência médica. Aí voltamos a ter só o que nós tínhamos, deixamos a assistência familiar outra vez para a Previdência Social.

Com o advento da lei que criou a medicina do trabalho, eu fui fazer o primeiro curso que abriu em Curitiba, em 1974. Um curso de um ano, eu me formei em novembro, e passei a acumular também os exames ocupacionais, admissionais,

periódicos, mudança de função e os demissionais. Isso fazia organizadamente. Para cada tipo de função, mudava a periodicidade. Uns de seis em seis meses, outros de ano em ano. Mas o prazo mínimo que se fazia uma inspeção ocupacional era de um ano, o mínimo. Para os que corriam maior risco, o pessoal de pintura, o pessoal que trabalhava em condição mais penosa, a gente fazia de 6 em 6 meses. E mantinha-se também um serviço de engenharia de segurança do trabalho, justamente para fazer a profilaxia do acidente, para evitar o acidente. Então, comigo se começou isso também. Contratamos engenheiros e inspetores de segurança, para dar os cursos de CIPA, que é a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, formar gente, a brigada contra incêndios, atendimento a primeiros socorros e chegamos a ter uma ambulância para a remoção dos feridos mais graves. Se bem que isso começou a diminuir, dada a atenção que a gente dava à prevenção, utilizava-se muito equipamento de segurança. O maior problema era fazer com que o indivíduo usasse, porque o operário, de modo geral, na experiência que a gente teve, e é uma coisa que existe até hoje, a consciência do nosso operário era muito precária, eles achavam que com eles nunca ia acontecer nada. Então não usavam luvas, cintos de segurança, e outros dispositivos de segurança da própria máquina que a gente tinha, e aconteceram alguns acidentes graves. Mas nunca a nossa empresa foi punida por negligência. Nós conseguimos baixar o índice de acidentes drasticamente, a partir das medidas que a gente tomou a partir de 1974.

Em 1966, quando eu entrei, não tinha nada, tinha só uma salinha e um médico. Eu contratei uma enfermeira, inicialmente. A fábrica se modernizou, e depois de alguns anos, eles construíram novas unidades fabris e, do outro lado da rua, um prédio para administração. Nesse prédio de administração, eles me reservaram esse espaço, onde eu montei tudo isso, inclusive os gabinetes odontológicos, que funcionavam até a noite, porque nós tínhamos turnos noturnos. E a gente ficava também de plantão. Caso ocorresse algo fora do horário de trabalho nosso, se não tivesse nenhum médico nem dentista lá, a gente era acionado, ia lá ou removia a pessoa para outro local adequado. Isso funcionou muito bem até 1992, quando eu saí da empresa, depois de 27 anos de trabalho.

Ao mesmo tempo em que eu fazia o trabalho nessa empresa, eu também era funcionário do INPS. Nós começamos um instituto de aposentadoria, que depois fundiram todos em um único instituto, que era o INPS. Atendia a parte de Previdência Social, os benefícios de aposentadoria, e o INAMPS, que era aquele que cuidava da parte de assistência médica propriamente dita.

Eu fiz uma carreira dentro do INPS, mesmo antes, no tempo do IAPI, progressiva. Eu saí de perito comum, fui para supervisor, de supervisor fui para coordenador geral do Estado. E eu tinha uma equipe em cada cidade importante do interior, nós pegávamos vários municípios, e um que era sede. Nós mantínhamos um grupo pericial, que atendia aquela região, para que não houvesse deslocamentos de uma cidade pequena para Curitiba ou para um local muito distante. Nós dividimos o estado em pequenas regiões, e em cada região, tinha um agrupamento. Esse agrupamento eu mantinha unido com reuniões anuais e por comunicação telefônica, sempre que houvesse alguma instrução para passar, ou chamava o responsável, ou a gente ia em visita de inspeção a esses postos, a esses agrupamentos periciais.

A função de perito exige tirocínio, exige bom senso, experiência para diferenciar o que é simulação do que é verdade. E ser um bom médico, para entender quando a doença era incapacitante, e por quanto tempo ela era incapacitante, ou se não era incapacitante. Existe a negativa ao pedido do benefício ou a concessão do benefício, e o tempo de permanência em benefício. Chamava-se benefício, não sei por que, mas era o afastamento do trabalho, e passava a ganhar assistência do governo, no caso da Previdência Social. E você determinava também o tempo que você devia rever o caso, para ver se ele curava, se ele já estava apto ou não a retornar ao trabalho. E isso a gente não consegue pelo processo de escolha por concurso, que em um concurso, há simplesmente notas, é puramente intelectual, e você nem sempre encontra a melhor pessoa, o melhor perfil para a função de perito, que é difícil. Na minha época, eu consegui introduzir na cabeça do pessoal que precisava haver uma recuperação. Havia casos em que a pessoa se incapacitava para um determinado tipo de serviço, mas que se ele fosse treinado em outra atividade, ele poderia realizá-la perfeitamente. E com isso, foi criado o Centro de Reabilitação Profissional, o CRP. Na época, a Previdência tinha recursos para montar, em cada estado, esses centros, e contar com pessoal especializado em reabilitação. Houve época em que se fornecia até o material para a pessoa começar a vida. Por exemplo, você treinava o indivíduo para sapateiro, e dava a ele o pé de moleque, o martelinho, o banquinho, para ele começar a officininha dele, a sapataria dele. E fazia isso com eletricidade, para quem ia ser eletricitista. E outras posições, era possível você fornecer o material, para a pessoa iniciar a vida. Ou, o que era mais comum, você arrumava uma colocação para ele, em uma empresa. Enquanto esses centros foram gradativamente desativados, o que foi um retrocesso, o Ministério do Trabalho criava uma lei que vigora hoje, assim, ‘as empresas com mais de 100

empregados, tem obrigatoriamente que manter entre 2 e 5% de vagas, postos de trabalho, para os reabilitados ou para os deficientes', tanto deficiente físico como deficiente mental. O maior número de deficientes mentais é Síndrome de Down, em que o indivíduo tem limitações, mas tem capacidade para serviços de menor importância, mas tem. E isto tem um duplo sentido, se aproveita a mão-de-obra de uma pessoa que você antes considerava deficiente nessa parte e, segundo, dá a essa pessoa a importância que todo ser humano quer ter nesse mundo, de não ser considerado um pária, um deficiente, um rejeitado, alguém que esteja fora da comunidade. Por esse aspecto, o Ministério do Trabalho compensou esse relativo retrocesso que a Previdência teve. Eu me afastei da Previdência perto de 1990, e não soube mais como as coisas evoluíram. Parece que involuíram.

Quando eu me aposentei como funcionário do INPS, eu dei mais ênfase ao consultório. Até pouco tempo, a medicina tinha evoluído pouco. A medicina começou a evoluir muito com a conquista espacial, com o esforço de guerra, com o propósito de disputa bélica favorecendo a vida. As ondas de choque foram descobertas com as naves espaciais, elas circulavam em torno da terra e recebiam ondas de choque. Isso, os cientistas transformaram em um aparelho que permitiu, posteriormente, aplicar essas ondas de choque para a dissolução de cálculos. Os cálculos renais são bombardeados com ondas de choque, o pessoal fala laser, mas não é laser, são ondas de choque, a litotripsia, que significa quebrar pedra. E isso foi uma das aplicações práticas do conhecimento da técnica espacial. Até então, você dispunha apenas do raio x. Depois, vieram as ondas de choque e as tomografias. O raio x era capaz de fazer tomografia, desde que você regulasse o aparelho para fazer cortes, conforme a profundidade que você tivesse, para ter uma visão panorâmica do órgão, em fatias. O avanço da tecnologia, principalmente atômica, lidando com o núcleo dos átomos, permitiu o advento das tomografias, que passaram a ser monitoradas por computador. Antes, veio o computador, uma ferramenta que facilitava muito a vida de um administrador que se interessasse por estatística, coisa que eu gostava de fazer.

No meu tempo, se fazia tudo a mão, mas quando eu saí do INPS, a informática era apenas centralizada no Rio de Janeiro, na sede. Juntavam dados, e fundaram uma empresa chamada Dataprev para isso, que eram os dados da Previdência, principalmente as coisas mais gerais. Para as coisas mais finas, como estatísticas de doenças, números etc., não existiam os computadores pequenos. As primeiras máquinas eram enormes, ocupavam salas imensas. No meu tempo, quando eu me aposentei, nós não

dispúnhamos ainda dos micros. Hoje, a Previdência dispõe de micros, ficou bem mais fácil fazer o controle de todo o trabalho. Ficou mais fácil também o meio de lesar. Porque a eletrônica facilita fazer as coisas, mas por outro lado, facilita também a maneira de você usá-la mal. O que atrapalhou muito a mim, que tinha a idéia de escrever um livro sobre nosografia, que significa a doença colocada dentro do espaço geográfico, ou os quadros de doenças que incidiam naquele espaço geográfico. Eu queria fazer a nossa geografia regional, cada estado seria uma região, eu faria do estado do Paraná, eu tinha como fazer isso, era só levantar quanto de doença estava incidindo na massa trabalhadora e isto tinha uma importância muito grande na força de trabalho, na produtividade, na produção. Eu saberia dizer quanto nós gastávamos por doença, e quanto era importante fazer, por causa disso, a profilaxia, a profilaxia seria um investimento, e não uma despesa. Eu não consegui fazer por duas razões. Primeiro, eu não dispunha de meios mais ágeis para fazer a coleta. Segundo, eu poderia fazer apenas na Previdência Social, e só com o pessoal da força de trabalho formal. Eu não tinha alcance de fazer isso em toda a população, porque quem cuidava da assistência médica era o INAMPS, que era outro instituto, ao qual eu não tinha acesso. Eu tinha uma organização de saber quais as doenças que estavam incidindo no meu meio, porque eu sabia onde eu estava afastando gente, quais as doenças que estavam vitimando mais a massa trabalhadora, mas ao INAMPS não interessava saber onde acontecia apendicite, onde se tirava um estômago, eles não tinham esse controle. Esse foi um aspecto frustrante da minha vida, eu tentei passar isso para várias pessoas, para que o fizessem, e até hoje, não se fez.

### **E o trabalho no consultório? Você pode falar um pouco sobre ele?**

Na época do consultório, você tinha, como tem hoje, convênios com empresas, que mediante carteirinhas, você atendia, preenchia os formulários, e depois ia receber. Já era uma medicina tipo socializada. As pessoas se filiavam a empresas, pagavam as empresas, como pagam hoje, e se apresentavam no consultório com as guias, e você atendia como credenciado dessas companhias que prestavam assistência médica, você era um médico credenciado, e as pessoas te procuravam aleatoriamente. Uns, porque era perto da casa deles, outros, porque era indicação de alguém, outros escolhiam aleatoriamente, e assim foi se formando a clientela. Na minha época, já eram poucos os

que tinham condição de se tornar doentes particulares. Existiam alguns, mas eram poucos, a maioria vinha das empresas.

Quando eu abri o consultório, eu não tinha clientela, não tinha nada. Depois, começaram a surgir ofertas de filiar-se a essa ou aquela organização, e comecei a receber os doentes de empresas. Mas a clínica ia se estabelecendo assim, aleatoriamente. Gostavam de você, voltavam ou indicavam você para alguém, e assim ia. Mas o grande volume era das empresas que prestavam assistência médica, particular, era muito pouco. Praticamente todo mundo trabalhava com empresas. Os mais afamados não, mas terminaram, no fim da vida deles, tendo que apelar para isso, porque a maior parte da população se filiou a essas empresas, de medicina suplementar, e os menos abastados foram para a medicina do INAMPS, que hoje é o SUS. Nós temos 90 e poucos por cento de usuários, hoje, do SUS. Noventa não, 80%. Nós temos 20% de brasileiros que podem pagar sua medicina suplementar. Pagar medicina suplementar significa pagar um plano, sem ter que pagar diretamente ao médico. Eles pagam o plano, e pelo plano, eles consultam quem eles quiserem. Não mudou muito, não.

O vínculo com os pacientes era uma questão de simpatia. Você se afinava com a pessoa, ela então indicava os amigos, os parentes, os conhecidos, que se afinavam ou não com você, e ia aumentando a sua clientela. Mas sempre uma clientela dependente de guias de consultas, e não do cliente que te pagava como particular.

Trabalhar para essas empresas era tranquilo porque, você cumprindo as obrigações burocráticas que elas exigiam, você recebia direitinho. Quem fizesse um movimento muito grande, até podia sobreviver só disso. Mas, na época, a maior parte das pessoas sobrevivia dessa medicina de consultório e de um emprego fixo, ou era um professor ligado à universidade, ou era empregado de uma empresa que contratava médicos, que foi o meu caso. Eu trabalhava como médico daquela empresa, que atendia seus funcionários. Ela colocou um médico dentro da empresa para diminuir o absenteísmo, para que o indivíduo não tivesse que sair da sua banca de trabalho para ir consultar. Ele saía da banca de trabalho, atravessava o pátio, e ia para o ambulatório da empresa. Eram empregos com salário fixo. Além desses, tinha a rede pública também, que eram médicos que serviam o Estado, saúde pública e outros, em outras secretarias do Estado que também tinham médicos.

Então, geralmente, o indivíduo tinha um emprego, e o restante do tempo, ele tinha fazendo a medicina particular dele. A quantidade de pacientes dependia do carisma da pessoa. Ele poderia ter uma grande clientela, ou uma pequena clientela,

dependendo da empatia que ele tivesse com os segurados daquela empresa, ou daquelas empresas para as quais ele estava credenciado. Os pagamentos dessas consultas nunca foram bons, como não são bons até hoje. Eram sempre feitos por tabelas. A tabela pagava muito mal o médico, como paga até hoje, muito mal. Só compensava pelo número. Mas isso significava que você tinha que trabalhar muito para ter um ganho razoável. Se você tivesse muitos clientes, você ganhava mais. Senão, você ganhava menos, e se contentava com aquilo, como é hoje. Isso não mudou. A relação de trabalho não mudou. Até acho que piorou, porque hoje nós temos muito menos clientes particulares. Tem muito mais clientes vinculados a empresas que prestam assistência médica, a chamada medicina suplementar. Ou seja, tudo que não seja o SUS. Antigamente, acho que o número de particulares era maior. Hoje, o número de particulares diminuiu. O que se vê hoje em dia é que os médicos cobram uma coisa por fora, de quem tem recursos para pagar. Usando recursos para isso, recursos que eles podem, para fazer o cliente participar das despesas. Porque hoje, a medicina está muito cara.

No consultório, já na minha época, a quantidade de pessoas capazes de pagar a consulta por conta própria, era pequena. Hoje, está pior, porque começaram a aparecer as empresas de medicina de grupo, ou seja, você paga o seu plano de saúde. Posteriormente, um colega de turma meu, fundou a primeira Unimed, em Santos, que era a cidade onde ele morava. E a idéia se expandiu, hoje a Unimed é uma marca sólida, forte, em todo o Brasil.

A maioria do que eu atendia no consultório, acabava sendo pessoal ligado à medicina de grupo, ou às empresas de seguro saúde, que se divide em medicina de grupo ou de autogestão. A própria empresa que monta o sistema de saúde, ou banca totalmente ou parcialmente, de acordo com a contribuição de cada interessado, quer dizer, o indivíduo paga uma taxa fixa, e recebe assistência irrestrita. Por um lado é bom, porque você paga um fixo, mas a organização que cuida da saúde, que forma o plano de saúde, hoje chamada operadora do plano de saúde, arca com todo o prejuízo, é um jogo baseado em estatística. Muitos pagam para poucos usarem. Enquanto esse binômio se mantiver, há viabilidade. No momento que o número de usuários for maior que o número de pagantes, inviabiliza o negócio. Além do lucro que isso deve gerar. A Unimed é uma cooperativa médica, diferente de uma autogestão, e é diferente de uma medicina de grupo. Cada uma tem uma nuance especial.

Eu cheguei a manter, ao mesmo tempo, o consultório, o trabalho na empresa e o Instituto também. Havia uma disponibilidade, porque o médico, na Previdência Social, tinha 6 horas de trabalho, na empresa, eu fazia a hora que eu bem entendesse, e no consultório também. Na empresa, eu trabalhava de manhã. Trabalhava de tarde na Previdência, e o consultório, noite adentro. Hoje já é mais difícil conseguir isso. Os horários são mais cobrados. Não sei... Se fizer um sistema de plantão pode ser, mas para emprego fixo, com horário, já fica mais difícil.

Bom, no consultório, atendia de acordo com o que aparecia. A gente atendia muita família, porque se o médico atendesse bem, ele era indicado pelos familiares para os próprios familiares, e para os amigos. Hoje, existe uma impessoalidade, é muito comum a pessoa consultar um médico de empresa de grupo, de autogestão, ou da própria cooperativa médica, e não saber nada do médico. Hoje, está havendo uma tendência de você nem escolher quem te atenda. Entende-se que todo médico é competente, você vai consultar aquele mais próximo da tua casa, para evitar condução, deslocamento, hoje está assim. O vínculo pessoal, amistoso, quase que de família, já desapareceu. Ainda peguei uma boa parte desse tempo, dessa prática, que hoje praticamente desapareceu. Eu vejo esse desaparecimento como consequência da evolução social. A sociedade cresceu muito.

Antigamente, a população mundial duplicava a cada 30 anos, hoje, a cada 5 anos. Isso cria uma nova realidade social, que não permite mais que as coisas funcionem como antes. O indivíduo utiliza o que ele pode, e como pode, e não como seria o ideal. Essas coisas aconteceram por mudanças sociais, a população cresceu muito, e os meios governamentais para atender a população, cresceram em proporção muito menor. Paralelamente ao grande aumento populacional, aconteceu o problema da falta de emprego, não se criaram postos de trabalho na medida em que as pessoas se habilitavam, em idade para começar o trabalho. Isto influiu socialmente, o primeiro emprego, hoje, é o grande problema. O desemprego é uma tragédia no país, e ocorre porque não surgem novas empresas para abrir, e também em função de que os grandes conglomerados internacionais tomaram conta do mercado. Antes, você tinha um boteco em cada esquina, você até comprava a prazo nesses botecos, pagava no fim do mês. Hoje não, hoje você tem que chegar ao mercado, e não tem como pagar amanhã, tem que pagar na hora, os grandes mercados substituíram os pequenos armazéns. Isso mudou a relação de vida entre o consumidor e o produtor do alimento, ou o intermediário do alimento, que é o mercado.

As mudanças que aconteceram foram mudanças sociais, os governos não tiveram mais condição de manter o equilíbrio, entre receita e despesa. Acho que o problema maior é social. Hoje, se o médico pudesse ser um médico de família, trabalhar tranquilamente, ele faria isso. É que não tem mais condições de fazer, se ele fizer isso, ele está morto, não tem mais como sobreviver. Não é mais uma questão de ver só pelo lado pessoal, a coisa é social mesmo, é social, é política. Como consequência, o médico não tem mais condição de ficar meia hora dentro da sala com o paciente, porque quem está esperando lá fora, reclama, quer ser atendido rápido. Com a falta de recursos, os pronto-socorros ficam abarrotados, e também não tem condição de dar vazão à demanda. E é esse o caos na saúde. Com relação à Previdência, com o aumento de vida, com o aumento na longevidade, a Previdência sofre muito, sofre um colapso. Muita mais gente usando do que pagando. Isso aconteceu principalmente nos países mais velhos, o Brasil já está ficando um país velho, já está sentindo esse problema. As pessoas vivem mais, gastam mais em doença, e consomem mais o dinheiro da Previdência, porque vivendo mais, vivem mais tempo aposentados, ou seja, sem produzir e sem contribuir.

### **Quais eram os casos rotineiros que você atendia?**

Não mudou muito. Essas doenças comuns da comunidade, como resfriados, gripes, as pneumonias, as doenças contagiosas. Tudo isso continua igual, embora os programas de vacinação melhorassem muito, e houve até erradicação de algumas, como é o caso da poliomielite, a varíola. Mas em compensação, apareceram outras. A dengue, que estava controlada, não como doença, mas controlada pela não proliferação do transmissor, reapareceu. Com isso, reapareceu a febre amarela... se bem que para essa, existe a vacina, então há possibilidade de evitar surtos de febre amarela. Já para dengue, que não tem, que era uma doença até então raríssima, hoje é comum. Enquanto algumas desapareceram, devido à vacinação e cuidados higiênicos, outras, pelo descaso e o descuido, apareceram.

Mas de modo geral, o feijão com arroz, continua igual. O que complicou muito a medicina foi o aparecimento dessas doenças novas que influem na imunidade, como a 'deficiência de imunidade adquirida', a AIDS. E o problema das drogas, que alteraram muito o comportamento social das pessoas, social e familiar. Isso não unicamente pelo efeito propriamente dito da droga, mas pelos para-efeitos da droga. O sujeito se droga,

não se cuida, está mais sujeito às infecções, à desnutrição etc., isso cria um círculo vicioso. Cria uma nova realidade médica. Mas, basicamente, as coisas não mudaram. Outra coisa que é importante dizer, é que com o aumento da vida, maior tempo de vida, a média de tempo de vida subiu muito, e com isso, a medicina está tendo que gastar muito com tratamentos para as doenças dos velhos. Os cânceres, por exemplo, aparecem muito em função da idade. As fraturas devido à idade. Isso onera muito a medicina, o custo da medicina. Então, o fato de viver mais, significa ficar mais doente, gastar muito mais. Isso é o que tem hoje, em relação ao tempo que eu iniciei a minha vida. Na minha época, o tempo de vida era menor, eu atendia menos velhos, atendia gente de média idade e jovens. Os velhos eram poucos, se morria antes, se morria mais cedo há 50 anos. Há 20 anos, se morria muito mais cedo do que se morre hoje.

Ah, outra coisa que está onerando muito a medicina são os acidentes. Com o desenvolvimento das máquinas, a tecnologia, a facilidade de compra de máquinas, de automóveis... está trazendo um contingente muito grande de mortes, de feridos, e conseqüentemente, de despesa médica. Há 25 anos, não tinha tantos acidentes. Envelhecimento, acidentes, tudo isso contribui para que a medicina se torne mais cara, mais difícil de ter uma frequência maior nos hospitais e pronto-socorros. No meu tempo, não tinha. Eu fiz pronto-socorro em 1962, um pronto-socorro dava conta de uma cidade inteira. Hoje, 4 ou 5 não dão conta. Não é só pelo aumento populacional, é porque também as condições para acidentes, para o imprevisível... A construção civil contribuiu muito também para o aumento dos acidentes de trabalho. O que também hoje é uma causa grande de ocupação de hospital e de custo médico.

A faixa etária da fábrica era bem mais jovem do que a do consultório. Na empresa, eram coisas mais agudas, e no consultório, você tratava as doenças mais crônicas. Eram os reumáticos, os diabéticos, os pulmonares crônicos. Ou seja, estavam doentes de forma mais permanente. E na empresa, eram as coisas mais corriqueiras do dia a dia, de evolução mais rápida. Na empresa, no começo, eram mais homens, mas depois, as mulheres começaram a comparecer com um contingente de uns 20%. Quando eu saí, 20% do operariado era constituído por mulheres, e hoje está maior até. Se você vai aos escritórios, a maioria, antigamente, eram homens em escritórios, em bancos. E hoje, você entra em um escritório, entra em uma companhia qualquer, um banco, o número maior é de mulheres. Veja por aqui, o número de mulheres que tem nesse espaço. É um, para no mínimo, 5 mulheres. Um homem para cinco mulheres. Nas escolas, elas já igualaram o número de alunos, conseqüentemente, elas estão entrando

no mercado, competindo por igual. Apesar do aumento do número de mulheres na empresa, não fazia atendimentos de obstetrícia, ginecologia, até por uma questão ética, não fazia. Quando a queixa era ginecológica, eu encaminhava.

E apesar de haver outros médicos no ambulatório da empresa, eu não tinha especialistas lá. Eu tinha um entendimento com médicos, colegas de fora, que faziam esses atendimentos para mim. Não havia dificuldade de marcar consulta com eles. Chegou a ter 3 médicos, 4 dentistas e 5 enfermeiras, e tinha trabalho para todo mundo. Eu acabava coordenando tudo, para trazer os profissionais, para estruturar o serviço, além de ser um dos que trabalhava. As condutas no ambulatório eram normatizadas mais pela medicina do trabalho, porque se trabalhava com prazos. Ninguém podia entrar na empresa sem passar por um exame admissional, nem sair sem passar pelo exame demissional, nem mudar de função sem ser examinado. Nós tínhamos protocolo de tratamento de recuperação dos acidentados com fisioterapia, a gente tinha outros protocolos, mas não era nada rígido. Nós começamos a vacinação contra Tb, só para o pessoal da saúde, e se vacinava os operários contra o tétano. As demais, não se fazia.

Em termos de infra-estrutura, no consultório tinha aparelhagens comuns de consultório: balança, estetoscópio, aparelho de pressão, coisas simples. Lá na empresa, como a gente fazia também tratamento, a gente tinha que ter uma estrutura melhor para atendimento, com enfermaria para observação, instalação de soro para desidratados, coisas que, no consultório, não precisava ter. E fora do consultório, o que tinha de importante era o raio x. Depois vieram a ecografia, as tomografias, as ressonâncias magnéticas, mas isso bem mais recente, em função do avanço da técnica. Não houve uma preocupação de desenvolver isso para a medicina. A medicina, engraçado, mas ela pega as sobras das outras, principalmente da indústria bélica, da corrida espacial. Muitos avanços, muitas constatações foram feitas por outros motivos, mas foram aplicadas à medicina.

**Em relação à questão da especialização, você pegou um período de transição, não? Como você vê esse processo de especialização crescente?**

Foi. Existiam poucos especialistas e poucas equipes que treinavam especialistas. Hoje, os cirurgiões, por exemplo, treinam cirurgiões. Dermatologistas treinam dermatologistas. Ou seja, os especialistas formam especialistas. Hoje, as escolas de especialidades são os hospitais, ou as universidades com seus departamentos. São

indivíduos já especialistas que vão formando novos especialistas. Para ser especialista precisa fazer curso e depois passar por provas, para receber o título.

Eu vejo esse processo de especialização crescente como muito bom, porque se você tiver um bom especialista, é melhor do que ter um generalista que não resolve 90% das coisas. Há necessidade de ter um generalista para diagnóstico, para encaminhamento, para treinamento de base da medicina, mas a especialidade, hoje, é uma necessidade. Até porque existem aparelhos que só podem ser operados por especialistas. Por exemplo, existe o cirurgião de abdome que trabalha com abdome aberto e os que trabalham por videoendoscopia. Quer dizer, tudo isso é em função do avanço da técnica. Agora, cada técnica exige o técnico, quem opera a céu aberto, não sabe operar a vídeo, e vice-versa. Então, a especialidade é uma necessidade, hoje em dia. Quem faz ecografia, nem sempre faz uma tomografia. Existem os especialistas em tomografia, em ressonância magnética, em ecografias, em raio x, a especialidade é uma necessidade, e quanto melhor o especialista, melhor.

Também está tendo a sub-especialidade. Existe o cardiologista clínico, que quanto mais tem um eletrocardiógrafo no consultório, ou uma bicicleta, para fazer teste de esforço, mas existe o cardiologista cirurgião, que opera só válvulas, outro, só opera coronárias. O outro, opera transplantes. O cirurgião vascular cuida dos cateterismos, das angioplastias. Cada um na sua especialidade. Hoje, o médico diz ‘eu sou cardiologista, cirurgião vascular, que opera tal coisa’. A ortopedia é outra. Hoje em dia, você tem o cirurgião de mão, tem o cirurgião de ombro, tem o cirurgião de coluna, de joelho, cada um dentro da sua especialidade, eles são especialistas, mas são mais sub-especialistas, porque eles tratam de uma parte do todo. Esses exemplos, a cardiologia e a ortopedia, foi onde mais proliferou o mundo de sub-especialidades.

Isso mudou muito a relação com os pacientes, primeiro porque as especialidades tornaram o tratamento mais rápido, tanto é que você hoje opera uma hérnia de hiato esofágico de manhã, e de noite, você dá alta para a pessoa. E o cirurgião que operou por vídeo vai ver a pessoa depois de 30 dias. Estou cansado de perguntar para as pessoas – quem operou você? – / – ah, não me lembro o nome do médico –. Então, o relacionamento médico-paciente hoje é bem mais rápido, é muito fugaz. Às vezes, o doente não sabe quem o operou. Vai fazer uma cirurgia cardíaca, é uma equipe que trabalha, vai um ou outro visitá-lo, e ele não sabe quem fez o que mesmo, não se estabelece mais o vínculo afetivo entre o médico e o paciente, isso mudou muito. E não que a natureza humana tivesse mudado, mas as circunstâncias fizeram que a coisa fosse

assim. Não é que a pessoa humana tenha piorado, é que as circunstâncias tecnológicas, sociais, econômicas, políticas, alteraram as coisas.

Nas especialidades clínicas, os endocrinologistas, os dermatologistas, esses acabam acompanhando um pouco mais de tempo o paciente, esses podem cuidar das pessoas, pode se estabelecer um vínculo maior. Endocrinologista, por exemplo, trata dos hipertireoideanos, hipotireoideanos, tratam as tireóides, tratam os diabéticos. O diabético é um doente que exige mais do endocrinologista. Há as doenças dermatológicas crônicas, há os ‘otorrinos’ que operam muito, a cirurgia oftalmológica também está evoluindo muito, mas também não cria vínculo. A oftalmologia hoje é uma especialidade clínica e cirúrgica. Clínica fica um pouco mais pessoal, porque o indivíduo vai de vez em quando lá trocar os óculos. Existem as especialidades cirúrgicas e clínicas, umas exigindo mais contato, outras menos. Pediatria, por exemplo, chega uma hora que o rapazinho não quer ser mais tratado pelo pediatra.

Mas mesmo as especialidades clínicas, a relação com o paciente já não é mais aquela do médico de lá atrás, porque quando o indivíduo não paga diretamente ao médico, nem o médico se sente na obrigação de atendê-lo melhor, nem ele tem condição de exigir mais. Ele leva uma guia para um, ou leva para outro. Se não gostou desse médico, ele vai a outro, muda muito. Já não escolhe mais o médico pelo critério competência, que é uma coisa difícil de avaliar, às vezes é por estar mais perto de casa.

O fato de a empresa intermediar, as operadoras de planos de saúde, influenciou muito a relação entre médico e paciente. Porque cada operadora fez seu corpo de credenciados, e você tem uma livre escolha dentre os credenciados, uma livre escolha. E a lei, hoje, garante um número limitado de consultas. Você pode consultar, durante um mês, três ou quatro clínicos, ou três ou quatro especialistas, tem limite.

Já a relação entre os profissionais está mais ligada às especialidades médicas. Por exemplo, os endocrinologistas criaram a sociedade de endocrinologia. Pediatria tem a sociedade de pediatria. Cada especialidade formou a sua sociedade de especialistas, para cuidar dos avanços tecnológicos da especialidade. As associações médicas cuidam de reunir as especialidades, de reunir a classe médica. E existe o órgão controlador ético, que são os conselhos de medicina. Cada estado tem seu conselho regional e existe um órgão central que é o conselho federal. Todas as profissões de curso superior têm o seu conselho federal, localizado em Brasília, e cada estado, os conselhos regionais. Para tratar do aspecto ético da coisa.

**Você pode falar um pouco do seu trabalho atual, como gestor de plano de saúde?**

Quando se constituíram os planos de saúde, algumas entidades sentiram que era vantajoso reunir seus sócios e oferecer para eles o plano de saúde, mediante um pagamento mensal, uma contribuição mensal, e para isso, os chamados planos de saúde tinham que contratar uma rede de prestadores, chamada 'rede credenciada de prestadores' do serviço médico.

Inicialmente, o trabalho oferecido era só trabalho médico. Posteriormente, veio a necessidade de se contratar psicólogos, a demanda em psicologia aumentava, os próprios psiquiatras aconselhavam que se contratassem psicólogos, porque não se tratava de uma doença psiquiátrica. E começaram a contratar psicólogos. Depois, dificilmente você encontra, nos planos de saúde, o fisiatra, que é a definição para um médico que faz fisioterapia, porque a quantidade de fisioterapeutas, formados pelas escolas de fisioterapia, é muito maior do que a de fisiatra. Então, passou-se a contratar também fisioterapeutas, para os exercícios fisioterápicos. Depois, vieram os nutricionistas, que hoje é uma divisão, seria o nutrólogo, médico e nutricionista, que seriam formados pelas escolas de nutrição. Existe um nutricionista não médico, mas capacitado para a especialidade de nutrição, e o nutrólogo, que seria o médico. E recentemente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANSS, que é um órgão do Ministério da Saúde, obrigou que todas as operadoras contratassem nutricionistas, fonoaudiólogos, que também não necessariamente são médicos os fonoaudiólogos, a terapia ocupacional e psicologia, como obrigação das operadoras de planos de saúde. A saúde suplementar é aquela atividade que vai além do SUS, que pela constituição, só existe um sistema de saúde, que é chamado de Sistema Único de Saúde, mas na própria lei, eles abriram uma chance de o indivíduo promover a sua própria saúde e chamou a isso de 'saúde suplementar', aquela que vai além do SUS. Então, deixou de ser um sistema único! (risos). Mas é um sistema que continua sendo chamado de SUS, para aqueles que não têm condição de pagar uma contribuição mensal para participar de um grupo, que pode chamar de plano de saúde ou de operadora de plano de saúde, filiar-se a uma delas.

Os médicos se constituem em cooperativas, mas com essa característica de operadoras de plano de saúde, oferecendo várias modalidades de produtos. Produtos para ambulatório, só medicina ambulatorial, só medicina hospitalar, com ou sem

obstetrícia e outras benesses que o plano cobre, conforme o contrato que a pessoa faça. A quantidade de medicina que se dá, é em função do dinheiro que se tem. Se você paga muito, pode ter uma condição de ser atendido em hospitais de grande porte, onde encontra todas as especialidades e tudo que é de mais moderno no avanço tecnológico na medicina.

No meu caso, fui procurado inicialmente pela presidência de uma associação de servidores públicos. Já existia funcionando um plano de saúde, quando eu aqui cheguei, mas desde 1998, existe a lei que regula esses planos, e eu fui convidado para adaptar as condições do plano para essa lei. E foi isso que eu vim fazer, transformar um plano de saúde em uma operadora de plano de saúde, dentro das exigências da Agência Nacional de Saúde, que foi criada dois anos depois da lei.

Hoje eu faço a coordenação do plano de saúde, da operadora de plano de saúde dos servidores associados a essa entidade. Todos os servidores filiados à associação têm direito a esse plano de saúde, que eu coordeno. Como coordenador, a minha função é contratação da rede credenciada, que vai desde os médicos especialistas, até os que fazem clínica. E não só médicos, como também de todos os componentes da área de saúde. Nós temos credenciados fonoaudiólogos, psicólogos, e temos agora terapia ocupacional. Não temos uma rede credenciada de terapeutas ocupacionais, mas já estamos oferecendo esse produto, não tinha procura ainda para essa especialidade, mas para as demais, sim.

Por exemplo, um médico solicita um exame de alta complexidade, passa pelo meu crivo, para que eu autorize a execução do procedimento pedido pelo médico. Uma forma de ter controle sobre o que está acontecendo. Porque, na realidade, se você gerencia uma operadora de planos de saúde, precisa de dinheiro para o seu sucesso. No caso nosso aqui, a maioria das operadoras de plano de saúde é assim: o associado paga uma quantidade fixa por mês. Existem reajustes anuais, mas na verdade, ele paga uma taxa mensal, fixa, que seria o chamado pré-pagamento. Ele poderá utilizar ou não, por isso que a contribuição chama de pré-pagamento. Enquanto a operadora arca com o ônus de dar a esse cidadão, que paga uma quantia fixa mensal, a quantidade de medicina ou de custo, que a doença desse cidadão possa exigir. Digamos, o indivíduo pode pagar R\$200,00 por mês, e em um mês, gastar 4, 5, 10 ou 20.000 reais. É o risco que a operadora corre. Ela recebe uma coisa fixa por mês, e não sabe quanto vai gastar, é uma incógnita quanto isso vai custar. Na realidade, o que nós gerenciamos é parte daquele binômio, receita e despesa. O que se procura dar é o máximo de atenção possível à

saúde. As operadoras todas estão hoje cuidando da medicina preventiva, porque a medicina preventiva tem uma finalidade importante, primeiro, prevenindo, diminui a incidência de doenças, os sofrimentos que ela gera, tanto para o doente, como para a família, e o custo para as operadoras. E todas as repercussões que o doente tem na nossa sociedade. Ele pára de trabalhar, passa a depender de Previdência Social, é aquela bola de neve, uma coisa puxando a outra.

O enfoque, hoje, de todas as operadoras, é partir para a medicina preventiva. É uma coisa que não se conseguiu ainda com os médicos, que é o trabalho em cima das evidências. Hoje, o fundamental, para você fazer uma boa medicina, e gastar dentro do necessário e não do supérfluo, é fazer medicina baseada em evidências. Existem grupos de estudiosos de cada especialidade, analisando e criticando técnicas, métodos etc., e recomendando o que é necessário, o que é útil, e o que é menos útil.

### **E como você vê atualmente o uso dos recursos tecnológicos pelos médicos?**

Quando surge uma novidade tecnológica, ela inicialmente é considerada até como experimental. Uma novidade médica poderá se transformar em um objeto útil de uso, a técnica ou a própria aparelhagem, e hoje a tecnologia está tendo um avanço enorme. Você pode ver pelos computadores, o computador que você compra este ano, no ano que vem já está superado. Na medicina está acontecendo a mesma coisa. Máquinas, principalmente formadoras de imagem anatômica, estão sofrendo aperfeiçoamentos a cada dia. Essas máquinas, como os computadores, também ficam obsoletas em pouco tempo, isso gera uma contradição muito séria. Enquanto ela é extremamente necessária, quanto melhor imagem você tem, quanto mais facilidade uma máquina possa te ajudar para fazer o diagnóstico, melhor. Só que esbarra naquele outro lado, gera despesas, e entra em contradição, quase sempre, com a receita.

A entrada em atividade, a aceitação de uma nova tecnologia, depende de dois fatores. Primeiro, ao longo do tempo se comprovar que a tecnologia oferecida tem realmente uma grande vantagem sobre as anteriores. Se não tiver, não se usa. E isto é a função que a sociedade de especialidades faz, que é a evidência. Fica evidente, ou não, que aquela nova técnica proposta, já utilizada neste e naquele caso, em função dos resultados, passa a ser um procedimento de utilização cada vez mais freqüente, porque traz benefícios, ou não. Isso é a evidência. Você testa, analisa o desempenho da nova técnica, e isso é a função da sociedade especializada, principalmente. E se ela for

realmente benéfica, claro que ela entra em uso, e todos passam a se utilizar desse novo benefício, o que é muito bom para o médico, porque ele tem maior segurança no diagnóstico, ou no controle da terapêutica. Para o doente é muito bom, mas para as operadoras de planos de saúde, entra o paradoxo. Essa contradição, o custo disso, nem sempre é suportável. Você não pode oferecer uma mercadoria nova, cara, pelo mesmo preço que estava cobrando. E a gente sabe que as operadoras, a maior parte delas, têm que gerar lucro. Até as cooperativas médicas, que não trabalham em cima de lucro, mas dividem as sobras entre os cooperados, sempre existe uma sobra. É impossível você trabalhar, manter uma instituição trabalhando sempre no negativo, tem que gerar uma renda. Então, dizer que as operadoras não têm a preocupação de lucro, não é bem verdade. Pode ser que não exista uma pré-fixação de um lucro, – não vou trabalhar com menos de 5% de lucro –, como a empresa comercial faz. Ela trabalha com um percentual mínimo de lucro, senão ela vai fechar a porta. A saúde é a mesma coisa. Por isso existem os reajustes anuais das contribuições, exatamente por causa disso. Agora, toda nova técnica, chamado avanço, necessita uma análise crítica, muito criteriosa e eficaz. Por exemplo, você comparar uma radiografia comum com uma tomografia, você vê que as vantagens da tomografia são imensas. Agora, nem sempre você necessita começar com uma tomografia. Às vezes, você pode resolver o problema com uma simples radiografia, sai muito mais barato. Isso o que a medicina por evidência faz, ‘em tais e tais casos comece com uma radiografia simples, não comece pela tomografia’, ou já iniciar com uma ressonância magnética, existem as recomendações, em que casos você usa tomografia, e em que casos deve-se dar preferência, já de início, a uma ressonância magnética. Isso tudo é fruto de estudos e comparações, que esses grupos de médicos especializados fazem, a análise da eficácia de cada técnica oferecida. Mas a medicina baseada em evidências não está muito ao alcance geral dos médicos. Nós coordenadores temos mais acesso a essa vinculação, mas o prestador, em geral, não tem.

Outra coisa que esbarra nessa dificuldade do pessoal usar o que for recomendado, evidentemente vantajoso, é a liberdade que o médico tem de fazer o que a sua consciência diz, ou o que a sua sabedoria, a sua experiência indica. O médico tem a liberdade de pedir ressonância, eu não posso, como coordenador, chegar para um prestador nosso, que pede uma ressonância magnética, e dizer ‘não, não vou autorizar’. Se existem dúvidas, a minha função é ligar para conversar – colega, por que você quer logo uma ressonância magnética? –, eu posso, até na argumentação, nesse diálogo, dizer: – você concorda? – / –é, de fato, então vamos pedir um exame menos custoso –, a

função da coordenação médica, esse relacionamento com a rede credenciada, com os colegas, é um pouco delicado, você tem que tomar cuidado e não negar as coisas. Você tem que ter conhecimento suficiente para entender o que está se passando, por que o médico pediu, e na dúvida, entrar em contato com ele, não simplesmente se transformar em um policial da atividade médica.

Os auditores médicos têm que tomar esse cuidado, tem que ter conhecimento técnico, já ter conhecimento dessa análise que é feita das novidades, para poder recomendar e adequar à arrecadação que ele tem, para o fornecimento dessa nova tecnologia. Por exemplo, quando tinha apenas radiografia, eu podia cobrar, por hipótese, 30,00 reais por mês, de cada associado. Quando entrou a tomografia, esse custo dobrou, teve que cobrar um pouco mais. A luta é sempre essa, tem que tomar cuidado de conciliar a técnica, a tecnologia, com custos. Porque você pode oferecer só aquilo que você arrecada. A vantagem de se constituir um plano de saúde é essa, que são muitos contribuintes, para poucos utilizarem. Se todos os contribuintes utilizassem, se tornaria inviável.

No geral, os médicos exageram nessa questão dos exames. Há exagero por uma parte compreensível, os médicos pensam assim, para evitar os processos contra erros médicos, omissões. Os médicos pensam: – se existe esse recurso, eu vou utilizar, porque eu quero me preservar de uma futura ação contra a minha pessoa, por um reparo diagnóstico, um erro de tratamento –, ele procura, como defesa até, pedir o que há de mais moderno, para garantia, para certeza do diagnóstico e do tratamento. Que é benéfico para o paciente? Sempre! Mas para as operadoras é um problema, você tem o custo. Agora, outros exageram por outros motivos, para aparentar uma modernidade de conhecimento, quanto mais requintada a medicina dele, se valoriza mais. E nem sempre isso é verdade. Mas que há exagero, há. Há coisas que se podem resolver com um exame clínico e ele pede exames. Isso depende muito da formação ética e técnica do médico. Hoje, com a proliferação das escolas médicas, você não tem idéia do quanto esse indivíduo está bem capacitado para o exercício da profissão. Quanto menos capacitado, mais exame ele pede.

E tem esse problema, o médico, hoje, é vigiado pelo próprio paciente. Em relação ao exame, há muita crítica a respeito de médico muito experiente, que não peça muitos exames: – você foi ao doutor e ele não pediu tal, tal e tal exame? –. Eu sofri isso no meu consultório, o paciente vinha para mim, rapidinho pedindo o que ele queria. Eu dizia: – olha aqui, meu filho, eu vou te examinar, se eu achar que é necessário, eu peço,

senão não –, quantos e quantos não retornaram. E saíam por aí dizendo que eu era médico ultrapassado, que não conhecia as vantagens da medicina. Então, uma boa parte dos médicos, começa a pedir muito exame por causa disso.

Hoje, inclusive a mídia está em cima de qualquer escândalo, tornando um fato corriqueiro em um escândalo contra médico. Isso é muito comum. Os médicos, até por causa disso, estão requisitando mais, quando não há necessidade. E por outro lado, requisitam muito pelo mau preparo acadêmico. A dificuldade que o médico tem, também, e volto a insistir, o custo, para você se manter atualizado, você precisa gastar dinheiro para isso, participar de congressos, simpósios. Nem sempre são na tua cidade, você tem que viajar e não ganha o suficiente para isso. Médico nenhum ganha o suficiente para isso, para se manter atualizado. No mínimo ele tem que pertencer a uma sociedade, a uma associação que, de vez em quando, promove uma atualização. Até para atualização médica está difícil. Porque o médico vinculado a essas operadoras ganha muito pouco. A própria cooperativa médica resulta em uma grande trabalhadeira para o médico, e com um ganho não muito significativo. Que sobra ele tem, das despesas da vida comum, para atualização? No congresso, no legislativo, tem três ações importantes para o médico, que é a carreira no SUS, porque o piso salarial do médico, ainda não foi legislado, está lá, dentro das gavetas do legislativo. O médico, hoje, é uma criatura que tem que estar vinculada a esses planos de saúde, e receber o que esses planos oferecem, o médico não é mais um profissional liberal, do ponto de vista de poder se manter com a clientela particular, porque a medicina está muito cara, e a tendência é sempre aumentar os custos.

Eu não sei o que a sociedade terá que fazer, mas que nós estamos sofrendo uma modificação na relação médico-paciente, em função da sociedade, e da evolução da técnica. É bastante complicada a situação, e a gente não sabe o que vem por aí. Mas seguramente a desvinculação dos médicos dos planos de saúde também não vai ocorrer, porque uma grande parte dos médicos está subordinada a um emprego, seja pela prefeitura, pelo estado, pelo governo federal. Há essa necessidade, porque aí tem um emprego fixo, mas um salário fixo que nem sempre é suficiente. A grande luta dos médicos é essa, o médico deixou de ser um liberal para ser um assalariado.

Não é meu caso aqui, porque eu trabalho com uma sociedade já mais evoluída, então eu não tenho tanto problema do quanto pagar, mas quando você vai fazer um contrato empresarial, a empresa dá esse benefício para os seus empregados, mas não tem capacidade para dar um plano muito amplo. E no individual, você contrata um

plano de acordo com o que você pode pagar. Aí você vai ao médico, ele vê que existe um exame que não está dentro do teu contrato, isso gera um conflito danado. Agora, por outro lado, o auditor diz – não, mas o senhor não tem direito a esse exame, porque o contrato não prevê –, ele tem um embasamento jurídico para negar. Agora, quando você não tem esse embasamento jurídico para negar, que não está no contrato, então aí você tem que partir para o diálogo. A auditoria médica se exerce assim, em função dos contratos, do que pode, do que não pode. Se vier algum pedido médico fora do que está contratado, você tranquilamente pode negar, porque está amparado do ponto de vista jurídico.

Agora, quando o plano não limita, aí sim você tem que partir para o diálogo, para que não sejam cometidos os chamados abusos. É uma posição difícil, a auditoria. Porque ela trabalha contra duas forças, a força do médico e do cliente. O médico e o cliente são duas forças contra a do auditor. O termo contra é forte demais, seria o confronto entre o desejado pelo segurado e o que a outra parte quer, funcionaria como uma negativa, em princípio, para o que a pessoa quer, mas não é isso. Contra uma questão de opiniões, de conhecimento, de evidências, nem sempre aquilo que o médico e o cliente acertam entre si é aceitável pela auditoria. A auditoria vê os fatos com outros olhos, não as coisas subjetivas que se passam entre o cliente e o médico. É uma função muito difícil, se no contrato diz ‘não’, é não. Se diz ‘sim’, é sim e os conflitos acontecem quando você contraria alguma coisa que é do direito da pessoa. Mas aí é uma questão de seguir o princípio da auditoria. O ideal é que você se comporte como um técnico realmente, interessado na verdade dos fatos, na evidência de necessidade ou de desperdício. Porque tudo aquilo que sobrepassa a necessidade é desperdício. E desperdício você não deve ter nem no consumo da tua casa, jogar comida fora, deixar uma torneira aberta... aqui é a mesma coisa.

E existem conluíus entre clínicas e médicos, para mandar mais exames para essa ou para aquela clínica, esse relacionamento existe. E, às vezes, até o exagero de exames é feito de propósito, para abastecer essas clínicas que oferecem esses serviços, e o profissional tem liberdade de indicar esse ou aquele local onde se façam os exames. É claro que isso pode ser porque ele acredita mais nesse ou naquele serviço, e menos no outro serviço, ou porque ele tem algum interesse, e aí pode entrar interesse comercial, financeiro, existe sim, você não pode negar. Mas é um fato muito difícil de combater, porque a própria ética não permite que você esmiúce, denuncie esse proceder, porque nem sempre as coisas são feitas tão claramente. É difícil até provar esse vínculo

comercial entre médicos e outros prestadores, mas existe essa má prática, sem dúvida, e difícil de combater.

**Como você vê os processos de atualização dos médicos atualmente? As publicações, consensos, o uso de protocolos...**

Eu acho que o médico tem que ler muito as publicações das entidades, que são os sindicatos, associações médicas e os conselhos regionais, que obedecem a orientação do conselho federal. Todos esses órgãos têm comunicações que se preocupam em mostrar esses aspectos. Agora é o único meio que o médico tem de informação, o prestado por essas entidades. Por isso que os médicos devem, sim, necessariamente pertencer a essas entidades e exigir delas, cada vez mais, prestação de serviço. Hoje, o Conselho Médico do Paraná e a Associação Médica do Paraná estão bastante ativas nessa obrigação de fornecer informações, cursos de atualização para médicos. Mas a gente sabe que nem sempre o profissional lê atentamente o que lhe é oferecido pelas entidades. É a razão pela qual hoje tantos conselhos, como associações dos médicos e sindicatos, estão empenhados no processo de educação continuada, chama-se 'educação continuada'. Nesses momentos, nesses simpósios, nessas jornadas, você leva as informações a todos, principalmente do interior.

Eu acho que as evidências têm que ser coordenadas por essas entidades, para que nas suas publicações normais, atinjam a toda a classe. O médico não tem tempo para conhecer essas... ele tem que ser informado, e um meio de informação barata é pertencer a essas associações, sociedades especializadas, associações médicas, freqüentar esses cursos, quase são gratuitos, que as sociedades levam ao médicos. A Associação Médica do Paraná, por exemplo, vai ao interior, reúne a classe médica e leva a eles, às vezes, o que eles pedem que seja abordado, ou a própria iniciativa da sociedade: – vamos levar tal assunto para o interior, para que seja debatido isso –. O médico não tem outra maneira de se atualizar, se não for assim. O que nós temos que reforçar é a sociabilidade do médico, através de uma sociedade, uma associação, para receber esse benefício, com um custo baixo.

**E esse maior acesso dos pacientes a informações acerca dos tratamentos, o que você acha?**

Eu vejo um perigo nessa coisa de internet, porque a pessoa vai lá na internet para se inteirar de tal assunto, esse é um problema sério, porque qualquer usuário hoje, que tenha computador em casa, qualquer pessoa que quer informação sobre a doença x, vai lá na internet e acha. Aí ele vem para o médico informado daquilo que viu na internet. Agora, na internet, não vai ver o debate científico da coisa, o conhecimento real tem que ser dado pelas entidades que são controladoras do conhecimento e da prática médica. Por isso se deve dar fé àquilo que a sociedade especializada divulga, através das suas publicações, e às associações médicas com as recomendações dos conselhos regionais e do conselho federal de medicina. Porque hoje, o cidadão comum está, em função da internet, forçando o médico a se atualizar, mas, às vezes, existe uma contradição entre o que está lá na internet, e a realidade vivida pelo médico. Hoje, tenho visto mais pacientes chegarem aqui com mais informação. O computador e a internet estão capacitando o indivíduo a ter maior acesso à informação, e exigindo do profissional, em cima do que ele sabe, do que ele sabe de antemão. Ou se o médico diz que ele está com a doença x, ele vai na internet e começa a esmiuçar tudo. E na internet, você acha opinião de deus e do mundo. Isso, às vezes, dificulta o relacionamento médico-paciente. Até esse é um dos fatores que contribui para você pedir mais exames. Mas por outro lado, sabendo que o indivíduo tem acesso a 'n' informações, obriga o médico a se capacitar melhor. Existe uma inconveniência de um lado, e ao mesmo tempo, existe conveniência de outro.

Para dar um exemplo, uma das coisas que os médicos são muito questionados é a respeito de célula-tronco. Eles lêem lá na internet que aquela célula-tronco é capaz de produzir esse ou aquele órgão, mas eles não estão sabendo das dificuldades que é lidar com isso daí. O indivíduo está mal informado, ele vem e acha que o médico está defasado, que estamos atrasados, mas não é bem assim. Essa coisa de célula-tronco, que cura todas as doenças, como se fosse fácil fazer uma injeção na medula ou qualquer órgão e você regeneraria tudo, não é bem assim. A informação mal dada propicia isso, tem muito isso, o indivíduo já vem informado e passa a exigir do médico. Por um lado é bom, porque o médico tem que estar sempre atualizado, até para o confronto com o próprio paciente, que hoje, de posse dessas informações, exige mais. Por outro lado, é ruim, porque até convencer a pessoa que não é assim, você tem que ter muitos bons argumentos. Mas hoje, o médico está sendo cada vez mais cobrado pela sociedade, tanto pelo usuário, como pelos órgãos de defesa do consumidor.

O indivíduo faz um contrato de atendimento médico com uma operadora, e acha que tem direito a tudo! Dificilmente a pessoa tem. Mas ele usa aquele critério de – puxa, pelo tanto que eu pago, não posso ter tudo que eu quero? –. Porque não adianta, você não escapa dessa realidade. O comportamento do indivíduo em relação a uma operadora de saúde é bem diferente do que ele tem em casa. Em casa, ele sabe que não pode comprar o melhor produto, não pode comprar, todo ano, o carro do ano. Ele não pode trocar de apartamento, o mobiliário da casa, porque ele tem limitações econômicas, financeiras. Mas ele não vê o plano de saúde assim. E o que é pior, o povo não tem o poder de exigir isso do governo federal, de exigir melhor atendimento do SUS, por isso o governo é negligente em relação ao SUS, o povo não tem uma organização suficientemente forte para cobrar do governo que o atendimento à saúde seja o que está na constituição. Que se dê a ele, a cada um de nós, uma medicina suficiente para suprir as necessidades básicas da saúde do indivíduo. E não são supridas. O que a mídia faz é mostrar mazelas, mas isso não passa de notícia, não chega ao órgão governamental como uma medida de força para que ele mude a situação. Você volta, uma semana depois, um mês depois da denuncia e está tudo igual, ninguém tomou providência.

**Como você vê essa questão do lançamento cada vez mais rápido de novos medicamentos? Seu uso pelos médicos...**

A questão da indústria farmacêutica é outro grande problema. A distribuição dos medicamentos já devia estar merecendo, das nossas autoridades, uma atenção maior. Porque a farmácia dá 50% de abatimento, 60% de abatimento no preço do medicamento. Olha, isso do ponto de vista comercial é um crime, porque uma pessoa, quando diz que dá 50% de abatimento, já está confessando que 50% já poderiam ter dado sempre. Eles estão cobrando 50% a mais, em cima do lucro normal que eles têm! Essas empresas, quando dão esse desconto, já deviam ter merecido, do órgão fiscalizador governamental, um estudo. Quando criaram os genéricos foi com a intenção de você não pagar a marca, o royalty da marca. Então, o genérico é a substância pura, que não tem nome, ela tem o nome da substância, não tem um nome fantasia. Quando eles apareceram, eu fui um dos poucos que disse: – Para aí, o Brasil não tem condição de fabricar a matéria prima, de fabricar todos os medicamentos –. O Brasil tem subsidiárias dos grandes laboratórios internacionais, que são donos das patentes e donos de tecnologia para fabricar aquele medicamento. Então, como é que você pode oferecer

genérico? Para fazer o genérico, o governo tem que comprar matéria prima, obrigatoriamente, de quem tem. E quem tem são os grandes laboratórios. O laboratório que fabrica a matéria prima vai te vender para você concorrer com ele? Eu sou detentor da patente da fabricação do medicamento tal, você compra de mim para depois vender por um preço menor? Vai fazer concorrência com o meu produto? Isso é uma contradição que ninguém percebeu! Agora, por que os laboratórios vendem a matéria prima para você fazer o genérico? Porque ele tem tanto lucro... o exemplo está aí, às vezes, a farmácia dá 50%, a farmácia, que é um repassador! Você imagina o quanto o medicamento podia ser vendido mais barato. Então, essa coisa de preço do medicamento está totalmente fora do controle dos órgãos de governo que fiscalizam preços. É incrível isso daí. O genérico veio como uma solução e hoje você tem produtos de marca até mais baratos que os genéricos, são coisas de comercialização. E quando alguém é detentor de uma patente... por isso a briga com essa diversidade biológica. O pessoal vem na Amazônia, retira as plantas, delas extrai os produtos, e depois você, que forneceu a fonte que originou o medicamento é obrigado a comprar.

O preço do medicamento é um dos fatores que mais dificulta na medicina. Porque o médico exerce sua função, e quando ele passa mão na caneta para receitar, já está jogando você para uma outra esfera, que não é mais médica, que é da indústria do medicamento. Aí você se arrume, vê se tem ou não tem dinheiro para pagar o custo daquele medicamento, que escapa ao controle do médico, escapa ao controle de todos os órgãos da medicina. Como você vai controlar isso? Você não tem recurso para isso, nem autoridade jurídica ou moral para entrar nesse terreno, já é outro departamento que tem que cuidar disso. Você faz um diagnóstico, você sabe o que tem que receitar, você receita. Mas aí começa outro drama para o doente, consumidor de remédio, ele vai ter que ir a um outro estabelecimento chamado farmácia, que também compra do fabricante, do representante do fabricante, isso termina nas grandes corporações produtoras de medicamentos, que são donas do produto e que cobram por ele o preço que bem entendem. E a menos que você desenvolva o país, que ele seja capaz de produzir seu próprio medicamento, aí sim você teria um controle sobre o preço, mas do jeito que é hoje, você só importar a matéria prima, e os laboratórios montarem suas filiais aqui, simplesmente para empacotar os produtos e divulgar, que é isso que eles fazem. Você empacota o produto, põe lá uma bula e contrata gente para propagar aquilo, para fazer o médico receitar aquele produto e a farmácia comprar e depois vender para você. Esse é um drama sério, muito sério.

A indústria cria o medicamento. A propaganda faz com que o médico receite, baseado em experiências que foram feitas em animais e, às vezes, até em humanos, pegam populações pobres de países subdesenvolvidos para fazer a experimentação. Às vezes, você vê hospitais sérios, que fazem experimentação de um determinado produto, com consentimento da pessoa, lógico. O indivíduo assina que vai tomar aquele produto, sabendo que pode correr o risco de um efeito paradoxal ou secundário, que seja pior do que a doença. Mas corre-se esse risco, então quando dá certo o produto, é uma beleza para o produtor, para o fabricante. Mas infelizmente, tem que ser assim, as experiências tem que ser feitas. Até que um produto se torne, baseado na evidência, o antibiótico tal é bom, ficou comprovado que é. Porque cura, estatisticamente, muito mais do que outro antibiótico comparado com esse, cujos efeitos colaterais não sejam tão perniciosos assim. Então, essa evidência mostra que pode ser usado.

Essa influência da indústria farmacêutica sobre o médico é terrível, porque essa é essencialmente prejudicial. Uma briga de – use o meu produto e não o do vizinho, do meu concorrente. Para isso, eu te ofereço tais e tais vantagens –. É claro que o concorrente também está sabendo o que oferecem para você, e vem igualar a oferta, ou aumentar. O médico sofre o aliciamento das marcas, é uma técnica comercial, uma prática comercial da qual ninguém escapa. Beba Coca Cola ou beba Pepsi Cola é propaganda que vai induzir a que consuma este ou aquele produto. E isso é o que se passa com os medicamentos, o vestuário, os calçados, os liquidificadores, fabricantes de máquinas de lavar... passa-se com os medicamentos, igual. A técnica comercial é igual, não muda. Você é induzido também, pela propaganda, a consumir mais essa ou aquela marca. Às vezes, oferece-se vantagem para você, para preferir tal ou tal marca.

Tem médico que viaja pelo laboratório, porque ele receita bem os produtos daquele laboratório. O laboratório paga para ele uma viagem para o exterior, ou dá para ele uma benesse qualquer, que você nem sabe qual é. Como existem os médicos pagos pelos laboratórios para sair por aí fazendo conferências, dizendo que aquele produto é excelente. Existe essa prática, é inegável. Do ponto de vista legal é correto, do ponto de vista ético é discutível. Para você saber a diferença entre uma coisa e outra, tem que ver, e até lá... a coisa já se passou.

Eu tive aulas de farmacologia, você era ensinado a conhecer as bases farmacêuticas. Não sei como é hoje o ensino, mas o médico dificilmente está acompanhando o progresso da química farmacêutica, ele é muito induzido pela propaganda, a receitar o que é moderno, que foi lançado, porque ele deve ser melhor.

Nem sempre, mas se está à sua disposição e é moderno... por exemplo, se um médico hoje receita penicilina, o próprio consumidor.....

O que nós precisamos saber é se existem professores atualizados com a pesquisa, porque farmacoterapia implica conhecimento do fármaco e da dinâmica do fármaco. Para isso, os professores das universidades deveriam investir muito nesses profissionais, e eu não sei se investem. No meu tempo de estudante, eu sabia que os professores que ensinavam terapêutica sabiam que aquilo já era conhecido pelos livros de medicina. Mas acho que não, acho que a universidade tem que capacitar o pessoal da terapêutica no conhecimento bem atualizado, inclusive da pesquisa farmacológica, para poder ensinar. Porque hoje o médico está receitando por bula, ou pela informação que o propagandista dá para ele. Ele não tem conhecimento da dinâmica, da farmacodinâmica, não tem. Eu acho que a escola é fundamental para o controle de medicamentos, do receituário médico. Eu acho que a escola tem que ter uma responsabilidade muito séria nisso, os profissionais de ensino, e tem que divulgar muito mais a questão farmacológica, porque o conhecimento farmacológico está chegando ao médico através do representante. Às vezes, um propagandista sabe muito mais sobre o produto, sobre a doença, do que o médico! Então, o médico acaba sendo um receitador por bula, por influência do propagandista. É lastimável. Deveria haver uma separação entre a técnica médica, o diagnóstico médico, a prática médica, e o medicamento. O médico tem que receitar a base farmacêutica, ou seja, a substância básica para a cura. O conhecimento que o médico tem dessas bases farmacológicas de terapêutica, desconfio que não esteja sendo bem administrado pelas escolas. Já não era grande coisa no meu tempo, agora, não sei como é que está. Acredito que não mudou, e é um ponto fundamental. A terapêutica deveria ser ensinada, não como uma disciplina, mas deveria ser sempre focalizada, em todos os casos, em todos os anos, em todas as especialidades.

É difícil para o médico acompanhar, porque o mercado da indústria farmacêutica, a todo o momento, tem novas drogas. Por isso que são as entidades que tem que dar essas informações para o médico. Senão, não tem como, as sociedades médicas devem discutir muito isso, por isso a necessidade do profissional médico se filiar a uma sociedade, da especialidade que ele for fazer, ou da clínica em geral, sempre estar ligado a uma entidade, que possa fornecer a ele aquilo que ele, individualmente, não pode ter. Quer dizer, principalmente, o conhecimento científico. Hoje, se você se associa à associação tal, você vai ter piscina de graça, vai ter quermesse de quinze em

quinze dias, isso não adianta nada. A entidade tem convênio com hotéis, com motéis, isso não adianta, o caráter associativo tem que ser educativo. O lúdico é necessário, está certo, mas basicamente para o conhecimento científico.

**Você vê muitas mudanças na prática médica desde que começou sua carreira até os dias atuais?**

Eu acho que a consulta clínica mudou por uma questão de tempo. O médico, hoje, para subsistir, tem que dividir o tempo útil do dia, às vezes, ele passa até para o plantão noturno, vai para o turno da noite, um corre-corre, daqui para lá, para que com a somatória do que ele ganha, no fim do mês, ele possa ter uma vida compatível com o status dele. E isto dificulta a concentração que o médico devia ter com cada paciente. O tempo de consulta tornou-se um problema para o médico. Tem 10 doentes para atender lá fora, então, quando chega o cidadão que exige mais de 10 minutos de consulta, ele já está preocupado com isso, e tira a concentração dele. Ele sabe que tem gente tossindo na sala de espera, como se o médico fosse um mágico, de chegar, olhar, e “já está”. E é o que estão fazendo. A anamnese está cada vez mais curta, e pior, a gente sabe que toda doença tem uma implicação psicológica, o psiquismo da pessoa está alterado. E, às vezes, é só o psiquismo que está alterado, e tem que estar atento a isso para discernir entre uma coisa e outra. Isso se chama ‘consumo de tempo’.

E também depende da índole de cada indivíduo, tem indivíduo que quer ser um tecnicista só. Ele vai ser cirurgião, ele abre, fecha, fez o trabalho dele, até logo. Como faz o anestesista, que às vezes, nem sabe o nome da pessoa que ele está fazendo dormir. “–Acordou? Até logo. –” Não quero saber se é o João, Manuel, Pedro, acordou? Está agora por conta do outro. Isso é um mal que a modernidade trouxe. Aumento populacional, uma quantidade maior de profissionais, carga de trabalho acima do desejado, que contribui para essa acomodação médica.

Você tem 15 sujeitos para atender, enquanto você não atender o décimo quinto, você não completou sua obrigação, mas será que você atendeu? Será que você fez uma boa medicina para cada um desses 15? O negócio é complicado. Se o indivíduo tem uma boa índole, vai fazer uma boa anamnese, um exame detalhado, mas ele gasta tempo, e a pessoa que está lá para ser atendida, não entende. E para isso, você não pode atender 15 indivíduos em um horário de 3 horas. Então, o médico também é obrigado a fazer o que pode, e não o que deve. Só pode ter essa liberdade no consultório particular,

que aí você pode atender o Sr. José por uma hora, pode fazer as coisas bem feitas, mas também tem que cobrar bem essa uma hora. E será que o Sr. José pode pagar? E o Sr. José que não pode pagar, não vai ter esse atendimento? É uma contradição da vida. Nós somos parte desse contexto, e acabamos responsáveis também pelos males que acontecem, involuntários, mas co-participantes de um contexto que se chama sociedade. A sociedade não controla uma população, por exemplo. Nós temos cada vez mais clientes, cada vez menos recursos, porque é aquela história da fatia do bolo. Um bolo de um metro de diâmetro, cada fatia, se você tem que dividir por dez, a fatia é grossa. Se tiver que dividir por 100, a fatia já fica mais fina. As sociedades mais estabilizadas, que tem um controle populacional, não têm aquela pressão do médico para você atender. Também não se formam mais profissionais do que o necessário, porque acaba criando um problema social sério. O que o médico em excesso vai fazer? Vai aceitar trabalhar por preços mais baixos, por preços incompatíveis com a vida dele? Isso, no Brasil, está completamente fora de controle. Você passa a ser algoz e, ao mesmo tempo, vítima. Você produz o mal, e é vítima dele. Daqui a pouco, você começa a fazer filosofia.

Na medicina suplementar, o médico tem um contrato com um convênio, um credenciamento com plano de saúde, para atender, mas não diz quantos por dia. Você é credenciado do plano, se 10 pessoas do plano forem consultar você, teriam que ter o atendimento. O médico tem 5 ou 6 convênios, atende 5 ou 6 operadoras, se ele for gastar todo o tempo dele para atender os usuários de cooperativas ou de planos de saúde, ele vai ganhar muito menos, vai trabalhar muito e ganhar muito pouco. Então, se o paciente do convênio liga para marcar consulta, a secretária diz que só no mês que vem que tem vaga, que a agenda dele está completa. Mas se quiser uma consulta particular, tem para hoje. Acontece muito isso. Porque aí ele recebe no momento que faz a consulta. Acontece muito e as operadoras não têm como controlar. Dificilmente esses fatos chegam ao conhecimento da operadora, e quando chega, é difícil corrigir essa situação. Você corrige hoje, mas amanhã está se repetindo. Ele aceita trabalhar por um preço baixo, para a operadora, só que se no meio disso aparecer um particular, é claro que ele vai dar prioridade ao particular, porque pega o dinheiro na hora e cobra muito mais.

Aqui, nós temos um caso que todo dia aparece. O indivíduo traz um recibo de 200 reais de uma consulta, e nós devolvemos para ele R\$50,00. Ele já tomou um prejuízo de 150 reais, porque ele consultou um médico que cobrou 200 reais a consulta, e ele sabe que vai receber só 50 reais, mas ele quer aquele médico, que disse para ele

que pelo plano de saúde não tinha vaga. É um paradoxo, porque não tinha vaga para o plano de saúde, mas tem para o particular, tem tempo para o particular. Isso é, entre aspas, uma das defesas do profissional. O profissional também não pode ter uma diferença de procedimentos, mas ele fala que o convênio paga pouco, que não paga, e cobra uma diferença para fazer o atendimento ou pede para ele comprar material, isso acontece, às vezes. Ele vai fazer uma cirurgia de estômago, que é uma cirurgia trabalhosa, pega uma tabela que paga 600 reais. E ele diz: – Olha, eu por menos de 3.000 reais, não te opero –. Se você quer aquele cirurgião, paga a diferença. Se ele não tiver, vai lá esperar, esperar. Se for de urgência, ele faz, mas mesmo assim, ele é solicitado a pagar a diferença. Porque os preços oferecidos para os médicos são realmente muito baixos, porque as empresas têm que trabalhar com uma base de lucro.

Quem disser que o plano não está baseado no lucro, é conversa fiada, se não tiver lucro, não paga funcionário, não compra máquina nova, não substitui o computador por um novo, quer dizer, tem que ter sobra. E também aí entra a semântica da coisa, falar em lucro, em sobra, é um jeito de maquiagem a verdade. Toda atividade tem que gerar lucro, senão, não tem por que existir. Aqui está o primeiro item do nosso regulamento: – O nosso plano não está baseado no lucro, não visa lucro –, mentira! Não gera lucro, mas gera sobra. Se não tiver, você não consegue cumprir a tua obrigação, equilíbrio financeiro.

Agora, a consulta particular, hoje em dia, está diminuindo muito, porque a condição econômica da população... veja pelo salário mínimo que se paga. Um indivíduo que ganha 2 ou 3 salários mínimos por mês, conforme o número de dependentes que ele tenha, não sobra para pagar uma consulta particular. Às vezes, não sobra nem para ter um plano de saúde. 70% ou mais, da população brasileira, não tem plano de saúde. É dependente do SUS, o sistema gratuito de saúde. Não deveria chamar ‘Sistema Único’, porque não é único, é sistema gratuito de saúde. E assim mesmo, não é gratuito, porque todos nós pagamos impostos. Nada é gratuito, nem o governo dá coisa nenhuma! Nós pagamos o SUS, o que consumimos. Seja coisa material, seja o consumo médico, advogado, psicólogo, tudo é pago.

Voltando à questão do atendimento, percebo que os médicos não estão lidando com o psiquismo do paciente. Essa que é a tristeza, porque qualquer doença diagnosticada como doença... hoje em dia, uma alteração do comportamento já é uma doença social, é uma doença, produz uma doença. Tanto os estados de stress, dependendo das condições de vida, podem gerar doença, doença séria. Hipertensão, por

exemplo, é muito comum você ver crises hipertensivas em função do estado estressante das condições em que o indivíduo vive. Pode ser um stress crônico, permanente, se as condições não mudam, ou um stress agudo, mas o stress, ou seja, as condições psicológicas da vida do indivíduo podem gerar doença. E muitas das vezes, você não diagnostica uma doença, você diagnostica o estado emocional que simula uma doença, simula sintomas de doença, fraqueza, indisposição, desatenção, até chegar à incapacidade laborativa. Um estado emocional, agudo ou crônico, que leva até a um estado de incapacidade para cuidar da vida como um todo. E você analisa a anatomia do cidadão, ele está bem, não existe uma doença, mas nós não somos seres puramente anatômicos, nós temos uma coisa chamada pensamento, que é o dono das nossas emoções, e isso gera conflito emocional, que pode simular a doença, pode agravar a doença. Pode produzir ou agravar a doença. Agora, toda doença gera um estado psicológico alterado, toda doença. E o médico tem que ser aquele que vai diagnosticar e curar a doença, mas para a cura da doença, ele tem que intervir também no estado emocional que ela gera. Para isso, precisa tempo, conhecimento e vontade de saber atender como um todo, e não simplesmente como um técnico. A relação médico paciente teria que ser bem diferente. E se o profissional vê que ele não pode fazer tudo sozinho, ele pega o auxílio de outros profissionais para a cura, mas tem que ver o indivíduo como um todo, e não como uma parte. Aí começam as dificuldades, do próprio indivíduo, do médico entender isso. Porque não pode se contentar em dizer: – Você está com a doença tal, eu vou operar você, e está pronta a minha parte, até logo –. Não é assim, o próprio nascer, hoje em dia, é um problema. O médico, por falta de tempo, de ter que esperar um parto se desenvolver normalmente, um trabalho de parto, às vezes, leva 2 dias, mas com 15 minutos de cesariana, você resolve uma situação que pode se prolongar por dois ou três dias, com possíveis distócias do parto, daí o exagero da cesariana. A Organização Mundial da Saúde recomenda um máximo de 15% de cesarianas, que são aquelas necessárias para evitar distócias ou solucionar distócias. Hoje, tem 70% de cesarianas, por uma questão de tempo. Você faz uma cesariana, em meia hora você resolve o problema e ganhou igual ao que ganharia por um parto que leva, às vezes, 12 horas da sua atenção. São contradições difíceis de serem resolvidas. Uma coisa é a teoria e outra coisa é a realidade. É uma contradição entre o que deve, e o que pode ser feito.

Os médicos estão cada vez lidando menos com isso, estão se convertendo em tecnicistas, tanto é que tudo agora está dividido em especialidades, e as especialidades

em sub-especialidades. O número de sub-especialidades que tem na cardiologia e na ortopedia é imenso. Quer dizer, você está segmentando o indivíduo, você não está tratando o indivíduo, está tratando a mão dele, está tratando o joelho dele, a coluna dele. A sub-especialidade já é uma confissão tácita de que hoje, você está se tornando mais tecnicista do que médico. Acho que esse termo, médico, vai ter que mudar logo, logo. “– O que você é? – / – Sou operador de joelho –.” Ou “– Eu sou operador de coluna. Sou colunista –. / – Colunista social? –. / – Não, colunista anatômico –” / “– Eu sou ‘joelhistas’ – / – Como? Fabrica joelheiras? – / – Não, eu curo joelhos de doentes –”. Chamar um cara desses de médico? Eu não sei se daqui a pouco não vai ter que mudar o nome das coisas.

Psiquiatra é médico da alma. Tem alma? Ele trata o pensamento, a parte psíquica do ser, não trata a anatomia do indivíduo. Médico passou a ser um termo genérico, uma concepção, não mais uma profissão. Por que está difícil conseguir benesses para a categoria médica? Por causa disso! Virou um termo genérico. Hoje, o médico que não tem acesso às máquinas é um indivíduo até desconsiderado na sociedade. O médico que não tiver acesso às tecnologias, à parafernália toda, ele está de lado, no mundo. Hoje, o médico, na verdade, está fazendo física, são os interpretadores de imagem. Ele está mais para um engenheiro físico, um físico, do que para médico. Quem entende de imagem pode ser um engenheiro, você não tem que entender mais de anatomia do cara, você tem que entender da anatomia da máquina. As coisas estão mudando, se nós não mudarmos, se nos mantivermos com os conceitos antigos da medicina, se não abrirmos o olho para mudar as coisas, vamos viver nessa coisa: o médico, como médico, a coisa chamada medicina está cada vez mais difícil de significar, porque a própria medicina se subdividiu.

Eu tenho certeza que não disse nenhuma impropriedade, mas o que eu disse hoje, será que vai ser verdade amanhã? Por exemplo, eu estou vaticinando que a medicina, esse termo, médico, tem que ser discutido. E a medicina, como um todo, como uma unidade só, está difícil de gerenciar, muito difícil. Tanto que as coisas que estão no legislativo, para serem legisladas, estão esbarrando em várias dificuldades. A medicina se fragmentou. Um interpretador de imagem pode ser chamado médico? Médico é quem cuida do doente, eu acho, que está frente a frente com o doente. Com um doente permanentemente, como era a medicina antes dos avanços tecnológicos, e foram eles que trouxeram a necessidade de você se especializar, porque todo o

conhecimento em cima de um único indivíduo, já é impossível. Também se segmentam os conceitos de médico, não é mais um ortopedista, é um cirurgião disto.

O paciente, no meio de tanta fragmentação, não vai procurar o doutor fulano de tal, ele vai a um posto de atendimento, porque não tem recursos para procurar um médico particular. E ele não tem o discernimento de qual o médico que vai tratar dele. Então, teria que haver uma porta de entrada. Todo cidadão deveria ter uma porta de entrada, a porta de entrada para onde ele vai se direcionar. Isso seria o ideal, existir um compartimento, dentro da atenção à saúde, onde o indivíduo começasse por aquela porta. E ele receberia a indicação, as flechinhas, corredor tal, o direcionamento, para que as coisas acontecessem rapidamente e corretamente, e não aleatoriamente, como é hoje. Quem vai dar a orientação de onde ir, de como fazer? Porque a escolha, pelo doente, é inadmissível. Primeiro preciso de quem me oriente o que eu devo fazer. Essas portas de entrada que precisam ser criadas. Não como uma solução, mas o posto é a porta de entrada para uma continuidade de investigação. E esse papel tem que ser o médico. Os outros não necessariamente precisam ser médicos. O indivíduo que vai lidar com uma especialidade estritamente anatômica, pode ser um anatomista. O indivíduo que vai cuidar de um único órgão, organicista. E é o que está acontecendo, ele vai entender só daquele órgão. Um oftalmologista, vai querer saber de doença do fígado, pâncreas, diabete, de doença vascular? Não. Ele pode ver, no olho, repercussões de outras doenças, mas basicamente, ele atende aquele órgão. Não precisa ter um conhecimento genérico de medicina.

Agora, voltando ao auditor. O auditor sim, ele tem que estar muito bem informado sobre tudo, ele passa a ser uma espécie de intelectual da medicina. Ele sabe para onde deve ser direcionado o doente. Que ele possa e saiba fazer tudo, não. Mas tem que ter o conhecimento necessário para indicar para onde o indivíduo deve ir.

Na cooperativa, eu faço um compartimento da medicina, eu faço medicina do trabalho. Medicina do trabalho é diferente da medicina comum, tem suas nuances próprias. Ela se preocupa com as causas da doença, em função do tipo de trabalho que você realiza e que escapam ao conhecimento comum da medicina. Certas profissões produzem doenças próprias do trabalho. Assim como o acidente é previsível, em função do que a pessoa faz, assim são as doenças também. Por exemplo, a função é trabalhar embaixo da água, na Petrobrás, tem mergulhadores nas plataformas. Em primeiro lugar, tem as doenças próprias do mergulho, os cuidados da medicina que cuida das condições barométricas, para a pessoa que está sujeita a esta ou aquela complicação, aquela

doença. Um trabalhador da indústria de minério, de minas, já tem outros problemas, em função do trabalho. Quando chega um indivíduo no consultório, a profissão dele é importante, começa pela anamnese, “– O que o senhor faz? – / – Eu sou pedreiro – / – Não, o que o senhor faz? – / – Preparo argamassa. –” É o que o indivíduo faz, por isso a anamnese é importante. Não a profissão, mas o que a pessoa faz. Outro exemplo, o preparador de alimentos tem muitos problemas alérgicos, até em decorrência do sabão que usa para lavar a mão.

O negócio é complicado. Por isso, na porta de entrada, tem que ter um indivíduo muito competente, que tenha tempo para fazer essas anamneses, e uma boa descrição do que o indivíduo faz, e do que ele precisa. Se tudo fosse feito com inteligência no mundo, a vida seria mais fácil, você pode resumir tudo em uma coisa chamada inteligência. Uma coisa feita na base da inteligência, pode estar certo que vai ser bem feita. Se não houver inteligência, a coisa vai aos trancos e barrancos.

### **Gostaria que você falasse mais desse seu trabalho na cooperativa médica.**

Na cooperativa, o cooperado pode exercer uma função dentro da empresa, mas não pode ser registrado como empregado. Porque ele é um cooperado, praticamente o dono da empresa. Esse é um detalhe importante. Um médico, para ser contratado para uma tarefa dentro da Unimed, não pode ser cooperado, porque o cooperado trabalha na base do recebimento de um jetom, é um colaborador. Nessa condição, eu fui chamado para realizar os trabalhos de medicina ocupacional, também chamada de medicina do trabalho.

A medicina do trabalho realiza exames admissionais, demissionais, mudança de função, de retorno ao trabalho, e avaliação de casos especiais, referentes ao trabalho. E a medicina do trabalho é regida por um estatuto, por um regimento próprio. Está muito ligado às condições de trabalho, nas diversas modalidades de trabalho, indústria, comércio, escritório. Estou exercendo essa função na cooperativa, onde eu atendo todo o funcionalismo dela, com os exames periódicos que eles precisam. O funcionalismo tem exames periódicos, cuja frequência de realização pode ser reduzida ou criada, conforme a importância e a periculosidade, a insalubridade do tipo de trabalho que a pessoa está fazendo. Podem ser realizados cada 6 meses, ou com intervalo de 2 anos.

O tipo de trabalho que você faz é baseado em duas premissas da medicina do trabalho. Inicialmente, em uma empresa, se faz o plano de prevenção para os riscos ambientais (PPRA). Em cima do PPRA, você faz um programa do tipo de exames que

vai pedir, além do exame clínico, que se realiza com o empregado dessa empresa, os demais exames que o médico, analisando o risco inerente a cada atividade, pede para aquela função. Pode ser audiometria, quando a pessoa trabalha em local com muito ruído, podem ser exames especiais para detecção de tóxicos, por exemplo, a pessoa que trabalha com tintas, sujeita à inalação de agentes tóxicos, e exames comuns, de rotina. Claro que, de acordo com a característica de uma função, são pedidos outros exames, que constam então do chamado PCMSO, que é um programa de proteção ao trabalhador. O intervalo depende da necessidade que a função exige. São os chamados exames periódicos.

Ao médico do trabalho compete fazer o exame clínico, analisar os exames e alertar, tanto o trabalhador quanto a empresa, das medidas que sejam necessárias, recomendando-se, às vezes, até um afastamento do empregado da função que ele exerce. Por exemplo, um indivíduo asmático, que está trabalhando em um local com agentes de poeira, ou agentes irritantes do sistema respiratório, está sujeito, portanto, a crises mais frequentes do mal. Quer dizer, trabalharia sob condições penosas. A gente recomenda às empresas que remanejem o empregado para um local menos agressivo. A doença do trabalho se equipara ao acidente de trabalho, ocorre abruptamente, sem previsão. Mas você pode, em função do ambiente, prever se, naquelas condições, ele poderá adoecer ou não. O médico do trabalho tem que ater-se não só ao acidente típico de trabalho, incluindo os acidentes de trajeto, que ele está coberto no trajeto da casa dele ao trabalho e vice-versa, mas tem que ater-se, também, às doenças decorrentes do trabalho. Aí essas doenças podem equiparar-se ao acidente, tendo assim as mesmas regalias, se nós podemos chamar de regalias, tanto o acidente quanto a doença. Nesse caso, quando você detecta uma incapacidade momentânea para o trabalho, recomenda-se à empresa que encaminhe o cidadão para a Previdência Social. Ele passa para a Previdência Social até que recupere a sua capacidade de trabalho. Tudo isso é função desse especialista da empresa.

A cooperativa faz exames não só do seu pessoal empregado, porque como cooperativa, ela pode contratar empresas, as empresas que assinam contrato de assistência médica, podem assinar também um compromisso dessa cooperativa prestar assistência na medicina de trabalho para elas. E isso facilita para as empresas. Podem ter as duas coisas, o plano de saúde para seus empregados e mais a medicina do trabalho. Ou não, ter só uma das duas coisas.

Então, além do funcionalismo próprio da cooperativa, eu faço também a parte que corresponde às unidades de empresas contratantes dos seus serviços. E eu, como médico do trabalho, faço inclusive os exames de intercâmbio, porque as empresas do Rio de Janeiro, São Paulo, de todo Brasil, que têm filiais em Curitiba, a cooperativa de Curitiba presta esse serviço, mesmo se as empresas têm as suas matrizes em outros estados.

Acabo um pouco fazendo a função que eu fazia naquela empresa que eu trabalhei 27 anos, que eu fazia também a medicina do trabalho. Na cooperativa, estou nessa função há 8 anos. A diferença é que aqui, eu só faço a medicina do trabalho, e eu também não estou vendo o cidadão no seu local de trabalho. Isso é função do médico coordenador desse serviço, na matriz da empresa. A ela que compete a fiscalização direta do empregado no seu local de trabalho, porque o coordenador deve ou trabalhar dentro da empresa, ou fazer visitas periódicas à empresa. Eu sou, para esses casos, simplesmente um médico examinador. Cada um vem ao consultório da cooperativa, e eu faço uma avaliação do estado dele. Estando apto, ou inapto, eu tenho que declarar isso no chamado atestado de saúde ocupacional.

No caso de funcionários da cooperativa, a ocorrência de patologias é muito rara, porque o médico do trabalho termina sendo um perito, e o que o médico tem que olhar, como perito, são as condições de trabalho, físicas e psíquicas do indivíduo. Nessa função, você vê uma coisa fundamental, que é a capacidade para aquele tipo de trabalho que o indivíduo realiza. Não para todo e qualquer trabalho, mas para o tipo de trabalho que ele realiza, você vê se ele tem condições, ou não. Porque ele pode ser um asmático e trabalhar, um diabético e trabalhar, a doença nem sempre é impeditiva do exercício profissional. Quando for, deverá atingir um grau de perigo para o tipo de trabalho que o indivíduo realiza. Aí sim, duas coisas podem acontecer: ou ele é afastado e mandado para a previdência social, para tratamento e recuperação, ou ele permanece na empresa, e muda de função, de local, quando o ambiente está favorecendo o surgimento ou agravamento da doença. Mas a maioria dos trabalhadores da cooperativa são pessoas jovens, e com a saúde deles. As doenças incidentes são tratáveis, sem prejuízo do exercício laboral.

As doenças que aparecem são variáveis, são comuns, as que a sociedade tem. Como ficam muito em computadores, há muita queixa de dor de membros superiores. E fica aquela discussão da chamada LER, Lesões por Esforço Repetitivo, dores de ordem ortopédica, que são discutíveis, as doenças do esforço repetitivo. Agora, quando

comprovadamente o tipo de trabalho está produzindo tendinite, que é a mais comum das LER, tomam-se as providências necessárias: ergonômicas, distribuição do trabalho no tempo. São feitas pausas, adequações do indivíduo ao tipo de trabalho que ele realiza. Faz-se todo um procedimento ergonômico para minimizar a ocorrência desse fato. Raramente você tem que afastar o indivíduo por isso. Às vezes, você vê que a pessoa, certos pacientes, certos trabalhadores, tem realmente uma tendência maior, uma fragilidade maior do seu sistema músculo-esquelético de desenvolver tendinite, tendinopatias pelo esforço repetido. Mas não são casos muito comuns. Geralmente, com medidas ergonômicas, higiênicas no trabalho, você consegue fazer com que a pessoa, mesmo tendo tendência para sofrer esse tipo de lesão... a enfermidade do trabalho é possível, sim. Houve, de início, uma valorização muito grande... até que se começou a estudar mais, e a experiência mostrou que essas LER tem que ser muito bem estudadas, em cada caso, para evitar os abusos. O indivíduo tem uma dor, e quer os benefícios de afastamento, de aposentadoria, e a coisa complica, quando o indivíduo é um simples imitador desse tipo de dor. Dentro das empresas, quando você recomenda o afastamento do indivíduo da função, também ocorrem algumas situações em que a empresa não colabora nesse sentido, e a justiça do trabalho recebe um bom número de queixas, alegando esse tipo de doença. Hoje em dia, das apelações que os empregados fazem na Justiça do Trabalho, muitas são decorrentes da LER. É o que mais se vê, em matéria de reclamação trabalhista, por questão de doença.

Hoje, os empresários estão mais conscientes dessa preocupação, até porque as leis estão regularizando muito isso. As leis estão exigindo que o empregador dê realmente proteção no trabalho. E com a evolução da tecnologia, da máquina, hoje o homem realiza muito menos esforço para realizar um trabalho, do que fazia antigamente. Os carpinteiros, para fazer uma construção, tinham que serrar madeira na base do serrote, do movimento repetido de serragem. Hoje, tem máquinas que cortam a madeira em um instante, sem esforço nenhum do cidadão, marteleiros pneumáticos para demolições etc. As empresas que já tem máquinas de misturar cimento e brita para fazer o concreto, então, o trabalho braçal praticamente está sendo feito por máquinas, isso reduz muito a ocorrência de doenças e acidentes.

Já a parte de doenças psíquicas é a predominante, é muito mais do que as doenças esqueléticas, por exemplo, ou das doenças orgânicas, é muito mais. As doenças da psique, do estado emocional da pessoa, são muito comuns. A pressão no ambiente de trabalho leva principalmente a estados de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo e às

depressões. Isso é muito comum. Hoje, os psiquiatras estão tendo muito mais trabalho com os empregados, em função da pressão que sofrem no trabalho, do que tinham antigamente. As doenças psíquicas estão incidindo muito mais do que causa orgânica. Além de que, hoje, existe uma proteção do empregado contra o chamado 'assédio moral', que é aquela pressão que os chefes ou empresários exercem sobre os empregados. Às vezes, até com o intuito de perseguir, porque não gosta do indivíduo, tem uma indisposição qualquer com a pessoa, e tornam o ambiente ruim para aquela pessoa, por ser um desafeto. Isso, às vezes, chega às raias do absurdo. O indivíduo adocece muito, e isso tem sido também denunciado na Justiça do Trabalho. Hoje, existe até proteção da lei contra o chamado assédio moral. Às vezes, na frente de todo mundo, eles falam: – você é um incompetente, um ignorante, fez aquele erro –, uma desmoralização, uma falta de respeito com o indivíduo. Isso faz a pessoa adoecer, por ferir o seu amor próprio, o seu brio, pela vergonha que ele passa perante os colegas. E isso chegou a tal ponto, que os legisladores entenderam que o indivíduo que exerce esse tipo de ação contra o empregado está sujeito também aos termos da lei, e pode ser punido por isso. E o empregado pode até ser indenizado por esse fato, que é um aspecto psicológico que pode levar a uma doença física. Isso é muito freqüente, bastante freqüente. Uma forma de pressionar o indivíduo a retirar-se. E difícil, pela experiência que a gente tem, é difícil que o indivíduo que tem transtorno psíquico permaneça empregado por muito tempo. E a própria Previdência também não vai concordar com incapacidade...

Essas doenças têm até uma predominância sobre as doenças físicas, não no meio rústico do trabalho, construção civil, metalúrgico, não. Mas nos empregados, principalmente dos escritórios, esse fato é verdadeiro. Também já está atingindo as camadas mais rústicas da população, o que prova que todo mundo tem alma. E esses fenômenos que acontecem nos escritórios também se passam dentro das fábricas. Isso eu vi muito acontecer na indústria que eu trabalhei por 27 anos. Existiam os chefes que perseguiram os empregados, pelas razões as mais diversas possíveis, mas existia esse assédio moral também. E é claro que as pessoas adoeciam também, são pessoas. A incidência desse fato é muito maior nos escritórios.

Como a escassez da medicina particular também está ligada à escassez do dinheiro para a medicina particular, o médico particular atende melhor esse aspecto psicossocial do adoecimento, porque ele está recebendo bem por uma consulta, então ele dedica mais tempo à pessoa. E dedicando mais tempo, ele acaba se envolvendo com

essas questões. Nas consultas feitas por planos de saúde, cooperativas, o tempo que o médico tem para conversar com o paciente é muito escasso. Essa parte é muito negligenciada, infelizmente. É negligenciada, daí o aumento constante de doenças psicossociais, e é uma coisa praticamente sem solução. O médico hoje, para dedicar 20 minutos a uma consulta, já tem dificuldade. Além de que, se cria um padrão de atendimento, da queixa principal da doença, e deixam de prestar atenção ao espírito do indivíduo, que muitas vezes é o foco principal da necessidade do indivíduo. Necessidade que não é atendida, porque também o médico não é preparado para esse tipo de coisa. O médico é preparado para atender doenças, para resolver rapidamente uma situação. E isso é muito claro com as especialidades. Se você é um oftalmologista, você não vai conversar problemas psíquicos com o indivíduo. Se a pessoa tem necessidade desse apoio psicológico, ele vai procurar quem? Onde está a porta de entrada do indivíduo, que deveria ser o clínico geral? Não existe. Hoje, o indivíduo vai direto ao especialista. Do especialista para outro... e quem tem muito médico, não tem nenhum. Essa questão do tratamento como um todo do indivíduo, está difícil. Os médicos clínicos gerais de antigamente faziam isso. Hoje, a própria clínica médica está muito descaracterizada, o contexto da clínica médica era esse, o chamado médico de família. Mas isso está sendo cada vez mais difícil de ver, a interação do indivíduo como um todo, com corpo e alma. Está difícil.

Também no ambiente de trabalho, hoje, as empresas não são mais daquele tipo familiar. Hoje, existem até corporações, um aglomerado de empresas sob um comando único. Isso aconteceu com os laboratórios. Quando comecei a minha carreira, existia uma centena de laboratórios, você tinha que disponibilizar um tempo enorme de consultório para atender propagandista, de vários laboratórios. Hoje, você tem meia dúzia de laboratórios e só, se formaram as corporações, e com isso, houve diminuição do número de empregos. São empresas voltadas para o lucro, e as exigências que pedem do empregado são muito grandes.

Hoje, até para você ser propagandista, precisa ter curso superior, a vida está muito difícil para quem não estuda, para quem não faz uma universidade. Por outro lado, a oferta de estudo, de educação, está baseada no dinheiro. Estuda quem pode pagar. O governo não tem muita condição, e se tem, não estão dando a educação que deviam, que estão obrigados a dar. Não, estão abrindo um campo enorme para a educação suplementar, para aquela que não é subvencionada pelo Estado, então estuda quem tem dinheiro. Nós temos uma percentagem muito alta da população sem acesso à

educação. E isso inviabiliza a possibilidade de trabalho da pessoa. A qualidade de ensino também não é boa, e cria esse estado social calamitoso que a gente vive.

A própria formação dos médicos mostra isso. Quando muito, as faculdades podem dar informação, agora formação, não. E a própria informação não está sendo bem feita. É o que a gente sente conversando. Por outro lado, os organismos que cuidam da formação do médico, as associações médicas, os conselhos de medicina, não tem acesso aos órgãos governamentais, que deviam cuidar dessa parte. Hoje, tanto a educação quanto a saúde estão baseados mais em princípios políticos e econômicos do que técnicos. Aonde isso vai terminar, eu não sei, mas a perspectiva, a meu ver, não é boa.

Nós estamos hoje colecionando problemas, assistindo à ocorrência de problemas, tanto na saúde, como na educação, mais do que soluções. Há muita demora entre a detecção do problema e a correção. Isso quase que inviabiliza colocar as coisas nos devidos lugares. Hoje, basicamente, o interesse econômico está predominando sobre o interesse social e científico. É a visão do que se passa.

Hoje, o médico não tem essa consciência de tratar o indivíduo holisticamente, como um todo, porque as condições médicas são bem diferentes do que eram. Com a proliferação de planos de saúde, com o aparecimento do SUS, o exercício da medicina sofreu. A proliferação de especialidades também é muito responsável por essa não atenção ao problema psicológico da pessoa. É uma verdade incontestável. Agora, como corrigir isso, eu não sei. A não ser que cada especialidade ensine seus associados a também fazer essa parte. Por que um oftalmologista, um ortopedista, não pode cuidar também da parte psicológica? Podem, e devem. É só ser treinado para isso. Agora, como fazer, como conseguir, eu acho que é uma questão educacional que vai ter que ser feita. Se não nas escolas formadoras, pelo menos nas sociedades especializadas. Mas essa é uma coisa ainda a fazer, que normalmente não se faz. Os médicos reclamam da questão psicológica influenciar muito o dia a dia, mas mais se fala do que se faz, esse é o resumo da história. Mais se fala do que se faz. Quase sempre é – não tenho tempo –, e mata a questão aí. Não dá tempo ou não é da minha área, não é da minha obrigação, é assim. É necessário, todo mundo deveria fazer, mas não se faz. Cada um tem uma boa desculpa para não fazer. Até porque, você se incomodar com a vida alheia, é complicado.

**O que você acha mais interessante, e menos interessante, na prática médica? Tomando como referência também sua trajetória?**

O agradável da profissão é você dar solução ao caso que te é apresentado. É você solucionar uma situação que afeta a vida pela doença, é conduzir o caso até a cura ou a melhora, a melhora possível. Isso dá uma satisfação muito grande. A satisfação que o médico tem é no resultado, na melhora do quadro do paciente, ou cura ou melhora. Porque há doenças curáveis e há aquelas que são crônicas, são tratáveis, não levam à óbito, levam à cronicidade. E tratar um doente crônico não é muito agradável, você fica compromissado com a doença, com o doente e com a doença que ele tem, que é crônica e que vai arrastar pelo resto da vida. Podem ser doenças crônicas ou degenerativas e progressivas. Aí você se torna um médico permanente, você não cura, você não dá alta, não finaliza. Isso incomoda, é a parte desagradável, é uma parte desagradável.

As doenças incuráveis, que você apenas dá o apoio, trata as complicações, cuida mais da sobrevida da pessoa, como é o caso das doenças oncológicas, você cura poucas, em outras você aumenta a sobrevida da pessoa. Isso é frustrante para o médico. Gostoso é aquilo que você pode curar, que você cura. Parte da cura é você conhecer a doença e saber que intervindo, você evita as complicações que levam ao óbito. É o caso da gripe. Não é a gripe em si que mata, mas a falta de cuidado que traz as complicações que levam ao óbito. Acho que o bom é fazer uma medicina preventiva, você é procurado para atender uma doença já instalada, uma suposta doença instalada e o trabalho gratificante é você fazer a prevenção. Cura o doente e faz a prevenção dos comunicantes, a família. Uma doença infecciosa em um indivíduo, o agradável da coisa é evitar que aquilo se propague, no ambiente, na família.

Agora, a medicina é muito mais frustrante do que prazerosa, para quem tem uma consciência das coisas. Mesmo porque, você não tem condições de seguir o paciente, o paciente não fica permanentemente ligado a você. Você o vê nas fases agudas, e depois quase sempre perde o contato. Às vezes, ele volta, de vez em quando. Mas no geral, na briga entre a vida e a morte, o médico quase sempre perde.

No retrospecto, você começa a questionar, se eu tivesse tomado outro rumo na minha carreira, não seria melhor do que é hoje? Posso dar um exemplo. No começo da minha carreira, eu tive chance de ir para Argentina estudar uma especialidade, porque eu ganhei uma bolsa de estudos. Eu não pude ir. Se eu tivesse ido, talvez o meu destino fosse outro.

Também tive uma oferta para ir para a Organização Mundial da Saúde da ONU, eu teria que sair do país e ir para a América Central. Eu também já era casado, tinha uma filha pequena, recém nascida, então eu abdiquei disso também, porque tinha a perspectiva de emprego aqui em Curitiba. E eu achei uma situação mais cômoda ser empregado. E comecei credenciado em instituto de aposentadoria, depois fui trabalhar em pronto-socorro, como empregado também, e ao mesmo tempo, como eu fui instrutor da cadeira de parasitologia, meu professor quis fazer de mim um continuador da equipe de ensino. E como éramos muito amigos, fiquei com ele, e acabei tendo um emprego na Universidade e comecei a minha carreira de professor, fiz concurso para livre docência, fiz concurso para cátedra e me tornei catedrático. Logo depois, veio a reforma universitária e desapareceu a figura do catedrático, em 1970, e deu-se um outro nome para o catedrático. Dentro da Previdência, eu também fiz uma carreira progressiva, dentro da perícia médica. E fora isso, tive um grande aprendizado em pronto-socorro, que eu pude, depois, aplicar na minha clínica particular.

Para mim, foi bom, porque tudo que eu fiz, eu fiz com prazer, com dedicação. Eu não posso me queixar do que eu fiz, como eu exerci a minha profissão. Foi gratificante. Eu ensinei e exerci a medicina. Eu fiz uma carreira dentro das condições que eu tinha, na época.

Uma coisa é certa: você não vai estudar medicina porque está destinado a estudar medicina. Eu acho que ninguém está preparado para escolher a profissão que vai estudar, são coisas muito fortuitas, muito aleatórias, que te levam para essa ou aquela profissão. Tem gente que começa um curso, vê que aquilo não é o adequado, e vai para outra. No meu tempo, era muito mais difícil você sair, interromper um curso para começar outro. Quase sempre, a pessoa terminava aquele curso, mesmo contrariado. Sabendo que aquilo não era bem o que ele devia fazer, mas acabava fazendo. Você sabe que quando existe empenho em fazer uma coisa, pode fazer qualquer coisa. E até fazer bem feito. Agora, se isso te dá satisfação ou não, isso é outra coisa. Muitas atividades minhas, eu fiz com grande satisfação. A perícia, eu tive muita satisfação em fazer, porque era um processo evolutivo de descobertas, de inovações. A mesma coisa na escola, como professor, ensinando, me dava muito prazer. Já pronto-socorro, eu vi que aquilo não era bom. Lidar com o sofrimento, com os infortúnios da vida, me machucava muito. Eu acho que todo médico de pronto-socorro não é feliz, não vai com prazer para o trabalho, porque tudo é imprevisível, e quase sempre, doloroso.

Então, na profissão, tem coisas que dão muita satisfação, e coisas que não dão satisfação. Agora, que você pode fazer tudo bem feito, pode. É só você fazer direito. O que dá satisfação é você cumprir o seu dever, fazer a tua parte, e fazer bem. Eu questiono a questão da vocação. Eu acho que essa coisa de vocação, eu não sei se é realmente verdade, porque existe uma predisposição para você aceitar um tipo de profissão, ou não. O caso das enfermeiras, por exemplo, que tem que dar uma dedicação muito humanística, muito de amparo, de atenção ao doente, coisa que o médico não faz, é mais próprio do enfermeiro e aí sim, eu acho que a pessoa é mais vocacionada para isso, mas não como uma definição de vocação, é mais pela índole do indivíduo. Tem indivíduo que gosta de tratar velho, gosta de tratar doentes, de prestar esses cuidados, e têm outros que não. E se você não gosta, não vai fazer bem a função. Permanecem na função aqueles que gostam de fazer o que fazem. O importante é você fazer bem feito.

### **Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?**

Acho que os médicos, apesar de terem sociedades especializadas, associações médicas, conselhos de medicina, não desenvolvem o poder de influir sobre a nossa profissão. Nós não temos um poder decisório, não temos voz nos órgãos governamentais, que traçam as diretrizes para o exercício da profissão médica, onde nós deveríamos estar para ajudar a dar uma direção para o profissional médico. Aí você vê a proliferação desordenada de escolas de medicina, sem os devidos cuidados que a profissão exige. Isso mostra que não tem força de atuar politicamente, dentro dos órgãos governamentais que regem a profissão. Esse eu acho um ponto bastante falho na nossa profissão.

Outra coisa é que, até pouco tempo atrás, o médico exercia tudo. Mas a medicina deu muitos filhos, nasceram da medicina os fonoaudiólogos, os psicólogos, os terapeutas ocupacionais, os nutricionistas, e os filhos, depois, se tornaram independentes. No tempo que não havia fragmentação da medicina, o médico era uma figura mais destacada, mais importante. Hoje não. Esses filhotes da medicina foram transformados em profissões autônomas, reduzindo muito a competência e atividade do médico. Hoje, nós temos que conviver com uma medicina muito menor do que ela era, porque a fragmentação se deu. E nós estamos sofrendo, não só a concorrência, mas às vezes, a oposição desses filhos contra a mãe, cada um lutando pelo seu espaço. Esse é um aspecto também que nós temos que entender.

Outra coisa é a dissociação do profissional com a sociedade. O médico está muito adstrito às suas instituições, suas associações, suas sociedades, e muito distante da população. Esse é um dos aspectos que está complicando muito, essa separação, esse distanciamento do médico da sociedade. O fato hoje é fazer com que o médico se integre mais, interaja mais com a sociedade.

A questão da formação do médico também, os conselhos de medicina têm subsídios para serem órgãos formadores. O que nos falta é autoridade para conseguir que seja ensinado o que deve, efetivamente, ser ensinado de modo regularizado.

Hoje, nós temos mais problemas do que soluções.

**(FIM DA ENTREVISTA)**

## ENTREVISTA COM DR. ANTÔNIO

**Eu sempre peço para os profissionais começarem falando um pouco da infância.**

O meu avô era alemão. Ele tinha comércio, trabalhava numa firma de exportação. Ele não tinha curso de comércio exterior; esse troço não existia, era tudo na prática. E, na prática, a firma ofereceu para ele abrir uma agência de importação. Ele veio para Joinvile, conheceu a família... A minha bisavó foi fundadora do Hospital Dona Ângela, e minha avó também chamava Ângela. Só que meu avô achou que a 'praça' era muito pequena, em Joinvile, e resolveu ir para Curitiba. Eu tenho fotografia; foi a primeira casa e a maior de importação de Curitiba, no começo; representava uma fábrica de pólvora. Não existiam esses troços, daí todo o pessoal ficou rico, não tinha muita concorrência. O meu pai era nascido aqui e era costume lá (na época da década de 1920, 1930, já antes, década de 1910), as famílias que tinham posses mandarem os filhos fazerem segundo grau na Europa. Algumas famílias brasileiras eram ligadas com a França, geralmente era na França. Pode ver que muita coisa antiga aqui, a nossa Santa Casa é tipicamente francês, o estilo. Os livros de medicina eram bastante... eram só os livros franceses que eles traduziam.

E como o meu avô era nascido na Alemanha, aliás, nunca se naturalizou, ele resolveu mandar os três filhos para a Alemanha, para Hamburgo. O meu avô ficou aqui no Brasil, mas na Primeira Guerra Mundial, ele ficou preso lá. Ele estava passeando lá, e estourou a guerra. Como ele era alemão, não servia, mas não podia voltar. Era 1914, e em 1918, ele voltou, e os filhos ficaram. Aí o meu pai, minha tia, e meu tio ficaram numa pensão em Hamburgo e fizeram lá o segundo grau; fizeram o ginásio e o científico. E meu pai tinha dupla cidadania, porque aqui é por nascimento e na Alemanha é por sangue, por origem, então o meu pai tinha cidadania dupla. Ele ficou, fez medicina e estava fazendo carreira universitária. Fez carreira universitária e foi assistente de um famoso médico alemão. Ginecologia, naquele tempo, na Alemanha, você era obrigado a fazer primeiro cirurgia geral; a ginecologia e a obstetrícia eram após isso. Primeiro tinha que ter o título de cirurgião, era uma especialização da cirurgia geral. Aí ele fez patologia, depois fez cirurgia e depois fez ginecologia. Na época,

depois da Primeira Guerra, era depressão, inflação, mas ele não sentiu muito, porque o meu avô mandava o dinheiro através da Inglaterra e do Líbano.

Meu pai tinha feito medicina e fez carreira universitária. Em 1936, ele era residente em Rostock, uma cidade do Báltico, que depois virou Alemanha Oriental. Eu nasci em Rostock, só que meu pai acabou se indispondo com o regime nazista, por causa do trabalho de doutorado, que não batia com as ideologias do regime nazista, e tinha que mudar, para dar uma ajeitada, mas o velho se encrespou com eles, e acabou saindo da carreira. Eu sei que um dos trabalhos era sobre vinho, porque o vinho tinto faz bem, e já tinha essas idéias de que era antioxidante, esses negócios. E ele fez o trabalho, os espanhóis sempre tomaram muito vinho, e os franceses também. A coisa básica era que se tomasse muito, podia fazer uma “cirrosezinha”, mas, em medida social, fazia bem; e o Hitler queria provar que fazia mal sempre; que qualquer bebida alcoólica não podia. Esse foi um dos motivos da encrenca, porque na Alemanha, naquela época, eles tinham umas coisas meio místicas, anedóticas – a suástica; aquilo tudo era meio... O trabalho dele era mais com gêmeos... ele continuou até aqui, mas depois morreu ‘na casca’. Nem na ‘casca’ não era, porque já era meio completo, o trabalho dele era sobre gêmeos, genética (gêmeos, com um zigoto, de um ovo só); sobre o desenvolvimento, porque havia a discussão se era igual ou se não era. O trabalho era sobre isso, e o regime também ‘brecou’ alguma coisa.

O Hitler teve umas idéias bem doidinhas; não era só anti-semita, ele também era contra tudo o que geneticamente alterava... Era um alcoólatra, um cara meio... Ele tinha aquela mania, como era? Em caso de pedofilia ele mandava tatuar o sujeito, meu! Enquadrava e não tinha conversa.

As experiências que os alemães faziam, eram que nem experiência em animal! Hoje, nem com animal pode fazer isso. O meu pai, que nunca tinha tomado parte de nada, ‘se queimou’ e morreu. Eu não sei se era só isso, sabe? Porque quando tudo está ruim... e minha avó estava doida! Ela teve metástase no fígado, e morreu também, dois anos depois.

Depois de deixar a carreira acadêmica, o meu pai abriu clínica, mas acho que foram só 3 ou 4 anos, e eclodiu a Segunda Guerra. Eu nasci em 1933, e em 1939, já eclodiu a Segunda Guerra. E aqui no Brasil, já se sabia que a coisa ia para o ‘brejo’. Todos os meus parentes daqui fizeram uma viagem para a Alemanha, em 1938, eu tenho até fotografia, para convencer o meu pai a voltar, mas quando você está no meio, não enxerga; e ele não aceitou voltar.

Na Alemanha, fiz só o primário. Terminou a guerra em maio de 1945, entraram os aliados; primeiro entraram as tropas francesas, mas o definitivo foi o americano. Tinha aula de novo, e nós entramos no primeiro ginásio, mas era um negócio muito precário – era mais inglês, por causa dos Aliados. O país estava arrasado! Meu pai conseguiu evacuar a família, os filhos, para o Sul da Alemanha, na Bavária, e nós ficamos num internato de criança. Eu já tinha esse negócio de curso na Inglaterra; a maioria não conseguia, mas o meu pai... Ele era estudante bem na época da depressão, no começo da década de 1920, era aquela inflação enorme, porque tudo que a Alemanha produzia tinha que entregar como reparação de guerra, foi aquele famoso Tratado de Versalhes, que foi o embrião da Segunda Guerra. Eles fizeram umas regras para a Alemanha que eram inaceitáveis, sangraram o país. Aí a Rússia pensou na revolução bolchevista, comunista, e eles acharam que a Alemanha ia aderir, porque a exploração humana era enorme, antes do ‘estado social’, e havia um descontentamento geral da população, que era explorada. Só que o sistema russo era muito radical, e a Alemanha viu, porque quando foi a revolução comunista, ainda tinha a guerra. Eles viram como é que eles agiram, e a Alemanha falou: “– *Não, assim nós não queremos o socialismo.*” E como os outros exploravam... a Inglaterra ainda mais, o Hitler, resumindo, acabou assumindo a coisa. Ele tinha uma qualidade de vida, na minha opinião, muito grande, e como todo o gênio, era piradão, ele ficou louco mesmo, e criou o Nacional Socialismo; virou o socialismo para a Alemanha, e não no estilo russo. Era Nacional Socialismo, e depois virou, na guerra, nazismo. Todos os jovens de vinte e poucos anos, na época, eram a favor. Eles viraram do partido, só que, depois, escapou da mão deles; o nazismo se tornou independente à base do terrorismo. E a maioria achou: “– *Putz, o que nós fizemos?! Onde é que nós vamos parar?*” Mas não tinha mais volta. Se levantasse a crítica, já te enquadravam.

Em 1939, pegaram o meu pai para cirurgião da frente de batalha. Ele fez a parte da Polônia, depois fez toda a invasão da França, a Itália, Monte Cassino, que foi a decisão entre os Aliados e a Alemanha. E foi para Iugoslávia, para um campo de prisioneiros. Quando começou a guerra, o país ficou tão revoltado, e descobriram que tinha uma lei que dizia que participantes do exército comum não precisavam ser alinhados, não deveriam ser alinhados a partido político nenhum. Meu pai descobriu esse negócio e saiu. Ele estava tão revoltado, que saiu do partido, mas depois da guerra, os aliados viram; eles sabiam de tudo – o serviço de inteligência deles funcionava. E como ele tinham sido do partido, havia um programa que era a “desnazificação”, isso

ninguém sabe. Eram inquéritos obrigatórios, pegavam o cara e viravam do avesso, que nem aquele filme... Eles queriam que você se explicasse. O meu pai disse: “– *Ah não. Passei a guerra toda como ‘cirurgião da frente’, vi o que muita gente não viu, e agora ainda querem pegar no meu pé?*”

Aí ele achou que não valia mais a pena, e como ainda tinha a mãe viva aqui em Curitiba, ele pediu o repatriamento. Ele, porque eu, a minha mãe e as minhas 4 irmãs, em 1947, viemos também.

Nós viemos com um navio de repatriamento, um navio brasileiro – chamava-se Santarém. Eles falavam que a tripulação era toda comunista – e isso eu não sabia, eu tinha de 10 para 11 anos, naquela época. Diziam: “– *É tudo comunista!*” Devia ser. Eles fizeram um navio de carga pequena: a parte da frente eram mulheres; atrás, os homens, e no meio, tinha a carga e o refeitório. Colocaram todo mundo lá dentro. Nós saímos de Hamburgo e ficamos num campo de concentração, que hoje em dia, sempre tem conotação negativa, mas no campo, você junta um monte de gente para fazer alguma coisa. Era um campo de concentração, de reunião, onde todos esses repatriados ficavam, até que o navio pudesse sair. Saímos de Hamburgo no inverno, em janeiro, com vinte graus negativos; todos em cima de um caminhão de exército americano, com aqueles toldos. Levaram para o porto, para o navio, e saímos. Estava muito frio, e também tinha campos minados, então ficamos não sei quantos dias para chamarem esses barcos que tiram as minas.

Nós chegamos em fevereiro, naquele calorão do Rio de Janeiro! Eu nem conhecia o Brasil, não sabia falar uma palavra! O meu pai nunca teve intenções de voltar, isso foi depois. E a minha mãe fez ‘greve’! Ela não queria vir. Ela nasceu lá e tinha nascido em berço esplêndido – o meu avô era empresário da Basf, uma indústria química. Ela não queria vir, mas ficou quatro anos aqui, direto. E aqui, todo mundo sabia, era tudo melhor. Por que nós perdemos a guerra? Porque fizemos tudo errado, eles é que estavam certos! [Risos] Chegamos ao Rio, e para nós, aquilo era tudo! Na Alemanha, naquele tempo, não tinha mais nada inteiro. A gente não produzia mais automóvel moderno, era só coisa velha. No Rio, os hotéis bons ainda eram no centro, o Copacabana Palace. Só tinha Copacabana, Ipanema, estava iniciando, naquele tempo. Não tinha estrada, a gente só podia ir de avião. Não existia Dutra, viajava de avião para Curitiba.

E meu pai voltou achando que aqui ia ser... mas ninguém estava esperando por um médico formado no exterior, foi aquela batalha para conseguir revalidar o diploma.

E o clima não estava muito a favor, tinha que fazer todas as disciplinas básicas – português, história e geografia, refazer tudo do 3º grau, fazer tudo de novo. E isso era no Rio de Janeiro, que naquele tempo, era a capital. Depois, teria que fazer medicina. Ele poderia fazer os três últimos anos clínicos, “pro forma”, e conseguir a revalidação, mas ele era muito orgulhoso, e achou que não precisava. E tinha um colega dele, já falecido, que voltou também, e foi obrigado a fazer os três últimos anos clínicos em medicina. Ele fez, e terminou muito antes do meu pai, que ficou brigando para não fazer. Além disso, eles não exigiam presença, se o cara entrasse, ou sumisse nas aulas, era só pró-forma, podia abrir consultório, e ele abriu consultório, com um colega daqui. Só em 1954, ele conseguiu a revalidação, foram 7 anos que ele perdeu. Gastou todo o dinheiro da herança dele, porque a família era grande. A minha avó tinha uma casa linda no Batel, tinha dinheiro, tinha tudo, e por isso decidiu voltar, mas o meu pai não devia ter voltado. A mentalidade germânica, que era aquela meio radical, na época, hoje não é mais assim. Naquela época era: escreveu, não leu, o pau comeu. E os filhos também, era fogo!

Depois que o meu pai revalidou o diploma, ele ficou exercendo a profissão, mas ele perdeu... Aqui já tinha esse negócio de instituto; tinha 50 mil institutos, que depois foram unidos como INPS. E o Dr. Soares, por exemplo, que era um dos fundadores, ele não se dava com o meu pai, não sei por quê. Ele dizia que o meu pai era não sei o que. E eu não podia falar porque [Risos]... Era uma época... Meu pai podia ter chegado a ser do IPE, e outras coisas, mas ele foi só no particular, e no particular, ele se afundou – a não ser os ‘medalhões’, sempre teve ‘medalhões’ em tudo, mas nem tudo era ‘medalhão’. E Curitiba, em 1948 – isso eu me lembro bem – tinha 180 mil habitantes. Era bem pequena, bem pequenininha. Joinville era uma aldeia! O meu avô era muito de ações, ele ia para os Estados Unidos também, e como ele não tinha fonte de renda, ele ia vendendo. Daí a gente vinha para Joinville, volta e meia, mas era bem pequenininha, e Curitiba também!

Aqui, tem muito polonês, inclusive o meu falecido cunhado. Isso aqui chama Campo da Galícia, porque eles têm uma área, na Polônia, que chama Galícia. Esses que moram por aqui eram todos poloneses. A cidade era pequena, não tinha asfalto. A Salgado Filho, para o aeroporto, era chão! O primeiro asfalto em Curitiba foi feito na Salgado Filho. A gente ia de bicicleta, porque não tinha asfalto, então todo mundo ia andar de bicicleta. [Risos]

E como meu pai era recém chegado, também não tinha uma clientela estabelecida, ele achou que a colônia alemã ia consultar com ele, mas que nada! Os alemães não são que nem os italianos, que se apóiam. Os alemães são desunidos. O meu pai foi contra a maré. No fim, depois, ele reconheceu que foi errado.

Chegamos aqui em 1947, logo em seguida, eu fiz 11 anos, e não sabia falar nada de português. O meu pai me matriculou no Bom Jesus, na praça Rui Barbosa, atrás do aeroporto, ainda tem. E tinha esses estudantes, que já tinham vindo para fugir do comunismo, vieram antes da guerra, na época do comunismo, e muitos deles moravam lá, estudavam no Bom Jesus e falavam alemão. Então, pela lei do menor esforço, eu não aprendia nada. Naquele tempo, os colégios todos separavam as meninas de um lado e os rapazes do outros. Colégio misto tinha o Rui Barbosa, que começou, mas os outros, eram todos separados. O Santa Maria e o Bom Jesus eram de homens. Eu me lembro de todos, porque a gente vivia na saída, e os de meninas era o Sion Sagrado Coração, que era bem grande. Eu sempre freqüentei, circulava na saída desses colégios. [Risos] Mas era um tal de se estranhar um com o outro!

E aí descobri o professor Saul, um professor de português que lecionava no Colégio Sion, e as minhas irmãs foram para o Sion e fizeram aula de português. Esse foi um dos professores, e eu tinha que ir lá um dia sim e um dia não. Em meio ano, eu aprendi português, porque tinha que fazer admissão. Tive que voltar para o 4º ano, para fazer a admissão, porque fazia prova para poder entrar no ginásio. Fiz a admissão e consegui passar, e a coisa foi para frente.

Em 1954, eu terminei o científico. Estudei no Santa Maria, era o primeiro vestibular de escolha múltipla. Antes, o vestibular era dissertativo, nós ainda pegamos a parte de perguntas, e depois tinha a entrevista ainda, ao vivo, lá no prédio da universidade, ainda pegamos esse ‘rabicho’. No Santa Maria, os irmãos maristas e os professores falavam: “–*Não tem problema, nosso curso é ‘bababi, bababá’.*” E só tinha dois médicos, o Ivan e o Cunha – mas eles fizeram cursinho, e nós não fizemos cursinho nenhum, entramos direto. O grosso da turma rodou, foi bem na virada. E entrou o cursinho; tinha o cursinho de um ginecologista medalhão daqui, mas simplesmente foi assim, uma fase de transição, que ninguém acreditava que fosse ser assim.

O primeiro ginásio foi ‘broca’! Os padres, acho, deram uma mãozinha, mas eu tive que ver. Aí no segundo ginásio, eu já fui bem. Primeiro, eu recebi o elogio que a melhor redação tinha sido a minha. E o padre – a gente dizia padre, mas eles não eram padres; eram irmãos, chamados irmãos maristas, eles usavam hábito e a gente chamava

de “padreco”. Fiz todo o colégio lá, tem o prédio da capela, que agora restauraram - nós tínhamos que ir à missa sempre - era muito bonita.

E eu tinha um pouco de culpa, porque eu tinha mania de barco, de construir um barco. Eu queria fazer um barco, e construí. Fiz um curso de 3 meses numa marcenaria, e fiz o barco. Chegou no vestibular, ele [o pai] disse: “– *Não, se começa, termina. Se você não passar, não faz mal. Mas termina o barco.*” E nós terminamos. Levamos ele para Antonina, pusemos na água e velejamos até Paranaguá. No segundo vestibular, ele disse: “– *Se não passar de novo, acabou, vai fazer outra coisa*”. Mas no segundo, eu passei.

### **Gostaria que você falasse um pouco dos tempos de faculdade.**

Foi de 1956 a 1961. Era tudo ainda na universidade, aqui na Santos Andrade, e tinha o diretório, na Ébano Pereira. Era novo, na época. Agora, dá até pena de ver, está tudo degradingado, mas era bem novo. E uma grande parte das aulas, a parte clínica, era lá: ginecologia, urologia, era tudo lá. No DANC tinha aula também, de Parasito, por exemplo, era lá em cima, tinha um eternite, que eles fizeram em cima, e você não via debaixo; era uma sala quente! A aula era à tarde, e o apelido dessa aula era “inferninho”, de tão quente que era, todo mundo fritava nas aulas. [Risos] Mas era mais a parte básica – a parte de histologia, essa coisa. Na faculdade, no começo, a divisão era anatomia descritiva, anatomia topográfica, histologia, anatomia patológica, patologia geral, química. Acho que continua mais ou menos isso, hoje em dia.

Depois, a parte de clínica, era mais no DANC. Mas não tinha ambulatório, era tudo na Santa Casa. Aqui não tinha o Hospital de Clínicas, ainda estava construindo, e demorou. Só tinha a Federal, não tinha a Católica, nem a Evangélica, nada disso, então a Santa Casa funcionava com a parte hospitalar e ambulatorial, era tudo lá. E nem tinha a ala nova, era tudo lá na frente, na ala velha, era tudo estilo francês.

Já na relação com os professores, sempre tinha os mais ‘dados’, que a gente tinha mais acesso, e tinha outros que eram... Era mais assim: ele lá e eu cá, porque o respeito, naquele tempo, existia [Risos]. Mas ele [professor] tinha as manhas dele, o que ele gostava que fizesse, e que não fizesse. E a gente já sabia que era bom seguir, se fosse contra a maré, ele ia colocar no pau mesmo! [Riso]

Em 1961, o Hospital de Clínicas estava terminando, e o meu velho preferiu internato em urologia, porque a cirurgia estava muito ruim, não era grande coisa. E o

meu pai disse: “– *Melhor você fazer uro, porque vai aprender mais a parte de iniciação cirúrgica*”, que eu fiz. E o velho achou que eu devia fazer. Acho que eu errei, eu devia ter ficado em urologia, que eu tinha aplanado na carreira, mas eu fui ‘contra a maré’, fazer ginecologia por minha conta. E o meu pai já tinha tudo encaminhado...

A gente fazia cirurgia experimental com os “dogs”, e você tinha que levar o cachorro, tinha que operar o cachorro, você que tinha que arrumar o cachorro. Tivemos uns rolos! [Risos] Tinha uns caras lá, um pessoal de Bauru; vinham muito de fora, de Bauru, os paulistas, eles roubaram um cachorro, um pequinês de uma mulher, e a mulher descobriu que pegamos o cachorro. Quer dizer, eles pegaram o cachorro, e putz, ela foi para a polícia!

Eu morava longe, porque a minha mãe tinha trauma de guerra, e era costume, naquele tempo, às 7 da manhã, tinha sirene nas indústrias, era aquele: puuuu! E a minha mãe sempre confundia aquilo com ataque aéreo, então ela não queria morar no centro. A minha avó tinha uma chácara, ali onde hoje é cidade! E elas foram morar lá, só que eu ia para a faculdade. Mas a partir de 1953, não podia importar carro, era proibido importar carro e motos. Daí eu comprei uma moto usada, de um guarda de trânsito, e o meu pai não dava... Eu tinha que prestar serviço para ele. Essa moto não andava nunca, sempre estava quebrada.

Eu sei que tinha uma tia da minha mulher que queria que fizesse laqueadura na cachorra dela, e eu tinha que levar o cachorro de moto. Tinha uma caixa, eu pus lá atrás; eram aqueles assentos com mola, e eu coloquei a caixa lá, para levar o cachorro. Como é que eu ia levar? E aí tratei lá em casa, tudo. Deus me livre se o cachorro morresse! Eu estava arrependido de ter pego. E tinha que apresentar o cachorro depois do pós-operatório, depois de 20, 30 dias, tinha que levar o cachorro e dizer: “– *Está aqui o cachorro.*” E na cirurgia, ele acompanhava. Um Pneumologista, meu colega, fez alguma coisa... Ele se lavou e vestiu errado o avental. Ele inverteu a ordem. Eu sei que o professor invocou... era uma coisa que hoje, na cirurgia, ninguém dá bola. Ele inverteu a ordem, e foi reprovado. O cara ainda disse: “– *Homem não chora. Homem não é disso.*” É raro! Mas deu pau de cara. E daí tinha segunda época, e tinha segunda chamada. Tinha mais uma chance no outro ano – a dependência. E se na dependência não tirasse nota, perdia o ano. E essa aula também era aula magistral, como chamavam. [Riso] A maioria dos professores era assim, mas tinha uns mais ‘dados’. A gente sabia com quem que tinha que cuidar... [Risos] Mas se você não soubesse fazer a prova, puxando o saco dele você [passava]... E era a cadeira temida, a de neurologia. Mas

tinham outras que não... química, por exemplo, era matéria calma, mas ninguém estudava química. Eu gostava muito – sempre gostei. Agora não, porque já vi tudo que tinha. Mas eu sempre tinha bastante informação, e o meu pai também, então eu tinha bastante informação geral. E na prova de química, eu falei: “– *O que é que eu vou escrever agora?*” Aí entrei num assunto meio fora daquela coisa, mas era ligado. Eu tinha um assunto que era bastante interessante e que estava bem explanado, e passei! Inclusive o meu pai chegava para mim e dizia: “– *Você trata de estudar agora.*” E a gente fala aqui também, o cara chega no 4º, 5º, você fala: “– *Você tem que estudar mesmo.*” Eu até mandei vir uns livros da Alemanha, porque o meu pai sabia os nomes, de Patologia Geral, Clínica Médica, eu tinha livros muito bons, porque aqui, os livros, a maioria era de traduções em espanhol, e muitos não estavam atualizados. Eles estavam atualizados na edição, mas você pegava o original, era de 10, 15 anos antes, não era atualizada no assunto, era só reeditada. E daí eu estudei mesmo.

Como o meu pai não quis mais nem saber da Alemanha, ele tem o diploma dele, e opção para a nacionalidade. Tem uma lei aqui, que muita gente nem conhece. É uma lei em que filho de brasileiro, ou brasileira nata; o pai ou a mãe são nascidos no Brasil, e o filho é nascido fora, tem o direito, a possibilidade de optar a nacionalidade, entre 21 e 24 anos de idade. Nesse período, você pode ir lá, prova que o seu pai ou a sua mãe nasceram aqui. Quando eu estava no 3º ou 4º ano... “– *Eu quero optar. Deve-se jurar...*” mas o que é que tem na cabeça? É um minhoqueiro, né? [Risos] Tinha na cabeça um monte de coisa, menos isso. Mas eu achei que tudo bem, fiz e logo em seguida, houve a minha convocação para o CPOE, que hoje é NPOE. CPOE era Centro de Preparação para Oficial do Exército, que é ali onde é o Shopping Curitiba – aquela praça grande era o CPOE. Eu fiz um ano inteiro, sempre sábado à tarde. Em julho, nas férias, a gente fazia acampamento lá no Xaxim, que ainda era tudo campo.

E depois disso, do 5º para o 6º ano, eu fazia estágio aqui no Hospital Militar, e todos nós fizemos. Daí você ganhava a sua patente de oficial da reserva, de segundo tenente da reserva. Era só nascido no Brasil, ou que optava, que era como nascido no Brasil. Mas era elitizado, era uma coisa bacana, não era assim. Eu não conheço nenhum dos meus colegas que tivessem achado... Na hora, a gente xingava! [Risos] Era na Dr. Pedrosa, esquina com a Brigadeiro Franco. Aquilo era a parte da saúde, e em cima, era administração. Tinha a infantaria – o meu cunhado fazia infantaria; tinha intendência, esse negócio todo. Mas a gente tinha que fazer, não tinha “não quero”, porque tinha a inspeção. A não ser que você tivesse um padrinho muito forte, que te riscasse da lista,

tinha que fazer. Tinha a entrega de espadas, formatura de oficial, com madrinha (minha mulher foi madrinha). Tinha baile no Círculo Militar, tudo certinho! Sábado de tarde, depois do serviço, a gente ia folgar na rua XV. Quem tinha carro, ia de carro (a gente não tinha, mas na boa!), para ver as meninas. Não tinha televisão, tinha cinema. Então, sábado à tarde, a gente ia paquerar na rua XV. E era importante!

Fiz o CPOE em um ano. Eu já estava muito atrasado, porque normalmente, acho que era no 2º ano, e eu já estava no 3º, 4º ano, porque eu não tinha 21 anos de idade. Quando eu optei, era o mais velho da turma – era o xerife. Em cada turma tinha um xerife, e na saúde, eu fui o xerife. [Riso] E todo mundo chamava: “– Ó, Xerife!” Ficou o apelido.

A vantagem foi o regime militar, que a gente nunca enrascou com ninguém, porque a gente também não tinha idéias revolucionárias. Eu tenho a minha carteira até hoje, já está vencida, mas é uma lembrança. Por exemplo, o regime militar fazia aquelas barreiras na estrada para Joinvile, pela beirada, tinha as barreirinhas; o pessoal de metralhadora, à paisana, parando todo mundo. Eles não tinham uniformes, porque não tinha dinheiro. Eu mostrava a carteirinha, o cara batia continência, à paisana. [Riso]

Eu digo, hoje em dia, que toda essa coisa de revolução que a gente viu, não deu em nada. Mas, no fundo, no fundo, o pessoal que era contra, era... Eu saí em 1961, a ditadura foi em 1964, mas já estava ... Espera aí... O Getúlio se matou em 1954, eu me lembro que até aí, eu nunca prestei atenção em nada de política. Mas em 1954, quando o Getúlio se matou, a gente começou: “– *Mas o quê que é isso, pô!*” De lá para cá, a gente lembra, mais ou menos. Quando ele se matou, era o Café Filho, provisório. Em 1961, quando nós formamos, era o Jango – Jânio Quadros, o homem da vassoura. Daí ele caiu fora e começou o rolo, agitou, ficou feio. Eu sei porque a gente vivia no embate lá na minha sala, na medicina, quando funcionava... Eu tinha um fusquinha, e ele ficava sempre na garagem, em 1964, porque se pensava: “– *O que ia dar?*” Porque o João Goulart [trecho inaudível] em 1967. Ele falava que nem gaúcho: “– [Trecho inaudível]”. Mas não tinha outro jeito. Hoje, a gente sabe, pelos arquivos secretos, que os americanos estavam ‘mascarados’ aí fora. Se desse alguma coisa, claro, eles teriam invadido. Viu o rolo que deu com Cuba e não deu em nada. Eles não conseguiram evoluir, com toda... A própria Rússia, o governo, hoje é um país pior do que aqui, no sentido darwinista, vamos dizer, a lei do mais forte. Tem muito dinheiro aqui, mas tem muito mais miséria.

Quando foi chegando o fim da faculdade, eu tinha que optar pela especialidade. Meu pai fazia ginecologia, e aqui, ginecologia era muito ruim, a parte de obstetrícia, nós praticamente nunca tivemos. Na Federal, no 6º, tinha obstetrícia no programa, mas não tinha o Hospital de Clínicas, só tinha na Ubaldino do Amaral, que até hoje é deles. Ninguém nunca viu nem um parto feito por eles, porque eles não mostravam. O pessoal dizia que era para ‘esconder o jogo’. Eu não sei o que era, mas nós nunca tivemos. O Lima era de São Paulo, de família antiga de São Paulo. Ele era bem doido, o apelido dele, naquele tempo, era louco. [Riso] Mas quando ele se formou, de repente virou, e conseguiu, em 1951, fazer parte de uma caravana para São Paulo, no Hospital do Tatuapé, no serviço do Tenácio, e conseguiu que os paulistas nos hospedassem o mês inteiro, sem pagar um tostão. Montaram um monte de beliche; ficamos num quarto com beliches, alimentação, tudo por conta deles. Fizemos uma caravana. A estrada inteira ainda era terra. Agora está asfaltado, mas na minha época, não era, fomos daqui, para Bocaiúva; Adrianópolis, Apiaí, Capão Bonito, Itapetininga, Sorocaba e daí São Paulo. Era o dia inteiro, e os ônibus eram aqueles ônibus curtinhos, de traseira redonda, pequeno; juntamos os dois ônibus e fomos, foi quase toda a turma para poder ver parto. Nós chegamos lá de noite, e ficamos um mês. Os paulistas foram muito bacanas com a gente, porque não precisavam fazer isso. E o Lima que organizou, ele foi o medalhão do curso de obstetrícia, ele era muito dado, já é falecido.

E na urologia, quando eu estava, eles faziam cirurgia, e o serviço do Átila e do Adir, que hoje é nefrologista, era uma cadeira. Eles diziam: “– *Vamos lá gineco porque os caras acertaram o ureter*”. E era sempre meio com desdém: “– *Pô, os caras fazem a salsicha e eu que tenho que arrumar*.” Era mais ou menos assim. E então eu fiquei. O Átila me convidou, e o meu pai me ‘fez a cabeça’ de fazer gineco. Eu, se fizesse de novo, não faria gineco. Não adianta ir ‘contra a maré’, e com o Átila eu tinha tudo, eu poderia ter ido para a Alemanha, mas para fazer uro. Para que fazer ginecologia, que eu não conhecia ninguém aqui?

Numa época, eu pensei em fazer uro, mas eu não tinha o suporte financeiro. A gente agora pensa: “– *Ah, podia ter ido*.” Mas, na época, ninguém sabia, e eu não tinha como sustentar a coisa, até conseguir o... Eu precisava só da boa vontade do velho, porque eu não queria casar, eu não queria... Lógico que eu queria casar, mas eu não esperava...

Aí eu disse: “– *Bom, vou fazer o quê? Eu vou para o interior*.” Daí eu fui para o interior, voltei para casar, a minha mulher foi também. Foi uma fase muito boa. Nós

aprendemos alguma coisa diferente, fazia histerectomia sem nunca ter feito. [Riso] Eu suava, mas tinha que fazer aquilo!

Porque durante a faculdade, não tinha essa coisa de fazer plantão em hospital, acompanhar outro médico, não tinha nada disso. Só acompanhava no hospital. E depois ia para o Átila, mas ele era um cara muito bacana – o Átila Rocha, ele tinha um serviço de urologia que funcionava. Ele e o velho Omar de Abreu, da cirurgia. Os cirurgiões deles todos fizeram nome, e o Átila também funcionava – só que com tanta briga... a gente tinha que estar lá. Quando ele dizia: “– *Cirurgia.*” – a gente tinha que estar na sala, pronto, vestido, arrumado, com avental e tudo, às 7 da manhã. E ele, às 7 da manhã em ponto, aparecia, só que não começava nunca na hora. Às 7 hs ele entrava, sentavam todos certinhos, e ele deixava abrir. Os acadêmicos podiam abrir o “coiso”, ele ficava junto e fazia, porque a prostatectomia era feita a céu aberto; a benigna, hoje em dia, faz transuretral, mas naquele tempo, era tudo a céu aberto. Depois de um tempinho, ele deixava inclusive fazer, conforme o caso, um “filezinho”, ele deixava fazer. Então a gente fazia alguma coisa, mas na gineco não podia. E isso tudo era curricular, era na faculdade mesmo. Era sempre de manhã, durante o curso. A gente fazia junto, lá na Santa Casa. O Átila me levava junto, no Hospital de Clínicas, porque ele tinha que escolher as salas e como é que ia ser. Eles já estavam terminando, mas só começou a funcionar quando nós já estávamos formados. Foi em 1962 que começou, e logo veio a Católica também.

Eu também pensei em oftalmo, que é uma área que estava tudo na mão. Naquele tempo, já era o Moreira. Ortopedia; eu gosto muito de mecânica, de ortopedia. Mas o meu pai teve influência sobre a gente, ele influenciava as coisas, ele levava junto pra fazer. Ele fazia uma histerectomia, eu ia junto, na Casa de Saúde São Francisco, um hospitalzinho que era de um alemão, era pequeno, eu ajudava a fazer ‘histere’. E eu vi parto com ele, porque fui junto. Naquele tempo, do Átila, ainda era pago. Ele chegava para mim: “– *Você está a fim de ganhar uns trocados?*” Ele tinha um aparelho lá em casa, ainda do tempo da guerra, porque não se sabia isso, de grupo sanguíneo, então nós fazíamos transfusão direta, sem tipagem. O aparelhinho é muito bonitinho, e está perfeito ainda. A seringa tinha um movimento para a direita, para a esquerda, e um no meio; no meio fica o citrato de sódio; se ligava à mangueirinha no doador, e no lado direito, para o receptor. Você tirava uma seringada cheia do doador, misturava com um pouquinho de citrato de sódio e ia para o outro. Fazia isso direto. Isso é emergência. O RH não se sabia, pelo menos na prática, não era usado. Você não pode fazer... vai vir

positivo, porque o cara fica sensibilizado. Eu tinha certa vivência para o lado da gineco, da obstetrícia. Depois, ficou assim. Eu acho que tem gente que tem tendências profissionais, obsessão para alguma coisa. Eu nunca tive obsessão. Acho que dá para fazer um monte de outras coisas também, e dá para fazer do mesmo jeito.

E eu sempre fui meio chorão “– *Puxa vida, ainda não me formei. Que coisa!*” [Risos] Aí, quando nós fomos fazer a formatura, em 1961, era onde é a reitoria, naquele pátio. Não sei quem da turma teve a idéia de fazer ao ar livre, porque ficava aquele negócio: “– *Bom, mas se chover a coisa...*” Mas nós fizemos, e tivemos sorte, foi muito bonita a festa, todo mundo tinha que ajudar um pouco. Daí chega o Francisco, que é radiologista: “– *Pô, você é chorão mesmo, hein?*” / “– *O que foi?*” / “– *Você pegou...*” – e eu nem sabia, porque morava na chácara. Ele disse: “– *Você se formou em primeiro lugar*”. Tinha o prêmio Hildebrando de Araújo, acho que tem esse prêmio até hoje.

### **Gostaria que você falasse um pouco da trajetória profissional.**

O meu pai era muito, muito rude. Na Alemanha, o meu avô, daqui, financiou tudo que o meu pai precisava: consultório... Tudo o que precisava! Mas ele chegou para mim: “–*Agora que você se formou em medicina...*” Ele achou que o que eu ia fazer estava errado. Ele teve todo o apoio, mas ele nem “tchum”! Eu ia fazer o quê? Eu tinha 20 mil réis e estava praticamente noivo, então eu não tinha condições de me manter aqui. Daí eu fui para o interior. Ele [um colega] atendia num hospital em Rolândia. Eu fui trabalhar, no fim, em Rolândia. Era um austríaco, que não tinha nada com o Brasil, veio no grito! Veio para o Rio Grande, acabou enrolando. Naquele tempo, a Cirurgia era feita na mesa da cozinha, mas quando eu fui, já tinha hospital. E daí o Dr. Klaus já estava bem de dinheiro, e queria alguém que ele pudesse treinar, para ele poder ir para a Europa passear, senão como é que ele ia deixar o hospital? Daí eu fiquei dois anos com ele. Eu queria mesmo ir, queria ver como é que era o negócio na realidade, o médico geral. E residência, aqui em Curitiba, não tinha direito ainda. Daí eu fiquei dois anos lá e a coisa foi indo. Eu fiquei no interior dois anos, em 1962 e 1963.

Aqui não tinha residência ainda; era tudo voluntariado, e em São Paulo já tinha, no Hospital das Clínicas já tinha residência de Gineco. Daí eu fui para São Paulo, para a turma do Gallucci. Eu fui lá falar com ele, e ele disse: “– *A Residência já está completa, mas você pode fazer uma residência voluntária*” – porque não tinha nada! Eu fui e fiquei um ano inteiro, em 1964, numa pensão na Consolação, mas tinha mais colegas:

um de Florianópolis, que fazia pediatria; tinha o Rodrigo Castro, que fez gastro; outro que fez ortopedia. Eram quatro juntos, numa república. Todo mundo estava formado e eu já casado. Chegava final de semana, na sexta, eu pegava o ônibus da Cometa e vinha para cá, o ano inteiro. Todo o domingo, às onze e meia, eu pegava o trem de volta. Isso foi em 1964, e os ônibus não tinham ar condicionado. Chegava no Vale do Ribeira, ficava quente, quente! E leito também não tinha, era ônibus comum. Eu fazia plantão lá em “coisa”, e no Hospital de Clínicas disseram: “– *Agora vamos dar um horário melhor para o alemão, porque ele chega segunda de madrugada, e ir para o plantão direto, não dá.*” E ele me deu outro dia. Eu fiz plantão lá também, fiquei um ano lá, mas eu já tinha dado entrada numa bolsa de estudo na Alemanha. Isso, o meu pai que fomentou: “– *Ah, porque você precisa ir para a Alemanha, vai!*” Mas eu já estava casado, e tinha que ganhar dinheiro; no interior, eu juntei um pouquinho, mas gastei tudo nessas coisas. E no fim, saiu a bolsa na Alemanha, em 1964, a bolsa era sozinha, não tinha apoio financeiro para o casal, mas eu fui.

Eu fui para a Alemanha em 1965, para Hamburgo, fiquei dois anos. Dei-me muito bem lá e ainda acho, hoje, que não devia ter voltado, apesar de não entender mais alemão. Não posso ter dupla cidadania, quando você opta, não tem mais volta. E eu fui convidado para ficar lá, mas a minha mulher não queria. Hoje, ela diz que, se soubesse, ela também não tinha voltado. Lá foi a continuação da residência. É que lá era diferente, G.O. são 5 anos: 2 de ginecologia prática, 2 de obstetrícia e 1 de cirurgia ginecológica – 1 ano só de cirurgia. Eu tive que entrar na fila de novo, mas eles me convidaram. Se eu tivesse feito 5 anos lá, eu estava feito! Era um hospital que tinha 300 leitos só de ginecologia e obstetrícia, o cara que fizesse lá, estava feito, com emprego e tudo. Aqui, para fazer a residência, o cara tem que fazer concurso. Na Europa, não tem isso. A residência tem tantas vagas quantos forem os formandos. Lógico, tem currículo, tudo, mas ele pode escolher. E depois que termina, já arranja emprego também. Isso naquela época. Hoje, eu não sei como é que está, mas na época, tinha continuidade. Não precisava ser cdf, ficava entre os 50%, mas sempre tinha uma continuidade, pegava um ou outro hospital. Lá, todos eles viraram médicos-chefes de um hospital. Em qualquer lugar da Alemanha, você estava feito na vida.

No segundo semestre de 1966, eu vim pra cá. Naquele tempo, a bolsa pagava navio, não pagava avião; a bolsa tanto deles, como a da Capes e do Itamaraty, que eu tinha complementação. Foi um navio argentino, de carga mista – para passageiro e carga. Nesses 14 dias eu fiquei fazendo um relatório para a Capes – era um “catatau” de

relatório, com tudo o que a gente fez lá, e depois eu fiquei sabendo que ele nunca foi lido.

Eu cheguei em 1967, os colegas todos arrumados, e eu: “– *Putz, agora me deu desespero!*” [Risos] Eu voltei com uma mão na frente e outra atrás, e daí você fecha as portas. E quando eu estava em São Paulo, eu encontrei com as pessoas, me ofereceram. Uma japonesinha que fazia em Santo André, falou: “– *Ah, vem pra cá!*” Aí eu fiz concurso para polícia militar, e passei. Eu podia ter ido para a polícia militar, e fiz aqui também. Tinha aqueles caras, todos solteiros, fazendo clínica médica, esse que era ortopedista, outro que fez gastro – a gente rachava mesmo de estudar! Era final de semana, tudo. E aí fizemos e passei em primeiro lugar em clínica médica. [Risos] Mas nunca assumi! Aliás, nunca saiu nada, mas fizemos o concurso e a banca examinadora era da Federal. Não saiu nada, e em São Paulo, também. Eu fiquei com medo! Eu fiquei com medo de ir para Santo André, mas podia ter ficado; e na Alemanha, eu também podia ter ficado. Eu voltei, mas me batia aquilo depois. E os colegas aqui no HC, tudo panelinha! “– *Quer me pôr num plantão de exame de ecografia, eu não vou!*”

Em 1967, me convidaram para ir para Blumenau. Como eu era um leigo, um recém-formado, o Romeu se formou com a genética, e a genética é tudo ‘panelinha’. Nesse sentido, eu não era bem vindo, era concorrente. Lá estava o Ricardo, e ele era muito ligado à religiosidade. Em Blumenau, eu fiquei 1 mês. Hospital da igreja católica tinha o Santa Izabel, e tinha no Protestante, mas lá os caras tinham uma ‘panela’. Convidaram-me, mas eu fiquei isolado. A turma médica do “coiso”. Isolaram. Eu me senti chateado. Ele convidou e eu fui, mas quando eu fui – era de tarde, eu me lembro –, estava um médico, que era mais velho, brincando... Eles queriam um médico que falasse alemão, mas eu achei aquilo muito simples, muito pequeno. Era um terror enfrentar aquilo.

Então eu fiquei no Hospital de Clínicas, e conheci o Dr. Roberto Arruda, que era professor assistente. E o Júlio também, tivemos uma conversa; eu era muito interessado, e ele simpatizou. Como ele ia abrir a faculdade, ele perguntou se eu não queria fazer parte, porque ele era o chefe. Ele me convidou, mas até ali foi bravo, fazer plantão no PS nunca foi muito... Eu fazia, mas eu não gosto muito, acho isso muito... prefiro a ginecologia.[Risos] Ele me convidou, eu vim para cá. Ele tinha conseguido no IPE, mas tudo na base do... Eu entrei no Estado, em dois plantões, sem jamais ter mostrado o diploma; depois que eu fui mostrar... para ver como é que era o negócio... diferente. [Risos]. O IPE era o antigo [Instituto de Previdência do Estado]... O que foi governador

aqui. Eu não o conhecia, mas saiu o papo do Sion, porque as filhas dele tinham estudado junto com as minhas irmãs. Aí ele foi com a minha cara e me arrumou um emprego lá. E na saúde pública foi o secretário de Saúde em Londrina que ficou interino aqui... Uma amiga da minha mulher, que é amiga até hoje, eu fui lá e fiquei sentado uma tarde, depois que eu fiz o concurso de efetivação. Esse povo de hoje em dia é tudo na base da indicação. Senão, fica difícil.

Antes de ter o HC, a Federal era na Santa Casa, e eu fiquei de auxiliar de ensino de ginecologia lá na Santa Casa, que a PUC pegou, depois que abriu o HC. Eu fiquei de auxiliar de ensino e fazia plantão de obstetrícia. E o Dr. Roberto Arruda estava aqui, ele operava nesse hospital, e eu auxiliava. Nessa época, a faculdade já estava em formação, e ele nos convidou para formar uma parte da cadeira. Com ele a gente formou o quadro docente disso aqui. Naquele tempo, ainda era obstetrícia e ginecologia, um departamento só; não era separado, era G.O.

Em 1972, começou o primeiro 5º ano, porque a teórica não era no 4º ano, era no 5º e no 6º ano, como era antigamente a ginecologia. Foi assim que começou aqui. O Roberto era muito assim, ele não queria soltar nada, toda a parte teórica, tudo era ele que fazia.

Eu tinha dois empregos: o do IPE, que era o melhor instituto aqui em Curitiba, o Instituto de Previdência do Estado. E tinha na Católica, que eu ganhava uma mixaria, e fazia os plantões. Em 1972, eu saí do plantão na Católica e vim para a Evangélica, os dois não dava.

Inclusive, me convidaram para voltar para Rolândia, aonde eu tinha estado recém-formado, mas lá também eu era clínico geral.

E ainda atendia, de 1968 até 1972, ainda fiz o Nossa Senhora da Lapa. Aliás, esse foi o primeiro conjunto habitacional, que era ali na Fazendinha. Em 1968, o Wilson Soares, que foi um colega de turma, disse: “– *Você não quer? Eu não agüento mais.*” Eu não tinha nada e aceitei. A Zilda Arns que era a chefona lá. Mas levava mais de meia hora para ir lá, era uma viagem; e quando chovia muito, não passava, não tinha nem asfalto.

Lá era um consultório de ginecologia, a Zilda Arns era difícil. Ela queria cobrar horário, mas eu levava uma hora para ir e outra para voltar; ela queria que fizesse a diária e ficasse 2 horas. Eu atendia todo mundo e me mandava. Eu saía às 13:00 de casa e voltava às 18:00, junto com um colega, eu fazia consultório de tarde, das 15:00 às

16:00, e das 16:00 às 18:00 eu fazia o IPE; o IPE era na Marechal Deodoro, atrás do Santa Maria. O consultório dele, até hoje, é ali. Eu ia a pé para lá.

E ainda, de 1970 em diante, me ofereceram, no consulado da Alemanha, um cargo de médico de confiança e de perícia. Tinha bastante trabalho. No consultório, o que mais tinha era perícia, lá do Consulado da Alemanha – esses incentivos de guerra. Eu sei que eu fazia perícia bastante. Quem tinha que receber alguma coisa, ou já recebeu, ou não tem direito.

Saí do conjunto habitacional em 1972, e larguei o plantão do Victor do Amaral também. Nesse mesmo ano, tivemos que fazer prova para efetivar a nomeação, e eu fiz. Eu sei que em 1974, já estava tudo “embaixo do chapéu”. Eu já tinha os dois empregos do Estado, tinha isso aqui e o consulado. O grande problema é que a parte cirúrgica, que tinha movimento, era o INPS. Tinha pessoas que tinham planejamento, mas eu nunca consegui. Eu podia operar só de noite, e tinham 8; tinha bastante [trecho inaudível], eu não estava ligado a nada. Mas remunerado não tinha, porque eu nunca consegui credenciamento. No IPE tinha, mas também não era... Não era um instituto tão movimentado... Tem bastante médico.

O IPE era ambulatório e pronto-atendimento. Tinha um pronto-socorro pequeno, também. Eu trabalhava lá. E o resto, todas as especialidades...

Isso começou em 1973. Esse prédio foi construído exclusivamente para isso. Eu fiquei lá até 2003, 2004. Aí fechou e acabou o IPE. Não tem mais IPE, hoje é o SAS. Não tem mais nem sombra do que era antes. Nós éramos 300 médicos no IPE, no turno da manhã e no da tarde, e quando terminou, tinha 150. Mas era uma referência aqui, o IPE. Lá eu fazia ambulatório de ginecologia e pré-natal.

Aqui, em 1973, dividiram o departamento de obstetrícia em obstetrícia e ginecologia. Por um bom tempo, eu fazia os dois, mas separou, e ficou obstetrícia e ginecologia. Mas eu fiquei como assistente até 1978. Em 1978, o Roberto Arruda, que era professor assistente da Federal, nunca tinha tempo aqui, mas não delegava nada. (Mas a gente era muito amigo.) Em 1978, ele foi tirar férias, foi para Itanhaém, subiu aquele morro, se sentiu mal, internaram ele, mas ele morreu, com 44 anos. Era fumante inveterado e grande bebedor de cerveja. Aí teve concurso, eu tinha mais títulos e consegui efetivar como titular. De 1978 para cá, estou como titular.

Pelo INSS, eu estou aposentado. [Trecho inaudível], pela faculdade, e eu estava separado. Num, eu era estatutário desde o começo, o da saúde pública, porque eu fazia parte de preventivo do câncer. E no IPE, nós éramos credenciados.

No Estado, você tinha que fazer um mínimo de consultas; tinha um teto, e além do teto, o seguro não cedia. Para consulta, tinha que fazer um teto, mas você tinha que completar o trabalho, e era de graça; uma vez por semana [trecho inaudível], mas não tinha direito a férias, 13º, direitos trabalhistas, não tinha nada, nada, nada! A gente, quando pedia férias, em duas semanas fazia o teto, e daí ficava 10 dias; eu recebia aquele teto, não recebia mais. Fizeram um recurso na lei trabalhista contra isso que eles faziam e nós fomos todos contratados pela CLT. Mas já faz tempo! Naquele tempo, quem apoiou o IPE foi o pai do Roberto Richa, o José Richa. Ele foi governador, e sempre deu força para o IPE.

Depois, o próprio Álvaro Dias teve a idéia de fazer tudo em regime estatutário, tanto professores, como os médicos, passou todo mundo para estatutário. E como médico e professor não podem ter dois vínculos, então eu tive... Tem os dois: tem o IPE, tem o estatutário do Estado – da saúde também –, e o INSS. Daí dá para viver.

Quando acabou o IPE, em 2003, queriam me jogar aqui na... me jogaram para cá. Mas como eu era o mais velho, eu podia escolher. Eu já tinha feito a parte de onco, ali depois do Rosário, onde estão os excepcionais (fazia em adolescente). E quando terminou, eu disse: “– Não. Ofereceram, mas por causa disso, disso e disso eu vou pegar aqui.” – e também fica perto do hospital. Daí, quando veio, tiraram todo aquele ambulatório de preventivo, o colposcópio que eu já tinha usado há alguns anos atrás, eles tinham tirado tudo! “– E daí? E agora?” Fui falar com Recursos Humanos, eu me dava bem com ela, e ela disse: “– Olha, vem aqui, assina o ponto do seu dia e vamos ver.” Fizemos as contas e como a cada 5, 6 anos tinha direito de tirar 3 meses de licença premium; pegamos outra licença premium, porque somando tudo, eu já estava com a carga completa. Aí aposentei lá. E no outro, na saúde, eu entrei em 1977. Eu estou aposentado com dois vínculos do Estado: um era com prevenção do câncer ginecológico, e outra no IPE, que era o Instituto de Previdência do Estado, para professores. E aqui, como se fosse atendimento particular, mas eu tenho colega; o Luiz, por exemplo, ele só tem aposentadoria do INSS porque ele não... Se você tem o completo, dá quase R\$ 3.000. Você vai viver com R\$ 3.000? Não tem jeito.

**Gostaria que você falasse um pouco dos seus empregos, do atendimento no IPE e no Estado.**

O grosso eram professores. Ambulatório, cirurgia, então eram 12 horas. Esse tipo mais antigo, os professores antigos, dessa geração, é muito mais classe média, mais conservadora. Eram 2 aulas por dia; o horário mudou várias vezes, de manhã, de tarde; uma época disse que só funcionava de manhã. Eu não sei como é que é hoje em dia, mas naquele tempo, não funcionava à tarde. Todos os departamentos só funcionavam de manhã, uma época. O pessoal fazia tudo de manhã, mas antes, eu fazia de tarde, das 13 às 15 e depois passou das 11 às 13 horas. Lá a gente fazia ginecologia, prontuário, tudo certinho, todos os dias, de segunda a sexta, duas horas, efetivo. Algumas vezes, tinha polícia militar, e era sempre aquela briga com eles. Antes, quando eu fiz a residência em São Paulo, a residência para entrar no HC, eles abriram um concurso aqui, para a polícia.

Eu até passei naquele concurso, para clínica médica, eu e um outro, que morava na mesma pensão onde eu morava, a gente estudou bastante, mas nunca ninguém foi chamado. Eu fui para a Alemanha, e o outro caiu fora. No concurso, classificaram e... O Estado gosta de fazer isso, mudou o governo, caiu tudo na... Mas lá tinha bastante concurso para a polícia militar, era sempre uma briga, porque tinha hospital, então era aquele negócio. Mas o grosso mesmo eram os professores, até hoje, porque a maior parte do Estado é professora mesmo, principalmente na parte de ginecologia.

A carga de trabalho era de duas horas e tinha aquelas cotas, a gente fazia de 8 a 12 consultas, eles queriam 16, mas era um sufoco. No fundo, era de 8 a 12 consultas, mas completa – tinha colposcópio, fazia preventivo, fazia tudo como manda o figurino. A gente já tinha pacientes que vinham só fazer preventivo, então não gastava muito tempo. E tinha as pacientes ‘cricas’; o tempo que sobrava, era para essas. Elas passavam no médico todo o santo dia. E tinha muito, como tem hoje em dia. Era bonito atender [no IPE], porque foi feito para isso. Tinha esse ambulatório, as salas de consulta tinham uma mesa; tinham uma porta “vai e vem” do lado da sala de exames, e cada um tinha uma enfermeira. Era tudo bacana, bem estruturado, tudo certinho, e funcionava. Eles tinham inclusive odontologia, e tinha o pronto-atendimento, com ambulância e tudo. Eles chamavam lá primeiro, para ver se fazia alguma coisa mais leve; conforme fosse, fazia lá mesmo, senão, levava para o hospital.

Todos os hospitais aceitavam o IPE, porque ele não pagava tão mal assim. Eles credenciavam os hospitais para fazer a obstetrícia e daí escolhia. Eu fazia muito no Santa Cruz, que era na rua do Rosário. Hoje é para deficientes, a unidade, mas naquele tempo, era geral – era o Hospital Santa Cruz. Daí eles levantaram um andar inteiro para

fazer a parte dos médicos, restaurante, esse tipo de coisa, deu um problema estrutural e eles conseguiram acabar com o prédio [Risos] Depois, tiveram que fazer o reforço todo. Se você vem da av. Água Verde, você vê, de fora, a estrutura enorme; dá pra ver, porque tiveram que fazer um reforço no prédio. A besteira foi derrubar não sei quantas árvores por cima daquilo ali tudo, ficou abalado. Mas lá a gente fazia parto, e era muito bonito.

A parte ambulatorial era feita no IPE mesmo, e a parte hospitalar também. Aqui, a gente fazia cirurgia, porque a gente estava aqui, então fazia aqui. Agora, obstetrícia, muita gente não queria vir aqui, porque aqui é muito bagunçado, eles tiram tudo. Os agentes de saúde... Estou desde 1995 eles vem aqui e misturam tudo, público SUS e público de convênio (Unimed basicamente.) Eles misturam tudo nas enfermarias, e o pessoal fica bravo... Dá uns rolos! Eu tenho uma paciente, uma japonesa, que saiu! Ela ficou brava, porque atenderam mal, e saiu do convênio. Você paga uma nota preta para eles, chega aqui e não é... Você tem que ter o atendimento diferenciado. Aqui, o atendimento... Eles pegaram o SAS. Foi feito concorrência pública, para quem queria. Primeiro se candidataram a PUC e a Evangélica, mas a PUC, não sei o porquê, caiu fora, disse que não queria e, automaticamente, ficou para ele. Daí, eles alugaram o Hospital. O velhinho resolveu, ainda tem o ambulatório [trecho inaudível]; ele alugou para ele, então ele mantém lá, mas com poucos médicos. Eles ganhavam um fixo por mês, não sei quantos mil. Eram 2 milhões, mais ou menos.

E o atendimento é aqui no hospital. Só que na época, isso eu me lembro bem, foi feita uma reunião com o corpo clínico, porque faltavam leitos. Então resolvemos fazer aqui atrás, mas não é esse que está aí agora, resolveram pôr mais 60 leitos. Isso aqui, fecharam. O nosso ambulatório de ginecologia estava ali – era tudo certinho, era tudo bonitinho. Fecharam tudo, porque iam fazer a mudança, arrancaram todas as madeiras, limparam o prédio e chamaram. Eu fiquei 3 anos, uma coisa assim. Empurraram tudo aqui para o hospital – e não tem espaço! E é um público razoável, e tem direito a sala com duas camas (são dois leitos), mas não sala com não sei quantos leitos. Daí deu um rolo!

E como a verba da prefeitura já é toda predestinada e era algo do municipal e estadual, ele no mínimo, ganha verba para fazer aqui. Então eles descobriram que dava para conseguir verba do ministério da Saúde, para conseguir médicos de alta complexidade. Eles conseguiram 2 milhões para fazer isso aqui. Era para ser nefro e cardio, para liderar aqui, porque aqui, uma boa parte, são esses dois. Então é tudo

misturado. Eles demoraram para conseguir a verba, mas já no nosso tempo. Porque esse hospital, quando entrou a faculdade, não tinha essa parte de cima. Logo em seguida, fizeram a metade. Eles chegaram, eu não me lembro direito, mas acho que foram 8 ou 6 anos. Eles fizeram uma metade e depois fizeram outra, foi emendando tudo. E o Dr. Jonas, que foi o idealizador dessa coisa toda, não queria tirar o [prédio] velho. Saudosismo, não é? Hoje você nem reconhece mais o [prédio] antigo. E nós todos pensamos que ele ia levantar para cima, e depois tirava a parte velha embaixo, descia, e ficava um prédio só. Mas ficou essa porcaria aqui, e começou o remendo. Eu não sei como é que vai ficar depois que inaugurarem. Faltam, no mínimo, 100 leitos. Eles têm convênios da Unimed e o SUS. Mistura tudo, a Unimed também, a Unimed é grande aqui. Eles tinham, inclusive, um posto deles; mas reformaram e não tem mais agora, mas tem bastante movimento. Tem SAS, tem os agentes de saúde, que são daqui mesmo, o hospital está sobrecarregado.

Na época do IPE, a maioria não queria vir aqui. Para mim era melhor, porque no começo, aqui não tinha residência, nos primeiros anos. A gente tinha parteira; a dona Lena ia bem, mas está aposentada. Mas a Lena era uma parteira de mão cheia, e a gente se dava bem. Um dia, ela disse pra mim: “– *Aqui, não!*” Eu ouvi aquilo. Daí os meus pacientes internavam, e a Lena já sabia. Eles telefonavam: “– *Olha, vai nascer. Pode vir.*” Aí eu vinha aqui, se programava, ela não ficava aqui horas e horas, ela já sabia quando ia nascer. “– *Olha, pode vir que vai nascer. Segura!*” Depois, entrou a residência e deu conflito entre os residentes e a Dona Lena, porque ela sempre foi “dona da bola”, e o residente acha que é o “reizão”, já queria tirar ela. Mas sem ela não ia, porque ela entendia muito mais do que residente, da parte prática.

No IPE, todas as salas de ginecologia tinham coloscópio, todas. A ecografia era o começo, estava engatinhando, eles não tinham lá. Na maior parte dos centros cirúrgicos de Curitiba, não tinha, isso é tudo recente. Hoje a ressonância, e a tomografia mostram tudo no diagnóstico de metástase linfática, tumor transversal. Hoje a imagem é fantástica dessas novas, é melhor do que fotografia! Tudo fica. Na ecografia já foi um avanço. Mas agora, com a ressonância, é exato o negócio; Tem um paciente que teve um acidente vascular, a foto do tumor está englobada na... Não operava. [Trecho inaudível]. Mas todos os milhares que tinham, como o linfonodo, eles sumiram. Está uma dúvida agora, se ainda tem células vivas no tumor [após o tratamento], ou não. Era um troço novo (eu não conhecia); é scan “não sei o que”; custa R\$ 5 mil; é um teste que faz, que dá para ver se tem células vivas ativas, ou não, porque pode ser que ele ficou

só... Quem nem grilo, que vai ficando a casca. Então, essas coisas de imagem, basicamente era raio-x, que eles tinham. E o laboratório era completo.

O que ia para fora era a parte cirúrgica, e internamento, porque daí tinha muito ‘esquema’ – os médicos, para ganhar mais. Mas eles tinham uma ouvidoria, controle, para ver se precisava da cirurgia, ou não. Mas sempre teve cirurgia assim, que nem laqueadura. Laqueadura, até poucos anos atrás, era tido como mutilação corporal; todo mundo fazia, mas não... A laqueadura nunca era autorizada, então a gente tinha que inventar alguma coisa; que tinha um tumor cístico, que tinha cisto, porque não tinha direito, para fazer laqueadura. Também não autorizavam a vasectomia! Não faz tantos anos que foi legalizado, você tinha que inventar outro diagnóstico, mas como não tinha ecografia, não tinha tanto problema. Como é que ia controlar? Se fosse um cisto de ovário, alguma coisa, fazia o raio-x, mas depois, com a ecografia, isso mudou muito. Porque em obstetrícia, não se usava quase raio-x, por causa da carga radioativa em cima da gestante. Não fazia. Gemelar era diagnóstico clínico, de exame. O raio-x só fazia se tivesse perigo para emergência pélvica, ou um gemelar, mas nunca fazia de rotina. Mas depois, com a ecografia... Faz-se laqueadura bastante ainda pelo SUS pela facilidade. O chefe de serviço vai para a cirurgia... “– *Prefiro uma laqueadura, eu vou fazer hysterectomia, que me complica?*” Faz a laqueadura e paga X e uma hysterectomia ele vai pagar aí 2X. Então, proporcionalmente ao que se paga, o risco é muito maior.

É como nós, que não fazemos videolaparoscopia, não fazemos histeroscopia, mas não é porque não tem quem faça, é porque é tão mal pago, que ninguém quer fazer. A Unimed ainda paga razoável, mas aqui não tem Unimed, aqui é só ambulatório de referência do SUS. Todo o serviço de imagem está fora daqui. Mamografia, por exemplo, é a Dra. Lúcia, os outros são feitos lá no Alto da Rua XV. Tem um raio-x básico, mas de alta definição, essas coisas, não tem, e então vai para fora, é terceirizado. O Dr. Lucas fazia videolaparoscopia toda quarta. Ele é bom nesse negócio. Ele tinha o aparelho aqui, mas não paga nem a manutenção. Os bons, todos são alemães – as lentes, se cair no chão, desregula, não paga nem a manutenção! É caríssimo. Todo o dia tem indicação de videolaparoscopia ginecológica e histeroscopia para pólipos endometriais, mas não dá para fazer, então vai no sistema antigo: faz curetagem para tirar o pólipo. O pólipo tira, mas o mioma é difícil... Se ele está embutido, ele não sai. E a parte de diagnóstico por esses meios, não é feita. A cirurgia de re-canalização de ovário, que é frequente hoje em dia. A mulherada faz laqueadura, resolve separar, arrumam outro macho e querem ter filho, mas está laqueada. O ideal é fazer com vídeo, porque é uma

cirurgia micro; faz com laparoscopia. A cirurgia a céu aberto, lá no hospital, não é bom fazer. Nem tem um aparelho desse para fazer cirurgia, tem que fazer a “olho nu”. Aqui no hospital, nem tem mais videolaparoscopia. Laparoscópio, não tem mais, porque se tem, e se não faz, dá ‘caca’. Se não tem, não vai fazer. E ninguém pode exigir, porque esse pessoal do SUS sabe tudo – os rolos da auditoria, de não sei o que: “– *Mas por que eles não fizeram?*” Porque não pode não fazer se você tem o aparelho. Mas, por exemplo, na reprodução humana, a Unimed não paga nem a monitoragem ecográfica do coração. Eles pagam uma ecografia, mas tem que fazer no mínimo 3 – uma no 10º, uma no 13º e uma no 15º – mas não fazem. Então o Lucas, reprodução, ele faz tudo no particular, no hospital dele. Se você não tem nem ‘se meta’, que é na base de R\$ 8.000 a R\$ 12.000, cada tentativa. E até para rotina e pré-natal comum, eles têm cota, o convênio dá uma controlada.

Lá no IPE tinha ouvidoria também, mas era quando os caras faziam muitos exageros, não era controlado. Tinha os caras que tinham dia de cirurgia. [Trecho inaudível]. A Dra. Adriana e eu que tínhamos o maior número de consultas, mas pelo menos a gente tinha uma... Em duas semanas, estava o teto feito (continuava atendendo), e a nossa parte cirúrgica tinha um mínimo de cirurgia. Eu dizia: “– *Mas como é que os caras têm tanta cirurgia?*” . Qualquer coisa, já operava. Fazia ‘períneo’ adoidado, sem precisar. A mulherada dizia: “– *Ah, eu estou muito ‘larga’, faz?*” – porque era pago. A auditoria era mais por causa disso, pegavam os caras que tinham muita cirurgia. Antes, tinha umas coisas assim, o pessoal operava adoidado, era triste! Eu tinha um colega de turma, ele atendia aqui para o lado da Vila Hauer, descobriram que ele pegou um útero extirpado, mandou fazer as lâminas patológicas, e guardou. Ele fingia que operava histerectomia, e não fazia, e mandava a lâmina: “– *Está aqui a análise patológica.*” E descobriram, porque ninguém... Fazia cópia, ele nem fazia a cirurgia. Descobriram e descredenciaram, só descredenciaram. Três anos depois, ele estava credenciado de novo. [Riso] Quer dizer... Isso eu acho que teve. Hoje, o controle é mais rígido, é tudo informatizado. Aqui não, as consultas são no manual, ainda. Mesmo no IPE, estava começando a informatização. Antes, tinha aqueles armários de [inaudível] e eles perdiam ficha adoidado! Guardou errado, não acha mais, na ordem alfabética, se guarda errado, não vai achar depois. Aqui, tiraram um esquece. É que aqui não é muito... Pela bagunça, [trecho inaudível], nem isso eles têm direito. No IPE, era tudo [inaudível], para um sistema que se diga analógico, mas também não atualizaram, e daí fecharam. Quando foi inaugurado, em 1966, era um atendimento modelo, padrão,

tanto do ponto de vista logístico, material e humano (enfermeira etc.). Era tudo certinho, funcionava.

No meu outro emprego, no Estado, eu sempre fui assim... Eu ia pouco para lá. Eu disse para a minha mulher: “– *Pelo menos uma vez eu fui brasileiro!*” [Risos] Eu me aposentei, mas nunca fiz um monte de coisas lá, fora que não tinha onde, não tinha horário! O horário estava sempre cheio. Nós ficamos uma época, eu e o Arnaldo, fazendo preventivo, mas tinha a ‘panela’ deles, e tem até hoje. Eles não queriam, porque nós éramos da ‘panela’ daqui, e eles eram da ‘panela’ de lá. Dificultaram tanto que... Ele falou: “– *Não adianta vir aqui. Não querem que a gente trabalhe aqui, porque é tudo panela*”. Tinha, era longe pra chuchu! Não tinha... Então não deu certo. Depois, eu fiquei à disposição daqui, porque eu estava na faculdade, e o Estado tinha interesse que tivesse alguém que orientasse essa parte e estivesse ligado ao Estado. Então tinha que estar aqui, tudo em comum acordo. Uma época, [trecho inaudível], eu tirei licença não remunerada de 2 anos, e não tinha onde me encaixar. E essa dona disse: “– *Vem assinar o ponto, que esse cara[?] está lá embaixo.*” Assinava o ponto e tchau (pra dizer que estava indo). Depois entrou o Rodrigo. Ele foi nosso aluno. Ele estava ligado, mas era lá da administração, e consegui ficar de novo à disposição. Depois, de novo me tiraram, e me jogaram no Centro de Saúde da Mulher, na Rua Comendador Araújo, fiquei lá dois ou três anos. Lá, eu fazia só preventivo. Começou com aquele negócio... aquele órgão internacional, do Bem-Estar da Mulher (eu também tinha feito estágio no Chile). Daí eles abriram um posto, e as mulheres, para ganhar o anticoncepcional, tinham que ter o preventivo normal – era obrigado a fazer, para educar. Isso era antes do SUS, era INPS [INAMPS], década de 80. Eles eram todos doutorandos, e iam lá comigo, a turma toda ia lá, fazia preventivo lá. Depois, fui para a Comendador. Eu fui levando, mas era sempre um estresse, porque sabia que não tinha lugar. E no IPE, não. Eu trabalho no IPE, acabou. Cumpria meu horário e... Tinha essa coisa de horário, mas eles juntaram tudo para de manhã. Mas daí já estava meio desfalcado. Quando fechou isso aqui, metade dos médicos tinha saído, se aposentado.

Na saúde, não fazia pré-natal. No Estado, fiz concurso para fazer prevenção do câncer ginecológico, e era isso que eu fazia, porque a parte da assistência estava toda com o INAMPS. Antes, cada órgão estadual tinha um instituto próprio, e aí unificaram tudo INPS. Depois do INPS, veio o INAMPS mas isso eu já não peguei mais...

Naquela época, nem a mamografia era standardizada ainda. Depois, na Inglaterra, que bolaram isso, e faziam a partir dos 40. E a eco também não tinha. A

gente ficava muito tempo no preventivo – na colposcopia, no Teste de Schiller. Isso era um ritual bem certinho e determinado. Hoje, a colposcopia... Nem fazem assim. Eu acho ruim, porque isso ficou meio renegado. Os aparelhos ficam velhos, e não funcionam mais direitinho, antes, se fazia mais de rotina. E aqui, a gente criou inclusive a Associação dos [trecho inaudível]. Nós fazíamos tudo bem certinho. Ele tinha o colposcópio dele, mas daí quebra, manda arrumar, não funciona mais... Aí não adianta. É que nem um microscópio ruim: é melhor não fazer, do que ter um aparelho com as lentes todas com fungo, que você não enxerga nada.

### **E você, nessa época, estava com consultório próprio também?**

Em 1968, eu abri, junto com o Diego, que trabalhava aqui no serviço. Eu tinha consultório onde ele tinha. Eu fazia das 15 às 16, e das 16 para frente ele fazia, porque às 16 horas, eu tinha o IPE. E eu tinha que montar o consultório, porque eu consegui a perícia da embaixada na Alemanha, e tinha bastante, toda semana tinha. Então eu tinha que ter o consultório. Eu fiquei com ele de 1968 até 1978. No ano que o Wilson morreu... A mulher dele me passou – mesa, tudo eu comprei dele. Eu tinha uma sala no mesmo prédio, e eu estou até hoje, no 17º andar. Eu comprei o consultório, e é o que eu estou até hoje.

Nesses primeiros 10 anos, de 1968 a 1978, nem tinha convênio, tinha particular. Mas aos poucos, a gente foi sendo obrigado a entrar nos convênios, porque o particular diminuiu demais. Foi piorando cada vez mais – tudo convênio, convênio –, e eu me senti na obrigação, porque senão você não sobrevive. Antes, tinha muita perícia no Consulado da Alemanha, que me ocupava bastante espaço, e era bem pago. Era bem pago mesmo! Mas essas perícias, que eram ligadas ao tempo da Segunda Guerra – essas coisas de perseguições, de seqüelas de guerra – isso tudo acabou. Ficou um vácuo, e pintou os convênios. Eu atendo a Unimed, o Evangélico Saúde e a Petrobrás.

Esse, do Evangélico Saúde, foi lançado em 1995. Eles pagavam aquela taxa que a Associação Médica aconselhava: era R\$ 42 a consulta. Isso, faz mais de 10 anos! Era um valor regular. Passaram poucos anos, não me lembro mais quantos – uns 4 anos –, resolveram diminuir. Quer dizer, não tinham condição de pagar isso, e passaram para R\$ 28. Depois, foram voltando, e hoje eles pagam R\$ 30. Mas e a inflação de 13 anos? Deve dar uns 100%, de lá pra cá, pelo menos.

E a Unimed também, só paga, hoje em dia, R\$ 33, ou alguma coisa assim. É R\$ 30 ou R\$ 33. É ridículo! E R\$ 33, se você não pedir um exame de alta complexidade. É exame simples, de laboratório; se pedir qualquer exame mais complicado, eles não pagam, pagam R\$ 30. Eles têm esse mecanismo de coagir você. Se pedir exame caro, você ganha menos, se pedir tomografia computadorizada, ressonância, ou a própria densiometria, leva o desconto. Só que a contribuição do associado, do conveniado, vai aumentando todo ano. Nesses últimos 10 anos, acho que dobrou esse negócio! Então tem muito colega, hoje em dia, que sai do convênio, não atende mais. Mas muitos saem, depois vêm que não vai, e voltam. Porque é muito mal pago, mas em compensação, ficar só com o particular é difícil também.

Esse é o dilema do médico (não só recém-formado): como se fecha a conta? E esses empregos também não têm mais tanto, no meu tempo ainda tinha – o IPE era um emprego bom, podia completar por ali –, mas hoje, não tem. Depende da especialidade, mas não é fácil! E sempre tem os medalhões, que são os exemplos para os recém-formados. “– *Ah, mas o fulano, cicrano...*” Você vai querer tirar a sua média por ali? São exceções. Porque o leigo sempre tem que ter uma crítica.

A clientela do começo, uma parte era do Consulado da Alemanha, que não tem mais agora – fecharam. Tem, é tocada pelo consulado, mas o cônsul hoje em dia é honorário, não tem salário fixo. No nosso tempo, o cônsul era do ministério das Relações Exteriores da Alemanha. Era um alemão. Tinha aqui, em Porto Alegre, São Paulo. E há uns 10 anos, ou mais, eles fecharam aqui, e ficou só Porto Alegre e São Paulo. Aqui ficou só uma representação, mas na época, tinha bastante serviço. Automaticamente, instalaram um monte de indústrias aqui e isso fez com que tivesse uma clientela. Tinha bastante clientela de fora. Aqui, nunca teve muito, porque era tudo... Já era tudo instituto. Começou a Unimed, em 1976. Primeiro, eu não queria, mas a minha mulher, quando foi lá, credenciou também a Unimed. E o IPE era lá mesmo, não tinham muitos. Tinha Amil... Mas para mim, nunca foi... Para mim, eu sempre elogiei. Nunca foi uma coisa que pudesse dizer: “– *Isso dá pra viver.*” Não dava, era mais um emprego, primeiro, autônomo, mas não... Os que tinham bastante mesmo particular. Aliás, são poucos, são raros os que têm, hoje em dia, a maioria é convênio. E convênio, basta ver a Unimed. A Unimed paga o quê? São mais de 10 anos sem ajuste! O Evangélico Saúde paga a mesma coisa. Era a Petrobrás que tinha, pagava R\$ 25,00 e hoje paga R\$ 44,00; paga mais que o Instituto. A Petrobrás tem um convênio próprio, só dos funcionários. Eu me inscrevi lá, para ser médico da Petrobrás. Teve uma época que

tinha bastante. Muitos foram transferidos para Macaé, Rio de Janeiro e dissolveu. E dessas outras empresas, era particular. E tinha o seguro na Alemanha – o seguro de saúde. Eles consultavam e você fazia o recibo. Porque não entrava aqui, então a gente tinha um jeito de sonegar; no particular, o recibo não aparecia. Hoje não tem mais. Os pacientes me procuravam, eram alemães, o consulado... Eles sabiam que eu era médico deles, falo alemão, eu tinha uma história, me procuravam. Eu não fazia só ginecologia, fazia o que tinha pela frente, e o quando eu achava que não era da minha área, eu encaminhava. Essa era a vantagem dele. Ele ia lá comigo eu dizia: “– Não, o senhor tem que ir...” Encaminhava para o cardiologista, ou para o gastro.

Eu sempre fui sozinho no consultório, e agora eu estou meio relaxando. Esses convênios enchem a paciência, porque eles [pacientes] marcam consulta e não aparecem, não avisam. Eu agora não estou dando muita bola. Quando têm consulta, minha mulher junta num dia 2, 3 e aí eu vou no consultório, pronto, e não vou mais. O consultório é meu, então eu pago o condomínio e a taxa, que não chega a R\$90. Mas houve época que era emprego, mas a gente sempre fazia assim. Você não vê nem 1/3, nem do IPE – que era do estado, nem da Saúde Pública, nem dos seus convênios e nem na faculdade. Sozinho não dava, então você juntava tudo. Eu cheguei numa época que eu tinha mais emprego do que eu tinha horário. E daí começa... [Risos] Não dá pra atender; não dá pra um, tem que encaixar, porque está tudo cheio. Como todo mundo paga consulta, [trecho inaudível]. No Brasil, largar emprego, é uma coisa que não pode fazer jamais.

Agora, no consultório, eu passei a fazer mais geriatria do que ginecologia. As minhas pacientes foram todas ficando mais velhas, e eu tive que dar um “encarte” mais na clínica médica. Eu sempre gostei de clínica geral, desde que eu fui para o interior. Agora está mais para o idoso. Então, lá, hoje, eu faço mais geriatria do que ginecologia. Mas hoje, geriatria é clínica médica, só que para o idoso. Você manda para os especialistas. Para o cara fazer um *check up* cardiológico, tem que ir lá, “– Vai fazer o exame.” E digo: “– Agora você vai lá. Pega o seu PSA, vai lá ao urologista” – quando é homem. “– Vai lá ao urologista.” Dou o nome e... Eles precisam de orientação, eles não sabem. Tem aluno que está aí que ainda... O cara já quer fazer não sei o que, quer... [Risos] A gente conhece o pessoal bom e encaminha para eles, e vai levando.

**O que você atendia de rotineiro, tanto no IPE, quanto no consultório?**

No consultório, eu fazia Geral também. Eu fazia ginecologia, e também fazia a parte geral, de clínica geral, que sempre aparecia. E no IPE, era só ginecologia, a parte geral e pré-natal – na obstetrícia, e o preventivo, que era o meu caso na saúde pública, no Estado. Preventivo do câncer ginecológico, que era sempre o papanicolau, e junto, a colposcopia, que lá era de rotina, eu fazia de rotina.

Na ginecologia, na mulher jovem, era mais preventivo – [termo inaudível], corrimentos, processos inflamatórios. Na parte cirúrgica, tinha muito pedido de laqueadura, que era ilegal na época, era crime, mas a gente fazia, só que tinha que inventar um outro diagnóstico – que era um cisto de ovário, alguma coisa assim, para liberar. Na mulher mais jovem era isso: processo inflamatório, e ainda hoje, também o que mais tem é amenorréia. E o preventivo, no começo, era mais sugerido pela gente e no decorrer dos anos a população, lá pelo menos, vinha só fazer o preventivo. Aí vira uma rotina. Orientação de anticoncepção para os jovens tinha bastante também. Inclusive, eu fiz na saúde pública. Teve uma época, que eu atendia só as adolescentes, aqui na Rua do Rosário. Fazia preventivo e orientava anticoncepção. Mas dali era encaminhado; saúde pública é saúde pública.

No IPE, não. O IPE era um associado que trabalhava para o Estado, e tinha o direito de procurar qualquer especialidade. Tinha todas lá, era tudo concentrado lá.

E no consultório, eu atendia convênio – Unimed, Petrobrás. Eu nunca tive INSS [sic INAMPS], eu nunca consegui me credenciar na parte cirúrgica. Aqui no hospital, a gente fazia muita cirurgia. Quase toda a cirurgia, no começo, era de NC que a gente chamava, que era “não-contribuinte”, porque não tinha nenhum convênio com ninguém. Esses eram feitos aqui porque era... nem INSS [sic INAMPS], nós chamávamos de não-contribuinte, porque dominava, na época pré-eleitoral; os políticos do interior mandavam de ônibus, para fazer nome, propaganda eleitoral. Saúde Pública [trecho inaudível]. Era o meu cargo inclusive, só que sempre mudavam de lugar, nunca tinha um lugar fixo. Uma época, inclusive, era no Hospital do Câncer; depois, era no Centro de Saúde da Mulher, que também não tem mais.

**Em sua opinião, dos novos médicos que saem formados, quais as maiores dificuldades que o pessoal tem na sua especialidade?**

Depois de formado é um problema de ganhar dinheiro. Esse que é o maior problema (aqui no Brasil é, ainda é) o cara conseguir o ‘encosto’, e geralmente é com

plantão. O fulano aqui faz plantão lá em Colombo. Tinha que fazer plantão. Hoje, com a área metropolitana, ficou mais fácil. Antigamente, era bem mais difícil, não tinha muito plantão, tinha no HC, tinha aqui. Era o grande problema, você fazer pós-graduação; surgiu depois, quando eu me formei, nem tinha; nem residência tinha aqui em Curitiba, e em São Paulo estava começando. Mas a gente fazia. Finalmente você tinha assim... O pós-formado, o “encosto”, e daí resolvia fazer uma coisa fora. Se você tinha um encosto aqui quando voltava, tudo bem. Mas se você não tivesse... Por isso eu sempre digo para eles: *“–Primeiro tem que arrumar uma coisa aqui, um serviço que aceite vocês de volta, quando vocês vão para o exterior, porque senão, vocês voltam e começam a remar.”* Isso aconteceu comigo, foi muito difícil.

O que, aliás, na Europa não tem. Eles fazem o estágio obrigatório (eu não me lembro mais de quanto tempo – acho que são 2 anos); ele pode fazer o estágio rotativo, que nem aqui, por área; e pode fazer meio ano, ou mais, mas de uma área. Num tempo maior, ele pode fazer a área que ele sabe que ele vai seguir, que ele pretende sair. Mas isso no estágio pode mudar. Daí ele sempre pode escolher o hospital, onde ele faz o estágio da especialidade escolhida, e lá ele já vê se gosta ou não gosta. Se ele não gosta, ele pode mudar de lugar. Na Alemanha toda, até naquela cidade que tem menos vagas (mas tem vaga para todos), e no lugar de onde ele é originário – do Sul, do Norte, do Leste ou do Oeste – de maneira que ele já vai “ajeitando a cama dele”, para fazer a residência; no estágio dele, que tem aqui, ele já sabe onde ele vai fazer residência. Já vem tudo pronto, porque lá não tem esse negócio de fazer exame para residência; curso para residência não tem. Lá não, no estágio, o chefe do serviço trabalha no horário. E aqui não, aqui você tem... O cara tenta a residência aqui e lá. É que nem vestibular: faz vestibular em  $n$  lugares, e onde passar, no fim, é que faz.

O nosso aluno aqui, o nosso serviço de ginecologia está bem conceituado, pelo menos. E o aluno também gosta, porque tem especialidade que ele não gosta, e é geralmente aquela que o corpo docente não dá bola, não orienta; deixam-nos jogados. *“–Vire-se”* – Nós tínhamos o residente de manhã (de tarde eles não estão). Mas o residente mais atrapalha, porque ele não deixava o doutorando fazer nada! Ele ficava só olhando, e não é certo! Tem que fazer as coisas, senão não aprende. Então, nós, de manhã, não temos residente. E a gente tinha que estar ali, eu ou o Júlio, de manhã, sempre tem um dos dois aqui, e a gente fica orientando; vai fazer anamnese... depois que eles pegam, a gente faz o exame – mas eles sempre têm que apresentar o caso antes, para a gente. É uma orientação direta, mas ele é que põe a ‘mão na massa’. Se a gente

passa para o residente, ele quer fazer, lógico! [Risos] Essa é a vantagem nossa – e nós temos que estar aqui. Você vê que nos outros cursos, eles não põem a ‘mão’, eles ficam só catando as laqueaduras; faz laqueadura, e o resto, o pessoal não faz, [trecho inaudível]. E a gente não, aqui a gente tem um bom nome, eles aprendem alguma coisa, essa que é a vantagem.

Na Europa é diferente porque lá, enquanto não for doutor, não pode pôr a mão. Isso é um problemão. Não dá para fazer exame ginecológico, porque lá eles não chamam, eles chamam o assistente, mas ele não põe a mão na massa. A gente chegava e fazia nos terminais; tinha uma enfermaria, onde eu trabalhei, um hospital que tem 200 leitos só de casos ginecológicos; nos terminais, eles faziam a anestesia para o cara poder fazer o toque, senão não fazia. Quer dizer, o cara faz o toque, o aluno e o residente não.

Existia uma lacuna entre o pré-formando e o formado, e isso aqui já não tem mais. O cliente aqui não questiona. A grande vantagem aqui é que o aluno ainda tem aquele ‘afã’ de querer conversar, e os pacientes adoram conversar, contar um monte de coisa. [trecho inaudível]. Isso o nosso paciente adora, e ele não liga nem para a idade do aluno; é tudo gente nova, mas eles escutam o que eles falam. E uma ‘mão lava a outra’. [Risos] Isso é feio falar, mas a gente faz isso. O formando já faz a seleção; tudo o que não interessa, ele vai descartando na anamnese, vai direcionando, é perigoso isso, direcionar muito; já o aluno não, é mais cuidadoso. Tem de tudo! [Risos] Mas o paciente aceita o exame pelo aluno.

Na época que eu fiz faculdade, era um pouco diferente, os alunos ainda faziam mais do que hoje, e o grande risco era fazer sem orientação. Soltava o “bicho” – e aí vêm as ‘cacas’. A gente sempre fala: “– *Escutem.*” É aquele negócio: não está nem aí! Mas aqui é INSS [sic SUS], quer dizer, está o meu nome lá – o meu ou o do Júlio; qualquer problema que der, nós somos os responsáveis. Então tem que cuidar. Não dá para deixar solto, mas tem muito!

E hoje em dia, tem processo, no meu tempo, era raríssimo, hoje virou moda. Copiaram os americanos nisso, [trecho inaudível]. Na Ortopedia, o cara contrata um advogado e sai ligeiro. [trecho inaudível] Houve uma época, nos Estados Unidos, que ninguém queria mais fazer obstetrícia. O Dr. Júlio esteve lá, já faz mais de 10 anos, e falou. Naquele tempo, o seguro era tão alto, que não compensava mais fazer. Você pagava... Enfim, mas existia no nosso tempo um pouco mais de estabilidade. Tinha picaretagem, mas era tudo menor – Curitiba era pequena, então eu não sei se proporcionalmente era diferente, mas picareta sempre teve. Em ginecologia, a maior

picaretagem era fazer aborto, porque [trecho inaudível]. Uma vez me ligou uma no consultório (não é cliente): “– *Ah, me indicaram.*” Eu disse: “– *Eu não.*” / “– *O senhor pode tirar? Então eu vou ao Rodrigo.*” O Rodrigo, que já morreu, era um deles. Mas tinha um monte de gente que fazia, na minha época. Ficavam ricos com isso! Teve gente que ficou... Tinha um que tinha uma casa tipo estilo colonial americano, tudo de tijolinho. Eles diziam assim: “– *Cada tijolo, uma alminha.*” [Risos]. Faziam, só que era tudo feito de acordo com a polícia. Eles pagavam, e quando não pagavam, eles iam lá fazer batida. “– *Ah, prenderam fulano.*” E mulher, no desespero, acha o que tem; e se não tem um médico, ela faz besteira – com agulha de tricô. Na Europa, se fazia muito introdução de sabão de lavar roupa, injetava embolia sabonácea[?], no desespero, elas faziam. Hoje elas usam mais o Citotec, que também é proibido. Na Europa, você compra. Inclusive tem em gel, que é bem mais funcional inserir; ela coloca no aplicador de noite, amolece o colo, e no outro dia, sem dor, sem nada. Se você põe direto, o colo do útero dilata na marra. A morte por aborto diminuiu muito com o Citotec, tinha muita perfuração, introduziam até faca, agulhas de tricô. A embolia sabonácea[?], aqui, era raro. Nós tivemos uma vez, na Santa Casa, um caso, que ela fez, e eu já tinha estado na Alemanha, então eu falei para o Jonas, que era da clínica médica, e ele deu risada! “– *Ah, que aborto, que não sei o que.* [Trecho inaudível]. *Então veja lá.*” / “– *Mas para mim, ela fez aborto, ela está fazendo embolia sabonácea[?].*” Aí ele disse: “– *Não, não é. Porque ela morreu...*” Mas porque, no Brasil, não era usual; manipulações lá dentro; a mulher brasileira não é muito de manipular. Os médicos não conheciam, a gente não fazia, a pessoa que fazia. Não era usual aqui. Aquilo eram manipulações com algum objeto. Era melhor então um profissional fazendo. Vai fazer mesmo, não é?

Na Europa, hoje, acho que a maioria é liberado. Tem um ou outro país só que... No meu tempo, era semi-liberado. A mulherada vinha de trem, ou de avião (em Londres, na Inglaterra, era livre). E Hamburgo não é longe dali, é no norte da Alemanha, então pegava um final de semana e ia; ou pegava um avião. Iam lá, faziam o aborto e voltavam, segunda estavam em casa – porque lá era livre.

E da parte da ginecologia, acho que o que o recém-formado tem mais dificuldade é a parte de estudo de hormônio. Aquele era um negócio que você pode ler 20 vezes que esquece de novo. Até isso ficar firme, tem uma base [inaudível]. Hoje em dia, a parte de toque é um trabalho [trecho inaudível]. Pelo menos a parte prática, clínica, é a mesma; botaram a hipófise lá, a parte de G.O. e de comando; botaram

hipófise; [trecho inaudível], o *feedback*, essa coisa toda. Mas até o cara ver isso aqui, e os hormônios que você usa...

E ainda tem essa mania do nome. Ao invés de saber o nome do sal do tal genérico, eles se fixam no nome comercial. De repente, precisam de um outro, por exemplo para fazer uma curetagem hormonal com injetável, tudo bem. Mas se a gente faz com uma pílula, 1 vez por dia, 7 dias – tem que saber o porquê. Quer dizer, é hormônio do mesmo jeito, só que com outro nome. Essa parte, a gente vê, tem muitos que vêm encaminhados para cá, para a ginecologia, porque aqui é referência. Inclusive os [palavra inaudível], os erros em diagnóstico; tinha cada besteira. Tinha!

Agora é moda dar o depo-provera na menopausa, na pré-menopausa, para parar sangramento; e em mulher jovem, como anticoncepcional. Mas dava uns probleminhas: sangramento e uma série de problemas, e uma vez injetado, por três meses, fica agindo. Segura os três meses, mas fica mais dois ou três meses presente, atrapalhando o sistema. Agora é moda, todo mundo faz isso. Pronto, acabou! Como no meu tempo era mania fazer, tinha a orientação de fazer reposição hormonal com estrógeno e andrógeno. Ainda tem; risco tem, mas abusavam. Mas aí a onda foi para o contrário, não podia mais, era erro. Que erro o que! Era [termo] da mulher, que já estava entrando na fase endógena. Não pode. E agora está entrando na moda de novo, principalmente nos Estados Unidos e na Europa. Até na analogia, já está fazendo testosterona. Mas é um risco fazer próstata, estão abusando. Vai em onda, é muito modismo. Isso a gente pode afirmar porque tem quase 50 anos de vivência, então a gente vê que os modismos sobem e descem. Sempre tem moda, daqui a pouco é moda de novo, e o pessoal vai na onda.

Na ginecologia, o típico foi a reposição hormonal com estrogênio. Foi um americano; ele veio no [inaudível], o Premarin, que era o ‘coração’ deles, e vendiam aqui para mulherada. E davam hormônio! Aí começou a aumentar o câncer... [Risos] [trecho inaudível]. Começou a aumentar a incidência de Ca de útero, de endométrio – carcinoma –, e daí ficava estudando porque é que acontece. Aí ele dizia: “– *É porque quanto mais velho, mais tem câncer.*” Depois que descobriram que era excesso de estrógeno, que não compensava com progesterona. Só que o conhecimento, vem depois, não é?

Quer dizer, o que é a ciência? É empírico. Os caras “tascaram” o negócio nas mulheres. Falta de controle – como a talidomida[?], na Europa, que saía tudo sem braço. Eu li outro dia, na Alemanha, um estudo de um cara que processa o governo. O cara era mais velho e foi vítima da talidomida[?], que a mãe tomou sonífero para dormir. Hoje,

todos põem: “Não usar no primeiro quadrimestre.” Mas eles não pesquisam. “– *Eu não[?] vou pesquisar.*” Ele já conta para o psiquiatra, para garantir.

Mas a parte diagnóstica, eu acho que tem bastante... Mas é por falta de... No fundo, é falta de estudo; vai chutando qualquer coisa, e no meio desse chute, acaba. É a área que o pessoal domina menos.

### **Na ginecologia, têm muitos medicamentos novos?**

É uma babelônia! Pode pegar aquele def. O que tem hoje de anticoncepcional! Daí você fala: “– *Não queiram saber todos. Escolham um, pelo sal, e fiquem com esse.*” É lógico, à medida que o cara tem vivência... Aqui, todo o dia, recebe propaganda, então a gente acaba gravando, mas tem muito mais nomes de uma mesma substância, do que você pode gravar. Você escolhe um ou outro. Tinha o Ovestrion, que é o estriol. Estriol a gente usa como repositivo vaginal, porque ele não tem efeito proliferativo; de endométrio e de mama, só tinha esse Ovestrion, que é o nome comercial. Era só o estriol – só tinha esse –, e agora não. Eu esqueci o nome do remédio. Ontem, tinha na sala o do Biolab. É igualzinho, mas bem mais barato. Eu fui olhar no armário, ontem, e só tinha esse novo (é um nome bem curtinho). Hoje a marca chega. Quer dizer, [trecho inaudível]. Saiu um novo, mais barato, mas nunca tinha amostra do medicamento! Eu pedia de joelhos, e os caras não me arrumavam! De repente, está cheio lá o armário! A hora que veio o outro, concorrente... A indústria farmacêutica ganha dinheiro em cima disso, basta ver quando você manda manipular, o preço é... Agora não é tanto, porque eles já baixaram bastante, mas era demais. E as de manipulação, ficam de novo “a ver navios”, porque se o comercial fica mais certo[?], o cara... Manipulado, o cara fica: “– *Como é que está? Será que é pouco ou será que não é?*” Se o industrializado tiver no mesmo preço, é bom, porque você não vai ter só um. E tem fiscalização. Farmácia de manipulação, não tem.

Essa sibutramina tem quase 2 anos que... E agora, lançaram um novo, mas nem saiu e já está na revista, no Jornal Brasileiro de Medicina, um para redução de peso, concorrente da sibutramina. Mas já foi proibido. Quer dizer, eles não fazem a experimentação suficiente, lançam, e daqui a pouco vêm os erros. Não pode, deu depressão com suicídio, mas está a propaganda; no Jornal Brasileiro de Medicina, está lá a propaganda bem grande, e uma semana depois, retiram.

Com os americanos eles são bastante severos. Por exemplo, esse prexige, lá não podia, e no resto do mundo era liberado, tomou bastante [termo inaudível]. E tinha laboratório, aquele do flotac, eles estavam vendendo só isso. Eles vendiam só prexige, e agora voltaram para o flotac, porque o diclofenaco colestiramina é que nem aquele da pfizer – o viagra – a venda dele é liberada, eles vendem isso adoidado!

Eu acompanhei medicamento que entrou e saiu, que era só para vender, tinha essas ondas, mas que foi retirado, o clássico foi o que eu falei, a [nome de medicamento ininteligível]. Esse realmente foi. E dos hormônios, depois, mas já se sabia que se fizesse testosterona na mulher, ela vai... Dependendo, tem pessoas que vai dar problema, então tinha que fazer controlado. Depois eram laboratórios[?] que... Mas o laboratório é que foi diminuindo a dosagem; o primeiro era [nome de medicamento], [trecho inaudível], de tantas[?] doses[?], da Shering. Foi lançado em 1962, aqui no Brasil. Era esse, tinha o [nome de medicamento ininteligível], que era da Johnson & Johnson, e tinha mais um outro. Daí eles foram diminuindo, e hoje a dose é mínima. Era uma dose cavalari! Inclusive, não podia dar em menina. Enquanto não tivesse o ciclo bem regular, menos de 16 anos, era contra-indicado; e em mais de 40 também, por causa do risco de dar uma [inaudível]. Hoje, se pode fazer, não tem mais problema. E não podia usar mais de 2 anos contínuo, porque fazia gatilho, e não desengatilhava mais, quando parava. Isso foi melhorando rápido, mas também foi lançado o [nome inaudível], americano[?] – Sidra[?], o [nome inaudível], o [nome inaudível] – essa turma dos que foram os criadores[?] no uso prático. Foi em Porto Rico, que praticamente... Não é estado americano, mas os porto-riquenhos ganham inclusive esse cartão *greencard* facilmente. Foi uma experiência, fizeram de cobaia, os porto-riquenhos nessa parte hormonal. Dez anos eles experimentaram o [nome de medicamento], e daí soltaram, mas com dose cavalari. Mas não tinha outra coisa. É fato que exageraram, mas para a mulherada, era um alívio! Não tinha antes. Antes tinha que usar espermicida, calendário, tabela do ciclo [trecho inaudível]. Era aquela coisa toda, uma bagunça, e o pessoal não segue mesmo, acabava engravidando metade!

Foi um aperfeiçoamento, como na reposição hormonal também foi um aperfeiçoamento. Eu sou a favor. Só que você tem aquele risco de Ca de mama, porque no endométrio dá... Fazendo direito, não dá, mas Ca de mama não tem jeito, aumenta a incidência. Então limitaram para 5 anos. A mulher entra em menopausa com 50, 55 já não pode mais usar, e a gente usava até 65. Porque melhora a qualidade de vida, não adianta dizer que não. A mulher se sente melhor, mas daí dificulta... Fica fácil dizer: “-

*Não tomem.*” E daí vem a depressão; entra o outro lado, fluoxetina, sertralina, que também não é tão... Esse é o outro motivo, uso contínuo. É direto agora antidepressivo. Ninguém mais quer sentir nada, e dá-lhe antidepressivo, tem direto! Esse é o pior ponto. O Diazepínico mudou, mas também tomam demais, o que eu dou de receita no consultório, de Diazepínico, de olcadil, gente dependente, mas não adianta! E o pior do Diazepínico é que ele é dose-dependente. A longo prazo, além da dependência, ele diminui a memória – para dormir, o que eles tomam disso é incrível! Virou uma moda. Agora não é tanto, mas foi. E está com 80 anos, você vai agora dizer “– *Não pode fumar, não pode beber.*” Então “capota” de uma vez! [Riso] Tudo o que gostava de fazer, a pessoa não pode mais! Viver só para viver, também não dá, precisa ter certa qualidade. Eu não estou justificando, mas também é melhor ele tomar um Diazepínico, do que encher a cara, isso leva muito mais ao álcool. Aí que fica deprimido, pois já é um depressor.

### **E em relação aos diferentes perfis de pacientes que você atendeu e atende?**

Ah, tem, por exemplo, paciente de convênio. A rede particular sempre foi mais diferenciada; tinha sempre o mais metido ao “que paga”, mas na média, o que tem é paciente assim... Aqui no Brasil, não tem... Tem que fazer [palavra inaudível]. Paciente feminino, sabendo levar, dificilmente eu tinha problema de paciente que encrenca, essas coisas. Sempre tem, mas não são muitos. Mas também o que fazem com o paciente, nesses convênios, marcam e depois deixam, fazem ele de bobo. Daí o doente fica bravo. Tem hora marcada? Fazer o quê? Mas o paciente de convênio também é muito relapso! No IPE era convênio, mas com atendimento ‘top’, tinha horário, tinha que chegar no horário. Se não chegou, perdeu a consulta. Agora, no consultório, não. Unimed, eles estão pagando, então eles acham que se der vontade de não irem, eles não vão. Eles não desmarcam a consulta, não avisam, simplesmente não aparecem, ou atrasam. Tem os conscientes, que avisam: “–*Olha, eu vou atrasar...*” Mas a maioria é gente... O médico é que manda a secretária ligar para todos eles, para ver se vai ou não vai. Eu não faço isso. O meu dentista, por exemplo, sempre.: “– *Ah, amanhã tem marcado que é para o senhor vir aqui.*” Isso tem bastante, mas acho que é porque os caras estão pagando. Eu não sei como é que é isso num país de primeiro mundo, mas aqui nós estamos... Agora, sempre tem os mais... O padrão mais antigo, mais cultural. Eu não estou falando de dinheiro, eu estou falando de cultura, eles geralmente são educados – eles telefonam,

avisam, mas essa classe média nova, do Lula, [trecho inaudível], que vem aqui, tem muitos aqui... Eles simplesmente não vêm, e pronto! Eles acham que é o direito deles, de ir e vir, simplesmente.

Isso a gente notava muito quando eu estava lá no IPE. As professoras antigas... Em ginecologia, a maioria eram professoras, mas era tudo na faixa social mais consolidada, com um padrão cultural melhor. Hoje, você pega essa porção de baixo, eles que... [Trecho inaudível]. Eu vejo quando falam, e vivem ensinando! Imagina o que ensinam, mas elas são educadas. A mulher é difícil dar ‘problema’. Podem ser complicadas, mas elas respeitam, entram... Aqui fora [no ambulatório público], não. Aqui você tem que abrir caminho, senão você não passa... [Riso] Mas com residente, com aluno, é difícil ter quebra-pau, tem uma ou outra; às vezes, o aluno, a maioria que não pegou o rebolado, troca tudo. Querem fazer tudo em duas semanas... Quando começa a correr bem, aí acaba o estágio e entra a outra turma. Tem os ‘folgados’, que não querem atender e ficam horas, e aí não precisa aprender mais. Isso o Júlio pega esse bolinho e: “– *Tem que atender isso aqui, não tem conversa!*” E eu já não faço. Eu deixo, vou pegando... Porque o cara que não quer, deixa ir embora. Eles não querem, então vão embora! Nem todo mundo gosta de ginecologia. Mas muda, a mulher principalmente, e hoje, 70 % da faculdade é aluno feminino. Termina o estágio, de repente todo mundo quer fazer ginecologia, gostaram. Depois vão fazer obstetrícia, mas não gostam. “– *O que esse cara [trecho inaudível].*” Tem gente que não gosta de ginecologia. [trecho inaudível]. Não gostam de obstetrícia porque é um negócio bem mais duro, cruento. E é um negócio muito estressante. Não adianta dizer que não, porque é! E isso elas não gostam, dessa parte, não gostam. E tinha problema nisso, porque acaba casando. Como é que vai conciliar filho com profissão? Então eu acho que ela deve se profissionalizar e fazer meio expediente, não deve fazer obstetrícia. Agora, ginecologia não dá para fazer meio expediente; oftalmo...

Eu estava pensando outro dia, que quem não gosta muito da ginecologia, faz outra coisa – faz análise de laboratório, faz anatomopatologia, radiologia. Você tem que estudar muito, mas não tem que ficar falando para o paciente que ele tem câncer. Tem que saber os quadros clínicos – a [termo inaudível]. É complicado! Eu tenho um amigo que era patologista, mas teve problema de hepatite. Com os patologistas é tudo de uma vez, não precisa atender, mas tem que gostar, Laboratório também.

Na ginecologia tem esse pessoal que hoje se dedica mais a exames também, o cara que só faz ecografia, são os de imagem. Na radiologia, que o cara faz raio-x, faz

imagem; e agora o cara que só faz ressonância. Também é outro modismo: qualquer coisinha, ressonância. E tem as áreas difíceis. Eu considero que uma das mais difíceis é a neuro. Eu não sei se hoje em dia eu não faria... Eu acho neuro complicado! Exige estudo mesmo. E se o cara for neurocirurgião, errou uma linha, errou um milímetro, o cara sai torto da coisa! [Riso]

Antigamente, o paciente era mais... Eu não digo diferenciado financeiramente, mas culturalmente era mais diferenciado. Vestiam-se com mais capricho essas professoras. Elas ganhavam, sempre ganharam mal, mas você nunca as via mal vestidas, sempre eram arrumadinhas. Hoje, vem tudo esculachada! É uma bagunça! Vem com filho, fazem uma sujeirada – vem comendo pipoca, cocada, pé-de-moleque. Quando saem, parece que esteve um batalhão aqui.

Você pega as fotografias de antigamente, na Rua XV, sábado, a gente ia para o cinema; tinha matinês; e [trecho inaudível] para fazer o [palavra inaudível]. A gente ficava passeando na frente das meninas – e era de carro, quem tinha carro! Elas vinham de carro. Em Itajaí, tinha um ‘fuzuê’ fantástico de noite (fechava a rua e todo mundo ficava na rua! [Risos]) Então, vinham aqui todos arrumadinhos, os caras de terno, gravata, chapéu. Não tinha confusão, tinha rotina, as mulheres bem arrumadas, e hoje, não tem mais jeito! Quer dizer, transferiu tudo para o shopping. Hoje é tudo shopping, não tem mais na rua. A Rua XV virou uma babilônia! Ela virou [trecho inaudível] da Idade Média! Fica vendendo  $n$  coisas, cada um do jeito dele – um faz estátua viva, outro faz não sei o que. [Riso]. Mas eu vejo o tamanho da cidade, e São Paulo, quando eu fiz estágio no Hospital das Clínicas, em 1964, a gente [palavra inaudível]. Eu morava na Rebouças, em frente ao hospital – um “muquifo” que era! Mas de noite, a gente ia ao Centro, no Bar da Brahma, na Ipiranga, e tinha certa distinção, não tinha risco nenhum! Você saía de noite, e não estava nem aí. Hoje, não dá mais para ir (nem de dia eu vou!) todo mundo vai a shopping, e na época, não tinha shopping. Em Curitiba, não tinha shopping. O primeiro shopping que teve aqui foi o Mercadorama, da Praça Tiradentes, que está lá até hoje. Foi o primeiro supermercado – e não era Mercadorama, era Demeterco, dessa família que fez o primeiro. Está igualzinho ainda – igualzinha as gondolas – e está tudo lá. O imóvel é o mesmo.

Curitiba, em 1948, tinha 180 mil habitantes. E essa avalanche de gente do interior, não tem formação profissional também, é pouco, não faz... não sabe fazer. E isso que a indústria absorve – tem Senac, Senai – tudo bem, mas é muito pequeno, em relação ao resto das...

O meu neto agora está fazendo vestibular, não chega nem perto de passar. Queria engenharia, e não passa. É uma seleção, e quem não passa, tenta de novo, tenta de novo – não passa, fica aí. Vai fazer o quê? Vai fazer um curso técnico. O que falta aqui é técnico, mas esses técnicos, esses administrativos, coisa de economia, tem que nem areia, todo mundo faz, e a maioria, depois, fica desempregado, simplesmente não tem oferta, esse é o risco de [inaudível]. Se der uma recessão...

### **E o vínculo com os pacientes como acontecia?**

Eu falo alemão. Na colônia alemã, quando eu comecei, tinha muita multinacional se instalando na cidade: Bosch, Siemens; tinha a Croner, de carroceria, tinha um monte de coisa. E eu trabalhava para o consulado, fazendo perícia; e no consulado, eu ficava conhecido. Telefonavam para o médico, qualquer coisa... Por isso que eu fazia Geral: é que no interior, tinha que fazer Geral, então eu sabia fazer. Eu gosto de clínica geral. Eu não gosto de clínica que você só entende daquilo, um dermato, especialista em unha. [Riso] A especialidade... Só faz unha! E tinha muita gente que falava alemão, só que era rotativo; depois que eles se instalavam... Os que vinham a contrato iam embora, e com o tempo, eles pegavam o consultório daqui. [trecho inaudível] . Esses partos, a gente vivia esquecendo, e eles, na frente da paciente: “– Olha, era esse professor que fez o meu parto, agora está fazendo o pré-natal do neto. [trecho inaudível].”

Eu era muito indicado, por causa da língua. Tinham outros, por exemplo, de ginecologia, que [inaudível]. O Ronald, que era da oftalmo, foi colega de turma do João, mas também ele gostava de gineco. Inclusive, tinha uns medalhões, que pegam[?] a gente. “– Não adianta! Isso aí é uma coisa que eu considero que é um dom inato, não se aprende.” Eu estava vendo na televisão, aquele programa da Maria Clara, a cantora famosa da década de 1950. Havia Onassis, que era o maior armador na época (as armas vinham em navio de petróleo), mas o cara fugiu. Quando a Turquia invadiu a Suécia, foi uma barbaridade o que eles fizeram, e esse cara e a família fugiram para a Argentina. E eles filmaram – porque ele era cinegrafista. Eu vi um programa, na Globo News, e me lembrei dessas coisas. Ele era cinegrafista. Como é que o cara [trecho inaudível] Ficou anos lá na Inglaterra, e rico, casou com a ex-primeira dama brasileira. Isso é um dom que o cara tem; não adianta você estudar, isso é uma coisa que você... Mas a maioria dos estudantes de medicina vê esses medalhões, cheio de coisa: “– Ó, eu vou ficar

*rico.*” Isso é uma ilusão, é um estímulo ao [palavra inaudível]. A maioria não chega nesse ponto. O Dr. Francisco trabalha como radiologista, colega de turma, mas ele sempre trabalhou com radiologia, num consultório particular e convênio – e ele pagando INSS, INPS, aposenta com o que? Nem R\$ 3 mil por mês. E o resto? Porque é difícil. Como é que você vai viver com uma renda assimétrica[?] lá na bolsa, não é?

Mas nos Estados Unidos, não tem Medicina Social que nem aqui. Quer dizer, é ilusão que eles têm. O cara compra ações, acha que está muito bem de vida, dá um crack, pronto! O cara era empresário de alto padrão e vira empacotador de mercado. [Risos] Se achar emprego. Aqui, essa parte social... Mas foi Getúlio, ele era pró-germânico. Ele confiou na Alemanha, no sistema. Na época, até era correto, hoje é exagero. A proteção, as leis trabalhistas aqui sempre vão em detrimento do patrão; sempre, quem leva a razão é o empregado, e ele abusa disso – faz as “maracutaias” e tem razão no fim. Aqui foi copiado da Europa, e a Europa acabou se orientando. A Alemanha não foi para o comunismo porque achou muito radical, a Nacional Socialista, que virou Nazista. Mas também estava errado, porque a população idosa fica cada vez maior. Quem é que vai pagar isso? O que você paga pela aposentadoria vai para o cara que já está aposentado. Agora, se aposentar pela quantia menor, e o que paga cada vez é em quantia menor, não vai chegar o dinheiro depois. Eu estou falando da Alemanha, porque estão querendo aumentar de novo para 70 anos. Eles querem que o cara trabalhe mais tempo – até os 70. Eu tenho 72 anos, acho que deve continuar trabalhando; num ritmo menor, mas continua. Vai ficar fazendo o que o dia inteiro? Lá para dentro, no fim do mundo, os caras fazendo pesca esportiva. Pega o peixe e depois solta de novo. O cara começa a inventar besteira. Eu não, acho errado.

Na Alemanha, na Europa, por causa da informática, os caras trabalham em casa; tem computador e trabalha em casa, não precisa mais ir para o escritório; mas não vão te [palavra inaudível] em nada. “– *Ah, mas muita gente sabe disso.*” Sabe disso uma ova! No [palavra inaudível], eles estão vendo que o crescimento é negativo. Não dá, [trecho inaudível]. De 2, 1... Aqui também já está menos de 2. Aqui está 1.8, 1.9 – sendo democrático. Quer dizer, se duas pessoas têm menos de 2 filhos, é porque vai diminuir. Mas aqui, é graças às mulheres, porque se for pelos caras... [Risos] Eles não estão nem aí, eles querem [trecho inaudível]. A mulherada que está aí, elas tomam pílula. E acho que foi uma das grandes coisas que fizeram, eu estava nesse programa, a orientação da anticoncepção. Era um grupo, como consultor. O China, ele trabalhou e virou guardinha; a mulher, tinha que fazer o preventivo para ganhar a pílula, era vinculado. A

gente fazia o preventivo, e com o preventivo, ela ganhava a pílula; ia lá buscar a cartelinha. Isso pegou de um jeito, que hoje, resolveu o problema mais [trecho inaudível] Você muita adolescente grávida aqui, porque elas não acreditam na coisa, elas acham que com elas não vai acontecer. Mas a mulher já madura, ela sabe como funciona – que é “arapuça”, então ela toma mesmo. [Trecho inaudível]

**E em relação à tendência de especialização na medicina? Como é na ginecologia?**

Sim, pelo menos aqui dentro, tem cara que só faz climatério, e não quer saber do resto. No nosso tempo, a gente fazia mastectomia. Hoje, é tudo. Agora, mastologia é uma coisa, reprodução é outra; climatério, eu acho que aqui é uma coisa clínica (o cara não vai fazer um pedido de consulta para paciente com mais de 46 anos). Eu acho que vai, cada vez mais... Mas isso exige um certo padrão financeiro do povo, pra pagar um cara para fazer isso, só. Mas essa tendência é bem nítida na oncologia. E é dividido ainda: Gastro, Cabeça e Pescoço. É uma tendência, todo mundo...

E os residentes já fazem pensando... Da onco já pensa em fazer cirurgia ginecológica, aí vai para a onco, que é mais... porque é gente nova. A outra parte, fica meio renegada – e ele quer fazer aqui. Mas, normalmente, ainda, o aluno bom pensa em primeiro lugar em ginecologia, já tem especialização em adolescente (tem muito já... as mulheres também) Essa parte só infantil e adulta também – quer dizer, adolescente. Mas não é que não faça, isso não é muito fácil. A Dra. Renata faz mais adolescente, mas faz parto também, porque não se vive disso ainda. No primeiro mundo, provavelmente vivem, mas aqui, é meio difícil, não tem frequência que chegue para sustentar. O convênio paga R\$ 20 a consulta, e tem que fazer tudo.

Mas a tendência [de especialização] é ruim, porque o cara, às vezes, perde a visão geral da coisa. É que nem cultura geral: há 100 anos, o cara podia ter uma formação geral de tudo. Hoje, é impossível, é tão complexa a coisa, que é impossível o cara saber. No campo de informática é uma babilônia! [Riso] À medida que complica, a tendência é se especializar. Tem muita coisa. Quer dizer, hoje, na endócrino... Endócrino é tudo. Que nem neurologia, hoje em dia, também tem área, só que tudo tem... No fundo, o cara tem que ter uma visão geral. Como é que ele vai integrar a coisa? Se não funciona lá, já tem reflexo numa outra área. O cara tem que ter uma noção geral da coisa, não pode perder isso de vista. Hoje em dia, a gente nota que o cara que é

ginecologista; o filho dele dá uma tossidinha, ele vai correndo no médico, ele não tem mais o critério sadio, normal, de avaliar, já vai correndo no médico. Então é um sistema... complicou.

O paciente procura a ginecologia e a gente que orienta, mas na urogineco, por exemplo, é típico. No nosso tempo, o que a gente mais fazia era cirurgia de incontinência urinária; fazia muito na obstetrícia; fazia direto, toda semana. Agora o urogineco virou uma coisa à parte – com a cistoscopia e aqueles testes de urodinâmica virou uma... E agora, por exemplo, só fazem *sling* [uma técnica cirúrgica] (é moda *sling*), não fazem a parte posterior, é um erro, virou sub-especialidade, não fazem. E daí não tem o que chegue, então precisa ter até um ano de espera. No nosso tempo, não tinha isso. Chegava aqui, marcava, no máximo em um mês, estava operado. É uma área que tem bastante ainda, incontinência urinária, por consequência obstétrica, e não tem uma área... Porque a gente fazia a [termo], mas só tem um aparelho. Tudo que é aparelhagem aqui, ainda é problema, porque é mal pago. Aqui, nem temos mais videolaparoscópio, não temos histeroscópio. Tínhamos, mas o que o governo paga, nem a manutenção do aparelho não vale! Quando você diz que não faz, dizem: “– Ah, mas eles têm.” E não pode complementar. O Júlio tinha os aparelhos, mas não tem mais. Hoje em dia não tem, acabou. E ninguém pode questionar, nós não temos o aparelho, mas não fazemos por causa da remuneração, que não paga. É nosso direito. E laparoscópico, os melhores são Dostotsck[?], da Alemanha. Quer dizer, você gasta, que [trecho inaudível]. Você deixa cair aqueles prismas, se solta aquele prisma, pronto, acabou! E quantas que a gente tem, toda a semana tem indicação de vídeo... Pólipo endometrial, mioma submucoso – ia fazer [trecho inaudível]. Isso foi criado para facilitar, e não para complicar, mas complica, por causa do preço, porque não querem pagar. Ecografia – 1 mês, 2 meses; mamografia, que é para fazer todo ano, ficam na fila meio ano, para fazer, nos postos. E tudo o que é aparelhagem... Porque são aparelhos caros (importados, na maioria dos casos), e que a manutenção exige uma remuneração adequada, e eles não querem fazer. Ninguém fala, todo mundo fica quieto, mas no fundo, veneram, porque é um exame melhor do que... Mas fica complicado, é de alto custo, e a própria Unimed, qualquer diagnóstico complicado é uma ficha social de exame de alto custo. Mas os médicos são os culpados disso. Os caras pedem exame para qualquer coisa – uma mulher que está na menopausa, com tudo normal, para que tem que fazer dosagem de milhares de exames. E também onera, pede o exame... É mais um

exame que devia ter economizado; e faz pelo convênio, divide pela contribuição, R\$ 500, R\$ 600 por mês de contribuição, para um cara que nunca usa.

**E como você vê o uso dos exames complementares pelos médicos, hoje em dia?**

Eles estão atolando a faca. Eles pedem, mas sem necessidade; e o paciente, como é que vai fazer? “– *Doutor, eu quero fazer todos os exames que eu tenho direito, tudo!*” Um *check up*. Eles querem tudo, mas não dá, quer dizer, a mulher entrou na menopausa, pra que precisava pedir? Se tiver tudo, aí tudo bem, mas em gente saudável... Agora, eu acho correto que faça um hemograma, que faça uma glicemia (que é obrigatório) e fazer um lipidiograma completo. Na mulher, quando entrar na menopausa, fazer uma dosagem de T4 livre e TSH, (isso faz parte); e no homem, fazer o PSA, tem que fazer. Mas não precisa começar a pedir...

No nosso tempo, era raio-x. A gente não fazia nenhuma coisa no serviço público sem ter uma radiografia. A radiografia, eu acho que retorna, porque a tuberculose anda solta. Não tinha, agora tem pouco, mas mais. Então pedem esse exame demais. O que pedem de exame, não está no gíbi! Não está mesmo! É um modismo, mas também, da parte do médico, uma falta de vontade de pensar, de estudar semiótica. Japonês é um absurdo. Eu não pensei que japonês era tudo isso, mas eles que criam os aparelhos todos eletrônicos. Em primeiro lugar, o médico é um samurai, e o cliente é o inferior. O médico é deus, ele se considera, têm poucos que não se consideram. Eles não ficam perguntando sobre a doença. É tudo maquininha! Se entrarem lá, põe na maquininha, já sai tudo, então ele pede exame adoidado – mas é para facilitar para ele ou para não usar a cabeça dele. Eu não sei se é verdade, para mim, é um trabalho [trecho inaudível]. Agora, eu acho que uma grande parte é preguiça de fazer uma anamnese correta, perguntar tudo do começo ao fim, e sempre a gente ainda é insuficiente, aí pede exame.

Tem uma que estava com amenorréia na história. Fizeram um monte de exames! Fizeram BHCG? Não. Fizeram ecografia? Não. Quer dizer, mulher jovem, até que prove ao contrário, é gravidez, então pede o Beta, e depois vai vendo o resto. Mas você começa pelo fim, fica cara a coisa, mas é moda de coisa de mulher.

Um aluno nosso, está fazendo eco pela Unimed. Eu falei para a minha mulher: “– *Eu nem tenho convênio!*” Você precisa ver o luxo dos envelopes. Aquilo era uma nota de papel! Tinha umas fotos antigas, desses pintores antigos, [trecho inaudível]. É

frescura; eu não digo o exame, mas tem que fazer esse tanto de frescura? Onera, é pago, não é? Mas o fresco que vai lá, ele tem a “bufunfa”. Ele vai lá porque ele quer tudo chique. O paciente também quer consumir. Ele quer luxo! Hoje é tudo assim: as embalagens [Trecho inaudível] Duas vezes por semana. É lixo, que não é lixo, então a gente separa, [Trecho inaudível] Aquele balde está cheio, lotado de papelão, de plástico, de não sei o que, e são duas pessoas (é pouco) que cuidam. E tem que cuidar! Imagina a [inaudível]? Vai tudo para o esgoto; recicla, mas muita gente nem separa ainda. Tem muita cidade que nem tem coleta seletiva. Curitiba ainda está na vanguarda disso. Na Europa é até vidro; tudo. Aqui também eu já vi uns baldinhos – verde, azul, amarelo. Um é vidro, outro é lata...

Mas é, tem muito “brilhantismo”. Quando é uma eco aqui, no nosso, é bem simples. Agora, no fresco, acham que esse exame físico é mixaria, não fazem. Esses exames, os médicos, às vezes, não sabem nem interpretar. Quando você pega os exames de laboratório, o risco que vai ter lá atrás; 80 [termo inaudível] é tudo normal. E mesmo a gente, às vezes, esquece. Parece normal esse negócio, aí o cara não dá bola. E o risco? Ainda pode fazer um fisiograma e glicemia, e levar [palavra inaudível] de todos; [trecho inaudível], até 23, 24 anos atrás. Quer dizer, vai pondo todos nos computadores. Já bate lá, já sai. Então, há um ano, ele tinha tanto de glicemia, agora ele tem tanto; há dois anos, tinha menos, houve uma evolução ali. Isso sim é um fator que ajuda, avaliar o risco.

Hoje em dia, os médicos estão conversando menos, o problema... Isso é a formação, como é que a dinâmica é? O cara esquece porque não estuda, ele decora, e daqui a pouquinho, não sabe mais. Aí vem um cara aqui e fica [palavra inaudível]. Patologia e semiótica, o cara tem que saber, senão você vai praticar como? Tem que saber as coisas, e isso exige estudo, tem que estudar. A gente também, nos primeiros três anos de medicina, não estudava; não queria saber da biologia, bioquímica, mas depois, nos anos seguintes, tem que estudar mesmo. Tem que saber patologia, mas o cara não estuda. Na nossa turma, sempre tinha gozação: o cara que menos frequentava os serviços cirúrgicos era o que mais operava no interior, isso no começo. E o cara nunca frequentou. Tinha um cara, que eu encontrei uma vez, ele tentou mudar a minha região com a região do interior que ele trabalhava. Eu disse: “-Por quê?” / “-Não tem mais vesícula para eu operar.” Eu disse: “-Mas como não?” / “- Eu já operei todas!” Falou sério! [Risos]. Eu falei... “-O quê? Histerectomia?” – naquele tempo, era a céu aberto. “-Tirei todas.” Limpou tudo e deve estar milionário!

Ginecologia, era cisto de ovário. O maior vilão era o famoso cisto de ovário; uma parte só pra operar, e uma grande maioria para fazer laqueadura. “-Doutor, eu acho que eu estou com um cisto de ovário.” Ela já vinha com a fala de mulher para mulher, enrolando, e a outra ia lá: “-Eu tenho isso e isso... Elas estavam certas, doutor?” – porque hoje em dia, laqueadura é legal, quer dizer, tem 2 filhos mesmo, mais de 25 anos, então pode fazer. Só que o problema é que elas querem reverter depois. [Risos] Querem fazer reversão. Eu digo: “-Trocou de macho, né?” / “-Trocou.” [Risos] Ela faz a laqueadura (o casal “joinha”), e daqui a pouco, separa (porque no Brasil, de cada 3, 2 separam). Aí falam: “-Nunca mais! Homem? Não quero mais saber, já basta esse menino!” Mas não demora muito, arruma um outro. Daí querem ter filho e vem aqui para fazer a recanalização.

**Hoje em dia, a carga horária dos médicos parece que está aumentando muito, não é?**

É, o médico tem uma vantagem, que nem os professores, que é poder ter dois turnos de 4 horas (os outros empregos não pode, é um turno só), e você pode ter um de manhã e um de tarde. Se você ganha R\$ 2 mil e pouco em cada um, você ganha uns R\$ 5 mil no fim do mês. Dá para viver, mas com um celta velho [Risos] Tem uns colegas pagando cursinho, é uma fortuna, hoje em dia. Quanto você tem que ganhar, quando se tem 3 filhos? Como é que vai pagar? É o preço de faculdade – e faculdade já é caro, é um problema!

Eu estou com um neto, que fez agora vestibular – no meu tempo, só tinha federal; passou, passou, se não passou, azar, só ano que vem de novo. Não tinha esse negócio de fazer em não sei quantos lugares. Ele está fazendo escola técnica e Federal. O pai dele já disse: “-Se você passar na federal, eu te dou um carro zero; se passar na particular, te dou um carro usado.” [Risos] Ele está louco! Estuda dia e noite! [Riso] Claro, porque a Federal não paga. Em pouco tempo, tira o carro.

Para mim, há um erro, um pouquinho, podia pagar. Eles têm um pouco de dinheiro. E aqui no Brasil, é sempre tudo ou nada. Quer dizer, ou paga uma particular, que é uma nota preta, ou vai para a Federal e não paga nada. Estão invertendo, porque de qualquer jeito, o cara que vai fazer na Federal, a maioria, é favorecida pelo cursinho, porque tem dinheiro. Como é que um coitado, filho de pedreiro, ou mesmo que seja da classe alta, como é que vai pagar cursinho? E o tempo que o guri tem que ter, ele tem

que ser de um nível já... Tem umas exceções, eu conheço. Aqui nós já tivemos gente que trabalhava para pagar o estudo – o colégio, o cursinho – e passava; e continua trabalhando, pagando a faculdade. Mas essa força de vontade, pouca gente tem. E depois, o retorno também é problemático. É por toda vida! Não adianta dizer: “-*Melhor não estudar.*” Tem que estudar, pelo menos fazer curso técnico, porque senão você está frito!

**E essa interferência dos convênios nos pedidos de exames, que você estava falando?**

Essa é uma coisa, mas é da Unimed isso aí. O outro problema é o número de consultas. Mas isso os médicos também são um pouco culpados, porque eles exageram, é uma consulta por mês – tanto faz. Se você faz mais de uma, tem que fazer uma justificativa quilométrica, e ninguém faz, porque é mais trabalho do que vale.

Mas, por exemplo, no Evangélico Saúde, que tenho bastante geriatria, principalmente a feminina, a gente já está há quase 50 anos nesse negócio, as pacientes vão ficando idosas. Então, eu sempre vou ter clínica geral. Em geriatria, a gente tem uma clínica médica enfocada no idoso; não muda muita coisa, é clínica médica. Eu sempre gostei, e faço hoje em dia – porque hoje tem a parte mais geriátrica ligada com a ginecologia, do que ginecologia de jovem. E geriatria é um problema, porque ela vem a primeira vez, mas quando ela vem com o resultado, às vezes, demora mais do que a primeira consulta. Tem todos aqueles exames, tem que discutir como é que faz, como é que não faz; se vai tomar para osteoporose; se vai tomar pra reposição ou não vai tomar. Às vezes, o retorno é muito mais trabalhoso do que a própria consulta e você tem que fazer “sujinho”. Você tem que ter tudo anotado, bem corretinho, e jogar a consulta para o outro mês. Mas isso é [palavra inaudível]; se tiver um errinho, eles não liberam. Mas se eles liberarem, os colegas fariam consulta toda semana, o que também está errado. E vira uma bagunça.

Mas não é fácil. Esses convênios têm uma rotatividade alta de clientes, porque fica muito caro. No Evangélico Saúde é bem nítido, de repente, somem e vem pela rede, fazem tudo de novo [trecho inaudível], e cliente novo. Eles não agüentam pagar todo o mês R\$ 400, R\$ 500. Eles não têm e eles ligam: “-*Estou precisando, estou voltando[?] do hospital.*” Sempre digo: “-*Te excluíram porque... Para você fazer consulta e ter laboratório, se você faz uma poupança pra isso, dá muito bem. Agora, o problema é o*

*hospital, numa emergência. A conta vai pras “cucuias”! Vai embora!”* Se não tiver dinheiro, ele para[?] lá. Bom, eu sempre digo que qualquer coisa tem o SUS.

Meu cunhado teve um problema sério, cardiovascular, e eu fiz tudo. Se você se sujeita, vai, funciona – não é que não funciona. É fila para entrar, mas vai. Aqui é tudo SUS, esse pessoal. Diz a minha mulher que é de graça. [Risos] Mas não é que não funciona.

O problema do convênio, que nem o Evangélico Saúde, é que ele é do hospital. É que nem lá na saúde, que era no hospital [Nome inaudível], fora a [trecho inaudível]. Mas aqui é assim, o cliente tem que vir aqui para ser atendido, [trecho inaudível], mas basicamente é aqui. E aqui eles juntam todo mundo na mesma panela: jogam o SUS, junto com o SAS, que é do Estado – que é um pessoal também que tem certa consciência social (também são professores). Jogam o convênio do Evangélico Saúde, e o pessoal vira bicho. Lógico! Põe a maca no corredor, no mesmo lugar. Bom, eu pago e ele não paga nada e tem o mesmo atendimento. E não é certo, tem isso também.

Que nem uma cliente, a japonesa, que saiu do convênio. Ela é bem consciente. Ela disse: “-Ah, eu vou fazer uma conta, uma poupança. Eu ponho um dinheiro lá que é só pra isso.” Quanto que custa? O Sinam é da Associação Médica, quer dizer, é meia consulta. “-Isso custa tanto.” Daí eu disse: “-Não, então vamos fazer isso aqui.” Mas pensaram bem, os dois estão com saúde. Eu também sou dessa opinião. Se você faz seguro para tudo que existe hoje em dia, você pode trabalhar só pra isso! É seguro de carro, seguro de casa, seguro não sei do que. Como ele vai bancar. Esse é o problema. Não é tão simples assim.

Tem convênio que chega a cortar exame, ou indicação, às vezes fazem isso. Eu nunca passei, porque eu peço o mínimo de exames possível, eu acho que a clínica é soberana. O meu pai era médico, ele dizia: “-Você faça uma boa anamnese, faça um bom exame, abra seus sensores, preste atenção, porque você faz muito diagnóstico sem fazer exame” E a tendência, hoje em dia (porque não dá tempo, não dá nada – e às vezes é falta de estudo também) é de pedir exame. [trecho inaudível], pede exame que não acaba mais. A coisa fica cara, e os convênios, conforme, abortam, chegam a abortar. Tem uns, por exemplo, que tem a ver com reprodução humana, porque nós temos aqui o Dr. Jonas que faz. Ele, por exemplo, quer monitorar uma ovulação, são, no mínimo, 3 ecografias, eles não dão. Você tem que ir ou via particular, que é o que ele fez, porque hoje em dia, ele só atende particular; e para você poder inseminar, tratar, você tinha que ter dinheiro, senão nem se meta. Senão você não consegue pagar os exames.

Então, nós fazemos o monitoramento por progesterona. A gente pega a progesterona, na segunda parte do ciclo; se tiver, ele pulou, senão ele não pulou. É uma maneira mais simples. A videolaparoscopia, você não consegue. Pode, pela Unimed, mas tem que justificar muito bem. Normalmente, eles falam: “-*Tem que embasar clinicamente.*” Tem que ser bem embasado, senão eles não autorizam. Quer dizer, tudo o que onera eles, não liberam.

Mas tivemos um caso, na família, que o cara teve um AVC, com 80 e poucos anos – e ele ficou quase meio ano no Hospital Nossa Senhora das Graças, pela Unimed. Internado, com motivo e tudo. Mas depois de meio ano, disseram: “-*Não, mais não pode.*” Mas imagina o que ele comeu de contribuição de todo mundo! [Risos] E o problema é que empurra naquilo lá, e todo mundo paga. Mas o seguro é esse benefício, bate o seu carro 10 vezes, ou não bate, você pagou. Em compensação, o outro que bateu três vezes. [Riso] Mas é uma tranquilidade, se a companhia é boa. Eu disse outro dia para a minha mulher, porque o motoqueiro a pegou e B.O., e uma complicação do cão, mas estava tudo no seguro, no Itaú. O motoqueiro sumiu, levaram-na para o hospital e o corretor de seguros: “-*Você não se incomoda de o seguro ver tudo isso?*” Porque isso é uma grande vantagem.

Em relação à indicação de cirurgia, se você passa corretamente, o convênio não tem problema. Nós tínhamos um colega, já falecido, aqui do serviço, da obstetrícia. Ele fazia plantão e trabalhava no IPE. Todos os meses, chamavam-no na auditoria, porque ele operava adoidado. Tudo ele falava: “-*Ah, vamos operar.*” [Trecho inaudível]. Eles pressionavam, mas a gente sabia que ele fazia cirurgia a torta e a direita – com necessidade, sem necessidade. Então isso eu posso falar: se faz corretamente, eles não questionam.

E nessa parte de internamento, cirurgia pelo convênio, você só indica a cirurgia, quando é do convênio, e no serviço que ele vai, ele já tem tudo, anestesista é tudo escalonado. Quando é particular, você pode escolher, mas senão, é prestar serviço, você nem se incomoda com isso. Isso é o hospital, o serviço – eles têm a escala deles, é um grupo, eles são bem unidos, senão eles estão ralados! Eles são unidos e impõem; se eles acham que estão sendo injustiçados, eles dizem: “-*Nós não vamos fazer. Pronto e acabou.*” E aí quem que vai fazer? Já os outros não são. Eles são unidos, pelo menos no Paraná. E acho que no Brasil todo é assim, senão eles se ferravam. Eles impõem a coisa, como é que tem que ser, senão não faz. E os médicos, já não. E isso é uma concorrência muito desleal. Uns falam: “-*Ah, mas aquilo não.*” Quer dizer, é antiético,

mas fazem. Mas na anestesia é: “-*Você manda vir o cliente aqui, e o resto é por conta do hospital.*” Daí, quando dá bronca, o paciente pode embasar. Por exemplo, eu tenho quarto para 2 camas, 1 banheiro e enfermaria, daí ela já vai reclamar, ele tem direito a um quarto com 2 camas, mas na realidade... Por isso que hoje em dia, tem tido auditoria de convênio. Mas eles sempre têm uma desculpa: que estava em reforma, que isso, que aquilo e que não teve outro jeito. E dificilmente eles são culpados. O médico é fácil culpar; para um serviço grande não, mas para o médico é grave. Teve uma colega, não sei o que foi que aconteceu que a paciente fez cesárea, depois teve uma infecção intestinal; não perceberam, e a paciente veio a óbito. Foi um rolo! Veio polícia, a médica foi falar com a polícia. É um problemão. Hoje em dia, qualquer coisa tem a culpa; se tiver, pior, mas mesmo que não tenha. Já tem advogado se especializando nisso. [Trecho inaudível], principalmente o cara que está no hospital; com a urgência, ele já fica meio... Mas conversa com o médico: “-*Vamos processar o serviço?*” Eu falei: “-*Não, está tudo bem!*” / “-*Não, mas vamos tentar!*” [Risos] Vamos tentar? E se der alguma coisa muito errada? Eu? [Inaudível]. Eu faço consultório desde 1964, 1965, isso daí não...

Porque antigamente, tinha convênio, o IPE, e conforme... Tinha que fazer uma complementação, isso não era clínica, não existia. Era: “-*Eu faço, eu vou atender pessoalmente essa coisa*”, mas voltam depois; muitos cobravam um pouco a mais, mas acabou. Então chegava a operar pelo SUS, fazia plantão, e ainda levava processo para casa? Se você não precisa. Eu prefiro reduzir alguma coisa na minha despesa, do que me sujeitar a isso. É um risco! Você opera uma cistocele, uma incontinência urinária e depois dá uma interferência – o que não é raro, porque a paciente não consegue urinar sozinha, tem que [trecho inaudível], esses rolos, não vale a pena, isso é coisa para jovem. É estressante, estressa mesmo! E o dinheiro hoje em dia é... Com tanto que ele seja ciente dos seus direitos, mas muitos ainda extrapolam, questionam coisas que nem dá para questionar, não tem o porquê questionar, mas questionam. Nós tivemos um caso aqui, a mulher tinha uma patologia, ela queria fazer ‘histere’, mas não tinha código de transferência – esses códigos, os [termo inaudível]. Como ela era de Colombo, não tinha, não podia fazer aqui, daí ela foi na Santa Casa, e também não queriam fazer. Foi em Campina Grande, que é naquela região lá... Eu sei que ela acabou fazendo histerectomia, e não tinha indicação cirúrgica – naquele tempo, eu já não estava operando, e eu disse: “-*Acho que não precisa.*”. Mas a mulher tirou o útero, e depois encucaram ela, porque não precisava ter tirado. Daí ela enfiou um processo! Mas ela fez

os exames todos. A gente fez todos os exames que precisava fazer e tudo, mas já tive que ir no Conselho Regional de Medicina, não sei quantas vezes, e eu não tinha nada com o “peixe”! Inclusive eu passei pra frente, achando que não precisava. Mas jogam todo mundo na panela. E o Conselho Regional de Medicina é só para por rolo[?], é pepino. Porque eles não conseguiram quase nada, inclusive, eles ganham salário. Teve eleição agora no [inaudível] – ganharam de novo, o grupo não sai porque eles são invejavelmente pagos. Eles ganham a gente por pouco[?], porque tiram mais do que a gente, e vivem, que nem o Dr. Jonas, de ferrar com os colegas. Ajudar, eles não ajudam. Estava na cara, quer dizer, a mulher foi rejeitada, e além de não ter o código de receita, não tinha indicação. Foi fazer em outro lugar, ele foi e se arrependeu. E aí esse nó. Não tinha o que registrar, mas você tem que ir lá! Passei todo aquele troço, te atrapalha, tira o tempo por nada.

**E essa questão da referência e contra referência com os colegas especialistas?**

Eu tenho uns que eu conheço, que eu sei o serviço deles, tal. Aqui, no serviço universitário, eu acho que eu conheço todo o nosso... Na clínica médica, eu vou até onde eu acho que posso, senão eu vou apelar para o Cardiologista, para o Endocrinologista, para o Ortopedista – o pessoal Geriatria tem muita Ortopedia.

Eu acho que tem que saber até onde você sabe fazer a coisa e até onde você não sabe. Ou para ter uma opinião; às vezes, o paciente está com uma coxartrose e fica: “-Opera ou não opera?” E eu digo: “-Não, vamos falar lá com o Dr. Roberto ou com a Márcia, porque [trecho inaudível], e a gente vê se a gente faz.” Procura chegar a uma conclusão com o paciente, e não obrigar ele: “-Tem que operar, senão vai morrer.” É assim, mais ou menos, ou: “-Vai virar câncer.” Esse papo. Se é Endócrino, se é um hipotireoidismo simples, eu trato, mas se eu tenho dúvida, eu mando para Endócrino.

Mas o que a gente mais usa, é a parte de Cardiovascular. Lógico, tem que fazer *check up*, eu não sou cardiologista, então manda fazer teste cardiorrespiratório; se tiver problema de carótida, essas coisas, a gente... ou ecodoppler; isso é tudo serviço especializado, então a gente manda para frente.

Eu sempre procuro fazer o paciente entender que ele tem que ter um médico que centraliza, porque senão ele se perde – ele vai em 50 médicos, e no fim não sabe mais o que está fazendo ou o que deve fazer. Por isso eu acho que tem que ter um médico que

centraliza, e que vai encaminhando o que você acha ou o que ele acha. Na parte masculina, você tem que mandar para o Urologista, eu sei por que fui interno de Urologia, então eu vou me meter por quê? Faz o PSA e manda para o Urologista, pra fazer o toque. Saber o limite. E centralizar, porque senão o cara se perde! Ele se perde, sabe? Cada um fala uma coisa: “-A senhora faça uns exames, vai ao Fulano – vai no Dr. Magalhães – e depois a senhora volta aqui que daí eu vou discutir.” E aí falo: “-É isso, isso e isso. Pronto. Se a senhora quiser, eu encaminho para outro.” – concorda? Geralmente é quando é coisa séria; coisas de câncer. Daí sempre tem. Eu acho que sempre tem que ter liberdade de consultar pelo menos mais dois, pra tirar uma conclusão, porque ninguém é infalível.

Nós temos um caso de uma parenta também, que fez um tumor, um sarcoma retro na cava do joelho, parece que já tem metástase. Aí eu disse, e a família toda: “-Ah, mas [trecho inaudível].” (ela fez quimio já, e era enfermeira do Hospital de Clínicas.) Ela ficou [inaudível] Eu disse: “-Não, a gente tem que fazer isso.” Tem o cirurgião, tem a oncologista, que foi aluna nossa, que é a parte clínica, de quimioterapia e essa coisa toda, e agora tem um ortopedista. Eu tenho a impressão que a coisa está ligada com a parte óssea, pelo o que me falaram. Fizeram ressonância magnética, e disseram que já teve uma briguinha lá no leito, sabe? Eu não gosto, então eu não me meto. Eu disse: “-Já tem os problemas que tem.” É só para [palavra inaudível]. Estão procurando metástase, e não tem, não é?

Eu falei com outro [inaudível] metatarso de hepático; também já avançado com a mesma Onco, e essa Onco falou para ele que ela acha que eu[?] devia [palavra inaudível], porque ela que fez a quimio. Veja o jogo que vai essa coisa. Eu digo: “-Bom, se eles ficam falando em amputar a perna, deve ser a parte óssea junta.” Tem que ver o que é que eles... É que está envolvido com a [termo inaudível]. A veia pulmonar, tem aderência vascular, por isso que não operaram ainda, mas os que estavam lá já viram, “já está para lá de Bagdá”. [Riso] Agora ela está numa fossa de mulher, já minha mulher é muito forte, gosta de psicoterapia. Mas é o gênio da pessoa, ela vive fazendo esse tipo de coisa. Tem que dar uma força pra ela. Mas ela já sabe! Se eles não conseguirem, vai ter que amputar. Então, são essas coisas. Eu dei um conselho, mas nunca substituo outro médico. Quem não faz isso é picareta! [Risos] Quem mete a mão sozinho, depois que passou, acha mil desculpas. O correto é isso: a gente chamar muito aqui [trecho inaudível] a opinião de outro. Eu acho que isso é dividir responsabilidade. Mas se você faz sozinho, se levar, azar o seu! Se você estava errado, pior. [Riso] Fez o

diagnóstico errado, ou a terapêutica errada, insuficiente ou qualquer coisa assim... Uma opinião a mais é importante. De repente, você estava no caminho errado, ou num não bem certo, o outro diz: “-*Está certo, vamos fazer diferente.*” Isso também para ser auto-suficiente; sabe tudo, e não sabe nada! [Riso]

Acho que hoje em dia, o pessoal não usa muito isso, de se preocupar e dialogar com os outros médicos. É que a medicina urbana já está muito mais... está ligada sempre à alguma universidade, então a coisa já é mais... Precisa de mais consciência disso: quanto menor a cidade, quanto mais interior, acho que mais ainda o cara... Porque ele está sozinho, ele vai falar com quem? [Trecho inaudível]. E ainda tem a cobrança do cliente do interior. Primeiro, eu trabalhava em Rolândia, e tinha um que era Otorrino em Londrina (o cara tinha nome, tudo), e o chefe dele pegou para trabalhar com ele, para ele poder viajar para a Europa, porque ele era roceiro.

Eu já contei das histerectomias. Ele disse: “-*Vamos para Londrina.*” – ele era especialista, e eu, na minha ingenuidade, disse: “-*Não. Mas nós sempre fizemos tudo aqui. E esse...*” Na Casa da Medicina antiga, a casa de madeira, na mesa da cozinha, esse troço tinha mesmo. Há 50 anos, já estava chegando ao fim, mas tinha. Ele também foi. Quando eu fui, já era um hospital todo novo. Mas ele diz que começou operando na mesa da cozinha, com anestesia de éter ainda! Fica um pingando éter, e quando começa a doer, taca mais um pouco – porque é sem risco, a não ser de fogo. Ele operava tudo, tudo, era cirurgião de guerra! [Riso] Exercia tudo, lógico, mas não tinha outro espaço, então fazia as coisas mesmo! Ele era cirurgião da última guerra, sabia se virar. Na guerra, ninguém quer saber se [palavra inaudível]; tem que, na hora, arrebentar o cara ali para não morrer de hemorragia ou outras coisas, imobilizar e [trecho inaudível]. E ele falou: “-*Não, mas o que é... O Dr. Maurício fez tudo aqui, que não sei o que.*” A mulher dele, que não queria enterrar. Eu sabia por que, é que nem chinês, que dizem que perde a casa[?]. [Trecho inaudível]. Eu não fazia[?], mas surgia! [Risos] Eu tinha visto fazer aquilo, no tempo da Santa Casa, porque na Federal, a parte clínica é toda na Santa Casa. Ele pegou a carótida interna, [trecho inaudível], faltou sorte também. Mas eu nunca tinha feito isso, e não tinha fiscalização – eu frequentei sempre o serviço, não dá para fazer nada. “-*A gente vai dar certo?*” – a mulher era enfermeira também, veio aqui para o [trecho inaudível], abriu um outro hospital, o Hospital da Vila Nova, que ainda tem hoje em dia, e o anestesista resolveu fazer uma amigdalectomia numa menina, e ele conseguiu, ele fez com o *slanders* – com a guilhotina, que se fazia bem antigamente, depois não se fazia isso. Chegou muito perto do ramo da amídala, que sai

da carótida externa, começou a sangrar a carótida, perdeu e morreu. E isso me contaram assim, quer dizer, dá para dizer que [trecho inaudível] [Risos]

Naquele tempo, a gente usava o [nome de livro ininteligível]; era da escola francesa, Anatomia, e tinha um outro forte, de Técnica Cirúrgica. Eu tinha esses livros no meu consultório, mas não tinha nada a ver, o [termo inaudível] que dá para fazer, faz com [termo], aquele gancho, que usa muito em Gastro. Daí eu disse: “-*Não. Você pega a amídala, pega o pedículo, puxa, e vai raspando, raspando...*” rodilha e sangra, e o *slander*[?] ainda te corta. Ele deu o exemplo, parece que eu vi! [Riso] Eu me lembro até hoje desse dia. Ele disse que o animal que morde, pode ver, o cachorro sempre puxa, morde e faz assim. A pele estira, se enrodilha, e faz a hemostasia Se o paciente é atropelado por um trem, e a roda te corta a pele, morre de hemorragia, porque fica aberta. É o princípio de puxar, que é elástica. Eu vi! [Trecho inaudível]! [Risos] A gente usa na prática, em ginecologia, o pólipó no cervical, a gente não corta, pega como um [termo] na base, e vai forçando o pescoço dele; torce e torce, sem puxar; só torce, até ele sair. A pele enrodilha toda, e não sangra nada, nada, fica sequinho. É um macetinho. Às vezes, não é prática, mas tem que ter técnica, e o cara não tinha, e perdeu o paciente. Eu vou te contar, viu! [Riso]

Apuro! É que nem Radiologia! Eu tinha noção, mas se você faz uma Radiografia estática, você não vê. Daí eu vi que fazendo a dinâmica, a radioscopia, você via. Eu fazia... “-*Não, mas você se expõe a raios, não sei o que...*” Mas eu usava avental, e fazia a radioscopia, para ver o nicho na úlcera; mandava o cara tomar o contraste, e ficava olhando, você vê direitinho onde faz o nicho. Agora, onde tinha radiografia era mais difícil, porque fica estático. E a gente usava todos esses negócios para se virar, por falta de conhecimento. Mas eu quis fazer uma geral pra ver como é que é o negócio, mas não é muito não! [Risos] A gente acha que indo para uma cidadezinha, sai contente, fica lá numa boa, vive numa boa, no interior. Não tem hora! Não tem hora: era de manhã e a qualquer hora! E se você ia a médico, mesmo que seja aposentado, eles te acham! Você vai dizer não? Não tem vida, e naquele tempo, eles vinham... em Umuarama, ainda não tinha nada. Mas não era aqui. Nós íamos de jipe, depois atolava, chovia, e era só barro! Às 4:30 da manhã trazia os doentes...E tinha que acordar! [Riso] Não era tão simples, só que o pessoal ganhava muito bem, na época – era tudo pago. E o pessoal virou fazendeiro, o pai do Ricardo, hoje em dia está aposentado, mas cria gado. Ele tinha hospital, e ele terceirizou. Mas os dois filhos, que são médicos, se mandaram;

estudaram aqui – um ficou clínico e [trecho inaudível] e ganhou[?] muito bem. Eles não ficaram lá.

Londrina, hoje em dia, é muito mais do que Curitiba era na época, e Maringá também, são centros grandes; a própria Umuarama, Cascavel, Pato Branco. Tudo é cidade grande. Quando eu me formei, aqui em Pato Branco não tinha nada, era sertão ainda (estavam começando a abrir a cidade). Hoje já está tudo ocupado.

O próprio paciente sempre teve essas idéias, de ir num outro médico, só que antigamente, ele não ia, o médico ficava sentido. Agora, se o médico é aberto, ele mesmo sugere. Mas muito médico também é “margarida”, fica ofendido. É melhor você sugerir antes, porque o paciente fica indigno, muitas vezes. Aí eles trocam de médico, sem te avisar – se você é fechadão – e depois você vai saber que foi no fulano ou no cicrano. Ele vai por conta. Cliente fica desconfiado, e tem que ser, eu acho.

Agora, se o médico tem isso – é um costume –, fica uma coisa aberta; senão fica escondido, chama um outro, e fica escondendo do outro. E eles vêm, às vezes, com uns exames e dizem: “-*Não foi o senhor que pediu. Mas será que dá para ver?*” / “-*É lógico! Dá aqui.*” Inclusive eu falo: “-*Tem que me mostrar.*” Mas eles ficam com vergonha. Foram para o outro médico, fizeram o exame, resolveram trocar, e daí não sabe, porque ele também foi no outro. Alguns não vinham, eu dizia: “-*Mas cadê os exames?*” / “-*Eu não trouxe. Eu achei que o senhor ia ficar ‘não sei o que’.*” Mas na outra vez, ele traz, tem que ser. Como é que você vai fazer? Vai pedir tudo de novo?

Eu também acho que se deve conversar com o paciente, explicar e não enganar, porque tem gente que fala: “-*Ah, vai que dá um câncer...*” Normalmente não tinha, mas também ele não dá muita bola. Daí ele dizia: “-*Olha, está com um [termo inaudível]*” Mas é por causa do excesso de serviço, não sai na radiografia. Eu digo: “-*Olha, está tudo borrado aqui.*” E explico: “-*Isso aqui tem que ver, porque possivelmente, tem que operar.*” Agora, quem quer operar? Isso é uma cirurgia. Não é uma cirurgiazinha, é uma cirurgia grande. A gente sugere, mas ele não... E com chavão, não tem muita dúvida, porque a queixa é tal e o cara não anda mais, não fica... É [termo inaudível]. Mas de coluna, eu acho que tem ainda bastante. Puxa vida! “-*Vamos operar.*” E depois que o cara opera, fica pior ainda (porque bloqueia a vértebra depois). Mas eu acho que na coisa do [nome de procedimento ininteligível], já é pacífico o fazer ou o não fazer, já é um procedimento estabilizado. Mas de coluna, ainda tem; às vezes, dúvida: será que faz assim ou não faz? E isso depende do Ortopedista, tem um que é conservador, e outro é atirado, agressivo. De joelho também, fazer toque de joelho também é

remanescente[?]: “-Será que vai dá certo, ou não vai dar?” Mas nem sempre dá certo. A indicação pode existir, mas não existe o conhecimento técnico – a pessoa que faz, não sabe fazer, faz uma “caca” e depois... Se o outro tivesse feito, teria dado certo. Quer dizer, é complicado esse negócio.

Quando é num caso da Ginecologia, comigo, no câncer, não tem conversa. Hoje em dia é Oncologista, vai lá, é obrigatório. Eu sempre digo para eles: “-Em cirurgia, tem que fazer.” Ou mioma, por exemplo, até 200 cúbicos[?] de volume, a gente leva em banho-maria, e depende da localização (se é submucoso, se é intramural), para não dá problema. Mas, vamos supor, se tem um de 200, e não está incomodada, já está entrando em menopausa, para que tirar? Deixa lá, 200 não é tão grande, então a gente procura dizer para a paciente que ela não faça. Mas tem paciente que tem um mioma até menor, mas que sangra todo mês – tem que tomar hormônio e é uma complicação –, a própria paciente virava depois: “-Doutor, não é legal tirar?” Já ia de encontro. “-Então tira.” – porque já está com a prole definida, mas [trecho inaudível], então ele já foi e precisou operar. Pelo convênio, por exemplo, essa histerectomia paga R\$ 120, ou uma cistocele, e depois ele [trecho inaudível]. E ele talvez já tenha [palavra inaudível], então ele pegou a “brecha” de fazer a laqueadura. A laqueadura paga R\$ 60, e não incomoda ninguém, então ele faz umas 10 por semana. E é difícil dar problema no pós-operatório, porque é uma intervenção pequena. “-Eu vou fazer histerectomia para quê? Ao invés de 1 histerectomia, eu faço duas laqueaduras e me incomodo muito menos.” É porque é mal pago, mas antigamente, era bem pago, então fazia histerectomia “- Está um pouquinho aumentado, vamos tirar.” [Risos] E tira, isso eu sempre falei.

Antigamente, para reduzir a agressão cirúrgica, se fazia muito histerectomia subtotal – na década de 30, 40, deixava o colo, porque tecnicamente, era bem mais simples: você capa, acabou. Não tem esse problema de hemorragia, porque se tira tudo, sempre tem aquela coisa do risco, ou do [termo inaudível] – de pegar algo errado (porque pega mesmo), então fazia subtotal. E o Dr. Richard ainda era do tempo que fazia subtotal. Hoje, só faz se tiver problema sério. Eu sempre falo: “-Se você tiver problema, e estiver num lugar onde não dá pra chamar um médico...” Dentro de uma cirurgia complicada, às vezes, eu brincava: “-Chama um médico!” [Risos] “-Se não tem quem chamar, faça subtotal, senão você corre o risco de perder a paciente.” Pega uma tirinha de mau jeito... Era da rotina.

Agora, foi diminuindo, que nem o pfanestil. Antes, era mediana. Quando eu fiz meu internato de Obstetrícia no Pérola Bayton, em São Paulo, eu não sabia nada disso, e

saí de lá como chefe de plantão. Naquele tempo, ainda estava entrando a pfanestil. A mediana ainda era feita, mas eles passaram para o pfanestil, porque é muito mais sucesso. Na Europa, você já saberia resolver isso; teria processado por deformidade técnica. E faziam subtotal, era comum, era costume. Tinha gente querendo meter pau nele. É com cirurgião geral – [trecho inaudível], essa coisa toda. A gente sempre tinha que perguntar se ia fazer subtotal ou não, e fazia exame; se estava lá o colo. Era preventivo, era uma coisa que... Hoje em dia, às vezes: “-Ah, ainda tem colo?” Eu digo: “-É subtotal, não é?” / “-Mas por que, professor?” / “Deve ter tido algum problema – uma aderência, alguma coisa assim” –, mas não é porque seja erro médico. É uma conduta, só que ela exige uma continuação, com o preventivo.

Eu tenho casos que indico a cirurgia, mas a paciente opta por não fazer, sempre tem. Eu digo: “-Olha, eu tenho paciente com 500 volumes de [termo] e não quer operar. Você está no limite.” Mas a gente avisa que pode ter necrose por falta de oxigenação, pode ter uma sarcomatização desse mioma – essas coisas. A gente avisa: “-Além do incômodo que a senhora tem, pois aquilo é um corpo estranho que está lá, mas a senhora que resolve.” Ninguém obriga. A gente só obriga, praticamente, com assinatura e tudo, quando é com risco de vida; corre risco de vida, culpa tua! Mas a maioria não impede, elas concordam – se você explica direitinho. Tem que explicar o porquê, aí é difícil a paciente dizer que não. Aqueles que têm menos 200 (180 a 250 mm cúbicos), a gente vai levando. Mas a gente tem que se por no lugar da paciente também. Você não vai operar se não precisar, não é? Se bem que tem uns loucos aí que fazem esse negócio! Vira *hobby*, a cirurgia. Tem paciente que tem 5, 6 cirurgias. Fizeram tudo no paciente!

Mas a gente sempre explica, porque toda cirurgia tem um risco. Pode fazer avaliação cardíofuncional, tudo, mas mesmo assim, pode ter uma decorrência anestésica, alguma coisa assim; e o pós-operatório também, às vezes, encrenca. Então a gente sempre chama atenção – que é uma indicação absoluta, que é relativa, ou que não tem.

Tem muito [trecho inaudível]. Elas querem fazer perineoplastia. Eu também acho que é um direito da mulher; é uma plástica (dá uma ajustada na coisa). Hoje, não está mais, porque o SUS controla tudo. Só se alguém fizer tudo... Levar [trecho inaudível], senão... E o pessoal da cirurgia não quer fazer, até porque isso só enche o saco[?], dá pouco e... No lado contrário: a mulher está com uma séria ruptura de períneo, faz um *sling* e deixa, e morre no parto. Não dá apoio, vai pifar essa cirurgia.

Sempre tem um jeito novo de fazer a coisa. [Risos] De fazer a coisa de novo, mas fazer errado, incompleto.

**Você vê diferença, comparando com o passado, entre os motivos que levam os pacientes a lhe procurarem hoje em dia?**

Hoje é muito comum procurarem para rotina de exames, sem doença. É freqüentíssimo, por causa desses convênios. “– *Eu pago, então eu quero aproveitar.*” Uma das coisas, [trecho inaudível]; eu chego, em época de exames: “–*Eu quero fazer tudo que eu tenho direito!*” / “–*Mas por que a senhora quer fazer?*” / “–*Porque eu quero fazer!*” E pronto. Daí ele vem com 50 mil exames, e também não sabe nem porque pediu o exame – ouviu dizer, ouviu da amiga, da irmã, da prima, de não sei quem que fez, e queria fazer. Tem que explicar que não tem razão para fazer, e eles complicaram tanto o pedido do exame, tem tanto papel para preencher, com código e o escambau –, que o cara, às vezes, pede um [palavra inaudível] para você, para não ter a mão-de-obra de preencher papel. Tem código, tem que justificar, então quanto menos, melhor. Mas porque o paciente quis, e principalmente a mulher. O homem não, o homem é mais renitente, é difícil, nenhum cara vai... A gente sabe, eu não vou ao médico, sempre deixo para lá! Eu vou só por que... Quase me obrigam a ir [Riso] E se precisar. Mas a mulherada é ao contrário! Mulher com criança... Se deu uma tossidinha... “–*Ah, foi no médico.*” / “–*Mas por quê?*” / “–*Ah, foi levar a menina no médico.*” Esses convênios têm essa coisa: “–*Você já pagou, não é? Então vamos aproveitar.*” Se você for para desembolsar na hora, [inaudível]. É o problema do cartão de crédito! [Risos] Psicologicamente, pagar ISS é uma coisa, pagar um cheque ainda... Agora, pegar o cartão... Pronto! Depois que você vê o pepino, a bomba vem depois. [Risos] Eu, no meu cartão, nem libero para crédito para não... Nunca comprei a crédito. Se for muito caro, e você pode, paga, e então compra; mas se não pode, então não compra. Mas o médico, a mulherada vai mesmo. Hoje, não é mais tanto, porque a mulher trabalha, pensa nos familiares, mas antigamente, no tempo do IPE, das professoras, elas davam aula, e no mais, não tinham o que fazer. A minha mulher tem dois [trecho inaudível], do tempo de menina. Minha mulher tem 71 anos, no tempo de 15, 16 anos ela [trecho inaudível] – muitas se encontram, fazem café, essas coisas, e ficam jogando conversa fora. Mas o homem também faz; vai num bar, toma pinga. Eu nunca gostei disso, mas é o costume. Começou a sair fora, hoje em dia, mas no IPE, elas

faziam uma chacinha ali fora. Era nítido, porque eram [trecho inaudível]; a cadeira, era tudo bonitinho. A enfermeira chamava a próxima, muitas vezes, elas nem escutavam. Elas não olhavam, e atendia a próxima. “-Ah, mas não me chamaram!” Eu digo: “-Não. A enfermeira chamou sim, a senhora não...” Como que ela vai saber quem é? Ela não sabe, claro! Então eu vou no médico, é o global, é o social, é chique. Daí eles vão numa AlfaSonic, que é tudo cheio de “trique-trique”; vai morrer mesmo, o que adianta a importância social?

Quando a minha mulher foi fazer a mamografia, a primeira vez, ela precisou deitar na cama, por avental; é isso e aquilo. Elas adoram esse negócio – e os prestadores de serviço já sabem disso, então esses [trecho inaudível]. Aí vem o exame num cartão todo impresso, com tintura, todo “chicão”. É isso aí! E o sexo feminino é muito suscetível a essas coisas. Mas é mesmo! E daí o médico ainda fala: “-Ah, seria bom a senhora fazer um *lifting* aqui, fazer uma *lipo* ou...” E fazem mesmo! [Risos]. Mas isso é, eu acho, muito mais feminino. Homem, hoje, fazer cirurgia plástica? Homem é enrustido com *lipo*. Vão, mas ninguém fala. Mas na estatística, a cirurgia plástica em homens, está aumentando cada vez mais. O cara fica bem quietinho, a única coisa que divulga é o cabelo. Tinha um cara lá da Federal que [trecho inaudível] – ele ia fazer uma entrevista. O cara pintou o cabelo de amarelo e foi uma gozação do cara! Quer dizer, todo mundo [trecho inaudível] pintou cor de cenoura. [Risos] Pinta na cor que era!

Elas procuram mesmo para consumir, para contar (é importante para ter o que contar, quando vai a uma festa). É um direito. Mulher, o que mais fala... O papo nunca termina, um encontro feminino, sem falar de médico; elas contam o que estão sentindo, onde elas foram e o que vão fazer. Isso faz parte, é importante. E elas procuram por queixas não orgânicas. De novo, é mais feminino. Hoje diminui bastante, antes era mais. A parte sexual diminuiu um pouquinho, tem mais informação, hoje em dia, então tem menos problema. Saiu um artigo agora, “Por que as mulheres traem mais?” Então elas passaram para outras questões, mas a parte sexual ainda domina bastante. Chega numa certa idade... Ora, a natureza já fez; entrou em menopausa, é porque acabou, não tem mais capacidade de procriar. Mas essa nossa sociedade é egoística no prazer, então elas acham que tem que continuar tendo os seus orgasmos, e não sei o que, lá para além da menopausa, e daí não tem mais hormônio. Antigamente, a gente fazia hormônio, agora não pode mais, porque tem risco de câncer de mama. Então fica aquele para lá e pra cá de uma coisa que normalmente não devia mais ter tanta importância, mas a sociedade impõe, através de propaganda, de artigos, televisão – da mídia. A gente acha

que é obrigado a ter... Não tem até as [trecho inaudível]. O modismo disso aqui é muito grande.

Hoje em dia é *fitness*, malhar – fazer malhação. [Riso] Minha mulher, uma vez foi num médico que faz ortomolecular, e os exames que eles pedem, ninguém sabe o que é. É pra ver anticorpos, e não sei o que. É um dos poucos aqui – a ortomolecular. Lógico que é importante, mas eles fazem um exagero; imagina na época desse [trecho inaudível] [Riso]

Uma vez, eu estava lendo um livro de um rabino junto com um cristão; quando tudo não é puro. É um livro que leva um pouco de religião, de filosofia – porque nos Estados Unidos, para ir em duas portas adiante, para ir ao correio, ele vai de carro. Depois ele anda não sei quantos quilômetros, de casa para fazer ginástica, para fazer aeróbica; aquele pedacinho não vale, ele vai de carro. Mas depois vai fazer ginástica – eu não sei aonde. Ao invés de aproveitar, de andar por aí quando tem que andar, não anda, vai de carro. Depois vai para a academia, e ela é paga. E lá na academia, tem que ficar na fila, se quer fazer hidro; natação, tem que esperar a raia, porque a raia está ocupada, não dá pra nadar e tem que esperar daqui a 10 minutos. Tem tudo isso, [Risos] mas ele não anda a pé nunca!

Além dessa parte sexual, tem bastante queixa de dor. Quando é jovem, nem tanto, mas nas mais idosas, aí mistura com a parte ortopédica, ortofuncional, artrose. Agora, a moda é fibromialgia – tudo o que tem... E a parte ginecológica, cirurgia; quanto mais opera, está pedindo aderência. E depois não tem jeito, opera, tira, arruma uma e faz mais três. É duro, mas isso tem bastante.

E o que tem de psicólogo aí! A parte sexual, hoje facilitou, porque você manda para o ambulatório de psicologia, e acabou (se você não quer se dar ao trabalho de fazer uma reeducação sexual tardia). Mas tem muito ainda. A paciente anoréxica, que malha, geralmente é falta de... Além das diferenças sexuais; tem mulher que é mais sexual – e tem homem também –, e outras menos. Você não vai querer que, agora, ‘peixe frio’, de repente, vire ‘sangue quente’, não é?

Mas tem muito mais é problema de conduta. Então, quando é jovem, você manda não sei para onde, mas os idosos sempre têm que ver se o cara andou aprontando. Chega aos 50 anos, o cara pula a cerca, e a mulher descobre, pronto! Se é um negócio baseado em confiança mútua, acaba o relacionamento, e daí não quer mais, ou não tem mais vontade, pronto. Daí vai falar o quê? Mas a parte psicológica, hoje em dia, é bastante, e acho que sempre foi. No tempo do Freud era pior. Sempre falam que

no tempo do Freud, do Jung e do [Nome inaudível] isso daí eu entendo assim... Eu me lembro, num hospital na Alemanha, um austríaco que tratava muito epilepsia. Dava um ataque epilético, e *poom!* Aí você chamava aqui para saber como é que faz. [Riso] “- *Pega uma pena, qualquer coisa, e põe na córnea; se piscar, é histérica. Dá uns tapas que ela já acorda!*” Ele falava bem assim! [Risos] Mas se não mexer, é porque é ataque epilético mesmo. Você vê, é a concepção antiga! Hoje, ninguém fala de histeria, tem pouco hoje em dia; não tem entre as mulheres. Um pouco, todo mundo tem. [Riso] Mas esses ataques de histeria, que se jogam, esse tipo de coisa pelo menos, a gente não observa mais. Mas também não[?] tem uma tendência; não[?] se discute muito. É melhor sair “de fininho”. [Riso] Vai fazer o quê?

Essa parte de medicina... Eu acho que é um grande problema, principalmente... Não digo psicólogo, esse ainda vai, mas quem precisa de psiquiatra, onde que o psiquiatra vai ter tempo para atender? Uma consulta psiquiátrica é, no mínimo, no mínimo, 1 hora, e várias vezes; e sem convênio, você paga. E é difícil, toma lexotan, toma valium... [Riso] Tem que resolver por ali, tudo agora é antidepressivo: fluoxetina, sertralina e o escambal! Todo mundo está com depressão. Eu falei no começo, tem muito modismo. O que está na moda é ter depressão. Antigamente, depressão, a gente tinha que dar um jeito de... Hoje em dia tem que tratar. Tem muita depressão, mas tem muita depressão sem vergonha, que dá pra metabolizar muito bem sem tomar remédio. E o remédio dá uma série de outros problemas; tem todo o benefício, mas ele vai querer dirigir, não é? Inclusive, eu não vou por no papel, se não tiver uma razão na bula, de que é melhor não operar máquinas de... Não fazer o que o Lula fez, que ele perdeu um dedo. [Risos] Fizeram até propaganda. Deram de monte – Paroxetina, fluoxene, esses produtos, – quantos você quiser. Antes, só tinha os princípios, amitriptilina – esses daí; o tofranil...

Tem uma prima da minha mulher, ela é mais velha que ela, e agora fez ponte safena, depois marcapasso, mas desde quando eu me lembro, ela era descontente. Madame, madame! O marido dela é engenheiro, mas ela toma antidepressivo desde aquela época. Eu não me lembro o porquê, mas ela falava para a gente e a gente ia lá ver. A gente era um casal que estava perto e falava, e minha mulher com essa mania, a gente ia conversar, essas coisa. E está lá há 50 anos tomando antidepressivo. Ela marcou a cirurgia e o médico falou: “-*Não, pode tirar, você tem que ficar sem tomar.*” – já entra em órbita, está viciada nisso e não tem razão nenhuma! Tem bem-estar financeiro, o marido é um cara bacana, [trecho inaudível]. Ele gostava de futebol, ia para o futebol

e isso ela não perdoava. A mulher vai num lanche, num monte de coisa, mas ele não podia ir no jogo sábado – e ele era doido! Era “coxa”, fanático! Ela disse: “-Ele vai tomar todas nesse dia. Ele é alcoólatra.” Como que é alcoólatra? É social o negócio. [trecho inaudível]. [Risos] Um dia, descobriram o bar, e todos os Camparis e esses outros que ele não tomava, tinha tomado! Acabou tudo! Tomou tudo! Não deixou tomar uísque, ele tomou outros negócios. [Risos] E agora está aí! [Trecho inaudível] com problema, inclusive por falta de... [Trecho inaudível]. Foi grave a coisa, três pontes safenas, [trecho inaudível]. Então vai viciar. Hoje, qualquer coisa... E ela vem pedir! “-Doutor, a minha amiga está tomando e eu também queria tomar.”

Agora é antidepressivo na dismenorréia, na tensão pré-menstrual, é antidepressivo no climatério. E de repente, todo mundo acha... porque embasam, dão embasamento. “-Faz!” Até que vira de novo, a moda. É tudo assim.

Carro também, agora é tudo [inaudível]. Daqui a pouco, muda de novo. Não tinha mais nenhum arrumadinho[?]. Pode ver o [nome de carro inaudível], os modelos são todos cumpridinhos, fininhos. Agora virou santo! E daí vem tudo cromado de novo. Em 1950 e pouco, se não me engano, era só cromo! Pára-choque... tudo era cromado. Era tudo brilhando. E aquilo ficava velho, enferrujava. [Riso] Hoje, não tem mais nada, o pára-choque é pintado – o que é um contra-senso. Pára-choque é pra dar uma encostadinha, pelo menos, agora que é tudo pintado, riscou o pára-choque. O pintor vai ganhar dinheiro (tem que pintar tudo, lógico). “-Mas não pode por um fio de borracha?” [Risos] São esses modismos.

**Quando você precisa fazer algum tipo de atualização, ler sobre algum assunto que está em dúvida, ou para se aperfeiçoar, como é que você faz?**

Hoje em dia (é que eu já estou meio passando da idade), eu caço via internet, com orientação do Júlio, que adora esse negócio.[Trecho inaudível] aí eu pego. E essas revistas de resumo de congresso, que a gente usa bastante. Congresso, eu não tenho mais ido; antigamente ia, mas agora, eu não vou mais. Eu sempre peço para ter os resumos impressos no ambulatório, fácil. Como a gente sempre está junto, ali embaixo, sempre é uma atualização, o bate-papo sobre isso e aquilo; como faz, e como é que não faz. E o Júlio que ficou mais na parte das aulas teóricas, porque foi tudo dividido, antes a gente dava todas as aulas, e agora ficou dividido, e eu não estou mais dando aula teórica, hoje eu só fico no ambulatório, porque eu estou aposentado pela faculdade, mas

continuo como Titular, que faz um pouco de tudo. Porque o pessoal, quando quer o cargo de Assistente, fica puxando o saco até não dá mais, mas depois que tem, eles acham que são “os reis da bola”. Então eles podem dar as aulas! [Risos] E leitura, gosto de livro também, compro livros. Se tem uma coisa nova, eu compro; ou esses livros-manuais complexos, se eu gosto, compro os livros e uso. Eu gosto de ler. No computador, não sou muito integrado, não é da minha geração (eu não sei). Eu prefiro livro-texto.

Eu não escolho tanto pela revista, é mais pelo assunto, porque não muda muito. Ginecologia, hoje em dia... É mais essa parte de Onco, e a parte de Endócrino – essa parte de exame preventivo (eu estava lendo um trabalho aqui, agora); primeiro [trecho inaudível], que mulher que fez preventivo a vida toda, até a menopausa, e nunca teve nada, não precisa mais fazer. A gente discutiu o assunto, e achamos melhor fazer a cada 3 anos, mulher em menopausa, que sempre fez preventivo cervical. A mamografia fica igual, não mudou nada. Ainda nem fala em rotina e já faz tempo que a gente está fazendo, mas também foi um trabalho da Inglaterra, porque foi lá que eles começaram esse negócio de fazer mamografia anual, depois dos 40 anos. E a ecografia pélvica, para ver os genitais internos. Li um trabalho da parte de colposcopia, em hospital do Rio e São Paulo, que quando a mulher continua tendo vários parceiros, tem que fazer a ecografia pélvica, mas senão, não precisa fazer. Então, não muda, muda pouca coisa, por exemplo, [termo inaudível] no nosso tempo, era em observação, e uma época, ficava agressivo. Colposcopia, é lógico que faz (e biópsia, se precisar). Alguns já faziam [termo inaudível]. Aí voltou a [termo inaudível] de novo, e fica em observação, em controle. Nessa parte, não muda muito o tipo de cirurgia, a técnica é a mesma. Não tem tanta coisa assim. Lógico, para quem é novo, está cheio de coisa, mas a gente já sedimentou essa coisa toda. A vantagem de ficar aqui, é que nem que não queira, a gente se atualiza, porque tem os colegas; o pessoal de nome sempre traz o assunto na mesa, e fica discutindo se vale a pena, se não vale.

Hoje em dia, essa coisa de artigo é uma enormidade, e uma grande parte é balela, a gente tem que separar. Endócrino que sai no prejuízo. E o Júlio, uma época, a gente estudou isso até ficar cimentado, porque demora! Endócrino, você estudava 20 vezes, mas chegava na hora, esquecia o que era a interação entre as várias tireóides. Ultimamente, não mudou muita coisa, só uma coisa ou outra. Ela é basicamente a mesma. Nós, por exemplo, usamos nos fogachos, nas queixas de climatério, a gente usa muito a cinarizina, que é aquele negócio de marcador central com cunho anti-

histamínico. Isso o Júlio catou na internet alguma coisa, e a gente está usando no lugar de hormônio, e funciona muito bem. Ele vive no computador! O Júlio não sai de casa! Antes não saía porque era a mania de reforma. E agora não sai porque está com aquela deficiência de deambulação. Mas ele nunca foi de sair, todo o fim de semana, se não está vendo alguma coisa assim, ele está baixando música. O cara tem uma coleção de CD!

E nos artigos, muitas vezes, tem o papel dos laboratórios, mas a gente tem que descontar, porque tem o interesse deles. Agora mesmo eles soltaram, a Calipso, um livrinho de atualização de gineco. “-Ô, bacana isso aqui!” É uma atualização sem interesse. Lógico que tem. É com a grana deles, com o patrocínio deles, mas isso tem que dar desconto. Resumo de congresso, por exemplo, eles pagam. Eles querem a propaganda, mas o resumo é objetivo, não é? O que eles tiram dali é o resumo de congresso. E a gente sempre tem. E Congresso, o que tem de novo? São 3, 4 coisas: é tum, tum, tum, tum. O resto é *déjà vu*, é coisa antiga. Não tem mudado muito a Ginecologia, nem nos medicamentos, nem no serviço preventivo. Mudou [Trecho inaudível] diagnóstico precoce, essa coisa do anual (e daí eles fazem a mastectomia reduzida). Mas o problema ainda é o mesmo: fazer diagnóstico precoce. [trecho inaudível]. Eu acho que a mamografia anual é uma coisa... E o aluno sempre pergunta: “-Tem que fazer mamografia?” Eu digo: “-Não tem que perguntar: ‘tem que fazer mamografia.’ Faz! Se o paciente tiver 40 anos, faz.” Na Europa já estipularam para 38, mas aí depende também um pouco... Cada caso é um caso, senão...

**E aqui no serviço, vocês discutem as rotinas que vão implantar, seguem protocolos?**

Foi discutido, na época. Eu me lembro, quando saiu o trabalho. “-Olha, saiu um trabalho no *Lancet*.” Primeiro, na Inglaterra, tinha os prós, que achavam que tinha que fazer, e os contra, por causa da exposição ao radioativo. Mas eles implantaram. Foi na Inglaterra que implantaram o anual. Eles começaram com 42; agora é 40, mas tem gente que quer puxar para 38. Acho que 40 é uma boa idade, mas não exige do exame físico, que muita gente não faz mais (só pede a mamografia). Mas deve fazer exame físico.

Você tem que bater na tecla da mulher, porque se você diminui o preventivo, o papanicolau, elas acham que não precisa fazer o outro também. Esse foi um dos erros da gente passar para cada 3 anos, porque a obrigava vir. Senão: “-Ah, eu não vou porque o

*médico disse que não precisa mais fazer.*” Sempre faz anual, uma ecografia transvaginal. A pélvica é mais por comodismo da paciente, porque tem que vir com a bexiga cheia, e algumas se queixam disso, e no transvaginal, não precisa, hoje em dia, a gente sempre pede. Se não faz o papa, pede a ecografia pélvica transvaginal, e a mamografia; e aconselha sempre a [termo inaudível] clínica – fisiograma. Não é obrigação nossa, mas quando a paciente vem e pergunta, se ela não está numa clínica geral, a gente pede também.

Nós não temos protocolos escritos, é mais de conduta, um único, de tudo, não temos. Exceto o papanicolau. Mamografia, tem gente que não faz, mas o federal, estadual e municipal preconizam, mas engata na falta de executor de serviços, porque eles pagam mal, e tem fila no serviço; muita gente vem, mas não faz, leva 1 mês, 2 meses pra fazer. Essa é uma crítica que a gente sempre faz, entre nós. Mas também a gente fala para eles, eles dizem que é pra fazer, fazem programa – esses de fim de semana (“Faça o seu preventivo”), esse tipo de coisa. Depois disso, você vai lá pedir: “- *Ah, sai daqui a 2, 3 meses.*” Isso é um fator negativo, desestimula, se você faz um programa de prevenção e depois não o executa por falta de... Mas é mal pago! É o problema, por exemplo, da videolaparoscopia. O que nós temos aqui de caso que teria que fazer! Só que nós nem temos o aparelho aqui para fazer. O Dr. Ronaldo tirou, porque o que eles pagam, não paga nem a manutenção do aparelho. Não paga! E se você diz que tem o aparelho, e não faz porque não dá, eles vão à reitoria e enchem o saco. [Riso] Então, nós tiramos o aparelho. Não tem mais aparelho, pronto! Dessa forma, videolaparoscopia e enteroscopia, que tinha muita indicação para fazer, e outras [trecho inaudível] no parto, porque é muito mal pago. E isso é um bom procedimento.

A videolaparoscopia foi criada na Alemanha, já faz muito tempo, mas não para complicar, para simplificar, para baratear, porque uma videolaparoscopia é muito mais barata no paciente, do que você fazer uma cirurgia e abrir. Mas isso aqui é ao contrário... Encerrar essa [inaudível] eles não fazem. Virou um exame que dizem que é de alto custo. O Dr. Ronaldo, para fazer monitoramento de ovulação, o correto é a ecografia serial – 10º, 12º, 13º, mas a Unimed não paga. Ele praticamente não faz mais pelo convênio, porque eles não pagam. Ele diz (ele é meio gozador): “-*Quem quer fazer tratamento de esterilidade, arruma dinheiro; senão, não sai nada.*” É um [palavra inaudível], cheio de embrião. Você acha que eles pagam? Como ele faz? Ele pega paciente que quer fazer e se ela for parda, o pessoal deixa; se ela for parda, pode entrar e tem que ser loira, de preferência de olho azul. Daí ele faz dessa paciente de graça, com a

condição que ela doe os outros óvulos, e os outros óvulos ele... Entendeu? Mas não pode ser... Tem que ser caucasiano. Ninguém quer assunto! É um racismo enrustido! Nem enrustido não é! É a realidade. [Trecho inaudível] fica tudo pago. Você explica para eles... “-Pra fazer uma coisa dessas, é R\$ 8 mil por tentativa e a média são 3 tentativas.” Você tem que ter no mínimo uns R\$ 25 mil. E ainda corre o risco de não dar certo, de não conseguir. Mas uma boa parte consegue. Mas se não tiver, desista porque não vai conseguir. Então elas vêm aqui. A gente tem pena das pacientes. Antes podia mandar para o Hospital de Clínicas, mas agora não pode mais, porque não sei o que, é antiético. Então não manda mais, porque não tem jeito. No Hospital de Clínicas, eles fazem pelo SUS, mas fazem um número muito limitado. Por esses aparelhos, pode ser que eles não fazem; tem que arrumar 20 mil desculpas, porque senão o paciente não vai lá; ele vai reclamar. Nós já tivemos um caso aqui, e ele veio pra mim e eu disse: “-Não. Eu não tenho o aparelho, como é que eu vou fazer?”

Que nem a que veio, com 40 anos, laqueada, arrumou outro cara, e queria fazer recanalização, com 40, 40 e poucos anos. Eu não gosto de fazer, porque não adianta, e ainda corre o risco de fazer um Down, ou alguma coisa assim. Então o cliente procura também problema. E porque recebeu um “não”, reclamam, não é?

E hoje em dia, com a internet, os pacientes estão tendo mais acesso à informação sobre doença, mas ele entra frequentemente pelo canal errado. A mídia apresenta o programa, tanto faz se é televisão, Isto É, Veja ou internet; eles põem aquilo com uma certeza, que a paciente vai ao médico e fica questionando. Por exemplo, o que mais questionam, é reposição hormonal. Hoje em dia, está fazendo bem pouco. “-Mas Doutor, eu vi na televisão.” Aí se descobriu a cinarizina, que não é hormônio, que... [Riso] Porque você pode fazer esses outros, tipo análogo, mas aquilo é caro! Então você vai de cinarizina, que funciona normalmente. Conforme for, ainda dá um antidepressivo, porque agora é moda; falando outra vez “os modismos” da medicina. Agora é tudo fluoexetina, sertralina, paroxetina e vai embora. Fora os antigos, o povo toma adoidado! Isso e o diazepínico – é impulsivo. Tem receituário que os caras usam só pra isso. Eu não vou discutir com ela. Se ela está tomando há tempos, eu não vejo porque não dar (eu é que não vou tirar). Eu aviso: isso dá hábito, e na velhice, está provado que o diazepínico afeta negativamente a memória, mas elas não estão nem aí! Não adianta discutir.

Elas vêm, por exemplo, com a cinarizina. Tem umas que são mais ligadas e pegam qualquer coisinha: “-É, Doutor, mas isso aí não dá Parkinson?” Porque dá

mesmo, e não pode brincar. [Risos] Mas não nessa dose. Essa 75 mg, 3 por dia, a longo prazo, pode desencadear dependência. Ela vem discutir isso, e eu disse: “-*Não, 25 à noite...*” E, por experiência, na [palavra inaudível] elas param com isso. Essas doses altas, contínuas são mais da Otorrino – 75 mg. Então elas questionam, mas não assim... Depende muito também da classe social, as frescas não vêm com a gente mesmo, vão com os que estão de ‘medalhão’. E o nosso, tem mais informação por televisão. O que passa no *Fantástico* é sacramentado. [Risos] O *Fantástico*, eu acho que não está tão errado. Não pode exagerar, mas pelo menos chama atenção. É que nem com a criminalidade; se eles não chamam atenção desses crimes de colarinho branco nas revistas, ninguém está nem aí! Sempre existiu, agora continua existindo, mas acho que está um pouco mais difícil fazer roubar. [Risos] Antes era política. O Sarney está com 78; vai ser eleito como presidente do Senado, vai conseguir de novo. Tira o cavalinho da chuva!

As que lêem mais; perguntam mais as coisas, você tem que falar, explicar as coisas. Mas tem muitas que já vem assim, ‘no pau’, e já vão dizendo: “-*Eu não quero hormônio.*” / “-*Mas por quê?*” / “-*Ah, porque eu li.*” / “-*Todo mundo já deu a sua opinião, então não toma.*” - independente da opinião dela. Mas se pergunta a opinião da gente, eu digo que eu sou a favor. Mas tem gente que é contra; oncologista geralmente é contra, é totalmente contrário. Mas eu acho que se você faz bem administrado, melhora a qualidade de vida da mulher nessa fase mesmo, porque é uma idade do cão, que aparece tudo quanto é problema. Melhora a qualidade, mas lógico que encontra um risco; paciente com história de Ca de mama na família, não vai fazer. Ou se ela já teve nodulações, já fez sucção, não vai fazer hormônio. Mas também não existia um trabalho científico para falar alguma... Aquele trabalho do *Public Health*, daquele americano, foi exagerada a conclusão. Mas depois que você fala uma coisa, é difícil negativar. É que nem o médico: você fala um troço para o paciente, nem que seja um cara que não entende, você fala: “-*Precisa fazer isso, isso e isso.*” E depois: “-*Você me trate de fazer isso aí.*” Sendo que a primeira coisa que eu falava é que... Depois, para desmentir isso... Para o outro é difícil.

**E chegam muito, hoje em dia, casos de pessoas que vêm pedir uma segunda opinião?**

Tem. Em ginecologia, até que não. Mas eu faço geriatria também. Hoje em dia, eu faço mais geriatria do que ginecologia. Se bem que a base é feminina. Tem bastante consulta, principalmente com a parte de osteomuscular, artrose etc. Vai ao ortopedista, ele quer fazer prótese, e elas não querem. E é ao contrário: tem uma artrose de coxofemural que está tudo borrado, e ela não quer fazer. [trecho inaudível] “-*Eu falei para a senhora desse negócio.*” Eu estou fazendo a cabeça dela: “-*Vamos devagarzinho, não de uma vez só.*”; e der uma síndrome nela, eu vou mandar para o Dr. Leandro, que é da ortopedia, que eu acho que trabalha bem.

Na família, nós tivemos um caso de uma prima da minha mulher, só que ela já é bem idosa, está com 88, mas ela é muito metida em tudo. Ela teve problema de coluna, que pelo jeito, não era tão importante, mas ela acabou operando. Ficou de repouso, levantou, poom! Teve um AVC, e depois uma trombose. Está em coma! Foi primeiro induzido, agora está em coma espontânea, não sei se volta. Faz [palavra inaudível], muita gente não opera, nem que use um colete – com quase 90 anos. Não sei se fizeram a intervenção [inaudível] depois da... Diz que foi no banheiro, e que de repente, se sentiu mal, de uma hora para a outra, ela se foi. Eu não estou dizendo que foi isso, mas é bem provável que tenha influência. Então tem coisa que eu acho que não... É que os tratamentos também são novos para isso. Tratamento para lesão, degeneração de escalvo, cartilagem, que também nenhum remédio é milagroso, mas ajuda. [trecho inaudível] que a gente tem.

É questão de falar com o cliente. E hoje em dia, quando é movimento grande... Eu não tenho mais tanta cliente, mas quando atende aqui, não dá tempo mesmo de conversar. Aí a coisa vai curta e continua assim.

Aliás, a vantagem com o doutorando é que o cliente aceita o doutorando, tudo gente bem nova, porque eles são ‘todos ouvidos’. Eles não tratam a paciente, eles ficam às vezes [trecho inaudível] e deixam a paciente falar. É jovem ainda. Você já fica ali, ‘enquadrando’ o paciente, para encurtar a coisa. E eles não, desde o começo, deixam falar. Elas vão com o doutorando e não reclamam (já sabem que eles são médicos, e são bons também); eles vão porque têm o interesse do doutorando do lado. Claro, retribuem isso aí. Ele está aprendendo ainda, então ele faz um [nome de procedimento inaudível] e depois passa para a gente. Eu nunca digo: “-*Não precisa*”. Eu escuto. Fico escutando, porque é interesse dele também; uma vez tem que aprender. Se depois você dá desconto, tudo bem. Mas se você não está nem formado e já começa a dar desconto nas coisas, imagine depois como é que vai ser. (Vai virar um picareta depois.) Então é

vantagem, e qualquer coisa chama. O Júlio também acha. Deixamos eles como residente, só que eles têm que passar para a gente. Então eles me chamam (hoje já me chamaram 3 vezes pra olhar uma coisa). Mas assim aprende. Eles aprendem direito; sempre tem um na frente: “-Vão lá. Façam assim e façam assado.” E vai muito bem, nós já fazemos isso há mais de 30 anos!

Nós tínhamos residentes também, mas não funcionaram. Mas o internista tem, porque tem que ter alguém que sabe mais, essas coisas. [Risos] Tem que fazer o controle das pacientes idosas, mas nós nunca acertamos[?], porque o residente não deixava o Dr. Lúcio fazer nada; ele só ficava olhando e ele que ia fazer. E nós invertemos isso. Era uma boa para o cara doutorando sair sabendo bem, pelo menos na ginecologia. Tem muitas cadeiras que não dão bola. Não é para “puxar brasa” não, mas [trecho inaudível]: Eu todo o dia fico ali com eles. Fiquei sabendo que tinha que vir para acudir, e falei: “-Olha, agora vocês estão sozinhos? Sozinho não dá (você não tem pra quem perguntar.)” É que nem numa cirurgia: complica, chama o médico! [Risos] Não pode deixar o cara sozinho, porque ele acaba falando besteira. Imagina! Nunca aprendeu aqui e vai para o interior fazer? É que hoje em dia...Mas antigamente, já fazia, não tinha para quem apelar.

**Comparando com a época que você começou a carreira, você acha que mudou a relação médico-paciente?**

Ah, mudou! Mudou. Digamos que eu já peguei o finzinho da relação pessoal. O médico era mais respeitado (sei lá se é culpa nossa, ou não). O médico era assim, em cima, no meio do pedestal. Era uma pessoa respeitada, e também acho que ele se fazia respeitar (na conduta, nesse tipo de coisa).

Hoje, com essa massificação, com a globalização – que está na moda – perdeu muito. Antigamente, ia operar com um médico, ele sabia: “-Ah, Fulano. Foi o Dr. João que me operou.” Hoje, você pergunta quem operou... Mas já no IPE eu peguei isso 10, 15 anos atrás. “-Quem operou a senhora?” / “-Ah, não me lembro.” E hoje não sabem. “-Quem operou?” / “-Ah, um assim, assado.” Eles não sabem nem o nome. Eu, por exemplo, eles falam: “-Ah, é um de idade que me operou.” Não sabem. É uma despersonalização da coisa. Eu, assim, eu [palavra inaudível]. A saúde; a prefeitura chama o ambulatório de oficina de trabalho. Mas é uma oficina mesmo! Virou impessoal, não tem mais muita...

Eu procuro manter uma relação. Por exemplo, o aluno [trecho inaudível] sai da sala, e de vez em quando [trecho inaudível]. Eu sempre digo: “-Não saia. Ajude a paciente a sentar, a depois vai para fora, você sai e deixa ela se vestir.” Um coisinha assim, que criam uma certa... Mas é difícil, eles não respeitam. Só que o leigo, o paciente também não respeita. O respeito, aqui, é mais por causa de condição social, e no consultório, porque nesses convênios, eles marcam consulta, mas se der a louca, eles não vão; tem um ou outro que... Mas a maioria simplesmente não aparece, e você perde a consulta. Já é mal pago, e ainda perde! Não tem jeito de pôr outro na última hora, porque você só vai ver que faltou na hora: “-Ah, mas põe para às 16 horas.” Se é 16:15, não veio, é porque não vem, não é?

Mas o médico também passa... Tem muita gente muito despachada, que não cria mais vínculos de confiança – conversar. Eu converso bastante. Tem paciente que diz: “-Ah, Doutor, só de vir conversar, eu já melhorei!” Eu digo: “-É?” / “-Eu já me sinto melhor.” Eles querem alguém que escute, mas às vezes, não tem tempo. Vai escutar o que, se já tem uma fila? Isso também depende muito do... É que nem o cara fazer psiquiatria com convênio. De que jeito? Precisa ficar 1 hora conversando, ou mais, mas ele não pode, porque se fizer duas consultas, ganha R\$ 60, não dá! Daí, o que é que faz? Você simplesmente diz: “-Não, não precisa.” [Riso] E o convênio não paga mais de uma consulta por mês. Psiquiatria tem que justificar, mas você faz uma justificativa, fica escrevendo [inaudível], para depois ficaram questionando, aí o cara não faz! Eu faço assim e passo para frente, se depender. Porque em Geriatria, o resultado dos exames que se pediu demora mais para interpretar, do que a consulta primária, e daí você não pode cobrar. Eu tenho ordem na coisa, então eu passo para o outro mês, mas... Ele me dá dinheiro, mas ele só entra para mim no outro mês, mas isso tem limite também, senão chega no fim do ano...

Essa coisa da confiança também... é porque troca muito. No tempo do IPE, que era o Instituto de Previdência do Estado, a gente atendia bem; tinha um staff... Eram sempre os mesmos, a rotatividade era pequena. Eu já estou fora do IPE há alguns anos, mas ainda hoje, tem algumas que são ‘forçadas’. Eu, na sala, não atendo o telefone. Mas pegavam outros convênios, telefonam, ainda tem essa ligação. Mas hoje, é tudo impessoal, não cria vínculo com o paciente.

No convênio, essa coisa da pessoa ser operada e não lembrar do médico, tem muito! Eu não pego mais, eu enchi. Sei lá! Eles só questionam tudo, qualquer coisinha, já estão entrando com processo. Eu não estou afim de, no fim da vida, o pouco que a

gente guardou, ainda pagar uma besteira. Mas vem a paciente, eu pergunto: “-Com quem a senhora fez a cirurgia?” / “-Ah, não me lembro.” Principalmente nesse padrão do SUS. Aí vai de uma vez. Nos convênios, à medida que melhora, [trecho inaudível], eles lembram. “-Ah, foi o Dr. Jean que me operou. Foi não sei quem. Eu gostei muito.” Ou: “-Não gostei.” Mas, no geral, eu acho que ficou tudo com a gente, só. É a impressão que eu tenho. No geral, porque sempre tem exceção.

**Se o senhor fizesse uma avaliação, com 47 anos de carreira, no que o senhor acha que está realizado, e o que o senhor acha que não está realizado, ou falta realizar?**

Não, falta não. Nessa idade, não tem mais o que fazer. Eu só sei uma coisa: se eu tivesse que escolher de novo, quando eu estava na Alemanha... Porque se eu não estivesse na Alemanha, eu teria ido para os Estados Unidos. Mas se eu tivesse que escolher de novo, eu não voltaria pra cá, teria ficado lá. Eu estive lá, e tive a oferta.

Eu tenho um colega, que foi para os Estados Unidos, um colega que estava na mesma situação que eu, de posição de saber as coisas e não saber, eles nem entrevistaram esse amigo meu. Aqui é muita... Eu hoje estava falando: agora 68% é mulher, só que a grande maioria das mulheres, acaba não praticando. Eles falam: ninguém tira o lugar dos homens, porque depois elas casam e caem fora, ou então [trecho inaudível].

Eu estava falando: eles fazem plantão, eles não fazem consultório. Quando é um grupo de mulheres, elas fazem 2, 3 plantões e só, não fazem consultório, porque é muito mal pago. Aqui não muda, comparado com eles, não adianta! Lá eles têm um reconhecimento maior em pesquisa, paga as coisas. Eu acho que tem que pagar, e tem que fazer um monte de coisa, mas não como aqui. Aqui você fica... Não é fácil!

Tem um cara que estava fazendo climatério, e agora foi para os Estados Unidos porque teve bolsa, e depois, foi pro Japão: “-Iii, quando voltar, eu quero ver onde é que ele vai ficar!” [Riso] É aquela conversa da história da colonização por Portugal: “-Foi pra Portugal, perdeu o lugar.” Mas era! Os caras não iam solteiro para o Brasil, para fazer fortuna? Fortuna era achar ouro, esses troços, o cara morria de saudade, ele era sozinho, e voltava para Portugal, porque não agüentava mais. Aí ele disse: “-Foi? Perdeu o lugar! [Riso] Aqui não tem mais. É meu esse lugar!”

A não ser que você esteja no serviço há um bocado de tempo, aí é outra coisa. É um negócio que nem o Dr. Leandro, por exemplo. O pai dele foi para o mato, e está lá até hoje. Hoje é fazendeiro, mas ainda tem o hospital, e os dois filhos vieram estudar aqui: um está em Joinville, fazendo cirurgia cardíaca. Mas o pai dele fez um hospital em Curitiba, que é em sociedade, e os filhos estudaram aqui, e não quiseram voltar para o interior, ficaram aqui, mas tem hospital, a casa é uma mansão no Jardim Xaxim... Os outros médicos, mais novos... “-*Olha, esse é médico. Olha a casa dele? Que casa admirável! E olha o hospital!*” Ele testou.

E o Leandro é bom nisso. Em primeiro lugar: ele tinha um hospital. Ele não tinha sócio que estava roubando, ou alguma situação. E o hospital é dele, é o pai dele que é o dono da coisa. Ele foi fazer especialização nos Estados Unidos. Tudo bem que a gente também foi, mas ele [trecho inaudível]. Aí é que está. Se você tem um ‘encosto’, é uma coisa, mas se você não tem. Eu, quando voltei, fiquei voando, não sabia o que fazer. Ele me conheceu, simpatizou, foi com a minha cara, e como ele estava montando o serviço, me convidou. Uns anos depois, teve um infarto fulminante, com 44 anos, e no fundo, foi só [palavra inaudível]. [Riso] Eu não estou falando ofensivamente, ele era muito amigo da gente. Eu tinha feito um concurso de títulos, tinha ido para fora, e fiquei com o cargo. Pois é, mas ele tinha 44. Ele podia estar vivo ainda. Então tem que ter um pouquinho de sorte também. Já diria o filósofo: 50% é sorte. Você rema um dia inteiro, dá um ventinho, em questão de meia hora te joga de volta! É isso o que eu quero dizer, e isso lá não é tanto, vai mais pelo mérito da “coisa”.

Na Alemanha, como eu te disse, eu fui para lá como bolsista. Mas daí a pouco, um chinês (um chinês mesmo), fez uma carreira. Eles são muito assim, de ser honestos profissionalmente. Ele encobriu alguma coisa, alguma “caca” que ele fez. Fizeram de conta que não descobriram, mas no outro dia, ele estava fora, e ele estava na residência. Eu já estava há meses. Aí chegaram pra mim e perguntaram se eu queria. Lógico que eu queria, porque a bolsa pagava uma mixaria e fiquei como Assistente, que é o residente pago. E eu estava com tudo. Lógico, eles não iam contar aqui o tempo que eu fiz no Hospital de Clínicas (eu tinha que fazer os 5 anos). Mas você ganha, não ganha muito bem, mas dá para sustentar mulher, criança, morar num kit net. O que é que você quer mais? E um carro usado. Para mim, para aqui, eu achava uma maravilha! Mas eles reclamam lá que o carro é... Querem um mais novo [Risos] Mas estava pedindo[?] para o diretor[?] se tivesse ficado... Ainda aquele hospital, que era um hospital universitário, todos saíam com posições boas.

Bom, voltei? Coisa nenhuma! Minha mulher que me convenceu. E eu podia ter voltado ainda; eu me inscrevi num cargo em outro hospital, eu poderia ter voltado. E aqui você não tem reconhecimento nenhum, você tem que se virar. Você é livre, você tem que... Eu podia ter me ‘encostado’ numa outra especialidade; urologia dava, eu podia ter ficado, mas eu não queria.

É o que eu estava falando: isso aqui ainda... O Brasil, não digo, mas os outros, continuam sendo espírito republicano, como era antigamente. É republicano. Esse Chavez, esse Evo, essa turma toda, e a própria Christina. A Argentina era um país que estava muito bem, [trecho inaudível], e olha a depressão? Nós, aqui, até que estamos bem. É isso que eu digo: lá, é tudo mais seqüencial. Você se forma; tem o seu exame de finalização, tem uma vaga para fazer residência. Lógico, tem escolha, mas aqui, nem isso tem! Aqui, simplesmente tem muito menos vaga do que formando, para a residência.

A nossa estrutura foi copiada. Quem copiou foi o Getúlio, mas o Getúlio era pró-germânico, ele se baseou no socialismo alemão, que era exagerado. Eles foram tudo pra trás, porque era demais, era para o Estado, tudo, e para o resto, nada, então quebra. E eles querem aumentar a idade da aposentadoria, porque tem muitos idosos e poucos jovens. Quem que vai pagar o negócio? Alguém tem que pagar. A aposentadoria, de quem está aposentado, quem paga é o jovem. Quando o jovem chega na idade, outro jovem vai pagar. Mas se você tem pouco jovem e muito velho, a conta não fecha. O problema é esse. As nossas leis trabalhistas estão totalmente fora da história, mas na época, o Getúlio teve a melhor das intenções, porque era [trecho inaudível].

### **Você acha que hoje é mais fácil ou mais difícil exercer a medicina?**

Em grandes centros é mais fácil. Porque eu me lembro, antes de ir para a Alemanha, eu fui para [nome de local inaudível], eu me dava bem. E ainda era residente, porque a residência aqui, nem tinha, e lá em São Paulo, já tinha. Você não pode dizer nunca não. “- *ajuda aqui.*” Eu ia ajudar na cirurgia.

De repente, me ofereceram, fiz concurso para a Polícia Militar, passei, consegui em Santo André. Eu, se quisesse ficar em São Paulo, podia ficar. Aqui em Curitiba não, aqui era muito pequeno – e ainda é. Lá já era mais aberto, acho que é o lugar mais aberto do Brasil. Aqui, se você não está na ‘panelinha’, [riso] está ‘lascado’. Mas ficou melhor do que era há 40 anos, com certeza. **(FIM DA ENTREVISTA)**

## ENTREVISTA COM DR. MARCOS

### **Gostaria que você falasse um pouco da sua infância.**

Nasci em São José do Rio Preto, em São Paulo, onde vivi até os quatro anos de idade. Passei a infância em Campinas, onde morei dos quatro aos dezoito anos.

Toda a minha escolarização foi em escola pública.

O meu pai era belga de nascimento, pois meu avô estava exilado. Ele era advogado de formação, foi promotor e, posteriormente, procurador de justiça do estado de São Paulo. A minha mãe teve formação ginásial, e exercia o papel de “dona de casa”.

Não lembro de nenhum outro médico na família, em geração anterior à minha, com quem eu tenha convivido.

Tenho onze irmãos, dos quais um, mais novo, também seguiu carreira de médico.

### **O que o levou a escolher a medicina? Poderia falar um pouco do tempo de faculdade?**

Entrei na faculdade em 1962, na Faculdade de Medicina da Federal do Paraná, e me formei em 1967.

A minha formação foi católica, eu militava na Juventude Estudantil Católica, no tempo de colegial. Comecei a atuar na JEC, e através da JEC, comecei a participar do movimento estudantil secundarista, e naquele tempo, estava surgindo o movimento da ‘justiça social’, preocupação com os pobres, que é o tempo de João XXIII.

E o que me motivou fazer medicina, na realidade, foi o fato de eu achar que podia ajudar os outros, nessa perspectiva mais de fazer caridade, de trabalhar com os pobres, foi nessa perspectiva que eu vim fazer medicina.

A área das biológicas não era a área que eu era mais interessado, eu era mais interessado em fazer exatas, gostava de matemática, física, mas no final, foi esse o caminho que eu tomei. Participei do movimento estudantil. Logo que ingressei na universidade, já comecei a participar do diretório e militei na Ação Popular. Até 1964 era militante da Ação Popular e da JUC. Eu fui da direção nacional da JUC, Paraná - Santa Catarina, até 1966 e em 1965, houve uma reunião em São Paulo para a

reorganização do movimento estudantil da AP, onde eu fui preso. Depois de três dias de reunião, era final de semana, era para terminar no domingo, e fomos presos na segunda-feira à tarde. Imagina como era a organização... Eu continuei militando, me formei sempre como um militante, continuei estudando, mas militava também e minha prioridade era a militância. Fui absolvido do processo em São Paulo, terminei a faculdade em 1967 e comecei a fazer um estágio em cirurgia, na Santa Casa de Curitiba, porque a perspectiva daquela época era da gente se preparar para ir para o interior, como militante.

Trabalhei auxiliando cirurgia geral até abril, só que em abril houve uma mudança na orientação da AP, e passou a ser a perspectiva da integração na produção. Então eu larguei a medicina e fui me integrar na produção, fui para Santa Catarina. Estava fazendo um estágio preparatório para me integrar no campo. Em julho eu fui chamado para fazer um trabalho na direção nacional, fiquei na direção nacional até 1970. Em 1970, eu fui preso, fiquei preso até o final de dezembro de 1972.

### **Você poderia falar um pouco da sua trajetória profissional?**

Na realidade, a minha carreira médica começa em janeiro de 1973, quando fui fazer clínica médica, fui trabalhar como médico com o Dr. Lisandro de Santos Lima, no Hospital Nossa Senhora das Graças. Era um voluntário, não era um assistente, não era residência, não tinha bolsa, não tinha nada. Eu tinha um emprego, era médico do DER, fazia ambulatório de adultos de clínica médica no DER e fiquei com o Dr. Lisandro fazendo clínica médica. Nós tínhamos duas enfermarias. Tinha um estágio para estudantes de medicina, do terceiro ao sexto ano. Eram 11 leitos, 5 masculinos e 6 femininos. Ele cuidava e eu era o ajudante dele. Tinha programa de formação dos acadêmicos, tinha reuniões anatomopatológicas, tinha um ambulatório de novos e um ambulatório de antigos. Na terça feira, era um ambulatório de novos, na sexta feira, era de revisão de casos. E ele estava diariamente no hospital, era um médico extremamente qualificado. Era professor na Universidade Federal do Paraná, professor de semiologia. Na minha avaliação, ele era o melhor clínico vivo do Paraná, não tinha ninguém que chegasse perto dele, nem o Felipe Lerner, que era outro grande clínico, chegava perto dele. Ele era um médico que estudava, estava sempre estudando. Ele dizia que o único período em que ele não estudou foi o período que ele estava dentro da UTI. Tinha tido

uma arritmia com parada cardíaca, foi para a UTI. Ele estudava todo dia. Nós tínhamos visita diária aos pacientes internados. A experiência dele era fabulosa.

Um dia, tinha uma moça com uma dor de cabeça, parecia um tumor na cabeça, ele palpou, perguntou o que podia ser. Vamos fazer um raio x de crânio com raios tangenciais e uma rotina. Havia uma rotina de pacientes de primeira vez, hemograma, VHS, uréia, creatinina, glicose, VDRL. No resultado, só tinha comprometimento da tábua externa. Coisa que nunca nós vamos ver na vida: era uma goma sífilítica. O cara, só apalpando, o cara já matou, VDRL 1/64. Então, ele era um médico antigo, com formação no Rio, que tinha passado muitos anos em Rio Negro, como médico, e tinha vindo para cá. Eu aprendi demais com ele. Vivia lá, porque não tinha nada que fazer, trabalhava duas horas por dia, e ficava o resto do tempo no hospital. Uma vez por mês, tinha anatomopatológico, que ele trazia aquele do JAMA, o jornal de clínica médica da América do Norte. Ele pegava aqueles que eram de 10, 15 anos atrás, onde a tecnologia era compatível com a que nós tínhamos aqui, foi muito bom. Ele era um médico que adorava a medicina. O cara estudava todo dia, era de uma dedicação.

Eu, na verdade, estava muito frustrado, porque meu negócio não era ser médico, era fazer a revolução. Depois da prisão, das dificuldades da prisão, eu não tinha coragem de voltar a militar, era um cara frustrado. E naquela época, a perspectiva era fazer concurso, trabalhar no INAMPS e ter consultório. Naquele tempo, não tinha convênio e consultório particular era para quem podia pagar. E eu não tinha nenhuma disposição de trabalhar com rico. Saúde pública era muito ruim, especialmente aqui no Paraná, era um time muito atrasado. No INAMPS, nunca eu ia trabalhar, porque já tinha todas as limitações da prisão. Eu não ia ser clínico, tem que estudar muito, tem que se dedicar muito, e eu não estava a fim. Então, eu fiquei ajudando o Dr. Lisandro, de 1973 a 1975, mas de 1974 em diante, eu fui fazer laboratório, porque você não tinha o contato, não tinha que vender o serviço.

Comecei fazendo bioquímica, depois fiz tudo de laboratório. Fiz estágio no HC, passei por tudo, desde a coleta. Aí surgiu uma oportunidade, o banco de sangue era uma porcaria, muito atrasado, o pessoal estava começando, a hematologia estava crescendo, tinha um serviço de hematologia no Nossa Senhora das Graças, que estava crescendo, e o banco de sangue era uma coisa fundamental para isso. Eu fui para o Rio fazer um curso básico de hemoterapia, no Instituto de Hematologia do Rio de Janeiro, fiquei lá três meses fazendo o curso. Quando eu voltei para cá, me deram um chute na bunda.

Continuei com Dr. Lisandro até 1975. Em meados de 1975, eu conheci um grupo de residentes que estava terminando a residência, era um obstetra, uma pediatra e um cirurgião. No grupo tinha mais uma menina que ia fazer clínica, ela estava no sexto ano. E um outro colega que estava no segundo ano de residência médica. Eles estavam organizando um grupo para ir para o interior. E estavam querendo alguém que fizesse laboratório. Eu comecei a participar do grupo, nós viajamos para o interior de Santa Catarina, várias cidades em Santa Catarina, para ver onde tinha emprego. E eu tinha um amigo que trabalhava em Paranaguá, então fui para Paranaguá, fui um internista, fazia a parte de hematologia do laboratório, atendia pacientes internados em clínica médica e auxiliava cirurgias. Meu trabalho era o tempo todo no hospital, auxiliava o ginecologista, obstetra, auxiliava os cirurgiões.

O internamento, lá, era um sistema de plantão, você ficava a semana inteira, e os pacientes que eram internados, e que não tinham médico, ficavam com o plantonista. Na semana que estava de plantão, quando chegava na quarta, quinta feira, tinha 40 pacientes internados. Era assim: às 5 horas da manhã, eu levantava, porque lá era muito calor, fazia os exames, os hemogramas de urgência, mas deixava para o dia seguinte, para o horário que era tranquilo de fazer. Das 5 às 8, fazia os hemogramas, e começava as visitas nas enfermarias. De vez em quando, tinha que interromper a visita para internar alguém, ou tinha alguma cirurgia que auxiliar. Normalmente, terminava meia noite, uma hora da manhã.

Nós montamos um consultório particular. O consultório particular, na realidade, eu mais paguei para trabalhar, do que realmente trabalhei. Sempre tive uma dificuldade muito grande de cobrar. Quando era chamado para atender um doente em casa, chegava lá, olhava as condições do cara, eu não tinha nem coragem de cobrar. Fiquei todo o ano de 1976, e no começo de 1977, o dono do laboratório me mandou embora. E o laboratório era o grosso. Naquela época, o INAMPS entrou em crise, diminuíram os internamentos, a situação foi ficando insustentável.

Em abril, voltei para Curitiba, tentando arrumar alguma coisa aqui. Não tinha conseguido voltar para o Nossa Senhora, porque as freiras não me queriam, nem como clínico. Nessa época, estava começando a medicina de grupo. Tinha relação com o pessoal que estava formando a medicina de grupo aqui, arrumei um emprego para dar uns plantões, mas eu tinha prestado um exame para o INAMPS, lá para Paranaguá, fui convocado, e assumi lá. Lá era briga todo dia, porque os caras marcavam 16 consultas, e eu falava que minha carga horária era de 4 horas, e não ia trabalhar 4 horas sem atender

o certo para quatro horas. Então, todo dia dava briga. Um mês e meio depois, eu fui demitido, porque meu atestado do DOPS tinha sido dado por engano, eu não preenchia mais as condições e eu fui demitido.

Nessa época, final de 1976, começo de 1977, estavam começando os primeiros serviços municipais de saúde. Por acaso, em maio, antes de entrar no INAMPS de Paranaguá, eu tinha conhecido um grupo que estava começando a fazer um trabalho na região de Campinas. Era um grupo que vendia projetos de saúde municipal, de implantação de postos de saúde municipais, que chamava 'saúde comunitária'. Em setembro de 1977, quando eu fui mandado embora, fui para Campinas, trabalhar nesse grupo. Eu fui contratado como médico da prefeitura, o secretário era amigo da família, minha família é de Campinas, aí eu fui contratado, não precisou atestado do DOPS.

Comecei a trabalhar como médico no primeiro posto de saúde comunitária de Campinas, Nossa Senhora da Conceição. E lá os médicos eram generalistas. Comecei a me virar, a aprender pediatria, atender ginecologia-obstetrícia, que a minha formação básica mesmo era só clínica médica. Começamos a fazer trabalho de organização de programas de hipertensos, programa de gestantes, programa de crianças, programa de diabéticos. Trabalhava 20 horas lá. Também trabalhava em Mogi Mirim, em um posto de saúde da periferia, fazia 8 horas semanais, dois dias de 4 horas, e dava um plantão no Pronto-Atendimento em Itapira, todas cidadezinhas ali perto. Todos nessa perspectiva, nós éramos médicos generalistas, médico de família. O posto tinha estrutura com visitador domiciliar, com auxiliar, com delegação de função. Eu fiquei trabalhando nessas três cidades até começo de 1979.

Em 1979, saí da prefeitura e fui trabalhar só em Itapira. Trabalhava 20 horas como médico e trabalhava outras 20 horas como coordenador do trabalho lá. Fiquei até final de 1980, porque houve um problema com o prefeito, um problema político, fui mandado embora de Itapira, naquela época, eu só trabalhava em Itapira. Daí eu fui trabalhar em Mogi Guaçu, no mesmo esquema, posto de saúde, generalista. Trabalhei lá até 1982. Mas em 1981, eu fui morar em Londrina, e trabalhava também em um posto de saúde comunitária em Ibiporã. Fazia 20 horas em Ibiporã e fazia 20 horas em Mogi Guaçu, toda quarta feira, pegava o ônibus de noite, começava a trabalhar quinta feira lá. Fiquei em Ibiporã todo o ano de 1981.

Em 1982, eu mudei para Curitiba, mas não arrumei nada em Curitiba, continuava trabalhando em Mogi Guaçu. Naquela época, fiz a campanha do Richa para governador. Em 1983, com a vitória do PMDB aqui, com a indicação do Maurício para

a prefeitura, depois de muita briga com o PCB, consegui ser contratado na prefeitura e no estado. Na prefeitura, eu fui trabalhar na Vila Nossa Senhora da Luz, que era o Barigui. Aqui em Curitiba, já foi diferente, porque em Curitiba, o atendimento já era diferenciado. Enquanto no interior de São Paulo, mesmo em Campinas, a gente era generalista, aqui em Curitiba, já começou o trabalho com a divisão entre clínica de adultos, o pediatra e o ginecologista. Na verdade, não existia nem o obstetra, quem fazia era o ginecologista. Porque naquele tempo, a assistência obstétrica era feita toda pelo INAMPS, já era feita no sistema de terceirização. Você pegava a planilha de pessoal do INAMPS, dessa época, 1983, 1985, não tinha obstetra, porque era atendido nos hospitais e nos consultórios particulares, no esquema de credenciamento. Você não fazia praticamente nenhuma obstetrícia no posto, no início. Fiquei trabalhando lá, fazendo clínica médica, só ambulatorial. A partir de 1977, nunca mais voltei a trabalhar em hospital. Só trabalhei como clínico, e fazendo clínica de adultos, o que hoje chama médico da família, que era um generalista meia boca, porque nós não fazíamos nada de cirurgia. Fiquei uns seis meses no Barigui, tive uma rápida passagem pela diretoria, pelo nível central, que era diretoria de saúde da prefeitura, e logo em seguida, eu fui para o bairro Atuba. Fui fazer clínica médica, fiquei fazendo clínica de adultos, fazia um pouco de ginecologia, fazia programa de hipertenso e programa de diabético. Fiquei até meados de 1984. Fiquei um tempinho, pouco tempo, uns dois meses no Bacacheri, sempre fazendo adulto.

Aí eu fui para o nível central, fazer a parte de organização do serviço. Comecei no CDRH, Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Fiquei lá uns 6 meses, em 1983. No final de 1983, começo de 1984, eu fiquei a disposição da prefeitura, fazia 8 horas na prefeitura, fazia 4 horas como médico e depois 4 horas ou como chefe de posto ou participando da coordenação, trabalhando nas creches, tinha um trabalho em creche, trabalhando com mães, tinha as casas da FAS, a gente fazia trabalho de apoio lá. Fiquei um tempo lá. Quando eu vim do Tarumã, fui para o nível central, fiquei 8 horas no nível central, até 1988. Em 1988, voltei para o posto, fazia 4 horas, clínica de adultos também, no Avelino Vieira, que ficava no Bacacheri. E no estado, fui fazer clínica no Boa Vista, perto do terminal do Cabral, até 1991, fiquei três anos.

De 1991 a 1996, eu não fiz medicina, só trabalhei na administração, tanto no estado como na prefeitura. No estado, era assessor do diretor do cemepar, da central de medicamentos, depois, fui para o grupo de planejamento. Na prefeitura, fiquei no IMAP, Instituto Municipal de Administração Pública.

Em 1996, fiz uma rápida passagem pelo posto de saúde de Cachoeira, fiquei uns 6 meses, como médico generalista no saúde da família, daí eu voltei para o hospital, comecei a trabalhar no Hospital Oswaldo Cruz de infectologia, basicamente atendendo HIV-AIDS. Comecei trabalhando dia e dando um plantão de final de semana por mês. Voltei a fazer atendimento hospitalar mesmo, de 1996 a 2000 fiquei atendendo pacientes internados com HIV-AIDS. Fiz alguns cursos de capacitação para isso, e na prefeitura, eu voltei para o IMAP, fiquei até 2000 no IMAP e no Oswaldo Cruz.

Em 2000, tive uma púrpura trombocitopênica, e tive que fazer uma cirurgia de esplenectomia, e fiquei com muito medo de pegar uma tuberculose resistente. No ambulatório, o contato era mais tranquilo, então voltei para o saúde da família, para o posto de saúde São Paulo, do bairro de Uberaba. Fiquei lá até 2002, daí quebramos o pau, e de 2003 em diante, eu saí do Hospital Oswaldo Cruz, e fui para o ambulatório de infectologia, para atender HIV-AIDS também. Em 2003, eu estava com tempo integral com a prefeitura e com o estado atendendo HIV-AIDS, nos dois vínculos.

Agora estou aguardando aposentadoria. Na prefeitura, já estou aposentado há um ano, e no final de dezembro de 2007, foi a minha última consulta. Liquidei.

No cômputo geral, fiquei mais na área ambulatorial, porque de 1973 a 1977, eu fiquei praticamente só na área hospitalar, pouca coisa de ambulatório, e depois, fiquei mais 4 anos no Oswaldo Cruz. A partir de 1977, tirando o tempo que eu não exerci medicina, que foi de 1991 a 1996, que eu não vi doente na minha frente, eu fiquei praticamente só na área ambulatorial.

### **Como você vê o trabalho na unidade básica? A rotina de atendimento, clientela, equipe...**

Começando pela minha experiência no interior de São Paulo, lá era diferente do início daqui de Curitiba, lá já começou como generalista, nós fazíamos as três áreas, era o início das experiências municipais. O município não tinha nenhuma intervenção na área de saúde, quem era responsável pela saúde pública era o estado, e quem fazia atendimento para previdenciário era o INAMPS, que tinha os ambulatórios próprios. E naquela época, existia a categoria do indigente, que era o cara que não tinha carteira assinada e não tinha dinheiro para pagar, era o indigente, atendido pela filantropia, pelas Santas Casas. A clientela básica do serviço de saúde municipal eram as populações marginalizadas, que começaram com o serviço de atendimento na periferia. No interior

de São Paulo, tinha uma característica diferente, porque na cidade que eu trabalhei, não tinha posto do INAMPS e nós atendíamos tudo.

Lá também, eu tinha os auxiliares, que naquele tempo, não tinham formação. Na realidade, eram formados pelo próprio serviço, eram auxiliares de saúde, não tinham formação formal nenhuma. Eram recrutados da população e treinados no próprio serviço. Tinha um processo de delegação de função, as auxiliares faziam um trabalho de pré-consulta que era padronizado, era programado. Ela tinha uma orientação de como fazer a pré e a pós-consulta, no sentido de liberar mais o médico, para ele poder cuidar da história da doença atual. E com algumas preocupações, de detectar precocemente as patologias de prevalência. Na pré-consulta, você tinha perguntas orientadas para diabetes, hipertensão, para leucorréia; nas crianças vacinação, infecção urinária, tuberculose, hanseníase. Era um padrão. Inclusive, na pré-consulta, elas estavam treinadas para observar madarose, ‘mão em garra’, perguntar sobre manchas, tosse. Era melhor do que hoje, não tem nem comparação. A decadência disso daqui... hoje elas não fazem nada! Mal tiram pressão, quando tiram! A média era de 4 auxiliares por médico, elas trabalhavam 8 horas, para 8 horas médico, você tinha 4 auxiliares.

E tinha um laboratório incipiente, que fazia parasitológico de fezes, parcial de urina e hemograma, que eram os que não precisavam de aparelho sofisticado para fazer. Tinham alguns medicamentos, naquele tempo já existia a FURP, Fundação do Remédio Popular, a gente comprava remédios da FURP, tinha uma farmácia bem básica.

E nós fizemos um convênio com a secretaria, o convênio das AIS, das Ações Integradas de Saúde, que era financiado pelo INAMPS através da secretaria estadual. E isso funcionou também. Nas cidades que eu trabalhei, as auxiliares eram recrutadas da população, tinha uma fase de treinamento, depois da fase de treinamento, tinha uma prova, e dos que eram aprovados e tinham condições de trabalhar, a população escolhia os que iam trabalhar.

Quando eu vim para Curitiba, quando entrei na prefeitura, eram 13 postos de saúde. Desses, um era específico para criança da creche, dez eram aqueles postos que tinham médico, um médico, às vezes dois médicos. Tinha um pediatra que, basicamente, fazia atendimento de criança, vacinação. Nesses dez tinha basicamente clínico e GO. E tinha dois postos de saúde que eram postos comunitários, organizados com dois pediatras, um clínico e um GO. Não existia enfermeira no posto, os auxiliares foram recrutados da população. Da mesma forma como nós recrutamos lá no interior, eram recrutados aqui. Nós tínhamos entre 10 e 15 auxiliares por posto. No posto de

saúde da Vila São Pedro foi instalado um laboratório básico, que fazia glicose, creatinina, era um pouco melhor, e diferente de São Paulo, onde o laboratório era centralizado. E tinha um segundo posto, que era o posto da Santa Amélia, que também funcionava na base de posto de saúde comunitário.

Eu entrei na prefeitura em junho de 1983, e fui trabalhar como clínico, já havia dois pediatras que trabalhavam no Barigui, e eu fui ser o primeiro clínico. A rede tinha 4 enfermeiras, 3 eram da prefeitura e uma do estado, cedida para a prefeitura, que só faziam o trabalho de supervisão. No tempo que eu estava no Barigui, foi contratada a primeira enfermeira que foi para posto. Foi uma experiência que a gente fez lá, eu consegui convencer o diretor de saúde, que valia a pena ter. A gente treinava as auxiliares para fazer uma pré-consulta, tinha uma rotina de pré-consulta, e de pós-consulta também, você tinha programas organizados. O programa de atendimento à criança, o programa de puericultura, que até o nono mês de vida, tinha atendimento mensal, com peso, acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor, tratar as intercorrências. Tinha exame de urina no quinto e no sétimo mês, para ver se não tinha problemas de infecção urinária assintomáticos. E tinha participação grande dos auxiliares, eles eram treinados para fazer o programa sob a supervisão do médico. O médico atendia as consultas.

O laboratório era muito ruim, só fazia hemograma, fezes e urina. Não fazia mais nada. E era centralizado no Cajuru, tinha acabado aquele que tinha no Vila São Pedro, e começou a funcionar um laboratório no Cajuru. Foi feito um convênio, nós podíamos pedir alguns exames nos laboratórios credenciados pelo INAMPS. Aí melhorou um pouquinho, porque você podia fazer sódio, podia fazer uréia, creatinina, glicose, aumentava um pouquinho, fazia VDRL, VHS, hemograma, melhorou um pouquinho, mas mesmo assim, a quantidade de exames que a gente tinha era muito pouca e limitada. Podia fazer cultura de urina também e raio x de tórax. A gente conseguia fazer escarro, a saúde pública, o estado, fazia para a gente.

Houve um processo, que a gente chamou de processo de aproveitamento da capacidade física integral dos postos da prefeitura. A planilha eram 3 médicos, dois pediatras e um clínico por unidade de saúde, e mais um GO, que atendia em duas unidades, contratação de enfermeiras para todos os postos, e variava entre 10 e 12 auxiliares. Alguns postos maiores chegavam a ter 15 auxiliares. Melhorou um pouquinho, porque tinha o convênio das AIS, você tinha uma programação das consultas que ia atender, e o INAMPS pagava para você, por consulta. Por isso,

aumentaram um pouco os recursos. E tinha uma farmacinha básica, tinha AAS, novalgina, um ou outro antibiótico... era nessa base.

### **Você poderia falar um pouco dos casos rotineiros?**

Primeiro você tinha crianças, a clientela, preferencialmente, era criança e mulher. Homem adulto, você atendia muito pouco. Mulher trabalhadora, você atendia muito pouco. Trabalhador, você atendia muito pouco, apesar de alguns postos começarem a abrir até às 22 horas, no sentido de abrir chances para atender a população trabalhadora. O grosso era puericultura, mas você atendia muita mulher, muita leucorréia, muitos distúrbios neurovegetativos, as neuroses, stress, situação de vida, mulher que trabalhava como diarista, maltratada pela família, tendo que cuidar dos filhos, fazia muito atendimento psicológico. Programa de criança, você tinha todo dia, às vezes, de manhã e de tarde, a quantidade era impressionante mesmo. Foram escritos os programas, mobilizando todo o pessoal, por escrito, todos os programas, atendimento da criança, toda a programação. Daí começou a aumentar o atendimento a gestantes, então foi organizado o programa de gestantes, e ainda o programa de hipertensão e de diabete. Você tinha programa de hipertensão todos os dias e de diabético, duas vezes por semana. A população era muito grande.

Você atendia a rotina, e de vez em quando, um caso diferente. Era gripe, resfriado, muita broncopatia crônica, tinha bastante. Como também tinha muita mulher, muita infecção urinária, alguma gastrite. Como você tinha um arsenal diagnóstico muito pequeno, tinha coisas que você tinha que encaminhar, não podia nem fazer o exame complementar para avaliar. Por exemplo, problema digestivo, não fazia nada, porque não tinha acesso, não tinha nada. Quem tinha INAMPS, ia para o INAMPS. Quem não tinha, tentava mandar para o HC, era o mesmo problema que nós vivemos hoje. Mas muito pior, porque não tinha nem perspectiva. Se fosse um caso urgente, a gente até conseguia, no final, mandava muito para o HC. Mas não existiam referência e contra-referência organizadas. Na verdade, foram duas correntes, uma corrente que defendia a posição de fazer um efeito demonstração, que era você ter um município com todas as especialidades, ter um hospital, para dizer que o serviço público podia gerir bem e resolver bem os problemas. E o outro não, falava que tínhamos que aproveitar o já existente, então era atendido pelo INAMPS. Algumas especialidades, nós conseguimos encaminhar para o INAMPS, mas era bastante complexo.

O crescimento, o processo de urbanização, estava a meio pau. Não tinha a população periférica que tem hoje, periferia, as cidades satélites, porque o processo de êxodo rural não existia, imagina que Curitiba, no censo de 1980, tinha 570.000 habitantes. A região metropolitana não chegava a um milhão, eram 800.000 habitantes. Hoje, tem 2 milhões e meio, com um processo de empobrecimento. A demanda não era tanta.

Em 1985, começaram os concursos públicos, então já não recrutava mais da comunidade, e começou a ter muita auxiliar de enfermagem mesmo, que prestava um concurso. A primeira diferença foi essa, auxiliar de saúde não era mais da comunidade, era concurso público. Isso já fazia uma diferença razoável. Houve um crescimento progressivo da odontologia.

Até 1986, o treinamento tinha um tempo reservado, na semana, para fazer reunião e treinamento dentro da equipe, você não fazia atendimento. Dependendo da chefia, você tinha muito bom trabalho, outras levavam frouxo. Quando o novo secretário assumiu, no governo do Requião, não durou 6 meses, já acabaram. Em vez de organizarem esse processo, acabaram. De treinamento dos médicos, passou a ser treinamento feito de final de semana, com voluntários, e uma outra perspectiva, que não era treinar, capacitar e desenvolver para o trabalho que estavam fazendo, era para trazer os convidados que iam falar sobre as últimas novidades. Houve uma queda, porque em 1985, nós contratamos quase 200 médicos, 40 enfermeiras, muitos dentistas, farmacêuticos. Em 1986, nós montamos um laboratório central, que fazia bioquímica, bacteriologia, urinária, hematologia, sorologia. Foi feito concurso para farmacêutico bioquímico, foi uma ampliação, tinha 26 postos em atividade, porque nós absorvemos alguns postos do estado, e tinha dois da comunidade e os que estavam sendo construídos. Projeto Cura, dinheiro do estado, já tinha 26 em funcionamento, e foram até 40. Fazia assembléia de todos os profissionais de nível superior e mais dois representantes dos auxiliares, para decidir, para uniformizar o funcionamento da rede. E tinha treinamento para os auxiliares, tinha realmente pré-consulta, pós-consulta, treinamento para os programas. Aí começou a cair...

Em 1988, quando eu voltei, depois de deixar o nível de gestão, que fui atender de novo, ainda tinha isso. A minha chefe era muito boa, uma reunião semanal, treinamento para os auxiliares, tinha auxiliares muito boas. Tinha postos que tinham 2 enfermeiras, que a chefe era enfermeira e tinha a enfermeira mesmo.

Para você ter uma idéia: eu tinha entre 80 e 100 diabéticos e um tomava insulina, que era um diabético magro. 50% dos meus diabéticos não tomavam medicamento, só controlavam com dieta e exercício. Nós tínhamos daonil, glibenclamida e clorpropamida, não tinha nenhum paciente que tomasse mais de um comprimido de glibenclamida por dia. E clorpropamida, tinha um que tomava dois, que a base era um comprimido, e você controlava. Toda vez que eles iam ao posto, mensalmente, tinha reunião com todos eles, tinha treinamento com eles, treinamento de dieta, eles se organizavam. Você falava: – Você vai pegar um copo de tantas gramas de arroz, vai cozinhar o arroz e vai trazer aqui –, outro trazia feijão, batata, e você ia ensinar como contar as calorias, para fazer dieta. Hipertensão, tinha um grupo que não tomava remédios.

Fiquei até 1991, em 1996, voltei para o Cajuru. Aí, nessa época já não chegava a 20% os pacientes que não tomavam remédio, ainda tinha 6, 7 que tomavam insulina. E dois comprimidos de daonil muitos tomavam. Em 2000, eu chego no São Paulo, lá no Uberaba, na minha área tinha 120 diabéticos, só um não tomava remédio. Três tinham começado o tratamento sem tomar remédio. De cara já davam remédio, de cara começavam a tomar remédio. Tinha mais de 30 pacientes que tomavam insulina. A medicalização, um troço brutal, brutal! A dieta... nenhuma importância! Imagine o pessoal da periferia tomando insulina, sem ter condições de fazer controle, o que tinha de hipoglicemia, era direto.

No trabalho das auxiliares não tinha mais pré-consulta, era tirar pressão e pesar, quando faziam isso. Eu voltei no São Paulo como generalista. Para fazer um programa, programa de gestante, por exemplo, eu não tinha condição. Reunião era uma vez por mês, fora do período de consulta, fora do horário também, era feito só pela enfermeira. Eu comecei tentando fazer reunião, e desisti, porque não tinha auxiliar. Quando precisava fazer exame ginecológico, tinha que catar gente para ajudar. Tinha equipes de saúde da família que eram para inglês ver, porque não tinha uma auxiliar que ficava com você. Em um posto que atendia 30.000 pessoas, você tinha 2 auxiliares, para cinco médicos, quatro equipes de saúde da família... tudo piada! Sem contar que, na recepção, tinha no mínimo 2, na farmácia, mais duas, vacina, curativo, e gente que tinha que sair.

Saúde da família, eu tinha 2 horas por semana para fazer visita. Era chegar lá, olhar o cara e voltar, porque você ia a pé. E a enfermagem, burocrata, são poucas as enfermeiras que sabem, que fazem alguma coisa, são poucas. Eu sempre defendi que programa de criança e programa de gestante pode ser feito por enfermeira, mas é a

formação delas, é uma coisa fisiológica. Se tiver dificuldade, passa para o médico. Mas elas não são preparadas, a maior parte delas, não é nem preparada para isso.

As auxiliares, então, não têm mais nenhum treinamento. E o médico é um 'limpa banco', tem que dar consulta, e essa é a ideologia que tem o médico que trabalha em serviço público. Você é médico de família para inglês ver. O negócio é despachar. A idéia de que você tem que ter equipes de saúde da família para atender a população, na hora que você chega lá, a sua agenda está aberta, e você tem que atender gente de todas as áreas, não existe vinculação, efetivamente não desenvolve vinculação com o pessoal, porque não é sempre a mesma equipe trabalhando com ele. E o pior de tudo é isso, ele impondo, ou querendo impor o seu ritmo.

Por exemplo, a previsão epidemiológica para Itapira era de 3 casos novos de hanseníase por ano. Só com trabalho de pesquisa ativa, de busca ativa, de olhar se tem madarose, se tem mancha pelo corpo, e só da pré-consulta, no primeiro ano de funcionamento do posto, fizemos 10 diagnósticos de hanseníase. E desses, 7 eram novos e os outros três eram abandono. Tinha diagnóstico de tuberculose, porque fazia pesquisa ativa. Nunca teve muito hipertenso, porque trabalhador só ia para o posto quando estava doente mesmo. Quando eu fui para o Cachoeira, que fizemos um diagnóstico de tuberculose, foi um 'acontecimento'.

Quando o INAMPS ainda funcionava com as especialidades, você ainda tinha alguma solução, em termos do nível secundário, tinha alguma possibilidade. Quando passou para a prefeitura, passou para o estado, na realidade, desapareceram os especialistas, porque a opção da prefeitura foi não ter especialista. Os especialistas do INAMPS foram acabando, tem um monte deles que foram para outros setores, e não trabalham como médicos atendentes. Então, passou um tempo, você não tem para onde mandar, foi tudo terceirizado.

Em relação ao ritmo, quando tinha uma pré-consulta boa, tinha um maior tempo para o paciente, para ouvir a história atual dele. Agora não, tem 15 minutos, às vezes, tem que tirar pressão, não tem nada da história. Com a tecnologia que eles instalaram, um programa de uma burrice fenomenal, que quando você atende um paciente crônico, se quiser ver se ele é de outro médico, se for verificar o histórico, vai gastar 15 minutos para fazer histórico, ele é um paciente crônico. Só para abrir aquela janela das consultas vão 45 segundos, e depois você tem quatro janelinhas para cada consulta, quando não trava, é uma aberração. Por exemplo, paciente de programa da mulher, você não pode

escrever mais de três linhas na história, porque não tem espaço, você não consegue fazer história.

**O que você acha que mudou na consulta clínica, no atendimento, em relação ao passado?**

O cara vai direto ao sintoma, vai limpar banco, não tem história, não tem preocupação em ver o paciente como um todo, vai tratar o sintoma. O que eles faziam no pronto-socorro antes, e que nós criticávamos, que era um tratamento sintomático, é a mesma coisa que se faz, porque não tem tempo, uma consulta de 15 minutos, que relação você vai ter com o paciente? Nenhuma! Essa foi a minha briga. Não durei muito no posto, porque eu trabalhava todo dia, fazia hora-extra, porque o tempo não dava, gastava meia hora. Meu princípio era ‘vou atender bem o paciente, disso não abro mão. Se eu precisar gastar uma hora com ele, vou gastar uma hora’. Mas eu fui muito malandro, porque tinha dias que eu não tinha consulta pré-agendada, não tinha atividade pré-agendada, quando completava 8 horas, com a hora-extra, eu falava: – Amanhã não venho, não tenho nada, e já trabalhei –.

Esses médicos, hoje, primeiro que não tem nenhum compromisso com o serviço público, é um ‘bico’, são poucos... Como diz um amigo – Quando você tem idealista, espiritualista e comunista, ainda consegue fazer alguma coisa, mas se não tiver isso –. O cara não quer nem saber. Pede um monte de exames. Você pega a ficha de alguns médicos, não tem nenhuma informação, nenhuma, o cara não quer nem saber.

**Você poderia falar um pouco do seu trabalho atual?**

Fiquei no ambulatório de HIV 7 anos, como o especialista de referência. Recebi muito paciente, minha clientela lá era uma clientela razoável. Eu, pessoalmente, só atendia HIV-AIDS. Lá têm dois médicos que atendem hepatite e os outros quatro só atendem HIV-AIDS. Lá tem algumas coisas excepcionais. Primeiro que eu tenho meia hora para atender cada paciente, entre pacientes novos e pacientes de retorno, é absolutamente tranquilo. Se eu precisar ficar uma hora com um paciente, uma hora e meia... a primeira consulta é uma hora, uma hora e quinze, uma hora e meia. Você recebe alguns que foram atendidos por um colega que era horrível, nem para explicar para o paciente, só encaminha, não dá uma explicação, não faz nada. O cara chega lá

com HIV, achando que está... AIDS, no começo era muito pior, agora melhorou um pouquinho. O cara chegava lá apavorado, imaginando que ia morrer, que já estava se preparando para a morte. Mas o tempo de consulta nunca foi problema, você podia fazer um trabalho de ouvir o paciente, de mostrar para ele qual era a situação dele, o que acontecia, o que podia acontecer. Mostrar para ele que não era mais o terror, que não ia morrer amanhã, que muitas vezes nem ia tomar remédio. Os exames de acompanhamento são tranquilos, você tem CD4 e carga viral, tem um arsenal, o laboratório da prefeitura é bom. Só tem um problema, eu só posso pedir exame para a prefeitura quando eu peço CD4 e/ou carga viral, porque senão, tem que ir ao posto, perto da casa dele, para ser pedido, tem gente que nem vai. Não é um protocolo, mas o funcionamento é esse. Hoje tem o tal do 'código de transação', só pega na unidade básica. E ele chega encaminhado, vai lá com encaminhamento do médico, e não passa pelo posto, porque nós não estamos no sistema. Apesar de que nós não recebemos mais ninguém, nesse último ano, eu tive poucos pacientes novos, porque esgotou a nossa capacidade. Eu trabalhava 4 horas e tinha 380 pacientes. Nós só atendemos gente da região metropolitana, não atendemos mais ninguém de Curitiba.

Remédio não tem problema, tem basicamente todos os remédios, tanto para tratar o HIV, como tratar as intercorrências. Já tem alguns remédios para as complicações, o paciente com HIV é um privilegiado. Não tem problema, não é doença de pobre só, é doença de rico também, então tem esse atendimento, porque os grupos de pressão foram muito fortes. Vai ver quantos 'veados' do Itamaraty têm HIV, tinha muita gente, e a pressão foi muito grande, por isso você tem um atendimento diferenciado. O cara que tem convenio, vai fazer exame e buscar remédio de graça. Vai ali só para pegar o remédio e para fazer exame de carga viral e CD4, que em geral, os convênios não pagam. Agora, quando os meus pacientes, aqueles que são pacientes de lá, que não têm convênio, precisam de um neurologista, precisam de um oftalmologista, precisam de dermatologista, de endocrinologista, é um ano, no mínimo, de espera. Tudo é assim. Quando é um paciente de ambulatório, que está bem, não tem problema, é tranquilo. Você pode trabalhar bem, as condições de trabalho são boas. Agora, no posto, quando você vai para o posto...

**Como você vê o uso de exames diagnósticos hoje pelos médicos?**

Antes, na rede pública, não tinha acesso. Hoje, o cara pede um monte de exames, depois vai tratar os exames, não o paciente, porque está ganhando tempo... É só ver, se fizer um levantamento hoje, em quantos casos o paciente não vai ver o resultado do exame, nem vem buscar, porque é um número... O que melhorou? Primeiro, o acesso, hoje tem pelo menos o básico, o rol de exames que o laboratório da prefeitura faz é muito bom, dá uma cobertura, não tem problema e são exames de qualidade. Eu vejo os hemogramas de pacientes que tomam remédio, paciente HIV que toma remédio, e que o exame é feito em laboratório particular... vem muito 'suspeito'. A qualidade é boa e a medicação... na realidade, você ainda não resolve todos os problemas, mas ampliou muito, melhorou muito. Agora, o sistema de referência, é o fim da picada, primeiro, o tempo de espera; segundo, quem atende. Nem sempre é o especialista que atende. Hoje, quem atende aqui em Curitiba são os hospitais que tem ensino, Hospital de Clínicas, Hospital Cajuru e Hospital Evangélico, onde a lógica é primeiro atender o residente. De vez em quando, é um R1, não é nem um R2. Tem médico que não escreve nada. Você manda uma referência e escreve por que está mandando, põe a história do cara, e o cara não anota nada do que fez, não tem contra-referência. Então, você tem que procurar atender algumas coisas que não seriam da sua responsabilidade, porque não adianta nada mandar, vai esperar um ano e vai ser atendido desse jeito, porque quem atende é residente, e o pior, residente sem supervisão. É terrível!

Em relação aos exames, a pressão sempre existe. Se você não pedir, não convencer o paciente de que não precisa exame, que o problema dele é um negócio simples, explicar para ele, e ele entender... isso é uma coisa que sempre teve, sempre teve. Às vezes, não tinha jeito, você era obrigado. Era obrigado a dar remédio e pedir exame. Você convencer ele a sair do consultório sem remédio era uma trabalhadeira. E a mesma coisa o exame.

Agora, que a sofisticação é cada vez maior, o cara não examina. Porque, na realidade, o tempo que você tem para tirar história e examinar é tão pouco, você vai trabalhar 4 horas, tem caras que agendam 16 consultas. Então, nem um tempo você tem. Pelo menos 15 minutos, depois de 2 horas de trabalho, você tem que ter. E isso você vai fazer mesmo, porque ninguém agüenta trabalhar 4 horas sem parar. Então, você ainda vai fazer um intervalinho, isso já diminuiu, já diluiu, já tirou um minuto de cada consulta. Já caiu para 14. Ainda tem o tempo que você demora, a saída do paciente, a entrada do paciente, vai chegando a um ponto, que sua consulta é no máximo 10 minutos. Se for um caso que você já conhece, às vezes, dá para fazer, mas às vezes, são

casos que não dá para você fazer. No ambulatório, por exemplo, de HIV-AIDS, é fogo, porque o cara tem que estar convencido que tem que tomar o remédio, e é remédio para a vida toda, não dá para fazer isso em 10 minutos, para garantir a adesão.

Da mesma forma, não dá para fazer uma consulta com uma gestante, se você tiver como objetivo que ela vá tranqüila para o parto, e que ela amamente 6 meses, no mínimo 4 meses. Porque se o resultado do meu programa de gestantes não for a gestante amamentando o nenê, e levando mensalmente a criança no posto, até pelo menos os 6 meses, eu não atingi meu objetivo. Não tem jeito de fazer isso em 10 minutos.

Também no aprendizado cada vez se usa mais tecnologia. Você sai da faculdade cada vez fazendo menos história, menos exame físico, e usando muito mais tecnologia. Se fizer uma comparação, no Canadá, os caras colocam um tomógrafo a cada 3 milhões. Vamos ser bonzinhos, vamos colocar um tomógrafo para 1,5 milhões de habitantes, bastariam dois para a cidade toda de Curitiba. Tem mais de 10 aqui. Tem cidades com 200.000 habitantes que tem tomógrafo. Londrina, que não chega a 600.000, deve ter uns 5. Então, desde a faculdade, você trabalha a cabeça dos médicos para pedir exame, senão, você vai falir. Na rede privada também, tanto que os caras da Unimed falam: – Se você não pedir esse exame, você tira um ‘plus’ a mais, porque aquilo lá é um descabro. O convênio, eu vejo a minha filha, vejo a minha mulher, que tem convênio, o que os caras pedem. E parece que os pacientes também têm a idéia que se não fizer exame, está mal atendido. Porque essa é a ideologia que se coloca. Não tem remédio, não tem exame, então foi mal atendido. Não interessa se precisa ou não precisa. Sem contar o que os caras dão de ‘presente’... Eu, que trabalhava em uma área como a infecto... Imagina o fusion, que é a enfuvirtide, que é a droga injetável que toma duas doses por dia, com um custo anual de 17.600 dólares, o remédio mais barato. Tirando os mais antigos, que já estão com patente quebrada, que você compra do laboratório público, que o custo anual é 600 ou 700 dólares, os remédios novos custam 3.000, 3.500 dólares por ano. Um paciente que toma fusion, você gasta mais de 20.000 dólares anuais. É uma pressão! Os caras viajam para congressos, você acha que os caras vão pagar do bolso deles? Não vão!

Tem paciente que não tem mais remédio, se tem um estudo de uma droga nova, o cara vai lá. Eu encaminhei vários, e o cara um dia me telefona, que tinha dinheiro para eu receber, dos pacientes que eu encaminhei para estudo. Foram 2 pacientes, eu tinha R\$ 1.600,00 para receber, que eu deixei lá. Eu disse: – Eu não vou receber coisa nenhuma! –. Não estou mandando para fazer isso, estou mandando porque os pacientes

precisam, porque não tem mais chances. Mas tinha caras que era um 'plus' a mais, o negócio deles era encaminhar os pacientes.

E tem caras que pedem exame porque estão recebendo uma porcentagem disso. O caso mais interessante que eu conheci foi de Londrina, quando estava em Ibiporã, foi na época que eles estavam entrando com a ecografia obstétrica. Um cara montou o aparelho e começou a dar porcentagem do exame para os ginecologistas. Teve uma hora, que ele teve que estabelecer um teto, porque não tinha mais jeito, o diagnóstico de gravidez era feito no ultra-som. Nós temos muita ligação com a medicina americana, e a medicina americana pede muito exame, porque se não pedir e tiver algum problema, o cara é processado. E nós fazemos a mesma coisa, pedimos um monte de exames. Não existe esse problema, mas estamos acostumados a pedir um monte de exames, tratamos muito o exame. Em 1983, saiu um trabalho canadense, foi uma avaliação que eles fizeram do check-up. Faziam exame de paratireóide em todos os pacientes, era 1 x 10.000 o cara com um problema de paratireóide! Um absurdo você gastar... eles que começaram, usavam como rotina, aí criaram o grupo de trabalho, onde estabeleciam, de acordo com a idade, de acordo com as condições. Mudou a visão dos exames para diagnóstico precoce.

### **E a especialização crescente na medicina, como repercute no cotidiano prático?**

O doente está danado, porque ninguém o enxerga como gente. O cara trata os aparelhos, o sistema, não trata o doente. Ele não tem visão disso! E cada vez é mais especializado, é a especialidade da especialidade. Você tem os triadores, resolvendo problemas simples, que seria absurdo também se não resolvesse, mas nem preparado para tratar aqueles pacientes... porque uma coisa é a questão da quantidade. E você tem alguns problemas que são relativos, que não são simples. Os hipertensos e cardiopatas, não são pacientes simples, não é patologia simples, mas você tem um número muito grande. Diabetes é uma doença complexa, mas o volume é muito grande, se você for mandar todo diabético para o especialista, não tem especialista que agüente, você vai ter que ter um corpo de endocrinologistas que vai ser um 'troço'... Os clínicos tinham que resolver esse problema, tinham que saber tratar bem o diabetes, tinham que saber tratar bem os hipertensos, uma insuficiência cardíaca, o broncopata crônico, e tratar bem as complicações deles. Você podia ter uma referência, tudo bem, mas hoje não, o cara não trata nada. Porque são poucos os caras que se formam, que fazem residência, e que

fazem residência em clínica médica. Eles saem já dentro de uma especialidade, dentro da clínica médica. E a formação na faculdade, já é tudo especializado; generalista, o cara vai ser, se ele for muito idealista. O cara que vai ser generalista está a fim de arrumar um emprego público em algum lugar. Pode até ser que o mercado absorva um pouco, mas você também vai ficar insatisfeito. Se tiver formação de generalista, chega na rede, e não tem condições de ser generalista, porque essa é a verdade, não tem condições de ser generalista. Aqui na prefeitura, é uma piada, já começa com o prontuário. O prontuário é absolutamente para o atendimento individual, não tem nada familiar. Então, quem está lascado é o paciente, porque se ele tiver sorte de chegar a um médico que tem uma formação melhor, com uma visão do todo, tudo bem, senão está lascado, vão tratar a doença dele, e não ele. Porque para o especialista, é muito mais tranqüilo, ele recebe o paciente triado, e não tem responsabilidade de tratar o paciente como um todo. Ele até consegue fazer em 15 minutos.

Você pode ver que a especialidade que ainda se encontra clínica particular é ginecologia-obstetrícia, consultório particular que funciona. Não estou pensando naquelas homeopáticas, psiquiatrias... Estou pensando no 'geralção' do atendimento público. A única que tem consultório particular é o ginecologista-obstetra, porque ele desenvolve uma relação pessoal com o paciente. A mulherada se desdobra, se o cara não tem convênio, se o cara deixou de ter convênio, ela vai se desdobrar para ser atendida pelo cara. Porque é um outro tipo de relação. E isso você não consegue em outra especialidade. Clínica médica são só alguns medalhões que fazem. A especialização eu acho que é isso, é a visão, você se especializa cada vez mais, é a especialidade da especialidade e quem está perdendo é o paciente.

Acho que os médicos são tão atraídos para a especialidade por causa da própria estrutura do ensino, da importância que é dada. Está ligado à questão da profissão, de como você se realiza profissionalmente. É uma profissão cada vez mais especializada, o que se valoriza hoje é a especialidade. O ensino também valoriza isso, a universidade também valoriza isso. E a cultura é essa, está disseminado. A indústria de equipamentos, a indústria de medicamentos, a indústria médica farmacêutica, o interesse está nisso. E você vê especialidades cada vez mais especializadas, produzir equipamentos cada vez mais sofisticados e medicalizar tudo.

É impossível, com esse avanço, com essa especialização, que você vá ser um clínico geral, hoje. A formação de um clínico geral, hoje, é um 'troço de louco', nesses moldes, é um troço violentíssimo. O cara que faz clínica médica, o que se exige, em

termos de conhecimento, de estudo permanente, é um troço brutal, está ficando cada vez mais difícil. Fica muito difícil. O volume de conhecimento que você tem que adquirir, não sei qual é a resolutividade que tem tudo isso, quanto que resolve mesmo. Mas acho que deve ter alguma coisa errada, eu nunca vi tanta farmácia na vida como tem em Curitiba, nunca! Imagina o grau de medicalização que existe para ter isso. Porque mesmo sendo drugstore, o cara não mantém sem movimento. A Nissei comprou a Drogamed e recuperou a Minerva, é um dono só. A Droga Raia, que existe em São Paulo, está ampliando, acho que já são 7 lojas em Curitiba. Tem quadras que você passa, que tem três farmácias, imagina o grau de medicalização. Tem [um] médico para 300 [habitantes], e ainda tem a concorrência dos balconistas de farmácia, que não é pequena... ainda distribuem medicamentos nas unidades de saúde.

Essa é a cultura que se criou, a cultura do remédio e do exame. E isso tem uma influência de dentro da prática médica, você vai se especializar cada vez mais, porque vai tratar com um grupo reduzido de medicamentos, um grupo de exames cada vez mais sofisticados para fazer o diagnóstico. E uma sociedade absolutamente doente, porque para ter essa quantidade de farmácias aqui, tem que ser muito doente.

Eu já fui muito sectário nas minhas concepções. Teve um tempo, para mim, que psiquiatria, psicanálise, psicologia, era um problema físico, que com o tempo, resolvia tudo com remédio. Mas você leva umas pancadas da vida e vê que o componente emocional do doente é um troço violento. A nossa formação é péssima nisso. A minha pelo menos foi, e eu nunca tive notícias que tenha mudado alguma coisa. Nós somos fisiocratas, só tratamos do físico. Se você não dá importância para o emocional, está lascado, e o paciente mais lascado ainda, não tem jeito.

### **Você acha que a relação médico-paciente está mudando?**

Hoje, o cara não tem mais respeito nem pelo paciente particular, o cara que está pagando para ele. De vez em quando, a minha mulher vai ao médico e volta dizendo que naquele, ela não vai mais, ficou lá esperando, ele mal conversou com ela, e ela pagou 150 paus.

No final da década de 1960, começo da década de 1970, quando ainda havia as caixas de previdência, institutos, ainda havia alguma diferença, tinha a IAPB, que era dos bancários, mas daí juntou tudo, e era um salário ruim mesmo. Quando eu entrei na prefeitura, o salário da prefeitura era duas vezes e meio o salário do INAMPS, e daí foi

feito um acordo, não precisava cobrir o tempo, mas tinha que dar 16 consultas. Nunca me esqueço, em Paranaguá, tinha um quadro de produtividade, entrando no posto, tinha um quadro. Tinha caras cuja produtividade era 30 consultas por dia, mas ele ficava uma hora e meia no posto. Dava um monte de atestado... Tinha um famoso médico, aqui em Curitiba, que não deixava colocar cadeira para paciente no consultório dele, para o paciente não sentar, lá no INAMPS.

E quando começou o convênio, o convênio pagava melhor, você recebia pelo menos umas dez ou vinte vezes mais do que recebia no INAMPS, na consulta credenciada. Tinha um monte de gente que se credenciava [no INAMPS], ainda valia alguma coisa, especialmente nas especialidades cirúrgicas, porque o ambulatório era para drenar pacientes para ele operar depois. Mas a medicina de grupo foi se fortalecendo, o convênio foi se fortalecendo e começou a pressão em cima dos médicos, começou a diminuir o valor. Então o cara começa a 'inampizar' a consulta, vai diminuindo o tempo de consulta.

Já ouvi muitas pacientes que mudaram de médico depois de anos, de 'GO', porque é outro vínculo. É o que você mais encontra, o cara tendo cliente de 10, 15 anos, que é particular, mas ela mudando, porque o cara está baixando o padrão, não conversa mais, é tudo rapidinho. E se transforma em uma prática diária, porque ele precisa consultar mais, para ganhar mais. São dois paus e setecentos de mensalidade do curso de medicina, nas particulares. Líquido, deve dar uns 1.100 reais o salário de 20 horas na prefeitura, você tem que trabalhar 50 horas para amortizar o que você investiu, não tem escapatória, é a lógica que ele vai seguir mesmo.

### **E em relação a formas de atualização, estudo, como você faz?**

Eu sou muito preguiçoso (ri), vou direto aos meus amigos especialistas, nos caras que tem mais experiência. Eu tenho duas referências, estudiosos que estão se atualizando sempre, eles são as minhas referências. Estou com alguma dificuldade, às vezes, interrompo a consulta, vou lá, ligo para o cara, e pergunto o que ele acha, como é que eu encaminho. E freqüentava as reuniões. Lá no ambulatório, nós temos uma reunião mensal, então há certa possibilidade de acompanhamento, mas eu sempre fui muito preguiçoso. Sempre tinha minhas referências pessoais. Quando eu fui para Paranaguá, várias vezes estava em dificuldade, ligava para o fulano aqui e fazia uma consulta com ele, pelo telefone. É um mecanismo.

Eu tentei, comecei a fazer um curso de atualização em clínica geral na prefeitura, na associação médica, mas era ruim! O cara só levava ultra-especialista, que ia falar das últimas novidades, o cara foi falar de HPV, foi falar de exame na tipagem do vírus, absolutamente fora da realidade, eu nunca vou ter acesso a esse tipo de coisa. Para mim, não interessa isso. O Dr. Lisandro usava muito a abordagem dos problemas, ele trazia os amigos dele, um especialista, e falava – Eu quero que você fale da clínica diária, o que é mais comum, eu quero que você oriente o que se deve fazer nos casos mais comuns, como você trata –. Ele pegava um cara da dermatologia, um cara da reumatologia – O que é fundamental para o clínico, o que ele precisa saber, o que ele tem que separar, o que ele tem que orientar –. Eu vou discutir os casos com os amigos, que são referências para aprender.

Hoje tem todo esse arsenal de artigos científicos, coisa que não tinha antigamente, mas em algumas coisas eu fico com um pé atrás. Na área da HIV, eu fico sempre com um pé atrás. Porque tem um monte de artigos comprados, o cara só publicou o que interessava para ele. Por exemplo, tem um remédio que foi lançado no mercado, o nelfinavir, um trabalho científico dizia que a mutação dele não ia atrapalhar nenhum outro medicamento, mas depois de três anos, é tudo balela, o tempo mostrou que ele matou todos os outros da mesma classe dele. Aí você ouve falar de um efeito colateral, a lipodistrofia, que vem do uso do inibidor da protease, mas demorou, e você vê a situação dos pacientes, barrigão, todos encovados, bracinho, perninha. É um risco.

Aí vem com essas histórias da metanálise. Porque o que os caras ganham de dinheiro, especialmente em relação a medicamento, o que os caras fazem pesquisa e ganham de dinheiro, não está no gubi. O cara que encaminhou uns oito pacientes deve receber uns 200 ‘paus’ por paciente, então imagine o cara que faz o acompanhamento, quanto não está ganhando, o cara que faz a pesquisa, quanto está ganhando.

E é muita coisa, é um volume tão grande. Primeiro, que você não dá conta, por mais que queira, você não dá conta, ninguém dá conta. Segundo, é a confiabilidade dos artigos. O Dr. Lisandro sempre falava que novidade ele sempre esperava os outros usarem, para ver o que acontecia. Se desse certo, ele usava. E isso influencia, já começa na formação.

Mesmo a medicina baseada em evidências é um troço complicado. Pode ter seu aspecto positivo, mas você perde também, se não for muito bem contrabalançado com a individualidade, que a doença é do indivíduo, você pode criar muito problema. Acho que como orientação geral, para organizar a capacitação, acho interessante, mas para

viver disso, é fogo. Porque o cara também perde um pouco a dimensão da experiência adquirida, do que faz no dia a dia, tudo vira a porcentagem da medicina baseada em evidências.

Também os protocolos de rotina ajudam muito, especialmente nas doenças freqüentes. Ter um protocolo ajuda, dinamiza o trabalho, organiza melhor o trabalho. E na situação que nós temos, onde os recursos são poucos, quanto mais aumentar a produtividade, sem prejuízo, com qualidade, melhorando a qualidade, eu acho extremamente positivo, e o protocolo ajuda. Ele ajuda também a acabar com o tiro de chumbo, de atirar para tudo quanto é lado. Ele dá determinadas orientações, mas sempre tem que ser um negócio flexível, mas ajuda a avaliar melhor os resultados. Em algumas especialidades, não tem nem dúvida. O uso de protocolo, por exemplo, no tratamento de câncer, leucemias, eu acho que dá um avanço sensacional! Ele racionalizou o atendimento, melhorou o atendimento e diminuiu os custos. O protocolo tem a coisa do custo também, que nós temos um custo notadamente crescente. Porque se depender da indústria, vai aumentar o custo até ser impossível de acompanhar. E o protocolo ajuda muito nisso. Se for um protocolo montado com base nas evidências concretas, experiências. Por exemplo, os exames da prevenção, têm dados epidemiológicos para saber que determinada faixa etária tem que se preocupar com tais e tais coisas. Então, estabelecer protocolos com base epidemiológica, acho que é um grande avanço. O que não pode é o uso burocrático, tratar tudo como igual, sem saber, primeiro, que a doença é individual. Se ela tem um componente social, os determinantes são sociais, mas quando ela acontece, ela acontece no indivíduo. Se você não tiver essa flexibilidade, essa dialética, os pólos complementares de uma única unidade, você descamba.

Pela minha experiência, o objetivo é ter um protocolo que racionalizasse os recursos e que melhorasse o atendimento das pessoas. E todo o trabalho educativo, feito coletivamente, é muito mais eficiente do que o individual. Tanto em termos de resultado, como em termos do recurso investido, porque se você for falar a mesma coisa para 10 pacientes, falar para os 10 ao mesmo tempo, e trocar experiências, não tem nem comparação, era esse o sentido da organização dos grupos, de poder organizar o serviço, aquele grupo vem toda primeira segunda feira do mês. A mesma coisa a questão de poder delegar, você estabelecer os limites do que pode delegar, acho que é uma 'briga' danada. Tinha médico que, para facilitar o serviço, deixava usar estetoscópio para auscultar pulmão! Está louco! Eu já tenho dificuldades, e eu entendo a fisiologia. O cara que não sabe nada, vai fazer o quê? Acho que o protocolo é uma grande coisa, quando é

feito em bases epidemiológicas. E é feito para organizar o serviço, e não para resolver todos os problemas, porque não resolve.

### **Na prática médica, o que lhe interessa mais, ou lhe dá mais prazer?**

O que mais me dá prazer na prática médica é poder manter uma boa relação médico-paciente, ajudar o paciente a entender a sua situação, especialmente no meu trabalho com os pacientes HIV e com AIDS, é eles terem consciência da situação. Acho que não existe um bom resultado no tratamento, a não ser que o paciente entenda e assuma a sua doença, que tenha consciência da sua doença e do que tem que ser feito para que ele possa ter uma boa qualidade de vida. Quando você consegue que o cara tome consciência e assuma o tratamento, o controle, o acompanhamento da doença, e com bons resultados, aí você avalia os resultados do seu trabalho.

Na experiência que eu tive, trabalhei 7 anos no ambulatório de HIV/AIDS e 4 no hospital, são 11 anos trabalhando com pacientes HIV/AIDS, de 1996 a 2007, eu cheguei a fazer uma avaliação geral, superficial, do que estava acontecendo com os pacientes. Eu tinha em torno de 400 pacientes, a média dá mais ou menos 400 pacientes, porque durante 3 anos, eu trabalhei 8 horas, fazia duas jornadas, meus dois vínculos estavam lá. Nesse período de 3 anos, eu atendia uns 10 pacientes por dia, tinha de 550 a 600 pacientes. E nos últimos quatro anos, eu tinha em torno de 380 pacientes. Eu tinha quase 25% dos pacientes que não tomavam remédio ainda, eram pacientes que não tinham necessidade ainda de tomar remédio. E que estavam bem, faziam acompanhamento periódico, estavam com CD4 acima de 300, com carga viral baixa. A minha opção era sempre ter a perspectiva de que ele podia viver longo tempo, e que começasse o tratamento só realmente por necessidade. Era em torno de uns 80 pacientes que não tomavam remédio. E eu tinha em torno de 15% dos pacientes que estavam em falha, que não tomavam remédio direito, que não faziam o tratamento, que já estavam mudando de remédio, que já tinham mudado de remédio e estavam falhando. E em torno de 60% dos pacientes estavam controlados. Do total de pacientes que tomavam remédio, quase 80% estavam com CD4 acima de 300 e com carga viral abaixo do limite.

Um pessoal bem, tendo vida normal, entendendo a importância de tomar o remédio, porque é um saco tomar remédio todo dia. Como eu tomo remédio todo dia, eu sei muito bem que é um saco, você tem que se convencer. Esse trabalho de

convencimento foi o que sempre me deu maior satisfação, que a pessoa conseguisse entender, e que assumisse, ela mesma, o tratamento. Isso vale para toda doença crônica, hipertensão, diabete, sempre essa preocupação, porque se ele não entender, não tem jeito. Ou ele entende, para assumir, ou vai ter problema mesmo. Trabalhei muito, tanto com diabete, hipertensos, e depois com HIV, e essa foi sempre a coisa que me deu mais satisfação, fazer esse trabalho.

E na consulta, ter tempo disponível para conversar com o paciente, para informar o paciente, para que ele possa ser o sujeito do seu próprio tratamento. Com uma doença crônica, eu não acredito que você tenha resultado, a não ser nessa situação. Que ele entenda e que possa assumir a situação.

No HIV, a durabilidade do remédio está ligada à barreira genética que ele tem. Se tiver uma mutação do vírus, não vai funcionar mais. Têm outros que precisam de um pouquinho mais, precisam de 10 mutações para perder o remédio. Eu tenho pacientes que tomam o remédio, esses de barreira genética baixa, estão há cinco, seis, sete anos... em média, eles falam em cinco anos de duração, cada esquema. Têm pacientes que estão tomando o remédio há 7 anos, completando 8 anos com o mesmo remédio, e não é um número pequeno. Isso também mostra que o trabalho deu resultado. Ele se convenceu, entendeu a importância de tomar o remédio direitinho, de ter adesão. E a mesma coisa com diabete, ter 50% dos pacientes que não tomam remédio, e tem a diabete controlada, é um resultado excelente. Hoje, tem mais de 90% dos pacientes que tomam remédio.

Minha vocação realmente não era ser médico, mas a minha grande satisfação era na consulta. Quando estou consultando está tudo muito bem, e você não tem que 'brigar' para poder fazer as coisas direito, para poder dedicar ao paciente o tempo necessário. Hoje, o esquema não é esse, o esquema que te dão, especialmente no serviço público, é de fazer tudo rapidinho, ser um despachador de doente. Então, conseguir que o cara assuma a própria doença é a coisa que me dá mais prazer. Quando tem esse resultado, acho que é o fundamental, ele pode se controlar.

A minha experiência como internista foi muito curta, mas os pacientes que você pega no hospital, você trata e resolve o problema. Ter resultado, o paciente se tratar, você diagnosticar, estabelecer o tratamento e ter resultado, é a coisa mais gratificante que tem na medicina.

E não é que eu goste de medicina, eu tenho amigos, colegas, que gostam de medicina. Quer dizer, vão fazer medicina a vida inteira, o negócio deles é esse. Esse não

era o meu negócio, meu negócio era outro. Se eu tivesse tido condições, minha vida ia ser revolucionária mesmo, não ia ser outra. Na verdade, sou muito mais um organizador, tenho jeito para isso. Eu não sou o cara que está estudando sempre, que está se atualizando sempre, não sou assim, meu processo de atualização é muito diferente, nunca fui de ficar estudando medicina, aprendia na prática, na discussão de casos, discutindo com os outros. O cara que gosta de medicina está estudando sempre, está sempre vendo as novidades. A minha coisa era muito mais a relação com o paciente, muito menos do que resolver o caso individual, para mim, a preocupação era muito mais a questão coletiva.

**Essas falhas na adesão ao tratamento em doenças crônicas, o que você acha que está ligado a isso?**

Primeiro, na doença crônica, acho que a forma de pensar, a ideologia dominante: “– O melhor é o que dá menos trabalho –”. Toda a propaganda é como se tudo fosse muito fácil, e que a gente pudesse ter tudo, sem muito esforço. Se ficar o dia inteiro vendo televisão, vai ver que essa é a propaganda, tudo do melhor, como se fosse possível. Como se atingir isso fosse possível. Então, quando as coisas exigem muito esforço, e a doença crônica exige, o diabético, se ele não se cuidar, ele está lascado mesmo, não tem escapatória. Não é uma coisa que você faz uma vez, é a vida, é você aceitar a situação. Você partir da sua situação real para mudar, e essa aceitação é difícil. E entre pacientes com HIV, tem um percentual de drogadição, e a drogadição já tem um componente de dificuldade. Quem é drogadito já tem algum problema de aceitação da situação. Hoje, em torno de 25% dos pacientes HIV são drogaditos.

Segundo, são aqueles que têm a concepção de que a doença é um castigo. E não aceitam a doença, sendo que é uma doença onde existe muito preconceito, e um grande número de pacientes tem preconceito, é difícil aceitar. E muitas pessoas pensam – Eu não fiz nada, não fiz absolutamente nada para ficar doente –. Mas não tem escapatória, não tem volta. O negócio aconteceu, está acontecido, ou assume e vai para frente... , mas tem gente que não consegue fazer isso, e aí não tem jeito. O paciente diz que faz as coisas direito, mas se for à casa dele, você vai encontrar um monte de remédios que ele pegou, mas não tomou, está tudo lá, é um problema. E a mesma coisa o diabético, que tem que fazer dieta, tem que fazer exercício, tem que tomar remédio, tem que ter uma vida regrada. A mesma coisa hipertenso, pior ainda, porque o hipertenso não sente nada

e tem que fazer dieta, tem que tomar remédio. Uma doença que, às vezes, o cara só descobre quando já tem conseqüências. Ele não tem nada, não sente nada, e tem que se cuidar. Eu acho que esse é o grande problema, entender que está doente, que não tem escapatória. Pelo que eu tenho visto, acompanhado, vivido nesses anos de clínica, trabalhando no serviço público, e mesmo no convênio, mesmo no particular, há uma falta de preocupação... o médico se entende ainda um pouco como um deus. Ele é o dono, ele decide e nem conversa com os outros. Como se ele fosse decidir, como se a participação do doente não fosse fundamental. E aí não tem jeito, como é que o doente vai assumir, se ele não tem nem informação, se não existe a preocupação de transmitir a informação.

### **E os aspectos menos interessantes do trabalho médico durante a sua trajetória?**

O mais desagradável são as condições de trabalho, ter que ficar brigando para ter um mínimo de condições para poder fazer um trabalho que você acha direito. Seja do ponto de vista do tempo disponível, seja do ponto de vista dos recursos, porque eu posso dizer que trabalhei a minha vida toda, 30 anos, como servidor público. Esse negócio de não ter recursos... A relação com os outros níveis da hierarquia... Trabalhei um tempo na atenção primária, e mesmo em uma especialidade que necessitava de muito apoio de outras especialidades e a relação é horrível. É difícil ter uma contra-referência decente. Você precisa da opinião do especialista, e tem a maior dificuldade de ter o especialista, de conseguir encaminhar. E quando consegue encaminhar, não tem uma resposta para a sua preocupação. Acho que isso é extremamente desagradável. A mesma coisa com relação aos exames complementares. Você tem dificuldades, quer dizer, saiu daquilo que é fornecido pelo próprio serviço público, é uma desgraça. Quando o serviço é comprado, é uma desgraça. Ter dificuldade para fazer um raio x, uma ecografia, ter limitação em coisas que você teria condições de resolver, se tivesse acesso ao exame complementar, mas depende de outros para conseguir. Por exemplo, na parte de gastro, que é uma condição que tem certa prevalência, é uma doença comum, não fica muito longe do diabético, entre gastrite, úlcera, esofagite, você deve ter mais ou menos o mesmo percentual que de diabéticos. Para não ficar só no tratamento sintomático, para fazer diagnóstico mesmo, precisaria de uma endoscopia gástrica, uma endoscopia digestiva, que mesmo como clínico, você deveria poder pedir, mas para fazer um exame

desses são 6 meses. Aí eu vou tratar sem exame... É esse negócio, o serviço público é uma medicina “pobre para o pobre”. É extremamente limitante.

A outra coisa, ainda dentro do suporte, quando precisa do internamento é outro desastre, é outra desgraça. É uma situação que eu entendo, eu também me recusaria a trabalhar pelo valor que eles dão para o meu trabalho. Atender um paciente do SUS, se não for de alto custo, o cara vai ter prejuízo mesmo. É um negócio terrível, essa medicina “pobre para o pobre”, sem condições. É muito chata essa enganação que se vive, fazem um discurso que é uma verdadeira e pura enganação. À exceção da obstetrícia, que aqui em Curitiba, hoje, o sistema é bom, tem algumas garantias, de uma forma geral, é muito ruim, muito ruim! Se você precisa da opinião do neurologista, é um ano para marcar consulta.

É extremamente desagradável, você tem que ficar brigando, se você precisar do internamento, precisa ligar para o cara, ficar discutindo com o cara para conseguir. Acho que é a pior parte, ter que brigar para fazer as coisas direito, é o fim da picada! E acontece direto. No serviço que eu trabalhei, medicina da família, era isso todo dia. Todo dia você tem que brigar com o chefe para poder fazer as coisas. O médico que atende ambulatório só pode ter satisfação se fizer uma boa consulta, porque é só isso que você faz. Se não tem condição de fazer uma boa consulta, olha a frustração, uma frustração terrível. Acho que a maioria do pessoal que trabalha no serviço público não está preocupada com isso, todo mundo aceita, e é isso que levou a que o ‘relatório’ seja a coisa mais importante. Poder chegar ao final do ano, publicar um relatório, que fez duas consultas por habitante por ano, mas não tem nenhuma avaliação de qual foi o resultado disso.

**Em relação aos médicos em geral, você acha também que são esses aspectos que mais pesam, o que lhes dá mais prazer?**

Primeiro, acho que tem a questão da especialização. Hoje o médico é especialista, o que traz satisfação é poder se desenvolver na sua especialidade. Quando ele consegue fazer a sua especialidade, e ganhar dinheiro fazendo a sua especialidade, acho que ele fica satisfeito. Mas não é isso que é a prática corrente. A prática corrente é que o cara tem dois, três, quatro empregos, faz tudo correndo e, muitas vezes, não consegue nem fazer a sua especialidade. Fez residência, se especializou, mas vai fazer coisas que não são sua especialidade, e isso acontece com a maioria. Eu acho que um

número significativo de médicos são frustrados, porque não conseguem fazer aquilo que gostariam, que é fazer a sua especialidade, que é poder se dedicar à sua especialidade. Hoje tem que ter um ou dois ‘bicos’ para poder sobreviver. E isso, para os médicos mais novos, deve ser o normal. Tirando aqueles que tiveram a sorte de fazer uma especialidade nova, muito nova, e que conseguiram se firmar. Eu vejo a carreira médica como ter um ou dois ‘bicos’ e trabalhar para os outros. São poucos os que vão conseguir fazer plenamente a sua especialidade, se dedicar a ela, só trabalhar com aquilo que escolheu. Sendo endocrinologista, fazer só endocrinologia, não ter dois empregos aonde não é endocrinologista, é um clínico geral. Mas a minha opinião é bastante limitada, eu convivo pouco com os médicos, é uma categoria que não... nossos interesses são conflitantes. Mas é assim que eu vejo, são raros os que conseguem isso.

Acho que existe uma diferença também entre quem faz clínica e quem faz cirurgia. O pessoal que faz clínica, mesmo, tem uma frustração muito maior. Para o cirurgião não, o cirurgião ainda tem alguma chance, porque ele tem a satisfação de operar, e normalmente, com a cirurgia, você ganha mais do que com a clínica. E eu acho que a opção pela medicina é uma opção por status, ainda. Imagino que não dá mais nenhum status, mas é por status, e para ganhar dinheiro mesmo. E é cada vez mais difícil. A gente vê pelas opiniões das entidades, os médicos não se aceitam como assalariados, todos gostariam de ser profissionais liberais, a maioria gostaria de ser profissional liberal. Na prática, não é nada mais, nada menos, do que assalariado. E o pior, assalariado subempregado, quem trabalha para convênio é um subempregado, é subemprego. Porque, na realidade, o paciente não é seu, é paciente do convênio, e você está prestando serviço para o convênio. Então, é uma relação de emprego que é um subemprego, porque é um emprego que não tem os direitos, as garantias do emprego. Ou são empregados do serviço público, ou seja, direta ou acobertadamente, é um assalariado. Acho que a maioria não se assume como assalariado, e não tem escapatória, é isso mesmo que nós somos. Aquele que pensa que um dia vai ter paciente particular... Convênio é uma relação horrível, você paga para trabalhar, assume um conjunto de despesas que tem, e os caras pagam uma ‘merreca’. Se calcular todos os gastos que tem hoje, você recebe mais ou menos 50%, tira 27,5% de imposto de renda, mais 20% de INSS... Se você recebe cerca de R\$ 30, vai receber 14. Para ter um salário decente, para ganhar 5.100 reais, ponha 22 dias por mês, tem que faturar 250 ‘paus’ por dia, isso significa que tem que dar de 12 a 14 consultas por dia.

A minha mulher foi no ginecologista particular, pagou consulta particular, mas para mostrar os exames, tem que deixar no consultório que depois ele telefona, não tem nem outra consulta para isso. O convênio, hoje, tem alguns que você não marca com menos de 2 meses, porque passar pelo particular é rápido, mas convênio...

Eu fico imaginando a frustração desse pessoal que faz residência em saúde da família, medicina da família, e que depois de fazer a residência, vai para o posto para limpar banco. Que frustração! Porque podia fazer um monte de coisas, podia ter uma grande resolutividade, mas não consegue ter, porque não dá para ter resolutividade, não tem tempo, não dá para fazer, porque a agenda não deixa. É extremamente estressante, é infarto com 40 anos, com 35 anos. Um colega nosso enfartou com 33 anos, o outro, infarto fulminante com 37. É até um estudo interessante, qual a incidência de infarto nos médicos. Sem contar as drogas, que nós já sabemos, se existe uma categoria onde a incidência de drogas é enorme, é nesta. Eu acho que é muito stress, e vai ficar deprimido mesmo, porque vai ficar frustrado. Pelo que a gente vê, tem dado de pesquisa que 44% dos médicos usam antidepressivo, e não é um absurdo, porque o cara tem um monte de subemprego. Eu lembro, quando estava em Mogi Guaçu, tinha plantonista que vinha do Rio dar plantão em Mogi Guaçu, eram 8 horas e meia de viagem. Está certo que o que ele ganhava no plantão de 24 horas de final de semana era 3 vezes mais do que ganhava no Rio.

Estava vendo um anúncio na Gazeta de domingo, Jacupiranga, no Vale da Ribeira, está pedindo médico e paga 11 'paus'. Imagine, deve ser com disponibilidade de 24 horas por dia. Não tem jeito, a concorrência é uma loucura. Nós devemos ter, hoje, um médico para 300 pessoas, aqui em Curitiba, se não for menos. A concorrência é um troço absurdo.

E ainda tem toda uma mistificação em relação à medicina e exame, é exploração armada. Ainda tem mais essa, porque a população acha isso, não dá nenhuma importância para a anamnese, para uma boa consulta, não dá. E ela está se acostumando a isso. Você pode ter 5 minutos, mas se pediu cinco exames, vai ficar satisfeito. E a maior parte dos problemas não é esse, a maior parte dos problemas dos pacientes é um problema emocional. A maior parte das vezes, o componente emocional é muito grande. O cara passa por um, dois, três, quatro, cinco, seis médicos, e nunca dá certo. Agora, eles criaram um mecanismo para dificultar isso, a porta de entrada é o posto do lado da sua casa, tudo que você faz tem que ter o código de transação da unidade, é tudo na

unidade. E tem o paciente que está sempre no serviço de saúde, o chamado “hipocondríaco”.

**E como você vê os médicos lidando com esse componente “mais emocional” dos pacientes?**

O que o médico faz é ficar enganando, não resolve o problema. Ele dá mais remédio, pede mais exames, fica com saco cheio, porque não é um problema do médico, é um problema do sistema, e ele medica mais. No final, ele despacha, pede um exame, dá outro remedinho, e o cara vai continuar voltando, porque o problema dele não era esse. Se tivesse uma boa conversa, mas as condições do trabalho são essas, quinze minutos por consulta é um troço impossível! Fora a dificuldade de acesso. Aonde ele vai, em Curitiba? Vai para fora, é muito pior. Em alguns [pronto-atendimentos] 24 horas, a chefe chegou a colocar que cada consulta devia ser, no máximo, de 8 minutos! O cara caiu em cima dela, mas é a filosofia, de limpar banco.

Esses casos, com maior componente emocional, os médicos, em geral, têm mais dificuldade para lidar. É só ver a quantidade de diazepam e de antidepressivos que os caras receitam, é uma enormidade. Já tive a fase de achar que tudo era “distúrbio neurovegetativo”, o cara tem uma vida lascada, você quer o que? E nós não temos formação nenhuma, o médico formado pela nossa faculdade, olha só o físico, o emocional é zero. A psicologia médica que tivemos foi da pior qualidade possível. Psiquiatria então, pior ainda. Se você não teve sorte de pegar um professor especial, que tinha essa visão, você sai de lá só olhando o físico. O emocional, só aquelas patologias que não dá para escapar. Porque gastroenterologia sem levar em conta o emocional... O pior é que fazem. Se você conceber o homem como uma unidade, não tem escapatória, vai ter essa relação permanente, piora do físico, reflete no emocional, o emocional reflete no físico. E não temos essa preparação, a categoria médica. São raros os que têm preocupação com isso, nós não temos, não somos formados para isso, não enxergamos o homem, não enxergamos o paciente como um todo, como uma coisa só. E cada vez mais nós estamos fracionando, porque cada vez mais é especialização de especialização.

E como os médicos não são formados para a questão emocional, eles falam que isso é para o psicólogo, e como não tem psicólogo... Onde existe boa saúde mental, a saúde mental está preocupada com alcoolismo e drogadição. Onde tem serviço de psicologia, em geral, estão focados nisso. É o hospital-dia, que fazem para os

alcoólicos, que tem nos postos, mas é essa a visão. Esse componente emocional você resolve com uma conversa, não precisa de psicólogo. Mas hoje, o psicólogo está lascado, é pior do que o médico, ele vai trabalhar nessa área e não tem perspectiva, pelo menos é o que eu tenho visto. Aqui na prefeitura, era um psicólogo para a região, então, não vai fazer mais do que trabalhar com alcoólatra. E com um resultado... que deveria ser 10.000 vezes melhor.

A maior parte dos médicos não considera isso uma coisa dele, porque a formação não é essa mesmo, quem trabalha nessa área, vai ser psiquiatra ou psicanalista, e a maioria dos psiquiatras é só psiquiatra. Aí é um terror, é uma quantidade de droga, o cara dá droga, droga, droga. Mas mesmo só fazendo psiquiatria, com remédio, os caras cobram 150, 200, 250 'paus' a consulta, o cara que tem algum nome. Agora imagine, quem faz análise, 2 vezes por semana... 100 'paus' por sessão, fora os remédios.

**Você acha que há muita diferença da prática que os médicos exercem, hoje em dia, em relação ao que se aprende na faculdade?**

Acho que existe uma distância. No meu tempo, em 1960, toda clínica médica já era fragmentada, na década de 1960! Não tinha clínica médica, tinha nefro, uro, hemato, tinha uma partezinha de cada uma, ninguém olhava o paciente como um conjunto. Mas você vai consultar o paciente, ele não é só o rim. É um ensino fragmentado, mas quando você vai trabalhar com o indivíduo doente, ele não é só a doença, então o que você aprendeu lá, não resolveu nada.

E hoje, isso não acontece só na clínica médica, está acontecendo na pediatria, está acontecendo na cirurgia. Cada vez mais fragmentado, menos a visão do todo.

No meu tempo, era absolutamente distante, o que se aprendia, e o que se encontrava na prática. Hoje, melhorou um pouco, porque você vai para o centro de saúde, vai para a unidade básica, vai para o ambulatório, e pode ver algumas coisas. Mas naquela época, não tinha nada, você não via doença comum. Se você fosse ao ambulatório, era o fim, porque você nunca tinha feito isso, só tinha tratado de doenças de especialidades, só tinha contato com doenças de especialidades. E acredito que não mudou nada, só deve ter piorado. Porque você só termina efetivamente o curso, se fizer residência, tem cada vez mais residentes. Agora, o residente tem que fazer a prática, porque senão ele não vai aprender coisa nenhuma. O estudante, cada vez menos faz a

prática, cada vez a medicina é mais teórica, e fica a prática para a residência. Quando está na graduação, o aluno faz poucos partos, não faz nenhuma cesárea, quando muito auxilia, fica segurando o ferro... Então, para o cara poder se formar e ir trabalhar, ele tem que ter arrumado muita coisa para fazer, ter feito muito estágio, muito ‘bico’, que não é o comum, é a exceção. Porque senão, não tem condições para isso, não tem.

Aquele formato da consulta clínica, que a gente aprende na faculdade, anamnese, exame físico... na prática diária, não dá tempo de fazer. Mas não tem outro caminho, a necessidade é essa mesma. Tem que ter uma visão da história do cara, tem que conversar com o cara, tem que saber o que está sentindo, o que aconteceu com ele, senão não faz diagnóstico, ouve algum sintoma e trata. A medicina, cada vez mais, é sintomática. Porque se você não consegue conversar, não vai fazer diagnóstico. Vai resolver aqueles problemas agudos, pontuais, mas tratar a doença do paciente, não vai tratar. Eu acho que a consulta é essa mesma, acho que não mudou nada, em termos de necessidade de fazer um diagnóstico, de fazer prevenção, de fazer um diagnóstico precoce, um tratamento adequado. Você não faz isso sem uma boa consulta, não adianta, não tem jeito, então, não mudou. Mas, na prática, você não consegue fazer isso. Quando muito, consegue escarafunchar um pouco a queixa principal do paciente, mas se for uma doença complicada ele está lascado. Porque ele vai circular, circular, e na hora que ficar muito doente, que ficar internado, aí vão fazer diagnóstico.

E hoje, tem exames complementares, que não tinha na consulta. E se você tem menos tempo de fazer história, vai pedir exame, como se o exame fosse resolver o seu problema. E você vai ampliando a sua rotina, pede aquele monte de exames, para ver se ‘pega’ alguma coisa.

**Como você vê essa parte das visões de mundo, dos valores do paciente, acabarem influenciando positivamente ou negativamente o tratamento?**

Com certeza, isso influencia. Você tem os religiosos, de determinadas correntes, especialmente os chamados pentecostais, que são os ‘monetaristas’, os ‘dizimistas’ [risos], esses são difíceis. Mais de um abandonou o tratamento no ambulatório porque o pastor disse que estava curado do HIV. Os caras pregam o milagre, que vai ter milagre, que vão resolver, e isso influencia.

Você tem também o cara que é hipócrita, que sempre precisa aparecer como o ‘certinho’, e nunca foi ‘certinho’. E na hora que se vê sem escapatória, porque ele tem

uma marca que é indelével, o cara não agüenta. Tive umas três experiências... Tive uma experiência, um cara que não podia aceitar a situação. Um rapaz em uma boa situação, ele não aceitava, não conseguia tomar o remédio. Conversamos bastante, mas aí teve uma paralisia facial. Depois da paralisia facial, não teve mais jeito, ele não conseguia tomar o remédio de jeito nenhum, vomitava o tempo todo, morreu.

Outro, que até tentou se suicidar, o cara entrou no hospital bem, mas estava com uma pneumocistose, e nós entramos com corticóides e com sulfa, estava evoluindo muito bem, mas não teve jeito, morreu.

Primeiro é a questão do preconceito, essa visão preconceituosa, o paciente mesmo tem essa visão, tem preconceito contra a doença, então não consegue se tratar. Tem alguns casos que dão um trabalho, porque o cara tem que se convencer, mas ele tem preconceito, como ele vai aceitar? E as mulheres casadas, que pegaram do marido? Elas falam que nunca fizeram nada, sempre foram boas esposas, nunca tiveram nenhuma relação, e “– O desgraçado passou isso! –” E se ela tem preconceito, imagina, achava que era o fim do mundo, e aconteceu com ela! Sem ela ter feito nada!

Esse negócio de achar que com a gente nunca vai acontecer, isso é muito comum.

Essa questão da vida ilusória, de estar sempre querendo viver uma vida que não é a sua, porque a mídia faz muito isso, então, a aceitação da realidade como ela é, como ponto de partida para mudar as coisas, é uma coisa que tem uma influência fundamental. E nós temos a visão de que vamos melhorar de vida, que tudo vai melhorar, que vamos poder ser iguais aos outros, e é uma coisa que não vai acontecer nunca. E isso é uma frustração, e depois de uma situação dessas, o cara aceitar a situação, é mais difícil ainda. Então, o início do tratamento, especialmente no HIV, é difícil, você tem que ter tempo, tem que ter sensibilidade para perceber que o paciente... e os colegas são horríveis, tem um bando que nem te conto! Não foram poucos os casos que eu recebi, que o cara descobriu no internamento, fizeram o diagnóstico, e o cara nem falou, nem explicou para ele o que tinha, só mandou ir na ‘infecto’.

Também existe o contrário, tem uma gente ‘para cima’, com uma adesão boa... “– Aconteceu, aconteceu, estamos aí... –” e vai, encara e vai bem, não tem problema, vai tocando.

Eu tive uma experiência interessante, como é uma doença muito recente, as coisas vão mudando. Teve um período, que o ministério, em uma determinada situação, só autorizava o tratamento com dois medicamentos, não podia fazer o coquetel, só podia

usar dois medicamentos. Eu cheguei a ter uns 60 pacientes que, pelos critérios atuais, não deveriam ter começado o tratamento. Eu conversava com eles para suspender o tratamento, ficar sem remédio, porque estavam razoavelmente bem, não precisavam ainda. – Vamos começar o remédio na hora que precisarmos mesmo, estamos ganhando tempo, senão vamos perder esse remédio... –, alguns, já estavam até perdendo, e vamos esperar. Alguns pacientes não queriam suspender, de jeito nenhum. Alguns, você tirava, e tinha que recomeçar, porque já estava na fase que estava precisando mesmo. Ficavam 6 meses sem tomar remédio, aí tomavam, mas voltavam numa boa, sem nenhum problema, e começavam a tomar o remédio de novo, e em 3 meses, já estavam controlados de novo, sem nenhum problema. Outros, estão há 7 anos sem tomar remédio, sem problema. É bastante tempo, em média, um esquema é para uns 4 anos, então ele já ganhou um esquema e meio, já está garantido.

Tem uns casos interessantíssimos, que casam depois do diagnóstico, planejam que vão ter filho, e se viram. Tem três casais que tiveram filhos, a mulher queria ter de qualquer jeito, estava disposta a se arriscar, e foram procurar a reprodução assistida, com fecundação *in vitro*, mas era muito caro. Aí eu falei que ele estava com carga viral abaixo do limite, que o risco diminui muito, e fizeram uma relação programada. Um deles, não tinha nem carga viral baixa, era um cara que não se tratava direito, eu estava sempre brigando com ele. Tiveram uma relação programada, engravidaram e tudo certo, o nenê nasceu, não infectou a mulher. O outro foi a mesma coisa, tentou pelo serviço público, não tinha jeito, e a mulher queria porque queria ter filho. Também arriscaram, fizeram uma relação programada. E elas firmes, muito interessante, porque nos dois casos, as mulheres sabiam o que eles tinham, antes de casar. E o cara não queria casar, e a mulher... e estão aí, com filho.

Teve outro que estive com uma prostituta, pegou HIV, mas a moça foi lá, conversaram, casaram. O dinheiro que tinham economizado foi para fecundação *in vitro*.

E a mulher com HIV que decide que vai ter filho, se quando engravida se cuida, faz tudo certinho, o nenê nasce sem nada. Tem esse tipo de coisas, porque você falar que não vai poder ser mãe... não, nada disso! Tem um risco, como em qualquer outro lugar, mas dentro de uma determinada situação, o risco é realmente muito pequeno. E tem umas que topam, e mandam ver, e o nenê não tem nada. Hoje, a incidência de transmissão vertical é muito pequena. Quando se cuida bem, uma carga viral abaixo de 1000, tem até parto normal, sem risco, porque a quantidade é muito pequena.

Você tem os dois tipos de pacientes, aqueles que vão morrer mesmo, nada vai dar certo com eles, e tem aqueles que não vão morrer de HIV, porque eles vão fazer tudo que tem que fazer, e vão tocar a vida, aceitam a situação, enfrentam a situação, e resolvem. Isso em qualquer tipo de doença. O diabético é a mesma coisa, o hipertenso... o cara que assume que tem, começa a se cuidar e nunca mais tem problema. Mas isso não é uma coisa que interesse ao médico, senão como é que vai fazer a cirurgia de implantação de mamária, que para ele é até mais vantagem fazer pelo SUS, porque o SUS paga muito bem. Se o cara se controlar bem, não precisar fazer 'cineangio', se não tiver nenhum sintoma, nenhum problema... Isso tem trabalhos científicos que mostram, que a diferença da evolução de quem opera, e de quem não opera, quando o cara faz o tratamento, não tem diferença. Só uma mudança de hábitos... Agora, do jeito que nós atendemos, você vai fazer prevenção? Não faz coisa nenhuma.

**No seu cotidiano, você chegou a ter casos em que tenha ficado em conflito em relação a alguma atitude que tecnicamente, ou eticamente, se questionou se seria a mais correta?**

Às vezes, a gente não faz, mas indica. Já tive várias experiências de orientar... discutir com as pacientes, se iam ter mesmo o filho, se iam fazer aborto, ou se não iam fazer aborto... e dar endereço, dar orientação. São situações que não tem jeito, que a ética, da forma como é colocada... quer dizer, isso para mim não é ética. Acho que isso daí é tão contra a ética corrente... Acho que, algumas vezes, você enfrenta essa situação em que você tem que não seguir a orientação normal, que não adianta seguir, porque o paciente não vai seguir. O que acontece, muitas vezes, é o cara considerar que fez a parte dele. Ele sabe que o paciente não quer tomar medicamento, mas ele precisa do medicamento, então ele prescreve, e o problema deixa de ser dele, ele prescreveu. Se ele tomar, ou não tomar, é um problema dele. Eu penso diferente. Isso é um problema que não sou eu que decido, vamos ver, vamos continuar tentando. Quando a gente ainda acha que é semi-deus, quando a gente acha que é a gente que sabe das coisas...

Uma vez judiei de um paciente. Ele tinha dor lombar, foi internado, e eu achei que o cara estava simulando. Eu judiei do cara... Mas teve um limite. Chegou um momento eu encaminhei para Curitiba, eu estava em Paranaguá. Na volta, vi que ele tinha uma bruta de uma hérnia, e era compressão. Voltou operado, melhor, e eu tive que pedir desculpas para ele. Às vezes, a gente dá mancada.

Ultimamente, na minha prática, eu nunca decidia realmente sozinho, sempre colocava para tomar a decisão juntos, sabendo que a última palavra não era minha, que a última palavra era do paciente. Isso eu aprendi depois de um longo tempo, porque no começo, ainda tinha muito de semi-deus, de achar que resolvia os problemas. Acho que isso é muito da nossa formação. Acho que a formação da faculdade é muito isso, o médico é o dono da verdade, não tem essa noção de que quem está doente é o paciente, e ou ele assume, ou não tem jeito. Eu demorei bastante tempo também para dar valor para o emocional, tem que levar umas ‘pancadas’ na vida...

E acho que todo médico tinha que ser paciente. Deveria ter uma cadeira na faculdade, onde você passasse pelo menos 15 dias internado como doente, para sentir. Tem um filme muito bom sobre isso, do William Hurt, que ele era um baita de um cirurgião, e tem um câncer de faringe, chama-se *Golpe do Destino*, é muito bom. O aprendizado dele, o cara que ele achava que era “filho” dele... e que, no final, tem que ir lá e pedir “arrego” para o cara. Aquela médica, que vai atendê-lo, por exemplo, é bem o padrão normal que a gente encontra por aí.

Eu tive essa experiência... Pior ainda, quando é a gente que fica doente tem médico que acha que você sabe tudo e não te trata como um paciente. Eu, quando operei a próstata, ninguém me falou o que eu tinha que fazer por causa da retenção urinária, eu fui descobrindo... o médico não falou. Como eu ia saber da incontinência?

**E esses casos de pacientes que chegam bem informados do quadro, e que querem discutir de igual para igual...**

Tive paciente que se informava, mas não nesse nível porque é um negócio muito novo. Mesmo os médicos não sabem muita coisa. Mesmo a literatura que você tem acesso na internet é um negócio muito complicado, porque a questão da imunologia é um negócio complicado, então não é muito comum. Alguns casos vêm informados, você conversa com facilidade, mas a imensa maioria não tem noção do que está acontecendo. Isso deve acontecer muito mais no consultório particular, porque na minha clientela, eram poucos os pacientes que eram bem esclarecidos.

Tem aqueles que se tratam no convênio, e vão ali [no ambulatório público] para pegar medicamentos e, às vezes, não passam pelo médico, apesar do meu protesto. Eu achava isso o fim da picada, porque o cara ‘se acha’... que tem ‘o direito’... E não. Ele tem o direito de ir lá, entrar na fila e marcar consulta para fazer as coisas. Mas para

facilitar... E também tem outra coisa. Alguns dos médicos que trabalhavam lá, tinham consultório também, e como os exames, especialmente a carga viral, era muito caro, e o convênio não pagava, o cara ia lá com o pedido do médico, e o pessoal faz... eu me recusava a fazer. Primeiro, porque o convênio tinha que pagar. Se o convênio não paga, ele que vá brigar lá. E se ele quer que eu faça o pedido, que passe em consulta, como todo mundo. Senão, ele já tem todas as facilidades, e eu ainda vou facilitar a vida dele. Enquanto isso, os 'meus' não têm nenhuma facilidade. Quem não tem recursos, não tem nenhuma facilidade.

Mas o pessoal mais esclarecido, não têm muitos. A maioria é um pessoal mais simples mesmo, que não tem noção, você tem que explicar bastante. Às vezes, são várias consultas. A primeira é 1 hora e 10, 1 hora e quinze, às vezes, 1 hora e meia. A primeira consulta nunca dá menos de uma hora. Já cheguei a ter uma paciente que ficou uma hora e 45, porque era tanto 'grilo', tanta coisa, e isso é só o começo. Na segunda vez, tem que retomar tudo, porque você falou, conversou, mas ela fixou muito pouco, era aquela tensão emocional.

E a confiança dos pacientes no médico, hoje em dia, não é a mesma. Antes, o médico era um 'deus', era uma relação de submissão, você confiava mesmo, porque o cara 'ganhava' você. Quando você vai ao médico, já está preocupado, agora imagine chegar ao médico e o médico não te escuta, não te explica. Os caras que faziam clínica médica, era consulta de uma hora, o cara estava disponível para você, explicava as coisas para você, se estabelecia uma relação de confiança. É impossível estabelecer uma relação de confiança no tempo que você tem hoje, e da forma como você atende hoje. Eu via que era deus no céu, e Dr. Lisandro na terra, e não era só comigo, o pessoal que atendia direito, todos eles, era uma relação de confiança impressionante. Hoje não, hoje não dá tempo de criar confiança. Porque a relação de confiança é uma relação de troca, tem que receber alguma coisa em troca, para criar confiança. De fato, mudou muito! Só na ginecologia e obstetrícia você tem muita proximidade mesmo... existe uma relação de confiança, se desenvolve uma relação de confiança. Tanto que o médico saiu do convênio, ela vai lá e paga particular, para continuar no médico. Meus filhos tiveram um pediatra só, a vida inteira. Hoje, você vai a um, vai a outro, vai a outro, porque não se estabelece uma relação de confiança. Meu filho já foi em uns 10 oftalmologistas, você não sabe em quem confiar. Hoje, quando tenho que indicar alguém, é uma coisa cada vez mais difícil.

**Em relação às expectativas que você tinha, quando começou a fazer medicina, quais acha que se realizaram, e quais não se realizaram?**

Nesse período que eu trabalhei com HIV–AIDS, acho que foi a época que mais me realizei como médico, em relação àquilo que eu tinha pretensão, que era ajudar os outros. Isso foi muito gratificante. Primeiro, uma situação extremamente complicada, mas ao mesmo tempo, tivemos sorte de ter uma evolução fantástica. Porque é uma doença que em 28 anos, você tem uma compreensão cada vez maior, e a sobrevivência, com qualidade de vida, é cada vez maior. E essa situação me possibilitou ajudar muita gente.

Acho que teve um período, em que eu trabalhei em São Paulo, quando eu comecei com a saúde comunitária, também foi muito gratificante. Eu acho que a organização do trabalho, não só organização do serviço, mas ter sido médico, ter feito treinamento de pessoal, ter sido, de certa forma, um pioneiro em uma área de assistência, não só do ponto de vista da organização, mas do ponto de vista de ter participado, de ter aprendido. E hoje mais, muito mais, me sinto mais realizado, de que aquilo que eu fiz naquela época, uma época que não tinha diferença, na essência não tinha diferença, entre o que a gente fazia como médico de saúde comunitária, e médico, praticamente não tinha nenhuma diferença. Eu estou satisfeito, me sinto realizado, tanto nessa fase final, como médico, sendo médico, foi muito bom. Mas ainda é só paliativo. Minha frustração é não fazer a revolução (risos). Essa é a grande expectativa não realizada, mas também não vou desistir, não vou perder a esperança.

Mas como médico, já cansei... não porque tenha cansado, é que todas as dificuldades que o sistema coloca... não compensa. Você cansa de ficar brigando, aquela chefe da segunda regional, todo dia ameaçando, fazendo de tudo para você querer sair de lá, um local excelente para trabalhar, essa pressão é um troço que não... Mas eu, como médico, acho que realizei esses dois aspectos, de ter trabalhado em uma mudança que ainda está mambembe... E, outra coisa, nunca ter aberto mão daquilo que eu considerava como qualidade da minha consulta. Isso é outra coisa que nunca transigi. Mesmo meus amigos, muitas vezes, tiravam sarro de mim, discuti muitas vezes essas coisas, mas nunca abri mão, e sempre gastei, com o doente, o tempo que eu achei que ele precisava. Nunca abri mão disso.

**(FIM DA ENTREVISTA)**

## ENTREVISTA COM DR. ARMANDO

**No começo, gostaria que você falasse um pouco da época de infância.**

Eu nasci em Curitiba, em 1951. Até a minha adolescência, Curitiba era uma cidade pequena; tinha 280 mil habitantes, 300 mil habitantes.

Eu posso dizer que eu tive uma boa infância. Eu morava no Alto da Rua XV e ali tinha a coisa do futebol, clube. Fazia aquela corrida de carrinho de rolimã, no sábado.

Toda a minha formação de 1º e 2º grau, eu fiz no Colégio Santa Maria, um colégio marista. O Santa Maria é antigo, meu pai já tinha estudado no Santa Maria.

Minha mãe era dita do lar, e o meu pai era representante comercial.

O meu avô paterno era médico, um médico de renome aqui em Curitiba. Na minha família tinha médico. Mas voltando ao passado, não foi tanto isso o que me influenciou.

A primeira influência que eu tive para a escolha da medicina foi em 1960, que eu tinha 9 anos de idade (9 para 10 anos de idade). No mês de abril, 17, eu tive uma glomerulonefrite. Você imagina uma glomerulonefrite numa criança de 9 anos de idade, em 1960! Isso requeria, naquela época, um tratamento que era: repouso absoluto no leito, sem se mover, durante 30 dias, com uma dieta totalmente hipossódica, totalmente insossa, sem gosto nenhum; medindo o volume urinário de duas em duas horas e tomando uma terramicina, e injetável, ao dia.

Tudo bem, mas o que me deixou assim maravilhado, vamos dizer, era a visita do pediatra, que ia todos os dias na minha casa; chegava lá às 8 horas, 9 horas da noite. Ele ia para lá quando saía do consultório, ia me ver lá, todos os dias, o Dr. Plínio Marcos Pessoa. E aquilo me deixou assim, sabe? Eu disse: “-*Um dia eu vou fazer tudo aquilo. Cuidar das pessoas, que nem ele cuida.*” E foi assim que despertou o meu interesse para fazer Medicina.

Naquela época, até a década de 1980, de 1970, eram todos os colégios dessa maneira, quando você terminava o ginásio e ia para o científico, tinha que optar entre direito, engenharia ou medicina. O científico era direcionado para isso aí, porque o vestibular era dirigido para essas áreas. Quando eu terminei o ginásio e fui passar para o científico, fiz a opção pelo científico de medicina.

Então, eu me preparei para o curso de medicina a partir dos 15 anos de idade.

Naquela época, o científico era dividido em três grandes áreas. Quem queria fazer direito, por exemplo, tinha que ir lá para o estadual. O direito era mais língua, filosofia – tudo o que caía no vestibular, coisa que não tinha na parte de medicina. A parte de medicina era mais direcionada à biologia, à química (mais a química orgânica) e a física. Matemática não tinha tanta importância assim. E na engenharia, já era ao contrário, era mais matemática e física. Biologia e química... era dada pouca importância para isso.

O vestibular não era como é hoje só caía mais as áreas afins, mas daí - as coisas acontecem - o ministro da educação de 1960, acho que era o Jarbas Passarinho, ele inventou moda. Ele inventou que no vestibular de 1970, quando eu ia prestar vestibular, ele fez duas grandes modificações: que a prova ia ser múltipla escolha – porque ele nunca tinha feito prova de múltipla escolha, só prova escrita, e o vestibular também era prova escrita. Então, nós chegamos no terceiro científico e nos deparamos com o vestibular que ia ser uma prova de múltipla escolha e ia cair matemática. Então nós tivemos lá um reforço, tivemos que entrar num cursinho pré-vestibular para aprender prova tipo teste e aprender matemática. Por isso que foi terrível.

Até foi gozado, porque nesse tempo, só existiam dois cursinhos para medicina, o Bardal e o Dom Bosco. Então, por grupo de estudo e por amizade, fui para o Dom Bosco. E no Dom Bosco, tinha começado – naquele ano, em 1969 – um professor a dar aula de matemática. Ele era chinês, e tinha acabado de se formar em administração e estava começando a dar aula no Dom Bosco. E essa pessoa nada mais é que o Oriovisto Guimarães, que hoje é o magnífico reitor lá da UniCemp. Essas coisas que chamam atenção na parte crítica da vida.

Eu entrei na faculdade aos 18 anos, fiz 18 em agosto de 1969. Naquela época, era muito difícil entrar antes de 18 anos. Era muito, muito difícil, eu me lembro disso, porque comecei o Santa Maria em 1959 e só podia entrar no 1º ano primário quem tinha 7 anos completos, ou completasse 7 anos antes do mês de junho. Como eu completava 7 anos em agosto, eu não podia. Eu tive até que fazer pré-primário para poder ficar lá e entrar com 7 anos completos no 1º ano. Então era muito difícil você sair do colégio antes de 18 anos, era muito raro.

Em 1970, eu prestei vestibular. Naquela época, era uma situação difícil, porque a Evangélica tinha começado o curso em 1969. Só tinha a Evangélica, a Federal e a

Católica, e o meu pai não tinha condições de pagar um curso particular, que era na Católica. A Evangélica, naquela época, era cinco vezes mais cara do que a Católica, o custo do curso.

Eu não passei na Federal, porque tinha que tirar no mínimo 4 (tinha nota mínima). E eu, na prova de matemática, tirei 3,8, então não consegui entrar na Federal. Fiquei chateado. O meu avô era o meu segundo pai, o meu avô materno. Ele viu que eu fiquei meio deprimido, meio virado com a vida, me chamou na casa dele e falou assim: *“-Ó, você vai fazer vestibular lá na Evangélica.” / “-Não vou. É muito cara.” / “- Não. Não se preocupe. Eu já fiz a tua inscrição. Eu vou pagar o teu curso e na minha falta eu vou te deixar um seguro, que você vai poder fazer o curso lá.”* E foi assim que eu fiz vestibular e passei.

Eu entrei na Federal em janeiro e na Evangélica em fevereiro. Na Evangélica, naquela época, a prova era escrita. Tinha peso maior biologia, química e depois... Não tinha matemática, então o peso maior era a prova de biologia e química – e escrita. Daí eu tive que por na nossa hortazinha, né?

### **Pode falar um pouco da época da faculdade, da sua formação.**

Bom, isso eu converso sempre com os meus alunos. A noção de quem entrava no curso de medicina, naquela época, era a que você dispunha de 6 anos para se formar médico. Residências eram poucas, e as residências até tinham um sentido assim mais pejorativo, quer dizer, servia para aquele cara que não fazia o curso direito. Quem não fazia o curso direito, ia ter que se formar em residência.

E na faculdade Evangélica, na época, era uma faculdade que estava começando, era a terceira turma, e a aula começou em março. Na primeira aula de anatomia, o professor titular, já chegou com uma escala de plantão. Nós tínhamos que fazer um plantão a cada 10 dias no centro cirúrgico, para instrumentar cirurgia. No 1º ano, já você fazer plantão no centro cirúrgico? Beleza, você é médico, não é? E valia como carga horária para a prática de anatomia. Isso foi o diferencial, foi o ponto alto.

Nessa brincadeira, a gente começou a conhecer os professores da faculdade, ter um envolvimento mais de perto com eles, e dependendo da sua dedicação, do interesse mostrado, você passava a ser convidado a frequentar os ambulatórios dessas pessoas e acompanhá-las nas visitas na enfermaria. Isso foi criando vínculos e abrindo uma série de campos, oportunidades para você fazer o acompanhamento. Eu comecei a

acompanhar no 2º ano já; eu recebi convite para fazer acompanhamento no ambulatório de ginecologia, através do antigo acesso no ambulatório de clínica médica. Começou com essa equipe de dedicação, não tinha uma área específica, a não ser começar a acompanhar na ginecologia, depois na clínica médica. Naquela época, o estágio oficial era o internato, só tinha estágio oficial no internato. O resto era você que tinha que segurar. Não tinha nada oficial, até o 5º ano era tudo voluntário. Você que escolhia, você que fazia opções; você que ia acompanhar, você que ia conversar com o chefe e ia se virar, correr atrás! Era vantagem, que ele dizia. “-São todos estudantes recém-formados, tem que aprender.” / “-Então vamos lá!”

Esses acompanhamentos em ambulatório, nessas três principais áreas, era algo voluntário. Tinha uma grade horária que permitia, porque a maioria das aulas, do 1º ao 5º ano, eram das 8 às 10:30 da manhã. E depois, das 4, 5 da tarde às 8 da noite. Então, você tinha um período de 6 horas, uma janela, que permitia que você fizesse esse tipo de acompanhamento. Aí você acabava montando um currículo paralelo, que você ia jogando para a grade horária de interesse. Daí já convidavam para você participar de uma cirurgia, por exemplo, lá num outro hospital, acompanhar no consultório, tal. Era esse o esquema, um esquema muito bom, porque não tinha aula teórica, era um aprendizado, era um auto-aprendizado. Vamos supor, via aquilo na clínica médica; às vezes, você notava aquilo na clínica médica. Então chegava um paciente. “-Está com icterícia.” Estava no 3º ano, com o Dr. Régis. “-Vai para casa hoje, pega tal livro e vai estudar porque nós vamos estudar isso aí.” Era nesse esquema. Se você não cumpria esse dever, ele já te olhava torto, não tinha terceira chance. Você tinha que correr atrás, e sempre tinha cobrança de alguma coisa.

Mesmo nas aulas da faculdade, até o 5º ano, eram teóricas e práticas. A carga horária era semelhante à que é hoje, não tem muita diferença, é 30% teórico e 70% prática. Isso não mudou muito.

No final do 4º ano, na procura de algum estágio remunerado, abriu uma seleção no Hospital Pinheiros, que era um hospital psiquiátrico que tinha em São José dos Pinhais. Era um hospital que tinha mais ou menos 500 leitos para internação. Como naquela época o salário que eles pagavam era muito bom, correspondia a 3 salários mínimos por mês, eu me inscrevi pra fazer a seleção, pra decidir. Passei e comecei a fazer plantão lá; tinha uma boa equipe de psiquiatras, que hoje são professores na federal, aqui na faculdade. Daí tinha aula toda semana, discussões... Era um bom atendimento que se fazia lá naquele hospital.

O meu plantão era na sexta-feira, do meio-dia às oito horas da manhã do sábado. Essencialmente à tarde, nós fazíamos atendimento clínico aos pacientes internados e fazíamos as entrevistas psiquiátricas, a história familiar dos internados. E à noite, eu ficava sozinho, o interno ficava sozinho com o médico do hospital. Tinha que correr, porque tinha que fazer as internações. Naquela época, eram muitos casos de alcoolismo, as esquizofrenias... droga era muito pouco – o máximo que a gente tinha era maconha, então o principal era o alcoolismo. Quer dizer, não adiantava só o tratamento da pessoa, tinha que ser o tratamento que envolvesse toda a família, aí é que estava o problema.

Isso foi no 4º ano, eu continuei no 5º ano e casei do 5º para o 6º ano. Já fazia estágio, trabalhava, então dava para casar, sem problema nenhum. E quando eu estava casado, comecei a fazer muito plantão. Daí eu via aquele paciente que eu internava sexta-feira, porque sexta-feira era “bombado” o internamento de emergência psiquiátrica, e depois de um mês, depois que eu voltava lá, o paciente recebia licença para ir para a casa. Eu disse: “-Pô, a psiquiatria funciona, cara! *Quarta-feira eu internei um bagaço aqui, está saindo gente fina!*” [Risos].

E no 6º ano, o plantão de domingo era voluntário, quer dizer, era bem pago, mas não fazia parte da escala. E como era bem pago eu passei a fazer o plantão de domingo, no 6º ano. E o que aconteceu? Aquele paciente que eu tinha internado aquele dia, que eu tinha visto saindo de sexta, eu via, no meu plantão de domingo, que quando ele voltava, ele voltava pior do que estava. Isso começou a mexer um pouco comigo. Esses problemas – de drogas, álcool – são problemas que requerem... primeiro, 95% dos pacientes não são internados por querer, já eram internados porque estavam incomodando alguém. Esse alguém chamava a polícia e a polícia levava lá para internar. Não era por opção dele. E quando não tem a opção do paciente, não tem bom resultado nisso.

Chegou junho, julho de 1975, o diretor clínico do hospital me convidou para trabalhar lá depois de formado, que eu iria fazer um acompanhamento, fazer um bom serviço. Era uma boa opção fazer psiquiatria.

Então, quando eu cheguei no 6º ano, tinha três áreas para escolher: ou ia fazer gineco, ou ia fazer psiquiatria ou ia fazer clínica. Eu só fui me decidir para ginecologia no 6º ano, na metade do 6º ano. Fui até conversar com o chefe, era o Francisco naquela época. Ele era professor adjunto na federal e era responsável pela residência lá, e eu fui falar com ele sobre a residência na federal. Ele falou: “-Não, eu acho que você não precisa fazer residência. Você me acompanha aqui desde o 2º ano! No ano que vem eu

*vou abrir concurso aqui para professor e você pode fazer concurso.*” Eu fiz, passei e sou funcionário até hoje. As oportunidades foram vindo e eu mudei de barco, fui para a ginecologia.

É preciso lembrar, que a residência, naquela época, era diferente, muito pejorativa! “*Ah, se o cara não estudou bem, vai fazer residência.*” Na minha turma, de 44, 5 fizeram residência. E fizeram residência assim, um foi fazer em doenças infecciosas e parasitárias, outro foi fazer residência em pediatria. O resto não fez residência, entrou e já foi pra mestrado, prestaram concurso para título. O *boom* da residência começou na década de 1980. Eu me lembro que na faculdade, eu comecei em 1973, e seis meses depois de formado, só tinha uma residência, que era a mais antiga, era na oftalmo. E depois, em 1974, começou a residência de clínica cirúrgica. Em 1976, começou a residência de pediatria. E em 1978, eu estava no 6º ano e existia, lógico, o grande problema era o número de pacientes para você, porque se você não acompanhasse, você não cura esses pacientes.

Acho que o que me atraiu na ginecologia, foi a somatória de tudo, porque a ginecologia é clínica, é essencialmente clínico; o atendimento inicial ao paciente é clínico, você tem que ter um bom embasamento em psicologia e psiquiatria para atender essas pacientes, e também tinha parte cirúrgica que eu fazia. Era completa, era uma especialidade completa para mim, e você via resultado daquilo o que você fazia com a paciente – e vê. E na psiquiatria, não via.

E na clínica tem uma tendência à cronificação também (hipertenso, diabético). Não tem a dinâmica do consultório de ginecologia, porque é difícil ter pacientes que você vê há muito tempo e que vão lá pelo mesmo problema – sempre pelo mesmo problema –, você tem na sua rotina outras coisas.

E não vou esquecer que na ginecologia, eu também fazia clínica. A mulher, a partir do momento que ela confia no ginecologista, o ginecologista passa a ser o médico dela; não importa se ele é ginecologista. Ela está com uma dor de cabeça, ela vai buscar você primeiro; se ela está com uma hipertensão, ela vai buscar você primeiro, você acaba se tornando, na verdade, o médico geral dela, o conselheiro dela. Ela vai precisar de uma opinião para qualquer situação, tanto na vida pessoal dela, quanto na parte de saúde.

Naquela época, logo que me tornei professor, a maioria do atendimento no hospital, era cirúrgico, então não dava tanta ênfase à ginecologia e obstetrícia; pegava muito pouco o movimento de ginecologia e obstetrícia. Lógico que isso era um fator de

deficiência do estágio, do internato – isso aí no curso de ginecologia, a ineficiência de pacientes. Apesar da escola não ser, o hospital era mais voltado para a cirurgia.

Em 1978, como eu era o professor mais novo, vieram me cantar para conseguir abrir a residência, fazer uma residência em ginecologia, para atender pacientes. Eu disse: “-*Não tenho nada contra, mas o Dr. Lúcio é contra a residência.*” – porque o Lúcio não era muito favorável à abertura de residência, porque ele achava, já naquela época, que residência era mão-de-obra barata, que era exploração do médico. Era a visão que ele tinha, e não deixava de ser. Eu falei: “-*Tá bom!*” Vim aqui, marquei uma hora: “-*Nem me venha falar em residência...*” / “-*Mas Dr. Lúcio, os meus alunos; assim, assim e assim...*” / “-*Então, vai pra casa e monta lá um curso de especialização. Daí pode ser que eu deixe.*” Passou um tempo, pesquisei, montei o tal do curso de especialização mesmo. Depois de uns cinco meses, eu trouxe para ele a proposta. “-*Ah, deixa aí que eu vou analisar.*” / “-*Tudo bem.*”

O Dr. Lúcio tinha uma característica assim, que quando ele ligava para a casa da gente, a secretária dele ligava, marcava a tua consulta, o teu horário lá com ele pra conversar no sábado ou domingo. Então sábado era dia de esporro, era dia de bronca; e domingo era amenidade [Riso]. Eu já sabia. Um dia, eu cheguei em casa, sexta-feira, e a minha esposa falou: “-*Ligaram para você ir falar com o Dr. Lúcio.*” / “-*Quando?*” / “-*Domingo.*” Daí vim aqui “-*Ó, Armando, eu olhei aqui a proposta, está muito boa. Mas está muito boa para ser curso de especialização. Então eu vou determinar que você vai abrir a residência.*” E daí criaram a residência em ginecologia. E assim foi indo.

Depois, na década de 1980, teve o problema com a universalização lá do INAMPS; passou INAMPS primeiro, toda aquela situação ali, e já começou a ter maior volume de pacientes aqui no hospital. Acho que isso foi interferindo no aprendizado. Já tinha a residência, o residente estava afoito para aprender e, nisso, acabou tirando espaço do aluno. Isso eu acho que foi o marcador que avacalhou com a coisa. Aquela chance que nós tínhamos como estudantes, passou a ser do residente – e eu sou o culpado disso, porque eu que criei isso daí! [Risos]. Criei uma das residências, por isso eu sou o culpado.

Mas o *boom* começou na década de 1980, tanto é que a residência foi regulamentada no Brasil em 1983, 1984 – alguma coisa assim. Antes, não tinha nenhuma regulamentação. Isso aconteceu, porque com essa universalização da medicina, você precisou ter maior aporte de pacientes nos hospitais. E veja bem, naquela época, os catedráticos não iam deixar seus consultórios, suas cirurgias, seus

procedimentos - que eles cobravam particular, para atender a preço de SUS. Mas eles filiavam-se dentro dos hospitais, e criaram-se os feudos: feudos disso, feudos daquilo. O catedrático era esse, quer dizer, ele manda aqui nessa situação ainda. Então, 80% da caixinha é dele. Alguém tinha que trabalhar por aquela caixinha dele, não é? Quem é que vai criar, se ele é... *“-Ah, mas isso não pode contratar porque custa muito caro, é um cara de sucesso.” / “-Então vamos contratar residente. Vamos dar o título para residente.”* – fácil. Acabou sendo essa coisa da necessidade de atender e da agregação do feudo, porque a pessoa tinha que continuar... e que continua mandando até hoje. Continua o mesmo modelo, não mudou nada. Não mudou nada, nada! Os chefes continuam ganhando lá 70 e tantos por cento do movimento financeiro daquele feudo.

**Eu gostaria que você falasse agora dos seus empregos, vínculos profissionais...**

Em 1975, comecei a trabalhar na Clinisul, uma empresa de medicina de grupo, que eu fazia do meio-dia às quatro da tarde. Depois, do meio-dia às oito da noite, eu fazia na Clínica Andrade. E de manhã, eu fazia na Andrade, na segunda, quarta e sexta; e vinha na faculdade, voluntariamente, na terça e na quinta.

Nas duas clínicas eu fazia ginecologia ambulatorial, e vinha para cirurgia no hospital, na terça e na quinta. O chefe me chamava para acompanhar o pessoal do 6º ano, então eu lecionava. Depois eu passei no ambulatório. Aí abriu concurso, acho que em maio ou junho de 1976, eu me inscrevi e consegui. E para você ver a noção errada da gente: em 1976, 1977, teve o concurso no INPS, para ginecologia e várias especialidades. Eu fui lá, me inscrevi para ginecologia e passei em quarto lugar. Passei na frente do meu chefe. Mas lá ia pagar R\$ 2.500, e a Clinisul pagava R\$ 4.000. Então eu fui para a Clinisul, mandei o INPS para o inferno! Quer dizer, era ingênuo, não tinha noção de futuro, estou mal aposentado e poderia estar com a minha aposentadoria do INPS bonitinha, mas não estou. São as burrices da vida de iniciante que você acaba fazendo.

Naquela época, os médicos que se formavam, automaticamente, já abriam o boteco na esquina. Abriam e pronto. Aí é que está! Veja bem, o INPS, naquela época, tinha três categorias de pacientes só: ou era do previdenciário – e tinha que trabalhar com registro em carteira; quem não tinha registro em carteira não era previdenciário. Ou era particular ou era não-contribuinte, era um indigente. As empresas de medicina de

grupo estavam começando. A maioria das consultas ou pagavam tipo um plano de saúde individual, para ter o que era lá a Clinisul, a clínica Andrade, que eu comecei a trabalhar, e particular. Então você vivia decentemente com isso. Dava pra viver..

No consultório, a clientela era 70% medicina de grupo, o restante era particular. Não era o mesmo esquema de hoje, de seguro saúde. A gente montava um plano, a pessoa pagava um X por mês e tinha direito a tantas coisas. A gente fazia um monte de convênio com empresa, para dar atendimento médico aos funcionários de empresa. Isso era o que entrava. Você atendia a “Mariazinha” na empresa. Ela gostava do atendimento e pedia que viesse a mãe dela, mas a mãe dela não podia. Então ela ia lá e pagava particular. Uma coisa puxava a outra.

Em relação à clínica, vinculei-me a um grupo... é aquele negócio de conhecimento. Hoje é igual, está tendo esse tal de *network*, você já tinha essas redes, você conhecia... lá na Clinisul foi o Roberto, que era da primeira turma da Faculdade – e a Faculdade era pequena; tinha uma turmazinha que se reunia ali no centro, na galeria Tijuca, toda a noite. Tinha o pessoal do 1º, 2º e 3º ano, era mais ou menos igual. E cada um chegava e falava: “-Ah, tal lugar está precisando de gente. Tal lugar está precisando de gente.” E nesse ano, por indicação: “-Ah, está precisando de gente lá pra fazer plantão.” E assim: “-Ah, eu estou precisando de um médico gineco. Me dá uma opinião, por favor?” Era assim. E conseguia, batia na porta, apresentava o currículo e aí não tinha muita discussão.

Eu comecei a atender na clínica no 4º ano, em 1976, já fazia plantão. Formei-me e passei a ser contratado da clínica com mais outros médicos. Chegou uma época que a clínica – e isso foi em 1980, em 1982 – que o dono da clínica devia férias, 13º e todos os encargos trabalhistas, era muito grande a dívida. Ameaçamos entrar na Justiça do Trabalho, se ele não pagasse, e ficou a troca da nossa dívida em relação às ações da clínica. Daí eu me tornei proprietário da clínica, por conta do não pagamento de um profissional médico para outro médico. [Riso]

No começo, entramos como contratados, com carteira formal, éramos empregados dele. Depois, em decorrência do não cumprimento das obrigações trabalhistas, com a ameaça de entrar na Justiça do Trabalho, veio o acordo do regimento; para salvar as ações, a parte majoritária da clínica, formada de médicos, tornamo-nos sócios, porque aceita a dívida, passou as cotas para gente, e aí ficamos sócios. Mas essa é uma outra história muito importante. Tem um trágico final nessa história.

Era uma clínica grande, tinha ao redor de 2.000, 2.500 atendimentos mensais. Éramos três médicos sócios e mais 8 contratados da clínica. Eram 12 médicos atendendo, e mais o plantão. Nessa época, meu consultório era na própria clínica. Havia dois funcionários que eram antigos e acabaram ficando sócios também da clínica, mas em proporção menor. A clínica atendia ginecologia, pediatria e clínica geral. Além da parte ambulatorial, realizava exame, tudo. Era uma previdência privada, com exame complementar, de imagem, laboratório – tudo, só não dava internação hospitalar.

Além dos médicos, o restante da equipe... Aí é que está a outra confusão! Eu só vou contar, a conclusão, que cada um tire. Na área de saúde, o atendimento são 6 horas por dia, eu tinha uma recepcionista das 7 às 13 e outra das 7 às 19, e mais enfermeira. Então eu tinha 4 funcionárias, e mais uma servente, que fazia 8 horas. À noite, eu tinha um guardião. Mas, no dia-a-dia, essencialmente, eram 5 funcionários.

Hoje, eu trabalho numa unidade de saúde que atende mais ou menos a mesma coisa que eu atendia lá, e tem 38 funcionários. Beleza! É assim que vai o dinheiro do SUS para dentro do ralo: para pagar funcionário, certo? Ontem, faltaram 5 enfermeiras lá. E ficou tudo bem! Cinco atendentes de enfermagem. E na época da eleição, o [trecho inaudível]. É uma boa forma de você eleger algum deputado ou algum prefeito. Isso aqui é uma maravilha! E à custa do serviço médico, do serviço do médico. Eu quero ver o candidato que me diz que vai aumentar o número de médicos, como é que ele vai fazer para aumentar o número de médicos, pagando R\$ 2.000 por mês? Eu quero ver como é que ele vai fazer essa conta. Nem aqui e nem na China!

A clínica tinha plano de saúde, mas era pequenininho, 80% do atendimento era de convênios com sindicatos, tínhamos 22 sindicatos associados e os sindicatos não tinham credenciamento com várias clínicas, nós éramos exclusivos. Só que para manter o exclusivo, tinha que pagar o bloco para os caras por fora, não era parte do contrato! E isso aí era um escândalo, porque naquela época, era uma época de inflação – e de alta inflação aqui no Brasil. Daí que a gente descobre como é que esses caras ganhavam dinheiro. Por exemplo, na constituição sindical, todo mundo tem que pagar – naquela época, não agora (naquela época havia inflação). Então o sindicato arrecadava, por exemplo, a R\$ 1.000 a categoria, mas ele declarava para o Tribunal de Contas da União, que era [trecho inaudível], esses R\$ 1.000. Mas aquilo que ele aplicava, que ele ganhava lá no mercado de aplicação, era colocado para fora – e é isso que eles roubavam. Era uma baita de uma sem-vergonhice! Por isso que eu sou contra o imposto sindical cobrado. Eu vi esse negócio como é que funciona, perfeitamente! Então eu conheço tudo

que é líder sindical, não importa se é da CUT, CGT. É tudo um bando de sem-vergonha! É tudo um bando de cafajeste, sem-vergonha e ladrão! Porque uma característica para você manter o atendimento, para qualquer sindicato que fosse, é que você tinha que pagar de 10 a 15% por mês para o presidente ou para o tesoureiro do sindicato. E se não pagasse isso, ia cortar o convênio; e esse pagamento era feito em dinheiro. Quer dizer, se vem me falar de sindicato aqui, eu tenho as minhas provas materiais de que esse pessoal... isso era uma prática comum lá na sociedade. Eu cansei de ir a banco e sacar o dinheiro para poder pagar o sujeito que tinha hora marcada e que tinha que receber lá, na maior cara-de-pau! Não tinha vergonha.

Em relação à clientela, a maior parte era via sindicato e era uma clientela fixa. Era fixa enquanto se mantinha no emprego. E alguns saíam do emprego, saíam do sindicato, e associavam-se lá na clínica.

Em termos da qualidade do plano de atendimento, era um intermediário entre o privado e o SUS. O convênio era feito no custo dele e na perspectiva do número de pacientes que você ia atender. Ele variava apenas pela quantidade, não pela qualidade. E você acabava tendo que atender um volume grande para fazer girar. Então esse volume é que dava o porquê da manutenção daquele convênio

Do ponto de vista do atendimento, era o atendimento do médico normal, atendimento agendado; a consulta pré-agendada, até maior que na secretaria municipal, que lá, entre uma consulta e outra era 20 minutos, em média. O agendamento era feito de 20 em 20 minutos. Você contratava médico sempre nessa conta: ele vai ficar aqui 2 horas; 2 horas ele vai atender tantos pacientes. O esquema era a Clínica estar pronta para prestar esse atendimento. E a gente não atendia outro tipo de plano privado, só o da clínica mesmo, que era também ambulatorial exclusivo. Quando eu era diretor, não tinha esses atendimentos tipo Unimed, esse tipo de seguro-saúde. O médico podia atender lá, se ele fosse um médico contratado da empresa, ele poderia fazer lá o atendimento da Unimed, por exemplo, do Banco do Brasil, e pelo uso do consultório, ele pagava 10% do valor da consulta. Cada um podia fazer o seu próprio atendimento lá.

Na parte do atendimento médico, propriamente dito, não tinha diferença se eu ocupasse uma secretaria municipal. A diferença é na parte do dia-a-dia, é a qualidade de vida como profissional – porque nós éramos 5 sócios (3 médicos e 2 funcionários), e fazíamos um rodízio, cada 4 anos mudava e cada um pegava uma fatia, eu era o diretor clínico, outro era diretor administrativo, outro era tesoureiro etc. Isso que dava a carga extra de estresse. Nessa época, era o Júlio, eu era o gerente da administração – então era

isso que eu tinha que pensar, porque nós tínhamos um administrador contratado, mas tinha que passar pela gente. Quem tinha que ir lá no ministério do Trabalho, era eu, era o sócio-gerente, não era o administrador, e eu era gerente administrativo da clínica, tinha que ir ao Tribunal do Trabalho por conta de funcionário que tinha sido despedido; tinha que brigar com o juiz, com o advogado; tinha que ir ao banco também para pagar a propina para o “filho da mãe” do sindicato; isso que era o estressante da coisa – e essa preocupação não tem na prefeitura. Mas na parte de atendimento médico, não tinha diferença nenhuma da clínica para a prefeitura, era a mesma coisa. O que eu atendia na clínica, eu atendo na prefeitura, é a mesma coisa.

O sindicato pagava o atendimento, e tinha outra fatura para os exames. O sindicato pagava o exame complementar, que não tinha nada a ver com a gente. Era o sindicato que tinha convênio para exame complementar com outra empresa: laboratório, raios-X etc. Não tinha nada a ver com a gente. Solicitávamos a liberação, podia levar até uma semana, não tinha limite de exame. Entrava no atendimento normal. Até eu tinha uma resolutividade maior, porque exame complementar saía muito mais rápido do que aqui, hoje. Tem mamografia, por exemplo, na prefeitura, que demora 60 dias.

O maior problema era a internação, mas no tratamento que ele tinha, você encaminhava para o especialista e ele cobrava, ou fazia via SUS etc. O problema eram as emergências, ele encaminhava para o pronto-socorro, esse que era o maior problema, mas isso não era parte do convênio. A clínica não tinha responsabilidade sobre esse tipo de atendimento, era responsabilidade do sindicato. O sindicato que tinha que entender que o direito dele é esse. O nosso poder, o nosso contrato era atendimento ambulatorial eletivo, não era de emergência. E se eu precisasse operar, ou fazer um parto, eu operava aqui no hospital, ou então eu levava para outro lugar. Era independente do acerto dele com o cliente, porque alguns sindicatos estabeleciam contratos com hospitais, e outros não, mandavam para o SUS.

Mas, em 1996, foi feito um convênio com uma estatal grande. Nessa estatal, pediram que fosse um médico do meio-dia à 1h30 da tarde para cobrir o intervalo de almoço do médico que trabalhava lá. Na época, eu conhecia um monte de pessoas e, entre as pessoas que eu conhecia, havia o gerente do serviço de saúde, que constava lá na clínica que recebia também os 10% para manter o convênio. Mas no relacionamento do dia-a-dia, eu vi que essa pessoa não tinha as características de que levava os 10%.

Muito bem. O tempo foi passando, não tinha como provar que não, era outro sócio que falava, então eu pensei: “-Não vou discutir com ele.” Em 1998, eu entrei

numa loja da maçonaria. E num belo dia, eu estou na minha loja, numa seção da loja, e chega essa pessoa. “-Bom, se é maçom, de irmão para irmão, eu posso perguntar para ele certas coisas.” Daí um dia eu encontrei com ele, saímos para jantar e expus a situação. “-Não, isso não existe.”

Eu já estava desconfiado de que existia um desvio de verba na Clínica, um comportamento estranho e éramos sócios. Comecei a investigar, com o auxílio de outros irmãos, da polícia federal, e descobri que dois sócios da Clínica estavam desviando, realmente, dinheiro. Eles usavam da artimanha dos 10, 15% para desviar dinheiro para eles. Daí não teve saída. Eu cheguei numa reunião, convoquei e falei: “-Bom, aqui está a prova que vocês estão roubando, desde 1995, porque é roubo, é crime. Eu tenho 51% das ações, posso pedir para prender vocês ou posso sair da sociedade – acho que é mais fácil sair da sociedade, porque não tem mais condição de convivência entre nós aqui. A minha proposta de venda é essa. Se vocês não aceitam, não aceitam. Se vocês quiserem, está aqui, à disposição. Se vocês não quiserem, vou vender para outra pessoa e denunciar vocês na justiça.” Aí eles compraram e desfiz o negócio. E foi uma das melhores coisas que eu fiz na minha vida. Eu fiquei lá até 1999.

Daí que eu entrei numa dedicação maior para a escola. Eu já estava desde 1992, 1993 na assessoria da direção da escola, e passei a me dedicar mais.

Em 1999, quando saí da clínica, eu tinha uma graninha, e podia ficar um pouquinho à vontade na minha situação financeira. Daí eu tenho que contar essas coisas, como acontecem na vida.

De 1970, que eu entrei na faculdade, até 1988, o primeiro diretor foi o Dr. Lúcio. Em fevereiro de 1988, o Dr. Lúcio faleceu e entrou como diretor da escola o Dr. Eduardo. E daí, na evolução, o Dr. Eduardo entrou em choque direto com o Dr. Ricardo, que era o presidente da sociedade mantenedora da escola. A confusão disso foi que em 1991, o Dr. Eduardo foi tirado da direção da Escola.

E começou o processo de resistir – naquela época, conselho departamental, não era colegiado; o conselho departamental era integrado por todos os chefes dos departamentos da faculdade. A faculdade era departamentalizada e todos os chefes de departamento faziam parte do Conselho Departamental. E tinha a Congregação da escola, que eram os chefes de departamento mais um representante de cada categoria de docentes, e mais representante de aluno.

Bom, nessa briga de sucessão, assumiu o decano do Conselho Departamental, que era o Dr. Caetano, que foi um dos fundadores da faculdade, que era uma pessoa que

tinha uma notoriedade em educação médica, em administração escolar etc. Mas o Dr. Caetano não se dedicava muito à escola, ele era professor da federal, tinha sido secretário municipal de saúde, diretor do IPMC etc. – e assumiu a direção da escola. E a faculdade - esse prédio que estão construindo agora - era ali. Era um prédio de três andares. O ambulatório de ginecologia fazia parte; era no cantinho esquerdo ali do prédio. Tinha uma salinha de cafezinho para a diretoria, e de vez em quando, ele tomava um cafezinho ali, e o Dr. Caetano me chamava: “-Ô, Armando, vem cá. Como é que é isso aqui? Como é que é esse negócio aqui? Você que está aqui há tanto tempo, como é que é esse negócio aqui?” E começou a me chamar, e eu comecei a explicar como é que é.

E passou um tempo: “-Não, agora como você está aqui, eu tenho que te colocar como meu assessor.” E ele me colocou como assessor na diretoria. Aí a gente começou a tentar fazer uma reforma curricular; uma reforma não, uma adequação curricular, porque quando a escola foi criada, a criação da carga horária de cada disciplina foi uma coisa estratosférica. Então o Dr. Cláudio chegava ali para o Dr. Sandro – o Dr. Sandro era chefe na pediatria – e perguntava: “-Dr. Cláudio, na pediatria, quantas vezes por semana você vem aqui?” / “-Ah, eu venho segunda, quarta e sexta.” / “-Ah tá. Que horas?” / “-Eu venho das oito ao meio-dia.” / “-Então são 4 horas por dia, são 12 horas por semana, são – 40 semanas no mês, então são 560 horas de Pediatria a carga horária.” Então ficou uma carga horária que não condizia com a realidade, certo? Era a carga horária do professor, não do que tinha o aluno.

Então, essa reforma entre aspas, foi fazer um estudo e ver quanto que a disciplina realmente ensinava, e daí você chegar... por aluno. Esse foi um trabalho que eu fiz de 1993 a 1995 – essa adequação de carga horária dentro de um currículo seriado, graduado, com ciclo básico, profissional e internato. Não foi uma reforma curricular filosófica, foi simplesmente uma adequação de grade curricular.

Depois, com esse meu trabalho, fui indicado pelo Conselho Departamental para coordenador do internato, onde eu fiz também. Cada internato, eu tinha lá uma carga horária, que era tudo igual. A gente fez um trabalho também com todos os coordenadores de estágio e igualou ao modelo que está até hoje, em termos de carga horária e atividade curricular.

Bom, paralelo a isso daí, eu tinha um horário vago, eu recebi o convite de um professor da escola para atender lá – porque ele tem um hospital aqui em Curitiba, comecei a atender lá no consultório, dois dias por semana, na clínica privada.

Mas, na época (1997, 1998), começou muito aqui no Brasil uma tentativa de reforma do ensino, que é o movimento CINAEM. O primeiro Congresso da ABEM que eu fui foi em 1997, lá em Uberaba. E eu comecei a me entrosar com o pessoal da ABEM nesse congresso, comecei a participar e vi que tinha uma chance de se fazer uma reforma mais profunda na escola. Em contato com o Carlos, que tinha uma boa amizade, o Carlos fez o primeiro curso de especialização em educação e saúde na escola. Isso foi em 1999, 2000; isso no âmbito da especialização, do qual participavam 26 professores da escola, foi uma boa mexida.

O Dr. Otávio, que é professor da obstetrícia, na mesma época que eu me desfiz da sociedade, ele se desfez da sociedade com um outro hospital que tinha ali em Campo Largo, pelos mesmos motivos que eu tive: sócios estavam roubando. A gente estava discutindo filosofias e problemas da vida. *“-Pô, sacanagem! Quando você é sócio e proprietário, você tem que pagar obrigatoriamente o INSS como sócio.. Não tem conversa! Isso é obrigatório. Pode, até a legislação permite que você abata esse INSS aqui na instituição”* – porque no caso eu era registrado aqui e eu podia abater o INSS aqui na restituição, mas era um drama muito grande, então não se dava bola. E comentei assim: *“-Pô, mas você pagou e não tem direito nenhum sobre isso daí.”* E quando nós começamos, quando nós nos formamos, tinha direito sobre isso.

Daí o Mariano, que trabalhava e trabalha na secretaria municipal de saúde: *“-Ah, não! Isso aí conta como tempo de serviço, para o município.” / “-Como é que é?” / “-Não, isso conta como tempo de serviço no município.” / “-Ah, e daí?” / “-Vai lá fazer concurso!”* Então fomos eu e o Otávio, em 2000, fazer concurso para médico da prefeitura. Pô, eu tinha 9 anos de contribuição que poderiam ser contados para a prefeitura. Fiz o concurso, passei e estou numa unidade, com um vínculo de 20hs. Acho que foi o melhor investimento que eu fiz. Estou numa unidade de saúde em que eu atendo uma população, só tenho a preocupação de médico (não sou eu o responsável); não tenho a preocupação se a enfermeira vai ou não vai; todo o fim do mês o meu salário está lá; a parte do meu 13º está lá; eu tenho férias sempre, tenho licença a cada cinco anos. Então é uma grande coisa – coisa que não se pensa quando é recém-formado. Tanto é que eu falei que eu tinha feito concurso no INSS e mandei para o inferno.

E lá, hoje, eu tenho, além da minha atividade como médico, eu tenho estagiários. Eu comecei em 2002. Eu trazia aqueles casos clínicos todos para discussão. À tarde, tinha um horário, que chamava de tutoria, que a gente discutia aqueles casos que eu via.

Até que um dia uma aluna pediu: “-Ah, mas porque a gente não pode ir com o senhor na US? É mais fácil ir lá, não é?” Pedi autorização, permitiram que o aluno fosse lá e passei a integrar com o ensino. É altamente gratificante.

Então, desde 2001, eu mantenho a prefeitura e a escola.

**Você sentiu que houve mudanças no padrão dos casos rotineiros da ginecologia, nesses 33 anos que você atende?**

No dia-a-dia da ginecologia, o feijão com arroz do consultório – e isso é o enfoque já na preparação no curso de graduação, e até aqui, no internato para o aluno: independente da especialidade que ele vá fazer, saber atender três coisas na mulher: diagnosticar, tratar e orientar a paciente em relação ao corrimento vaginal, investigação na dor pélvica e investigação, tratamento e orientação em relação a sangramento genital, qualquer que seja o sangramento. Isso é 80% do consultório de ginecologia. Para fechar os 90%... o treinamento em métodos anticoncepcionais. Isso aí que fecha

O que mudou nesses 30 anos foi o conhecimento da fisiopatogenia; por exemplo, sangramento genital hoje, você sabe, tem influência de expressão, a nível endometrial, que vai provocar aumento de prostaglandina e, conseqüentemente, vai provocar uma endovascularização. Esse dado é importante, não fica mais na teoria do porque o mioma e a adenomiose poderiam provocar aumento de sangramento? – para você ter uma coisa pontual, que é essa alteração que é observada nos pacientes. Hoje, você conhece melhor.

No começo da década de 80, no final da década de 80, se conhece bem a flora constituinte da microbiologia – do microecossistema vaginal, que a gente chama; isso que possibilita um tratamento mais adequado e um conhecimento melhor do corrimento vaginal. Ele tem a orientação do porque o teu corrimento é normal, para você explicar isso para a paciente.

E, lógico, o diagnóstico por imagem, que se tornou mais acessível a toda população. Faz o diagnóstico diferencial de causas orgânicas, de sangramento, da investigação da dor pélvica crônica etc. Isso foi um grande passo que teve.

Quando eu estive nos Estados Unidos, em 1995, num intercâmbio, fui à Universidade Federal do Oregon, num serviço de oncologia ginecológica e me relataram que no estado de Oregon, na faculdade de medicina em Portland, eles haviam atendido, em 1994, 20 casos de carcinoma avançado de colo. Eu comecei a estagiar no serviço de colposcopia, aqui, em 1981, e achei um espanto 20 casos no ano, no estado

de Oregon, que tem a população semelhante à população do Paraná. E eles perguntavam quantos casos eu tinha aqui. Aqui no hospital, a gente atende 10 casos por semana! Eles até queriam fazer estágio aqui para aprender o que é um carcinoma invasor. E com isso, veio o advento da colposcopia, da citologia, da associação que começou lá, obrigatória, para a ginecologia no início da década de 1990.

Hoje, com o programa do governo, de incentivo – até a nível de prefeitura, do nível de coleta preventiva que cada unidade tem que fazer, você observa cada vez menos o carcinoma invasor de colo. Na minha unidade de saúde, eu atendo cerca de 300 pacientes por mês. Essa é a média. No ano, vai dar 3.600. Eu não vejo mais do que 1 carcinoma de colo invasor. A gente faz muito diagnóstico lá, mas da lesão precursora, NIC 1... Isso foi uma grande evolução que nós tivemos aqui em termos de saúde pública.

E agora também, com a maior disponibilização da mamografia, há cada vez mais diagnóstico de câncer de mama em fase inicial, em relação a esses 30 anos. É mais precoce, antes fazia mais invasivo, aqui no ambulatório, eram 10 casos por semana! Já chegava num estado avançadíssimo.

### **E a parte da integração entre as especialidades?**

Veja bem, isso é utópico, porque você, vamos supor, encaminha uma paciente com um mioma para avaliação; tem o útero com 400, 500 – a paciente é assintomática, você encaminha na rede, e não tem retorno. Se ela não volta na unidade, você não sabe o que foi feito. Quer dizer, não tem, é utópico! Referência e contra-referência é utópico! Isso não existe. Só vai existir na hora que realmente toda a rede aqui for interligada por sistemas, para os quais você encaminha. Por exemplo, no *Mãe Curitibiana*, quando encaminha para a colposcopia, lá eu sei que foi feito, está na rede. Eu sei o que o médico lá fez, qual o procedimento que ele fez. Uma avaliação de cirurgia também lá no *Mãe Curitibiana*, por isso eu procuro encaminhar para lá, porque eu tenho o *feedback*. Agora, quando vai para outro serviço que não está interligado na rede, aí é utópico. Só vai saber quando a paciente volta lá. Isso dá confusão.

Aqui no hospital, é do mesmo jeito. Quer dizer, você encaminha aqui, encaminha a paciente para a angio; tem uma indicação para consulta com a angiologia, você encaminhou. Mas o que foi feito lá, você só fica sabendo se a paciente retorna aqui

para você. Do contrário, você não tem condição de seguimento. Então é utópico esse negócio.

Aqui, não tem o prontuário integrado. Aqui, é do tempo do arquivo ainda, deus o livre! Até prontuário nosso, antigo, eles perdem aqui, poxa! O paciente chega na consulta, e eu: “-Não, na consulta aqui eu preciso olhar.” Ele falou que não acharam a ficha, perderam a ficha! E isso hoje. É inconcebível. No internamento, é mais sofisticado. Mas aqui, no atendimento ambulatorial, é como era há 40 anos, 30 anos! Não mudou nada.

### **No caso da ginecologia, também há um crescimento das sub-áreas...**

Há um movimento crescente de sub-especialização, é o supra-sumo do... você medicar uma coisa só! Eu trabalhei em assessoria de currículo na escola, de plano de ensino, de ver programação, e fiz um estudo para ver um pouco a transformação da estrutura curricular. Se você pegar, por exemplo, a programação da ginecologia de hoje, e de 30 anos, ela é a mesma coisa! Não mudou porcaria nenhuma, entende? Em relação àquilo que você vai dar para o aluno. O que tem é que você vai acrescentando alguma coisa nova em relação à fisiopatogenia, em relação a tratamento. Ele entra como residente, passa na residência em gineco e obstetrícia e começa dentro da... É lógico, aqui no ambulatório de ginecologia, vai ter um dia que ele vai fazer colposcopia, vai ter 3 vezes por semana que ele vai fazer mastologia, vai ter 4 vezes por semana que ele vai fazer cirurgia ginecológica, vai ter 1 vez por semana que ele vai fazer ginecologia. Mas isso aqui é um serviço especializado, dentro de uma escola. Daí ele fala: “-Pô, eu quero ser um uro-ginecologista.” Só vai atender isso daí, mas vai dar com os burros n’ água, porque ainda não tem tanto mercado para isso daí, por falta de conhecimento do mercado.

Você vai na unidade de saúde, é uma evolução. Hoje, cada vez se vê menos paciente com incontinência urinária por multiparidade. Na unidade, não tem mais de 2 ou 3 pacientes – claro, 2 ou 3 já estou dizendo que é muito, por mês. Tem paciente que vai lá espontaneamente, se queixar de incontinência urinária.

Agora, lógico que em Curitiba são 144 unidades. Se você multiplicar por 144, vai dar 300, e desses 300, 100 vão parar no Evangélico, 100 vão para a Santa Casa e 100 vão para o HC. “-Pô, tem um monte de gente incontinente em Curitiba.” Não é bem assim, ele vai se dedicar a fazer uma coisa dessas, depois vai dar com os burros n’ água.

E aquele medo também do macro, ele quer ficar no micro, que é muito mais fácil de lidar, do que lidar com o macro. Eu acho que é um defeito da sub-especialização. E a tendência, cada vez mais, é piorar isso, porque hoje, cerca de 65 a 70% dos formados pelas escolas de medicina – no mundo inteiro, não só universidade brasileira – são mulheres. E a literatura demonstra isso perfeitamente, que para 92% das mulheres, a medicina não é a motivação da vida; não é a primeira motivação da vida, é uma motivação secundária e, às vezes, até terciária. Elas têm mais preocupações, com relação ao futuro, com o casamento, filhos (cuidar de filho) etc., do que com a profissão para a subsistência. E elas encaram a medicina assim, mais “no bonito”, então ela não vai se sujeitar a trabalhar numa unidade de saúde, ela não vai fazer horário, não vai se sujeitar a ter uma chefia, ela prefere abrir uma clínica de ginecologia particular, das 2 às 4 da tarde; se ela não quiser trabalhar na quarta-feira, ela não vai. É essa a realidade.

Com isso, o que acaba acontecendo? Na residência, porque elas acabam passando – logo que elas saem da faculdade, estão bem preparadas, são melhores alunos. Elas entram na residência, mas depois não seguem a profissão, passa a ser uma coisa secundária. Ela casa, tem filho e só depois que vai começar a se interessar por uma coisa mais concreta, essa é a realidade que se vê. Por isso, talvez, que esteja crescendo a sub-especialização. Eu sou especialista em tratamento de nevos, só isso. Eu sou dermatologista, mas eu só me importo com nevos; eu vou lá na quarta-feira só ver nevos. É muito mais cômodo, você não tem que ver o conjunto da coisa para ver esses fatores. É isso que já estão descobrindo, quer dizer, não estão atentos para a literatura. Você pode abrir trezentas mil escolas de medicina aqui no Brasil, que 80%, 70% vai continuar sendo mulher. Então você vai ter uma defasagem de médicos homens, que vão pra frente de batalha, muito grande. Vai continuar existindo, não adianta!

Eu percebo isso na faculdade também, foi a minha monografia. Quando o Carlos dava o curso de especialização em educação e saúde, a minha monografia foi “Expectativas e medos do aluno no curso de medicina em relação ao ser profissional”. Foi o João Carlos que me orientou nessa monografia. Foi uma monografia extensa, de quase 80 páginas, porque eu tinha um projeto de fazer mestrado depois, mas aí não deu tempo. Eu fiz uma extensa revisão na literatura, no mundo inteiro. E isso é um fator comum no mundo inteiro, aqui, na América do Sul, na América do Norte, na Europa, na Ásia. Por exemplo, na Índia, 98% dos médicos são mulheres. Eu percebo isso nos residentes que eu acompanho, toda a motivação desse trabalho nasceu dessa verificação. Porque você tem aluna do 4º ano – está ali a aluna, está aquela “pedra bruta”; ela é uma

mulher, ela se comporta como uma mulher. E depois, quando ela entra na residência, ela passa a tomar atitude do homem, porque o chefe é homem. Apesar das mulheres continuarem sendo maioria, quem são os chefes, são os homens. E ela vai pegando o padrão, chamado, entre aspas, de “masculinização” da nossa aluna, e ela vai tomar as mesmas atitudes que o chefe – porque o chefe é mandão, é isso, é aquilo. Então pega a mesma atitude do chefe. Você não resgata aquilo que a mulher tem de mulher, e de se manter como mulher. Elas passam a ter atitudes de homem – de chefia, luta com docente. É uma situação, é uma coisa séria chamada, entre aspas, de “masculinização”. É uma situação na atitude, não de opção sexual. É na atitude, nos atos, na conduta dela, no jeito dela se portar com o paciente, no jeito de se portar com o colega. Não só ela fica mais mandona, ela vê que isso aqui é um exemplo subliminar. Se o cara é chefe, ele é chefe porque ele manda desse jeito, então para me manter aqui, eu também tenho que ser assim. Porque é muito mais fácil tomar esse tipo de atitude do que ser “a mulher”, ser “a delicada” – ter a conduta feminina. Ter a conduta feminina não vai levá-la a ser chefe. Você não vê presidente de sociedade médica, você não vê presidente do conselho regional, você não vê chefe de departamento. É muito raro isso aí: mulher no serviço chefe, a maioria é homem! E isso é mundial, não é aqui. Isso é mundial. Isso é um fenômeno mundial.

E no 4º ano você já percebe, tinha aluno do 1º ano já. E a intenção dessa monografia, lá no próprio mestrado, era fazer através de questionário e, depois, a entrevista ia virar qualitativa, pegar os alunos do 1º ano, depois do 2º e você ver essa mudança durante o decorrer do curso, mas era muita mão-de-obra, eu não tive tempo, daí eu disse: “-Então deixa aí.” Muito complicado, sabe?

E a especialização crescente, tem em todas as áreas, em todas! Começa a se especializar só em abrir a parte inferior do abdômen – e do lado direito ainda, porque o lado esquerdo já dança! “-Isso não é comigo, isso é no lado esquerdo.” Mas é por acomodação, acredito que é mais por acomodação. E isso tem repercussões, que cada vez você vai ter menos especialistas para atender a população. Vai ter o cara que é especialista no primeiro quirodáctilo da mão direita, certo? Pronto, se ele já pegou o segundo, dançou! Então ter problema no primeiro quirodáctilo da mão direita não é frequente assim. Não tem um especialista em todos os dedos das mãos, que teria que ter, vai restringindo, esse que é o X da questão.

**Quais as principais dificuldades enfrentadas pelos médicos da sua área? Se você tiver que apontar, o que você acha que, na prática diária, acaba sendo mais difícil para os ginecologistas em geral?**

Olha, eu não sou nenhum supra-sumo, aí é que está! Na profissão, o “torna-se difícil” acho que tem em qualquer especialidade. Você é obrigado a estudar todos os dias, você tem que se dedicar todo o dia, meia hora, 1 hora por dia, para rever assuntos da sua especialidade. É isso que vai fazer com que a tua especialidade não seja difícil. A partir do momento – e diário, isso é um exercício diário, isso é um exercício de longo prazo. A partir do momento que você vai descobrindo as coisas, você vai encontrando respostas para aquelas dificuldades que você vai encontrar no paciente no dia-a-dia, as coisas vão melhorando.

Sempre vai ter desafios, sempre você vai ter que estar aprendendo. Vai aparecer uma paciente hoje que vai estar com uma coisa diferente, então você vai ser obrigado a estudar. Torna-se difícil a profissão quando você não tem esse tipo de disciplina. Se você não tem disciplina de estudar meia hora por dia – no mínimo meia hora por dia, e isso é de segunda a segunda feira –, você vai continuar tendo lá os seus medos, as suas incertezas. E aí fica mais fácil. Cometendo erro também! E cometendo erro, você vai multiplicar a coisa para sempre, em termos de fracasso, em termos de não-reconhecimento, em termos de você não gostar da especialidade. Quando você vê que muitas especialidades... fizeram aquilo e estão exercendo outra coisa... É por falta de uma disciplina. Você tem que ter essa meta de ler, pesquisar. E hoje, com o acesso multimídia, com o acesso à internet, tudo isso se tornou ridículo, isso daí é fácil. Qualquer palavrinha, você vai lá no Google... põe lá... aparecem 10 mil coisas! Não tem a dificuldade que se tinha há 30 anos, que você tinha que ir lá no Index medicine, depois tinha que mandar buscar na Bireme – demorava 6 meses, depois não era aquilo. E hoje é fácil, hoje não tem justificativa para que não se faça isso.

E você vê que tem um pessoal que acaba mudando de especialidade. Não é todo mundo, mas você vê que um ou outro fez lá alguma coisa e depois está se dedicando a outra hoje. E existe por conta dessa coisa da... não encontrou! Achava que era uma coisa, e depois viu que era outra. Porque você está tratando com mulher, e a fisiologia faz com que ela não se torne igual todo o dia. Você começa por aí.

Se você não entender essas coisas do funcionamento básico da fisiologia da mulher... Eu acho que é o mais importante na ginecologia, é o básico da ginecologia,

você conhecer perfeitamente a fisiologia – o que acontece no dia-a-dia da evolução hormonal da mulher, no dia-a-dia e no mês a mês, porque o dia 1º não vai ser igual ao dia 5, que não vai ser igual ao dia 10 e que não vai ser igual ao dia 15. Você tem que entender isso. Você entendendo isso, fica muito mais fácil você se relacionar com a sua paciente; orientá-la, explicá-la, conduzi-la fica muito mais fácil. Então a falta desse conhecimento, aí eu diria a falta de estudo e falta de interesse, que é muito complicado, vai acabar em confusão.

Porque não adianta você conhecer a parte física, se você não conhece como é que funciona, não adianta nada. Dentro da física, a mulher transmite em ondas (pode ser ondas curtas, ondas médias, ondas longas – tanto faz). Mas o homem sempre transmite em FM, a onda sempre “ffffff” [imita “som” de onda]. De vez em quando, uma onda bate aí e fica. Você tem que entender isso: a mulher transmite em onda – e ela é desse jeito. Isso é o ciclo das mulheres, isso é a fisiologia dela, mas depois entra na menopausa, é outro esquema. Você tem que entender tudo isso que está acontecendo! Se você não entende isso, dançou! Dança mesmo! Daí, boa noite! Você pode ser o melhor técnico – o melhor técnico –, mas se não tiver isso aí, vai dançar. Esse é o segredo da coisa.

E o pessoal mais novo dança! Mais novo e mais velho também, a coisa da relação mesmo, isso é intrínseco. A atuação parte do conhecimento da intenção daquela mulher ali na tua frente. Ela foi consultar por causa do motivo que ela te falou. Ela foi ao consultório para fazer um preventivo, mas sempre tem uma coisinha para falar – sempre tem. Então você tem que estar atento para esse detalhe, do que está por trás da consulta dela.

E isso que a gente vê com o aluno. Ele vai lá, ele vem assim com um diagnóstico brilhante, diferencial, tal. E você diz assim: “-Mas a minha pergunta é essa.” / “-Não, doutor, ela perguntou isso.” [Riso] Eu falei: “-Disso aqui, eu voltei para cá. Esquece o outro! É isso aqui que vai adiantar. É isso aqui que você vai usar na vida dela, hoje.” Então, é saber captar aquilo ali. E isso não se aprende em um mês.

### **Qual a diferença, do ponto de vista prático do trabalho, entre trabalhar na clínica da rede privada e na prefeitura?**

Para mim, nenhuma. Para mim, nenhuma. Eu já falei da parte diferencial, da parte que eu tinha da preocupação como dono – tinha que falar com médico, tal. Mas

em relação a atendimento de paciente, isso eu nunca fiz diferença. Não fiz e não admito que faça diferença. O paciente, o usuário é o mesmo. Ele pagando ou não pagando, tem o mesmo respeito no atendimento. Para mim não existe nenhuma diferença – se ele é de plano privado ou é paciente SUS. E isso se observa muito. Isso é uma coisa que se observa. E é inadmissível. Até aqueles que não atendem SUS, fazem uma diferenciação: “-Ah, você é Unimed. Só tem consulta para daqui a dois meses.”! E se você é particular tem consulta para ontem. Não pode existir isso daí! Eu acho que não pode existir esse tipo de coisa. Eu acho inconcebível isso. Porque veja bem: ninguém é obrigado a atender pela Unimed, qualquer plano. Eu estou usando a Unimed como exemplo de plano privado. Você paga 25 paus para ser sócio da Unimed e fica fazendo “boquinha” para atender o cara. Que negócio é esse? Vai atender um que vai pagar 200 paus hoje, você pode atender. Já começa por aí a coisa. Isso é que está “carcando” a coisa. Vai gerando um negócio na mente do paciente e vai dar uma encrenca isso daí.

Já em relação à estrutura, no serviço privado é muito mais ágil você ter um exame complementar, você ter qualquer que seja – seja por imagem ou... É muito mais rápido. Isso é 1 semana, 5 dias que ele marca. Já na rede pública, demora 2 meses. E 2 meses [trecho inaudível], mas é preventivo. Quer dizer, a maioria dos exames é de ordem preventiva. Não importa se ela fizer amanhã, pode esperar 2 meses, porque se for urgente, tem que ir para o serviço de urgência. No dia-a-dia do consultório, a gente fala: “-Olha, fazer a tua mamografia agora? Você não tem nenhuma suspeita, não tem nenhuma alteração, não tem nenhuma queixa. Fazer hoje ou fazer no mês de outubro não vai fazer diferença nenhuma. O importante é que você faça.” Então você sabe que tem que fazer em outubro, e você sabe que vai ter que vir consultar aqui comigo em agosto, dois meses antes. No pré-natal na unidade demora 2 meses, chega na 24ª semana e eu já peço o meu ultra-som para a trigésima segunda semana, porque eu sei que vai fazer a [palavra inaudível] na semana. Pronto, resolvi teu problema. Então, para mim, isso não é estressante. Agora, isso é na rede pública. Se fosse a rede privada, faria isso na semana. Não há nenhum aspecto no qual a rede pública supere a rede privada.

**Para você, o que, na profissão médica, é mais interessante, profissionalmente?**

É resolver o problema da paciente. É você atender uma paciente sua, antiga, que sempre fez preventivo, sempre fez o acompanhamento com você, e quando entra em

menopausa, apresenta um sangramento e você a orienta: “*Olha, se eu pedir aqui, vão pôr essa dificuldade.*” – e isso aconteceu na sexta-feira. “*E tem um sangramento pós-menopausa, o correto seria ter mandado para uma emergência, mas emergência os caras teriam mandado lá. Então, o mais certo para você seria fazer uma ecografia transvaginal, só que por aqui vai demorar uns 6, 7 meses.*” / “*Não, mas eu posso fazer particular.*” / “*-Beleza. Então vamos fazer?*” / “*-Vamos fazer.*” Chega lá, está com alteração endometrial, está com tumor de ovário. Então, você tomou uma atitude, fez uma boa conduta e resolveu o problema. Você vai resolver o problema da paciente mais facilmente.

O que dá satisfação é resolver o problema do seu paciente, seja ele o diagnóstico de um câncer ou uma coisa meio fajuta. Mas é você, a conduta que você tomou, ajudou aquela pessoa. Isso que é o satisfatório, a resolução. A resolução do porquê aquele paciente foi te procurar – sem enrolar, sendo honesto com ele. Não pode mentir nunca para o paciente, não pode enganar. Você tem que sempre dar as opções para ele. Tanto que quem vai fazer sempre a escolha final é ele, e você tem que dar as escolhas de opção para o seu paciente.

Nossa vida é cheia de opções, você que tem que fazer escolha. Ele que tem que fazer. Não existe nada estanque. Você está numa situação, você vai ter 3, 4 saídas, não é? Mas isso aqui foi um grande aprendizado. Isso foram 3 anos do melhor investimento que eu fiz na minha vida, que foi terapia, por um motivo sério que aconteceu na minha vida, foi o segundo renascimento para a minha história, esse processo de terapia, e que eu aprendi um monte de coisa.

E varia muito, de médico para médico, dar a possibilidade para o paciente, porque você tem que estar seguro do por que você está dando: “*-Você pode tratar assim, pode tratar assim e pode tratar assim. Se você tratar assim, vai acontecer isso, vai acontecer isso e vai acontecer isso.*” Você tem que dar opção. Eu não sou deus, quem tem que fazer a escolha é ele! É ele que vai saber o que é melhor. “*-O que o senhor acha?*” / “*-Eu acho que o melhor é esse.*” É ele que tem que perguntar qual é o melhor, não sou eu que tenho que falar. Quem sou eu pra falar que aquilo é o melhor? “*-No meu ponto de vista, de conhecimento, eu acho que isso é o melhor.*” É isso que você tem que falar para o paciente. Sempre isso daí. “*-Se fosse a minha mãe, eu faria isso. [Risos] Mas você pode fazer isso aqui. Tem um monte de coisa. Não fica desesperado.*”

Você vê aí um bando de gente que fala uma besteira para o paciente. O cara vai vender casa, vai pagar a Unimed – um monte de coisa que não precisa! Não precisava daquilo. Não é um bicho-de-sete-cabeças. No dia-a-dia, se vê isso aí! Uma besteira que a pessoa fala, vai lá e fala para o paciente que aquilo é a única saída que ele vai ter para a vida dele – e não é!

Desde a nossa formação, na escola ainda, nos bancos acadêmicos, você vai incorporando, vai tomando atitudes e vai pegando hábitos daqueles que atuam. Você convive com a pessoa naquele dia-a-dia, você acha que aquilo é verdade e você vai vivendo com aquilo ali e, infelizmente, a maioria não tem esse insight, essa sacação. “*O que aconteceu aí? Por que é assim? Por que não é de outra forma, de outra maneira?*” Ele vai vivendo. Ele vai vivendo, vai entrando nesse ritmo e vai até o fim da vida.

Na metade da década de 80, eu entrei num problema sério de alcoolismo – bastante sério –, e chegou um momento que eu não aguentei mais, pedi ajuda e fui fazer um tratamento. E tive a sorte de cair com uma psicóloga comportamental, fiquei fazendo terapia durante 3 anos, eu ia lá 3 vezes por semana, e começou a acontecer um monte de coisas: mudança de hábito, mudança de tudo, no estilo, de se questionar. Quer dizer, foi aí que começou toda essa minha modificação.

Por isso que eu digo: todo médico devia fazer uma terapia uma vez na sua vida, por qualquer que fosse o motivo, nem que se sintam bem, mas que vá lá para ver que tipo de abordagem, para você se conhecer melhor. Acho que isso foi muito importante para mim. E eu tive mais ganho do que perdas. Isso foi importante, contribui bastante para a relação com o paciente. Um novo enfoque, uma nova visão daquilo que é a nossa vida, tanto pessoal, familiar. Porque eu acho que é um padrão geral o pessoal acabar apreendendo o comportamento dos profissionais da área, é um padrão geral da maioria. São poucos que escapam disso. É da própria formação nossa, desde a faculdade, depois na residência. E na residência, se acentua mais isso, porque ele está sob pressão, sob cobrança, então ele vai formando atitudes de defesa e, lógico, vai pegar os exemplos das pessoas que ele acha que são mais bem sucedidas. Isso acaba trazendo repercussões negativas na atuação, para o profissional, mas que acaba interferindo diretamente na vida do paciente. Você não tira uma vida do paciente, mas acaba tirando o bem-estar do paciente. Parece que é mais importante o bem-estar do paciente.

Você tem situações assim: ele prescreve uma coisa, mas não explica para o paciente o que vai acontecer e depois ele acaba vindo aqui. Então você está vendo que é

uma iatrogenização daquilo, que ele poderia ter explicado; ou dado opção de tratamento para ela do que é melhor. A gente brinca: “-*É a crise da ‘esmeraldite’.*” Depois, que ele passa a ser famoso, ele passa a ter a sua crise de “esmeraldite”. “-*Eu sou médico. Com quem você acha que está falando? Eu sou médico! O que você sabe?*” Isso que é o básico da coisa. A gente brinca que todo o consultório tinha que ter uma caixa de veludo, com uma esmeralda em cima, para o cara ficar passando a mão: “-*Oh, esmeralda! Oh, não brilhe tanto!*”.

Eu tenho uma experiência mais ou menos boa no paciente perdido, aquele que fica batendo em vários serviços, em relação à dor pélvica. A dor pélvica é uma coisa mais ou menos rotineira no consultório de Ginecologia. E com o aluno, quando a gente conversa em aula, eu digo: “-*O essencial é diferenciar a dor pélvica orgânica da dor pélvica psicossomática.*” Isso é o mais difícil. E a partir do momento que você diferencia uma da outra, aí se tem uma dor orgânica, baseado numa anatomia topográfica, você vai achar facilmente a causa da dor pélvica. Mas o problema é a dor psicossomática. Ela está somatizando, está carregando para o teu consultório toda uma angústia, toda uma situação de vida, e ela quer que você resolva.

Então, a partir do momento que você faz o diagnóstico de uma dor psicossomática e tenta explicar para a paciente, nos termos que ela entende, que aquela dor é essa, é lógico que no momento inicial, ela: “-*Não, o senhor está mentindo. O senhor está me enganando. O meu problema não é esse.*” Mas 90%, depois de 2 meses, volta: “-*Porque o senhor foi o único que falou a verdade.*” – e a verdade que ela sabia desde o começo. Ela sabia que era esse o problema. Você conscientizou para a paciente aquela situação, e a partir daí, fica fácil resolver. Fácil, entre aspas. Fácil se ela quiser tomar atitude para resolver aquilo, mas a maioria não quer tomar atitude por fatores em sua maioria relacionados com o relacionamento dela com o parceiro. Então, dificilmente vai ter solução. Mas ela sabe que você sabe que ela tem isso daí. [Risos] “-*Aquele médico sabe que o meu caso é isso aí.*” Eu não posso atuar sobre ele, eu não posso manipulá-lo. Porque isso tem muito, do paciente tentar conduzir, ele está negando uma situação. Inconscientemente, ele está achando outras explicações para isso. A partir do momento que você quebra isso: “-*Ôpa! Esse cara me pegou! Esse cara sabe o que eu tenho.*” E o teu relacionamento passa a ser o relacionamento perfeito médico-paciente. Ela vai lá para se aconselhar do que pode fazer, não vai ficar mais fazendo exames, tomando remédio para tudo isso, porque não adianta nada. E alguns resolvem e outros não resolvem. Daí são outros quinhentos.

Na rotina, tem muitos casos em que a condição de vida em geral acaba influenciando. Em ginecologia, isso é uma coisa importante, porque toda a situação de vida, situação estressante, acaba influenciando a nível cortical, a nível cerebral, a nível hipotalâmico, e vai causar alterações, liberação de endorfinas, de substâncias opióides, enfim, e que vai acabar interferindo no eixo dela. Daí vai ser uma bagunça.

Esse entendimento tem que ter, por isso que eu digo que aquela minha vivência na... Eu tomo muito disso da vivência que eu tive naquele meu estágio de psiquiatria. Isso me ajudou muito. Aquilo ali, de ter feito psiquiatria, me ajudou muito no dia-a-dia; saber diferenciar uma coisa da outra, a gente aprende, passou a ser intuitiva essa diferenciação.

O médico é treinado para fazer grandes diagnósticos, eles não são treinados para ver o dia-a-dia. E eu vejo isso com o aluno que vai comigo na unidade de saúde: “*-Não apareceu nenhum caso interessante.*” Caso interessante não tem, esse é o dia-a-dia. E o dia-a-dia é isso aqui: você tem que conversar com a paciente, tem que orientar, tem que fazer isso aqui. Tem que resolver o dia-a-dia, tem que resolver o feijão com arroz, o que a pessoa tem hoje. Lá, de vez em quando, vai aparecer um “filezinho”, mas isso não é o freqüente. O estudante tem uma formação distorcida na escola. Na escola você vai ver caso raro. Aquilo é um hospital-escola, e aquelas 140 unidades encaminham para lá, mas isso não quer dizer que seja verdade para a unidade de saúde, para o consultório. Porque se você for para a clínica privada, vai ser a mesma coisa, não vai ter “casos diferentes”, “casos estrondosos”, não vai! Isso aí é o dia-a-dia.

E como ele não foi treinado para isso, esse tipo de paciente que, entre aspas, eles chamam de “písica”, de “tigre”, certo? Por quê? Porque essa paciente está “jogando” para ele que ela vai morrer, e ele não sabe daquilo. Então ele que passa a agredi-la.. Não é a paciente que agride. É ele que passa a agredi-la, porque ele não sabe se comportar diante daquela situação. Ele não foi treinado para ver aquele tipo de situação. Desde a formação, não viu a paciente como um todo, viu a paciente como um órgão. “*-Então o meu órgão aqui é o coração – só o coração. O meu órgão aqui é o útero – então só o útero dela.*” Ele não está vendo a paciente na sua integralidade, tanto física, emocional, espiritual, muitas vezes. E espiritual também acaba meio atrapalhando. Não atrapalhando, acaba interferindo naquela consulta que ela possa ter. Quando a gente percebe isso, vai enriquecendo.

Eu tive uma paciente, por exemplo, com 16 anos de idade, que foi levada pela mãe, com amenorréia fazia uns 4, 5 meses. E sempre a mãe junto com a paciente. Eu

pedia para sair, para conversar com a adolescente, mas a mãe sempre se negava. Tudo bem. Fiz a investigação para amenorréia, a paciente – já dito pela mãe e pela paciente que era virgem; e na investigação da amenorréia, descobriu-se que ela estava com a prolactina lá em cima, mas não estava tomando medicamento. Pesquisei toda a indicação de prolactina elevada e não se achava o caso.

Um dia a menina foi sozinha no consultório. “-A prolactina está assim, está aumentada e isso que está provocando a sua falta de menstruação. A prolactina pode ser consequência de algum medicamento assim, assim, assim. Pode ser consequência de manipulação. Você não manipula não?” / “-Ah, doutor, eu vou falar a verdade. Todo o dia eu me masturbo umas 5, 6 vezes e fico manipulando o mamilo.” Resolvido o problema. E escondido, porque era uma família evangélica, altamente religiosa, que proibia um monte de coisa, mas a menina, quando estava sozinha, ela descarregava dessa forma – atrapalhando meu diagnóstico. [Riso] E quando estava com a mãe, não dizia nada, não ia descobrir nunca! Ela ia negar sempre, mas tudo tem uma explicação. Tudo na vida tem uma explicação, lógico.

Os outros colegas, em geral, chamam de “písico”. Idiopático, pronto! E idiopático serve para tudo. Eu não fico muito satisfeito com isso. Quando eu tive aquela minha glomerulonefrite, eu tive que ficar de repouso, eu tive que aprender a ler. E nisso uma das primeiras coisas que eu fui ler foi Agatha Christie. Daí isso incentivou o meu instinto investigativo. [Riso] Virei detetive. Virou esse perfil investigativo, de nunca ficar satisfeito com uma resposta. Eu não me satisfaço com resposta fácil

O estudante sai da faculdade com uma atração maior pelos ditos casos mais raros, e isso começou desde a propedêutica. Isso começou na propedêutica, no 3º ano! Ele vai aprender a fazer ausculta pulmonar numa broncopneumonia e vai pegar um caso raro lá de um carcinoma. Agora, um carcinoma, ele pensa que é o dia-a-dia, porque ele fez. Ele tem propedêutica, segunda, quarta e sexta-feira, das 8 às 12, e só vê caso raro de quem está no hospital. Não é broncopneumonia que ele vê no consultório. Ele aprendeu a auscultar numa complicação que teve e que foi no hospital. Aquilo é que está sendo averiguado.

E, na realidade, no dia-a-dia, “resolver o problema” é resolver aquela situação que está presente naquela hora. Vamos pegar um exemplo: tem uma técnica dentária lá na unidade, 41 anos de idade; uns 38 de massa corporal. Tudo bem, não é a minha paciente, mas na semana passada ela falou: “-Dr. Armando, me ajuda aqui porque eu estou confusa! Eu estou sangrando há 10 dias, fui ao médico no ano passado, e ele

*falou que eu estava em menopausa, mas eu já estou menstruada fazia um ano.” / “- Bom, mas fez exame?” / “-Não, não fez exame. Falou que eu estava em menopausa porque eu não menstruava antes.” / “-Mas não é bem assim. Então vamos ver se você está em menopausa, é a primeira coisa. Porque se confirmar que está em menopausa, aí a conversa é outra, a conduta vai ser outra. Na dosagem de hormônio, está dizendo que você não está em menopausa, aqui está dizendo que você tem um baita de um hipotireoidismo. Você está tomando puran, que você já me falou, está tomando dois comprimidos por aqui e o teu TSH está 7,2, então o nível... Isso que está sendo a causa da tua falta de menstruação.” / “-Pô, então quer dizer que eu fiquei o ano correndo o risco de engravidar?” / “-Exatamente. Porque o cara se mandou. Você falou que não menstruava há um ano e o cara disse que isso é porque você está em menopausa. Se livrou, se livrou! Passou o barco para frente.” Daí eu fiz uma curetagem hormonal e parou, tudo bonitinho. Agora vamos fazer todo o tratamento. Tudo tem explicação, não é fácil a resolução.*

E essa coisa de passar a bola para frente, tem muito na ginecologia. O que vem aqui, nesse ambulatório, de passar a bola pra frente, é indecente! É indecente mesmo!

Eu sempre imagino assim: a partir do momento que você encaminha uma paciente para o serviço especializado, ela sai e vai ao especialista e vai ficar lá 2 meses esperando. Ela supõe que está com um problema grave. Imagina como é que passa a ser a vida dessa mulher, de quem vive com ela em casa e de quem vive com ela no trabalho, nesses 2 meses, por causa de uma besteira que o cara me encaminha para cá. E tem um monte!

Ontem, eu atendi uma paciente na unidade, ela fez o papanicolau no sindicato, uma coisa assim, e a médica falou que tinha que ser encaminhado para fazer colposcopia e, portanto, ele estava alterado. Bom, no encaminhamento era para ter trazido primeiro o papanicolau, e não trouxe, como é que eu vou adivinhar? Aí, me levou ontem, e a única alteração é que foi encontrado cândida. “-Pô, mas cândida é normal na vagina, não tem justificativa nenhuma para fazer colposcopia.” Imagina o inferno que ficou a vida dessa paciente, que foi ver na internet – hoje tem acesso fácil à internet, colposcopia é para fazer prevenção do câncer de colo, para fazer diagnóstico de câncer de colo. Aquela mulher estava já pensando que estava com câncer de colo! Tem que ver todo esse conjunto de coisas que estão por trás de quando você diz uma coisa para a paciente.

E, às vezes, esse passar a bola para frente também está muito ligado ao pessoal não conseguir abordar esses casos mais crônicos. Cai num lugar que tem mais outro que tem uma “esmeraldite” maior ainda, aí ferrou-se tudo! Não tem conversa! Não tem conversa. Aí vem o rolo, porque dá processo e tudo isso aí, é complicado.

**Na unidade básica, como é a relação, tanto com os outros médicos, quanto com os outros profissionais de saúde?**

Na unidade, tem clínico, pediatra, gineco, psicólogo, fisioterapeuta e dentista e a interação é você aproveitar. Por exemplo, lá na parte de pré-natal, tem a dentista agora comigo, que está fazendo o atendimento da gestante, beleza. A partir do momento que tem um programa que atende gestante, e você já alerta a gestante, na gravidez, que existe o aspecto de dentição, que ela tem que fazer prevenção, você encaminha e está resolvido esse tipo de problema.

Agora tem as fisioterapeutas, que estão fazendo exercício. Então vamos lá orientar essas pacientes para fazer exercício, postura, respiração, no pré-natal. Isso dá impacto também, mas isso é agora, porque até o ano passado, não tinha. Então depende de quem está lá, do pessoal de outras áreas disponibilizar esse tipo de atendimento. Porque para o médico não tem problema. Está com um caso: “-Olha, tem um caso assim e assim que você possa atender.” / “-Ah, então vamos ver.”

Tinha que ter mais diálogo com o pessoal das outras especialidades, tanto com o clínico, quanto com outras especialidades. E isso é comum. Mas na minha unidade, não tem problema nenhum. Isso não tem.

Ainda não dá para saber se tem um resultado bom, no geral, a interação com essas profissões, ainda é cedo. A fisioterapia começou acho que em maio ou abril desse ano, e foi no pré-natal. Isso requer um prazo de observação maior. Na parte dentária também.

A minha unidade básica é localizada num conjunto habitacional, quer dizer, é uma classe média baixa, então você não tem tantos problemas no pré-natal. O pré-natal lá é monótono, por isso que eu já faço o pré-natal na segunda-feira, porque fica monótono e é para não ficar monótono todo o dia. “-Ah, teve uma coisa lá.” / “Tá tudo bem”. Tá tudo beleza, não tem problema nenhum. Lá, de vez em quando, se encontra uma alteração: “-Ah, precisamos encaminhar por isso.” Mas são pacientes que tem 87% de assiduidade, não é um problema...

Então, nessa unidade especificamente, a gente não tem problema em relação à pré-natal. E a gente observa, em outras unidades, outras áreas da cidade. Eu não tenho experiência em outras áreas também, isso é só de escutar falar. Populações mais carentes, de área de risco, de área de invasão, de área de favela, lógico, vai encontrar mais complicações, mas não ali. Nessa unidade onde eu estou não tem esse tipo de problema. E a maioria das pacientes é migrante de plano de saúde, que não podem pagar e já tem um conhecimento maior. Então você tem que adaptar as situações: se você quer fazer uma ecografia obstétrica, para fazer uma ecografia obstétrica, demora 2 meses, então, se eu quero uma ecografia para 32 semanas, eu vou pedir com 24. São coisas que precisa se adaptar ao sistema. [Risos] E não vai melhorar, não vai melhorar porque cada vez está aumentando mais o número da migração do plano de saúde particular para o SUS. E isso tem custo, isso não vai mudar. Não tem nenhum desgraçado de um prefeito que vai ganhar isso aí, porque não vai ter médico e não vai dar para manter sob o SUS. Não vai ter promessa que melhore isso aí. Quando eu comecei a trabalhar na unidade, em 2001, o atendimento do SUS era 60% da população e 40 % tinha plano privado. Hoje, é até 75%, em sete anos aumentou quase 25%. Cada vez o plano de saúde vai ficar mais caro, não tem como! Há cada vez mais novas tecnologias de diagnósticos, então não tem como baratear isso, e com a expectativa de vida crescendo. Quer dizer, quanto mais cresce a expectativa de vida, mais velhos vão ficando e mais doenças a gente vai ter. Isso é óbvio, é uma tendência.

Em relação aos profissionais de enfermagem, na nossa unidade, dá para organizar, está bem organizado. Quem faz a primeira abordagem com a gestante são as enfermeiras. Elas vão orientar, vão solicitar os exames e só depois vão agendar para consulta. Por isso que tem uma boa relação lá. E a primeira consulta pós-parto é com a enfermeira também, que vai orientar na amamentação, sangramento. E depois a gente vai fazendo mais orientação, vê se tem alguma queixa. A orientação funciona perfeitamente bem. E isso ajuda, porque já vem orientada a paciente. Já está sabendo dos cuidados da criança, da alimentação. Tudo isso ela já está sabendo. Isso lá na minha unidade funciona perfeitamente também. E é enfermeira que faz, enfermeira mesmo, com curso superior. Lá tem duas: uma de manhã e uma de tarde. Elas interagem bem; encaminhamento de laudo de citologia oncótica – tudo passa por mim para liberar depois. Como eu falei, funciona bem.

Nós não fazemos reunião de discussão de caso clínico, mas já orientei o pessoal da enfermagem. Tem algumas enfermeiras que fazem, por exemplo, papanicolau, então

eu já orientei – orientei, expliquei e fiz com elas a coleta de papanicolau, observação que tem que estar mais atenta; a olho nu de colo, para poder agendar consulta. Então, isso já ensinei antes, pediram para eu fazer. Eu fiz treinamento do pessoal da minha unidade.

A chefia da unidade nunca interfere no meu trabalho, nunca interferiu. Nesse aspecto, eu nunca vi interferir. O cara está ali cumprindo um dever, então... um dia, vieram falar: “-O índice de procura na gineco é 77%.” / “-Teve uma reclamação contra o gineco?” / “-Não, nenhuma.” / “-Então o problema não é meu, certo? O problema é teu. Você que vai ter que resolver esse problema.” O índice de procura é o número de consultas ofertadas. “-Está sobrando vaga” / “-O problema é teu! Você que vai ter que resolver. Tem reclamação contra o gineco aqui? Não tem nenhuma, então o problema é teu, certo?” O problema não é meu. Eu não sou o dono aqui, eu estou só cumprindo o dever como ginecologista. “-Tem alguma reclamação contra mim?” / “-Não tem.” / “-Beleza. Tem contra o outro?” / “-Também não tem.” / “-Então não é problema de médico, isso é problema de prefeito, é problema de gestão sua. Você que vai ter que ver porque é que não está vindo. É você que tem que ver. Não cabe a mim decidir.” É o que eu digo, aqui é bom, porque agora eu não tenho a responsabilidade de ser o dono, eu já passei isso no passado e eu desisti por causa disso: o problema era meu.

**Na rede pública, trabalha-se bastante com programas e com normatizações, rotinas. Também na Medicina, de uma maneira geral, está sendo uma tendência...**

Você tem que normatizar para a população. Para uma grande população, você tem que dar protocolos para todo mundo falar a mesma linguagem. Isso é uma coisa normal. E daí todo mundo vai falar a mesma linguagem. Lógico, vai ter gente que vai escapar e vai querer fazer Igm para rubéola para todas as gestantes. Tudo bem, mas não vai resolver nada. Isso não é o protocolo. Vira um protocolo; segue como funciona... Lógico, sempre vai ter exceção, então tem que estar atento às exceções. O protocolo ajuda na normatização de todo sistema.

Antigamente, não tinha tanto essa coisa de criar um programa, não tinha um sentido de você ter uma saúde, visando à população inteira. A saúde era mais direcionada para o seu consultório, para você ganhar dinheiro. Não teve uma preocupação com a saúde da população no geral. A partir do momento que se começa a

ter a preocupação da saúde populacional, de todas as cidades, você tem que criar protocolos para ter uma normativa para se utilizar exames, consultas. Já imaginou se você liberasse mamografia para tudo que é mulher? Não ia ter como fazer Mamografia em Curitiba! Então se definiu: a idade é a partir dos 40. Fazer isso, nesse caso? Beleza. Têm exceções, eu vou precisar fugir a regra, mas as pessoas têm como resolver.

Eu não vejo pontos negativos nos protocolos, até agora, não encontrei defeito nenhum. O protocolo é feito por 15 negos que ficam discutindo, então tem que sair alguma coisa, não é? [Risos] Ficam 15 negos discutindo 3, 4 meses, alguma coisa tem que sair! Ficam voltados só para isso, imagina quanta “abobrinha” saía na discussão! Quando chegou ao fim do protocolo, já está filtrada, já está mastigada, então não tem o que discutir, se você quiser modificar, vai lá ficar discutindo...

Os profissionais em geral, pelo que eu tenho visto, têm uma relação tranqüila com os protocolos, porque deixa a pessoa tranqüila. Ele está protegido, seguindo aqui o programa, o protocolo, ele está protegido também; ele está se sentindo protegido. Acaba sendo um resguardo para ele.

**E as coisas mais desinteressantes, desagradáveis da prática médica, quais são?**

A “esmeraldite”. Veja bem, já ficou bem claro que até os próprios colegas acabam decepcionando você – a clínica, o SUS, tal. Mas isso tudo é absorvido. Você faz uma boa terapia e consegue absorver isso. São coisas inatas de todo o caminho do ser humano, você encontrar esses obstáculos pela frente. Mas o que me deixa, entre aspas, irritado na profissão é o contato com a paciente que tem uma deficiência de resposta. Você orienta a paciente, por exemplo, a começar a pílula desde o primeiro dia da menstruação, e ela entende. Aí você diz: “-A partir da segunda cartela você faz uma semana de intervalo.” / “-Mas uma semana... São 8 dias?” / “-Não. Terminou na terça-feira, na outra terça-feira começa a tomar. Então faz uma semana de intervalo.”

Essa dificuldade... Isso que atrapalha: não vai para frente. Você não vê a colaboração da paciente. Isso é o que me deixa mais nervoso: ela não entender. Eu sempre vou falar em termos e palavras que ela possa entender – não em termos médicos, mas em termos que ela entenda – e ela não entende aquilo ali. E isso eu já aprendi, quando fiz estágio em hospital psiquiátrico. Eu não prescrevo: tome um comprimido de 8 em 8 horas. Se escrever: tomar de 8 em 8 horas, vai tomar às 8 da

manhã ou às 8 da noite. Então eu já prescrevo assim: tomar um comprimido às 7, às 15 e às 22 horas. Já coloco o horário que é para colocar. Ou 10 da noite, se ela não souber o que é 22 horas. Esse tipo de paciente é o que mais atrapalha no consultório. Ou aquela paciente que quer forçar, conduzir a consulta para aquilo o que ela deseja. Por exemplo, ela tem um mioma e quer forçar que você encaminhe para que ela passe na oncologia. Ela fica forçando... e sempre vai achar alguém que passa.

O problema que eu estou falando, não é nem o nível cultural, mas o nível... É QI – não é questão de cultura, nem educação, é nível de entender as coisas. Isso é o que mais me chateia. Não é tão freqüente assim, mas sempre vai ter uma ou outra que vai ter isso.

E aquele outro perfil, o paciente tentar conduzir, manipular. Isso é mais ou menos freqüente. Aqui, atende muitos. Ela vem encaminhada da unidade porque tem um sangramento, por causa de um mioma. Tudo bem. O que você descobre na entrevista com a paciente? Que o profissional, lá na unidade, já a induziu a operar. Aí fica difícil você ofertar outro tipo de tratamento, explicar que cirurgia tem uma complicação, tem risco, e que ela tem um mioma que pode ser controlado clinicamente. Teve uma indicação cirúrgica lá, a paciente fica invocando e ela foi encaminhada para a cirurgia. Bom, aí está feita a encrenca – vai reclamar na ouvidoria, vai reclamar para isso. Essa é a indução da paciente, que é um pouco já fruto de uma colocação lá da “esmeraldite” do outro, de falar: “-Ah, tem que operar. Vamos encaminhar.” Ele que operasse então, não encaminhasse. Ele se livrou da paciente e ainda colocou na arena, na máquina. Só que não adianta nada. Vamos encaminhar para ver qual tipo de tratamento vai ser indicado, aí tudo bem, mas não induzir que tem que operar. A gente vê coisas assim, de encaminhar paciente porque deu no papanicolau uma inflamação... isso é normal! É mais do que normal, que dê a inflamação, porque está infeccionado. Daí a mulher diz assim: “-Não, eu estou com um problema no colo.” Bom, isso já é falta de conhecimento do profissional. E você acaba acompanhando, mas não é. Não tem problema, é do dia-a-dia. Para dizer que eu não falei nada, no máximo é isso daí. Isso eu já tiro de letra agora. Isso não incomoda mais.

**E em relação ao acesso dos pacientes à informação hoje em dia. Como você sente isso?**

Eu acho que é uma coisa importante. Ela já chega ao consultório com certo nível de informação daquilo que ela tem. Ela acessou na internet, foi ver. Fica mais fácil você dialogar com a paciente, aparar as arestas – o que ela está fantasiando e aquilo que é verdade. Fica muito mais fácil esse tipo de caminho. Eu acho importante; é uma acessibilidade de informação que hoje está mais disponível ao usuário.

Isso é comum em país de primeiro mundo, que o acesso à informação é mais fácil. Elas chegam lá e vão discutir com o médico. Tem sites, sites e sites que informam sobre qualquer tipo de doença, então o médico tem que estar preparado para isso, para essa tecnologia. E eu acho que está demandado para o médico, porque não distorce a realidade. Fica até mais fácil você conversar com a paciente, explicar, quando ela já sabe o que está acontecendo. E o máximo que se pode fazer é tirar algumas fantasias que ela criou em relação àquilo. Serve para isso. Acho que é importante. É um bom advento.

Não é a maioria das pacientes que vai buscar essa informação. Tem acesso, mas elas não estão ligando muito. Não é uma situação de todos os dias no consultório: você ter a paciente que foi buscar a informação. É mais qualitativo, não é quantitativo. Isso não é ainda, aqui no Brasil, a regra. Têm algumas que fazem isso. E nessa, de ter esse tipo de informação, é muito mais proveitosa a condução da consulta, o estabelecimento de uma linha de tratamento ou de orientação para esse tipo de paciente.

Já os colegas em geral, os outros médicos, é uma coisa difícil, vai depender do grau de “esmeraldite” dele. Quanto maior o grau de “esmeraldite”, lógico que ele não vai aceitar; como é que ele vai querer dialogar? Ele vai dizer: “-*Você tem isso.*” – e acabou. Agora, ela está colocando ali a opinião dela; ela está perguntando aquilo. Ela viu, ela teve uma informação.

Aquilo o que a gente vê mais no dia a dia de dificuldade de relacionamento médico-paciente é aquele paciente que tem uma queixa que é mais subjetiva. Ele tem uma dor de garganta, abre a boca, a faringe e vê que a amígdala está hipertrofiada e está com pus. Beleza! Agora, se ela diz: “-*Eu estou com uma dor de garganta, de vez em quando, e piora quando faz muito calor.*” Quando a queixa tornou-se subjetiva, essa queixa não tem uma objetividade clínica. Quer dizer, ele não tem a curiosidade investigativa aguçada para saber o que é que está por trás daquela queixa. Aí que eu acho que é o papel: você descobrir o que é que está por trás daquela queixa. Ele não teve no curso de graduação, e depois mesmo na pós-graduação, essa “pegada” do *feeling* investigativo. E é mais investigativo naquilo que é óbvio. Se ela tem

incontinência urinária, tem que ver se ela está com uma cistocele. Se ela está com uma cistocele, beleza.

Aqui é comum. É um exemplo que eu dou para ilustrar. São pacientes que vão à unidade de saúde e se queixam que estão com incontinência urinária. Pronto, beleza. É encaminhada para cá, vai examinar e a queixa, a história dela é de curto prazo e a última gestação dela foi há 6 anos e foi uma Cesariana. Examina a paciente, não tem nenhuma alteração de dinâmica pélvica, não tem cistocele, não tem nada. Falam para você e clinicamente não está batendo esse sintoma. “-Então vamos fazer uma urodinâmica.” – e a urodinâmica dá normal.

Daí, na investigação que vai ser feita depois, o motivo de essa paciente ter vindo aqui, foi porque o companheiro dela disse que ela estava “mais larga”. A intenção dela era fazer uma cirurgia, uma perineoplastia para satisfazer o marido e isso daí poderia ser abreviado na primeira consulta, de investigar mais a vida pessoal dela, de relacionamento com o companheiro, para ver o que é está acontecendo e já teria abortado esse tipo de situação. Eu ia acabar falando: “-Pode fazer cirurgia, mas ele vai continuar comparando você com outra.”. Então a cirurgia não ia adiantar nada. Isso é deixar de lado aquilo de subjetivo que tem na anamnese da paciente, na história da paciente. Isso entra um pouco naquilo o que eu falei, da formação.

Sempre tem alguma intenção por trás daquilo que ela está se queixando, lógico. Isso são os vários mecanismos de defesa que vai se usando. Sempre tem alguma questão por trás daquilo ali, real ou ilusória, por parte dela – mas que está incomodando. É isso que você tem que prever. Eu vejo muito em dor pélvica. Em dor pélvica, modéstia à parte, eu sou bom. E dor pélvica é um sintoma subjetivo na maioria das vezes. Quando você consegue estabelecer um vínculo com a paciente, digamos que 80% não saem satisfeitas com o seu diagnóstico porque elas gostariam que você falasse aquilo que elas estavam pensando que tinham. Mas, desses 80%, 90% depois volta, porque você foi o único que falou o que ela tinha. E ela sabe que ela tinha. E é uma paciente que se torna crônica para você. “-O Dr. Armando sabe o que eu tenho, e ele não vai falar para ninguém. Então eu vou continuar conversando com ele lá porque ele fez o diagnóstico. Eu não vou ficar mais sendo enganada por outro.” É consequência natural da coisa.

Esses casos mais subjetivos são difíceis tanto para o profissional, quanto para o paciente. São até mais difíceis para o paciente. Ele quer ser objetivo, ele quer a doença objetiva. Ela tem uma dor pélvica, ela vai ter um cisto de ovário, pronto. Ela prefere ter um cisto de ovário do que dizer que está somatizando aquela dor porque tem um

problema de relacionamento com o marido. É muito difícil ela aceitar. A ecografia vai mostrar. “-Eu falei que tinha um cisto de ovário.” / “- Esse cisto é normal.” Mas tem um achado no exame e ela também quer tornar o sintoma dela objetivo, e daí encontra o outro, que quer operar, está feita a “nhaca”.

Na clínica médica, na parte do atendimento clínico, os médicos queixam-se muito que são procurados por razões não médicas. Quando eu tinha a minha clínica, eu observava muito, principalmente segunda-feira, tanto homem quanto mulher, com queixas totalmente subjetivas e que a intenção era pegar um atestado; é percebido. Mas na especialidade, na ginecologia, é muito difícil. Quer dizer, ela vai lá porque tem alguma coisa.

Isso é comum no dia-a-dia da clínica geral, no atendimento básico da queixa geral do paciente, e acaba atrapalhando. É uma situação subjetiva, em que ele está forçando que você dê um atestado para ele. Na ginecologia é menos, o máximo é a paciente que chega lá e pede uma declaração, ou para pegar um atestado do dia que ela foi consultar, mas é muito raro a mulher que está com uma dismenorréia, com um sangramento e quer atestado. É muito raro. Você até, às vezes, pergunta: “-Está precisando trabalhar?” E a pessoa: “-Não.” / “-Não está precisando de atestado?”.

É diferente da clínica, onde principalmente segunda e sexta-feira. Tinha dia, lá na minha clínica, que eu chegava para a enfermeira: “-Olha, pega aí. Eu estou vendo que tem paciente aqui que já é macaco velho. Pergunta quem quer atestado e vamos dar atestado para resolver a situação e não criar tumulto aqui dentro.” Porque é aquele negócio: vai um médico querer... dá um desgaste! Ele vai querer brigar porque você não vai dar, vai tirar satisfação. Essa é a legislação! Essa é a legislação aqui do Brasil. Não adianta, isso aí virou costume!

Na América do Norte, os caras não querem nem saber de atestado! Eles se ferram com atestado. Na América do Norte, o atestado é até meio-dia. Vamos supor, ele ganha US\$ 80 na empresa que ele trabalhava, mas no dissídio coletivo, ele vai ganhar US\$ 50. Ele vai ganhar pelo seguro, então ele vai ganhar US\$ 50. E no ano que vem, quando ele for renovar o seguro, como ele ficou muito doente, ele vai pagar mais caro ainda o seguro. Então não adianta, ninguém quer pegar atestado. E aqui não, aqui é uma cultura. Não adianta! Já cansei de ver médico brigando com paciente na porta da minha clínica. Eu chego lá: “-Não briga porque fica chato.” Eu nem discuto. Não vale a pena essa discussão. Isso é cultural.

Também precisamos levar em conta a influência terapêutica da consulta em si, porque a simples presença do médico, da consulta em si, da relação, às vezes, traz um resultado terapêutico bastante razoável, porque a partir do momento que ela adquire a confiança em você, meio caminho está andado. Desde que você explique para ela por que ela tem que fazer aquilo, qual benefício ela vai ter com aquilo, a aderência ao tratamento passa a ser muito mais fácil. Isso é tranquilo. Mas tem a segurança naquilo que você está falando para a pessoa, porque isso está muito implícito para ela, a própria relação já estabelece esse vínculo.

Eu atendo 12 pacientes, em média, mas estão disponíveis 20, e não tem muita regra. Até teria um perfil das pacientes, mas eu não gosto de fazer, porque você já está pré-julgando a pessoa. A partir do momento que você traçou o perfil, você já está pré-julgando a pessoa e eu acho que não é interessante. Eu não busco fazer isso.

Isso eu mostro lá na ginecologia. É por isso que eu converso com os alunos. Na ginecologia, lógico, a gente sabe quais são os motivos de consulta ginecológica, mas eu nunca sei o que vem na próxima consulta ginecológica. Na obstetrícia, não. Na obstetrícia é a mesma coisa, não muda. É tudo aquilo ali. É tudo normal – ninguém tem queixa, ninguém tem nada. O máximo que tem lá é a paciente que engordou 4 quilos no mês e quer dizer que não comeu, e você: “-Ah, não comeu? Eu não estou entendendo.”. Quer dizer, é a negação. Mas na ginecologia, você não sabe o que é a próxima consulta, você não fica traçando perfil. Eu aprendi que você não deve traçar esse perfil, tachar de pístico... Ninguém é pístico, certo? Alguém está sofrendo por aquilo ali.

Lá na minha unidade, eu tenho uma paciente, que a cada 15, 20 dias está lá, e com uma queixa diferente. E o pior da paciente, é que quando você vai, sempre tem alguma coisa. E a gente descobriu, depois de tanto ela insistir para fazer isso e aquilo, descobrimos Síndrome de Job nela. Então não é pístico, ela está sofrendo. Não pode ficar prejulgando a pessoa, tem que investigar o porquê daquilo. É o que eu falei: tem que saber o que é que está por trás daquela consulta. Com aquela consulta, você já estabelece. Ela já sabe que eu sei que ela está ali por causa daquilo, e então ela vai tentar não te manipular. Ela vai lá por uma coisa real. É por isso que eu não gosto de prejulgar a paciente. Eu sou contra esse tipo de preocupação de traçar perfil.

**Quando você sente necessidade de se atualizar em algum tema, que tipo de mecanismo você usa?**

Eu uso internet. Eu uso internet diariamente. Eu falei que eu estudo 1 hora por dia. Se eu tenho que preparar alguma coisa, uma aula, eu vou lá ver se tem alguma coisa atual. Eu vejo o PubMed principalmente, ou na própria Bireme – eu sempre faço uma revisão bibliográfica. Isso é diário. Já virou costume, é rotina. Isso é rotineiro.

Para definir o que vou confiar, procuro o consenso, aquilo que tem consenso, porque tem um monte de artigo aí. E americano e canadense, qualquer coisinha que estão vendo, estão escrevendo. Isso é o dia-a-dia deles, isso eu aprendi lá também, qualquer coisinha! Ele viu um microadenoma, pimba, já publica o microadenoma.

Então eu sempre procuro ler artigos que tragam algum consenso de alguma sociedade, de alguma reunião, de algum informe – e que tenha um consenso, não que seja uma coisa jogada. Só aproveito isso em uma ou outra situação, que tenha alguma coisa que parece nova e você vê que tem uma correlação.

Um exemplo, eu recebi um artigo em 2000, que era um trabalho de uma microbiologista americana; investigando a vaginose bacteriana, ela descobriu que tinha um vírus, que ela chamou de lactobacilo killer, que era responsável pelo desaparecimento do lactobacilo vaginal. Ela encontrou esse vírus em 27% dos parceiros sexuais, e até então você não tinha uma noção de que a vaginose poderia ter também contribuição sexual. E a partir dessa leitura, eu transpus isso para o meu consultório e o que aconteceu? A paciente que tinha uma vaginose recidivante, eu passei a acidificar o meio vaginal dessa paciente, e orientei que o companheiro usasse preservativo por um período; e começou a aparecer. Opa! Então tem alguma coisa aí. Mas isso não era um consenso, foi uma coisa que eu li e que eu achei uma correlação clínica e depois eu não vi mais trabalhos nessa área. Por aí, não tem. É difícil, até porque isso é uma linha de pesquisa... Mas não tem, então a gente fica assim.

São coisas que você vai lendo, que você correlaciona com a clínica. Aí você tem um consenso clínico. Por exemplo, a literatura diz que o fogacho na mulher climatérica dura no máximo 5 anos. Depois, você tem que investigar outras causas. E no processo eu investigo, porque eu tenho uma boa prática também, é a investigação da causa cervical. É um fator importante, diminui o fluxo sanguíneo da artéria basilar, diminui o fluxo sanguíneo perifrontal. E essa paciente, se eu encaminho para fisioterapia, tração, alongamento, melhora a sintomatologia da paciente. Mas a literatura é muito pobre nisso. Não tem um consenso, não tem uma publicação, são observações tuas.

Eu tenho essa preferência pelos consensos, porque já foi discutido. São coisas que já são aceitas pela comunidade, já foi discutido. Eu tenho uma boa experiência em

ler consenso. Eu gosto mesmo. Fora dos consensos, aquilo que eu percebo que está tendo uma relação com o que eu vejo no dia-a-dia; alguma dificuldade que eu tenho, eu li e explica, ao menos em parte, aquilo que eu estou vendo. Porque aqui no Brasil, principalmente, artigo é influenciado e pago pela indústria farmacêutica. Tudo isso você tem que ter um pezinho atrás. Têm artigos, tratamentos, que sempre vão ter o subsídio da indústria farmacêutica. Daí já está viciado, aquele trabalho. E na área de ginecologia, tem bastante, Congresso, tudo é feito por laboratórios hoje em dia, então você tem que ficar muito pé atrás com isso. O que se fala em congresso, hoje, 90, 95% é artigo que laboratório quer que você fale; ele que está pagando a sua passagem, sua inscrição etc. Ele vai querer aquilo em troca. E nos artigos também, isso se reflete bastante.

Os médicos, em geral, não têm essa preocupação, de ficar com o pé atrás em relação aos trabalhos. Eles são passíveis. São muito passíveis. Eu já vi cada... Por exemplo: vai tratar isso e vai num congresso. Como é que é esquema de congresso? Ele vai lá, 80% quer fazer turismo e 20% quer ver se tem alguma coisa nova. “-Ah, hoje vai ter lá um seminário ou uma palestra de tratamento de hirsutismo. Ele foi passear, começou às 5 horas da tarde e lá pelas 5:30 ele vai lá na palestra de hirsutismo. “-Ah, tratar hirsutismo com ciproterona. “Ponto.” Então ele volta do congresso com ciproterona – não viu a dose, não viu porcaria nenhuma. Daí ele chega no consultório, vai lá e pega o def. ciproterona é o diane. Então passa a dar ciproterona. É isso que acontece. Não sabe que para tratar [termo inaudível] tem que dar 50 miligramas por dia e o diane só tem dois, certo? Tem que dar 25 comprimidos/dia para tratar, para ter um resultado efetivo.

Então é mais na “orelhada” que o cara vai fazendo as coisas. A atualização dele é na orelhada. Ele não está lendo, não entendeu o mecanismo de ação, como é que é a indicação. Isso é uma dificuldade séria, e outras coisas mais: corrimento, sangramento – é tudo na base da “orelhada”. Ouve falar e: “-Vamos fazer isso daí.” Eu venho, brigo, discuto, pego o residente aqui: sangramento funcional. Qualquer livro que você pega está escrito: conduta para cessar o sangramento: fazer curetagem hormonal. Depois que fizer curetagem hormonal, fazer uso de progesterona, mas os caras já saem usando progesterona. Aí não adianta nada. Tem a primeira parte e tem a segunda parte, mas ouviram na “orelhada”: “-Ah, porque o senhor prescreveu.” Mas eu prescrevi depois de fazer a curetagem hormonal. Vai estudar, vai entender o porquê faz curetagem hormonal e no dia seguinte pergunta. “-Não entendeu nada?” / “-Não entendi.” / “-Então vamos lá, vamos lá fazer isso aí.” Tem que ficar no pé do sujeito.

Em relação aos artigos, também, eles vão sempre muito na linha do que o laboratório traz, da bendita bibliografia do laboratório. O medicamento novo é lançado, e o pessoal, de maneira muito direta, já começa a usar. Foi o que aconteceu com prexige. Foram lançar, mas não foram ver que podia dar outras complicações, e deu no que deu! Porque é o antiinflamatório mais vendido no Brasil? Não é porque é bom, é por causa da propaganda que tem em cima, das propagandas que há. Não sabe se o medicamento que foi lançado passou por FDA, tudo isso aí que é um bom balizador. É um consenso. Medicamento, para usar, tem que ver se FDA liberou. Se a FDA não liberou é porque tem alguma coisa, então precisa ir atrás.

Na ginecologia, o pessoal tem bastante encanto por medicamentos novos, mas o novo da ginecologia é uma maquiagem só, porque ensaios novos não têm. Estão maquiando. O último ensaio novo é das quinolonas, aquele de 1982, 1983. É do século passado. Eles estão fazendo maquiagem com isso, não é novo. Faz uma maquiagem que eleva o preço lá em cima. É esse o esquema. É para mudar a patentezinha. Muda lá a dosagem, mas é a mesma coisa! Não tem progesterona, não tem estrógeno novo. Isso aí é de 1982. Não tem nada novo. Tem novo, mas que não é viável comercialmente, sai muito caro. Então eles fazem uma maquiagem do que eles têm. Isso é comum, é bastante comum. E também tem terapia de reposição hormonal. Não tem nada novo nesse negócio.

### **E o uso dos exames complementares?**

Se houve um grande avanço na especialidade, como um todo, foi a facilidade que se tem com os exames complementares hoje, e eu dou o exemplo de dosagem hormonal. Se você quisesse, na década de 80, fazer uma dosagem hormonal de FSH, por exemplo, na rede estadual: você solicitava o exame, o laboratório comprava um kit, o kit fazia 15 exames. Tinha que fazer 15 coletas para aproveitar o kit, então demorava. Você pedia um FSH hoje, e ia ficar pronto só 3 meses depois. Não tinha acesso, por exemplo, à rede pública. Hoje, se você pede um FSH na unidade de saúde, demora 3 dias. Facilitou, esse acesso da tecnologia no diagnóstico, facilitou bastante.

Eu me lembro muito bem disso, em 1976, o primeiro caso que eu tive, eu publiquei, para você comprovar que os dois ovários estavam aumentados, você tinha que fazer primeiro um pélvico por planigrafia. Era uma coisa totalmente do arco da velha! Hoje tem ecografia aí, fácil.

Eu acredito que teve, na ginecologia, mais o avanço na parte diagnóstica. Isso teve, sem dúvida nenhuma. Histeroscopia, tudo isso facilitou, ressonância, tomografia. Fazer diagnóstico de hiperprolactinemia, de microadenoma, macroadenoma ficou uma coisa rotineira hoje, e antigamente, era difícil.

Quanto ao uso desses exames, antigamente era “complementar” mesmo, como o próprio nome está dizendo: exame complementar. É exame complementar para quê? Eu estou numa encruzilhada. Ou eu posso ter esse diagnóstico ou eu posso ter esse diagnóstico. Para diferenciar se é A ou B, numa hipótese dentro do raciocínio, eu tenho que ter um exame que me dê qual o caminho. E hoje, tornou-se rotineiro. Tem uma mulher, por exemplo, com uma dor pélvica, daí já pedem tudo – pedem hemograma, pedem VHS, pedem ultra-som, pedem transvaginal. Não estão raciocinando em cima da cliente, estão raciocinando naquilo que tem em disponibilidade, e não sabem nem interpretar o exame dela. Aí é que está o problema. Não tem interpretação do exame, para dizer para quê serve.

Hoje, eu tive aqui um caso de uma paciente. Deu confusão porque ela veio na semana passada, é uma paciente de 44 anos de idade, com uma amenorréia de 10 meses, eles pediram um FSH, e o FSH deu 31 – quer dizer, está no *borderline* – e falaram para a mulher que ela estava em menopausa, beleza. Mas ela começou a ter sangramento agora, foi levada à curetagem porque tinha um endométrio de 4.8. Então, teoricamente, em cima desse ponto de vista, que ela fez um FSH no passado, que deu 31, ela está em menopausa, teoricamente. Mas foi feita uma nova dosagem agora, e está com 8 de FSH. Não está em menopausa, quer dizer, não souberam interpretar o exame. Teria que ser feita uma dosagem de estradiol, no mínimo; outras disfunções estavam acontecendo. Não fizeram essa correlação. Simplesmente pediram o exame, sem correlacionar. Então é exame complementar. E se vê muito isso aqui, no nosso serviço especificamente, qualquer paciente com incontinência urinária, estão pedindo urodinâmica – e urodinâmica é um exame bem específico, é para você fazer um diagnóstico diferencial, não é para você sair fazendo rastreamento. É entender hoje o mau uso do exame complementar. Ele é complemento de alguma coisa, não é para diagnóstico “de”. Se for um exame “diagnostical”, tudo bem. Porque senão, qualquer um podia ser médico, se for só sair pedindo, vai dar uma resposta. Então seria um exame “diagnostical”, e não complementar.

No dia-a-dia, vejo bastante os profissionais usando exame complementar de maneira inadequada, bastante mesmo. Em termos de unidade de saúde, é uma

barbaridade! Deus o livre! O que você vê de bateria de exames! É de graça tudo, então pedem tudo o que tem, mas você percebe que não tem um objetivo, não tem justificativa pra pedir aquele exame. Isso acontece por insegurança. É insegurança, o não aprender a habilidade dentro da propedêutica no 2º, 3º ano; a propedêutica adequada, a fisiologia adequada, porque está sendo esquecida. É o tripé: é a anatomia, é a fisiologia e é a propedêutica. Isso é saber medicina.

Além disso, os profissionais sentem pressão para solicitação de exame. É a cobrança que ele pode ter, é o medo que ele pode ter na eventualidade de sofrer qualquer tipo de processo. Então, por trás também da solicitação de uma quantidade maior de exames complementares, está visando se autoprotger de eventuais processos lá para frente. Tem esse fator, que é muito importante. É uma coisa muito importante

Na prevenção, você também está se cercando de testemunhos e de armas para poder se proteger. Também tem esse fator que tem que ser muito considerado. É importante esse fato da proteção contra processos, que está crescendo enormemente, cada dia mais. E hoje o processo não é tanto por erro médico, é mais por danos morais. É mais complicada a coisa.

E o usuário também, já vem com a demanda do exame. Como tem maior acesso à internet, disponibilidade de informação, ele acha que tem que fazer isso e está na sua competência explicar o porquê. Nunca negar, mas explicar o porquê pode ser feito ou não deve ser feito aquele tipo de exame. Você tem que ter firmeza para poder responder isso ao usuário. Isso eu nunca tive problema nenhum. *“-Esse exame não vai modificar nada na sua vida. Pode até ser desagradável para a senhora.”* Um exemplo que eu dei na unidade é que tem certas clínicas de ecografia, que o cara diz assim: *“-Seria melhor complementar com uma transvaginal.”* Aí eu tenho que explicar: *“-Esse exame que foi solicitado para a senhora é um exame de rotina da mulher na menopausa, que está fazendo prevenção de câncer do útero, do endométrio e de câncer de ovário. Eu quero saber como é que está o seu endométrio e quais são as características do seu ovário. A transvaginal vê mais de perto. Beleza. Mas olha aqui: o seu exame diz que o seu útero está medindo tanto, por tanto, por tanto; como é que está o seu endométrio, como é que está o endometrial, como é que está o seu ovário. Não precisa fazer exame. Se tivesse alguma alteração aqui, daí precisaria complementar. Transvaginal é uma complementação.”*

Então, a própria clínica de ecografia está induzindo a paciente a pedir ao médico uma coisa, quer dizer, é uma picaretagem. Isso é uma picaretagem para poder ter mais

um procedimento, essa que é a verdade. Mamografia, por exemplo. É muito mais fácil colocar uma mamografia Bi-rads 0, ou Bi-rads 3, porque ele vai ter que fazer ecografia. E daí fica um rolo, porque 80% dessas ecografias vão dar normais. Eu sinto também no dia-a-dia a pressão do produtor do exame para ter uma complementação com outro exame, que nem a mamografia Bi-rads 0 ou Bi-rads 3, que automaticamente tem que fazer uma ecografia, não tem escapatória. E mais de 80% dessa ecografia vão dar normais. Onde é que está o...? Ou ele é muito ruim para não ver, ou está tentando induzir alguma coisa. Vai tentar. Principalmente Bi-rads 0, não é? [Para induzir] a ecografia. Aí é que está. E você não vai discutir com ele, ele é especialista, certo?

Antes, na formação, você não tinha tudo quanto é exame, então você tinha que fazer um diagnóstico clínico mesmo, examinar o seu paciente. Você era obrigado! Não tinha conversa! O máximo que se tinha era raios-X, e raios-X não ajudavam muito. Raio-x ajudava no pulmão. Daí você tinha que ter uma acurácia no exame físico do paciente.

Com o advento de toda essa parafernália tecnológica, você deixou de se aprimorar no exame físico do paciente. Isso foi esquecido e é básico.

A própria seqüência da consulta clínica está mudando, antes era bem estabelecido: anamnese, exame físico e exame complementar. Hoje, muitas vezes, já passa da queixa para o exame complementar. Isso não era para ter, mas é comum. Isso é uma coisa comum. A gente vê cada encaminhamento aqui. Porque aqui é um serviço secundário e terciário. Você vê cada encaminhamento aqui, que faça-me o favor! Se ele tivesse examinado a paciente na unidade de saúde, tinha resolvido. Hoje mandaram candidíase para cá! Para um hospital terciário! Faça-me o favor! Isso significa que não examinou.

**Na sua prática cotidiana, você chegou a enfrentar casos de conflito pessoal a respeito de algum caso?**

Eu tenho uma facilidade de perceber quando eu erro. Eu tenho uma facilidade. E quando eu erro, ou seja, eu vou tentar consertar ou procurar aprender mais – e isso faz parte do meu aprendizado. Sempre que eu erro, isso foi um aprendizado para mim. Nunca isso me deixou abalado. Nunca tive o dolo, a má intenção de errar. Se eu errei, foi porque, na minha conduta, eu deixei passar despercebida alguma coisa, e com isso, eu tento corrigir – tento corrigir a mim, quanto corrigir lá com a outra pessoa.

Já em relação a condutas, ao que manda teoricamente o protocolo, eu sou totalmente enérgico. A partir do momento que eu começo a perceber alguma coisa que vai contra aquele protocolo, eu começo a perseguir aquilo que eu estou percebendo que tem lá no protocolo – isso é uma coisa minha – baseado em literatura, tal, que mostrem outros caminhos.

Eu vou pegar um exemplo aqui, porque eu fui orientador agora de um TCC, então eu observava na unidade de saúde que desde que eu entrei lá, rotineiramente no exame ginecológico eu faço teste de aminas, de rotina. Em todos os pacientes que eu faço exame ginecológico eu faço teste de aminas. Isso já vem desde a década de 80. E o que acontecia? Acontecia que quando eu fazia o teste de aminas e vinha o papanicolau com bacilo supra citoplasmático, eu entrava no controle da paciente e via que tinha tratado. Daí vinha o resultado do outro ginecologista que não tinha tratado. Ele não tinha feito o teste de aminas. E o que acontecia? Tinha que agendar consulta. Nesse agendar consulta, quem vai agendar a consulta, quem vai levar o comunicado que o papanicolau deu uma alteração é a agente comunitária. Como é que ia ficar a vida dessa paciente, não é? - Bom, então vamos fazer um trabalho. Vamos ver quanto que dá, se eu fizer um teste de aminas aqui, a positividade, que vai ter como parâmetro o papanicolau. Então, o que diz? Você tem que ver que 56% dos pacientes que iam consultar não tinham queixa nenhuma – pra começar – e tinha uma alta coincidência de 94%, na positividade do teste de aminas com o achado do bacilo supra citoplasmático na vaginália.

A conclusão hoje é que se você faz rotineira isso no consultório, na unidade de saúde, você está evitando o estresse da paciente. O que uma paciente pensa quando vai uma agente comunitária reagendar porque o papanicolau... Do comunicado até ela consultar, vai ser um inferno a vida dela, e no fim não tem nenhum problema. E são coisas fáceis! Mas não está no protocolo. O protocolo diz que o exame vaginal tem que ter isso, isso e isso... Eu sou meio avesso a isso daí. O que eu percebo é que não... Aqui não, porque está dando tempo para modificar e [trecho inaudível].

**Em uma avaliação da carreira, das expectativas que você tinha quando entrou na faculdade, o que se confirmou, e o que não se confirmou, em relação à profissão?**

Não tem nenhuma ilusão. Se eu tivesse que fazer tudo de novo, eu faria tudo a mesma coisa – tudo a mesma coisa, não faria nenhum pouco diferente. O que eu digo é o cuidado com o paciente, a atenção. Se eu voltasse 35 anos, eu faria a mesma coisa – 40 agora, porque eu tenho 70, então há 38 anos, eu faria a mesma coisa, não teria nenhuma diferença.

Talvez, se eu pudesse voltar no tempo, eu saía vacinado contra decepções. A única coisa é que eu teria me vacinado contra decepções de colegas, não usuário. O usuário só vai se vingar de você. O usuário seria a vingança do sapateiro. Você conhece a historinha? Se você tem um sapato e leva para o sapateiro apertar e você fica lá reclamando muito do sapateiro, ele pega e coloca um preguinho fora do lugar, e aquele preguinho fica te incomodando. Essa é a vingança do sapateiro. Então é a mesma coisa: o paciente só vai mover alguma ação contra você, se você não for atencioso com ele, se você não atingir a expectativa dele. Se você respeitar, explicar e conversar, se preocupar com ele, por mais que você erre, ele não vai superar. Não vai superar e você não quer que ele faça isso... E daí eu estaria vacinado contra os colegas. É mais com os colegas.

Não há nada que eu, como estudante, imaginava e que não...Porque eu já sabia que eu tinha uma perspectiva maravilhosa, por conta do avanço que estava tendo na descoberta das coisas, das técnicas de diagnóstico, que facilitaria mais a vida. E agora, muito mais ainda.

De realização profissional, eu estou bem ciente. Lógico que cada dia... A única coisa que eu quero é que o Criador nosso me permita que eu continue estudando e me aperfeiçoando naquilo que eu faço. Aspiração de título, esses negócios, de jeito nenhum! Isso já passou longe da minha aspiração, faz tempo. Só profissionalmente; pessoal e profissão, mas não em termos de titulação. Eu já passei por todas essas fases, e não tenho atração nenhuma. O que eu tenho atração é pelo aperfeiçoamento da profissão, principalmente pessoal, do estudo daquilo que está acontecendo dentro da minha especialidade, e dentro da medicina de maneira geral. Permanentemente tendo uma educação contínua.

**Se você fosse olhar hoje para a geração que está com você hoje aqui, e aquela geração que você conviveu antes da sua formação, o que você acha que tem de diferente, do médico de ontem em relação ao médico de hoje?**

A profissão, no sentido geral da coisa, não mudou muito não. É o mesmo bando ... um querendo sacanear com o outro. Sempre foi assim, e sempre vai ser assim. Isso não vai mudar nunca. O concorrente está ali; se você puder falar mal do outro, dentro de uma ética, você vai continuar falando. Era assim, é assim e vai continuar sendo assim. Eu não acredito que vá mudar muito isso não. E naquele tempo, também era a mesma coisa, mais elaborada, mais sutil. E hoje escancara!

O diferencial é na relação do profissional com o paciente, dentro de uma pobreza que você tinha de exames complementares, você tinha que cativar o paciente desde a anamnese; e tem o exame físico. Não era admissível, nem passava pela cabeça você não examinar o paciente, não colocar a mão no paciente – não existia, isso aí era corriqueiro. Hoje, a paciente se admira quando você vai examinar. “-você vai examinar? Ele não examinou.” Ela está acostumada a não ser examinada. Isso que é comum. E isso influencia a relação. Ficou massificada a coisa. Hoje, se eu estou na unidade de saúde onde eu estou, não tem diferença nenhuma. Vai estar o outro lá e vai estar o outro – não tem diferença nenhuma. Quer dizer, até a paciente vai dizer: “-Ah, esse aí também não vai me examinar. O outro não examinou, esse não vai examinar”. É uma coisa diluída, mas isso é uma coisa comum. E você vê uma tendência de uma piora nesse tipo de relação, porque o administrador da secretaria quer que você atinja a cota, sempre se atinja as metas, e não se importa muito em como você atinge essas metas. Aí é que está o X da questão. Entra todo mundo dentro de uma estratificação geral.

Hoje é mais difícil exercer a medicina, porque você tem uma cobrança maior e pode ser punido por essa cobrança. Antigamente, não era muito assim não – nesse sentido. Mas aí é que está! Essa cobrança é maior, mas com incongruências. Você sempre tem que estar atualizado, tem que estar dentro de um contexto para você poder atender as necessidades dessa população, que cada vez serão maiores. A partir do momento que, dentro de uma sociedade, você tem ascensão de um nível para o outro, quer dizer, você está aumentando um pouquinho o seu conhecimento. Não estou dizendo a cultura, é o seu conhecimento. E quando você tem mais conhecimento, esse paciente exige mais; e o paciente exige também mais do médico. Ele tem que descer na sua “altura da esmeralda”; ele tem que deixar a esmeralda de lado. Ele tem que atender essas expectativas dessa população que está ascendendo na sociedade. Isso vale para todo mundo, isso melhoraria, lógico.

Para que a medicina hoje se tornasse uma atividade mais gratificante para os médicos, você pode abrir vários contextos – gratificante no sentido pessoal, gratificante

no sentido financeiro. Então nada melhor do que ter tido o casamento do sentido financeiro com o pessoal. No pessoal, eu já relatei que eu tenho a experiência de dono de clínica e de empregado da prefeitura. Quer dizer, o lado pessoal é muito mais gratificante na prefeitura do que na clínica, só que na clínica ganha muito mais do que na prefeitura. Então, se deixassem de fazer a politicagem, e fossem ver aquilo que tem de disponibilidade em relação ao orçamento da saúde, e repassar parte disso a quem atende e está na linha de frente, ao invés de querer ficar fazendo politicagem, e colocar recurso onde não deve, daí seria mais gratificante. Mas também vai depender daquilo que você quer com a sua perspectiva financeira da vida. Eu, dentro de uma perspectiva financeira, atingi uma estabilidade.

Nunca sonhei ser – e odeio pensar em ser – milionário, porque não é do meu feitio. Todas aquelas metas que eu tinha na minha vida, lá no início da profissão, eu tenho – tenho duas casas próprias, tenho dois carros, meus filhos conseguiram instrução... Então tudo bem, tudo beleza, não tem problema nenhum. Agora é guardar dinheiro para a aposentadoria para ter uma velhice mais saudável, porque se tiver preocupação, não vai. E não está tão longe da aposentadoria. É nisso que tem que pensar, nas etapas da vida que eu já fui cumprindo.

Agora, eu vou me mandar para aposentadoria, mas não para aposentar, porque eu não vou me aposentar como pessoa, eu vou me aposentar dentro de expectativas dentro da legislação. Mas como pessoa, me aposentar? Eu não me vejo de pijama, em casa, enchendo o saco, de jeito nenhum! Não é o meu estilo. Enquanto eu tiver vivo, eu vou ficar também enchendo o saco.

**(FIM DA ENTREVISTA)**

## ENTREVISTA COM DR. VINÍCIUS

**Para começar, eu gostaria que você falasse um pouco da sua infância.**

Eu nasci em 1948, sou da região do norte do Paraná, da região de Siqueira Campos, é perto da região de Jacarezinho. Quer dizer, nasci no sítio, que pertence à cidade, mas eu vivi no sítio antes do pai e a mãe mudarem para a cidade, até uns cinco anos. Quando meu pai e minha mãe se conheceram, minha mãe era professora em uma escola rural, tinha 16 anos, uma coisa assim, então ela conseguiu uma nomeação para ser professora primária em uma escola isolada, no interior, em um sítio, em um bairro distante. Depois, ela casou com meu pai e um ano e meio depois, eu nasci, ela continuava sendo professora lá. E meu pai trabalhava com meu avô no sítio que eles tinham, ele queria estudar para poder sair dessa vida, e nunca conseguiu. Tanto é que ele praticamente não terminou nem o primário. Ele conseguia escrever, mas não tinha leitura. Fazia contas, coisas de comércio ele era bom, mas aí ele saiu do sítio do meu avô e foi trabalhar com meu tio. Porque a escola que minha mãe dava aula era perto de uma venda que meu tio tinha nesse distrito. E depois de uns 4, 5 anos de casado que ele resolveu se aventurar, vir sozinho para a cidade para ter o comércio próprio. Ele foi trabalhando, trabalhando e minha mãe dando aula. Daí eles mudaram para Siqueira Campos, daí já tinha ido meu irmão. Depois, em Siqueira, nasceu uma irmã e depois vieram mais três. Em Siqueira eu fiquei até os 11, 12 anos, aí eu fiz o primário. A minha mãe era professora do primário em um grupo que era estadual, então ela me colocou em um colégio de freiras, em uma escola particular, mas aí do segundo ano para frente eu fiz no grupo que era estadual. Naquela época, o costume era de dizer que a escola pública que era a boa, e a escola particular era só para aqueles alunos que não gostavam de estudar, que pagavam e passavam. Daí então eu terminei o primário nesse grupo, que era estadual, e depois eles me colocaram em um colégio para eu continuar estudando, porque na minha cidade naquela época não tinha ginásio ainda, daí eu fiz o ginásio em Jacarezinho, a 100 km dali. E quando terminei o ginásio, em 1966, nós já éramos quatro filhos em idade escolar, e tinha uma que era mais nova e um nenê que não tinha nascido ainda, então eles resolveram se mudar para aqui, para Curitiba, para a gente poder ter condição de estudo. Daí eu fiz o científico em 1964, 1965 e 1966, que eram três anos.

Terminei com 18 anos. E daí, em 1967, 1968 e 1969, eu fiquei malhando ali para poder passar no vestibular.

Quando eu fui estudar em Jacarezinho, um ano e meio depois esse meu irmão, que é o segundo, ele também quis ir junto. E naquela época, você terminava o primário, fazia um período de um cursinho que eles chamavam de ‘exame de admissão’, que durava uns 3 meses, você fazia para preparar para entrar no primeiro ano do ginásio. Eu fiz isso na minha cidade, consegui o certificado, daí quando eu fui para Jacarezinho, já levei o certificado, então já entrei na primeira série do ginásio. E meu irmão, um ano e meio depois, que ele tinha terminado o primário, ele fez também essa mesma admissão, só que quando ele foi para Jacarezinho, ao invés de entrar no primeiro ano do ginásio, a capacidade dele de estudo não permitiu, então ele entrou na quinta série. Quer dizer, ele não pode entrar no ginásio, entrou naquele que eu fiz, de dois meses de preparação, aí ele teve que fazer o ano inteiro para poder entrar no ginásio. Aí ele ficou mais um ano atrasado. Então, quando a gente veio para Curitiba, eu já tinha terminado o ginásio e entrei no científico, ele tinha um ano e meio menos de idade, e um ano já atrasado de estudo. E no período que ele ficou em Jacarezinho, que eu acho que foram dois anos, praticamente não serviu de nada para ele, porque quando ele veio para cá, que nós fomos fazer o teste de avaliação, eu entrei no científico e ele quase teve que entrar no primeiro ano do ginásio de novo, então ele perdeu mais dois anos. E ele foi assim, aos trancos e barrancos. Depois, teve um monte de outros problemas. Chegou à época dele servir o exército, ele não tinha terminado o ginásio ainda, aí ele resolveu fazer um concurso na Rede Ferroviária Federal para trabalhar não como ferroviário, mas como estagiário, sem trabalhar no serviço pesado. Ele passou, que era inteligente. Aí fez um ano e pouco lá e desistiu. Aí fez concurso na escola técnica, passou, fez um ano e pouco também e desistiu. Aí foi servir o exército, perdeu mais dois anos. Então, ele praticamente só terminou o ginásio e fez um pouco do científico, mas não chegou a terminar, não foi para frente no estudo.

A minha irmã, a terceira, quando a gente veio para Curitiba, ela já estava estudando, fez ginásio, depois fez científico, fez faculdade de pedagogia, mas casou-se com um médico dermatologista e virou dona de casa.

O outro irmão, que é o quarto, estudou praticamente como eu, fez ginásio, científico, vestibular, começou a querer estudar filosofia, inventou um monte de coisas... naquela época, tinha o Projeto Rondon, ele entrou no Projeto Rondon e foi estagiar lá, trabalhou um monte de tempo, ficou quase efetivo no Projeto Rondon,

depois foi concursado e agora já se aposentou pela universidade federal, mas como funcionário. Faculdade, não fez nenhuma.

A minha irmã mais nova, que é a quinta, fez psicologia e hoje trabalha na rede estadual como professora de alunos especiais, trabalha na Secretaria de Estado de Educação e Cultura.

E meu irmão mais novo, que nasceu quando a gente veio para Curitiba, estudou normalmente também, fez curso de design, arquitetura e hoje tem uma empresa, trabalha com isso.

### **Conta um pouco da época da faculdade, da sua formação.**

O científico era dividido em duas turmas, tinha a turma da engenharia e a turma da medicina. Eu, como sempre fui ruim em matemática, não gostava muito - bom, o que eu vou ficar fazendo na turma da engenharia? Na verdade, essa foi uma coisa que me fez tender para a área biológica, que até então, nunca tinha pensado. Eu fui para lá, por essa conveniência, porque não tinha alternativa.

Eu terminei o científico nessa turma de medicina, fiz o vestibular naquele ano, mas não consegui passar, porque física não entendia nada e eram quatro matérias. Fazia prova de física, biologia, português e química. O vestibular eram essas quatro matérias. Eu não entendia nada de física, senão eu teria passado já no primeiro vestibular.

Esse ano foi aquele que teve os excedentes, porque aqui na faculdade federal, eram 160 vagas no começo, mas como o governo queria democratizar o estudo de medicina, todas aquelas pessoas que se consideraram classificadas, e não conseguiram média para ficar entre 160, eles consideraram como excedentes. Então, teve uma turma de 160, que era a turma normal, e depois, se não me engano, tiveram uns 60 ou 80, que por uma força de mandato judicial, conseguiram entrar aqui. E o governo federal, por causa desse precedente, resolveu ajudar essa 'gurizada'. Então, você entrava com um advogado, pegava seu score - eu não estou entre 160, mas tenho média suficiente, acima de 4, para ser considerado aprovado no vestibular - esse pessoal foi agrupado em diversos lugares do Brasil. Então, o governo distribuiu, para outras faculdades, além daqui, para que fizessem o curso, o Costa e Silva e a mulher dele espalharam para todo mundo, para todo lugar. Foi gente para Campos, foi gente para Manaus, gente para Vassouras, não sei mais para onde. Eu conheço gente que fez o científico comigo que estudou em Campos. Teve gente que fez faculdade em Manaus, teve gente que foi para

Santa Catarina. No Hospital de Clínicas, o quadro da turma que se formou em 1972, tem um quadro com 160, e depois tem um outro, no corredor do primeiro andar, que eram os excedentes. Os excedentes, até um tempo atrás, tinham uma fotografia que colocaram embaixo de cada ficha. Só que eles eram segregados da turma oficial, eles não fizeram aula junto. Aula de anatomia deles era separado, fisiologia, bioquímica, histologia, era tudo separado. As aulas de anatomia prática, eles tinham cadáver em separado. Então, ficou uma turma diferente da turma padrão. Os outros, que se consideraram dentro dos 160, não aceitavam aquela turma, de forma alguma. Eles têm patrono diferente, paraninfo diferente. Tiveram formatura diferente. Os professores homenageados foram outros. Foi uma turma segregada. Eu conheci gente dos dois lados, inclusive, tinha um colega meu que fez científico comigo e passou nessa turma dos oficiais. E outros colegas meus que fizeram científico e foram considerados excedentes, foram espalhados por vários lugares. Quando eu passei no vestibular, em 1970, esse pessoal dos excedentes estava indo para o quarto ano, porque eles entraram em 1967. Eu conhecia alguns deles.

Como a minha classificação, por causa de física, não foi suficiente, não pude nem entrar nessa turma de excedentes. Acho que foi a minha sorte. Porque, às vezes, penso que se eu tivesse entrado na faculdade nesse ano, quando terminei o científico, em 1966 para 1967, antes de fazer 19 anos, fazendo uma análise retrospectiva, eu não teria maturidade suficiente, no meu modo de entender, para terminar o curso. E quando eu entrei na faculdade então, em 1970, me senti melhor, pessoalmente, para fazer o curso.

Em 1967, eu fiz meio ano de cursinho, comecei a trabalhar e parei de estudar. Quando prestei o vestibular, eu não consegui. Eu tinha feito um tipo de concurso na prefeitura, para trabalhar no início daquela implantação do IMCS, era tipo um estagiário, mas concursado. Eu fiquei dois anos e meio, quase três trabalhando nisso. De final de 1967 a 1969.

Em 1968 eu só trabalhei, nem cursinho eu fiz. Cheguei a fazer vestibular na federal, mas também não consegui aprovação.

No final de 1969, quando eu ia poder ser efetivado, como eu ia prestar o vestibular, me considerando o rei da cocada, falei “– ah, eu vou fazer vestibular para medicina e vou passar, vou ser médico, por que vou ficar trabalhando de estagiário, funcionário público?” -, aí desisti. O chefe da minha seção, que era muito esperto, segundo o que me contaram depois, ele tinha uma menina, estava de olho nela, e

colocou-a no meu lugar. Quando eu resolvi, em janeiro, fevereiro, pleitear de volta a minha vaga, não tinha mais jeito. Me arrependi, depois de um tempo, porque se eu tivesse continuado, poderia ter pedido transferência da Secretaria da Fazenda para a Secretaria da Saúde, ou teria o tempo suficiente para ter me aposentado há muito tempo. Só me arrependo por causa disso, pelo tempo de serviço.

E, apesar de ter escolhido o científico para a área de biológicas, às vezes, eu fico pensando por que me defini pela medicina, e não consigo achar uma explicação, porque em qualquer outro setor da área biológica, talvez eu pudesse ajudar outras pessoas também. Mas, nesse meio tempo, acho que enquanto estava ainda fazendo científico, trabalhei um ano e meio em uma farmácia. O patrão tinha comprado um monte de pastilhas para garganta, porque o laboratório fazia promoção, comprava 20 caixas, por exemplo, de pastilhas para garganta, e ganhava de bonificação 2, 4 caixas, 20%, então a gente tinha que vender.

Um dia, chega um cara, ele tinha uma receita para fazer injeção endovenosa, aí ele perguntou se eu fazia, falei “– Eu faço –“, olhei o braço do cara, umas veias mais grossas, não precisava nem garrote, “– Se eu não aprender com esse cara não aprendo com mais ninguém –“, aí levei o cara para dentro da sala de injeção, não pus garrote, mas apliquei a injeção nele, do jeito que precisava. Aí ele falou “– Olha, você aplica tão bem que todas as outras injeções eu vou vir fazer aqui com você –“. E eu pensei comigo “– Se ele soubesse que é a primeira vez que eu aplico –“.

Mas foi assim, eu não me sentia mal perante esse tipo de situação, de condição. Tinha visto, quando criança, uma vez, meu irmão rasgou o joelho, eu fui junto no médico, daí o médico dando os pontos, com uma agulhinha meio tortinha assim, dando os pontos. Não me recordo ter me sentido mal, coisa assim. A minha mãe, quando eu era adolescente, ela teve dois ou três abortos, depois que meu irmão caçula nasceu, mas como era uma coisa tudo subentendida, escondida, eu na realidade, nem convivia com esse tipo de situação, de gravidade, de risco de vida para ela. Só sei que meu pai saiu, levou ela umas duas, três vezes para o hospital, mas não falava para a gente o que era. Tanto é que, às vezes, eu penso que nunca vi a minha mãe grávida, não tenho a fisionomia na minha mente, a fisionomia da minha mãe grávida. Ela já era um pouquinho gorda quando eu era menor, mas não tenho isso na cabeça, porque era uma coisa que a gente às vezes não tomava conhecimento. Tanto que quando a minha irmã mais nova nasceu eu tinha 11 anos já. O que eu me lembro, que tinha alguma coisa de diferente na casa, pai e mãe tinham o quarto deles, pé direito alto, a gente entrava lá,

tinha uma luzinha no teto, com um jornal envolvido assim, uma penumbra, falavam que tinha uma coisa no berço, eu olhava lá, não via nada, era um quarto escuro. Essa é a única referência que eu tenho na minha mente de criança recém nascida em casa.

Depois, eu tive meu irmão caçula, que é 16 anos mais novo do que eu. Quando a gente mudou para Curitiba, ele veio para cá com um mês e meio de idade. Esse, eu vivenciei de recém nascido e todo o resto da vida dele, mas até então, a primeira imagem de nenê em casa é essa, da minha irmã, que tinha aquele trocinho no berço, eu não sabia nem o que era, porque o quarto era totalmente escuro, não podia falar nada, não podia fazer barulho, tinha um troço lá, eu nem sabia o que era.

Então, vamos dizer que, do ponto de vista conclusivo, o que me levou a decidir pela medicina, eu não sei dizer exatamente. Todas essas situações me fizeram, no científico, me definir pelo lado da medicina e, talvez, pelo fato de papai e mamãe terem feito de tudo para que estudasse, tinha que fazer alguma coisa que fosse realmente compensador pelo sacrifício deles. E como eu não tinha nada contra, muito pelo contrário, a outra era um tipo de atividade que talvez eu não tivesse capacidade para decidir, porque ou era medicina ou era engenharia. Engenharia, eu já tinha descartado há muito tempo, então acabou sobrando medicina.

E não havia nenhum médico na minha família, só um sobrinho do meu pai, o filho da minha tia, que é a irmã mais nova do meu pai, que fez medicina. Ele é clínico geral lá em Caçador. Mas ele é mais novo do que eu, tanto que quando eu fui pegar na minha cidade aquela ficha modelo 19, para fazer matrícula na faculdade, em 1970, quando eu passei, ele tinha 5 ou 6 anos de idade. Sou uns 20 anos mais velho do que ele. De médicos mais velhos que eu, na família, não tenho lembrança. Aliás, quando eu era criança e depois quando adolescente também, era o médico... tipo esse do PSF, quem cuidava da gente, mas nada assim, direto. Da família do meu pai, eu fui o pioneiro.

Quando entrei na faculdade, em 1970, que eu comecei a estudar, do primeiro para o segundo ano, foi meio automático. Mas aí, no terceiro ano, que tinha semiologia e tudo mais, eu comecei a ver que realmente aquilo que era o meu padrão de vida.

A faculdade, naquela época, tinha essa facilidade do curso ser anual, depois acho que virou semestralizado, onde as matérias dependiam uma da outra... pré-requisito. Eu considerava que a faculdade era um tipo de escada, você tinha que vencer aquela subida toda, aí você chegava a um planalto e ficava lá por seis anos, só que você era obrigado pelas turmas que vinham atrás a... nem chegava no final do planalto, tinha uma

ribanceira que você tinha que encarar. Porque você não ia conseguir ficar naquele planalto pelo resto da vida. Eu fiz 6 anos de faculdade, curso anual, depois um ano de voluntário e mais dois anos de residência, mas quando eu terminei a residência, fui jogado na vida profissional e tive que me virar por mim mesmo.

Às vezes, eu brinco com os acadêmicos no HC, “- Vocês não sabem como é boa a vida de estudante –“, na época, você não dá valor. Porque você fez os seis anos, o sétimo ano você vai ter que se virar, porque não vai ter mais o professor segurando tua mão, ensinando você a ‘escrever’, é você que vai ter que definir. A responsabilidade profissional já pesa em cima das suas costas, você tem o CRM e tudo mais para dizer que você é o responsável pelo que está fazendo.

Ah... eu esqueci de contar, quando estava fazendo o cursinho, em 1969, eu pensava “– Puxa, a copa de 1966 foi aquela lástima, eu não consegui acompanhar, porque eu estava fazendo científico e fazendo cursinho. Em 1967, 1968, não tinha nada desse tipo de coisa, então, eu tenho que passar, porque a copa de 1970, eu vou estar despreocupado com esse negócio de cursinho e vestibular, vou estar na faculdade-“.

O primeiro e segundo ano foi aquela coisa tranqüila. Porque a gente tinha o curso anual e no primeiro ano eram quatro matérias. Tinha anatomia, bioquímica, histologia e biofísica. Era um ano inteiro desse jeito. Eu, por causa da tal da física, não fui bem. Eu não gostava de física no cursinho, e agora vou pegar física, mas não era nada, era medir pressão, medir temperatura, coisas básicas assim. Eu quase me ferrei no primeiro ano por causa de biofísica. Bioquímica eu gostava, porque eu sempre gostei de química no científico, química orgânica, química geral. Anatomia eu gostava, porque era uma coisa que você via ali, gostava de anatomia, me dei bem. E histologia, fui bem.

No segundo ano, foi mais fácil ainda, porque a gente tinha neuro-anatomia, que era meio semestre, era dividido em duas turmas. Uma turma tinha no começo do ano e a outra turma no segundo semestre. Esse ano foi tranqüilo.

No terceiro ano, começou a ser mais gostoso, porque tinha semiologia, a gente já começou a freqüentar o hospital. Do primeiro para o segundo ano, eu já comecei a freqüentar o hospital, porque tinha um vizinho nosso que já era médico formado, e um dia, por coincidência, eu estava voltando para casa, de ônibus e nós fomos conversando. O meu pai tinha comércio e, na época, ele era freguês da gente. Aí estava conversando com ele, no final do primeiro ano, falando que o médico da minha cidade tinha me falado que depois de um ano de anatomia, eu podia ir ajudá-lo no hospital, aí ele disse que tinha essa possibilidade, ele falou “– Se você quer freqüentar o hospital, eu já estou

com um grupo de cirurgia, então termina esse teu primeiro ano, e a partir do ano que vem, você conversa comigo e eu deixo você freqüentar o hospital com a gente-”. E daí, em vez de ir para Siqueira, fiquei com ele, e desde então, nunca mais eu fui.

E já comecei, no segundo ano, a freqüentar o hospital, o centro cirúrgico. No HC, naquela época, tinha a sala do sexto andar, onde é hoje a UTI, em cima da sala 5 e da sala 7 tinha visor, e a gente ficava olhando, dava bem em cima da mesa do centro cirúrgico da sala 5 e da sala 7, e você ficava vendo cirurgia. Isso era uma realização, e eu ainda podia esnoabar na minha turma, porque, de vez em quando, estava dentro do centro cirúrgico, falando com os caras. Os meus colegas lá em cima, no visor, e eu dentro da sala.

O terceiro ano foi assim, teve as matérias básicas, e naquela época, eu freqüentava o Hospital São Francisco, na rua São Francisco, lá no centro, ele operava ali, depois o São Vicente, e eu continuei trabalhando com esse cara.

No quarto ano, comecei a fazer plantão no Cajurú, no Santa Cruz, no antigo Santa Cruz, lá perto da igreja da ordem, fazia plantão na UTI de cirurgia, na Santa Casa. Já estava ligado à cirurgia cardíaca, porque gostava de ver e ajudava. Eu vi o Zerbini operando, eu do lado dele, ele fazendo um implante de mamária, lá no Santa Cruz, que o Danton tinha convidado o Zerbini para vir aqui.

E comecei a fazer muita coisa como acadêmico e em relação ao grupo de cirurgia, que era da vascular especificamente, eu tinha meu lugar na equipe. Porque a gente trabalhava em equipe, no São Vicente principalmente, no São Francisco nem tanto, porque eles estavam começando. Quando a gente foi para o São Vicente, dois ou três dias por semana faziam um festival de cirurgia de varizes, eram duas, três cirurgias de varizes em uma tarde. E a gente trabalhava em grupo, um grupo ficava em uma sala, dava início a aquela, quando estava terminando aquela, já tinha outro grupo na outra sala, começando. Eu ficava naquelas, começava em uma, ia para a outra.

E uma das coisas que me ajudou bastante é que... eu não sei se demonstrei essa capacidade, ou eles tinham confiança em mim, porque esse médico trabalhava no INAMPS. Eu ajudava na cirurgia, mas no dia seguinte, era eu que vinha ver o paciente no pós-operatório, fazia prescrição, naquela época não era obrigado a ter carimbo e assinatura do médico para fazer prescrição. Aí eu dava alta e encaminhava para o ambulatório do INAMPS. Eu avaliava muitos dos pacientes, mesmo sendo acadêmico, eu ajudava a fazer essas avaliações. Quando eu terminei a residência, eu continuei

trabalhando com ele, essa parte era eu mesmo que fazia. Quando era paciente que tinha necessidade de curativo, eu mesmo fazia.

Eu me lembro de um caso, ele fazia um programa na televisão, Capitão Furacão, era da família dos Queiroz, Sérgio Queiroz. Eu estava no segundo ano, e ele estava internado no São Francisco, era diabético e teve uma lesão vascular pela diabete, teve uma amputação de pododáctilo, e eu que fazia o curativo nele, no segundo para o terceiro ano. O cara que era o chefe da equipe me deixava cuidando dele, eu ficava fazendo curativo. Usava as coisas rudimentares da época que a gente tinha. Não tinha as coisas modernas de hoje, mas ele começou a granular e cicatrizou. Na época da residência, inclusive, lá no HC, tinha um professor de bioquímica, do primeiro para o segundo ano, ele teve também um problema de diabete, teve amputação, e eu acabei cuidando dele como residente, ele tinha sido meu professor no primeiro ano. Ele me reconheceu. Isso foi já na época que fiz a residência, 1977, 1978.

Eu me formei em 1975. Em 1976, fiquei como voluntário e em 1977 comecei a residência em cirurgia torácica cardiovascular. Eu e Róbson fomos os dois primeiros residentes, próprios da cirurgia torácica vascular, porque até 1977, não existia residência específica para torácica cardiovascular. O João Carlos já era professor, tinha o grupo de cirurgia torácica cardíaca e vascular periférica, mas não tinha residência, o que tinha era um residente da cirurgia geral do aparelho digestivo, que fazia um período de residência pela torácica cardiovascular. Em 1976, conseguiu a aprovação do MEC e em 1977 nós fomos a primeira turma.

Eu comecei o vínculo com a cirurgia do primeiro para o segundo ano, quando comecei a freqüentar o serviço, que o colega me convidou. E já comecei a não me sentir mal de estar em centro cirúrgico, de ver corte, incisão. E naquela época, no São Francisco, já entrei como estagiário no CIEE, eu tinha uma bolsa, e comecei a freqüentar o hospital, o centro cirúrgico. E quando eles precisavam de mim em cirurgia, que eu não tinha aula que fosse importante, eu perdia uma tarde de aula para ir ajudar em cirurgia. Eu comecei a gostar. No quarto ano, entrei no Cajurú. No Cajurú era pronto-socorro como é o Trabalhador, eu fazia aqueles atendimentos sem luva, sem nada, suturava na raça. Como o grupo era de cirurgia vascular, eu comecei a me definir para esse lado. Uma das coisas que às vezes eu penso ... se eu não viesse a ser cirurgião, talvez eu fosse pediatra.

Eu me lembro que quando fiz o vestibular, eu precisava de um pouco de ajuda financeira, porque, graças a deus, eu passei na federal, porque até 1968 eu fiz vestibular

só na federal. Em 1969, quando abriu a Evangélica, que teve a primeira turma no meio do ano, eu pensei – mas eu não vou ter dinheiro para pagar – na PUC não dava nem para pensar. Mas mesmo assim eu fiz inscrição no vestibular da PUC, para encarar esse tema. Mas graças a deus o resultado do vestibular da federal saiu antes da prova da PUC, então nem o vestibular na PUC eu fui fazer. E na Evangélica, que eu já seria a segunda turma, o período de inscrição para o vestibular terminava depois que saísse o resultado da federal, então nem fiz inscrição para a Evangélica, economizei aquele dinheiro. Quando entrei na faculdade, eu soube que a prefeitura fazia empréstimos para estudantes, um valor ‘x’, vamos dizer que fosse R\$ 500,00, no primeiro ano, daí R\$ 1.000 no segundo, R\$ 1.000 no terceiro, R\$ 1.000 no quarto, eu falei “-Puxa, vou me candidatar a isso daí, porque daí eu vou ter um dinheiro-”, que eu estava sem trabalho para fazer a faculdade. Esse dinheiro ia me ajudar, e tinha depois um período de carência para você devolver esse dinheiro, um ano depois de formado. Então, eu fiz a conta, “-Empresto agora em 1970, me formo em 1975, 1976 é ano de carência, em 1977 eu pago aquela parcela de 1970, provavelmente vou ter condições-”. E eles exigiam um psicotécnico, um negócio para ver se você tinha realmente indicação, pelo teu perfil psicológico de ser estudante de medicina. Aí eu fui taxativo, uma das perguntas desse teste psicológico era “- Por que você está pedindo ou querendo informação para saber que faculdade você quer cursar?”, eu respondi “- Eu não quero informação de nada, eu já sei o que eu quero ser, eu quero estudar medicina -”, inclusive, eu já tinha passado no vestibular, aí o laudo veio: indicado como estudante de medicina. Mas eu já tinha passado no vestibular.

Então, em relação à cirurgia, foi dessa forma. Eu comecei já no segundo ano a trabalhar como cirurgião, no grupo de cirurgia. E até o ano anterior, ele fazia cirurgia geral, um pouco, porque ele estava recém formado, tinha 3 anos de formado. Depois, de 1971 para frente, ele resolveu fazer só vascular. E tinha mais dois ou três estudantes que eram daquela turma que eu seria colega deles, da turma que formou em 1972, em 1971 e em 1970, trabalhávamos juntos. Eu era acadêmico recém entrado, eles estavam no quarto, no quinto, sexto ano e já estavam tocando o serviço.

E isso foi uma oportunidade que apareceu. Eu tinha colegas que falavam “- Você já é cirurgião vascular, o que você está fazendo na faculdade? -”. E tinha colega que não tinha definição ainda, até quarto, quinto ano. Tinha um, inclusive, no primeiro ano, ele já tinha decidido que ele ia fazer psiquiatria, porque não suportava nem ver as

aulas de anatomia. E dos outros colegas, tinha uns que eram ligados a grupos de ortopedia e que fizeram.

No quarto ano, a gente já começava a fazer plantão, não tinha no currículo essa obrigatoriedade. Você tinha que fazer, em decorrência do currículo, semiologia no terceiro ano, no quarto ano tinha clínica cirúrgica e o início de clínica médica, com cardiologia, angiologia. Depois, no quinto ano, era gastro, endócrino, nefro, psiquiatria, todas aquelas matérias curriculares e da clínica cirúrgica e depois, no sexto ano internato, os quatro plantões, pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica e cirurgia. E a cirurgia, podia fazer opcional, fazer cirurgia geral, ou uro, ou do aparelho digestivo ou vascular.

E durante o período de formação de graduando, como eu já tinha essa vivência em cirurgia, tinha muitas coisas que, às vezes, me deixavam fazer. Por exemplo, a primeira cirurgia que eu fiz sozinho, foi uma traqueostomia na UTI. O coordenador da UTI já conhecia a minha capacidade. Tinha um paciente na UTI, eu estava no sexto ano ainda, e precisava fazer a traqueostomia, ele ficou do lado e eu fiz praticamente sozinho. E eu tinha uma vivência cirúrgica boa, porque eu fiquei um ano de voluntário na cirurgia vascular, na torácica vascular.

Quando eu e o Róbson entramos na residência, nós éramos R1 e a gente não dispunha de R2 oficial. A gente tinha uma condição, não de autonomia, mas você tinha que saber o que precisava, porque não tinha a quem recorrer. Eventualmente, era um ou outro professor que se colocava a disposição, mas na hora da urgência, você não tinha como ficar esperando o cara para ter uma situação que você pudesse aproveitar. A gente tomava essa decisão por nós mesmos. Tanto que o pessoal do andar, e mesmo do centro cirúrgico, achava que a gente já era R2, R3, porque tocávamos o serviço nós dois sozinhos no primeiro ano, fazíamos muitos atendimentos com supervisão, mas, às vezes, não.

Em 1976, como voluntário, ainda trabalhava com eles, só que eu ficava no Hospital de Clínicas também, porque como tinha residência da vascular, eu gostava de estar lá junto, eu atendia ambulatório, freqüentava centro cirúrgico, acompanhava enfermaria. E o Dr. Ricardo, que era chefe da cirurgia torácica cardiovascular, e era também do grupo da cirurgia cardíaca da Santa Casa, me convidou, então eu participava das cirurgias na Santa Casa também. Tanto é que ele até me ajudava financeiramente, porque das outras partes, eu não recebia nada. Só ajudava mesmo, como mão de obra barata. Nesse período que eu estava como voluntário, ele tinha um staff grande da

cirurgia cardíaca, então, de vez em quando, eu ia à Santa Casa, fazia plantão, e o pessoal da tesouraria me chamava, que tinha dinheiro para mim. Ele me colocava como perfusionista, ou como auxiliar na cirurgia, ou como hemodinamicista e tinha uns trocadinhos para eu poder sobreviver.

Nessa época, surgiu aquela vontade de tentar ir para o interior. Eu falava “– Bom, mas se eu for para o interior, eu já estou ligado com esse pessoal uns 3, 4 anos, pelo menos, se eu for para o interior pode ser que eu ganhe algum dinheiro, mas como eu quero fazer a residência e me dedicar a uma especialidade, se eu for para o interior, que fique um ano lá, eu vou voltar o ano que vem, posso não ter a mesma receptividade no grupo como estou tendo agora, e pode ser que eu nem volte mais, daí vou desvirtuar o que eu estou querendo da minha vida –”. Aí, em 1977 eu fiquei assim. Como eles viram essa minha vontade de continuar, tive essa ajuda da Santa Casa, terminei a faculdade e em janeiro de 1976 eu já estava com CRM e tudo, comecei a fazer plantão no Hospital da Polícia Militar, atendia gineco, obstetrícia, ortopedia, clínica geral, ia no pronto socorro de vez em quando... mulher de soldado que foi pega em flagrante, estava em “estado de choque”, coisas do gênero... fiquei seis meses trabalhando lá. Saí em julho. E também atendia em um ambulatório do Paraná Clínicas, em agosto, setembro, outubro eu atendia no ambulatório da Siemens.

Em 1977, eu entrei na residência, e naquela época, residente era dedicação total e exclusiva, então eu ficava só na residência. Ficava o dia inteiro no Hospital de Clínicas, só saía de noite. E tinha bolsa na residência, então, dentro de mim, eu não achava correto que eu fizesse atividades fora da residência, porque era o meu trabalho de formação, tinha uma bolsa, então não achava certo. Tinha colegas que, depois que entraram, trabalhavam em plantão fora, faziam outras coisas, mas eu não. Fiz 1977 e 1978.

### **Você poderia falar um pouco dos seus empregos, dos vínculos profissionais?**

Quando eu terminei a residência, houve a possibilidade de assumir o plantão da vascular no Cajuru, porque eles estavam sem o grupo de vascular, a turma, não sei por que cargas d’água, de 1977 para 1978 eles pararam de atender lá, e quando terminamos a residência, fomos convidados a participar. Aí, em 1979, comecei a trabalhar lá. E continuei trabalhando com o grupo que eu trabalhava antes, no HC, no São Vicente e depois no Santa Cruz atual.

Em 1980, aconteceu um período de greve dos residentes, e a direção do Hospital de Clínicas convocou, a toque de caixa, os médicos que tinham um relacionamento com as clínicas, para que substituíssem os residentes nessa época de greve. E como eu era ligado ao grupo da cirurgia vascular, fui convocado. Aí fiquei trabalhando como médico, fazendo o serviço de atendimento, de plantão, de enfermaria, de cirurgia, de ambulatório, tudo, como um terceirizado, para suprir a falta dos residentes. Quando os residentes voltaram à atividade normal, foi oferecido para nós, se a gente quisesse continuar trabalhando. Eu comecei a fazer plantão na emergência do Hospital de Clínicas, de março, abril, maio de 1981 para frente.

Depois disso, eu fiz o concurso, e passei a ser médico da universidade, mas ligado ao serviço de cirurgia geral, e como eu gostava de torácica cardiovascular, eu freqüentava de vez em quando, mas a minha carga de trabalho era como plantonista na emergência do Hospital de Clínicas. Eu fazia plantão um dia por semana, porque de segunda a sexta feira era dividido: segunda, quarta e sexta era cirurgia do aparelho digestivo. Terça, quinta e sábado era a cirurgia geral que era responsável pelo plantão, e eu e outro colega, que éramos da vascular, não sei por que razão sobrou para a gente domingo. Nós tivemos que assumir os domingos. Como nós éramos quatro no Cajurú, eu fazia uma semana e os outros colegas faziam cada um uma semana. A gente tinha um ou dois finais de semana por mês para fazer plantão no Cajurú. E durante a semana era consultório, hospital, cirurgia, e se o Cajurú me chamasse, eu tinha que sair correndo.

Eu fazia um ou dois finais de semana de plantão no Cajurú, pela vascular, e um ou dois domingos no HC, pela cirurgia geral. E o outro colega fazia também a mesma coisa, um ou dois plantões no Cajurú e os outros dois domingos do mês era ele que fazia. Eu agüentei o tranco até 1998, ele desistiu no meio do caminho, aí arrumou uma condição, fez concurso, ficou só na vascular, e hoje ele está fazendo só a parte de transplante renal, pelo que eu sei, mas ele deixou de encarar o plantão, que ele não se achava em condição. Tinha um colega, que só fazia cirurgia geral, ele até cometeu suicídio... eu falava para os residentes “– O Antônio opera tudo porque sabe, eu opero tudo porque não sei o risco que estou correndo –”. Mas eu não tive problema, de 1981 a 1998, em 17 anos que eu fiz plantão, não me recordo que tenha tido alguma coisa que pudesse desabonar a minha conduta cirúrgica. Teve uma ou duas vezes que eu precisei chamar o chefe do plantão, que era também meu chefe no serviço, mas aí nem ele sabia direito o que estava acontecendo.

Na realidade, em 1988, eu me desliguei do Cajurú, onde eu fazia cirurgia vascular, porque no começo, eu era do grupo que teve mais casos de cirurgia, mas foi minguando de uma forma tal, que eu fui me sentindo sem atividade na vascular. Porque eu ficava de plantão, de sobreaviso, e se aparecia um caso de vascular, me bipavam, mas começou uma situação, que eu sempre questioneei. Um dos nossos colegas do grupo fazia plantão no Cajurú direto, ele era plantonista na UTI e depois ele adquiriu, por consagração, sei lá como, o controle da lanchonete. Então, ele ia ao Cajurú o dia inteiro, mais ou menos como eu vivo hoje no HT, mas por isso que eu cortei essas situações, eu não quero que repitam comigo a mesma situação que eu sempre reclamei do outro lado, “– Ah, tem um suspeito de lesão vascular -, - Ah, chama o doutor fulano de tal, que ele já está aqui no hospital –”. Até uma vez, eu falei para ele “– Você está aqui o dia inteiro, quando você vê interesse, inclusive eu escrevi interesse com dois cifrões, bem salientado – quando você vê interesse, você vai atender, quando você acha que não tem esse interesse, daí manda chamar o plantão, para que?”

Na época, o Cajurú não tinha a diferenciação que tem hoje, mas tinha o posto 4, que era um posto diferente. Tinha enfermaria, mas tinha quarto privativo, particular. Tinha enfermaria “geralzona”, tinha pediatria e tinha o quarto de trauma, que era uma enfermaria múltipla como é o HT hoje. Visitando um paciente meu, eu vi o cirurgião falando com o cirurgião geral “– Não vai fazer a flebotomia no paciente do posto 4? -, - não, agora não posso, depois eu venho fazer –”. Quer dizer, eu sou cirurgião vascular, precisou flebotomia em uma criança, em um paciente de enfermaria, aí chama o cirurgião vascular, que ninguém mais capacitado para fazer flebotomia em criança e em paciente SUS, do que o cirurgião vascular. E quando era um paciente diferenciado aí era o cirurgião geral que ia fazer? Essa encrenca já existia naquela época. Tinha muita briga com a cirurgia plástica, porque quando interessava, o cirurgião geral fazia, depois se dava algum problema, dava para a plástica resolver, e os cirurgiões plásticos brigavam por causa disso também. Eu sempre briguei por causa disso, vendo o colega sendo o primeiro cirurgião vascular a ser chamado, e se não interessava, ele mandava chamar o plantão.

A gota d’água aconteceu numa noite, depois de eu fazer um levantamento estatístico, me chamaram que tinha um paciente, um engenheiro que tinha vindo de Campinas para cá para um encontro da Copel e se sentiu mal no hotel, levaram para lá. Eu não sei quem avaliou que ele estava com insuficiência arterial na perna. Eu fui lá avaliar, o cara sentado em uma maca, suando frio, hipotenso, mal... falei “– Sou o Dr.

Vinícius, cirurgião vascular, o que está acontecendo? –”, “– Não sei doutor, estou com uma pressão no peito, estou me sentindo mal, estou sentindo a perna amortecida –” mandei ele deitar, falei “– O senhor está tendo uma angina aí, que pode evoluir para infarto, eu vou ver a UTI –”, examinei a perna, um lado normal, o outro lado não tinha pulso, aí eu fui na UTI e falei “– Tem um paciente, o cara está fazendo uma angina, está evoluindo para infarto, e realmente ele está com uma insuficiência arterial na perna, mas o coração dele está pifando, preciso de uma vaga na UTI –”. E o colega que estava de plantão, “– Não tem vaga na UTI –” / “– Faça pelo menos um eletro dele, porque se for necessário, encaminhamos para um hospital cardiológico, já que não tem vaga aqui na UTI –”, “– Não tem nada que ficar aqui incomodando, você já viu o trauma vascular que tem lá? –” / “– O paciente está fazendo um baixo débito, fez angina, fez isquemia de miocárdio, por isso que ele está com problema na circulação –”/ “– Mas eu não tenho vaga aqui –”/ “– Mas faça pelo menos o eletro –”/ “– Não, não vou fazer –”/ “– Quem que está na supervisão, quem é responsável, me arruma uma ambulância que eu encaminho, vou junto com ele para um hospital –”, aí trouxe ele para o Hospital do Coração, eram umas duas e pouco da manhã já, o cardiologista fez eletro e realmente já tinha desnível, estava enfartando, deixei ele ali de madrugada, voltei para cá. Quando voltei de manhã, o cara já tinha estabilizado a parte cardíaca, o pulso na perna voltou. Aí falei “– Desse jeito, não dá mais para continuar aqui –”, e fui fazendo um levantamento estatístico. Nos últimos 12 meses que eu atendi no Cajurú, teve 6 casos de cirurgia, 4 avaliações, 2 acidentes de trabalho e uma avaliação clínica em uma enfermaria. Eu falei, “– Ficar um ano inteiro para atender 10 pacientes e operar só 6, eu não quero mais –”. Aí desisti. Isso foi começo de 1988, depois de 10 anos lá.

Eu fui arrumando um serviço daqui, um serviço dali, nessa época já estava trabalhando no Estado, já tinha alguma coisa. Na parte de cirurgia, eu já tinha rendimentos suficientes para, pelo menos, dar condição de sobrevivência, já tinha 3 crianças, mas minha esposa também dava aula, a gente estava conseguindo sobreviver.

No HC, como a gente foi contratado inicialmente, eu recebia um fixo por mês, e tinha uma carga horária a cumprir. Naquele período, eram dois a três plantões por mês de cirurgia geral, do pronto atendimento, que fazia no final de semana. Às vezes, quando tinha 3 finais de semana, eu fazia, mas era uma remuneração fixa por mês. Não era como no Cajurú, que era só como eventual, por procedimento.

Uma vez, no HC, até operei um aneurisma, mas porque estavam lá com a paciente há uns dois dias, ninguém diagnosticava ou abria o abdômen, foi com o

residente da geral. Nós já estávamos no meio da cirurgia fazendo o implante do enxerto e o residente da vascular chegou reclamando... “– Ah, o que você está operando ali, isso é do plantão da vascular – / – Não, a paciente estava lá no PA e ninguém estava assumindo o caso, eu sou plantonista, eu sou cirurgião, eu tenho condição de resolver, eu estou resolvendo –”. A paciente teve intercorrência, porque aneurisma é complicado, mas a cirurgia foi bem. Mas era excepcional, eventualmente, um caso de vascular. Em geral, era abdômen agudo, apêndice perfurado, apendicite, aquela complicação toda da cirurgia geral.

Como o colega e eu tínhamos o plantão do Cajurú, quando precisava fazer a escala, eu me colocava no final de semana que não estava no Cajurú, e no final de semana quando eu estava, colocava o outro colega. Nós dois alternávamos, todo final de semana, íamos alternando Cajurú e HC, sempre de final de semana, de domingo, dois domingos para cada um, ou se tivesse cinco domingos, um fazia três, o outro fazia dois.

E esse tempo todo, do HC e do Cajuru, eu continuava a fazer parte do grupo que eu trabalhava quando era acadêmico. A única coisa é que, antes, o grupo tinha dois médicos já formados fazendo parte, e quando terminei a residência, e voltei a trabalhar com eles, o grupo tinha aumentado, eles fizeram uma equipe cirúrgica, na realidade, mais do ponto de vista administrativo, porque acho que eles fizeram uma sociedade civil, então eram cinco médicos que participavam dela.

Eu me recordo que eu fazia parte do grupo como auxiliar, tinha três locais distintos de trabalho, onde o grupo atuava. Tinha um médico da Cruz Vermelha, tinha outro que era do antigo São Vicente e depois do Hospital Santa Cruz, e tinha dois colegas que tinham atividade na Maternidade Curitiba e até no Hospital Santa Felicidade. Então, eu ficava mais ou menos como um coringa entre os quatro ou cinco, ajudando quando eles me chamavam.

No grupo, eram 5 médicos mais antigos, dois que já eram professores na faculdade, outros tinham 4 ou 5 anos de formados, quando eu comecei. Eu era o mais novato, e depois de mim, um ou dois começaram a querer seguir a mesma trilha, mas acabaram depois se desligando e eu acabei ficando como o mais novato e o único do grupo. Tinha um que era do interior, que estava fazendo faculdade e tinha sido transferido não sei de qual faculdade do estado do Rio para cá, e fez na Evangélica, começou a trabalhar também, ficou certo tempo. Até quando eu saí da residência, ele continuou indo, porque nos horários que eu estava na residência, ele se integrou ao grupo, e acabou ficando ainda um pouco mais de tempo. Mas auxiliar titular era eu.

Tanto que tinha muitas coisas que o grupo permitia que eu fizesse, como angiografia, que naquela época, não tinha uma hemodinâmica, como tem hoje, então todos os exames contrastados de radiografia, quem fazia no grupo era eu. Isso para mim foi bom, porque adquiri muita experiência nesse sentido.

Na residência, eu já tinha vivenciado alguma coisa dessa forma, e continuei daí, sempre tendo condição de resolver tecnicamente tudo aquilo que o paciente precisava, para definição de conduta cirúrgica e de tratamento. As arteriografias no grupo, quem fazia era eu. Então, às vezes, internava paciente SUS, e eu programava o exame, eles faziam o exame, definiam a situação para posterior decisão cirúrgica. Aliás, os pacientes eram fundamentalmente do SUS, convênio, naquela época, era bem pouco, só tinha um ou outro convênio, dessas empresas maiores, mas a maioria era SUS. Tanto, que os médicos que trabalhavam, todos atendiam no posto da Comendador Araújo, o posto do INAMPS que tinha lá, na época.

Eles me deram uma boa ajuda, até na parte financeira, porque eu entrava nas cirurgias, mesmo que eventualmente eu não estivesse participando diretamente, mas eu entrava como auxiliar, porque eu ficava servindo para um e para outro, e eles me colocavam como auxiliar, com certa regularidade. Eu não era contratado do grupo, eu recebia por prestação de serviços. As cirurgias que eu ajudava, eu recebia os honorários, como primeiro ou segundo auxiliar. Então, financeiramente, eu conseguia obter algum rendimento que dava condição para a minha sobrevivência. Aos poucos, eu já me vi em condição de ir trabalhando para mim também, e como a gente estava iniciando nessa época no São Vicente, eu comecei a atender pacientes que eles, às vezes, orientavam que me procurassem, para fazer ‘escleroterapia’, avaliação angiológica, coisas que eu pudesse fazer sem precisar internamento, coisas assim, ambulatoriais.

Então comecei a ter uma clientela e antes do final do ano, eu já tive condição de abrir um consultório para começar a trabalhar, mais ou menos em 1978 ou 1979. Inicialmente, eu usei uma salinha no São Vicente, mas em 5 ou 6 meses, consegui alugar uma sala na Machado para ter um consultório para mim. E estamos nessa atividade há quase 30 anos já.

Quando eu montei o consultório, fiz alguns contratos e convênios, como Petrobrás, Copel, Caixa Econômica, Banco do Brasil. Mas para nós, médicos novos, pouco afluência tinha de pacientes de convênio, eram mais aqueles médicos antigos. Por exemplo, lá no São Vicente, 90% dos pacientes internados eram do INAMPS, não SUS, era INAMPS. Tanto que eu recebia os auxiliares depositados no banco, e vinha um

relatório das cirurgias que a gente fazia, então era “AIH”, na época já existia, com INAMPS, o grosso do movimento cirúrgico era de pacientes do INAMPS. Os convênios que existiam eram mais de empresas. Hoje, tem ainda, se você vê o Banco do Brasil, Petrobrás, a própria Caixa Econômica, a Copel, eles tem as fundações que propiciam que os funcionários tenham assistência médica.

Na área cirúrgica é muito comum formar um grupo, a equipe acabar gerenciando os atendimentos. Esse grupo dos cinco médicos existiu durante certo tempo, mas depois, eles desfizeram a sociedade, porque acabou tendo uma divergência do ponto de vista financeiro. Às vezes, eu participava das reuniões que aconteciam toda segunda feira, para discussão de algum caso mais complicado, e acho que uma ou duas vezes por mês, eles faziam uma reunião para definir a remuneração, já que os quatro ou cinco eram integrados para a divisão do que o grupo tinha arrecadado. Todos trabalhavam, tinham seus pacientes, e como era um grupo, não sei como eles faziam para juntar essa caixinha, mas eu me lembro que uma ou duas vezes por mês eles se reuniam para fazer essa divisão. Em princípio, todos eles internavam o mesmo número de pacientes, não sei por que sempre tinha certo desconforto e, às vezes, dava alguma divergência, porque um achava direito dividir despesas e não queria dividir o lucro. Isso é uma coisa complicada, quando põe dinheiro no meio, as coisas não são do mesmo jeito. E esse grupo, instituído dessa forma, com essa clínica, que trabalhavam juntos, eu não me recordo exatamente, mas deve ter durado no máximo uns 5 anos. E daí, como o grupo se desfez, eu continuei ligado àquele que era meu vizinho, que me ofereceu a oportunidade de trabalhar com ele do primeiro para ao segundo ano da faculdade. Eu me considerava o braço direito dele, tanto que ele tinha confiança no que eu fazia, em relação ao atendimento dos pacientes dele, toda cirurgia de maior porte, normalmente, eu dava início, eu fazia todo o tempo operatório, até chegar no tempo principal. Aí ele entrava e eu ajudava, e depois, eu ficava terminando o procedimento. Isso foi até que os filhos dele começaram a fazer medicina, aí eles entraram como ajudantes na época acadêmica, depois se formaram e, aos poucos, eu fui me sentindo já não tão necessário, e eu estava também com a minha vida se individualizando, e aos poucos, fui me sentindo... não desnecessário, mas também vendo que se eu continuasse ali, não ia ter chance, porque se você tem dois filhos formados médicos e tem um estranho que está com você, você vai dar preferência para teus filhos.

E me senti realmente com condição de me desligar, e já tinha atividades, tanto aqui no consultório, como em outras coisas, que me mantinham com condição de poder ter minha atividade isolada.

Em relação aos hospitais, como todo médico que, eventualmente, venha a fazer parte de um corpo clínico, você não tem vínculo algum com o hospital. Você usa o espaço do hospital para internar o teu paciente, usar o centro cirúrgico ou enfermaria, mas não tem relação nenhuma de você com o hospital. A não ser que você venha a ser proprietário, ou sócio, aí é diferente. Mas no caso desse pessoal que eu trabalhei, eles só faziam uso do hospital. Na época do São Vicente, a gente usava o São Vicente da forma como o São Vicente permitia, dentro daquilo que era permitido pelo convênio como INAMPS ou Copel ou Petrobrás, mas não tinha vínculo nenhum. Quando fomos para o Santa Cruz, da mesma forma, fazia uso do hospital, da acomodação do hospital para internar o paciente, usar o centro cirúrgico, coisas do gênero.

**Você poderia falar um pouco a respeito dos equipamentos e instrumentos que utiliza no seu trabalho?**

Em termos dos procedimentos, naquela época, estava começando a hemodinâmica e mais para a cardiologia. Para vascular periférica, não existia muito. Na época da residência, todo exame cineangiocoronariografia, ou mesmo exame cardíaco, era realizado em hemodinâmica, porque não tinha como fazer de outra maneira. Mas a hemodinâmica inicial, foi mais para a parte cardiológica. Eventualmente, você podia dispor de hemodinâmica para fazer geografia cerebral, mas não era, ainda, rotina. E a periférica também, não era rotineiro você encaminhar um paciente para hemodinâmica para fazer um estudo angiográfico periférico. Mesmo no Cajurú, na época que eu já estava lá, eu fiz algumas angiografias cerebrais com punção direta de carótida. Da mesma forma que fazia para extremidade, eu fazia para região cervical também. Não avaliava muito o risco, médico novo não mede muito as conseqüências. Hoje, se eu tivesse essa necessidade, eu não faria. Eu faço no Trabalhador, mas mais para periférica. De vez em quando, a gente se arrisca a fazer uma coisa mais diferente, mas com bastante mais cuidado do que na época que eu comecei. Fazia a ortografia translombar... se você for imaginar o que é isso... arrepiá! E na época, fazia tranquilamente, sem sombra de dúvida, sem pensar que pudesse ter alguma complicação. A técnica é de assustar, mas fazia. A técnica de ortografia translombar é assim: o paciente em decúbito

ventral, você faz a punção com uma agulha de uns 25 cm., mais ou menos, de calibre 0.2, tem 2mm de diâmetro. No ângulo costo-vertebral, aqui está o gradil costal, aqui está a coluna, você entra aqui, abaixo uns 2 a 4 dedos do rebordo do 12º arco costal, você entra em diagonal, a uns 40 graus, mais ou menos, e vai até atingir o corpo vertebral. Atingindo o corpo vertebral, vai deslocando a ponta da agulha, diminuindo a angulação, e pela anatomia, você desvia do corpo vertebral, a primeira estrutura que tem é a aorta lombar. Você sente o batimento da aorta, tira o mandril da agulha, rapidamente, coloca o cateter, entra com o contraste, e manda bater a radiografia.

Uma vez, lá no HC, eu fiz, senti o corpo vertebral, fui deslocando a ponta da agulha, aprofundi um pouco mais a agulha e senti o batimento. Quando senti o batimento, retirei o mandril da agulha, o sangue refluíu, com força de jato normal, mas está dentro da aorta, não tem nada de diferente. Fiz injeção de contraste, você tem que fazer certa pressão, então a gente usava, preferencialmente, seringa de 20 ml, com a carga máxima que dava. Eu até tentei fazer com seringa de 50 ml também, mas o orifício de saída é o mesmo, então você tem que fazer uma pressão equivalente, duas vezes e meia mais do que a seringa de 20, você não tem força. Se fosse em bomba de injeção é tranquilo, mas manualmente, é complicado. Aí aspirei o contraste na seringa, a carga máxima que deu, e mandei ver. E a técnica preconiza que, conforme a altura que você quer ver o vaso, você dá o tempo antes, durante ou após a injeção do contraste, variando. Como eu queria ver ali, próximo da região da punção, antes de terminar de injetar o contraste, eu mandei que o radiotécnico desse o raio, para pegar o contraste naquela altura. Ele deu o raio, eu terminei a injeção de contraste, fez a exposição e pedi que ele fosse revelar. Naquela época, não tinha processador, como tem hoje, em termos de tempo, era a mesma coisa, porque a processadora faz a mesma coisa que, no manual, você faz também. A única diferença é que, na processadora, a radiografia sai sequinha, e no manual, não tem o secador, a gente via a radiografia pingando água, porque ela entra no revelador, no fixador e no banho de água, para tirar o resto de sal, mas o tempo é praticamente o mesmo. O técnico foi na câmara escura, revelou o filme, trouxe, quando eu fui ver... a minha punção tinha realmente desviado do corpo vertebral, só que eu puncionei a renal direita. Ela desviou do corpo vertebral, e ao invés de eu pegar a aorta, passou entre a aorta e a vértebra, e foi lá na renal direita, que é do outro lado, estando o paciente em decúbito ventral. Foi um renograma bonito, de livro! E o meu medo de tirar a agulha? Porque a agulha tem 0.2 mm, isso na aorta, não tem problema nenhum, a parede muscular da aorta, você tirou a agulha, mesmo que ela seja de 2mm de diâmetro,

a muscular da aorta fecha o buraco. Tanto é que a gente já fez cirurgia, logo em seguida de uma aortografia, e não tem nem sinal de hematoma periaórtico. Mas digamos que a aorta tenha 20 mm de diâmetro, a renal tem 6 mm ou 8mm, não mais do que isso. Vou tirar uma agulha de 2mm de uma renal puncionada? Mas tinha que tirar, não dava para deixar. Tirei, fiquei fazendo figa, e tinha que fazer o exame. Aí eu reposicionei a agulha, fiz a arteriografia com estudo das extremidades, do jeito que precisava, e deixei o paciente em observação, para ver se a função renal dele não tinha sido prejudicada. Eu já nem estava preocupado com o problema vascular dele, estava preocupado com o rim, porque eu fiz uma injeção de contraste direto na renal, com concentrado ainda, foram uns 20 ml. A função renal dele se preservou, uma semana, dez dias depois ele foi operado, não teve problema nenhum, mas meu medo foi grande.

Hoje, eu não faria mais a aortografia translombar. Tem agulha, tudo, eu sei a técnica, às vezes eu mostro como que é, mas fazer, não faço mais. Se precisar, aqui no consultório, ou em qualquer outro lugar, eu mando para uma hemodinâmica, não faço mais.

A técnica de aortografia translombar foi desenvolvida por um cirurgião vascular português, o João Cid dos Santos, a agulha, inclusive, é chamada 'dos santos', porque a técnica foi ele que fez, em 1928, foi a primeira aortografia translombar e quem fez foi ele. E agulha, eu tenho duas. Uma que é o modelo idealizado por ele, e a outra que eu adaptei, tupiniquim. Porque a agulha dele tinha a ponta fechada, ela era biselada, mas a ponta era fechada, e tinha dois orifícios laterais, a ponta. Você introduzia dentro do vaso, e isso impedia que você fizesse a introdução além da luz do vaso, e fizesse dissecação do vaso pela injeção do contraste. Os orifícios laterais permitiam que o contraste não vazasse sem fazer dissecação de íntima ou da luz. E a outra que eu tenho, que eu usava com mais frequência, é uma agulha normal mesmo, mais curta, do mesmo calibre, 2 mm. Ela sai direto na frente, mas eu confiava no taco. E fora essa, da punção da renal, as outras vezes, foi tudo bem.

Em relação aos equipamentos, no começo, era tudo que o hospital dispunha. Você se submetia àquilo que o hospital tinha. Lógico que, inclusive esse colega que foi o meu incentivador, depois de algum tempo, já tinha o material dele próprio, que eu também hoje disponho do meu próprio. No trabalho no hospital, quando o meu não está esterilizado, uso o do hospital, mas eu prefiro o meu, tenho mais confiança no meu material do que no do hospital. Até eles tentaram fazer cópia do meu material, comprando material praticamente idêntico, mas não saiu igual. A qualidade da minha

caixa é muito melhor. Então, cada um que pode, tem o seu próprio, mas o básico é o hospital que fornece.

Isso é mais o material cirúrgico propriamente dito. Outros equipamentos, por exemplo, o 'doppler', quando eu fiz a residência, estava-se começando a fazer essas avaliações, porque o doppler portátil vascular já existia desde o final dos anos 1960, começo dos anos 1970, já existia no mercado, mas não é nem doppler que eles chamavam, era estetoscópio ultrassônico, porque tem a diferença técnica do eco - doppler para o doppler normal. Porque o doppler é um equipamento que emite uma onda de som e recebe, então o 'prob' dele tem um equipamento de quartzo, ele emite uma onda e a outra recebe quando rebate em um alvo que esteja em movimento. Esse é o efeito doppler normal, que na física a gente deveria saber mais aprofundadamente, mas basicamente, é isso. Ele emite uma onda e recebe de volta, aonde tem movimento.

E no caso do vaso, ele emite, e se o vaso está com fluxo, ele vai lá, bate e volta com aquela ondulação do fluxo que existe. Eu tenho esse meu, desde a época da residência. Em 1978, eu comprei, e estou com ele até hoje, já mandei fazer umas revisões. Cada um, normalmente, tinha o seu. Até esse meu colega, que me deu a chance de poder aprender a especialidade, tinha um 'Sonekite', importado dos EUA. Na época, tentei comprar um, mas já tinha aquela reserva de importação, e não era permitido, porque tinha um similar nacional, acabei não conseguindo. Em parte foi bom, porque depois, você não tinha assistência técnica. Esse meu, por exemplo, eu conheço o cara que faz a assistência técnica aqui em Curitiba. Quando estou com algum probleminha, ligo para ele, ele dá uma revisada e está, até hoje, funcionando normalmente. É um aparelho portátil, aqui é a caneta, que é o doppler, ele tem os cristais de quartzo, que emitem e recebem a ondulação sonora. Ele é muito bom, mas depende de você ter a noção do que está ouvindo, porque como ele é somente sonoro, depende muito da tua experiência para analisar. Agora, é nítida a ondulação do som. Quando você pega artérias, sejam de caráter normal ou diminuída, ou pega uma veia, o som é diferente. Por exemplo, quando é artéria normal, é chamado 'som trifásico', porque tem as três fases do fluxo arterial. O primeiro da sístole, depois o segundo, do fechamento da cúspide aórtica, e o terceiro é da 'complacência' do vaso. Você observa nitidamente a diferença do som trifásico.

Quando a pessoa tem um grau de alteração arterial, o som de trifásico passa a bifásico, quer dizer, já não tem aquela oscilação normal, é bifásico, monofásico ou ausente. Monofásico é uma obstrução maior que a bifásica, e ausente é uma obstrução

total. A prática permite que você vá adquirindo essa sensibilidade auditiva, de distinguir isso.

E o som venoso é totalmente distinto do arterial, porque o arterial é aquele cíclico e mais intenso. O venoso também é cíclico, mas quando ele é fásico, depende muito da inspiração e expiração. Até se faz uma analogia... segunda feira, eu fui examinar uma paciente, e ela falou “– Parece o barulho do vento –”, e realmente, tecnicamente é chamado ‘barulho do vento’. Nos livros mais antigos, eles reportavam ao som do vento naquelas cidades desertas do faroeste, que aparecem aqueles rolos de mato sendo carregados, aquele som é o som venoso, diferente do arterial.

Quando trabalhei os 10 anos no Cajurú, eu só usava o material vascular do Cajurú. Eu já tinha meu doppler, mas o material cirúrgico mesmo, era tudo do hospital.

### **Como foi sua opção pela cirurgia vascular periférica?**

Eu saí do grupo e não me vinculei mais a nenhum grupo, fui construindo mais a carreira do consultório próprio. E apesar de gostar bastante da cirurgia cardíaca, e também não ter muito medo da cirurgia torácica, eu sentia que se fosse fazer cirurgia torácica, conhecia muita gente que fazia, mas ia ter que estar ligado a algum deles. Se eu fosse querer fazer cirurgia cardíaca, sozinho não ia ter condição, porque você precisa um staff muito grande, desde clínico, hemodinamicista, perfusionista, UTI, tudo mais, é uma atividade cirúrgica que demanda uma equipe consideravelmente boa. Não dá também para fazer cirurgia cardíaca operando no hospital de bairro, não tem jeito. E a vascular, na época que eu trabalhava com eles, tinha muitas coisas que, às vezes, eu fazia quase que sozinho, ou fazia grande parte do procedimento, e uma pequena parte eu ajudava a fazer. Eu sentia, ainda com os 10 anos de experiência no Cajurú, que eu podia fazer sozinho. Foi o que me fez tender a ser cirurgião vascular, eu não ia precisar dispor de um grupo cirúrgico para poder resolver as minhas situações. Eventualmente, se eu viesse a precisar, eu dispunha de alguém que pudesse me ajudar, como auxiliar direto ou como ajudante de cirurgião.

Eu me achava em condição de poder fazer, sem precisar de ajuda, apesar de que, pelo código de ética, você nunca pode fazer um procedimento cirúrgico sem ter alguém na cirurgia que, se te acontecer alguma coisa, possa levar a cabo a cirurgia. A responsabilidade médica é muito importante, tanto que, às vezes, eu falo com os acadêmicos “– Se eu não puder continuar a cirurgia, vocês vão ter que terminar –” “–

Está louco, doutor, como eu vou fazer?, eu não sei de nada! –” Infelizmente, a gente corre esse risco, mas o código de ética médica não permite esse tipo de situação. A própria responsabilidade de orientar o paciente a procurar um hospital para fazer o procedimento também é tua. Se o hospital não vier a ter condição de que o procedimento possa ser realizado, ou o paciente venha a ter alguma complicação em decorrência disso é a tua responsabilidade, por que você mandou para tal hospital? Você é responsável por isso.

Eu achava bom trabalhar em grupo, sempre me dei bem com eles, só que a medida que os filhos foram crescendo e se formaram, fui me sentindo não necessário mais. No começo, enquanto eles eram acadêmicos, eles iam e nos ajudavam, e eu era a mão direita, o primeiro auxiliar, ou o cirurgião dele, tanto é que eu continuava fazendo as mesmas coisas. Por exemplo, em uma cirurgia de aorta abdominal, eu fazia laparotomia, expunha a aorta, preparava e o tempo principal, ele entrava e fazia, e os filhos dele ajudavam. Depois, eles se formaram, fizeram a residência e, muitas vezes, ele nem me chamava para ir fazer a cirurgia com ele. Nessa época, eu já estava me sentindo não necessário, felizmente, eu já trabalhava lá no Cajuru, depois já estava no IPE, depois já estava na universidade, de volta como médico, e fui tendo condição de me sustentar profissionalmente sozinho, sem ele.

### **E o seu trabalho no consultório, como começou?**

Na verdade, o começo dessa atividade fora do grupo, isolada, ficou um pouco grudada nessa situação, porque como a maioria dos pacientes que a gente atendia eram previdenciários, do INAMPS, eles eventualmente chegavam até a minha pessoa porque os outros médicos do grupo tinham uma clientela um pouco mais diferenciada, e esses eram menos diferenciados e como eu estava começando, eles encaminhavam para mim. Foi essa situação, dei continuidade a algum atendimento anterior.

Então, no começo do consultório, eu fui atendendo esses casos e também peguei alguns credenciamentos no consultório, para ter uma gama maior de pacientes e poder sobreviver. Esses credenciamentos eram: Banco do Brasil, Caixa Econômica, Petrobrás, a Fundação Copel, Paraná Clínicas. Credenciamento de convênios que davam condição de você ter uma clientela um pouco mais movimentada.

E muitos pacientes, às vezes, vinham de uma forma aleatória, pegavam o livrinho do convênio e vinham pela empatia do nome, ou pelo endereço, eles ligavam,

marcavam consulta e procuravam a gente. O começo foi assim. Durante um bom período, tive aquela ilusão do médico que está começando, senti muito isso no Paraná Clínicas, quando eu parei de ser conveniado e fui médico contratado por eles, eu atendia no ambulatório próprio. Você fica um pouco pensando que o paciente está ligado a você, e de verdade não, ele está ligado à conveniência do plano. Enquanto você é útil, por causa do plano, você serve. Uma vez que você não está mais no plano, você não é mais o médico de confiança dele, ele passa essa confiança para outro. Mas em uma população bem pequena, tem muito paciente que acaba se ligando a você, por uma situação ou outra.

Nessa continuidade do consultório, eu também fazia o Cajuru, como plantonista no pronto socorro, e trabalhando também no Hospital de Clínicas, então tinha sempre uma situação de trabalho e de rendimento, além do consultório, que me dava uma condição de ter algo fixo como vínculo, o que, em parte, atrapalhou muito esse desenvolvimento meu do consultório. Depois eu entrei no Ipê, e isso também se somou ao vencimento do Hospital de Clínicas, e com o efetivo dos dois serviços, eu tinha um rendimento que, se entrasse um tanto no consultório que fosse significativo, ou não, desde que eu estivesse com as despesas cobertas e para ter o meu local de referência, eu não me importava muito. Eu me cobro disso, às vezes, mas já passou, e eu não cheguei a ter aquele ânimo, ou aquela condição de necessidade de fazer com que o consultório extrapolasse, porque eu estava amparado, não acomodado, mas estava amparado por aquela situação de ter o vínculo empregatício pela universidade e pelo Estado e se o consultório desse alguma coisa, para mim estava bem. Então, a minha clientela no consultório não era muito significativa.

Eu tinha cirurgias pelos convênios que davam condições de continuar trabalhando. E o atendimento, na prática do cirurgião vascular, tem muito de escleroterapia, então os pacientes que eventualmente tivessem necessidade de cirurgia, a continuidade do tratamento e a complementação do tratamento incluíam a escleroterapia, que nenhum convênio cobre, e isso dava uma continuidade. Mas era essa situação, o paciente vinha, fazia algumas sessões, depois se desligava e, eventualmente, depois, um ou outro vinha procurar, coisa que acontece hoje ainda. Têm muitos pacientes que estavam fazendo tratamento comigo há 10, 15 anos e que depois voltaram aqui, estão continuando. Isso sempre acontece na prática diária.

E aqueles pacientes também que você acaba dando uma atenção especial, dentro daquilo que você acha que o paciente merece, e eles acabam se ligando a você de uma

forma tal que deus no céu e você na terra. Eu tive alguns pacientes nesse sentido. Teve uma senhora, inclusive, ela era da Caixa Econômica e, na época, não era por causa do convênio, mas ela procurou um colega que já conhecia, para que fosse atendida por ele, em um final de dia, eu não me lembro se ele não quis atender ou pediu que ela me procurasse, sei que ela ficou procurando por mim, me ligando... “– Estou em uma situação aqui em casa, não estou conseguindo caminhar, estou com problema de dor nas pernas ...–”, na época, ela tinha mais de 50 anos ... “– e eu conversei com o médico fulano de tal e ele pediu para que eu entrasse em contato com você... você pode vir aqui me ver?–”, eu falei “– Normalmente, eu não atendo em casa, porque eu vou chegar na sua casa e eu vou fazer uma avaliação e vou fazer o que?, o ideal seria que a senhora viesse no hospital...–”, naquela época, eu tinha o São Vicente de referência “– ... no hospital São Vicente, eu saio do consultório e lhe vejo lá –”, “– ah, mas eu não tenho condições, estou sozinha em casa e não posso sair, não estou bem –”, aí eu fui para a casa dela, um apartamento no centro da cidade. Eu me identifiquei na portaria, subi no prédio, fui até o apartamento dela. Quando a vi deitada no sofá da sala, com as duas pernas roxas, pretas, sem pulso nenhum, esfriadas, palpei a região inguinal e não tinha pulso também nenhum, falei “– a senhora está em uma condição de urgência para um tratamento cirúrgico, porque a senhora deve estar fazendo uma trombose, e está sem circulação nas duas pernas, eu só posso dizer isso para a senhora, e seu caso é de urgência, eu tenho que levar a senhora já para o hospital e fazer a cirurgia agora, imediatamente –”, ela “– mas eu não tenho condição –”, “– então, eu faço o seguinte, eu estou indo para o hospital, daqui a uma hora, uma hora e meia, eu aguardo que a senhora chegue lá –” isso já era quase nove da noite, dia 29 de fevereiro de 1984. Fui para o São Vicente, avisei o anestesista que estava de plantão e preparei a sala. Daqui a pouco, ela chegou ao São Vicente, eu a levei para o centro cirúrgico. Ele fez uma avaliação e “– Não tem condição de fazer anestesia geral, ela tem cardiopatia, ela está com a pressão mais ou menos descontrolada –”, eu falei “– Você faz uma sedação, só para dar uma diminuída na atenção dela, e eu faço uma exploração na região inguinal com anestesia local –”, eu fiz e desobstruí. Ela estava apresentando uma trombose em aorta terminal, sem perfusão nenhuma nas pernas. Eu consegui desobstruir, tanto que melhorou a perfusão na perna, quase que voltou o pulso nos pés. E essa senhora ficou ligada de uma forma tão chegada a mim, que qualquer problema de saúde que ela tivesse, ela ligava pra mim. Depois, ela teve evolução normal, apesar da idade, recuperou, não teve mais problema nenhum relacionado a essa patologia arterial

vascular inicial. Mas, por exemplo, se ela estava com uma dor de epigástrica, ou com uma disfunção ginecológica, qualquer que fosse, ela ligava para mim, para saber o que ela faria. Eu virei o consultor médico dela, quase. Eu falava “– Não posso lhe orientar nisso, eu podia fazer um tratamento na senhora, mas eu ia fugir de uma condição de tratamento mais adequado. Eu sugiro que a senhora procure, dentro da funcef, um médico de tal e tal especialidade –”, “– então, eu vou consultar com o médico –”, e ela ia. Mas, mesmo depois da consulta, ela me ligava “– o doutor fulano de tal, que eu consultei, me recomendou esse tipo de tratamento, o que o senhor diz?, eu posso fazer? –”. Fiz a cirurgia no dia 29 de fevereiro de 1984 e nós estamos em 2008. Talvez ela tenha falecido, porque faz tempo que eu não tenho contato com ela, mas mesmo uns 10, 15 anos depois, até por volta do ano 2000, um pouquinho antes, ela ainda me procurava para dar alguma informação, para perguntar alguma coisa.

Essas coisas foram acontecendo, talvez esporadicamente, de uma maneira muito pouco freqüente, porque a minha clientela também não era muito grande. Às vezes, eu me cobro isso, por que eu não me dediquei ao consultório ao ponto de fazer com que a clientela fosse aumentando, mas aconteceu de eu me decidir ser desse jeito, não tinha aquela volúpia de ter um consultório hiper, mega dimensionado e de ter uma clientela que pudesse me dar uma condição que com a medicina particular ou mesmo conveniada fosse suficiente para a minha sobrevivência. Eu me restringi muito nesse sentido.

Eu tenho consultório aqui, vez ou outra, nós temos cirurgias, não é uma coisa tão freqüente. Acho que em 12 meses, se a gente tiver umas 20, 30 cirurgias, no total, é mais ou menos a minha média, de 2 a 3 cirurgias por mês, às vezes, nem isso. Mas eu não tenho o consultório com aquela ganância de ganhar dinheiro, diferente do meu cunhado, que é dermatologista, que hoje, se você quiser ir consultar com ele, se você disser que é particular, talvez ele tenha o horário para daqui a uns 15, 20 dias. Se você disser que é conveniado... então, se você tiver uma crise de caspa aguda, vai ter que esperar. Ele sente necessidade de ganhar bastante, e ele fez o consultório dele se transformar em uma fonte boa de dinheiro. Ele teve também vínculos empregatícios, acho que dois vínculos no Estado, mas em relação ao consultório, se deu bem. Dermatologia é diferente, ele trabalhava com um cara que já tinha uma clínica boa, inclusive ele também tem uma clínica boa, os outros médicos que trabalhavam juntos também se dissociaram, depois cada um tem a sua clínica movimentada, ele ganha realmente bem. Uma vez, a minha irmã falou assim “– Você e o Luciano deviam ser cirurgiões plásticos, assim ganhavam bastante dinheiro –”, eu fiquei pensando: mais do

que ele ganha? Acho que o que eu recebo da UNIMED, por ano, ele deve ganhar mais em um mês. Isso é ganância, não é? Perto da casa que minha mãe morava, tem a Clínica Curitiba, um consultório enorme, tudo de mármore e esse que ganha bastante dinheiro. Cirurgião plástico, para ganhar todo esse dinheiro? Eu estou fora dessa ganância.

Mas eu estou vivendo bem, a minha clientela aqui, mesmo sendo pouca e pequena, hoje tenho a Unimed, atendo pelo Sinam, continuo atendendo pela Copel, dá para a gente tirar as despesas, pagar a secretária, tem a despesa do consultório, para essas coisas pelo menos dá. Cirurgia, uma vez ou outra, aparece também. Tem paciente que vem uma vez por semana, alguns fazem 4, 5, 6 sessões, depende da situação.

Em relação aos pacientes, você fica pensando que é seu, porque eu trabalhei mais de 10 anos pelo Paraná Clínicas, e procurava atender as pessoas da maneira como a gente pensa que deve ser, às vezes, até saindo um pouco da parte médica em si. Às vezes na tua prática diária do consultório, você não é visto só como um médico, você é aquela pessoa que teu paciente entra ali, senta e, às vezes, te expõe coisas que, em outra situação, ou com outra pessoa, ele não teria condição de se abrir. Então, você acaba ultrapassando e extrapolando esse relacionamento médico-paciente, porque o paciente, por tantas implicações que tem na vida diária, ele acaba chegando em um momento que você, para ele, significa muito mais que um médico que pode curar uma doença que ele está apresentando. Eu achava assim, esses pacientes, eu acho que estou fazendo a forma correta de atender, ficam muito relacionados à tua pessoa. E quando eu saí do Paraná Clínicas, muitos pacientes que já tinham atendimento comigo de muito tempo, alguns até com cirurgias já marcadas, eu imaginava, na minha singeleza, que eles iriam me procurar. Mas como o intuito deles era aproveitar o convênio, eu me desliguei do convênio, entrou outro médico no meu lugar, simplesmente eles pularam para o outro médico. Um ou outro, de vez em quando, vem aqui, e faz referência que estava tratando comigo lá. E como não tenho mais vínculo nenhum com eles, esses pacientes que, espontaneamente, me procuram, eu faço uma concessão, para não cobrar particular, que eu acho que é uma pessoa que não tem condição de ter essa despesa, eu atendo como se fosse pelo Sinam, só que não tem a carteirinha. Porque eu penso que é melhor que eu atenda pelo Sinam, e o paciente se veio me procurar, é porque tem alguma referência também. De graça, infelizmente, não tenho como atender, não saberia realmente fazer uma diferenciação entre aquele que realmente precisa, o que não pode, e o outro, que eventualmente pode. Então, eu generalizo assim, se tem algum convênio, e quer

consultar comigo, eu faço os honorários como se fosse pelo Sinam, eu não deixo de atender, e ele não deixa de vir aqui. Infelizmente, eu preciso dessa remuneração.

### **Você pode falar um pouco a respeito da relação com os convênios?**

Eu nunca tive dificuldades, na relação com os convênios, abertamente. Porque eu participo, através da Associação Médica, desde a época que teve descredenciamento total e a Associação Médica estabeleceu um padrão, tanto que hoje tem a ‘classificação brasileira hierarquizada de procedimentos médicos’. Porque nessa época, os convênios, quando eu comecei, havia alguns que faziam diferenciação... você tem a tabela SUS, que é aquele mínimo do ínfimo, que se você for comprar um refrigerante, você paga mais do que uma consulta. Mas se você se sujeita a isso, tanto que eu mesmo, lá na 24 de Maio, eu passei por umas situações de necessidade, e tinha um colega que me deu uma ajuda, me conseguiu um cadastramento no INAMPS, para atender os atendimentos clínicos, e era essa consulta que o SUS paga, mas como eu tinha necessidade, eu estava realmente precisado, eu antecipei meu consultório em duas horas na segunda, quarta e sexta, que eu atendia, então em vez de atender 15,30, eu ia por volta das 13 horas. Até o vizinho no conjunto, eu estava subindo, ele tinha uma loja embaixo, ele falava “– Teus pacientes já estão todos lá –”, eu chegava e já estava toda aquela fila, de 10, 15 pacientes, todos no corredor esperando. Então, se você se sujeita a esse tipo de coisa, não pode reclamar. Não é porque o INAMPS me pagava R\$ 2,00 por consulta, por exemplo, que eu ia atender mal. Eu procurava atender de acordo... tinha gastroenterite, amigdalite, otite, conjuntivite, todas as ‘ite’ da vida ali, e eu atendia.

Comecei a me preocupar quando apareceu esse negócio de dengue... falei: “– Agora não vou ficar me especializando em clínica médica básica para poder dar condição a um atendimento mais adequado para isso –”, porque como generalista, as doenças que eu atendia, estava tratando todos bem. Aparecia, de vez em quando, um abscesso, coisas do gênero, as coisas que, no dia a dia da clínica, aparecem. E essas coisas, eu sabia tratar bem.

Então, eu acho que você não deve restringir a tua capacidade de orientação de atendimento porque está recebendo pouco “– eles me pagam mal, eu vou atender mal –”, não, não pode. Porque o paciente, na realidade, não é culpado da situação. O que me fez parar com isso daí em uma época foi uma coisa... quando eu me lembro (risos), foi realmente repugnante. O cara entra no consultório, e eu pedia para a secretária fazer

uma fichinha, para eu ter uma anotação registrada em um caderno, para se depois, eventualmente, ele voltasse, que eu pudesse me reportar, para saber o que ele tinha no momento que ele veio. O cara me entra na sala, sentou virado ao contrário, e tinha uma formação tumoral enorme aqui na região malar direita. E quando ele se sentou, não sei se na hora dele começar a falar, começou a vazar secreção purulenta. O cara ficou naquela situação, o pus escorrendo, ele tira do bolso um papel, que eu acabei vendo depois, que era o título de eleitor dele, e colocou aquilo para segurar a secreção purulenta. Cara, aquilo me deu um negócio, e eu tenho um estômago forte, quase que eu vomitei. Eu falei para a secretária... “– acho que se aparecer um paciente com dengue, dengue hemorrágica, não sei se posso fazer diagnóstico diferencial, eu vou comprometer a minha atividade médica, se continuar aparecendo paciente desse jeito, eu não vou agüentar mais –”. Até examinar pé fedido, quando tinha necessidade, eu examinava, media a pressão de todo mundo, auscultava precórdio, auscultava pulmão, via orofaringe, fazia tudo, mas esse tipo de situação, para mim, não deu. Sem contar que eles ficavam todos ali no corredor, e uns colocavam o pé na parede, outros com sapatos sujos, sujavam toda a entrada do corredor, era coisa ... não tão lastimosa, mas era assim.

O relacionamento com os convênios, eu vejo da seguinte forma: eu acho que a remuneração que eu recebia era adequada com o tratamento que eu me dispunha a fazer, seja do ponto de vista cirúrgico ou não, especialmente porque, no caso de aplicação, convênio nenhum cobria. Inclusive, foi uma das causas que a nossa regional de angiologia e cirurgia vascular acabou fazendo com que a gente se descredenciasse, porque muitos dos convênios, até o Branco do Brasil, Caixa Econômica, estabeleciam – você operou o paciente de cirurgia de varizes, tem necessidade de fazer esclerose, pela cirurgia o paciente tem direito, pelo nosso convênio, pelo contrato, a 10 sessões de esclerose –, e isso aí estaria vinculado ao convênio. Então, ao invés da gente receber como recebe hoje, um ‘x’ pela tabela da associação médica, ou um acréscimo em cima da tabela do particular, o convênio achava direito você receber só 30% do que você recebia no particular. O paciente chegava “– Eu operei as varizes, tenho direito a que o senhor me faça 10 sessões de esclerose, e o convênio vai pagar 30% do que o senhor cobra no particular –”. Fazia parte do pacote, mas isso era conveniente para o convênio e para o funcionário dele, para o dependente, mas não para o médico. Frente a essa situação, a nossa regional, junto com a nacional, definiu que esclerose é considerada um tratamento estético, e sendo assim, não pode ser empacotado junto. A cirurgia, tudo bem. Hoje, recebo, por uma cirurgia de varizes, 300 e poucos reais, que é o que diz mais

ou menos a tabela do procedimento. Então, é compatível, tanto no convênio, quanto na tabela, porque é um valor relativamente razoável. Não é um pagamento aviltante, dá para se sujeitar.

Mas eu acho que se você fez um contrato com um convênio, você sabe de antemão, o que ele vai te oferecer, você aceita, ou não. Se você aceitou, por que não vai levar para frente esse contrato que você fez? Acho que essa briga, vamos dizer assim, nunca achei que fosse algo que pudesse atrapalhar ou prejudicar o atendimento, porque se eu aceitei aquilo, está contratado, eu tenho que manter a minha palavra. Em contrapartida, se você indicou o tratamento, o paciente foi, conseguiu autorização, o convênio liberou, ele paga, seja em 15, 20, 30, 40, 50 dias, você acaba recebendo aquilo.

O que, eventualmente, acontece, por exemplo, na Unimed, teve um paciente com uma queixa de doença de origem arterial. Eu fiz uma avaliação clínica geral, e como eu tenho um doppler portátil, eu consigo fazer uma investigação ultra-sônica sem registro gráfico. E isso, na tabela, está escrito assim: propedêutica vascular instrumental, investigação ultra-sônica sem registro gráfico, o que o convênio pagaria R\$ 18,00 por um exame. Então, você chegou ao meu consultório, tem a queixa desse tipo de situação, já preencheu a guia de consulta médica, que hoje, na Unimed, está R\$39,00. Eu faço o exame físico em você e constato que você tem uma diminuição de pulso no pé. Eu já uso meu ultra-som, faço até o índice braço-tibial, para ver quanto você tem de irregular. Só que eu não disponho de método gráfico, então, faço só o registro sonoro, que depende muito da minha interpretação, mas como eu me baseio comparando membro superior com membro inferior, na queixa de membro inferior, eu tenho como estabelecer um gradiente do quanto de problema você tem. Eu fazia esse exame na hora, para facilitar, para não ter que pedir uma guia, aí ele vai à Unimed, pega autorização, seja em uma unidade ou mesmo na central, vem aqui no outro dia, para eu fazer esse exame. Eu fazia o exame, mandava a guia da consulta, e mandava a guia disso aqui. Eles cortaram, porque eu fazia na consulta, e era direcionamento de exame, aí o que eu era obrigado a fazer? Tinha que mandar para uma clínica para fazer o eco doppler. Eles não pagavam a minha investigação ultra-sônica sem registro gráfico, que representa R\$ 18,00, mas o eco doppler colorido de três ou mais vasos, eles vão gastar R\$ 164,00. Quer dizer, eles vão gastar 10 vezes mais em uma coisa que, às vezes, daqui, eu posso avaliar e dizer se é tratamento clínico somente, ou se é cirúrgico. Se eu pedir o eco doppler, eles autorizam, então, por que não deixam que eu faça a minha investigação,

que é 10% do valor total e é esclarecedor? Se fosse um paciente mais grave, seria insuficiente, mas eu tinha como fazer uma triagem, e seriam poucos os casos que eu mandaria para fazer eco doppler. Então, nessa situação, eu acho realmente que alguma coisa falha existe nesse sistema. Mas como o intuito é que o paciente venha a ter o atendimento necessário, que essa conclusão diagnóstica venha a ser estabelecida, que você tenha parâmetros para orientar a parte terapêutica, eu solicito o exame.

Uma outra situação que já aconteceu comigo - somente na Unimed, os outros convênios, como são poucos, não tem esse tipo de problema – são pacientes com varizes, de eu fazer uma avaliação, pedir o eco doppler venoso, porque para o planejamento cirúrgico, precisa do eco doppler venoso, diferente do arterial, porque o arterial eu consigo estabelecer com parâmetros razoáveis para orientar a parte terapêutica, mas o venoso, quando há indicação cirúrgica, eu preciso do eco doppler, com mapeamento de varizes. O paciente vai, faz o eco doppler, vem aqui, eu vejo que é caso de cirurgia, às vezes, cirurgia com caráter funcional intenso, às vezes, o caso funcional não é tão grande, mas tem indicação... poucas vezes, foi tratamento estético. Eu acerto, combino a data da cirurgia, peço todos os outros exames, agendo com a paciente, todo esse planejamento cirúrgico, e solicito a guia para a Unimed. Só que para a liberação de guias, tem que passar pelo perito, para fazer a auditoria, aí a paciente voltava e falava “– O médico falou que meu caso não é cirúrgico, é funcional, é estético –”, “– Bom, se o doutor achou que é desse jeito, infelizmente, não posso fazer pelo convênio. Agora, eu tenho pacientes que já me procuraram por situações de caráter menor, com menos necessidade do que isso e, como era para outro colega, foi autorizado –”. Tanto é que, às vezes, eu falava assim “– vai ver que indicou o médico que vai fazer a sua avaliação, porque tem uns que pode e outros que não liberam –”.

E isso eu via como uma coisa, não vou dizer que seja pessoal, mas como uma coisa direcionada, só que eu não tenho como manipular essa perícia, se o cara não gosta de mim, ou não vai com a minha cara, com certeza, não vai autorizar o tratamento cirúrgico. Teve até uma paciente que eu falei “– por que vocês não vão na Justiça tentar reclamar o direito? –”, porque duas vezes eu fiz a solicitação de guia cirúrgica para ela, e o médico não autorizou. Aí eles alegaram “– É um caso estético, você pode fazer como particular –”, só que eu, particularmente, não achava que era essa a indicação. Ela tinha sintomas que justificavam a cirurgia. Eu falei com o marido dela “– Por que você não vai nas pequenas causas e faz uma ação?” / “– Não, se eu tiver que me envolver com isso, eu não quero mais fazer –”, e isso já faz um bom tempo, e ela não

foi fazer a cirurgia. Com ela, até não me preocupo muito, porque essa mulher é muito difícil de tratar, ela é muito medrosa, uma ou duas vezes que ela fez esclerose comigo, foi um drama, porque ela tem medo de agulha, tem medo de tudo. Então, imagine fazendo uma cirurgia, vai ser provavelmente uma condição de recuperação que vai me dar problemas a vida inteira. Essas situações, às vezes ocorrem, essa coisa da panelinha dentro do convênio, de privilegiar alguns profissionais. Como eu, nessa questão política não me ligo muito, eu quero viver a minha vida e deixa que eles se acertem.

### **E em relação ao perfil dos casos que você costuma atender no dia-a-dia?**

Na Unimed, até uns 2, 3 anos atrás, eu estava credenciado para cirurgia torácica também, porque sou habilitado em cirurgia torácica e cardiovascular, mas como essa situação cirúrgica depende da demanda de uma equipe, eu me ative mais e me decidi, já de muito tempo, a só fazer a periférica. Eventualmente, se um ou outro paciente me procurasse, em relação a uma cirurgia torácica, com exceção da hiperidrose, eu encaminhava daí para procurar outro especialista. Então, aqui no consultório, a minha restrição é só de atendimento de vascular periférica, seja doença arterial, doença venosa ou doença linfática, esses são os três pontos da minha clínica no dia a dia.

Em relação aos pacientes, tem casos de doença arterial, seja ela degenerativa ou não. E a patologia venosa hoje está com 60 a 70% do movimento, e a linfática tem uns 10% que aparece. Um edema crônico que, vez ou outra, dá vontade de mandar para alguém que você não goste. Da patologia vascular, ele é o pior, em termos de resposta terapêutica, porque o paciente é difícil de tratar. Se ele tem linfedema, é uma condição em que o tratamento clínico conservador, o tratamento da causa básica, que muitas vezes é uma erisipela que aconteceu, virou linfangite, não foi bem tratado no começo, faz um comprometimento linfático progressivo e isso vai causar essa condição de aumento do volume da perna. E o tratamento específico, em verdade, não tem outra coisa que não seja contenção elástica. Agora, como você vai colocar uma meia standard, que pode ter um modelo previamente feito na fábrica, para alguém que tem um linfedema e o tornozelo dele é mais grosso do que a tua coxa? Ele pode usar uma meia elástica, feita industrialmente, mas tem que ser sob medida. E hoje, uma contenção dessas, se você não faz um atendimento com aquela malha tubular, que faz a compressão intermitente, terapêuticamente começando com isso, ou até a drenagem manual linfática, o paciente nunca vai reduzir o edema a ponto de poder usar uma meia

standardizada. Quase tem que ser uma meia feita de acordo com a medida dele. É uma doença mais difícil de tratar.

Arterial, quando aparece, até já tive casos de emergência aqui, que eu aproveitei a minha condição de cirurgião vascular no hospital do Trabalhador, e encaminhei para lá. Paciente que eu podia operar ali, mesmo não sendo trauma agudo. E os outros que eu tinha, quando eu atendia, por exemplo, o convênio no Santa Cruz, de retaguarda, eu encaminhava para o Santa Cruz.

E as varizes, que eu estou operando na clínica de fraturas, no Novo Mundo, e eventualmente, no Vita Batel, quando é cirurgia e que o paciente realmente queira fazer. As escleroses, eu faço aqui no consultório mesmo.

Ou seja, os casos mais complicados, no dia a dia, de lidar mesmo, são esses de ‘linfedema’, porque tem pouco recurso terapêutico, ou auxiliar, para poder ajudar esses pacientes. Mesmo no IPE, quando eu atendia lá, tive duas pacientes que já vinham em tratamento com outros médicos, que era ‘linfedema’, e você não tinha como orientar a terapêutica. E no histórico da medicina vascular, já teve muita situação de indicação cirúrgica, que não deixa a pessoa inválida, mas esteticamente, o resultado era muito ruim, e com risco cirúrgico muito grande. Umas coisas catastróficas, você retirava todo o subcutâneo, por exemplo, do joelho até o tornozelo, dissecava aquele subcutâneo e, depois, reimplantava aquela pele sem aquele subcutâneo hipertrofiado. Mas a causa básica, você não conseguia tratar, que era a insuficiência linfática. Porque a ‘linfangite’ fez obliterar todos os canais linfáticos, não tinha onde drenar. Ficava a paciente com aquela perna recoberta, toda escarificada, risco de infecção, porque você retirava todo aquele subcutâneo. Essas coisas históricas, hoje em dia, não se usam mais.

O que tem condição cirúrgica para resolução disso, e até está se fazendo com alguma frequência, são aquelas anastomoses linfovenosas, aonde você, com microscópio, disseca um capilar e faz o replante dele em uma veia, onde ele possa vir a drenar. Mas é uma indicação muito precisa, a efetividade é muito pequena. Porque não adianta você implantar, fazer uma anastomose, uma derivação na região inguinal, de um capilar para o sistema safena, se do terço médio da coxa para o tornozelo, aquele linfático não está drenando nada. E, distalmente, cada vez mais, o calibre é menor, então você não vai ter leito para definir que essa drenagem ou a anastomose, pode vir a ser efetiva. Clinicamente, o que se pode oferecer é evitar ao máximo que o paciente venha a desenvolver esse linfedema crônico, porque tem pouca condição de recuperação funcional. Daí estar sempre atento com isso. Hoje em dia, as causas disso, por exemplo,

‘filariose’, que era uma coisa que existia, já é muito pouco provável que o paciente venha desenvolver elefantíase porque ele teve uma contaminação, uma infecção dos linfáticos através da filaria. Isso é coisa de história da medicina, a gente não vê, mas as seqüelas, uma linfangite, uma erisipela mal tratada pode, eventualmente, se não bem orientada, levar a isso. Mesmo uma trombose venosa, eu tenho diversos pacientes com trombose venosa que, a curto prazo, o edema já não necessita mais da utilização de compressão elástica, mas você precisa realmente estar atento a esse tipo de situação e fazer um monitoramento adequado, porque se você deixa a patologia básica evoluir, não vai ter meia elástica que vai dar condição de recuperar.

Esses pacientes são realmente muito mais fáceis de manusear do que um linfedema crônico, que dependendo da causa, não tem como tratar adequadamente. Por melhor que seja o ‘fregotrópico’ que você recomende, ou aquele ativador da micro circulação, a resposta não vai ser adequada, porque o paciente não vai conseguir ficar 24 horas por dia com as pernas elevadas para diminuir o edema. Na atividade laborativa de cada um, o cara tem que ficar 8, 10 horas em pé. E no final da tarde, aquele edema vai estar de novo apresentando. E é um edema que se soma. O de hoje, você repousando a noite, vai estar regredido 10%, só que durante o dia, você vai aumentar em 100%, e à noite, vai estar 110, depois de amanhã, regride 90, e no outro dia, vai estar mais 20, e assim vai. E a pele tem uma complacência até certo tempo... aumenta, diminui, aumenta, diminui, aumenta, diminui, chega em um determinado momento, que aumenta e não diminui mais. Esse, no meu modo de entender, da parte vascular, é o mais complicado.

Lógico, não contando a doença degenerativa, que o paciente venha a ter uma trombose arterial que você não consegue revascularizar adequadamente, se tem início de gangrena, leva a uma necrose, e isso resulta em amputação, mas é uma situação diferente daquele dia a dia, quando mesmo que você faça tudo que é possível, você não consegue recuperar o paciente. No caso de uma patologia arterial, o cara é diabético, é consequência da evolução da doença. Teve a trombose, não tem micro circulação suficiente, por melhor que seja o enxerto que você faz, ele não vai ter condições de que a perfusão venha a ser adequada. E é uma consequência da patologia básica, que você não teve como impedir, como um linfedema. Por mais que você trate, trate, trate, não tem como a pessoa...

Na vascular, outra condição crônica é a questão das úlceras, uma intercorrência da patologia venosa, mas essa você consegue tratar. Eu tive agora, recentemente, um

paciente que teve trombose venosa nas duas pernas, e ficou com uma síndrome pós trombótica. E vez ou outra, abre úlcera na perna, porque ele não tem drenagem venosa suficiente para diminuir o edema. Qualquer escoriação que ele faz, ou qualquer trauma que resulte em um ferimento cutâneo, pela diminuição da condição de drenagem venosa, ele tem uma estase grande, a perfusão cutânea não é adequada, ele faz as ulcerações. A última vez que ele teve, eu fiz três sessões de bota de ulna com ele e consegui cicatrizar 80% de todas as úlceras que ele tinha, e fazia já uns 4 ou 5 meses que elas não fechavam. Só que o desgraçado, na terceira sessão de bota, era para ele voltar em 15 dias, e eu estou esperando ele até agora, não apareceu mais. Ele marcou a última sessão, mas não apareceu aqui. Ligamos para saber por que razão, primeiro o telefone era da casa da tia dele: “– fulano está aí? –” primeiro, ela falou assim: “– aqui não tem ninguém com esse nome –” e depois: “– não, ele saiu –”, depois ligamos no trabalho: “– não, ele não veio trabalhar hoje –” E depois dessa situação, não sei mais que aconteceu com ele, já pedi para ver com a colega aonde ele trabalha, e nem ela me deu informação do que aconteceu com o rapaz. Então, ele fez três sessões de bota comigo, e depois 20 dias de tratamento local para diminuir aquela secreção sanguinolenta que fica, não infecciosa, porque não tem infecção, mas fica aquela secreção mal cheirosa. Fiz três sessões de bota e cicatrizou 80% das úlceras. Sendo que, na última vez, eu ia ter condição de, em menos tempo, porque ele ficava 15 a 20 dias com a bota, e o ideal é trocar entre 7 e 10 dias. Como ele ficava 20 dias, nas duas últimas vezes que ele veio, eu não pude marcar ninguém na sequência, porque o cheiro aqui, só eu agüentava. Eu até falei para a secretária que a próxima vez que ele viesse aqui, íamos marcar para ele o último horário, para não atrapalhar os seguintes, mas ele não apareceu mais.

Então, mesmo a úlcera varicosa sendo seqüela de síndrome pós trombótica, ela pode ser tratada de uma maneira adequada. Você faz esse tratamento inicial e institui uma conduta terapêutica para evitar a causa da possibilidade de formação de novas úlceras, que seria a facilitação do retorno venoso. E a meia elástica é a indicação primeira, porque com a meia elástica, você impede que aumente o volume da perna e melhora aquela perfusão cutânea, já que o edema não está atrapalhando. A possibilidade de formar úlcera existe, mas já diminui bastante. Assim, mesmo essas situações são passíveis de um tratamento com uma resposta terapêutica boa. Às vezes, assusta, o cara tem uma úlcera varicosa, nunca mais vai curar, se não tratar, não cura mesmo, mas tem condições de tratamento.

É como eu falo para os meus pacientes “– Você tem uma úlcera com a perna inchada desse jeito, se eu tivesse condição de te internar, e te deixar 30 dias no hospital, não precisava nem fazer remédio nenhum, só lavar com água corrente e ficar de repouso com a perna levantada, e você ia sair em 30 dias com a úlcera cicatrizada –”, mas aonde vai internar? Quem vai deixar esse paciente ficar 30 dias no hospital? Não tem como.

E o caso desse paciente que eu contei, foi uma exceção, eu fiz um favor para a chefe dele, uma veterinária, porque ela falou “– Eu não sei mais o que fazer, estou tratando ele aqui, junto com meus cachorros, e não está curando. Eu sei que ele já teve esse tipo de tratamento lá no Evangélico, só que faz uns 10 anos que ele não vai mais no Evangélico, o que eu faço? –”. Eu falei para mandar no consultório, que não ia cobrar nada, fazer um favor para ela, mas que eu preciso primeiro avaliar. Como o material que usei com ele é industrializado, eu falei: “– Olha, eu tenho aqui essa unidade, vou usar a primeira unidade com você, mas eu preciso desse material, para uma outra oportunidade que eu venha a ter necessidade de uso. Eu vou usar em você hoje, daí você compra, me repõe essa daqui, e a troca eu faço sem cobrar –”, ele vinha aqui, eu fazia curativo, lavava com um pouco de soro fisiológico, tirava aquela crosta que estava se formando, enfaixava de novo. Nesses últimos anos, esse tipo de situação, foi o único que não teve essa continuidade. Também eu não estou sabendo o porquê ele não voltou aqui. Já faz dois meses e meio, quase três, e não tenho informação do por que o paciente não continua vindo aqui. E eu não fiz nada de diferente, nem cobrar eu cobrei, só pedi que ele me repusesse o que eu usei de material, lógico. Se eu uso material meu, e não estou recebendo nada em troca, também... o bom samaritano também...hoje não dá para você encarar dessa forma.

Mas eu não tenho tido problema com a aderência, para continuar o tratamento. Mesmo no Trabalhador, que eu faço... não diferenciação, mas eu gosto de eu mesmo conduzir a orientação pós operatória dos meus pacientes. Como eu tenho uma ligação grande no hospital, nós fazemos assim: somos em 4, e cada um tem uma semana de plantão por mês. Na terça feira, tem o nosso ambulatório, que atende aquele que está na semana de plantão. Então, se eu estou na semana de plantão, eu atendo na terça feira todos os pacientes que são encaminhados, seja pelos meus colegas que já operaram, que atenderam, ou por outras clínicas, eu atendo o geral, como os outros colegas atendem na terça feira o geral. Só que ali, excepcionalmente, como eu falo que eu sou muito egoísta com os meus pacientes, eu não gosto que ninguém bote a mão. Aí um ou outro caso, eu seleciono, e peço que voltem no meu ambulatório, que eu fiz um dia, que eles me

permitiram, na quinta feira. Até teve encrenca, um monte de vezes, porque fui obrigado a abrir uma agenda eletrônica na terça, para vascular e na quinta, para mim. Aí o cara vinha ser atendido, e alguém, sem saber, abria a agenda de quinta feira, tinha vaga, mandava para mim. Quando chegava na quinta feira, que falavam que eu tinha pacientes para atender, eu não sabia do que se tratava, era um paciente da terça feira. Então eu estabeleci como obrigatoriedade: eu só atendo na quinta feira aquele paciente que eu encaminhei para ser atendido, e não vou aceitar paciente nenhum outro na quinta feira, a não ser aqueles que eu concordei em atender, ou que eu encaminhei. Ou seja, no hospital, na quinta feira, normalmente, eu atendo só os meus pacientes e, às vezes, eu vejo um outro na terça feira. Esses, quando eu vejo na terça feira, e eles ligam e perguntam por mim, eles mandam marcar na quinta feira, daí eu atendo.

Essa situação, do meu egoísmo com meus pacientes, por exemplo, ontem, recebi a ligação de uma mãe, até foi o menino que começou a falar comigo e eu achei que era uma brincadeira, achei que alguém estivesse imitando a voz de criança, não entendi direito, o menino tem 5 aninhos, ele não conseguiu falar, mas a mãe pegou o telefone, eu reconheci a voz. Ela falou que ele está querendo ir ao hospital, que ele está querendo me ver de novo, faz seis meses que ele teve atendimento lá.

No ano passado, ele estava brincando na frente da casa, com um carrinho de rolimã, e na rua não tem calçamento, não tem nada, não tem meio fio, e tinha um caminhão de refrigerante fazendo manobra, e ele estava na frente da casa dele, com o carrinho, e o caminhão, não sei se foi fazer ré, fez uma contusão no pezinho dele. Não chegou a passar com o rodado, mas fez uma contusão. A mãe não estava em casa, os vizinhos levaram-no para o Hospital Trabalhador, chegaram ao pronto socorro, o menino com o pé roxo, me chamaram, eu fui avaliar. Os ortopedistas, um cirurgião, chefe do plantão, não sabiam se aceitavam a criança ou não, porque estava cheio o hospital. Eu cheguei, avaliei e falei que tínhamos que aceitar, porque ele estava com o pé arroxado, não estava com perfusão, me parecia que não tinha problema de lesão arterial, mas que ele devia estar fazendo alguma compressão compartimental, fosse por hematoma da contusão, alguma coisa assim, tinha que fazer uma fasciotomia no pé. E os ortopedistas não estavam querendo fazer. Depois, chamaram um cirurgião ortopédico pediátrico, eu conversei com ele, e nós dois decidimos que se eles não fizessem, eu faria. Não tinha nada vascular, especificamente, mas alguma coisa estava comprimindo. O ortopedista pediátrico concordou com a minha indicação e nós levamos para o centro cirúrgico. Ele fez uma fasciotomia na região plantar. Ao fazer a incisão, saiu o

hematoma que estava aglutinado... foi igual ao recém nascido, que nasce roxinho, deu a primeira respirada e, em fração de segundos, fica rosa, o pezinho dele mudou de roxo escuro para rosa, na hora! O ortopedista falou “– E aí, o que você acha?, a gente fecha a incisão? –”, eu falei “– Não, vamos deixar aberta, para fechar com segunda intenção –”. E não querendo falar mal dos ortopedistas, mas eles fazem procedimentos e, depois, o acompanhamento fica com quem quiser. Às vezes, o residente acompanha ou, às vezes, é como a maioria dos médicos faz: “– Fulano tem um curativo no 24, vê se você faz depois, eu deixei aberto, você faz o curativo –”. Eu não gosto de fazer desse jeito, tanto que esse menino, depois das primeiras 24 horas, eu fui na pediatria e falei para a enfermagem que eu ia fazer os curativos nele, e comecei a fazer o curativo, e o menino foi se apegando, e a mãe junto, ela via a minha forma de atendimento. Um dia, ela disse: “– Doutor, o residente da ortopedia veio aqui junto com os outros médicos e eles falaram que para fechar a incisão, tem que chamar a cirurgia plástica para fazer um enxerto, fizeram até um pedido de consulta para a cirurgia plástica –”. Eu fui ao posto e falei para a enfermeira chefe da pediatria “– Pode rasgar esse pedido de consulta, não vou querer que a cirurgia plástica veja –”. Porque a plástica indo lá avaliar, vai dizer “– Continua fazendo curativo até que tenha granulação suficiente para a gente fazer um enxerto epidérmico ou dérmico –”, daí vão fazer uma abrasão na outra extremidade dele. Ele vai ficar com um pé machucado e a coxa da outra perna machucada, mais um trauma cirúrgico... deixa que eu vou fazendo do meu jeito... e continuei fazendo o curativo. Um dia, conversei com o cirurgião ortopédico que estava preocupado com o risco de infecção, eu disse: “– Não tem risco de infecção nenhuma, está cicatrizando, está granulando, ele já vai sair do hospital com isso fechado –”. Demorou uns 20 dias, eu liberei a parte vascular, logo em seguida, dei alta para ele, e continuei vendo no ambulatório, junto com o ortopedista. O ortopedista pediátrico via na segunda feira, eu fazia um esforço danado para estar na segunda também. Como eu sabia que ele ia mandar direto para o curativo, eu já acertei com a enfermagem, que quando o mandassem para curativo, elas abriam o curativo e me chamavam para ver. Eu vinha e o atendia. Eu usava uma pele artificial, a gente recobre, põe ela como enxerto primário e depois, só tira o secundário, a mãe mesmo trocava em casa, podia tomar banho, lavar o pezinho, que o curativo não saía, e fazia com que a granulação fosse se formando. Tanto que, em menos de 2 meses, o pezinho dele cicatrizou inteiro, ambulatorialmente. E daí, a dificuldade dele era pisar no chão, mas foi avaliado pela ortopedia na seqüência, liberaram a pisada no chão mesmo, porque não teve nenhuma fratura óssea, foi só

contusão mesmo. E ontem ele ligou, que está com saudades de mim, que quer me ver de novo.

Essas coisas cativam a gente, sabe? E quando é adulto, eu também procuro agir dessa forma, porque eu vejo mais a necessidade do paciente. Tanto é que, vez ou outra, eu reclamo com a enfermagem, eles já sabem, que os pacientes que eu tenho atendimento junto com as outras clínicas, mesmo se a ortopedia vai lá e manda abrir, não abrem, porque ela fala que é meu paciente.

No ano passado, eu reclamei de um cirurgião plástico, outro paciente que estava com a perna inteira aberta, acho que eu fiquei quase uma hora fazendo curativo no paciente, fechei, lavei, tudo direitinho, e não demorou nem 20 minutos para o residente da plástica ir lá, abrir tudo, e deixar tudo aberto. Eu fiquei possesso! Chamei-o e falei “– Por favor, eu fiquei uma hora fazendo curativo, você veio, abriu, e deixou aberto? Faça tudo de novo, do jeito que eu tinha feito –” / “– Mas agora eu não posso –” / “– Mas você desmanchou o que eu fiz, por que você foi abrir? –” / “– Eu tinha que ver –”, eu falei: “– Então refaça o curativo, do jeito que eu fiz –”.

Eu sinto que é um empenho que eu faço, mas é um empenho que não é de hoje que estou fazendo. Na época do Cajurú, também fazia isso, e lá no Cajurú, era muito mais difícil para eu fazer esse tipo de coisa. Porque lá, eu ia fazer o procedimento e o acompanhamento, eu tinha que me deslocar até lá. No Hospital Trabalhador, eu tenho um pouco mais de facilidade, porque eu estou lá.

Acho que essa aderência, independente do grau de situação do paciente, talvez seja uma forma minha de fazer com que o relacionamento médico paciente seja mais fechado, não sei se mais fechado é o termo, mas que seja mais próximo.

### **Gostaria que você falasse das mudanças que você observou na medicina nos seus 33 anos de formado.**

Eu percebi essa mudança em dois sentidos. Na parte assistencial, com essa evolução dos artefatos que temos hoje, equipamentos em gerações cada vez mais aprimoradas, em todos os sentidos. E eu também peguei bastante influência em relação ao próprio desenvolvimento da medicina, em termos de oferta de trabalho. Porque eu me recordo, no meu tempo de criança, e mesmo antes de me formar, que o médico era considerado um profissional bem diferenciado, quase que elitista. Mas, não sei se para o bem ou para o mal, a impressão que a gente teve, pelo menos essa é a minha vivência,

que a revolução de 1964, além de impedir o comunismo de entrar no nosso país, que era um medo, em geral, ela desfavoreceu essas atividades mais elitistas, no sentido não de estragar, mas de tentar deixar o menos elitista possível, e nós, da classe médica, acabamos sofrendo isso também. Tanto que a abertura de novas faculdades teve um boom, de 1964 para cá, porque até então, era contido. Teve uma explosão muito grande, até no próprio Paraná, isso foi extremamente sentido. Não tenho nada contra PUC, contra Evangélica, contra Unicamp, ou a Universidade Positivo, ou UNIOESTE ou Universidade Estadual de Londrina, Maringá, isso sem contar a multiplicidade que tem em São Paulo, Rio e demais.

Quando eu fiz o vestibular, em 1970, a Federal tinha 160 vagas, e continuou tendo até hoje, diferenciando só na parte do curso seriado e semestral, porque quando eu fiz, até dois anos depois, ainda era seriado, o ano todo, agora parece que é dividido em primeiro e segundo semestre, mas o número total continua sendo 160. A Católica, na época, era acho que 60 ou 80 vagas, não me recordo exatamente, mas era menos da metade do que era na Federal, e a Evangélica não existia em Curitiba até então, veio depois, quando estava fazendo cursinho, que foi liberada a Evangélica. E outra faculdade, acho que em Londrina, me parece que estava começando nesse período. Maringá veio depois. E agora está dessa forma.

Mas o que eu quero dizer é o seguinte: por exemplo, aquela medicina elitista, que o médico era considerado uma classe meio superior, acabou abaixando toda essa bola que existia em torno do médico, e isso realmente foi resultado... eu não sou anarquista, não sou de esquerda, nem nada, mas acho que isso foi uma situação decidida pelo governo, até a ponto de prejudicar, talvez, até a própria formação desses médicos. Porque quanto mais você oferece, em termos de possibilidades de vagas em curso superior, a tendência é o curso em si, cada vez ficar mais degradado, pior. Eu não sei exatamente, mas pelo que eu tenho conhecimento dos EUA, por exemplo, hoje tem o mesmo número de faculdades do que 100, 200 anos atrás. Existiam cento e poucas faculdades, e continuam existindo, de medicina, as cento e poucas faculdades, há muito tempo, praticamente desde que eles fizeram a independência. Eles têm um controle, e isso faz aprimorar cada vez mais. Por que lá aparecem sempre as cabeças científicas? Porque o estudo é direcionado para esse tipo de coisa. Hoje, aqui, tem cada vez mais gente com nível superior, e não se importando com a degradação do ensino, que acaba sendo prejudicada também. Em vez de oferecer um ensino técnico, profissionalizante, já que o mercado também tem uma demanda grande para isso, você favorece o nível

superior, de ponta, e existem cada vez mais camadas da sociedade, sem oferecer em contrapartida uma capacidade profissional equivalente.

Com um tempo de formado, a gente vê que os colegas mais novos, cada vez são menos capacitados. Os que têm possibilidade de fazer uma pós-graduação, ou se desenvolver dentro de uma especialidade, são muito poucos. Os que não tem vão se sujeitar a um subemprego, e não tem nem como defender uma oportunidade melhor, porque nem tem uma capacitação adequada.

Chega ao cúmulo de acontecer lá em Londrina, o que apareceu no jornal, quer dizer, como é que pode, um cara médico, que está para receber o diploma, e ir trabalhar em um mercado que hoje é extremamente seletivo, fazer uma coisa dessas. Impedir que os caras se formem agora é muito pouco para o que eles fizeram. Que representação dá isso para o resto do povo, se um médico faz isso, imagine um operário braçal, o que não pode fazer. Estavam a duas semanas da formatura, é um horror! E tudo isso começou com esse boom da inclusão das faculdades, abrindo faculdade em tudo quanto é canto.

Lógico que tem umas escolas que tendem a aprimorar, o máximo possível, o seu grau de docentes, para que a qualidade seja boa. Por exemplo, a Universidade Positivo, que eu conheço o diretor da faculdade de medicina, porque ele é o irmão mais novo de dois colegas meus de turma, eu acho que o aprimoramento deles, em exigir quanto mais mestrado e doutorado tiver, aí você consegue dar uma melhora no ensino, na qualidade. Porque, apesar do nome, Universidade Federal, ela tem realmente pessoas expoentes ali, que fazem com que o ensino seja cada vez melhor. Mas você tendo gente com graduação melhor, é muito mais respeitado e conceituado o ensino.

A faculdade, na verdade, depende muito do aluno, mas a universidade, a faculdade, sempre teve essa qualificação para poder ver se seu ensino é superior e realmente qualificado. Eu me recordo que eu não passei no vestibular em 1967 por causa de física. E depois teve esse número de faculdades, em qualquer canto abria faculdade de medicina. Eu não sei como que o Conselho Federal ainda permite essa abertura, cada ano tem uma faculdade a mais. A Unioeste, por exemplo, acho que ficou uns dois anos funcionando com mandato de segurança. E parece que agora, acabaram permitindo. Mas não é porque você fez a faculdade, seis anos, que você já é médico habilitado para encarar as necessidades. Se fosse ainda esse pessoal, direcionado a atendimento nas unidades básicas, que na grande maioria das cidades mais interioranas ainda precisa se ter um profissional para isso, não precisa fazer transplante cardíaco, mas se souber tratar diarreia e infecção abdominal, gastroenterite, já era muito bom

mesmo, que a gente não tem saneamento básico suficiente. Aqui em Curitiba, que é a capital, acho que não tem 40% de água e esgoto, água encanada, talvez tenha um pouco mais, mas esgoto, não tem. Então, as coisas poderiam ser resolvidas dessa forma.

Você sabe que a classificação do CRM, por número, começou quando foi iniciado o Conselho Regional de Medicina aqui do Paraná, na década de 1950, acho que 1956 ou 1957, foi quando foram dados os primeiros números. Eu sou formado em 1975, de 1957, são 28 anos. Eu peguei o número 4.800, arredondando, 5.000, ou seja, levou 28 anos para ter 5.000 médicos cadastrados aqui no Paraná. De 1975 a 2008, são 33 anos, um tempo equivalente, e hoje o CRM já está próximo do 26000, quer dizer, em 25 anos, do início do registro, foram 5.000 médicos cadastrados. Depois, os outros 30 anos, têm mais de 20.000 médicos cadastrados, quase triplicou o número de médicos, praticamente no mesmo número de anos. Disso resulta uma dificuldade maior no mercado de trabalho, a condição de quem não tem muita capacidade se submeter a subemprego, de ter que trabalhar em quatro, cinco lugares para poder ter um pequeno rendimento com o qual possa sobreviver, a não ser que o cara seja daqueles que começam a fazer coisa errada, mas isso não faz o nosso perfil, porque se você tem consciência, aonde você vai pôr a consciência? São muitas coisas escusas, que a gente sabe que existem.

Em termos de aprimoramento, durante a faculdade, e depois, já recém formado, eu me direcionei a uma especialidade aonde, muitas das coisas dependem, principalmente, da sua habilidade manual. Tecnicamente, o que eu tenho hoje, de diferente? Falando especificamente da vascular, as chamadas cirurgias minimamente invasivas, que são realizadas, hoje, de uma forma um pouco mais ampla do que a 5, 10 anos atrás, quando eram procedimentos para serem realizados como cirurgias de exceção, aqueles casos aonde a morbidade cirúrgica convencional era tão grande, que você derivava para um lado onde essa morbidade fosse menor, e o resultado efetivo, teoricamente, fosse tão bom quanto. Por exemplo, um aneurisma da aorta abdominal, em uma pessoa e 80 anos de idade, com hipertensão, problema cardíaco, problema respiratório, DPOC ou qualquer outra coisa, pela própria faixa etária, uma cirurgia convencional, que fosse uma laparotomia, com ressecção do aneurisma, ou implante de um enxerto desfocado ou não, representava, primeiro, um tempo cirúrgico excessivamente grande. Anestesia geral, uma laparotomia xifopúbica, abertura de todo o retroperitônio para implante dessa prótese, cirurgia de no mínimo 4, 5 horas. Em um paciente com DPOC, problema cardíaco, às vezes, até certo grau de insuficiência renal,

com uma situação de aterosclerose generalizada, a morbidade realmente era muito grande. O risco cirúrgico, por si só, já era elevado. Hoje, um paciente desse tipo, com uma cirurgia endovascular, é um procedimento que, no máximo, demora de uma hora e meia a duas horas, você coloca um enxerto na mesma situação do que a cirurgia convencional faria, com menos riscos, com incisões inguinais, às vezes, com anestesia local, de acordo com a situação. Procedimento de, no máximo, 2 horas, e com dois dias de pós-operatório, já tem alta, com a mesma possibilidade, isso analisando aquele paciente de risco maior, na faixa de 80 anos. Então, no início, a endovascular era para esses pacientes.

Como o cirurgião cardíaco estava, cada vez mais fazendo angioplastia, com colocação de stent para coronária, sem abrir tórax, foi se vendo que você pode fazer uma cirurgia, uma indicação minimamente invasiva, de uma forma mais generalizada e pode deixar aquela cirurgia convencional para aquele paciente aonde o procedimento minimamente invasivo não foi adequado, não surtiu resultados, ou teve alguma complicação, ou então, naquela situação onde, mesmo tendo sido realizado, o resultado não foi o esperado. Porque esses implantes endovasculares precisam de uma técnica aprimorada, porque a possibilidade deles terem uma falha é maior que a convencional. Mas hoje, já está se fazendo até por vídeo, vídeoretoperitônioestomia, implantes de aortas, sutura por vídeolaparoscopia, então, já não está sendo necessário abrir barriga para operar. Lógico que são cirurgias, essas de técnica de reimplante de enxerto, um pouco... agora ainda, excepcionais. Tem casos que são indicados, mas já está sendo feito. Endovascular em carótida, que até 5 anos atrás não era bem aceito, por causa do risco de destaque de placa, ou mesmo de coágulo, de fazer AVC, hoje já se tem como proteger a carótida distalmente, para você poder fazer a angioplastia e colocação de stent, sem risco de fazer embolia cerebral.

São avanços que estão permitindo, cada vez mais, essa condição de melhoria no atendimento. Até na própria cirurgia vascular, os exames contrastados hoje são mais seguros, e menos agressivos do que quando eu comecei a fazê-los. Porque a gente fazia angiografia, não por cateterismo, mas por injeção direta. Ainda faço, em emergências. Estou fazendo arteriografia no trauma, como eu fazia há 20, 30 anos, quer dizer, você punciona o vaso, injeta 15ml de contraste e manda bater uma chapa. Só pega o contraste naquele momento. O contraste já foi embora, para um novo segmento, tem que mandar injetar de novo, bater outra chapa naquele outro percurso. Um cateterismo, você põe em uma bomba infusora 10 ml de contraste, a bomba vai mandando o contraste, seu

aparelho vai acompanhando a circulação e você vê toda a árvore arterial com uma injeção só de contraste, com menos material até, você visualiza tudo.

Hoje, a gente dispõe de um ultra-som que está cada vez se desenvolvendo mais. Tem a tomografia computadorizada helicoidal, que também faz angiografia, tem ressonância magnética, que é um outro tipo de contraste, mas que também favorece uma visualização da constituição em três dimensões de todo o organismo arterial, o complexo, tudo. Tudo isso é acompanhamento de tecnologia, que está cada vez mais aprimorado. Mas na parte manual, que depende muito do procedimento, ainda depende muito da formação do médico, da habilidade para isso.

Nesse sentido, também teve um aprimoramento, mas mais em termos de facilitação, em relação ao que era, por exemplo, quando eu aprendi. Se você for se reportar, por exemplo, ao início da cirurgia vascular, eu até estou fazendo um levantamento para apresentar no hospital, em relação a ferimento arterial, o que precisa ser revascularizado, e o que não precisa, o que pode ser ligado, e coisas assim.

Há até uns dados interessantes, porque há relatos de trabalhos, que a primeira cirurgia arterial foi feita em 1863, se não me engano. Quase 135 anos atrás. Murf, ele era cirurgião geral, mas o cara chegou para ele com ferimentos na região femoral, e ele viu que tinha lesão arterial e venosa. Ele abriu o cara e fez um enxerto com veia, não sei como ele suturou, mas ele fez um enxerto e conseguiu revascularizar. Só que era uma loucura, os caras que faziam isso, porque não tinha anestesia, não tinha antibiótico, não tinha nada, então podia ter complicação. Eu levantei os dados relacionados a esse trabalho, o cara foi caçar com o amigo, e o amigo pensou que era o urso e atirou, provocou uma lesão na região cervical e lesou as duas carótidas. A da direita, operaram de imediato, fazendo uma sutura. Dois ou três dias depois da sutura dessa primeira carótida, o cirurgião viu que a carótida esquerda também tinha tido problema, e deixou em observação. No 11º dia da cirurgia da direita, a carótida esquerda rompeu, e o cara falou: “– Tenho na minha frente um cara sangrando, já quase fazendo uma midríase por hipóxia cerebral. Eu fiquei naquele dilema: será que eu deixo o cara ficar sangrando até terminar de morrer, ou faço alguma coisa? –”, aí ele clampeou os dois cotos da artéria, provocados pelo ferimento, e ligou. E diz que o cara recuperou depois disso, estabilizou os sinais vitais, demorou uns 5 meses e já estava trabalhando de novo. Os caras eram realmente uns loucos, faziam essas coisas.

A técnica da cirurgia vascular, de verdade, do que a gente consegue hoje ter substrato de conhecimento, começou com Alexis Carrel, em 1903. Foi um cara que

começou a técnica fazendo a utilização da triangulação vascular. Ele reparava o vaso em três ângulos. O vaso é circular, ele colocava um ponto de referência aqui, colocava outro aqui, e o terceiro aqui, ele usava esses três pontos de referência para iniciar a sutura, seja para implante término-terminal ou látero-terminal, do jeito que fosse. Essa triangulação de Carrel ficou funcionando por muito tempo, e mesmo assim, na primeira guerra mundial, que eu fiz esse levantamento, tem lá escrito que os cirurgiões alemães, os vasculares principalmente, a maior parte deles, não se arriscava a fazer revascularização naqueles ferimentos de extremidade, onde tinha lesão vascular, eles faziam ligadura. E a ligadura desses ramos vasculares levou a um índice de amputação de 60 a 70%.

Na segunda guerra mundial, baseado nessas experiências dos alemães, tem um trabalho de Leigh (?), que ele tem um relato de 2.700 soldados americanos que eles atenderam com lesão vascular e fizeram a revascularização somente em 87, que eles acharam que valeria a pena fazer revascularização. Os outros, que eles fizeram só ligadura, teve um índice de amputação de mais do 50 %.

Na seqüência da segunda guerra mundial, veio a guerra da Coréia. Na guerra da Coréia, o Norman, um grupo de mais de 500 médicos americanos, recém formados, começaram a fazer atendimento de trauma vascular direto no campo de batalha, naqueles hospitais de campanha que existiam, e eles conseguiram diminuir o índice de amputação, devido à revascularização, apesar da gravidade maior dos ferimentos. Porque até a primeira, segunda guerra mundial, o cara levava um tiro, uma bolinha de aço que atravessava, um tiro de baixa freqüência, de baixa velocidade, a lesão era pequena, rompia o vaso, mas o restante, tudo normal. E na guerra da Coréia, e depois, na guerra do Vietnã, já eram mísseis ou projéteis de alta velocidade, o cara levava um tiro na coxa, e não só arrebatava o vaso femoral, mas também toda a musculatura. E um índice maior de infecção também existia. Mas como levar o soldado ferido da linha de frente até o hospital de campanha era muito rápido, em Focker, em menos de uma hora, o cara estava lá, então, conseguia revascularizar. O índice de amputação abaixou para cerca de 20%.

Em relação à técnica em si, o que facilitou é que quando eu comecei a ajudar o pessoal na vascular, por exemplo, uma anastomose, você colocava um fiozinho de reparo do lado e um fiozinho de reparo na outra, do outro lado. Aí você ligava e ficava um fio com duas pontas. Você passava mais um fio aqui, com esse você ia fazendo a sutura, aí ficava uma ponta só. Aqui você fazia a ligadura também. Quando chegava no

outro fio, passava e dava nó, e ia fazendo sutura até chegar aqui, e essas duas pontas, você unia. Do outro lado, a mesma coisa, metade você fazia com um fio, e a outra metade, com outro fio. Você ligava os dois fios, tinha esse segundo, tinha o terceiro, quarto, quinto, seis fios. Isso, até muito tempo, a gente fazia assim, só que foi diminuindo. Ao mesmo tempo que você usava isso para fazer o reparo, como o fio é rombo, e normalmente o fio vascular vem com duas agulhas, você já começava, e com esse cavo você fazia a sutura, vinha com ele até aqui, esse outro você vinha com ele até aqui, com os dois fios você fazia uma sutura, do mesmo modo que antes se fazia com seis. Só que foi cada um desenvolvendo o seu próprio jeito de fazer a situação, mas sempre baseado naquele outro conhecimento anterior, com uma triangulação, que foi o início básico da cirurgia vascular, mas cada um foi modificando do seu jeito.

Hoje, conforme o paciente que eu opero, que necessita fazer uma revascularização, desde que não seja criança, eu faço o reparo desse primeiro fio aqui, só com esse eu vou, faço os dois terços dessa sutura e vou com esse segundo e faço o outro terço, então, com um fio só, tecnicamente, lidando com mais cuidado para não fazer com que a parede seja suturada junto, eu consigo fazer uma sutura inteira. Eu disse que em criança é diferente, porque criança, como está em período de crescimento, você não pode fazer uma sutura contínua em todo o vaso. Você tem que fazer em pontos separados, para deixar área onde o vaso possa crescer, e não fique uma sutura estenosante. Você tem que fazer ponto separado em criança ou adulto jovem, você deixa sítios da região da anastomose, que possa ter crescimento normal e o diâmetro acompanhar o crescimento da criança.

Essas técnicas todas são baseadas em coisas antigas, de 100 anos atrás, mas que ainda continuam sendo o princípio do que se desenvolve hoje. E esse aprimoramento, a gente vai adquirindo e estabelecendo, cada um para si, na medida em que vai tendo condição de ver cada situação em particular. Tem até uma frase, que eu li uma vez em um livro de cirurgia: 'quem conhece o princípio básico, cria sua própria técnica'. É fundamental isso. Em termos de imagem hoje você já tem ultra-som obstétrico quadridimensional, não sei onde acharam essa quarta dimensão, a gente sabe que existem três... Tem o sobrenatural, que daí já é uma outra dimensão, não é do nosso dia a dia.

**Em relação aos exames complementares, como é que você vê o seu uso pelos profissionais, no dia a dia?**

Não sei se devido a esse grau de formação menos intensivo, nesse sentido de um conhecimento maior das coisas, ou pela própria facilidade que tem hoje, tudo isso disponível, no dia a dia, a clínica está se resumindo ao paciente chegar, começar a se queixar de alguma coisa, o colega, antes de terminar a anamnese, não sei se por não ter condição, mas por não querer perder tempo de fazer exame físico, ele já manda fazer uma série de exames complementares. Só que, de verdade, se você for ver o âmago da situação, o exame complementar nada mais é do que um exame complementar. É aquele exame que vai te ajudar, dentro do que você vê ali, de história, na anamnese, de exame físico e de avaliação, para te ajudar a ter uma definição em relação àquela hipótese diagnóstica que você fez para poder estabelecer um diagnóstico e, depois disso, um tratamento.

Você deve ter ouvido falar de nome do Dr. Lisandro dos Santos Lima, ele era um clínico de mão cheia. Tanto que o meu colega, que herdou dele toda a clínica, trabalhou com Dr. Lisandro desde que ele era acadêmico, depois, no Nossa Senhora, e ele herdou praticamente tudo o que ele tinha, não só em termos de clientela, mas também de jeito de trabalhar. E ele é chefe de clínica médica, foi acho que do conselho, da sociedade. O Dr. Lisandro, eu não cheguei a ver, porque na época, eu não trabalhei no Nossa Senhora das Graças, mas no Hospital de Clínicas, eu peguei ele na faculdade, já no final da parte que ele dava aula, cheguei a pegá-lo como professor. Mas se você chegava no consultório dele, e se queixava de alguma coisa, além dele colher todos seus dados na anamnese, no exame físico, ele não usava estetoscópio, que era rudimentar naquela época, talvez um outro aparelho para ouvir, auscultar, ele tivesse, mas com toda aquela condição semiótica que ele dispunha, ele mandava a pessoa despir, se fosse mulher, se protegia relativamente, ele pegava um lenço na região da pele e encostava o ouvido, fazia toda a escuta pulmonar através desse lenço, com o ouvido diretamente no tórax. Aqueles sopros, frêmitos, chios, som cavitário, tudo aquilo ele diagnosticava auscultando, porque tinha uma semiologia e uma semiotécnica extremamente avançada.

Hoje, chega o cara no teu consultório dizendo que está com chio no peito, em vez de você auscultar se é sibilo, se é ronco, se é produtivo, se não é produtivo, com estetoscópio, você manda tirar um raio x. E eu acho que isso é um detrimento em relação à qualidade de cada um, no sentido de desenvolver aquela capacidade que ele tem de fazer uma comprovação do exame diagnóstico através de um exame físico e um exame complementar. Hoje está mais fácil. Tanto que o raio x, que é uma coisa que

existe há 200 anos, foi aplicado na área médica de 150 anos para cá. Pedir hoje um raio x de tórax é muito mais fácil do que você ficar pensando... – será que o cara tem atelectasia no lobo superior, será que ele tem derrame, infiltração, tem um espessamento de pleura na região média do tórax, algum lobo pulmonar que está comprometido, mediastino que está com algum problema? Você não faz hipótese diagnóstica, já manda fazer um raio x. É essa vulgarização e institucionalização da medicina que veio tomar conta.

Eu me lembro, quando fiz plantão lá no Hospital de Clínicas, eu fiquei quase 17 anos trabalhando lá, como plantonista no pronto socorro. Às vezes, a gente, da cirúrgica, era chamado para avaliar um paciente com dor abdominal, e os clínicos já falavam que era cirúrgico, só os clínicos. A gente avaliava o abdômen, eventualmente não achava nenhum ponto favorável, que pudesse ser um abdômen agudo cirúrgico, lançava mão de uma rotina de abdômen agudo. Qual é o exame de rotina de abdômen agudo? É um raio x de tórax e abdômen, sendo o tórax de PA e de perfil, e o abdômen deitado e em pé. Você fazia um raio x de tórax e estava lá, uma broncopneumonia, uma pneumonia de base. Quer dizer, o clínico já adiantava uma hipótese diagnóstica cirúrgica, em vez de avaliar clinicamente. E lá no Hospital de Clínicas, que é um hospital escola, e o clínico que estava de plantão era uma pessoa habilitada, capacitada para fazer uma distinção diagnóstica nesse sentido. A gente tem falhas, mas você, de antemão, o cara chega aqui e já manda fazer uma série de exames, às vezes, você nem sabe para que está pedindo. Eu acho que essa é uma falha, muito mais baseada hoje na facilidade desses exames que estão disponíveis a 3 x 4, que qualquer convênio libera, e também pela preguiça de trabalhar mentalmente e tentar chegar a uma conclusão, para poder estabelecer uma comprovação de hipótese diagnóstica. E tem exames complementares que tem que ser usados mesmo como complemento para definição de uma hipótese que você tem, aonde vai servir de diferencial para você distinguir situações de patologia que poderiam ter o mesmo tipo de situação clínica.

Eu operei um paciente com trombose, só com eco doppler, porque clinicamente, eu suspeitei, mas até no ponto de vista da tua defesa jurídica, você tem que comprovar que realmente é aquilo. Eu não posso levar o cara para uma cirurgia só dizendo: “– O senhor está fazendo esse tipo de problema –”. Diferente daquela senhora, que eu operei em 1984, aonde eu não dispunha de eco doppler, nem nada. Não ia fazer um cateterismo nela, se a situação dela era de urgência. Tinha início de isquemia nas duas pernas, então levei direto para cirurgia, sem tentar outra coisa. Esse, que chegou aqui no consultório,

como teve condição de fazer um ultra-som, eu levei para cirurgia já com o ultra-som na mão. Mas não precisei de cateterismo, foi um exame que foi possível fazer, confirmando diagnosticamente, e já dando condição de eu estabelecer um plano terapêutico. Nessas situações, a gente lançando mão desse tipo de dispositivo, acho que justifica.

Exame laboratorial, por exemplo, como eu trabalhei no Hospital de Clínicas muito tempo atendendo no pronto atendimento, a suspeita de abdômen agudo, você se baseava, muitas vezes, no hemograma. Mas eu sempre falava: “– Não vamos operar o hemograma, vamos operar o paciente –”. Se o hemograma vem com desvio nuclear à esquerda, ou não vem com uma leucocitose adequada, o que vale é a clínica da gente. Eu tive procedimentos que eu fiz suspeitando de apendicite e, às vezes, o apêndice estava limpo, sem problema nenhum. Mas só não operou ‘apêndice frio’, quem nunca operou apêndice, porque é preferível você tirar o apêndice, e o apêndice está normal, do que deixar, e o paciente entrar em septicemia e depois, toda a complicação, porque você não quis abrir. Mas mesmo assim, quando o hemograma não era suspeito, eu não ia operar o hemograma, eu ia ver o paciente.

Um menino de 14 anos que eu operei, ele tinha adenite mesentérica, a pediatria chamou a gente para avaliar, olhei a faringe, fiz a escuta pulmonar, não tinha nenhum sinal característico do problema. Tinha dor em região de fossa ilíaca direita, renitência, decidi operar, aí vi que o apêndice estava normal, e tinha adenite mesentérica, tinha os gânglios um pouquinho aumentados de volume. Fizemos uma avaliação melhor e vimos que ele tinha um processo de amigdalite e isso fez um quadro de abdômen agudo, que é mais ou menos como acontece na adenite mesentérica. A gente abriu e o apêndice não era o causador da dor abdominal, mas foi excepcional. Talvez o hemograma desse alterado, porque ele tinha uma infecção de faringe, que não foi bem avaliada. Mas a cirurgia transcorreu tudo bem, o menino com dois dias já estava com alta do hospital, e só fazendo tratamento para infecção de amígdala.

No dia-a-dia, o médico sente uma pressão do paciente pedindo exame complementar, qualquer coisa tem que fazer um raio x, isso existe bastante. Hoje, no Trabalhador, teve duas situações. Uma funcionária, de manhã, umas 8,30 hs ela veio conversar comigo, me cumprimentou, que estava tudo bem e foi trabalhar. Depois, às 11 hs, ela veio para a minha sala, que fica bem no corredor de frente à entrada da recepção do hospital: “– Estou com uma dor que não agüento, quando vou respirar –” / “– Mas não faz nem duas horas você veio aqui dizendo que não tinha nada, que estava tudo

bem, desde quando está sentindo essa dor? –”, “– Já doeu ontem bastante, ontem de tarde, ontem de noite –” / “– você tomou alguma coisa? –”, “– Eu tomei um dorflex, melhorou, consegui dormir, mas agora estou vendo que não consigo respirar –” / “– Se você tomou um dorflex e melhorou, toma outro analgésico –” / “– O que eu tomo? –” / “– Toma uma dipirona, já ajuda –”. Ela não gostou. A colega dela me falou depois, já eram umas 14,30 hs., eu perguntei como ela estava, a colega disse que ela tinha ido embora, que ela veio aqui, eu não pedi raio x nem nada, só mandei tomar dipirona, ela ficou louca da vida, e como tinha uma reunião dos ortopedistas, ela foi conversar com um deles, que falou “–Isso deve ser uma dor muscular, toma um analgésico –”. Aí ela disse que não estava se sentindo bem, que ia embora para casa, louca da vida, que eu só mandei tomar dipirona, nem um raio x, nem nada. Mas foi porque eu não achei necessário.

E veio um paciente reclamar, não fazer reclamação, mas queria que fosse dada uma orientação melhor para ele. Ele está fazendo acompanhamento pela cirurgia plástica, tem uma ferida na perna, tem um tempo que está tratando e não cura, e ele diz que o médico nem pediu uma biópsia para saber que tipo de bactéria ele tem na perna. Eu falei “–Traz o prontuário dele, que eu quero dar uma olhada –”. O prontuário dele tem essa grossura assim. O cara teve um acidente, fez uma fratura exposta, estava tratando de osteomielite, desde o início do tratamento ortopédico. Lógico que ferimento de pele é difícil de cicatrizar, o cirurgião plástico que não faz biópsia para ver que tipo de bactéria? Como já estava bem perto das 18 horas, falei “– Deixa o prontuário dele ali, que amanhã eu analiso melhor e vejo –”. O cara falou que o médico nem pediu biópsia para ver que tipo de bactéria tinha, que não cicatrizava, que ele fazia curativo, fazia curativo... e não cicatriza. Osteomielite é assim mesmo.

Esses tipos de situações acontecem diariamente. O paciente que quer que você faça algum exame para poder chegar a um diagnóstico. E quando você não receita nada, é pior ainda. Acho que por isso o geriatra receita bastante, porque se o paciente vem aqui e começa a se queixar de um monte de coisas, e você diz: “– É uma virose, toma bastante líquido, se alimenta normal, toma um analgésico ou talvez até um antiinflamatório, se tiver temperatura faz um antitérmico... –” / “– Mas o senhor não vai receitar antibiótico, como vou ficar sem o antibiótico? –”, é duro você fazer... se você tem noção do que está orientando, e não caindo nessa “lábria”, você deixa de fazer o que o paciente está querendo, mas você faz o que você acha mais correto, porque você sabe

que antibiótico todo mundo gosta de tomar, e nas farmácias se vendem mesmo, de uma forma que não sei como isso acontece.

Quando eu era criança, eu devia ter uns 8 ou 10 anos, morava em Siqueira Campos. Em uma cidade que estava mais ou menos a 10 km da minha, tinha um médico, Dr João, na Santa Casa, o que ele falasse, em relação a tratamento, nenhum outro médico falava nada, ele operava homem, mulher, criança, tudo. E na minha cidade, tinha o Dr. Oliveira, o pai de um colega, que se formou 2 anos antes de mim, na Evangélica. O Dr. João centralizava a medicina de uma forma tal, que eu me lembro que minha avó falava “– Se for para a cidade, consultar com Dr. João, e não fizer radioscopia, a consulta não serviu de nada –”. E eu me lembro de algumas vezes que a gente foi, ele consultava tudo e falava “–Vamos fazer a radioscopia –”, colocava a gente em uma sala escura, toda com black-out, o pai e a mãe ficavam na frente, do lado dele, e a gente ficava atrás, ele colocava aquela tela ... eu não sei exatamente o sistema, vi fazer radioscopia no Hospital de Clínicas, fica tomando raio direto. A gente ficava atrás, ele ficava mostrando, isso, isso, aquilo ali, e a gente recebendo aquela raiada. Eu tentava pôr a cabeça para ver o que estava mostrando, mas não conseguia ver nada. Para ver como essa coisa de exame complementar já vem de muito tempo. Isso deve ter acontecido em 1956, 1958... até a década de 60, depois, acho que eu não fui mais lá.

Outra coisa que eu me lembro que ele fazia, é como se eu estivesse vendo hoje, ele receitava os remédios, os medicamentos. O pai saía do consultório, passava em um balcãozinho, e dava a impressão que era uma freira, o pai pegava a receita para ela. Tinha um monte de vidros, como vidros de balas, cheio de comprimidos, de drágeas, não sei o que mais, ela pegava com a mão, botava tudo em um pacotinho. O cara fazia a receita, e o remédio já saía da própria farmácia do hospital. Hoje, fazendo uma análise retrospectiva da situação, acho que deviam ser amostras grátis que ele ganhava, e colocava tudo nos vidros, acho que vendia e cobrava. E era assim, se não fizesse a radioscopia, não estava correto.

O meu tio tinha um problema gástrico, a gente morava em Curitiba. Um dia, ele pediu para levar ele no médico, para ver o problema gástrico. Eu conhecia o pessoal de cirurgia, o pessoal de aparelho digestivo, fomos lá. E o médico, naquela época, receitava muito antiácido, receitou colantil gel, que é um tipo de leite de magnésio, só que um pouco mais sofisticado, mas não deixava de ser um antiácido, com um substrato tipo leite de magnésio. Ele não quis comprar aqui, falou que ia comprar em Siqueira Campos. Foi e comprou lá. Dois ou três dias depois, ele me ligou, que o remédio não

estava fazendo bem, ele mandou tomar umas duas ou três vezes por dia, ele tomava uma colher de sobremesa, ou de sopa, e o remédio não estava fazendo bem, ele estava se sentindo bem mal. Eu disse: “– Tio, o remédio é aquele certo, eu vi a receita, não tem outra coisa, o seu estômago devia parar de doer já, porque o senhor já faz a dieta, o remédio ajuda nesse sentido, então me diga que remédio que está tomando, porque pelo que eu me lembro da receita, tinha que fazer resultado –” / “– Está aqui, é um frasquinho cor de rosa, uma caixinha meio diferente –”. Era caladryl, ele foi à farmácia, mostrou a receita, e o rapaz falou ‘está aqui seu remédio’. “Tio, caladryl é um remédio de passar na pele, o senhor está tomando um remédio de passar na pele como se fosse um remédio para ingerir. Por isso que está errado, o remédio do senhor é colantil –”. Estava essa confusão, por isso eu faço tudo no computador. Eu não tenho sistema aqui, as minhas fichas são todas manuscritas, não tenho sistema de digitalização aqui, mas a prescrição e orientação, acompanhamento cirúrgico pós-operatório, tudo que é orientação, eu escrevo no computador, porque daí está tudo escrito ali e a pessoa não pode dizer que não entendeu.

A outra situação que eu vivenciei, que é bem característica, foi um paciente meu, logo depois que me formei. Teve um período que eu trabalhei no São Lucas e, às vezes, me chamavam para ver um ou outro paciente, e esse foi um paciente que eu resolvi internar lá, não sei por que, se eu tinha o São Vicente à minha disposição, na época. E o cara tinha uma insuficiência arterial, eu estava tratando dele. Inclusive, tinha úlcera no pé. Passaram uns quatro, cinco dias do internamento, e eu comecei a observar que, depois desse tempo, o cara estava cada dia menos atento. Falei “– Mas não pode, estou fazendo um tratamento que a gente usa de rotina, fazendo os curativos –”, ele tinha ácido úrico, estava usando um diminuidor de ácido úrico. Por casualidade, no domingo, eu fui fazer o curativo nele pela manhã, e eu dou no posto, fazendo a prescrição. Não sei por que, entreguei a prescrição para a moça, ela pegou para escrever em um papelzinho que ela levava na farmácia, para pegar a liberação do medicamento. Aí eu vi... eu tinha feito uma série de medicações e estava prescrevendo alopurinol para ele baixar o ácido úrico. Eu vi que ela escreveu haloperidol. Eu falei “– Mas não é esse o remédio que eu estou prescrevendo, estou prescrevendo alopurinol –” / “– Não, na sua letra está parecendo haloperidol –”. Fazia uma semana que o cara estava tomando, em vez do alopurinol, o haloperidol, estavam sedando o cara. Tanto que, às vezes, lá no Hospital do Trabalhador, agora, a gente dispõe de prescrição eletrônica, mas quando

não era eletrônica, quatro ou cinco anos atrás, quando era um medicamento fora do costume, eu sempre escrevia em letra de forma, para não ter esse problema.

A pressão dos pacientes pelo exame complementar, a impressão que eu tenho, de verdade eu não sou o senhor da razão, o senhor sabe tudo, o dono da verdade, mas eu acho que isso é baseado nessa situação onde o paciente não confia na tua avaliação objetiva ou subjetiva, de você poder definir, muitos deles não acreditam na tua capacidade. Só que se você consegue, com a empatia, resgatar aquela confiança que o paciente eventualmente possa ter em você, se eu disser para o paciente que ele pode pular daqui dessa janela, que ele chega lá embaixo e vai estar curado, o cara vai pular. Eu acho que é muito mais baseado nessa desconfiança que ele tem, relacionado a se o médico vai ter condição de fazer uma orientação de tratamento não pedindo nenhum exame. O cara não sabe o que tem a ver o exame, com a confirmação diagnóstica. Por isso ele diz “– Doutor, faz exame de sangue, faz qualquer um, bate uma chapa. –” Não somos ortopedistas, que precisam de raio x para ver se o osso está bom, não está bom. A gente tem como estabelecer diagnósticos de outra forma. Desde que você tenha consciência que o exame complementar é realmente um exame complementar, você não pode cair nessa. Só que tem muito colega, inclusive na própria Unimed, que faz o gerenciamento de exames, e eles cortam, e ele próprio encaminha para fazer os exames. Tem especialidades que não tem como, por exemplo, o oftalmologista. Você chega lá com dor no olho, se ele não fizer uma tonometria, ele não vai saber se você está com tendência a fazer glaucoma, ele pode fazer o exame no próprio consultório, na consulta, é um exame direcionado, mas relacionado à especialidade. Tem algumas coisas que justificam o exame complementar, mas outras não.

E hoje, tem essa coisa do profissional se dedicar ao exame complementar também, com esse ‘pool’ de cirurgia não convencional, tem os intervencionistas, que até os hemodinamicistas, angioradiologistas estão querendo entrar na nossa área. Já está ficando uma restrição, a sociedade está brigando a 3 x 4 para que todos os vasculares possam fazer esse tipo, porque se você indica um paciente para fazer cateterismo, hemodinâmica, para definição de uma doença, se o cara não for eticamente correto, ele pode fazer o cateterismo no paciente, e dizer que precisa da angioplastia e coloca um stent e você acaba não sabendo mais o que aconteceu. Então, se você manda para fazer um exame de imagem, para poder dar a tua avaliação de terapêutica, e o cara já intervém, ele está indo contra a ética. Tem muito disso hoje. Existe até uma subdivisão do Conselho Federal agora, que são áreas afins, eu posso ser cirurgião vascular, posso

fazer ultra-som, posso fazer radiologia intervencionista, posso fazer hemodinâmica, são áreas afins, e são especialidades que você precisa ter qualificação para isso, mas tem muitos colegas, às vezes, que não fazem cirurgia, não fazem angiologia, mas querem fazer só ultra-som endovascular. Essa clínica aqui, os caras são excelentes, eles só fazem ultra-som, e quem faz hemodinâmica, seja cardiologista, seja hemodinamicista, só faz de cateterismo, intervencionista ou não; Angioradiologista também.

### **E em relação à evolução e uso dos medicamentos?**

Em termos da evolução dos medicamentos nos últimos 30 anos, na minha especialidade, na década de 1970, começo dos anos 1980, se dava muita ênfase ao uso de vasodilatador, com ação pré ou pós-ganglionar, no sistema nervoso autônomo, com a tentativa de fazer com que isso viesse a causar uma melhora sintomática em pacientes com doenças degenerativas. Isso era o básico, nessa época.

Depois, com a evolução de laboratórios, de pesquisa e de tudo, viu-se que muitas das ações desses medicamentos, para um grande número de pacientes, não mostrava aquele resultado que podia facilitar, em termos de melhoria dos sintomas. Tanto que teve muito tempo aonde o paciente sentia um pouco de isquemia, com claudicação para caminhar, e se orientava fazer uso de vaso dilatador e, às vezes, até intempestivamente, se indicava cirurgia, com revascularização abaixo ou acima do joelho, para resolver esse problema da claudicação. Só que com o insucesso, tanto da parte de tratamento clínico, quanto cirúrgico, viu-se que muitos pacientes com claudicação, não adiantava você querer operar. Você ia usar praticamente aquele último cartucho que se dispunha no arsenal médico, para tratar uma coisa que tinha condição, por medidas indiretas, de fazer com que o paciente viesse a ter um bom resultado.

Aliado a isso, a experiência de revascularização de miocárdio que, às vezes, em uma situação de oclusão grande de coronárias, tem necessidade de revascularizar, viu-se que, às vezes, a conduta conservadora e não invasiva era melhor do que a cirurgia em si. Lógico que, para o coração, e para a isquemia cerebral, às vezes, você não pode ficar esperando muito tempo, mas com as extremidades, observou-se que se você fizesse com que o paciente tivesse uma atividade física adequada, aquele grau de limitação que ele estava apresentando perante a insuficiência arterial, poderia ser compensado só com a atividade física de desenvolvimento de circulação colateral. Nesse sentido, o uso desses vasodilatadores foi diminuindo aquela idéia inicial de que era o salvador de tudo. Tanto

que, hoje, a gente dispõe dessa terapêutica hemorreológica, que permite, não que o vaso dilate, mas que o sangue tenha, junto com as hemácias, uma facilidade de passar naqueles sítios aonde há, inicialmente, uma propensão à oclusão. Com isso, você melhora aquela falta de nutrição tissular que, em última análise, é o que causa a repercussão mais desastrosa do grau de isquemia. Porque não adianta nada você revascularizar o tronco, se a micro circulação não está mantendo aquela perfusão adequada para o tecido ter viabilidade. Então, você faz uma cirurgia bonita, mas não vai funcionar na parte vital. Hoje, os medicamentos são mais nesse sentido, em relação à doença arterial.

Em relação à doença venosa, também. Teve uma evolução progressiva o uso de medicamentos, apesar de que, em certas circunstâncias, o uso de um medicamento que você já usava há 20 ou 30 anos, hoje se mantém da mesma forma, principalmente em relação aos anticoagulantes. Os medicamentos que fazem com que o paciente com trombose não venha a ter uma repercussão negativa em relação à síndrome pós-trombótica, até risco de morte por embolia pulmonar, você usa anticoagulante. E hoje, existem anticoagulantes de segunda, terceira geração, que são um pouco melhores do que a femprocumona. Tem o cumadina, a warfarina, são remédios mais recentes, mas se você for analisar, até a facilidade no manuseio, pelo menos eu prefiro, mesmo com a paciente diferenciada, fazer uso da femprocumona, em relação à warfarina. Apesar de que a sociedade brasileira preconiza que a warfarina é o tratamento padrão, mas assim mesmo, eu tive dificuldade de controle dos pacientes, onde você tem que dosar o RNI para adequar à dose, a warfarina tem mais dificuldade do que com a femprocumona, que é de ação mais simples, apesar de ser um remédio mais antigo.

Em termos de anticoagulação, especificamente, como a heparina, a gente dispõe daquela heparina que é fracionada, e a heparina de baixo peso molecular. Só que tem um diferencial bem grande, a heparina fracionada, que você usa endovenoso, subcutâneo, custa hoje em torno de 10 a 20% do que uma heparina de baixo peso molecular, tipo clexane, que é muito mais dispendioso financeiramente. Então, para o nosso nível de pacientes, no Hospital do Trabalhador, eu não posso receitar injeção de heparina de baixo peso molecular, mesmo porque, o hospital não dispõe desse arsenal. E o valor, o preço, é muito maior, além de exigir praticamente os mesmos cuidados laboratoriais, que é o controle periódico dos fatores de coagulação e tudo. Da mesma forma, eu normalmente opto por fazer heparina fracionada, seja com bomba infusora ou dose intermitente.

Outras medicações que a gente dispõe hoje, em termos de suporte para o paciente, são os que fazem a diminuição da agregação plaquetária. Esses mais industrializados, como a aspirina, funcionam praticamente igual. E como o uso da aspirina é generalizado mundialmente, até neurologistas de renome recomendam. Na parte vascular também, quando você precisa diminuir a agregação plaquetária, eu recomendo AAS infantil, ou aspirina de 100 mg, um comprimido por dia. Ele funciona tão bem na irrigação cerebral como na irrigação periférica. Porque a função dele é diminuir a capacidade das plaquetas de fazer agregação e desenvolver trombo.

Em relação infelizmente ao uso do fumo, os tabagistas que tem alteração vascular, eu até faço uma analogia um pouco exagerada, mas para ver se a gente consegue embutir aquilo na pessoa. Por exemplo, se eu uso um medicamento qualquer suportivo para melhorar a parte vascular, o cara usa 2, 3 seguidos de remédio, fuma um cigarro, eu digo assim “– Você anulou todo aquele efeito do medicamento que você tomou, porque o efeito vaso constritor da nicotina é muito importante –”. E o paciente que tem doença degenerativa, seja aterosclerótica ou arterítica, ele é extremamente lábil à ação da nicotina. Então, qualquer situação nesse sentido, dificulta a continuidade do tratamento.

Mas há uma tendência em geral nos médicos de buscar um modernismo, procurar usar sempre os medicamentos que estão saindo, na moda, porque a gente recebe uma turma de propaganda de remédio, que é um melhor do que o outro para tratar. Mas se você for analisar, esses fundamentais básicos têm praticamente a mesma ação do que um mais sofisticado, e o preço também é muito mais considerável. Às vezes, é difícil que você consiga, no mesmo paciente, um efeito melhor com um mais trabalhado, mais elaborado, do que com um mais simples. Eu já tive, por exemplo, paciente que não podia tomar a aspirina, aí eu receitava ‘dipiridamol’, mas é uma situação de exceção, porque o ‘dipiridamol’ também é um anti-agregante plaquetário, da mesma forma que a aspirina. Só que ele também é mais caro, mas resolve da mesma forma. O paciente tinha uma sensibilidade à aspirina, não podia tomar, mas seria só nessas situações.

No Hospital do Trabalhador, a gente tem os remédios padronizados, que são mais ou menos aqueles que... eu já estou há 10 anos lá, da parte vascular, por exemplo, eu não tenho padronização da warfarina ali. E os colegas preferem usar esse aí, então eles pedem para o paciente comprar, só que também sai mais caro e, às vezes, o paciente não tem condição de adquirir medicamento que o hospital não possa fornecer.

Eu falo para eles que o protocolo, na Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, preconiza que a warfarina seja usada preferencialmente, mas a femprocumona também dá o mesmo resultado. Particularmente, eu prefiro fazer controle com ela do que com as outras. Porque as outras, quando eu usei, na época em que trabalhava no Paraná Clínicas, no Santa Cruz, eu sempre tinha uma dificuldade maior de fazer aquele acompanhamento, de quantificar a dose, e com a cumadina também. São medicamentos novos, que dependendo muito, não da experiência, mas do jeito de se utilizar, às vezes, você não consegue aquela resposta do outro que você já dispunha de conhecimento, de uso prático.

E quando a gente lê a bibliografia que o laboratório faz, eles sempre trazem o estudo do processo favorecendo o produto deles, mas no uso que a gente faz... é igual tratamento para úlcera gástrica, eu sou do tempo que tinha que fazer alimentação fracionada, tomava bastante leite, indicava cirurgia, primeiramente vagotomia troncular, mas o cara fazia estase do piloro, aí começaram a diminuir a seção do vaso. Eu ajudei muita cirurgia de vagotomia super seletiva, onde seccionava só aquele raminho do vaso que causava úlcera, seja na pequena curvatura ou na grande, e fazia piloroplastia, para não haver compressão do piloro, e permitir que o esvaziamento gástrico acontecesse. E hoje, o tratamento de úlcera, hoje “inventaram” o tal do *Helicobacter Pylori*, quer dizer, não tem mais tratamento cirúrgico. Você só opera aquela úlcera tenebrante, que se não operar, o cara faz abdômen agudo. Eu acho que em toda a área da medicina, tem esse tipo de coisa. Eu vi colegas fazerem simpatectomia em pacientes diabéticos, só que se você for analisar a fisiopatologia do diabético, ele já tem a desnervação do sistema nervoso simpático, ele tem isquemia, tem ulceração, tudo, mas se você for fazer simpatectomia, é a mesma coisa que chover no molhado, você vai fazer ablação do estímulo simpático se o cara já tem uma desnervação pela própria doença? Ao contrário, por exemplo, em uma tromboangeíte, seja idiopática, ou por alguma outra causa, se você fizer simpatectomia, você vai melhorar aquela condição do vaso ficar mais aberto, e com isso, você melhora a isquemia. Farmacologicamente, agora, de momento, eu não tenho lembrança de nenhum fármaco que eu pudesse dizer “– Esse aqui, quando foi lançado, era o supra-sumo, e com o tempo foi... –”, não consigo realmente lembrar. Na verdade, agora me veio à memória, por exemplo, o ginkgo biloba, quando foi lançado no nosso mercado, era o melhor vasodilatador que existia, mundialmente. Só que a prática veio mostrar que ele melhoraria um pouquinho da perfusão tissular naquele paciente com insuficiência venosa, e não no arterial, só que eles continuam sendo

usados. A minha mãe, por exemplo, tinha sido recomendado o uso por outro colega, e eu mantive que ela usasse, não estava fazendo mal nenhum para ela, mas ação específica para trazer melhoria, não existe.

Os colegas, em geral, são muito influenciados pelos laboratórios, pela propaganda, porque é um jogo de interesses muito grande. E depende também da consciência de cada um, de fazer uso, influenciado por isso. Lógico que o médico pode se influenciar, mas ele tem que ver também o lado do benefício para o paciente. Se ele consegue, com essa medicação, trazer benefício para o paciente, e poder atender algo em benefício próprio também, não vejo nada contra. Acho que nem é, vamos dizer (risos), tão antiético assim, mas que realmente traga benefício.

Nós temos uma situação no hospital, de vez em quando, não me dou bem com o farmacêutico, bioquímico, porque tem um medicamento que eles usam na UTI, e quando a UTI pede, que ele dá saída de algumas unidades, às vezes, não demora meia hora que o cara da distribuidora já liga “– Como é que está seu estoque, está precisando? –” parece que custa R\$1.800,00 o frasco, um negócio assim, “– Não está precisando de nada? Se precisar, é só avisar que a gente repõe o estoque, eventualmente, se for preciso –”. Então, é uma intermediação que deixa muito a desejar. É um remédio que usam para infecção de praticamente tudo, essas infecções resistentes, acho que é o Girlix(?).

### **Quando você quer pesquisar alguma coisa, se atualizar em algum tema, como você faz?**

Na nossa regional, vez ou outra, nós temos encontros. Eu tenho procurado participar dos encontros que existem. Só nos congressos nacionais que eu não tenho ido ultimamente, mas os encontros, onde se discute as situações clínicas, de casos farmacológicos, eu tenho procurado acompanhar.

Em relação aos medicamentos, quando lança algum novo, que eu tenho alguma bibliografia, eu procuro dar uma olhada, para me inteirar da situação. Mas uma das coisas que, às vezes, os laboratoristas trazem aqui, nesse estudo comparativo, pelo que eu tenho visto, ultimamente, eles têm direcionado mais à questão do valor aquisitivo do medicamento. Por exemplo, um medicamento que você pode prescrever para o paciente tomar um por dia, proporcionalmente, ele sairia muito mais barato do que outro, que tem que tomar duas ou três vezes ao dia. Inclusive, se o paciente aderir ao tratamento, é

muito mais cômodo um só, do que dois ou três. Eu tenho visto com enfoque na realidade mesmo, em produtos análogos, tem sido direcionada mais nesse sentido. Lógico que tem aquele medicamento que é mais conhecido vulgarmente, esse os laboratórios que não dispõem desse conhecimento público, eles tem que trabalhar muito para conseguir.

Igual em relação a meias. O outro dia veio um da Selecta, eu falei “– Mas é difícil você competir nesse mercado? Porque você fala para qualquer pessoa de meia elástica, a marca que você lembra é Kendal –”. É a dificuldade de entrar no mercado em que essa marca já está arraigada. E a Kendal está demonstrando uma condição de evolução, porque a meia de hoje é muito mais eficiente do que a de 10 ou 15 anos atrás. A grande maioria das meias, hoje, tem esse sistema de confecção com pressão gradativa, tem uma pressão maior no pé e no tornozelo, um pouco menor na canela, menor na panturrilha, menos acentuada no joelho e na coxa. Isso é o princípio fisiopatológico da doença venosa. Diferente da de antigamente, que você usava uma meia e a mesma contenção que ela fazia no tornozelo, ela fazia em cima, na coxa. Clinicamente, ela não tinha um bom resultado. Hoje, elas estão evoluindo, a Kendal já tem meia com compressão progressiva e 95% das pessoas que você fala em meia elástica, é Kendal. Às vezes, eu falo “– Vai precisar usar uma meia elástica para a cirurgia, para varicose –” / “– Das Kendal? –”.

Como eu estou no Trabalhador, e ali tem bastante trauma, eu pesquiso, tenho bastante literatura, eu fiz até um encadernado de espiral com cópia, xerocada, fui à biblioteca da faculdade para pedir o que, às vezes, não conseguia baixar da internet e procuro me atualizar bastante em tratamento de trauma pediátrico, porque a gente não tem uma vivência muito grande, então tem sempre que estar revendo o que dá para fazer. E lesões, por exemplo, da região cervical, zona 1, zona 2 de tórax, para poder, no momento que isso venha a acontecer, saber realmente o que precisa fazer. Coincidentemente, um rapaz internou sábado à noite, eu acho que ele nasceu virado para a lua... diz ele que nem queria ir, mas o irmão e o cunhado dele convidaram para comer uma carne. Ele foi, meio a contragosto, mas levou até o filhinho dele, de 8 meses, se não me engano. Estava lá, assando a carne, aí vieram uns caras, atiraram nesse homem, no cunhado dele, deram 5 tiros na cabeça. O cara ficou no local, morto, o outro também, parece que morreu no local. E ele levou um tiro bem aqui, na fúrcula. O cara atirou, a bala entrou, atravessou, fez fratura da clavícula e uma lesão venosa, daí se alojou na região axilar. Não foi torácica, foi extratorácica. Aí me chamaram, no sábado

à noite, para vê-lo. Precisava de uma angiotomo, não consegui, deixei o rapaz em observação, não estava sangrando nada, não tinha pneumotórax, não tinha hematoma visível, nada. Só fratura de clavícula, com aquela vazãozinha pelo orifício da bala. Tentei contato no Evangélico, não quiseram fazer angiotomo na noite do sábado, mas fizeram domingo de manhã. Às 11 horas, o paciente fez, mostrou a parte arterial normal, sem problema nenhum, mas com dificuldade de retorno venoso. Então, suspeita de lesão de subclávia, só que não tinha sangramento externo nenhum, nem hematoma. Eu falei pra orto “– Eu não vou operar esse cara, fazer uma toracotomia, um acesso trans-external, um acesso intratorácico, para uma lesão de veia subclávia, que nem sangrando está?, nem hematoma não fez?, é uma morbidade muito grande para uma lesão pequena –” / “– Mas nós precisamos corrigir a fratura de clavícula –” falei: “– Vocês vão corrigir isso depois que eu liberar, ninguém vai mexer nessa clavícula, porque se a veia está lesada, com hematoma em volta, você vai mexer, vai soltar esse hematoma, vai ter um sangramento que eu não vou conseguir controlar, o cara vai morrer na mesa, é melhor deixar assim –”. Passou segunda, ontem eu conversei de novo com ele “– Vamos dar alta para esse paciente, que não dá para ele ficar aqui –”, combinei que iam dar alta ontem para ele. Hoje, cheguei lá, ele está ainda no hospital, ontem à tarde, não deram alta dele. Ele veio cobrar de mim, falei “– Eu já liberei você, o outro que está dificultando –”, eles iam ter uma reunião hoje e iam discutir o caso. Eu falei “– Por mim, não indico cirurgia –”. Há situações, às vezes, que vale você ser um pouquinho mais cuidadoso que intempestivo.

Eu procuro acompanhar o paciente direto, porque se tiver qualquer complicação, vou acabar eu sendo o responsável. Eu procuro sempre estar a par de tudo que está evoluindo. Tem dois pacientes com trombose venosa, que estou fazendo uso de anticoagulante endovenoso e via oral, até que eu consiga estabelecer a dose suficiente de cumarínico, para ir suspendendo o endovenoso e receber alta. Mas é um da ‘geral’ e outro da ‘orto’ que estou cuidando junto.

Para pesquisar, eu tenho até um folheto on-line, onde a gente tem diversos sites que você pode pesquisar, da vascular. Mas como eu tenho acesso pela universidade da biblioteca, então eu pego *Vascular Search, Cardiovascular*, vou para revistas direcionadas. Nós temos também o *Jornal Brasileiro de Cirurgia Vascular*, cada dois, três meses, a gente recebe um número, e ele traz uma bibliografia das coisas relacionadas à especialidade. Só que aí não tem só de trauma, eu sempre vejo um artigo ou outro, e vejo a bibliografia, o que me interessa, e vou vendo. O último está em casa

ainda, não trouxe para cá. Esse aqui, inclusive, está indexado no scielo, é de publicação periódica, e como eu estou trabalhando mais no Trabalhador, e tem mais casos de trauma, eu sempre procuro me direcionar mais para trauma, para poder estar a par.

Por exemplo, chega lá um paciente com lesão de radial ou de ulnar, no adulto, você avalia, uma delas está lesada, mas a outra está íntegra. Tem situações em que você, às vezes, pode simplesmente ligar, mas eu falo “– Prefiro que me chame, eu vou e atendo, eu faço uma rafia, ou um enxerto naquela artéria lesada, porque para esse adulto, especificamente, pode não representar muito, se eu conseguir um bom sucesso na cirurgia, ao invés de eu ligar –”, mas se eu não adquiro aquela prática de manuseio de uma artéria de pequeno calibre, em um adulto que não tem tanta necessidade, se eu for tratar, por exemplo, uma criança que tenha um trauma de membro inferior, que tenha uma lesão poplítea, que é vital para a perna, e eu não sei lidar com uma artéria de 2 mm de diâmetro, como é que eu vou restaurar a artéria de uma criança nessa faixa de idade? Eu faço, às vezes, mais para gerar aquela habilidade manual, técnica, porque naquela situação, eu não vou precisar muito, mas eu extrapolo que eu vou ter necessidade de saber realmente lidar, sendo o mínimo possível traumático, para que o resultado venha a ser adequado naquela situação de necessidade mesmo, com presteza.

E na cirurgia, manter a técnica, depende da atividade, tem que estar sempre ativo. É como eu falo para eles “– Quando vocês chamam a gente para atender um trauma, não dá nem tempo de eu olhar no livrinho para ver o que tem que fazer, tem que ir lá –”. Às vezes, reclamam que eu faço demorado, mas eu faço demorado, para fazer uma vez só, que arterial não tem segundo tempo, ou você faz bem da primeira, ou não tem outra oportunidade.

Por que os cirurgões vasculares brasileiros publicam tão pouco? A sociedade sempre conclamou o pessoal a fazer publicação em maior número, mas quando eu abro e vejo *Vascular Search*, de um artigo, você pega a bibliografia, e têm 15, 20 artigos, eu vou selecionando. E quando eu consigo acesso na biblioteca do HC, eu mesmo procuro. Quando não, eu peço para eles me providenciarem. Estou com um artigo que ainda não tive condição de ir lá, eu marquei em um papelzinho, deixei guardado aqui. O *Jornal (?) Surgery* de 1994, o volume 20, página 451 a 457, aí eu vou à biblioteca do HC, e tento resgatar lá. Se não tem esse número lá, eu peço para as meninas, elas pedem para São Paulo, eu recebo depois. Eles me mandam pelo e-mail, eu não gosto muito de ler no monitor, eu prefiro imprimir e estudar depois.

### **E essa questão do acesso dos pacientes a informações sobre os casos?**

Hoje em dia, o paciente vai à internet, consegue um monte de informação, já senta para discutir com o médico com mais informação, está sendo cada vez mais freqüente. Na área cirúrgica, a grande maioria deles se preocupa de saber, que está muito em voga, a cirurgia minimamente invasiva, e quer saber o que você, indicando cirurgia, pode orientar nesse sentido. E isso tudo é informação de pesquisa através da internet, porque um leigo não vai saber se tem uma cirurgia mais ou menos invasiva. E quando é situação cirúrgica que pode oferecer as duas coisas, eu exponho o que significa uma cirurgia convencional, e o outro modelo, e falo “– Fica a critério de vocês –”.

Por exemplo, tem situações que eu não posso indicar e fazer a cirurgia minimamente invasiva, porque, principalmente com laser ou a de endoscopia, eu não trabalho com um grupo que tenha esse tipo de equipamento. Eu falo “– Esse tipo de procedimento minimamente invasivo, eu não posso fazer, mas existe essa possibilidade, eu posso fazer a cirurgia convencional –”. Fica a critério do paciente decidir o que ele quer fazer. Igual para hiperidrose, por exemplo. Eu não faço por videotoracoscopia, não tenho equipamento, faço cirurgia convencional. Eu converso com o pessoal “– A cirurgia convencional e a videotoracoscopia dão o mesmo resultado, você vai trabalhar o gânglio simpático torácico, vertical e cervical, e tanto em um como no outro, você faz a excisão dessa cadeia. Só que na convencional, eu preciso fazer uma toracotomia, que vai exigir uma abertura do terceiro espaço intercostal pela região da axila, e isso demanda um período de hospitalização de 5 a 7 dias, o pós operatório é dolorido, tem que fazer exercício respiratório seguido, para poder fazer com que a função pulmonar venha a ser suficientemente normalizada, exige um tempo maior de afastamento de trabalho, só posso fazer um lado de cada vez. E a videotoracoscopia não, você faz três, quatro furinhos, coloca, retira, faz exclusão do pulmão, retira a cadeia, fecha, não faz nenhum acesso maior, que possa trazer dor, fica no máximo 24 ou 48 horas hospitalizada, e em menos de uma semana, já está podendo voltar a trabalhar. Tem convênio que ainda não cobre esse tipo de cirurgia, e tem médico que está cobrando. A convencional, o convênio cobre, e eu converso tudo isso. A pessoa decide o que fazer. Hoje, o endovascular, tem muita gente que está fazendo. Tem situação onde o tratamento endovascular é muito bonito e legal de ser feito, mas qualquer intercorrência que venha a acontecer, de a cirurgia não dar certo, você tem que partir para a convencional. O médico que está fazendo a endovascular tem condição de fazer a

convencional? Tem treinamento suficiente para isso? Eu só sei fazer a convencional, a endovascular eu não faço, porque não tenho nem equipamento, mas se eu fizer um treinamento com equipamento, eu vou conseguir fazer também.

Às vezes, o trauma tem situação que você fazendo a endovascular, que é menos invasiva, tem uma morbidade muito menor do que acessar cirurgicamente, igual essa lesão dessa veia subclávia. Eu já operei muitas lesões de artérias subclávias e de veia junto, mas aquele paciente que chegou chocado, que está com pneumotórax do tamanho de um bonde, o cirurgião geral drenou, o cara teve 1.500 ml de sangue drenado em 15, 20 minutos, você tem que abrir. Ou você abre, ou o cara morre sangrando. E a endovascular facilitaria isso, de ter uma morbidade menor. Mas no trauma, ali no hospital, por exemplo, não dispomos de equipamento para fazer isso. O paciente que a gente teve lá, que eventualmente podia ir para hemodinâmica, fazer angiografia, colocar um stent naquele local da lesão, é muito bonito, mas é um paciente estável. E o paciente estável, a gente não opera de imediato. Eu também espero um pouco, para poder investigar bem, ver direitinho qual é o tipo de lesão. Agora, quando a coisa vem bombando, você não tem muita alternativa. Eu já tive lesão de veia cava, de aorta torácica ascendente, lesão de subclávia, lesão de extremidade a 3 x 4 também, e a gente resolve ali, a ferro e a fogo ali mesmo.

### **Aliás, como você tem visto essa questão da sub-especialização crescente?**

Eu não vivencio mais a formação dos residentes no Hospital de Clínicas, tanto que nem chamo mais para vir me ajudar no Hospital, quando tem uma vascular, porque os caras estão se formando para fazer cirurgia endovascular, e só. Ele sai um bom cirurgião minimamente invasivo, mas se ele vai fazer um enxerto por endovascular, e dá complicação, não sabe abrir a barriga para resolver da forma convencional. Eu não estou realmente habilitado para fazer endovascular, mas se eu precisar abrir um cara no hospital, da cabeça aos pés, eu abro.

Então, a sub-especialidade está caminhando muito, cada vez mais restrito. Tem até aquela piada. Diz que o cara pegou o endereço de um médico, acho que estava com problema no ouvido, pegou o endereço de uma clínica, chegou no prédio e a secretária atendeu, ele entrou rapidamente e falou “– Estou com dor no ouvido esquerdo –”, a secretária falou “– Mas o doutor aqui faz direito –”, o cara falou “– Putz, não sabia que tinha especialidade diferente de um ouvido e do outro –”, ela fala “– Não, não, ele é advogado –”. Vai ser super especialista assim até não querer mais!

**O que você lista como pontos agradáveis na medicina? Na sua carreira, como médico, o que te dá prazer em fazer, é interessante? E o que é desagradável?**

Na vascular o que sempre me atraiu, desde que terminei a residência, e fiz 10 anos de plantão lá no Cajuru, e agora quase 11 anos que estou no Trabalhador, é o trauma vascular, porque ultimamente, tenho uns pacientes aqui que estou só conduzindo clinicamente, não vejo nenhuma perspectiva de necessidade ou de condição de levá-los à cirurgia, como tentativa de melhora, em termos de doença degenerativa, porque é bastante ruim a perspectiva. Tem uma senhora, ela tem 87 anos de idade, tem uma oclusão total na aorta abdominal e das duas ilíacas. Faz três anos que estou tratando dela sem fazer cirurgia nenhuma. Às vezes, ela vem aqui dizendo que a perna está queimando muito, que o pé está queimando muito, a filha é bem impaciente com a mãe, fala: “– A senhora fica se queixando de um monte de dor, a gente chega aqui, o médico fala que está tudo bem –”, mas é lógico que está bem! Eu ponho o doppler no pé dela, está com pulso pedioso tibial posterior monofásico, mas está mantendo. Ela está há 3 anos fazendo tratamento só com suportivo, com hemorreológico e nada mais. Eu tenho o eco doppler dela, tem uma oclusão da aorta abdominal total, mais para baixo, não tem nada. Vou levar uma senhora dessas para uma laparotomia, fazer um enxerto em cima da venal e puxar dois canos para irrigar a perna dela?

Já o paciente de trauma, é aquele que até a hora que sofreu o acidente, era um paciente hígido, independente da faixa de idade, a grande maioria é dos 20 aos 40, e você tendo necessidade de atuar, tudo que você fizer vai conseguir resolver aquela fração de tempo onde teve a lesão. E o paciente degenerativo, infelizmente, tem a doença a evoluir.

E o que me agrada no trauma, na vascular arterial, é o trauma vascular. O venoso, às vezes, é um pouco chato, mas a gente tem que encarar também. Eu falo no hospital “–Se você sofreu um ferimento, e tiver lesão vascular, reze para deus e os anjos que seja arterial, que não seja venoso –”, porque arterial você vê a pulsatilidade. Veia, quem nunca viu, é impressionante, você aspira, drena, tira o sangue de uma lesão venosa, mesmo com a veia reparada, próximo um pedacinho do outro, você terminou de aspirar, encharcar uma compressa, você tira, vai devagarzinho, quando a veia abre, enche de sangue de novo. Para suturar, é mais fácil, você tem que visualizar qual é o segmento que está lesado. A artéria, você vê pelo sangue jorrando, você põe um clampe aqui, outro ali, e pára. Eu já cheguei ao cúmulo de ter veia reparada a menos de um

centímetro, um reparo do outro, e você não vê, e tem um raminho lá por trás, que é 10% do tamanho da veia principal, e ele sangra do mesmo jeito, como se fosse a veia principal. Lógico, você dá um jeito, liga. A ligadura de uma veia não é prejudicial igual à de uma artéria, porque a veia, de um modo ou de outro, o sangue vai voltar e se recompõe.

Por exemplo, eu tenho documentado um caso de trombose venosa maciça, esse rapaz fez uma evolução espetacular. Em três meses, eu consegui que a perna dele ficasse igual à outra. Ele teve 5 dias de evolução de uma trombose, foi progressivamente evoluindo, quando ele chegou, de madrugada, no hospital, estava já com início de gangrena venosa, a trombose era tão maciça, que o sangue arterial estava tendo dificuldade... eu não conseguia apalpar o pulso pedioso dele, tão baixa que estava. Tanto que quando eu fiz a flebotomia, para passar um cateter para desobstruir, a pressão era tão grande, que o coágulo veio todo sozinho para fora. Ele chegou com a panturrilha com cianose, preta, com pouco pulso. Começou na segunda-feira, ele trabalha de motoqueiro em uma empresa, ainda foi jogar bola, ficou segunda, terça, quarta ele procurou atendimento, deram um remédio para dor para ele, e ele não melhorou. Mas mesmo assim, continuou trabalhando. De quinta para sexta, ele procurou de novo tratamento, não fizeram nada. Na sexta-feira de madrugada, às 5 e meia da manhã, ele chegou no hospital desse jeito, você encostava a mão e ele berrava de dor. Eu fiz a incisão na região inguinal e falei para o anestesista, que estava com a máquina: “— Assim que eu fizer a colocação do cateter, você fotografa, que eu estou tirando os coágulos —”, foi eu fazer a incisão na veia, que o coágulo veio sozinho, nem estava preparado. Você apertava e era como se estivesse apertando um chouriço mesmo, o sangue estava todo coagulado. Ele evoluiu bem, na verdade, tem um pouquinho de dificuldade na dorsiflexão do pé, porque no período que ele ficou com a perna inchada demais, fez uma lesão parcial do fibular, mas recuperou totalmente a condição da perna, está com a perna boa, três meses depois da cirurgia.

Nessa situação, às vezes, o tratamento do trauma ou da lesão vascular aguda é muito mais satisfatório. Tanto é que eu tenho paciência de ficar, às vezes, mais de 16 horas operando, e eu não me canso. Eu vou fazer uma cirurgia de varizes, é uma hora e meia, ou duas, no máximo, sem prorrogação nem cobrança de pênalti, tem que terminar no tempo regulamentar. Lógico que eu não vou fazer mal feito por isso, mas intimamente, eu canso mais de fazer uma cirurgia de varizes que demore mais de 1 hora e meia, 2 horas, do que uma arterial, que eu fico 6 ou 8 horas em volta.

Agora, na vascular, uma coisa que é desagradável ao extremo, que você fica realmente com pouca probabilidade de ajudar o paciente, desde que a doença já esteja mais evoluída, é a doença linfática. Um linfedema congênito, primário, secundário. Essa é uma das piores coisas. É aquele paciente que vai estar sempre insatisfeito, porque alguma coisa não vai estar bem. O que eu sempre falo nessas circunstâncias é procurar tratar adequadamente aquele paciente, que possa evoluir, para não deixar com seqüela. Na trombose venosa, por exemplo, evitar a síndrome pós trombótica, pé inchado... uma contenção com meia elástica, ou mesmo a necessidade do anticoagulante, é feito por um prazo determinado. Depois de certo tempo, recanaliza parcialmente aquela veia que trombosou, e isso volta. Agora, o cara que tem uma erisipela de repetição, traumatiza hoje o sistema linfático, faz um linfedema, amanhã tem outro quadro de repetição, faz mais um trauma no sistema linfático, faz mais linfedema, isso vai se superpondo e aquele edema linfático, a longo prazo, é impossível de retardar, de regredir. Então, você tem que tratar naquele início, onde a erisipela, ou a linfangite se instalou, para ter um tratamento adequado, e não deixar que a evolução seja desagradável. Até o linfedema iatrogênico na cirurgia de mama, que faz ablação de todo o sistema linfático da região axilar, aquele edema realmente é complicado.

Eu gosto da arterial traumática, faço a venosa, na medida da necessidade, para poder ter um ganho também. E a linfática, quando vem paciente com linfedema, dá vontade de mandar para aquele cara que você não gosta, é muito ruim.

Na verdade, quando a gente se forma, é um clínico geral não reconhecido, porque te obrigam a tratar de tudo e, às vezes, você não consegue ajudar muito. Mas eu sempre procuro, na medida do possível, e dentro da minha limitação, sempre ajudar a quem vem pedir o meu socorro. Lá no hospital, era costumeiro, todo dia estavam vindo pedir para ver um exame, fazer uma avaliação, ver uma coisa ou outra. Mas na parte de clínica médica, sempre que eu pude ajudar as pessoas... eu faço alguma coisa, no sentido de ajudar. Mas não é muito meu forte. Mas eu nunca deixei de atender quando me chamaram, mas não é do meu gosto. No cirúrgico, você faz aquilo que é da sua lida, cuida do paciente para que não tenha nenhuma alteração que possa atrapalhar a evolução.

A parte de medicina, no geral, dentro da minha limitação, eu nunca deixei de dar uma enganada, e como cirurgião geral, também. Eu fiz quase 10 anos de plantão na cirurgia geral do HC. Às vezes, eu pegava algum rabo de foguete lá, que deus me livre! Eu

falava “– Quando estou de plantão, vocês me avisam, que eu venho ver o paciente. Se tem paciente com abdome agudo, eu não digo que não opero, porque não sei o que eu vou encontrar pela frente –”.

Quando eu fazia plantão no Hospital da Polícia, eu atendia obstetrícia também. Eu chegava ao plantão às 19 horas, passava a noite e saía no dia seguinte, ao contrário dos outros, que você pega de manhã e fica até o outro dia. Na maternidade, as mulheres que tivessem uma evolução normal do parto, a parteira fazia, não precisava nem se preocupar. Agora, quando era algum pélvico, ou estava meio atravessado, já chamava o plantonista. Como eu tinha vivência em cirurgia, eu já indicava cesárea direto, eu opero, eu sei abrir e fechar barriga, abrir e fechar útero, para mim é tranquilo, melhor do que esperar evoluir. E se tiver que usar esses ferros aí, vou arriscar a comprometer a vida da criança e da mãe? Como era tudo, infelizmente, não querendo maldizer, mas como era mulher de soldado raso, não fazia *phanestil* nem nada, fazia mediana mesmo, abria o útero para tirar a criança e fechava do jeito que dava, todas de barriga já feita mesmo, não era uma cicatriz que ia atrapalhar, o importante era resolver. Resolvo cirurgicamente, que eu sei como conduzir, mas deixar para a parte obstétrica, aí eu vou ficar devendo. Me dei bem nos dois anos que eu fiquei lá na residência.

**(FIM DA ENTREVISTA)**

## ENTREVISTA COM DRA. MARINA

**Eu sempre peço para falar um pouco, no começo da entrevista, sobre a infância.**

Mas está muito longe! [Risos]. Nasci e me criei no Rio, Rio capital. Eu sou carioca. Porque tem essa confusão, carioca é quem nasceu na cidade do Rio, o antigo estado da Guanabara. Quem nasceu no estado do Rio, apesar de não gostar de confessar isso, são fluminenses. Eu sempre digo que eu sou carioca e fluminense, porque fluminense é o meu time. [Risos] E estudei em Niterói, então pronto!

Eu só vim para cá depois que acabei a residência. A formação escolar também foi lá no Rio, toda no mesmo colégio. Era um colégio particular, um colégio tradicional, até meio de elite, a qual a minha família já havia feito parte, mas não fazia mais, em termos de grana. Durante um tempo eu estudei lá com recursos próprios; depois ganhei bolsa e continuei estudando lá. E de lá eu fui para a faculdade. Graças a deus, consegui passar direto, não precisei fazer cursinho.

O meu pai era médico, só que ele morreu quando eu era muito pequena – eu tinha 3 anos. Minha mãe era dona de casa, tinha um nível intelectual muito bom. Meus irmãos são mais velhos que eu, eu sou a temporona. Meu irmão é advogado, mas nunca exerceu, sempre trabalhou em outras coisas.

E minha irmã casou muito cedo, foi ser dona de casa. Depois que os filhos estavam criados, ela começou a trabalhar, a se envolver com negócio de associação de moradores. Ela fundou uma ONG e até hoje... é negócio de meio ambiente. É uma ONG respeitada em termos de meio ambiente no Rio. Toda hora aparece na imprensa, GNT e aqueles negócios assim. Ela trabalha mesmo, não é só levantar bandeira, ela odeia isso. Ela gosta de trabalhar, fazer e falar. É um pessoal bom que trabalha com ela. O pessoal todo é biólogo, engenheiro químico, é isso e aquilo; todos com mestrado e doutorado, fazem projetos de reciclagem, principalmente; preservação de lontra. É bem legal. Então, nasci num bom meio intelectual [riso].

O meu avô paterno também era médico, mas ninguém conheceu; nem a minha mãe conheceu, ele morreu muito antes. Tem uma história, que ele era bem mais velho que a minha avó, morreu antes do meu pai casar. Meu pai não casou com 20 anos, casou

com uns 30, 30 e poucos anos. Então já tinha falecido, mas com os filhos todos já adultos.

Eu não tenho nenhum irmão médico, e nenhum sobrinho também. Só se for uma outra geração, mas nenhum sobrinho. Eu tenho sobrinho professor, advogado, engenheiro florestal, geóloga, administrador, engenheiro químico, meu filho está fazendo engenharia mecânica. Ninguém quis saber de área de biológicas. [Risos]. Agora tem que ver a outra geração, se alguém vai querer. Porque não tem isso, de fazer. Minha mãe inclusive dizia: “– *Não faça medicina. Medicina é muito duro.*” E eu concordo com ela. Medicina é duro. Se você pára para pensar, a gente só trabalha com tristeza. A gente tem a ilusão que vai melhorar aquilo. Acho que, no fundo, somos um bando de orgulhosos, prepotentes, porque a gente acha que vai melhorar aquilo. Se a gente for mexer muito, a gente deita no divã. É melhor não... [Riso]

### **E como foi sua opção pela medicina?**

Engraçado, no início, eu não ia fazer medicina. Eu queria fazer biologia, depois eu achei que medicina me daria mais campo de opção. No final, acabei virando para atenção de pessoas mesmo, ao invés de só laboratório. No início, eu pensava isso, antes de ter contato. Bem no início, eu achava psiquiatria maravilhoso. Até que eu: “– *Ai meu Deus! Onde é que eu estava com a cabeça quando eu falei!*” [Risos] Sabe essas coisas assim, esses delírios? Muito engraçado! Não tem nada a ver uma pessoa que faz infecto depois ter pensado em fazer psiquiatria. É muito engraçado.

### **Você poderia falar da sua trajetória profissional?**

Eu me formei em 1977, a residência foi até 1979 e fiquei 6 meses trabalhando lá no Rio, numa clínica de pneumologia . Eu fiz concurso para professor colaborador, passei, mas não chamavam nunca. Aí eu vim, em novembro de 1979, para o interior do Paraná e, em abril ou sei lá quando, de 1980, houve essa chamada para lá. Saiu a contratação e foi aquela história: como era um contrato de 20 horas, era um contrato ridículo e, infelizmente, eu tive que abrir mão, com uma dor... tive que abrir mão porque realmente não dava, era um salário ridículo! No caso, morávamos eu e minha mãe, minha mãe viúva. Por uma série de problemas familiares, acabou virando ela minha

dependente, então ficou uma coisa muito complicada. Eu tive que abrir mão e fiquei no interior. Quando você é nova, você faz essas coisas. Claro, eu atendia doenças infecciosas, mas virei até ginecologista, pediatra, atendia geral. E fui trabalhando assim.

Você sente no interior, ainda mais naquela época – hoje em dia é mais fácil, tem internet, tem tudo. Mas naquela época, para você se atualizar, para poder sair, era complicado, para participar de congresso... Para eu poder sair, tinha que chamar um colega de uma cidade vizinha para me substituir e eu que tinha que pagar. Aquelas coisas malucas.

E nesse meio tempo, eu conheci o meu atual ex-marido [Riso]. Ele trabalhava lá, na época, e veio para Curitiba, e eu pedi a minha transferência para Curitiba. Ah, nesse meio tempo, além de trabalhar nesse hospital, eu fui trabalhar no sindicato dos trabalhadores rurais. Tinha consultório, basicamente de... Tinha o famoso credenciamento do INAMPS, mas naquela época, o INAMPS não era tão ruim quanto é hoje, o credenciamento do SUS, vamos dizer. E depois, o Estado me contratou. Naquela época, não tinha concurso, em 1982, e o Estado me contratou. E o Estado me contratou por quê? Só tinha um médico na cidade vizinha, que ia para o posto atender. Faltava profissional lá, e o Estado me chamou, me contratou.

Eu saí do sindicato rural, porque eu não tinha como dar conta de tanta coisa. Então ficava o consultório, o posto, e o hospital-ambulatório. Depois, o hospital foi fechado, ficou só o ambulatório, e já diminuí um pouco o trabalho também, porque era um sufoco, você não tinha sábado, nem feriado. Não que fosse um horror, mas você vivia no sufoco. Até para sair para fazer perícia, quando alguém era assassinado, você tinha que ir; eu fugia da polícia mesmo, porque eles ficavam: “– *A Dra. Marina está aí?*” / “– *Não, ela saiu.*” / “–*Em que carro que ela está?*” [Risos] – e eu escondida dentro do carro, tentando fugir para eles chamarem o perito da cidade vizinha, mas não tinha jeito, tinha que eu ir lá, porque eles só podiam tirar o corpo... Eu não fazia necropsia, mas eles só podiam tirar o corpo quando o médico estava junto; eram coisas que, às vezes, eu via: “– *Morreu porque levou uma facada e eviscerou*”. Eu sabia o que era a *causa mortis*. Agora, tinha outras causas que eu dizia: “– *Remove, mas manda para Ponta Grossa, ou para onde seja para fazer necropsia, porque eu não sei do que morreu.*” Então tinham essas novelas também.

No final das contas, quando eu já estava prestes a vir, eu saí dessa função. O consultório foi fechando porque eu estava me programando para vir, e vim para Curitiba

com o meu vínculo do Estado, em novembro, de novo, de 1985. Eu fiquei lá seis anos, de 1979 a 1985.

Em novembro de 1985, eu vim para Curitiba. Eu já trabalhava no Estado e continuei trabalhando no Estado, fui para uma unidade básica de saúde na Vila Guaíra; era do Estado, ainda não tinha acontecido a grande municipalização. E quando eu cheguei lá, foi muito engraçado. O médico que era o chefe do posto, um amor de pessoa, faleceu há pouco tempo. Era daqueles médicos bem antigos, tinha vindo do interior também, super querido – morreu com, sei lá, 90 e tantos anos – ele dizia: “– *Bom, nós estamos sem Pediatra. Você, que é mais nova que eu, vai fazer pediatria, e eu atendo os adultos.*” Eu disse: “– *Ai! Pediatria de novo? Não!*” [Risos] Então eu fiquei atendendo pediatria até junho. Ele era uma “figuraça”! Ele tinha diabetes – teve retinopatia diabética, as cirurgias não davam certo, ele me chamava depois, às vezes, para ajudar. Era um barato ele! Super querido. Às vezes, eu o levava para lá e para cá, alguma coisa assim, e ele: “– *Marina, estão chamando. Estão precisando.*” – alguém lembrou, teve a boa idéia, porque uma coisa que nunca fazem no serviço público é ler o teu currículo. Alguém deve ter lido o meu currículo e disseram: “– *Estão precisando de gente para trabalhar com tuberculose e você não só tem formação em infectologia, como você trabalhou no interior também com tuberculose, hanseníase e com o “diabo a quatro” na unidade de saúde.*” Aí ele disse: “– *Você quer ir?*” Eu disse: “– *Ah, eu quero. É uma área que eu gosto.*” E eu já não agüentava mais atender clínica, o que dirá pediatria! E aí ele me liberou, mesmo tendo falta de gente, ele: “– *Então eu vou liberar você.*”

Ele me liberou e eu fui para o Centro Regional de Especialidades Metropolitano. Ele era o chefe da Unidade. Então mesmo eles me pedindo lá, se ele não quisesse me liberar, eles não podiam... Ele poderia dizer: “– *Eu não vou liberar porque eu preciso que ela atenda.*” Ele clinicava e era o chefe, pois os postos eram pequenos. Como no interior, eu era chefe; só era eu de médica, os auxiliares e um agente de saneamento. E aí tinha aquelas novelas: o agente de saneamento: “– *O que é que eu faço? Os vizinhos deram queixa e tem um porco na delegacia. O delegado está criando um porco no quintal da delegacia e não pode criar porco na cidade.*” [Riso] Essas saias justas... “– *Bom, você ter que ir lá e...*” Aí o delegado vai falar comigo. Quer dizer, essas novelas. E tinha havido mudança de governo, e no interior, essas mudanças políticas são um inferno. “– *Dra. Marina, a senhora está me perseguindo.*” Eu digo: “– *Não! O senhor me conhece e sabe que não tem nada a ver. É política. Como é que o senhor não vai dar*

*o exemplo? O senhor colocou um porco aí.” / “– Mas o porco, coitado, eu ganhei.” Era uma confusão. “– Vai levar para o sítio.” Eu digo: “– Então o senhor leve logo. O que é que acontece? O povo denuncia, a gente tem que fazer alguma coisa. O senhor tem que dar o exemplo.”*

Até esse tipo de saia justa, de onde é que vai colocar o porco do delegado, a gente tinha que... porque Posto no interior, é tudo. Então assim eu fui chefe do posto do interior, e ele era o chefe aqui, porque era uma unidade pequena.

Em junho de 1986, eu fui para a tisiologia, fui para trabalhar na pneumologia sanitária, onde eu atendia basicamente tuberculose, às vezes paracoccidiose, micose e volta e meia, encahava uma DPOC também, perdida por lá. Eu passei a trabalhar 8 horas por dia. Fui contratada para trabalhar 8 horas por dia no Estado; eu atendia um período e o outro período eu fazia a parte justamente de cuidar... a gente fazia coorte, analisava, via qual era o resultado do tratamento, do diagnóstico, porque só atendia tuberculose lá. Ambulatório de tuberculose era só lá. Então a gente tinha um material super bom na mão para acompanhar e fazer esse tipo de análise.

Já era, na verdade, função de assistência casada com análise e planejamento. A gente tinha bastante ligação com o pessoal da coordenação do nível central de tuberculose. Isso foi de 1986 a 1988, a metade de 1988.

Na unidade básica, eu fiquei de novembro de 1985 a junho de 1986, não deu um ano. Em meados ou sei lá quando de 1988, teve um concurso para médico da prefeitura de Curitiba, e eu fiz, porque na verdade, esse negócio de médico de 8 horas é complicado – não tem, e depois dá problema legal. Como era no Estado, eu não poderia me aposentar no Estado duas vezes. Tinha esse tipo de coisa, então pensando no futuro, eu achei que era mais seguro eu ter um vínculo com o Estado e um vínculo com a prefeitura por concurso.

E aí me chamaram em agosto. Em final de agosto de 1988 – foi dia 31 de agosto o meu contrato, e eu comecei a trabalhar na prefeitura, numa unidade básica. Lá fui eu para a unidade básica. Eu trabalhava com a TB e trabalhava na unidade básica. Eram 4 horas em cada vínculo. Depois, em agosto de 1988, eu entrei na prefeitura, e fui cedida, em novembro de 1988 para o ambulatório de aids. Foi assim: em novembro de 1988, me chamaram e perguntaram se eu queria trabalhar com aids. Porque tinha três profissionais que trabalhavam com aids, e tinha sobrado só um, os outros tinham saído, mudado de setor por n motivos. Então, só tinha um profissional, eles precisavam de gente, e novamente, eles sabiam da minha formação. E é aquela história, eu já sou tão

antiga, que quando eu fiz infecto, não tinha aids. Mas não faz mal! De qualquer maneira, você não vai correr da aids, e naquela época, o pessoal corria da aids. [Riso] E como boa infectologista, você não corre das doenças infecciosas. Você pode correr dos doentes, às vezes, mas das doenças, você não vai correr.

Conseguiram que o município me emprestasse para o Estado. Daí o município me cedeu para o Estado, e eu fui. E eu fiquei no mesmo local, trabalhando metade do dia na aids, que era DST-Aids na época, e metade do dia na tuberculose. Isso foi de 1988 a 1992. Nesse meio tempo, em 1991, eu tive a oportunidade de fazer a especialização em epidemiologia, coisa que eu deixo oculta, porque eu não lembro mais nada [Risos]. Tinha o convênio da Escola de Saúde Pública do Paraná com a Escola Nacional de Saúde Pública, e eu fiz a especialização.

Depois, eu não me lembro direito quando foi – se em 1992 ou 1993 – eu não agüentei mais os dois ambulatorios. Eram duas patologias pesadas. E também, nesse meio tempo, a gente começou todo um processo de descentralização da tuberculose. Era um treinamento da prefeitura inteira! E treina para lá, vai para lá e vem referência – uma confusão!

Aí fui falar com a que seria a chefe, a quem eu me reportava na prefeitura. Eu estava cedida, mas eu entregava relatório do que fazia, e pedi para voltar. Eu pedi para ir para a epidemia, já que eu tinha feito especialização em epidemia e não queria ir para a unidade básica de novo.

E no Estado, por acaso, a enfermeira que trabalhava com tuberculose estava sendo chamada para trabalhar num outro setor, e ela disse: “– Não, eu vou colocar você para trabalhar com tuberculose.” Eu deixei a critério da chefia onde eu continuaria – na TB ou na aids – e expliquei. Eu não estava agüentando. São dois ambulatorios muito pesados. Naquela época, era muito pesado. Para AIDS, a gente mal tinha remédio. Em 1992, a gente estava começando a usar AZT. O governo começou a distribuir AZT em 1991. Então, em 1993, eu saí da fisiologia e fui para a epidemiologia. Daí, a partir de 1993, eu fiquei na epidemiologia e na aids. Não tinha tratamento, não tinha nada. E era pesado agüentar aqueles dois ambulatorios: paciente crônico, paciente morrendo. Daí eles disseram: “– Está precisando mais de gente na aids, então você sai da TB”. Foi uma colega para lá e fiquei na epidemiologia. Fiquei na AIDS, e estou até hoje no ambulatorio de aids. O que aconteceu? Como o número de casos de aids foi aumentando, a aids expulsou as outras DSTs, os outros não conseguiam vaga – até porque DST deve ser atendido em unidade básica, apesar de o pessoal ficar meio

“cabreiro”, não sei porquê. Também, quando complica, não adianta mandar para infectologista. Quando DST complica, precisa ir para um cirurgião, geralmente, porque é um condiloma, alguma coisa assim que vai precisar ir para o ginecologista ou para o urologista. Não tem muito que a gente fazer, vamos dizer. E estou até hoje.

A aids, no caso do Estado, também expulsou as outras doenças infecciosas. No início, a gente ainda conseguia ter um ou outro caso de toxoplasmose, uma sífilis em gestante que o colega tivesse dificuldade, doença de Chagas, não sei o quê, mas depois, a AIDS tomou conta.

A única coisa que mudou da infecto – da aids, no caso – é que a gente conseguiu, aos poucos, o município de Curitiba foi descentralizando, foi assumindo também o tratamento, porque o número de casos aumenta sempre, com isso, diminuiu a pressão.

Era uma época que caía, literalmente, paciente para dentro da sua sala. Era uma demanda reprimida horrorosa! Todo mundo estressava, ninguém agüentava mais, e a gente procurou brigar para ter, como temos, um atendimento bom. Claro, você não pode responder por ninguém, mas eu posso falar: o atendimento que eu faço no Estado, é o mesmo atendimento que eu faço no meu consultório. O tempo que eu precisar gastar com o meu paciente, eu gasto. Se for um negócio que eu resolvo em 10 minutos, são 10 minutos; e se tiver que levar 1 hora, eu levo 1 hora. A gente atende um número menor; a gente pode dar mais tempo, mais atenção; orientar o paciente. Isso é uma coisa que a gente conseguiu, e agora, como tem mais lugares que atendem, a gente tem mais sossego para fazer.

No lado da prefeitura, eu mudei mais, porque fiquei na epidemia central, na coordenação do programa. Descentralizamos todo o programa de tuberculose para o município inteiro de Curitiba. Foram todos treinados, foi tudo para a Atenção Básica, com a referência, sendo que no Estado ainda tem, parece, uma referência num distrito também.

Em 1998, eles estavam enxugando a epidemia – foi uma filosofia lá, principalmente de médicos, por causa de 4 horas. Eu saí e eles me convidaram gentilmente para ir para outro lugar. [Riso] Daí eu fui para um distrito sanitário, o do Boqueirão – que era perto da minha casa; eu morava lá na época – também trabalhar com epidemiologia, e fiquei trabalhando. Só que no distrito, você faz toda uma parte de análise, mas também faz muita busca, e vê uma parte um tanto braçal, e que também é legal. Você vai, conversa, vai ao hospital e conversa com o colega. Mas não clinicava,

nunca mais! Não voltei, e nem volto para a Atenção Básica! Na tuberculose, quando eu trabalhava no ambulatório, teve uma época, quando juntou o INAMPS com a secretaria de saúde, com o Ministério, que o SUS se formou. Daí, o que aconteceu? Tinha um ambulatório de pneumologia no CRE Marechal, que era o INAMPS da Marechal e juntou, vieram os 3 ou 4 pneumologistas para lá, e ficou tudo junto. E vieram os doentes também. Então, de repente, a gente estava atendendo DPOC. Era uma confusão danada, mas tudo bem!

Eu fiquei no distrito, até 2003 eu acho, eu fiquei no distrito. E fui então chamada para trabalhar como apoio técnico da coordenação municipal de DST-aids. A coordenadora, na época, era uma dentista e depois, em seguida, mudou para outra dentista. Quer dizer, tem toda uma parte de gestão, de política, que eles fazem muito bem enquanto profissionais de saúde, mas precisam, às vezes, ter alguém que... Porque tecnicamente, eles não têm a experiência de um médico que trabalha com aids há um tempão, em termos de remédio, de efeito colateral, de exame etc.

Eu fiquei lá até agora. Em junho, eu saí de licença-prêmio, em setembro, eu estou de férias, e em outubro, eu me aposento para o município. Estou me aposentando, graças a deus! E vou continuar no Estado.

Também dou aula na Faculdade, esqueci de contar. Nesse meio tempo, entrei acho que foi em 1987 ou 1988, não me lembro. Eu só fui registrada em 1994, mas eu comecei antes.

Agora, eu estou só, em termos de emprego público, com o ambulatório de aids; e no consultório, desde o final de 1991.

O meu filho nasceu em 1987, então eu voltei a fazer consultório acho que lá por 1993, por aí. Não lembro bem. Voltei para o consultório porque a AIDS começou a propiciar que o infectologista tivesse consultório; porque em consultório de infectologista, eu atendo um ou outro paciente que eu oriento sífilis, herpes, toxoplasmose, mas infecto nunca foi de ter muito consultório. Ambulatório nosso, no hospital, era acompanhar osteomielite que teve alta e as verminoses que o pessoal da psiquiatria não tratava. Era uma especialidade eminentemente hospitalar, mas a AIDS foi a primeira doença crônica que veio, e inclusive, abalou muito tudo que é infectologista, porque paciente da infecto, ou ficava bom, ou morria. Aquele paciente que você acompanha, acompanha, acompanha – a vida inteira – a gente não estava preparado para isso. Foi uma chacoalhada boa em todo mundo.

Eu voltei a fazer consultório, mais ou menos nessa data, e estou até hoje. Faço consultório duas vezes por semana, atendo basicamente aids e hepatite. As hepatites, com os tratamentos, também passaram a ser “fregueses”, vamos dizer assim, de consultório; tem um novo campo para infectologista. E a gente, claro, atende as outras doenças infecciosas também. No consultório, vem mais, no ambulatório, não consegue chegar.

Na época que a aids ainda não tinha tratamento, era horrível! Todos nós entramos em parafuso! Eu tinha o meu filho pequeno, eu nunca tive medo de morrer. Depois que o meu filho nasceu, eu passei a ter medo de morrer. Acho que isso quase todo mundo tem: “– *Eu quero criar o meu filho.*” Porque a gente tem aquela história da onisciência: “– *Eu acho que ninguém vai criar como eu crio.*” Você já ia com essa paúra: “– *Não quero morrer antes de o meu filho estar criado.*” E você lidando com uma doença que você não podia fazer nada! Não era problema de o paciente morrer. Isso, infelizmente, a gente está acostumado, por formação, médico vê o paciente morrer. Por mais que você sinta, você consegue fazer um bloqueio. Mas era ver morrer sem poder fazer nada! Era horrível! Mexia com a cabeça da gente. Volta e meia era um que descompensava, dava uma “brigarada”, uma confusão! A gente fazia uma reunião, era uma lavagem de roupa suja. Funcionava quase como uma terapia de grupo. E ainda chovendo gente! Porque aí começou a fazer o diagnóstico. Naquele início, houve aquele aumento no número de casos.

Hoje em dia, o número de casos está estável; sempre aumenta, mas é um aumento esperado, regular, diferente daquela época, que aumentava aos pulos. Se continuasse daquele jeito, hoje em dia não sobrava ninguém sem HIV. Era terrível! Foi muito ruim, muito ruim.

E isso durou dois anos e pouquinho, dois anos mesmo, em 1991, entrou o AZT. Você tratava, tentava. “– *Interna. Dá remédio para sapinho, dá remédio para não sei o que.*” Um ou outro paciente importava AZT – aqueles que tinham grana conseguiam, importavam – o pessoal da Varig trazia. Custava US\$ 1.000 o frasco de AZT e tomavam uma quantidade enorme! Tomava 1.000 mg, 1.200. Eram um horror, os efeitos colaterais, tudo, mas era o que tinha, esses podiam.

Agora, tratamento para citomegalovírus, por exemplo, a gente sabia que tinha, mas cadê o remédio? Aciclovir não tinha na época, não vinha. Olha, era um horror! Era

muito ruim! Era todo mundo aprendendo, sem ter nada na mão, até começar a ter o remédio.

Ninguém falava: “– Não tem tratamento.” / “– Eu estou sentindo isso.” / “– Então vamos dar esse remédio aqui.” A gente dava. Eles sabiam que não tinha. A gente dava remédio só para o que eles estavam sentindo. Dava remédio para pneumonia, dava remédio para candidíase, diarreia. Diarreia! Morriam de diarreia! Não tinha o que fazer.

Depois teve uma segunda fase. Você até tinha um ou outro remédio – tinha o AZT, depois saiu o DDI. Você até tinha os remédios, mas o remédio tinha efeito por um tempo. Hoje em dia, a gente sabe muito bem por que: o vírus dá resistência etc.; você tem que buscar diminuir ao máximo; todo o esquema um dia vai falhar – e toda essa história que você, em princípio, acha que é, mas pode ser que mude. E naquela época, não se sabia. Por exemplo, você até dava o AZT, mas de repente, o paciente não parava com aquela diarreia de jeito nenhum, porque tinha Criptosporídeo. Você até fazia o diagnóstico, o nosso laboratório achava Criptosporídeo, mas e aí? Não tem remédio para Criptosporídeo, é só a imunidade melhorando.

Eram situações complicadas. O paciente sabia, sabe? Muitos, naquela época, se entregavam. Quando fazia o diagnóstico, dizia: “– Eu vou morrer.” Deitava e morria! A pessoa parava de comer, não sei o que, e pronto! Era uma época muito complicada, muito ruim, difícil.

### **Você poderia falar da sua rotina de atendimento no ambulatório e no consultório?**

Antigamente, os pacientes vinham para fazer o diagnóstico. “– É Ambulatório de infectologia, então lá trata HIV. Será que eu tenho, será que eu não tenho? Eu vou fazer o exame.”

A gente consultava, orientava e pedia o exame. Só que com a demanda aumentando, o que acontece? Não tem vaga rápido, e quem quer fazer exame de HIV, geralmente quer fazer para ontem. Está agoniado, e quer fazer, mas ele não vai ter vaga para consultar logo, ele vai ter vaga para consultar sei lá quando. O nosso ambulatório, eu acho, é o único que ainda tem procura direta; o paciente vai lá e tem.

Agora, por outro lado, é um ambulatório voltado, atualmente, para a região metropolitana de Curitiba. Curitiba tem 5 unidades de saúde que atendem HIV-aids, e todas deveriam fazer o acompanhamento do portador. Na verdade, a gente sabe que

muitas não fazem, mas teoricamente, é para funcionar assim, até porque, para especialidade nenhuma você vai conseguir ter especialista para atender todo mundo.

Então, aos poucos, o que se espera é isso: que todas atendam o portador e encaminhem para o especialista na hora que tiver uma intercorrência, ou que precisar de remédio. Daí passa a acompanhar. E aí, o CRE metropolitano ficaria para a região metropolitana, para aqueles municípios que não têm quem acompanhe HIV – por exemplo, Campo Largo, Araucária, Pinhais, Colombo, São José têm quem acompanhe, não precisa o paciente de lá ir acompanhar. Mas, claro, você acaba abrindo exceção. Tem sempre aquele de Curitiba que bate o pé e quer acompanhar lá; ou que o colega encaminha especificamente para você.

Geralmente, eles chegam para nós, já com o diagnóstico feito; fizeram o diagnóstico numa unidade de saúde, foram direto no laboratório, ou foram no COA, que é o Centro de Orientação e Aconselhamento. Eles vão lá, fazem o teste rápido, fica pronto em 15 minutos, e são orientados; tu co-orienta para buscar o serviço de saúde. Tem também o hospital de clínicas. Eles chegam para nós já com o diagnóstico feito.

No consultório, muitos já vêm encaminhados porque foi outro colega que pediu, e outros não: vem procurar o infecto porque tem receio ou acha que tem, ou porque o marido ou a mulher, o companheiro ou a companheira tem HIV; ou porque sabe que teve um risco, uma transfusão, compartilhamento de seringa, essas coisas. Muitas vezes, ainda vem sem diagnóstico.

No ambulatório, já há alguns anos, o paciente vem com o diagnóstico, justamente porque ele não vai esperar até ter a consulta, até você pedir e vir o resultado. Então ele chega para gente já com o diagnóstico – ou referenciado por um colega, ou vem direto. Por exemplo, ele mora em Almirante Tamandaré; lá não tem quem acompanhe e ele teve algum exame positivo, ele pode ir direto lá e o pessoal marca consulta para ele. Alguns vêm de unidade básica, da unidade que fez o diagnóstico. Mas é uma marcação muito tranquila; liga e marca, ou então vai lá e marca ao vivo, lá é bem tranquilo marcar, não é aquela novela de passar pela central de marcação. Nós não estamos vinculados à central de marcação. E o retorno, eu marco. Alta, a gente não dá. [Risos] A gente não dá alta, mas às vezes, eu brinco: às vezes, eu dou alta por indisciplina. Mas ele vem consultar comigo, tem todo o atendimento, e eu marco o retorno. E é sempre assim: marca o retorno, a gente dá o papelzinho para ele lembrar – aquelas coisas. E a gente, para otimizar, quando o paciente já está tomando, ou não, remédio, mas ele está bem, e eu sei que ele vai continuar bem durante um bom tempo;

ou está tomando remédio e está controlado, está estável, a gente marca – eu, particularmente – a cada 4 meses o retorno. Ele vem comigo 3 vezes por ano e já sai com o pedido de exame. Isso eu faço no consultório também, até no sentido do paciente ficar independente. Ele não precisa, porque tem aids, ficar correndo no médico toda a hora. Eu acho isso um absurdo.

Eu acho isso bom para o paciente. Ele faz o acompanhamento como qualquer doença crônica. Ele já sai com o pedido de exame, leva a receita até o retorno e, claro, se tiver alguma intercorrência, vai aparecer antes. E se o paciente não está bem, ou é no início, daí eu vou vê-lo daqui a 20 dias ou daqui a 30 dias. Tem paciente que eu mando vir todo o mês, porque senão não trata direito, fica indeciso. Varia muito, mas eu marco o retorno. Aqui no consultório não, mas eles marcam ali. “– *Eu quero te ver daqui a tanto tempo. Marca lá.*” Eu defino isso, caso a caso. Eu tenho uma rotina de atendimento. Atender – história, anamnese, a parte epidemiológica. Eu tento tranquilizar, explicar para paciente o porquê é importante. E a gente tem uma rotina de exames que se pedem. Depois, com o resultado dos exames, eu tenho outra rotina – eu vou encaminhar para vacina, vou encaminhar para tratamento, vou pedir novo exame. Porque é aquilo que eu falei: paciente estável eu posso ver 3 vezes por ano, mas se o paciente está com a imunidade meio comprometida, eu tenho que ver mais vezes no ano, e por aí a fora. Aí individualiza, cada caso. E é feita orientação sobre prevenção, porque não é só tratar o HIV, a gente tem as profilaxias para fazer, de vacina, tudo.

Em termos de prontuário, de registro, é tudo manual. Lá no Estado, não tem o prontuário eletrônico, como tem na prefeitura, e que eu até dou graças a deus, porque, infelizmente, o da prefeitura, eu acho um horror! Porque eu, como trabalhava no nível central, eu tinha acesso ao prontuário eletrônico porque precisava, volta e meia, ver alguma coisa. Você tem que abrir tela por tela, para ver o que o cara escreveu. Tem hora que a pessoa quer escrever, não consegue mais e o colega desiste. E eu preciso ter o histórico, eu tenho muito paciente, eu trabalho há muito tempo, então eu não vou lembrar tudo o que eu fiz com o paciente. Eu lembro do paciente, mas eu não vou lembrar dos detalhes. Por isso eu queria uma tela que me abrisse o histórico dele todo, e que eu pudesse ver. De repente, eu dou um remédio: “– *Mas doutor, eu tenho alergia.*” / “– *Como? Mas eu não vi porque era lá na tela não sei qual que tem.*” Eu acho complicado isso.

Lá no Estado, o prontuário é manual, e no consultório também. Primeiro, estava naquela novela, “que não sabe, que não pode”. Depois que o CRM aprovou, eu disse: “–

Quer saber de uma coisa? Eu escrevo mais rápido do que digito”. Eu digito receita, atestado, essas coisas, porque a minha letra é horrenda. Eu tenho computador para isso: para digitar receita, atestado, orientação e para acesso à internet, que você às vezes precisa, principalmente quando é uma genotipagem, acesso a algum algoritmo diferente, ou alguma coisa assim.

### **E a relação com outros níveis de assistência, outros profissionais e serviços?**

No Estado é complicado. No Estado é complicado porque atualmente, já de um tempo para cá, é assim: você não pode, talvez por não estarmos totalmente vinculados à central de marcação, você não pode encaminhar. E eu podia encaminhar. “– *Vá ao oftalmo.*” Eu fazia um encaminhamento para oftalmologista. Não posso. Então eu tenho que dizer para o paciente: “– *Qual é a tua unidade? Vai lá, faz uma consulta com o Dr. fulano, e pede para ele te encaminhar para o oftalmo.*” Atualmente é assim. Encaminhamento eu não posso mais fazer. Nem eu nem ninguém mais do CRE. O HC também não, é a mesma novela. Eu não posso pedir raios-X.

Antigamente, nós tínhamos uma cota desses exames: raios-X, ecografia, encaminhamento. A gente podia fazer e não podemos mais. Vamos supor: se eu peço uma ecografia, ele tem que ir lá consultar e outro médico pedir. Se eu peço raios-X, é a mesma coisa. Só escarro que faz lá embaixo, na pneumo, ainda tem PPD; e os exames de sangue, fezes e urina, que eu peço junto com o CD-4 e carga viral. Se for um paciente meu, que está com dor urinária e eu quero pedir um exame de urina, eu não posso. Eu peço, só que não vão fazer. Ele vai ter que ir à unidade, pedir para a unidade solicitar o exame para ele. Agora, se eu pedir CD-4 e exame de urina, daí o laboratório faz. Mas eu não posso pedir CD-4 toda hora. Esses meandros, essas burocracias, que só eles entendem.

Hoje em dia nós dependemos bem menos de hospitais. Graças a deus, hoje em dia só internam e só morrem os pacientes que não tratam direito, seja porque não tratam direito mesmo, seja, um pecado, aqueles que ainda sobrevivem, daquele tempo que o tratamento era... hoje a gente olha para trás e diz que é errado, mas na época, era o certo, era o que tinha. Foram criando resistência, mas esses são poucos.

Realmente, a grande maioria dos pacientes que internam e morrem são aqueles que não tratam direito, de jeito nenhum; não conseguem ter adesão ao tratamento, porque no fundo, não conseguem aceitar que tem HIV. Como é que vão aceitar o

remédio? A gente vê isso: paciente que não tolera remédio nenhum. Não tolera o HIV na verdade, porque é impossível você não tolerar remédio nenhum.

E os pacientes que não sabem que tem HIV, porque ainda tem aquela história do grupo de risco, e aí abrem o diagnóstico de HIV com um quadro muito grave (com uma neurotoxoplasmose, uma meningite de *streptococcus*) e, às vezes, não sai desse quadro.

Agora, o paciente que está bom, não se entrega como antigamente. Ele vivia tendo que correr no oftalmo, vivia tendo que... essa interface não é tão ruim, por isso. Mas, por outro lado, os pacientes vivem mais. Vão ter outras complicações, e eu vou precisar de outras especialidades. Eu, de repente, precisaria ter um acompanhamento mais de perto, ou pelo menos anual, com um cardiologista. Eles fazem pericardite. Será que não era bom fazer uma prova de esforço anualmente? Mas e aí? Olha a novela! Nós não conseguimos encaminhar de especialista para especialista, tem que ir lá, voltar para a unidade [básica]. E ali é uma dificuldade encaminhar (a tal da lista, que você, às vezes consegue, às vezes não consegue).

No consultório, pode ser mais fácil. Se o paciente tem convênio, ele vai. Você diz: “– *Agora procura.*” Manda uma cartinha: “– *Dr. Fulano...*” Tem colegas que a gente geralmente já manda, já estão habituados a tratar – porque o paciente de HIV, ainda hoje tem isso, mesmo na área médica, ele ainda enfrenta preconceito. Então a gente acaba mandando para os mesmos colegas, porque a gente sabe que não vão ter preconceito, e por outro lado, estão habituados com algumas particularidades de paciente HIV, que são algumas infecções determinadas, algumas coisas que são importantes ir num determinado especialista, que vai até valorizar aquele sintoma.

Os cirurgiões, por exemplo, tem horror de fazer cirurgia de paciente HIV, tem medo de adquirir mesmo, pneumo-cirurgia, por exemplo. Não há muito preconceito de médicos de outras especialidades, mas vê. Os pacientes relatam. Hoje em dia, bem menos, mas ainda tem. Hoje, já não tem coragem de falar mais, mas eu já tive colega que falava: “– *Eu não sei como você atende HIV.*” Eu digo: “– *Uai! Você também! Você atende aos montes e nem sabe!*” [Riso] Mas é sempre vinculado ao medo de pegar a infecção, no fundo, é isso. E é a coisa mais idiota! A menos que você se apaixone pelo paciente, e não queira usar preservativo. Isso também pode acontecer. [Risos]

### **E no ambulatório como é o trabalho com outros profissionais?**

Nós temos uma psicóloga, temos serviço de assistente social, temos duas enfermeiras. É bom, mas infelizmente, atualmente, não está muito assim, talvez porque tenha... O pessoal já tentou fazer grupo de paciente, grupo de adesão, mas não teve adesão ao grupo de adesão. Só a psicóloga que tem um grupo, mas é um grupo terapêutico. Daí é diferente, ela atende individualmente, e tem um grupo terapêutico. Então o pessoal fica “meio assim” de... E hoje em dia, diminuiu o número de médicos no Estado, porque o Estado, justamente, não coloca mais ninguém para atender HIV, não resolve o que quer fazer – se fecha ou continua. Atualmente, somos três médicos que atendem todos os dias.

Tem também um homeopata e a proposta dele é trabalhar com paciente HIV fazendo tratamento homeopático – quer o paciente se trate com anti-retroviral, ou não. Só que até por pressão do pessoal, ele está prescrevendo; ele prescreve anti-retroviral, faz análise de resistência. É engraçado! [Risos] Eu digo que ele é um infecto-homeopata. Antes, ele encaminhava. “*Encaminho para avaliar.*” Ele pedia os exames. Agora não, porque não adianta ele encaminhar; falta médico, então ele mesmo trata. [Riso] Pela falta de pessoal, ia levar 3 meses pra consultar comigo, começou assim. Muito engraçado. E ele é um bom médico, ele trata bem. Ele virou um alopata, só da AIDS. Do resto, ele é homeopata. É muito engraçado. Então eu digo: “– *Você está em crise.*” Basicamente, ele foi obrigado a atender aids também, mas atende menos. Mas ele, nessa brincadeira, por falta de médico, está tratando também. Mas tem alguma coisa do homeopata com a AIDS. Porque tem um colega aqui do consultório, que não faz mais homeopatia. Ele fez homeopatia, depois ele foi para a infectologia. Uma colega, que também trabalhou no Hospital do Trabalhador muito tempo, ela é homeopata, faz clínica – é uma grande clínica, uma grande homeopata – e faz infecto também. [Risos] Faz AIDS, vamos dizer. É muito engraçado. É alguma coisa que tem, é muito interessante.

E tem uma colega que atende hepatite, mas vai 1 vez por semana; e a outra, que atende hepatite 2 vezes por semana e HIV 1 vez por semana.

Tem pouca gente, e daí, tem menos paciente também. O pessoal fica menos estimulado. Mas eu acho que devia fazer, principalmente da primeira vez, ter maior trabalho de orientação, mas... Sei lá, por enquanto, está meio parado. Mas faz-se reunião, que nem hoje, fazem reunião 1 vez por mês. Hoje, o assunto era co-infecção HIV e hepatite C. Reúnem-se e discutem. Tenta-se manter...

Funciona assim: o paciente chega, tem uma normatização, os exames que a gente pede, para onde deve ser, a gente encaminha, explica: “– *Olha, tem a psicóloga.*” Na primeira vez, os pacientes são orientados que tem o serviço de psicologia, que ele pode procurar quando precisar. Se quiser conversar, elas estão lá. Agora, é uma assistente social e uma psicóloga, então nem sempre elas estão lá naquele horário que está o paciente; e ele às vezes não volta – tem isso também. Se ele está ali, ele às vezes vai conversar. Mas ele não vai voltar se ele não precisa.

O ideal seria que tivesse mais gente – 2 psicólogas, 1 de manhã e 1 de tarde – porque aí, no intervalo de um atendimento, ela poderia dar “um alô” para ele, por exemplo. A mesma coisa serviço social: “– *Muito prazer em conhecer. Você tem tais e tais direitos. Se precisar, pode procurar.*” Mas se só tem uma, ela está de manhã e o paciente é atendido de tarde, ele não vai vir de manhã só para conhecer. Ele vem se ele precisar. Mas não é por culpa da equipe, é porque falta. Ainda mais na região metropolitana, é um pouco mais longe, é mais complicado ainda.

### **Que dificuldades principais você enxerga no seu trabalho?**

Falando em termos de aids, seria uma facilidade maior de acesso aos remédios, porque nós temos os remédios e isso é uma situação muito particular do Paraná. Nós temos o remédio, porque o ministério compra, não podemos reclamar. O tratamento da aids tem um nível de excelência, mas, por exemplo, se eu quero usar determinado remédio, porque o meu paciente está tendo determinado efeito colateral, às vezes, é um drama! Tem que ver se obedece, ou não, a normativa. “– *Será que o Dr. fulano vai liberar, ou não vai?*” Fica uma situação meio chata, que nem está agora, um paciente meu. Só para você ter uma idéia, eu só posso fazer genotipagem pelo ministério – e é um paciente do SUS, então é só pelo ministério – se ele tiver uma carga viral acima de 2000, para ver a resistência aos remédios; às vezes, 1.000 e pouco, a gente ligando, o pessoal tenta fazer. Não sabe se vai conseguir, mas tenta. Mas esse paciente, por exemplo, ele já teve 3 vezes carga viral assim: 300, 700, 500. Eu não posso fazer genotipagem. Então o que é que eu vou fazer? Eu peço para trocar o esquema, porque aquele esquema falhou. Ele está falhado, se eu não trocar, o que vai acontecer? Ele vai adquirindo mais mutações, resistência e, daqui a pouco, está multi-resistente. “– *Não. Peça novo exame.*” Quer dizer, querem que ele faça um 4º exame, que vai mostrar que ele continua falhado.

Esse tipo de coisa é muito chato. Eu acho, nesse sentido, que os médicos deviam ter mais autonomia no prescrever, já que você escreveu e provou que ele tem 3 exames falhados, só que não a ponto de fazer uma genotipagem; eu só quero trocar o remédio, esse tipo de dificuldade.

E, às vezes, a gente tem dificuldade, felizmente hoje bem menos, com internação. São poucas vagas, então às vezes a gente tem dificuldade de internar os pacientes. Mas, hoje em dia, melhorou muito porque se interna bem menos, mas você ainda pega paciente que vem mal, e aí você tem que internar, geralmente no Oswaldo Cruz e Trabalhador. No Trabalhador tem até mais vaga, mas não tem ambulatório, tem só hospital.

No consultório, é a mesma coisa: é essa novela, porque o remédio ele pega no mesmo lugar; o paciente pega remédio no mesmo lugar. Todos os pacientes de aids pegam na rede pública, e o remédio é fornecido de acordo com a notificação, não com o local de atendimento, até porque, já imaginou se tudo quanto é paciente tivesse que atender no SUS? O SUS não ia dar conta, ia ser uma loucura total. Todos eles têm que cumprir as normas – ter notificado e ter o formulário específico de fornecimento do remédio, não interessa onde trata e quem trata, concentra tudo no SUS, mas não chegam a fazer nenhum tipo de atendimento lá, só pegam remédio. É aberto um cadastro deles, que tem que abrir para pegar o medicamento; existe um sistema informatizado (?) – chama Ciclon o medicamento – porque aí o ministério fica sabendo que aquele fulano pega e dá o remédio em tal lugar. Era um cadastro nacional, até para garantir o fornecimento para aquele paciente. O ministério sabe que sempre tem que mandar o tal remédio para tal lugar e tem aquele paciente que toma. Cumprida essa exigência do cadastro, ele pega o remédio.

E exame laboratorial, quase sempre é tranqüilo. Como tudo em convênio, depende do plano que a pessoa fez. Se a pessoa fez um plano mais “pobrinho”, às vezes, não cobre. Esses pacientes, geralmente, se socorrem no SUS; vão para o SUS só para pedir o exame. Teoricamente, eles teriam que passar em consulta comigo para eu pedir um exame. Você, na unidade, não consegue pedir um exame se não passar por consulta, mas, geralmente, a gente acaba quebrando o galho, para não entrar na fila.

Se o paciente tem um plano, mas o plano dele não cobre, o que faz? Antigamente, a determinação era assim: o paciente tem que consultar pelo SUS. E o que acontecia? Era um monte de gente marcando consulta, você atendia e: “– Ah, eu sou paciente do Dr. não sei o que, essa é a caixinha do Dr. Zé das Couves, solicitando

*coisa.*” O que é que você vai fazer com esse paciente? Nada! É paciente do teu colega, que pedia aquele exame, o que acontecia? Ele tomava a vez de quem precisava consultar. Então a gente resolveu que o paciente vem com o encaminhamento do médico – não é o paciente chegar lá: “– *Quero fazer o exame.*” – porque aí tem doido para tudo, que quer fazer exame toda a hora. Por isso o médico acompanha, faz uma cartinha: “– *Favor solicitar CD-4, carga viral, para o Sr. fulano porque acompanha e o convênio não cobre.*” Aí a gente anexa essa cartinha, porque é preciso ter a garantia de que ele não é meu paciente, porque senão amanhã vai dizer: “– *Ah, eu pedi. Cadê o resultado? O que você fez com ele?*” / “– *Eu não fiz nada. Ele é paciente do Dr. fulano.*” Então a gente pede o exame direto e não tira a vez do paciente que precisa consultar.

Agora, a grande dificuldade é a aderência ao tratamento. Houve uma época, em que a gente podia até interromper. “– *O paciente está bem, começou a tratar, não sei o que, vamos interromper.*” Mas os últimos trabalhos mostraram que não, que você não deve interromper, porque há um risco maior de aids ou morte.

O que é bom de trabalhar com aids, é que é muito estudado e é muito dinâmico. Então, apesar de em certos momentos, você ter que se desdizer, o paciente entende. Você explica para ele: “– *Olha, aids é assim, assim e assado.*” Eu explico o que pode mudar. “– *Agora, abriu-se essa perspectiva: vamos fazer isso, vamos fazer aquilo. Mas, por enquanto, não pode parar. Pode ser que depois...*” Eu digo para eles que o tratamento é para sempre, por enquanto. E aí, claro que a gente vai ter dificuldades. Eles dizem: “– *Ah, eu não aguento mais tomar.*” Têm outros que dizem: “– *Eu não tomo final de semana.*” A gente tem que procurar orientar bem e dizer: “– *Olha, não existe final de semana e feriado, não interessa se bebeu e não interessa se está gripado. Tem que tomar o remédio.*” E eu procuro deixar muito à vontade em termos de efeitos colaterais, mas mesmo assim, tem paciente que faz de conta que não ouviu – que é aquela história de não aceitar.

Pacientes que não aceitam a doença, tem, só pode ser! Paciente que não tolera remédio nenhum, não consegue tomar remédio nenhum. Eu acho que é isso. É uma negação tão grande da infecção, da doença, que não consegue tomar o remédio. Toma, pára; toma, pára. Você encaminha para a terapia, ou não vai ou, às vezes, não tem empatia com aquele determinado terapeuta. Porque tem isso também, terapia sai caro, e pelo SUS, é complicado de conseguir, e quando consegue é... Se para médico, a empatia

já é essencial, imagina para terapeuta. E não é dizer se é bom ou se é ruim; se não tem empatia com aquele, azar! Não tem outro. Tem essas coisas também.

Se eu começo um tratamento, ou troco a medicação, eu digo: “– *Você vai voltar daqui a um mês, só que se der algum problema, venha, porque ninguém é doido de ficar tomando um remédio que faz mal até completar um mês; seja lá, ou seja aqui, não interessa. Pode vir e falar. É uma reação adversa.*” Mas a pessoa, às vezes, cansa de tomar o remédio. É muito complicado. Grosso modo, eles vêm a cada 4 meses, mas tem paciente que eu mando vir todo o mês, porque você precisa dar aquele reforço, pelo menos durante um tempo. É a grande complicação. E explicar para eles. A gente procura explicar que não é... hipertensão, por exemplo, o cara pára de tomar o remédio, mas depois volta. Eu digo: “– *Você pode ter até um derrame, mas você volta a tomar o remédio, a pressão normaliza. Agora, o HIV, é um ser vivo. Ele cria resistência e acabou! Você não pode brincar com HIV.*” Mas, infelizmente, tem alguns que só aprendem quando fazem uma infecção oportunista – faz uma infecção oportunista e aí começa a tomar o remédio; e têm outros, que nem assim. É o problema da adesão, que é o grande problema de toda doença crônica.

### **E como você lida com essas situações de dificuldades do paciente em aderir ao tratamento?**

E eu trabalho com HIV há duzentos anos! Quase 20, dezenove anos. Uma coisa que facilita a adesão é procurar explicar bem, eu acho que tem que explicar bem o porquê que não pode parar. Eu acho que tem que tentar. A única maneira é fazer com que o paciente entenda porque ele não pode parar de tomar remédio, porque ele tem que tomar.

E uma coisa que eu aprendi também, é ser tolerante com o início do tratamento. Eu era muito incisiva. “– *Não, você tem que tratar!*” / “– *Ah, eu não quero tratar.*” / “– *Ah, então tchau.*” “– *Não, tem que tratar!*” Há anos já, eu mudei. Eu acho que a pessoa tem que estar pronta para tratar, então eu sou tolerante, eu procuro deixar a pessoa chegar no seu tempo, e alguns, eu até faço profilaxia para infecção oportunista, enquanto resolve se trata ou não. Eu acho que é basicamente isso.

E a gente encaminha: “– *Vai num grupo terapêutico. Vai num grupo de portadores de HIV conversar.*” Aliás, o que tem de paciente, de pessoas, de grupos,

dessas ONGs – pessoas assim, ativistas que morreram de aids porque não tomavam remédio, você não acredita! Que não tratavam! Ai meu deus, era um terror!

Mas eu acho que é, basicamente, você procurar entender, e estar à disposição do paciente. Dizer: “– *Olha, qualquer coisa, venha falar comigo.*” Encaminhar para grupo, ou o que seja, porque não é fácil você tomar remédio a vida inteira. Agora, eu acho que a pessoa tem que ser um pouco pragmática na vida. Eu sou um pouco pragmática, sabe, e eu digo para eles: “– *Você pode vir aqui consultar só para consultar, se quiser, mas você tem que tomar o remédio.*” Concordo que é um saco tomar remédio todo santo dia, mas tem que tomar! Qual é a opção? Eles reclamam: “– *Ah, o remédio hoje em dia...*” Com razão, não é? “– *Hoje em dia o remédio lipoatrofia, faz isso, faz aquilo.*” Eu digo: “– *Mas a aids também faz. É que vocês não pegaram a fase da aids fazendo isso. A aids fazia a mesma coisa, só que em doente. Claro que não é agradável, mas vamos tentar minimizar isso; só que não é motivo para não fazer porque você vai ficar assim de qualquer maneira.*”

E eu tenho pacientes que estão acompanhando comigo há muitos anos! Anos, anos e anos! Para afirmar, eu tenho que olhar, se é de 1988 ou não. Porque quando houve essa junção com o INAMPS, o INAMPS não tinha prontuário. O INAMPS nunca trabalhou com prontuário, era a coisa mais engraçada. Quando o pessoal da pneumo foi para lá, junto com a Tb, sabe aquelas coisas de referência? Eles iam juntando, grudando uma na outra e era ali que eles anotavam. O paciente levava para a casa e trazia – para eles poderem dar sequência. Não ficava nada no serviço, nada! Quando eles foram para o Centro de Referência, a chefia foi do INAMPS, do antigo INAMPS, acabaram com o fichário geral do Centro de Referência, só não acabaram com o da hanseníase e com o da tuberculose, porque eram separados. Os outros – porque o Centro já teve clínica, pediatria, psiquiatria, DST-AIDS, e acabaram. O pessoal saiu correndo, e resgatou o que pôde, mas tem prontuário que se perdeu. Ontem mesmo, eu atendi paciente de 1981.

Inclusive, o meu trabalho, a minha dissertação, é sobrevida em aids – impacto da terapia na sobrevida. Ele tem até um histórico dessas esferas todas, de quando tem que dar remédio; quando está em falta, como é que faz, porque eu tive que levantar isso tudo. Você nota nitidamente: as projeções de sobrevida são gigantescas, cada vez maiores. É uma doença crônica.

Agora, não pode brincar, porque o HIV cria resistência; e é preciso fazer com que o paciente entenda, mas você precisa ser tolerante. Volta e meia, eles viram para você e dizem... Eu tenho um paciente antigo, que fala: “– *Eu não vou querer tomar esse*

remédio” Eu digo: “– Então me avise. Se você quiser realmente parar de tomar esse remédio, você vem falar comigo. Nós vamos parar monitorados, não parar na louca, porque pela característica dos remédios do HIV, alguns deles têm uma meia-vida muito longa; se você pára tudo de uma vez, aquele que tem a meia-vida longa fica como monoterapia, desenvolve a resistência igual.” Até para parar... [Riso] tem uma ordenação, vamos dizer, para interromper a terapia.

E eu tenho casos do sujeito que fala: “– Eu vou parar”. Quando o paciente não quer mais tomar, de jeito nenhum: “– Pára, ué! Fazer o quê?” Eu prefiro que ele chegue para dizer: “– Parei.” Por causa disso: por causa do risco. Ele pára e eu monitorando. Ou então, às vezes, nessas situações, quando o paciente chega e diz: “– Olha, eu não aguento mais tomar remédio, eu vou parar.” Eu aviso a ele, isso é uma coisa que os trabalhos mostram, e a gente já via na prática: se ele começou a tratar com o CD-4 bem baixo, e ele pára de tomar o remédio, em 3 meses o CD-4 dele está lá embaixo de novo, e ele vai ter que reiniciar. Agora, se ele começou a tratar com CD-4 ali perto de 300, ele vai ficar com esse CD-4. Ele pára e aguenta mais tempo sem tratar. É uma coisa que eu tenho que respeitar, mas eu tenho que ver como é essa parada, para evitar pré-resistência.

Se for um paciente que já está falhado, e quer parar, eu tenho que ver a resistência aqui, antes de parar. Como o HIV é muito dinâmico, se ele pára de tomar remédio, a população viral vai mudar. Eu não posso analisar a resistência, a análise dá um resultado falso. E, às vezes – é raro – eu tenho que parar porque o paciente tem um efeito colateral que eu não consigo manejar de jeito nenhum e, geralmente, esse efeito colateral é pela hiperlipidemia. Tem paciente que não vai de jeito nenhum, o lipídio sobe, sobe, sobe e não há o que baixe – não há dieta, não há exercício – e daí você tem que parar. E monitorando bem de perto. Mas são poucos casos, não são muitos.

**Com esses anos todos nessa área você deve ter acompanhando muitos casos marcantes na sua prática clínica...**

Ah, tem um monte! Tem tanto paciente, tanto! Tem paciente que eu já fui na Missa de 7º dia, tem paciente que eu já fui no enterro. No enterro não, mas Missa de 7º Dia eu já fui a várias! Hoje em dia, eu tenho menos tempo, mas já fui a várias, que as famílias vêm me convidar ou eu sei. Paciente que você se apega. Tem paciente que, quando eu saía de férias, ficava desesperado: “– Mas vai sair de férias? Como que eu

*faço?”* Eu digo: “– *Não, eu vou sair de férias e você vai continuar muito bem.*” Tem paciente que vira quase amigo seu. Você não pode virar amiga, porque pode até falsear a sua... Eu, pelo menos, tenho essa tendência. Se é uma pessoa muito amiga, eu acho que é um penar. [Risos] Eu posso deixar passar alguma coisa. Agora eu não vou lembrar, mas tem uns, inclusive engraçadíssimos, de paciente que te “aluga”.

Eu me lembro, bem no início, um rapaz – era um enfermeiro até – falando, falando, falando. Ele ficou falando, agoniado. Depois, ele teve diagnóstico de HIV também; na época ele não tinha, mas o companheiro tinha. E era aquele medo de ter. Ele falava, falava, falava. Ele ficou me “alugando” até umas 8 horas da noite. “– *Meu Deus! Eu não consegui interromper aquela coisa, ele desabafando comigo.*” Aí ele olhou o relógio: “– *Bom, você vai me dar licença que já está tarde. Tchau.*” [riso], como se eu que estivesse ali...

Eu o entendo, mas esse tipo de coisa, você tem que deixar, porque é a agonia do paciente. Paciente que, de repente, pedia remédio para o cachorro. Esse tipo de coisa. [Risos] “– *Eu sei que a senhora tem cachorro. Dá um remédio para o meu cachorro, se você puder.*” / “– *Tá bom! Toma albendazol. Que raça que é? É grande? Então é fácil. Se for pequeno, eu não dou!*” [Risos] Uma cachorra grande tomando remédio... Essas coisas assim, muito engraçadas.

Uma outra também, muito engraçada, essa eu me lembro também, que era bem do início. O homem veio, tinha diagnóstico de HIV, e foi pedido o exame da esposa dele. Ele veio com a rotina pedida, e ela veio para ver o resultado do exame; o dela era negativo, eu disse: “– *Uai! Então eu vou dar logo o seu resultado, vou orientar a janela imunológica, aquela coisa toda, porque aí você já fica liberada, porque o dele nós vamos ter que analisar.*” Quando eu dei o resultado negativo, essa mulher ficou tão contente! Ela falou: “– *Bom, então a senhora vai agora olhando os exames dele.*” Ela foi levantando para sair. “– *Eu vou deixar ele aqui e vou lá ver não sei o que.*” Mas ela foi – aquilo era alegria – chegou por trás dele e fazia “assim”, sabe? E eu... [Risos] Foi muito engraçado! Eu séria, olhando para a cara dela.

Uma vez também, um paciente que morava no interior, primeiro ele me deu um vasinho, uma plantinha num vasinho. “– *Trouxe para a senhora.*” Eu disse: “– *Ai que bom! Poof! Plantei no quintal lá em casa.*” / “– *Ah, já que a senhora plantou...*” / “– *Está lá plantado.*” Aí, na outra vez que ele voltou, ele perguntou: “– *A senhora gostou do meu ikebana?*” Eu disse: “– *Ai meu Deus! [Risos] Plantei e nasceu a ikebana do coitado!*” Por isso que não crescia de jeito nenhum! Claro, ia crescer, mas ia demorar,

porque ele estava todo podado. Agora, como é que eu ia adivinhar que aquele treco, num vaso comum... Geralmente, o ikebana está arrumado.

E esse mesmo paciente, um dia eu chego, ele morava no interior, e demorou a vir. Eu chego na sala de espera, toda cheia: “– *Olá! Tudo bom? Quem é vivo, sempre aparece!*” Menino, quando eu falei isso, eu queria sumir! Isso, naquela época que a gente mal tinha AZT e DDI, eu viro para o cara e falo: quem é vivo sempre aparece! Eu fui entrando, sabe, e queria morrer depois! Ai meu deus! Ô, boca, viu?

Tem histórias engraçadas, interessantes; e histórias horríveis também. O pior diagnóstico que eu dei, eu lembro até hoje do menino. Ele estava indo para Foz do Iguaçu, e estava aqui, numa escola convencional, ele tinha 12 anos. Ele estava nessas escolas de menores, tipo FEBEM, e estava indo para Foz, para ficar com a família, e eu tinha que dar o diagnóstico para ele. E naquela época, também acontecia muito isso: todo mundo pedia o exame de HIV, mas na hora de dar o diagnóstico, ninguém dava. Até que a gente determinou que não ia mais dar o diagnóstico para ninguém, e aí neguinho parou de fazer isso. Mas esse menino, era um caso a parte, e eu tive que dar. Eu nunca esqueço: um menino de 12 anos – um menino de rua, cheio de problemas – ele olhava para mim e dizia: “– *Eu tenho aids, tia? Eu tenho aids?*” Para explicar isso pra criança... Horrível, não era para ter nada disso naquela idade. Não era certo, mas... Foi para lá.

Por outro lado, tem um, que é hemofílico, e que a gente acompanha também mais ou menos desde essa idade. Ele veio consultar, e no dia: “– *Eu estou fazendo aniversário hoje.*” / “– *Quantos anos?*” / “–*Trinta.*” Eu digo: “– *Meu Deus! Eu estou ficando velha mesmo!*” Esse é depois do casamento. [Risos] Ele começou no SUS, nesse meio tempo ele trabalhou; fez faculdade, se formou, trabalha, tem convênio e veio para o consultório. [Riso] Esse tempo todo.

### **Nessa área da AIDS, muitos usuários acabam tendo a co-morbidade com dependência química...**

Muito, muito. Principalmente hoje em dia, com crack. Aqui, tem muito crack, igual São Paulo. Isso a gente vê: paciente que bebe, mas usa remédio. Eu tenho uns conservados em álcool; fantástico, não sei como, até eu espanto. Paciente que fuma maconha vai mais ou menos bem; até o que cheira cocaína vai mais ou menos bem, mas o crack é um inferno! É o pior! E é difícil. É um vício, é uma doença. É o pior que tem.

E para largar isso? Não larga, é muito difícil. Eu oriento, o que é que eu vou fazer? Eu não julgo, como é que eu vou julgar? Eles até me contam se usam, tudo, porque sabem que não vou voltar a pegar no pé. Eu digo: “– *Olha, você não vai fazer isso não é porque é feio ou bonito, é porque faz mal.*” E tenta, vai, procura tal serviço, procura tal lugar. A gente procura orientar, mas sabe que não vai.

As outras drogas são até mais tranquilas, o paciente até vai bem. Desde que não faça igual a outro paciente meu. Eu comentando assim: “– *Olha, procura não usar droga. Se você não conseguir ficar sem fazer nada, procura usar o que menos faz mal. Mas procura não usar nada.*” Você dá esse tipo de orientação, e manda para o especialista. Aí lá vem o paciente com a mãe: “– *Não é? Viu, mãe! A Dra. Marina disse que eu posso fumar maconha.*” Ai, ai! Então tem que ter cuidado com o que a gente fala. Mas faz menos mal, em termos de tratamento, de adesão ao tratamento. O crack, a pessoa perde a noção totalmente.

### **Você acabou se tornando uma super-especialista, com essa dedicação à AIDS, não?**

É, acaba virando. Atualmente então, eu não vou, porque com o negócio do mestrado, eu não consigo estudar mais nada! Eu cada vez vejo mais aids, e as outras doenças infecciosas que eu gosto, coitadas, estão ficando de lado, porque eu não tenho conseguido estudar o que eu gostaria. Mas, realmente, você acaba se ultraespecializando.

Isso foi sem querer, não foi nada de propósito – pelo volume, pela própria especialidade. Infectologia tem pouca doença de consultório. O que permitiu mesmo que a gente tivesse consultório, foi aids; depois, começaram as hepatites, há menos tempo, quando começou a se tratar as hepatites. Tanto que a infecto perdeu o “pé” das hepatites para a gastroenterologia. Agora que está retomando. Já que não tinha o que fazer, ia tudo para cirrose e transplante, então ficava tudo para a gastro.

Quando começaram a aparecer os tratamentos para DIC, eles que começaram a fazer. Depois que o pessoal da infectologia acordou. “– *Êpa! Cadê as hepatites?*” Agora que estamos retomando o cuidado também. Mas não quer dizer que os gastroenterologistas não possam tratar mais, eles também podem. Foi por uma questão de ocupar espaço realmente; e o número de casos, poucos especialistas. Começa a vir paciente, paciente, paciente e você, de repente, está atendendo. Qualquer pessoa que

tem consultório de infecto, o grande volume é HIV. Em segundo lugar, hepatite – qualquer – com algumas derivações daquele pessoal que faz muito hospital; daí pega o pessoal que teve alta com resto. Resto, que eu digo, é para dar sequência ao tratamento de osteomielite, de infecção hospitalar e que tem que dar continuidade no ambulatório. Esse tipo de coisa. No caso da infecto, acabou ficando muito essa doença, em termos de consultório, de ambulatório.

E no resto da medicina, também. Tem gente que só trabalha com uma determinada coisa. Mas no caso da infecto, não é que a gente queira. Eu, pelo menos, não é uma coisa: “– *Eu só quero trabalhar com isso.*” Não. É porque as outras, realmente, você tem que internar, ou tem um acompanhamento curto. Ou, às vezes, nem acompanha. Certos conceitos que a gente tinha, por exemplo, de toxoplasmose, antigamente, se tratava de todo mundo com exame positivo; você saía tratando todo mundo. Hoje em dia... Semana passada mesmo, eu convencendo o menino, o rapazinho achou ótimo, mas a mãe não se conformava, porque eu estava dizendo para ela que o filho não tinha mais clínica nenhuma, e que eu não ia tratar o papel do exame. Mudou muito o conceito, então. O exame físico estava normal, não tinha queixa nenhuma, e exame oftalmológico normal. Eu vou tratar o quê? O IGM vai ficar positivo aí 2, 3 anos.

Já paciente de HIV não tem isso, ele vai acompanhar. A gente brinca com os próprios pacientes: “– *Ah, está difícil conseguir consulta.*” Sim. E ninguém morre mais. A verdade é essa. Então cada vez tem mais.

Eu não me lembro se já contei isso, mas no ambulatório, por exemplo, lá do Estado, que foi o primeiro grande ambulatório, lotava! Não tinha mais capacidade de atender ninguém, daí fechava a agenda – ficava 3 meses a agenda fechada e abria de novo, porque morria metade dos pacientes. Era um horror! É aquilo que eu falei, que balançou todo mundo. De repente, você estava ali, lidando direto com a morte, coisa que a gente não estava habituada; você vê o paciente ir embora sem você poder fazer nada. Morrer, tudo bem, mas não poder fazer nada é que é duro.

Felizmente, ninguém morre mais. E é verdade! Quem interna e quem morre? Aqueles pacientes que têm sérios problemas para conseguir fazer o tratamento; geralmente problema psicológico, social e, às vezes, as duas coisas juntas – não tem onde morar, usa droga, não consegue aceitar a doença, daí ele não trata direito, acaba adoecendo e morre. E aquele que acha que não tem, que descobre quando está com uma doença oportunista grave. Fora isso, o resto vai indo. Felizmente. Mas daí os

consultórios enchem, a fila aumenta, a fila não anda, fica ali, só aumenta. É engraçado. Felizmente, já é alguma coisa.

E na medicina, em geral, parece que tem uma tendência do pessoal ir optando por uma especialidade e eu acho, infelizmente, que isso é irreversível. A medicina, hoje em dia, chegou a um nível de conhecimento que ninguém consegue mais dar conta. Você faz o básico, vamos dizer. Você consegue fazer o básico, que resolve acho que 80% das coisas. Agora, tem horas que você vai ter que ter o especialista ou o ultra-especialista.

O problema é que todo mundo quer ser ultra-especialista. Aí é que não dá! Teria que ter um meio termo. Agora, como é que isso vai acontecer, eu não sei, porque existe inclusive uma pressão do mercado, vamos dizer assim.

O próprio paciente gosta daquele médico que é bem especializado. Se ele liga para você, e só vai ter consulta para daqui a 3 meses, ele acha maravilhoso. Se você tem consulta para daqui a uma semana, ele já acha que você é ruim. Eles não têm noção de agenda. Tudo isso leva – e hoje em dia, infelizmente – mais do que a ultra-especialização.

Você não pode condenar se o cara tem vocação para aquilo, se ele gosta daquilo. O que me preocupa, que eu estou vendo nos alunos que perguntam: “– *Tal especialidade dá dinheiro?*” Mudou o enfoque, isso que eu acho preocupante. Claro, você tem que viver! Você não vai viver “de brisa”. Mas você fazer uma especialidade pensando se dá dinheiro ou não? É um pecado, e olha, não é nem 1, nem 2 que me perguntam isso. “– *Infecto dá dinheiro? Infecto rende? Medicina do Trabalho dá?*” – porque eles começam a perguntar de outras áreas também. “– *Dermatologia? Ah, eu não quero fazer dermatologia; dermatologia-doença não dá dinheiro, estética sim.*” E daí vai tudo fazer estética. Você conta nos dedos o dermatologista que quer fazer dermatologia; o resto, tudo faz estética. É o pessoal que está no último ano que fala isso! Nem se formaram ainda, e já querem fazer dermato, porque dermato não precisa fazer clínica antes, já pode fazer direto, eles passam um tempo na clínica, mas não precisam fazer residência para clínica, para depois fazer outra residência. Mas não tenho dúvida que dali, acho que 80% vão para a estética, que é o que dá grana, e isso é uma verdade. É a tal história da pressão do mercado. O paciente, para te pagar R\$ 60,00 numa consulta de tabela, ele chora, reclama a beça! Agora, se você disser que vai fazer um laser para depilar a perna, que custa R\$ 400,00 a sessão, ele paga, não reclama. No

máximo, pede para segurar o cheque. Eu vejo isso com o pessoal amigo que trabalha com dermato e com estética.

O que há de positivo, nesse movimento de especialização crescente, eu quero crer que é maior conhecimento. Agora, negativo é isso: que você só olha... Eu até acho que você pode ser especialista, mas você tem que olhar como um todo o teu paciente, nem que seja para você mandar para outro especialista [riso], mas você não pode olhar só aquilo.

E outra coisa que eu vejo, infelizmente, eu vejo o clínico, hoje em dia, como um “triador”. Eu não vejo clínico fazendo clínica. Ele virou um “triador”. “– *Você vai para a cardio, você vai para a pneumo, você vai para a nefro, você vai para a infecto.*” Não é por aí, você até pode mandar para ter uma opinião, vamos dizer, mas depois, o paciente volta. Eu acho muito difícil isso.

E outra coisa que eu vejo, cada vez mais, é o pessoal... Escreveu, não leu e continua: “– *Vamos dar antibiótico. Vamos dar antibiótico para o paciente.*” Anteontem, a sobrinha de uma amiga, com quadro de sinusopatia, mas assim: “– *Catarro colorido?*” / “– *Não.*” / “– *Dói a cabeça, uma pressão...*” Fiz orientações gerais, mas ficou agoniada e foi no otorrino, que nem radiografou, nem fez nada. Primeiro vê se sai secreção; às vezes só drenando já, faz uma inalação quente, já sai. Agora estava vindo para cá um paciente que estava com uma dor na região intercostal, foi no médico. “– *Ah, Dra. Marina, deu um antiinflamatório, que eu não lembro o nome, e Avalox; e pediu um raio-x.*” Eu disse: “– *Avalox para quê? Para que dar antibiótico? Está com febre?*” / “– *Não.*” / “– *Então não toma! Faz o raio-x e observa.*” O que eu penso? Paciente HIV com dor intercostal é herpes. “– *Vê se vai aparecer bolinha. Ou é uma distensão ou é herpes zoster. Não tem o que ver. Observa se aparece alguma coisa, faz o raio-x e me liga, mas não toma Avalox!*” Para quê dar antibiótico? Porque quer que o paciente saia. Eu não sei se vende mais porque é fresquinho ou se é fresquinho porque vende mais. O paciente reclama que sai sem medicação – médico bom é aquele que medica; daí o médico medica sem necessidade e entra nessa roda viva. Para quê? Isso está muito exagerado hoje em dia. Acabei de te dar dois exemplos, dois seguidos, de uso indiscriminado, até escolhendo bons antibióticos, prescrevendo direito, só que... sabe se precisa? Você convencer um paciente, que nem esses negócios da toxo, que eu te citei, que ele não precisa tomar remédio, é duro!

Quer ver um exemplo? Paciente que vem com IGG positivo para citomegalovírus. Pediu exame porque teve sei lá o que e veio tudo normal, mas veio

com o IGG positivo. Aí você vai explicar que 70% da população têm aquilo positivo, que ele adquiriu na infância a doença, só que o primeiro médico que pediu esse exame disse que aquilo era muito grave e que ele tinha que tomar remédio. E daí? Você explicar que aquilo ali não comprometia, que ele não vai ter risco, olha! E muitas vezes, esse paciente vai embora e nunca mais volta! Ele não acredita em você. Agora, se você vai lá e dá o remédio, seja o que for, se eu desse um antibiótico – ele não tem noção do perigo do antibiótico – ele ia sair feliz da vida.

Herpes, hoje veio um aqui: “– *Ah, eu tenho herpes.*” Você vai ensiná-lo a conviver com herpes, porque não tem como curar herpes. Eu também fico indignada! [Risos] É muito engraçado.

Ah, mas certas coisas, eu não abro mão. Eu digo: “– *Ah, vai tomar banho!*” porque tem pressão do paciente pelo exame, tem os que querem exame e eu digo: “– *Não tem necessidade de fazer isso não, sinto muito.*”

Sabe o que acontece muito, e já aconteceu comigo? Até na ocasião, eu cedi; por ser a sobrinha de um amigo, você acaba tendo uma relação. Eu disse: “– *Olha, eu vou pedir pelo seu convênio, mas depois, se você quiser continuar tratando com esse médico, você tem que ver.*” O pessoal que faz medicina ortomolecular tem mania de pedir exame para tudo. Daí o paciente, muitas vezes, corre para o convênio – medicina ortomolecular não tem convênio – para pedir o exame. Quer dizer, está errado. E isso na clínica, eu acho que é pior; na especialidade é bem menos. Nesse caso, é porque era sobrinha de uma amiga. Foi uma coisa complicada, mas eu já pudei. Pedi essa vez, e ela nunca mais veio pedir, porque eu já avisei que não pediria, porque não é o caso. Se você acredita tanto naquilo, faça os exames que o cara pediu, ou pague, para dar o devido valor, vamos dizer, já que pagou, sei lá, R\$ 600,00 a consulta, e vai pagar os R\$ 1.000 e pouco pela vitamina! [Riso]

O máximo que eu faço, quando eu vejo que o paciente está muito angustiado, mas aí eu faço pelo efeito placebo, é dar um complexo B, complexo B não acumula, não compromete nada, não tem risco. “– *Vamos complementar aqui com esse complexo vitamínico, que é muito bom.*” Mas pelo efeito placebo. Não porque o paciente quer, mas porque ele vai sossegar se tomar alguma coisa.

**E o que você acha desse exagero no uso de medicamentos e exames?**

Eu acho que essa pressão vem da mídia mesmo. É para resolver, as pessoas têm que resolver tudo, para início de conversa. E aí tem toda a pressão da mídia. Não tem mil reportagens e filmes falando que o remédio faz bem? Antidepressivo, então! É uma coisa que eu discuto muito com os alunos; eles ficam nos postos de PSF também, no estágio. É um tal de: “– *Ai, fulano está com depressão, doutora. Não vai medicar? Ah, professora...*” / “– *O que é isso?! Ela está triste.*” / “– *Ah, mas é há mais de não sei quantas semanas.*” E desde quando você pode medir tristeza? “– *Passou duas semanas, então...*” Não existe isso! Qual foi o impacto? Qual foi o grau? O que levou ela a ficar triste? Foi porque quebrou a unha ou foi porque perdeu o filho? Há gradações, de tempos diferentes. Tem muito isso, tudo é para medicar, é para medicar, é para medicar. Depressão, então! Até parece que antidepressivo, só, resolveria todos os males do mundo, aí eu ia tomar! [Risos]

Na rede eu vejo esse uso indiscriminado de antidepressivo. Eu vejo porque eles vêm com essa idéia. Se eles vêm com essa idéia, é porque eles estão vendo. Usam demais antidepressivo. Eu acho que tem a ver com isso: o paciente ouve falar, o médico também, não é por mal. Na unidade, você vai conseguir facilmente uma terapia de apoio com o seu paciente, ou mesmo no consultório? O convênio paga consulta, mas não paga terapia. Poucos têm grana pra bancar terapia particular, e a gente sabe que o melhor é juntar as duas coisas – fazer terapia e, se for o caso, tomar antidepressivo. Mas, na prática, não consegue fazer isso. Aí o pessoal acha: “– *Bom, pelo menos eu vou dar o antidepressivo.*” Tem tudo isso para levar em conta.

Por exemplo, essas orientações que eu dou, como eu dei como exemplo a sinusite dessa colega; eu falei isso porque é uma pessoa super bem orientada, e que tem acesso a mim na hora que quiser. Agora, se eu tivesse atendendo no posto de saúde, talvez eu medicasse, porque eu não sei quando que eu vou ver de novo. Então, às vezes, é melhor você já sair dando antibiótico de uma vez, mas eu acho que as pessoas têm que procurar, pelo menos, ter esse bom senso, e não tem. E não é um horror, eu não estou dizendo que seja um horror, mas eu vejo muito isso: o pessoal medicando muito, sem necessidade. Eu acho que tem a ver com formação, com exemplo, com pressão de tudo, internet, mídia, você vê falando de antidepressivo em reportagem, filme. A internet é muito boa, mas por outro lado, o pessoal vai lá, consulta e acredita em tudo quanto é boato. Não tinha um negócio que Marte ia aparecer igual uma lua agora? Todo ano, nessa época, vem essa bodega de novo! “– *Você viu?*” / “– *Que lua! Só se colidir! Eu vou morrer e Marte está vivo!*” [Risos] Está na capa.

E tem os remédios novos, tem demais. E no final, se você vai ver, pertencem todos quase à mesma classe. Quase todos fazem o mesmo efeito. Eu, por exemplo, neste último ano, estou muito voltada para o negócio da aids, e cada vez mais remédio. O que eu quero, quando o paciente me diz: “– Ah, fulano me prescreveu tal.”? Eu digo: “– Qual é o nome químico, o nome que está embaixo?” – porque eu não sei mais o nome comercial de quase nada. Tudo quanto é substância, hoje em dia, tem “trocentos” nomes comerciais. Antigamente, era fácil. “– Ah, eu estou tomando Bactrim.” Eu sei que é sulfá. Agora, tem milhões, e você não sabe o que é! E lançam toda hora; fora os tradicionais, que tem milhões de similares, ainda lançam remédio novo toda hora. Mas claro que lançam, aí é a pressão econômica: “quanto mais novo, melhor.” Então, vamos prescrever.

E os alunos saem com essa cabeça também, do mais novo, porque isso é dado no exemplo, não é dado em aula. Não é a minha área, por exemplo, mas eu não acredito que seja dado em aula. Eu acho que é mais exemplo. Você está fazendo estágio com determinado professor, em determinada clínica, daí ele: “– Ah, esse remédio...” Não que seja dado em aula, eu acho que é mais um exemplo dado por aquele professor que acaba de receber a visita do laboratório e já prescreve. Isso é um exemplo que ele está dando, e eu acho que não é por aí. Eu acho que não chegou ainda nessa coisa de passar texto dando em aula, acho que não!

Também existe pressão da indústria farmacêutica, pesa, não há como negar, existe. Em troca “de”, é tudo uma troca de favores. O laboratório é bonzinho; aqui ele paga lanche, aqui ele dá guarda-pó, o outro faz não sei o que e o pessoal acaba, sem querer, não faz de propósito, não faz conscientemente talvez, mas faz. “– Ah, o fulano é meu amigo. Eu vou prescrever o remédio dele, não sei o que.” Claro que existe! “– Fulano pagou meu congresso, beltrano não sei o que”. Isso existe, com certeza acontece muito.

E na minha área, a AIDS, sempre têm lançamento de muitos produtos. Eles fazem lançamento, convidam; fazem um coquetel, um jantar ou um show. Tratam super bem, quando é lançamento. Você fica em hotel 5 estrelas, tem traslado para lá e para cá. Mas é a tal história: se você já tem uma cabeça feita, isso não te influencia. Influencia no sentido de que aquele representante, por exemplo, é super gentil com você, e você vai ser gentil com ele, não vai deixar ele 15 horas esperando para conseguir falar com você, mas não vai te influenciar em termos de usar tal ou qual remédio; você vai usar de acordo com seus critérios – com os estudos, com trabalhos.

Agora, uma pessoa que não tem toda uma experiência de vida e profissional... Por que profissional? Porque é tudo troca. Se eu sou uma profissional com não sei quantos anos de experiência, com trocentos pacientes, é diferente de um profissional que tem pouco tempo de formado e que tem meia dúzia de pacientes. A relação de força com os laboratórios é diferente. Eles falam e você ouve, claro. É o trabalho deles, eu acho que tem que ouvir. Eu ouço, sou paciente... abre aquele folheto e fica lendo para você. Nesse ponto, não tem mais. Eles trazem separatas de artigo, claro, trazem tudo que interessa para eles, mas você vai ter o seu critério – espero! Até nesse ponto, graças a deus, a gente não recebe muitas visitas, mais que fica nisso. Mas isso existe, por quê? Sei lá, deficiência na formação, não sei. E com essa revolução diária de produção de novos medicamentos, conseguir discernir, no cotidiano... Isso é mais uma coisa que influencia para a especialização, porque você acaba sabendo o básico, que é o que resolve a grande maioria dos casos. O básico resolve a grande maioria dos casos, mas você acaba se aprofundando num ou outro aspecto. Claro, tem aquelas cabeças privilegiadas que realmente sabem tudo, mas a maioria das pessoas não é assim. Os normais não conseguem, viajam. Eu, deus me livre! Chega uma hora que eu não sei mais o que é aquilo. Realmente eu tenho que ver o que é a substância.

A indústria, quando lança produtos novos na aids, não sai como uma grande panacéia. Para nós, pelo menos, não sai como uma grande panacéia, sai como um remédio muito bom, e eles tentando provar que é melhor que o outro com quem ele concorre na mesma faixa. Têm sempre dois que concorrem na mesma faixa, um tentando provar que é melhor que o outro. Mas você vai ter, espera-se, acesso aos trabalhos, vai ter bom senso. E a tal história: o que mostra no trabalho, paciente de pesquisa é uma coisa, paciente na vida real é outra, então tem que ter esse bom senso também.

E outra coisa que eu vejo muito e que eu não vi nenhuma entidade médica ou de farmácia reclamar é, muitas vezes, reportagens em revistas de nome – *Isto é, Época, Veja* – falando em determinado remédio. Eu já vi isso com tudo quanto é classe de remédio, na *Folha de São Paulo*, tudo, inclusive com antiretroviral. Chega lá e diz: “– *Lançado tal remédio, que é maravilhoso.*” Aquilo é reportagem paga, e eles não colocam! Eles tinham que pôr! Deviam ser obrigados, porque é propaganda, e falam como se aquele remédio fosse melhor que os outros. Aí os pacientes dizem: “– *Doutora, disseram que agora lançaram um remédio que é melhor que os outros.*” Eu digo: “– *Olha, melhor ou pior é relativo, porque para cada pessoa... se você está tendo*

*uma resposta boa com esse que está tomando, para que você vai querer trocar? Guarda esse para depois. E o fato desse ser um bom remédio, não quer dizer que ele substitui os outros”* – porque eles dão sempre a entender que aquele é melhor e que vai substituir todos os outros, e não é verdade, porque continua tendo que fazer parte de um esquema composto. E isso eu vejo toda hora! Eu não sei como é que pode. Ninguém reclama! Nenhuma entidade reclama, e fica lá. Para mim, é propaganda explícita.

Se você é profissional de saúde, você tem discernimento. Agora, se você é um paciente, que tem aquela doença, você vê aquilo e quer tomar aquilo.

E, às vezes, noto divergências entre o paciente da pesquisa e os outros pacientes. O paciente de pesquisa, por exemplo, primeiro: ele ganha. No Brasil não se pode pagar para pesquisar, mas eu tenho paciente participando de várias pesquisas, e ele pode ganhar um auxílio de custo. Já que é uma pesquisa, ele pode ganhar; geralmente dão R\$ 20,00 para ajudar no transporte e fazer um lanche, porque o paciente que não participa da pesquisa, às vezes, não é tão comum, felizmente, mas eu tenho paciente que não vai consultar porque não tem dinheiro. Então já é um ponto.

Segundo: ele vai ter acesso a exames que a gente não dispõe. Fenotipagem virtual, por exemplo, num paciente multifalhado é um exame importante, mas a gente não tem na rede pública esse exame – e até por isso eu encaminho. Se o remédio não for beneficiá-lo, pelo menos ele vai ter acesso a esses exames. E são pacientes um pouco sacrificados no início, porque eles têm que ir, no início, a cada 15 dias, depois, a cada mês; e colhe sangue, não sei o que. Mas, por outro lado, faz monitoramento de droga, colhem sangue para ver o nível da droga no sangue, e isso vai ajudá-lo. “– *Olha, você está dizendo que está tomando remédio, mas não está.*” Ou então: “– *Êpa! Tem um problema aí qualquer de absorção, de metabolização.*”

É um paciente muito visto. Se ele não vai, ligam para ele. Telefonam lembrando: “– *Sr. fulano, Sr. José das Couves, o senhor tem consulta amanhã. Não esquece. Vem em jejum porque tem coleta de sangue.*” Se ele não vem: “– *Seu José, vem amanhã então. O que aconteceu?*” E, no dia-a-dia, ninguém faz isso. É o ideal, mas ninguém tem estrutura para fazer isso: ligar para os pacientes e lembrar; no SUS, liga para todos eles e lembrar: “–*Olha, você tem consulta amanhã. Venha.*” “– *Fez exame?*” “– *Não fez? Vamos remarcar*” Tudo isso é diferencial. E por que você faz isso? Porque como ele participa de uma pesquisa, você tem que ter os resultados dele, sejam bons ou sejam ruins, mas você precisa de resultado, e no dia-a-dia, o resultado só interessa a ele, coitado! Por mais que você, às vezes fale, ele não quer, não foi, não entendeu ou não

quis mais. E aí? E isso acaba dando uma diferença no resultado final, sempre dá. Em termos de: “– *Ah, fulano toma trocentos comprimidos.*” Sim, na pesquisa, mas no dia-a-dia, joga metade fora e não quer saber. E ele pode mentir e, às vezes, só vai saber quando falhar, porque não tem como fazer monitoramento.

**E no dia-a-dia, quando precisa, como é que você faz para se atualizar em algum tema?**

A produção dos artigos foi uma coisa que explodiu hoje em dia. A gente até estava comentando nas aulas, o pessoal não tem, você tem que buscar... Quando a gente fala de revisão sistemática, de metanálise, você tem buscar em várias fontes o resultado negativo, porque ninguém publica resultado negativo. Então, até que ponto você pode confiar?

É uma loucura! A gente procura estar sempre acessando os sites das revistas que são teoricamente confiáveis, [risos], com produção. Fora isso, tem a Sociedade Internacional de Aids, tem o próprio ministério da Saúde daqui, que é bem bom, bem atualizado.

E a gente vai atrás de revista médica. Tem o *Jornal da Aids*, tem a *Aids*, tem o *Lancet* das Doenças Infecciosas – o próprio *JAMA* publica muita coisa também. Essas a gente acha que são confiáveis. Tem o *New England*... apesar de a gente saber que também podem publicar besteira, é um risco que, às vezes, você corre.

Tem que estar sempre atrás, porque muda tudo. Agora, por exemplo, já está mudando de novo, pela Sociedade Internacional de Aids, a indicação de começo de tratamento. [Risos] Aqui, ainda vai demorar um pouco, mas é muito engraçado! Vai e volta, vai e volta.

Existe um consenso, que é refeito a cada ano, basicamente. E, às vezes, sai duas vezes por ano, quando é um ano que sai muito remédio, muita coisa nova... é pelo menos anual. O negócio anda rápido na aids. Eu, sempre que dou aula, digo: “– *Eu estou falando isso pra vocês agora. Daqui a algum tempo, vocês procurem se atualizar. De repente, vocês vão dizer que eu estou louca, e não, é porque mudou o consenso.*”

E além das revistas, tem congressos também, aids tem muito congresso durante o ano. Tem sempre um congresso internacional, tipo mundial. Internacional não, mundial. Esse ano, por exemplo, foi o Congresso Mundial e ano que vem, vai ter o da Sociedade Internacional de Aids. É cada ano um. Fora isso, tem o Congresso de

Retrovírus, tem Congresso de Efeitos Adversos de Antiretrovirais, tem de Antimicrobiano e Antiretrovirais, tem o Congresso Europeu de Aids.

Olha, durante o ano, são uns 5 ou 6 congressos que tem coisa de HIV – daí a coisa mais nova. E você tem acesso aos abstracts pela internet, é o jeito para você ficar atualizada, não tem outro. Eu dou uma peneirada no que vem – o título, o que fez, e se é uma coisa que me interessa, porque tem muita coisa repetida também. Acaba tendo muita coisa repetida, ou então de virologia básica. Aí eu não vou nem entender aquilo que eles estão falando. O sujeito, às vezes, publica o mesmo trabalho, você tem que dar uma peneirada. O que foi? Como é o desenho? Tenta ver a descrição do estudo, se interessa, ou não. Lê o resumo, e se interessar, pega o trabalho inteiro. Não dá pra ler o trabalho inteiro, tudo isso, porque senão você fica louco. E isso só de aids! É um horror! Volta e meia, eu junto pilhas! Eu estou com uma pilha para ler, porque não tem dado tempo. Daqui a pouco, dá um sossego, eu leio, leio, leio. Vejo o que me interessa, aí a pilha foi, esvazio a pilha velha. Eu dei uma limpada na minha papelada, não parece, mas eu dei uma arrumada. [Risos] Tem coisa velha, que eu guardo. Na hora: “– *Ah, isso aqui é interessante, vou guardar porque eu vou usar.*” Daqui a pouco, daqui a três anos, aquilo não serve mais, é duro! [Risos] Eu sou a alegria dos catadores de papel.

E quando eu estou lendo esses artigos, tem coisa que não parece confiável, é uma amostra viciada, claro. Você vê o desenho do estudo, vê aquilo limitado, falseado, e compara com coisas diferentes. Tem várias mutretas. Tem que cuidar, principalmente se for trabalho que é patrocinado por laboratório. Tem que ficar de pé atrás. E tem bastante na aids, e interessa, porque trabalha com droga nova, acaba interessando. Que nem eu, com esses pacientes; aqui para o Brasil, eles trazem estudos – até porque o ministério exige que faça pesquisa clínica aqui, só que aqui, pesquisa quase 3, 4 para liberar o remédio. Já foram lançados no exterior, já fizeram pesquisa; são feitas pesquisas aqui, só que há uma oportunidade. Aquele paciente que já usou, que está falhado pra tudo quanto é remédio que a gente já dispõe, vai ser testado na pesquisa com remédio novo; é a chance para ele. E como eles querem ter uma boa resposta, além do remédio daquele laboratório, que está patrocinando aquela pesquisa, disponibiliza pelo menos um outro laboratório para o tratamento ser eficaz. Então, para o paciente... Eu tenho paciente que já estava ali, com o pé na cova, literalmente, e que está muito bem, saracoteando para lá e para cá. É importante, ele participar é importante. São pesquisas autorizadas pelo CONEP.

Mas, você acha que eles vão dar muita ênfase, se o remédio provar ser pior que o outro? Eticamente, eu sei que meu paciente está resguardado. Já aconteceu numa pesquisa, que mostrou que aquela dose não era boa, e todo mundo mudou de dose durante a pesquisa. Agora, por exemplo, se o remédio for pior que o outro, você acha que eles vão... Eles vão mudar, vão trocar, vão mudar a dose. Se for pior, você acha que eles vão publicar? Não vão publicar! Foi feito? Foi! Mas não vão publicar, você só vai achar isso numa nota de bula, onde tem aquela letra micro, desse tamanho, que o estudo número tal mostrou que ele foi inferior. Aí você tem que confiar em algumas pessoas, em alguns professores. Tem um professor da John Hopkins que faz umas análises e pega mesmo; ele descasca os negócios. [Risos] Porque ele tem tempo para ir atrás desses trecos. Então, a gente tem sempre que desconfiar. É aquela história, cadê o resultado negativo? Não é fácil, imagina em outras áreas!

### **E na aids tem essa coisa de uma luta freqüente das ONGs...**

Na aids há uma luta freqüente das ONGs, é graças a toda uma pressão social, que a aids tem o que tem. Bem no início da aids, duas coisas foram combinadas. Primeiro, tanto no exterior, quanto aqui, os primeiros grupos atingidos eram pessoas intelectualmente privilegiadas, e tinham poder econômico. E essas pessoas faziam e fazem pressão para ter o tratamento. Por exemplo, qual foi o grupo mais atingido no início? Eram os gays; os gays ricos e intelectualmente muito bem preparados. Fizeram todo um lobby para tratamento, diagnóstico e para o acompanhamento da aids. Tanto que a aids, tem uma lei específica de tratamento. É a única doença que tem uma lei que obriga a dar o remédio. [Riso] E graças a isso.

Juntou a pressão dessas pessoas, com a pessoa que, na época, foi nomeada coordenadora da Aids, a Dra. Lair Guerra de Macedo, que era uma leoa para defender a coisa! Eu me lembro que uma vez, eu fui a um seminário – era TB e HIV – e o pessoal da TB reclamando que não tinha mais verba pra nada. E ela: “– *Vocês têm que fazer quem a gente: vai e consegue coisa do Banco Mundial.*” Mas não foi só o ministério que conseguiu, foram os pacientes e os grupos que estavam mais em risco. Na época, tinha essa história de grupo de risco. Agora, vê se em outras doenças eles se reúnem e fazem a mesma coisa?

Eu estava numa das cadeiras do mestrado, e o professor estava lá reclamando: “– *Que o paciente de aids...*” E olhava pra mim, como se a culpa fosse minha. Eu disse:

“– Olha, eu também acho. Eu gostaria que o meu paciente que tem tuberculose, que o meu paciente que tem *paradoccidioomicose*, tivesse acesso a tanto exame e a tanto remédio quanto os de aids. Agora, isso aí foi, principalmente, graças à mobilização dos pacientes de aids.” Se fosse agora, acho que não conseguiriam, porque agora está muito diluído; agora tem muita dona-de-casa, heterossexual. Está diluído, então talvez não conseguissem, mas na época, pegou esse grupo, que representava uma elite, inclusive, uma elite a ponto de chantagear. Nos Estados Unidos, eles chegavam e diziam: “– Não, se você não ajudar eu vou dizer que você é gay também. Você vai sair do armário na marra!” [Risos] É, coisas assim aconteciam. Hoje em dia, talvez não acontecesse, mas na época, aconteceu.

E eles acabam fazendo uma pressão também para os medicamentos, para baratear inclusive. Fazem toda uma pressão, isso ajuda também. Também ajudou muito a postura, na época, começou ali. “Vamos falar mal quando é para falar mal, e falar bem quando é para falar bem”, na época do Serra, quando ele começou a peitar os laboratórios. E aí, não falando especificamente dos remédios de aids, tem remédios que, às vezes, a gente fica com o pé atrás. Remédio de aids, graças a deus, não. Nunca tive assim: “– Usou esse e falhou.” Mas tem que ter um controle mais rígido de qualidade, tem coisa que a gente: “– Meu deus! Será que é isso mesmo?”.

Na aids tem menos ações na justiça para conseguir medicamentos. Sabe qual é o problema da aids? Por exemplo, eu até tenho, atualmente, um paciente que entrou com uma ação. Ele é multifalhado, coitado, já foi pra pesquisa clínica, não tem mais jeito. Esse remédio, é um remédio novo, foi lançado no Brasil, mas o ministério ainda não comprou. É a diferença de ele viver ou morrer, entendeu?: “– Ele vai ficar bom da aids? A carga viral vai ficar indetectável? A imunidade dele vai recuperar?” / “– Não!” Porque ele tem resistência a todos os remédios, absolutamente todos. Menos esse, porque é novo. Ele nunca usou, é a única opção. Daqui a 3 ou 4 meses usando esse remédio ele vai ter resistência também, mas é a diferença dele ter mais 3, 4, 6 meses de vida ou ele morrer daqui a pouco, porque ele está com o CD-4 lá embaixo – 14, ou alguma coisa assim; é muito baixo. Então, esse coitado, entrou com uma ação. Qual era o jeito? Ele não pode comprar, porque custa quase R\$ 2.000. Ele entrou com uma ação, que ainda não teve resultado. Quer dizer, se for o caso, o coitado vai para a glória e não vai ter o remédio [risos]

Para aids, tem esse remédio que eu falei, que tem essa eficácia. Na verdade, tem três remédios que pode ser que eles entrem com ação: esse, que foi lançado no Brasil,

mas o ministério ainda não estabeleceu normas; um outro, que é um inibidor de integrase e um outro que é um inibidor do co-receptor, CCR5, que também foi lançado no Brasil, mas não está... esse tem uma encrenca; ele inibe um co-receptor, então vírus precisa desse co-receptor para entrar na célula. Só que o paciente pode ter vírus que tem tropismo para esse co-receptor, para o outro co-receptor ou para os dois. Então, sem eu ter o teste de tropismo, não adianta eu dar esse remédio. Até por isso que o ministério ainda está discutindo; e o teste de tropismo custa quase R\$ 2.000 também, e só é feito no laboratório em São Francisco, nos Estados Unidos. Você teria que ter o teste.

O Laboratório está pagando o teste, se eu tiver um paciente que vai usar, o laboratório paga o teste. Claro, eles têm interesse, vão lá e pagam, mandam o sangue, o laboratório manda. Só que, depois que pagou, tem tropismo, mas o remédio não tem. Aí sim, se for o caso, o paciente entra com uma ação judicial. Eu não tenho nenhum nessa situação, porque os meus são tão multifalhados que não tem mais essa história do tropismo. Esse eu já tentei mandar para pesquisa com inibidor e não foi.

E tem outro remédio, que é um inibidor de protease, que chama tipranavir, e que ia ser lançado aqui, mas não foi. É a tal história: dificilmente alguém vai entrar, eu acho – até eu sei que tem – com uma ação contra tipranavir, se hoje em dia a gente já tem disponível o daronavir, que é melhor ainda. Então, para aids, é muito pouco. Tem muito para doença, e isso eu concordo, para doença que não tem cura (aquelas distrofias) e que o pessoal desanda a fazer tratamento experimental. Mas aí, você tem que ver. O Temporão tem essa visão, e não está errada. Agora, para o médico que está cuidando daquele paciente, e para o paciente, a visão é outra! É a vida dele. Desde que o médico não seja um charlatão, que está inventando história, porque, infelizmente, isso acontece. Em tempos antigos da aids, tinha colega que vendia remédio no consultório. No começo do tratamento da aids, perguntavam se eu queria! Agora, pra eu vender o remédio no meu consultório, vai ser só porque eu estou boazinha? Você me trouxe aqui, custa R\$ 10; o paciente vem, eu cobro R\$ 10 e te dou R\$ 10? Custa a crer. Hoje em dia, na aids, não tem mais, que eu saiba, não tem, com a rede pública fornecendo medicamento, mas bem no início, que tinha pouco remédio na rede pública, o remédio ainda ia ser lançado – tem paciente que pode até comprar – então tinha na aids e devia ter, tem, em outras coisas (tratamento experimental – essas maluquices). Que nem teve um paciente meu, que disse: “– Ah, Doutora, eu agora estou fazendo... fui lá no seu fulano – aí é o tipo benzedor –, que ele faz um tratamento. O que a senhora acha de eu tomar urina?” / “– Eu acho ótimo! Mas eu acho que você devia comer cocô também.” – eu falo. Eu não

perdô! Falo mesmo, está bebendo urina? Come cocô! Eu sou má, às vezes. [Risos]. Eles não me levam a sério, quando eu falo assim, não. Eles dizem: “– *Orra!*” Ficam tristes, às vezes. “– *Mas não pode! Pensa bem no que você está fazendo! Você acha que isso tem lógica? Uma excreta, que a sua urina já excretou? Só se você estivesse no deserto, ainda conseguindo sair um pouco de xixi, até vale a pena você tomar de volta. Mas, fora isso...*”

Também tem os multi-resistentes, alguns pacientes para os quais já esgotei tudo, muito pouco, mas tem. Que esgotaram tudo, eu tenho dois, que eu me lembre agora, que não tem mais o que usar. Daí, você mantém com o remédio possível. E têm outros que não estão esgotados pelo exame, mas na prática, não tomam remédio e estão sempre ruins. Não melhora, não melhora; o exame está acusando que não tem resistência, e ele jura que toma remédio, mas na verdade, não toma. Aí não é resistência propriamente dita, mas é resistência ao medicamento. Eu digo que é resistência ao HIV, à aids. Não é mole!

**No dia-a-dia, há casos em que você acaba sendo obrigada a tomar atitudes que, tecnicamente, você não consideraria as mais corretas?**

Tem. Sempre tem. O maior exemplo é a bebida: “– *Pode beber?*” / “– *Pode. Pouco, mas pode.*” Eu digo sempre que pode. Ele não vai parar de beber! O que ele vai fazer, entre beber e tomar remédio? Vai beber, não tenha a mínima dúvida.

Tem paciente que é, inclusive, muito criterioso. Aí que eu passei a mudar o meu discurso. “– *Eu vou contar para a senhora: eu não misturo. A última dose de remédio que eu tomo é sexta-feira. Sábado e domingo, que eu vou beber, eu não tomo nada.*” [risos] E isso com tudo! Eu trabalhei muito tempo com tuberculose, que é uma doença que tem esse aspecto danado de ter essas coisas. Eu digo: “– *Quer saber de uma coisa? De preferência, só não toma o remédio junto com a pinga, mas...*” Fazer o quê? E na verdade, não muda mesmo a via metabólica. Claro que vai levar a outros problemas, vai até levar a uma diminuição da imunidade a médio e longo prazo, mas não vai interferir tanto assim na medicação. Agora, ele parar de tomar o remédio para beber, vai interferir. Então: “– *Beba. Sem problema nenhum.*” Não é o ideal, o ideal é ser mais exigente: hábitos saudáveis de vida; não beba; não coma não sei o que; faça ginástica; abandone imediatamente o cigarro.

Você começa a dar tanta ordem para o paciente, que aí ele não faz nada. E justamente numa fase que, às vezes, ele está muito fragilizado, e ele vai ter que mudar totalmente a vida dele, de repente? Não vai mudar. Vai ser pior para a cabeça dele. Eu acho que tem que ter bom senso e ir aos poucos, procurando explicar isso para ele, para que a pessoa incorpore numa boa, eu acho, e não como uma obrigação, como uma coisa chata, porque aí ninguém faz.

Mas a maioria dos médicos tem uma cultura mais da... E aí, o paciente pára de tratar. E, no nosso caso, é complicado, no caso de quem trabalha com infecto, porque você não está lidando com uma condição, você está lidando com um ser vivo. O fato de o paciente parar de tomar remédio... Eu sempre digo para o próprio paciente: “– *Olha, se você pára de tomar remédio porque tem a pressão alta, você pode até ter um derrame.*” Eu falo assim, para eles entenderem. “– *Mas a hora que você voltar a tomar o remédio, você vai estar meio torto, numa cadeira de rodas – e aí eu já faço um auê – mas a pressão vai normalizar. Agora, o HIV vai criar resistência e babau!*”

Eles têm que entender essa diferença, e a gente também. Se eu não for tolerante com outras coisas... Como eu. Eu gostaria de repente de passar a viver numa redoma? Só se eu tiver sofrido uma lavagem cerebral, porque, se com a cabeça que eu tenho, me colocarem numa redoma, vou ficar histérica. Eu gosto de tomar vinho de vez em quando, eu gosto de dormir tarde, eu gosto de acordar tarde. Que graça tem? Pensa bem! Você não pode fazer mais nada, tem que acordar às 6 da manhã, correr 5 km, voltar para casa; comer tudo integral, saudável; não comer mais nada? Impossível!

Então eu acho que, aos poucos, você tem que ir incorporando e falando. Não pode exigir: “– *Olha, aqui está a lista. Não pode fazer nada disso.*” Eu digo para eles: “– *Você pode fazer o que quiser, só não pode doar sangue, ter relações sem camisinha e só viver de comer besteira.*” Eu digo para eles: “– *Bom senso. Um dia vai sair, vai dormir tarde; vai para a balada?*” Precisa ir todo o dia? Não precisa. Hoje não teve tempo para almoçar e comeu uma coxinha, tudo bem. Precisa comer coxinha todo o dia? Não precisa. E aí a pessoa fica até mais aliviada, senão... Ninguém merece! [Risos] Eu tenho doença crônica, então eu tenho essa empatia, porque é um pé no saco!

E daí eles contam: “– *Vou contar para a senhora: eu parei de tomar remédio.*” [Riso] Mas, pelo menos, contam. É uma relação mais aberta, eles contam se voltam a usar droga ou se estão usando aquilo. Eu jamais critico. “– *Ah, eu voltei a fumar.*” Eu digo: “– *Então vamos tentar de novo.*” O que interessa, é que tente parar; que pare, claro. Quantos estudos têm mostrado que, às vezes, a pessoa tem que parar não sei

quantas vezes, para parar de vez. Ou então: “– *Voltei a usar droga. Voltei a cheirar cocaína.*” Isso acontece, e você diz: “– *Vamos! De novo, faça força, vamos parar de novo. Se usou, não precisa ficar se martirizando, tem que ter uma atitude positiva. O que é que a gente vai fazer para parar?*” Eu acho que é assim, não sei, a pessoa já está cheia de problemas e eu ainda vou ficar igual a um grilo falante? Ninguém merece!

E eu sempre fui assim, sempre fui. Eu só era mais rigorosa, mais chata, no indicar tratamento. “– *Tem que tomar tal remédio.*” Porque sou infecto, e infectologista não fica perguntando muito: “– *Você quer tratar da sua meningite? Você quer tomar remédio para o seu tétano?*” Você faz. “– *Vamos tratar.*” E no início mesmo do HIV, se o paciente virava pra mim e dizia: “– *Eu não quero tratar.*” Eu dizia: “– *Então, sinto muito, você vai acompanhar com outro médico – com um clínico, com um...*” Cansei de encaminhar para o homeopata que tem lá no ambulatório. Eu digo: “– *Olha, agora é com você! Nunca toma remédio.*” E depois eu aprendi que não. É vivência. O paciente: “– *Eu não quero tomar, não sei o que.*” Eu digo: “– *Está bom. Vamos então até onde der.*”

Às vezes a gente fica em dúvida, dúvida técnica mesmo. Mas, na dúvida, vamos aguardar, vamos pedir exame, vamos discutir o caso. Eu não tenho essa de: “– *Vou fazer qualquer coisa e depois fico remoendo*”. Se for o caso, não faço nada e vamos ver. Eu não tenho o mínimo problema de dizer que não sei. “– *Não sei. Agora, não vamos fazer nada. Eu não sei o que é isso, então vamos esperar para ver o que vai aparecer.*”

Às vezes você faz coisa que talvez não devesse fazer. Às vezes, eu saio reclamando de algum paciente, comento com alguém. É uma maneira de fazer uma catarse, você conta a história. “– *Filho da mãe! Sabia que tinha HIV há 2 anos, e não contou para a mulher!*” Mas o que é que eu vou fazer? Vou matar ele? Ele já não contou. Então... Eu chamo atenção! “– *Isso que você fez, não se faz!*” Eu chamo atenção mesmo, na hora, se for alguma coisa de chamar atenção, porque nem sempre é. Ou então, uma história muito triste, horrorosa, e que eu fiquei com pena.

Geralmente, eu resolvo assim, eu conto o caso. [Riso] Eu conto o caso para alguém e não se sabe quem é; pra alguém assim, um colega. “– *Veja bem o que me aconteceu: fulano, beltrano...*” Isso é muito comum, sempre tem um contando algum caso que incomoda. É uma maneira de você exteriorizar e botar pra fora, não é? Aí resolve.

**Para você, o que é mais interessante, o que é mais recompensador na profissão médica?**

De alguma maneira, esse lidar com pessoas, e até ajudar as pessoas, para mim é gratificante. E essa dubiedade que eu tenho, e que eu tinha desde o início da escolha, é o lidar com a pessoa. Eu até tenho jeito de ver os pacientes, de lidar com as pessoas, eu gosto. É uma maneira de poder ajudar, sem a pretensão de curar, mas de orientar. E, ao mesmo tempo, no caso da aids, e da infecto em geral, o que acaba sendo muito bom, é que é uma área que você tem muito estudo, tem o que estudar, tem o que fazer. Há uma parte muito técnica, interessante, que eu gosto. Você aprende coisas novas, por exemplo, o que começou a ter agora, o que se aprendeu sobre mecanismos do HIV, coisas novas estão sempre surgindo. É essa dupla personalidade.

E nessa área, sempre aparecem coisas novas, direto. É interessante. Como agora, por exemplo, antes a gente discutia o conceito, que se o paciente não usasse inibidor de protease, ele não teria resistência quando fizesse uma genotipagem; só se ele já tivesse adquirido o vírus. Que só teria resistência se tivesse tomado e falhado – porque tomou de forma irregular, ou por um problema metabólico qualquer –, ou se tivesse adquirido um vírus já resistente a eles.

Hoje em dia, já tem trabalhos mostrando que não, que se você tiver... Vamos dizer, de pouco tempo pra cá, é que nós usamos teste em laboratório municipal, que o limite da carga viral é de 50 cópias, e antes era de 400. Nos laboratórios que a gente pede, aqui em Curitiba, em quase todos, o limite é de 400 cópias. Então, esse trabalho que saiu agora, no último congresso, é muito interessante. Mostra que aqueles pacientes que têm carga viral entre 50 e 400 cópias, que essa multiplicação viral que persiste, leva a mutações de resistência, inclusive para inibidor de protease, mesmo ele nunca tendo tomado. Isso quer dizer que já mudou o conceito, e até ajuda a explicar. Antes, a gente recebia uma genotipagem com mutação para Inibidor de Protease que achava que estava errada, sem o paciente nunca ter tomado. E agora explica porque é que apareciam aquelas mutações sem a pessoa ter tomado aquele remédio. É porque o vírus foi sofrendo mutação; por azar, aquela mutação se fixou, porque esse vírus, comparando mal, que era mais bonito – moreno, de olhos verdes, ficou; e o louro, de olhos azuis, foram mutados, e pronto! Você vê que tem sempre coisas novas. É interessante. E você pode aplicar isso no seu paciente. Você aplica, tem aplicação imediata, e isso é bom.

Ter possibilidade de usar na prática. Não é só na teoria, ou só aquela história de pesquisa básica, que vai ter repercussão a longo prazo.

### **E aqueles aspectos da profissão que você acha mais desinteressantes?**

Ah, desinteressante é fora da minha área. Cada vez menos eu gosto de fazer clínica.[Risos] Eu não faço clínica. Só aquele paciente que não tem outro jeito, e eu tenho que fazer a clínica dele, porque ele não vai a outro lugar nenhum – aquelas coisas. Eu falo, mas quem vê, às vezes, escapole um paciente, e eu digo: “– *Não. Clínica, eu não passo na frente.*”

Uma coisa que é ruim é que, hoje em dia, o HIV, você explica, e o paciente acaba entendendo que é uma doença crônica, mas a maneira de adquirir o HIV é complicada. Adquiriu porque transou, porque pulou a cerca, porque traiu, porque fez isso, porque fez aquilo.

Às vezes, você vê histórias horrendas, a pessoa sofre, e você sofre também. Eu, que estou numa fase chorona, tenho que fazer a maior força para não chorar! Não tem graça o paciente chorando e o médico se debulhando também! [Risos] O paciente vai pensar que está morto! São histórias horrorosas: a mulher adquiriu, o filho adquiriu e o marido, não sei o que, e ela não pode separar, porque não tem dinheiro. Essas histórias de sofrimento são complicadas! É sofrimento, e eu não vou pra casa e fico pensando nisso, mas é uma coisa que te abala também; você fica triste pela pessoa. Se você não tem empatia, você não é um bom médico, então alguma tristeza você vai ter também. Mas tem outros casos engraçados, claro.

Tem a opção pelo casamento entre parceiros divergentes, que querem ter filhos também. É muito engraçado. O pessoal estranha, quem não é médico. “– *Mas por que eles querem ter filho?*” Sim, porque mudou a perspectiva. É uma doença crônica, por que eles não vão querer ter filhos?

Agora, o interessante é a mulher que não tem HIV, o marido tem, e ela quer ter filhos; os dois querem ter filhos, mas ela passa por dois riscos: o risco de adquirir do marido HIV e o risco do filho também ter HIV; apesar de ser pequeno, hoje em dia, mas existe. Por quê? Pelo custo, faz-se a inseminação à brasileira. Não se faz nem inseminação artificial, nem fecundação artificial, o que se faz é uma inseminação à brasileira. Isto é, o dia que a mulher ovula, transa sem camisinha. É assim: básico. [Risos] E geralmente dá certo. Eu, de vez em quando, digo: “– *Não, essa daí eu vou*

*compartilhar. Mando para o ginecologista, para o ginecologista explicar bem como é que ela aprende a reconhecer quando está ovulando e explico: olha, o risco é tal, tal, tal.*”

É o que eu digo para os alunos: eles é que têm que decidir o risco, não sou eu. Igual essas brigas de aborto ou aborto de feto anencéfalo. Ninguém está obrigando a abortar, vai só deixar de ser crime. É diferente. Não tem nada a ver. Até agora eu não entendo porque é que não passou a proposta do aborto. Ô, paisinho, não! Até parece que legalizar quer dizer que vai incentivar, ou a mulher vai ser obrigada a fazer aborto agora. Onde já se viu?! Mas não adianta.

E eu tenho casos de casais que têm filhos, um monte! Tem direto! É muito comum! É uma criança que nasce! “– *Vamos lá levar o neném pra ver.*” E por opção mesmo, vários. Eu tenho pacientes, casais, que já estão no segundo filho. “– *Viu, doutora?*” Ainda falam assim pra mim. Eu digo: “– *Olha o risco, tem que ver não sei o que. Já tem não sei quantas...*”

Há pouco tempo, eu atendi um casal assim: ela é negativa e ele é positivo, casaram, só que ele não tinha filho com ela. É aquela história: o povo gosta de ter filho! Cada marido é um filho. E ela já tinha três filhos. Eu disse: “– *Mas para quê? Você já tem três filhos.*” / “– *Ah, mas...*” Aí nasceu e levou lá para eu ver. Linda a menina! “– *Viu, doutora?*” O que é que você vai falar? [Risos] Eu falei: “– *Para quê? Você já tem filho.*” Orientei. “– *Você quer?*” E aí veio, trouxe, e é linda! Um bochechão. Uma boneca! Parecia uma bonequinha, uma pintura! E olha que eu orientei quando ela queria. Eu só falei: “– *Pensa bem. Você já tem três filhos. Hoje em dia, a vida não está fácil!*” / “– *Não.*” Eu falei: “– *Então está bom.*” É engraçado! Tem muito, muito, muito! O que tem de filharada nascendo, você não faz idéia! É comum.

**Ainda pegando a questão da relação do paciente, você tem pacientes com um nível de instrução sobre a doença, bem avançado? Que tenta discutir, de igual para igual com você, sobre a doença?**

Tem, tem bastante. E você explica. Eu acho que é um direito dele, você vai explicar. Você explica, você orienta; orienta até no que procurar e diz: “– *Olha, não pode acreditar em tudo que tem na internet.*” Tem bastante. Hoje em dia, tem. Mais no consultório, mas lá [no ambulatório] eu também tenho pacientes com nível bom, com nível superior, então também acontece. Só que acaba tendo mais aqui.

É muito engraçado. Eu tenho um paciente que é engenheiro – vários até –, mas esse “um”, no início (ele é paciente antigo, bem antigo) ele pegava, fazia gráfico com o CD-4 dele. Não tinha lógica. Medicina não tem lógica mesmo. Ele dizia: “– *Olha aqui, Doutora! Isso aqui não dá para entender! Como é que pode? Dá pra entender esse negócio? Eu não vou fazer mais.*” Eu disse: “– *Não tem lógica. Porque você acha que eu fiz medicina? Porque não é uma ciência lógica.*” Você tem que entender que a variação do normal é enorme, então não pode ser visto assim, só pontualmente – se colocar ali no gráfico, você pode ver uma tendência, mas não achar que a variação está errada. Eu não acho ruim, tem médico que não gosta. Eu não ligo que o paciente questione.

Os médicos em geral, não gostam muito. Eu não ligo. Eu fico com o pé atrás quando o paciente vem com muita idéia pré-concebida, porque é difícil você tirar idéia pré-concebida, seja dele, porque ele pesquisou, seja porque o outro colega colocou na cabeça. Mas do contrário, eu não ligo. Eu digo: “– *Procure em tal e tal sites, que esses são bons para você ver. Não acredite em tudo. Não dá para acreditar.*” Porque tem; para dizer que curou, que fez e que aconteceu, tem de monte! Mas eu não ligo, acho que é um direito da pessoa. Acho ruim até, sabia? Eu digo para eles: “– *Eu não acho ruim.*” Você acaba virando meio como médico. Por que médico sofre quando fica doente? Porque você só pensa complicação. Eu digo para eles: “– *Eu não acho legal você fazer isso não é por nada, é porque você vai achar que você se enquadra naquela complicação. Esse é o meu papel, não é o teu. O teu papel é se informar no básico, tomar o remédio, fazer os exames, fazer o acompanhamento.*” O meu papel é me preocupar se o remédio faz mal, se tem efeito colateral, se está fazendo efeito ou não. Por quê? Porque você vai ler e vai achar que se enquadra nas complicações. Eu digo para eles: “– *Por que você acha que médico sofre quando fica doente?*” E eu digo e é verdade: eu não leio nada do que eu tenho. Nada, nada, nada. Eu não, para quê? Para pôr minhoca na cabeça? Deus me livre! Para quê que eu tenho médico? [Risos]

Acho que muitos colegas têm essa resistência por insegurança. Se você não é seguro, você fica... E tem aquela história, de “o médico é deus.” Você não conhece a história do médico que morreu e foi para o céu? Que São Pedro apresentou, quando estava mostrando o céu para ele? Estava na nuvem o filho da Nossa Senhora, ali na frente fica o arcanjo Gabriel, mais para trás o São Miguel, ali na sala fica o Jesus. E quem é aquele homem andando ali, de jaleco branco? Ah, aquele é deus, mas ele pensa que é médico!

Como é que você vai admitir que uma pessoa te questione? É até um direito do paciente – que está questionando o tratamento, alguma coisa, e você explica. Eu acho que é um direito do paciente. Mas eu acho que, no fundo, é insegurança, não que o colega seja ruim. É diferente, ser ruim e ser inseguro. Ele pode ser muito bom, mas no fundo, ele não acha que é tão bom assim. Ele é, mas ele acha que não é. E aí pronto!

**E como você se sente em termos de realização profissional?**

O que eu queria fazer, eu fiz! [Risos] E o que eu ainda não tinha conseguido fazer, eu estou fazendo, que é o mestrado. Então, eu estou realizada. Porque o mestrado era uma coisa que eu queria fazer, depois da residência, mas fui trabalhar e ficou pendurada, agora que eu estou tirando do cabide.

Posso dizer que sou completamente realizada, como médica. Talvez eu quisesse ter mais dinheiro, ter o meu próprio consultório – não que eu quisesse ficar sozinha, mas o consultório ser meu, ao invés de ser alugado, porque volta e meia, a gente tem que mudar. Isso também seria muito bom, mas eu não sou infeliz por não ter isso, por não ter ficado rica.

A única frustração é só que não é sempre, ou em todo lugar, que a gente vai ter à disposição os melhores recursos. Até que dentro do possível, foi feito e é feito bastante coisa, então não tenho grandes frustrações. A vida não é um *Plantão Médico*, aquele filme que todo mundo chega lá e faz tudo quanto é exame; ou então *House*, que ele olha o professor... Primeiro que eles fazem todos os exames possíveis e imaginários, todas as cirurgias, e não é aquilo, eu não achava que [a profissão] era *House*, então eu não tive maiores problemas. [Risos].

**E em relação aos “médicos de ontem”? Quais foram as transformações, na medicina, que você percebe em relação aos médicos em quem você se espelhou, ou com quem você conviveu no início da carreira?**

Eu acho que isso eu peguei, do “médico de ontem”, dos professores, no caso. Eu acho que lido bem com o paciente, encaro o paciente ainda como uma pessoa. “Ainda”, que eu digo, é porque, naquela época, ainda se encarava, apesar de já haver, no meu tempo, uma tendência de encarar como um paciente, mas os professores que mais me influenciaram não encaravam assim. Inclusive, era muito engraçado, porque você tinha

que saber, na época de internato, residência, os exames do paciente de cor. Quanto deu o vg, o hcm... coisa de doido! De vez em quando, você esquecia. Aí virava uma das professoras, que fazia psicanálise – e só deus sabe como, era infecto e psicanalista. “– *Por que você não sabe de cor esse exame do seu paciente? Você tem algum problema com relação a isso? Você tem algum...*” [Risos] Você passava por uma análise do por que você tinha esquecido o diabo do valor de um exame, que não era mais 1.2, do seu paciente.

A gente tinha isso embutido, apesar de ser da DIP, que era uma rotatividade relativamente grande de paciente, a gente tinha essa coisa de procurar ver o paciente, a pessoa – não só a doença, ver o paciente como um todo. E talvez, por conta do meu temperamento também, eu tenho esse temperamento. Eu tenho uma dose de empatia muito grande, então juntou as duas coisas.

Acho que era mais uma coisa de antes, hoje em dia é mais... A maneira de lidar, conversava mais. Eu até hoje acho que – e o pessoal acha que não – a anamnese é mais importante que o exame físico. Você tem que ouvir a pessoa. Quem vai saber mais do que ele sente, do que ele? Esse tipo de coisa.

A relação foi algo que também se alterou nesse período, ficou mais técnica e menos pessoal – talvez pela especialização, talvez como defesa, mas eu acho que não tem nada a ver. Eu não preciso ser amiga do meu paciente para gostar dele, ou tratá-lo bem. Eu não consigo confundir. Eu não preciso tratar friamente para não ter um envolvimento emocional maior, e isso foi uma tendência geral. E acho que isso, em grande parte, está relacionado com a especialização. E é a formação mesmo, a formação dos alunos é assim. O professor é muito técnico – e inclusive, são muito valorizados os que são muito técnicos. Só mais tarde, é que eles vão ver que o mundo técnico é bom, mas que melhor ainda, é o mundo que é técnico, e humano também. Ele está trabalhando com gente.

**Você vê muita diferença entre o que o pessoal aprende na faculdade e a prática cotidiana?**

Não. Eu não acompanho muito eles depois de formados. Às vezes, eu encontro, se estão trabalhando no município, mas... Por exemplo, quando eles chegam no ambulatório, estranham, porque é um paciente que você dá atenção, que você conversa, fuxica o que está sentindo, o que está fazendo o que está vendo. Eles não estão muito

acostumados. Aí vem aquela história da depressão. Eu digo: “– Não, ele não está deprimido, ele está triste por causa disso. Você tem que perguntar por que é que ele está assim.” / “– Ah, porque o cachorro brigou com o cachorro da vizinha e a vizinha quebrou a vidraça.” Você tem que desenrolar a história. E para isso, você precisa ter tempo – coisa que, infelizmente, hoje em dia, cada vez tem menos. O nosso ambulatório é uma exceção. É um oásis no meio disso. E no dia-a-dia, imagina se você vai conversar com cada um para saber tudo da vida? Você apanha! Tem trezentos do lado de fora.

Mas, segundo a propaganda do governo, o Beto Richa vai acabar com a fila dos especialistas. Eu queria saber quem que deu essa idéia para ele. Eu estou de licença, porque senão, eu ia já meter a boca! Já iam dizer, pra variar: “– Ah, tudo ela reclama.” Vai fazer mutirão de especialista!” Já viu isso? Mutirão de oftalmo, mutirão de... Até varizes, próstata, tudo bem. Agora, mutirão de cardiologista! Você já viu isso? O que é que ele vai fazer? Trocentas mil consultas num fim de semana? Aí o sujeito consulta uma vez e nunca mais, e consulta sabe deus quando, porque são milhões.

E o tempo acaba restringindo um pouco. O pessoal sai da faculdade e cai na vida real, tem um tempo para atender – e a grande maioria das pessoas vai trabalhar num serviço de pronto-atendimento, seja público ou particular, onde tem um número X para atender, e começa a confusão. E aí eu acho que o médico é muito explorado.

Eu acho que é mais difícil exercer a medicina hoje. No meu lado, até eu não posso falar, porque foram tantas mudanças, muda para cá, muda para lá, faz isso, agora faz aquilo – que eu não posso falar. Mas pelo o que eu via e vejo, antigamente, você era mais profissional liberal. O profissional tinha, quando tinha, um emprego público para poder garantir uma aposentadoria ou um negócio. O mais, era consultório e hospital. Hoje em dia, pouca gente se mantém. Têm alguns que conseguem, mas poucos se mantêm sem um emprego, vamos dizer, ou um emprego público; um emprego, tem que ter um emprego. Então, mudou a história. Daí acaba se sujeitando a atender não sei quantos, a fazer não sei o que. Tem isso. Era mais fácil, presumo, nesse sentido. Eu, por mim, não posso falar, porque foram tantos “vai para lá, e de repente fica, não sei o que.” [Riso] Eu tive uma trajetória um pouco atípica, dos vários empregos, muda para lá, muda para cá.

Atualmente, tem que dar condições melhores para os médicos, para que ele não precise ter tanto emprego para poder se manter – e isso só se consegue ganhando melhor. Agora, só vai ganhar melhor se houver união, coisa que não... Eu não vi nenhuma entidade conseguir unificar; e não sei se elas não conseguem ou, se no fundo,

elas não querem. Não vejo essa luta sendo eficaz por parte de sindicato, nem conselho, nem associação médica. Cada um no seu nicho, cada um com seu cada qual, e fica do jeito que está. E aí, pronto! Se um colega resolver dar a cara à tapa... Todo mundo está acomodado, a verdade é essa. Deveria ter um bando de abnegados que... como o Ricardo que ressuscitasse a militância dele, dando um exemplo, para tentar mudar as coisas. Mas, pelo visto, está todo mundo cuidando de si, ninguém está... e eu também, não é? Você viu que eu falei “arrumar algum abnegado”, eu não me ofereço... Para tentar unificar, tentar melhorar as condições de trabalho. Se você melhora as condições de trabalho, você melhora as condições de vida. Se você não precisa correr tanto de um emprego para outro, se você ganha melhor e contrata mais gente. Vamos supor, a prefeitura; se passa a pagar melhor, a ter um plano de carreira decente, e contrata mais gente, você não é obrigado a atender trezentos mil pacientes, você vai ter um número razoável, para poder atender com qualidade; vai pedir exame para os seus pacientes, sem que demore um tempão, e uma série de coisas. E há muitos exames, inclusive, que você não pode pedir, você tem que pedir para o especialista. Então, fica o samba do crioulo doido. Não tem vaga para especialista, mas você não pode pedir o exame, só ele pode pedir. È coisa de doido.

**(FIM DA ENTREVISTA)**

## SUMÁRIO COMPLETO

RESUMO

SUMMARY

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1 - O TRABALHO MÉDICO: CUMPLICIDADES E TENSÕES ENTRE A PRÁXIS CRIADORA E A CIÊNCIA .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 A Prática Médica como Trabalho .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 A Racionalidade Científica Moderna e as Ciências da Vida: breves apontamentos .....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 O Trabalho Médico e sua tensão interna: ciência e arte na conformação da prática .....</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO 2 - TRABALHO MÉDICO NA CONTEMPORANEIDADE: A MEDICINA ENTRE CONTINUIDADES E RUPTURAS .....</b>	<b>35</b>
<b>2.1 A Constituição da Medicina na Modernidade .....</b>	<b>36</b>
<b>2.2 A Medicina Liberal no Brasil.....</b>	<b>41</b>
<b>2.3 Socialização da Assistência Médica e advento da Medicina Tecnológica.....</b>	<b>45</b>
<b>2.4 A Profissão Médica: transformações e tendências contemporâneas.....</b>	<b>57</b>
<b>2.5 Contradições na Socialização do Trabalho Médico: entre o avanço dos espaços coletivos e a continuidade/ruptura com o consultório.....</b>	<b>60</b>
<b>2.6 Trabalho Médico e Assalariamento: o fetiche dos “ganhos autônomos”.....</b>	<b>65</b>
<b>2.7 A Especialização e suas Contradições.....</b>	<b>71</b>
<b>2.8 Autonomia Técnica Tensionada: os ideais de profissão e suas contradições.....</b>	<b>83</b>
<b>2.9 Da Medicina Tecnológica ao Trabalho em Saúde.....</b>	<b>89</b>
<b>CAPÍTULO 3 - A RESPEITO DOS CAMINHOS ADOTADOS: ALGUMAS REFLEXÕES DE ORDEM METODOLÓGICA .....</b>	<b>100</b>
<b>3.1 Sobre o “como conhecer” .....</b>	<b>100</b>
<b>3.2 A Metodologia Qualitativa como forma de investigação do Trabalho Médico</b>	<b>112</b>
<b>3.3 A Definição da Amostra: <i>heterogeneidades</i> e <i>predominâncias</i> no trabalho e na profissão .....</b>	<b>126</b>
<b>3.4 Sobre Cenários e Períodos: Curitiba como fonte de dados empíricos acerca do trabalho médico contemporâneo .....</b>	<b>129</b>

<b>CAPÍTULO 4 – HUMANIZAÇÃO E ALIENAÇÃO .....</b>	<b>134</b>
<b>4.1 A Dialética Humanização-Alienação e os Processos de Trabalho: alguns elementos conceituais .....</b>	<b>135</b>
<b>4.2 Alienação e Individualidade: a relação de mudez entre genericidade e particularidade .....</b>	<b>149</b>
<b>4.3 O conceito de Desumanização a partir da dialética Humanização-Alienação ..</b>	<b>155</b>
<b>4.4 Alienação e Trabalho em Saúde: alguns apontamentos norteadores .....</b>	<b>157</b>
<b>CAPÍTULO 5 – HUMANIZAÇÃO E ALIENAÇÃO PERMEANDO AS TRANSFORMAÇÕES DAS NECESSIDADES E DAS PRÁTICAS DE SAÚDE..</b>	<b>161</b>
<b>5.1 Transição Epidemiológica e Prática Médica: trajetórias contemporâneas dos sofrimentos e suas respostas pelo trabalho em saúde .....</b>	<b>164</b>
<b>5.2 Biomedicalização Social: velhas questões, novas demandas .....</b>	<b>176</b>
<b>5.3 Olhares Contemporâneos sobre o Trabalho Médico: de “salvador” a “reparador permanente” .....</b>	<b>186</b>
<b>5.4 O Momento Clínico e suas transformações: a tensão entre a tendência fragmentadora-instrumentalizante e a necessidade do cuidado .....</b>	<b>200</b>
<b>5.5 Determinações Sociais da Saúde-Doença e <i>Estranhamento</i> .....</b>	<b>212</b>
<b>5.6 Do apreender ao realizar: os caminhos da alienação .....</b>	<b>239</b>
<b>CAPÍTULO 6 – HUMANIZAÇÃO, ALIENAÇÃO E TECNOLOGIA: INSTRUMENTOS E ESTRANHAMENTO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE .....</b>	<b>252</b>
<b>6.1 Trabalho Médico e Tecnologia .....</b>	<b>252</b>
<b>6.2 Desenvolvimento Tecnológico e Transformações da Prática Médica: os homens práticos e a ciência .....</b>	<b>258</b>
<b>6.3 Fármacos e Estranhamento no Trabalho Médico .....</b>	<b>263</b>
<b>6.4 A Centralidade do “Mundo” dos Exames Complementares .....</b>	<b>283</b>
<b>6.5 Normatizações e Protocolos como conformadores do Agir Médico .....</b>	<b>293</b>
<b>6.6 De Suporte à Construção do Agir: alguns “desajustes” e “tensões” entre técnica e política .....</b>	<b>300</b>
<b>6.7 Representações acerca da “Medicina Armada” e <i>Reificação</i> da Tecnologia ...</b>	<b>311</b>
<b>CAPÍTULO 7 – HUMANIZAÇÃO E ALIENAÇÃO NO ENCONTRO PROFISSIONAL-USUÁRIO: ALGUMAS REFLEXÕES ACERCA DA CRISE DE “HUMANISMO” NO PLANO DAS INTERAÇÕES .....</b>	<b>322</b>
<b>7.1 Impessoalização e Institucionalização da Assistência: <i>descentramento</i> dos sujeitos e <i>reificação</i> dos intermediários .....</b>	<b>323</b>
<b>7.2 A Tecnificação da Medicina: rupturas ou continuidades? .....</b>	<b>329</b>

<b>7.3 Novos Cenários, Novos Sujeitos...</b> .....	<b>339</b>
<b>7.4 A Relação Médico-Paciente em Tempos de Crises e Transformações: alguns breves comentários sobre saberes, poderes e diálogos</b> .....	<b>350</b>
<b>CAPÍTULO 8 – A DIALÉTICA HUMANIZAÇÃO-ALIENAÇÃO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA</b> .....	<b>366</b>
<b>8.1 As Raízes da Temática da Desumanização no Trabalho em Saúde</b> .....	<b>366</b>
<b>8.2 A Relação Saúde e Sociedade e sua Dimensão Humanizadora-Alienadora</b> .....	<b>370</b>
<b>8.3 O Desenvolvimento da Dialética Humanização-Alienação no interior do Trabalho em Saúde: algumas reflexões para o esboço de um quadro conceitual ..</b>	<b>383</b>
8.3.1 Sujeitos, Objetos e Objetualizações... .....	384
8.3.2 Meios, Fins e Condições de Trabalho: alguns “transtornos” e “insubordinações”	397
8.3.3 Do Estranhar ao Sofrer: um caminho da alienação .....	423
<b>8.4 Humanização e Emancipação: o <i>ser</i> e o <i>não ser</i> da alienação</b> .....	<b>431</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>446</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>455</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>456</b>
<b>Apêndice</b>	

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)