

Ato médico: disputa corporativa ou questão social no Brasil de hoje?

INTRODUÇÃO

A agenda política-parlamentar, na área da Saúde, tem sido marcada, nos últimos dois anos, pela disputa de ser aprovada, pelo Congresso Nacional, lei específica para instituir o Ato Médico. Nesta disputa, um clima de antagonismo tem suscitado agitação e polêmica em que, de um lado, as entidades médicas nacionais, principalmente CFM e AMB, mas também as confederações sindicais se posicionam na defesa da aprovação do Projeto de Lei 25/2002; de outro lado, as demais categorias profissionais têm agitado bandeiras, apitos e passeatas em defesa do contrário, por verem no texto da referida lei um forte caráter restritivo e de afirmação da supremacia médica. Em meio a isto, aparentemente alheia à discussão, a sociedade queda inerte, sem perceber ou entender claramente o que se ganha e o que se perde com esta polêmica, que mais lhe parece uma briga entre corporações.

Há que se reconhecer, todavia, os méritos e as razões que têm colocado as entidades normativas destas profissões (notadamente os respectivos conselhos federais de medicina e enfermagem) em franca rota de colisão; rota, essa, derivada de sua legítima ação corporativa e de delimitação das competências e campos restritos para cada profissão. Neste sentido não há o que condenar no ato médico, assim como não há o que condenar no ato de enfermagem! São, mal comparando, atos corporativos perfeitos!

Entretanto, é bem possível que além de atos corporativos, e sua lide jurídica, precisemos focar nosso olhar sobre o campo social e político em que estes vão exercer seus efeitos e sua influência. Pois é aí, neste contexto que, perfeitos ou não, quaisquer atos corporativos, quando inseridos no contexto social e econômico que, inclusive, estrutura mercados de trabalhos e políticas sociais públicas, que nos deparamos com os limites e implicações destes mesmos atos, além de podermos vislumbrar de modo mais complexo e abrangente os efeitos e eficácia que logram atingir em sua jornada corporativa.

Não é outra senão esta a intenção deste artigo: o de examinar a questão que envolve o Ato Médico numa dupla perspectiva: o do debate corporativo, de sua justa, porém limitada, lide e justeza. Submetida, contudo, ao campo das políticas públicas e sociais, delimita-se seus impactos potenciais e reais e seus reflexos para a conformação de uma política de saúde igualitária e universal, de que não se pode furtar.

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

O Projeto de Lei Nº 25/2002, em tramitação no Congresso Nacional, tem sido apresentado como uma necessária defesa de interesses da profissão médica. Defesa que germina, contudo, no solo minado dos interesses corporativos. Ao estabelecer as prerrogativas com que delimita os atos restritos à prática médica, a proposta vem

colidindo com outros interesses profissionais da área. Sob este ponto de vista, estamos diante de um conflito de corporações!

A defesa dos interesses profissionais -particularmente dos mecanismos de ingresso no mercado de trabalho, o combate aos praticantes ilegais, a definição de núcleos operativos que constituam a chamada reserva técnica desta ou daquela profissão é tanto resultante do modo de organização e regulamentação das práticas profissionais quanto constituinte daqueles interesses; ou seja, constitui o espírito de corpos de uma profissão é condição basilar para a sua permanência e reprodução. Estes fatores têm que ser explicitados no campo da discussão corporativa profissional.

Um ato corporativo, por outro lado, é um instrumento importante, dada sua fundamental ação na conformação de mercados de trabalho pela reserva de um certo campo deste trabalho para a corporação que se apropria ou é a legítima praticante do ato corporativo que a define. Podemos perceber, por esta questão, quão complexa é a trama envolvida na regulamentação dos atos profissionais, e apenas apontar uma das dimensões envolvidas: a dimensão econômica relativa ao mercado, sua estruturação, mecanismos de controle e participação, tanto dos produtores quanto dos consumidores.

Isto significa dizer que, embora qualquer um, imbuído de forte senso comum e de algum conhecimento sumário, possa, por exemplo, numa situação de emergência, aplicar um torniquete, fazer respiração boca a boca, aplicar uma injeção, fazer um curativo, ou mesmo redigir uma petição ao tribunal, ou ainda elaborar seu próprio imposto de renda, ou organizar seu balanço contábil, só pode fazê-lo formalmente, e em condições de extrair renda deste tipo de atividade de estiver habilitado a fazê-lo. Para tanto, necessita reunir duas condições: a primeira, decorrente de ter freqüentado lugares legal e socialmente legitimados para esta iniciação, que são as faculdades e as escolas de ensino universitário ou superior; a segunda, decorrência da primeira, é que depois de obtido este conhecimento e de posse do competente diploma, é preciso dar a este validade legal, o que é feito pelos chamados conselhos profissionais, que se comportam como um tribunal de regulamentação, que impede, ou deve fazê-lo, o exercício ilegal das práticas técnicas, isto é, das práticas sociais juridicinalizadas, além se zelarem pela manutenção das prerrogativas do chamado exercício profissional.

Apesar disso, é necessário reconhecermos que, numa sociedade democrática, existe legitimidade e legalidade no movimento corporativo, isto é, faz parte das regras do jogo da sociedade industrial, moderna, civilizada e tecnificada que o campo das práticas técnicas seja submetido a um normatividade restritiva somente atingida por aqueles que foram iniciados em tais práticas, como é o caso da Medicina, da Advocacia, da Enfermagem e de todas as chamadas profissões regulamentadas. Epistemologicamente falando, vivemos o paradigma aristotélico, que Bourdier (1989) denominou de campo disciplinar, que delimita a distinção entre os "especialistas" e os leigos, isto é, entre os que adentram o campo, e os que permanecem fora dele, entre os autorizados a pertencer ao rol de seus praticantes e os não autorizados.

A colheita das leis que regulamentam as profissões da área de saúde assim o demonstra. Veja-se, por exemplo, que o Decreto No. 88.439/83, referente à Biomedicina, estabelece em seu Artigo 12º, Inciso XVIII, que compete ao Conselho Federal definir o limite de competência no exercício profissional, conforme os currículos efetivamente realizados.

A Lei no 3.820/60, outro exemplo, atribui ao Conselho Federal de Farmácia, atribuições de expedir as resoluções que se tornarem necessárias para a fiel interpretação e execução da presente lei; deliberar sobre questões oriundas do exercício de atividades afins às do farmacêutico; ampliar o limite de competência do exercício profissional, conforme o currículo escolar ou mediante curso ou prova de especialização realizada ou prestada em escola ou instituto oficial; expedir resoluções, definindo ou modificando atribuições ou competência dos profissionais de Farmácia, conforme as necessidades futuras, mas ressalta que as questões referentes às atividades afins com as outras profissões serão resolvidas através de entendimentos com as entidades reguladoras dessas profissões.

Já a LEI no. 5.766/71, referente à Psicologia, dispõe que, entre as atribuições do Conselho Federal daquela profissão, em seu artigo 6º, definir, nos termos legais, o limite de competência do exercício profissional, conforme os cursos realizados ou provas de especialização prestadas em escolas ou institutos profissionais reconhecidos, e propor ao Poder Competente alterações da legislação relativa ao exercício da profissão de Psicólogo.

Há, portanto, que não desconhecer os méritos e razões que têm colocado as entidades normativas das profissões da área da saúde em franco debate, derivado de sua legítima ação corporativa e de delimitação das competências e campos restritos para cada profissão. Neste sentido estritamente corporativo cumpre deixar colocado um primeiro conjunto de questões: há o que condenar no ato médico? Há o que condenar no ato de enfermagem? Ou em qualquer ato de qualquer profissão? São, mal comparando, atos corporativos perfeitos e ajustados?

Além da necessidade deste espírito de corpos em qualquer profissão que persiga reprodução, existe consenso a respeito de que o campo regulamentar de profissões afins, reunidas numa mesma área de atividade, tem sido definido pela predominância de uma delas, enquanto as demais ocupam espaços suplementares, o que está longe da afirmação da supremacia ou exclusividade desta ou daquela profissão: antes quer demarcar uma característica das corporações profissionais modernas, disciplinarizadas no seu arcabouço teórico e no seu campo de práticas.

Evidente que tal fenômeno ocorre no campo da saúde, em que a Medicina ocupa, como prática e como saber, desde tempos históricos, a centralidade e a hegemonia, a ponto de exercer forte determinação na organização das demais práticas, que dela se originaram. Uma exceção, talvez, possa ser feita à profissão da Enfermagem, que compete com a Medicina em antecedência histórica, pelo menos no que respeita a organização de práticas, mais do que de regulamentação profissional, e guarda com esta posição basilar no campo da saúde, seja pública seja privada (ROSEN, 1994).

O reconhecimento de tal fato, todavia, está longe da afirmação da supremacia ou da exclusividade desta ou daquela profissão: antes quer demarcar uma característica das corporações profissionais modernas, disciplinadas e administradas no seu arcabouço teórico e no seu campo de práticas. Antes, pretende ser um esforço de colocação da situação real, sem maniqueísmos e sem mistificações a fim de que possamos reconhecer e debater o que efetivamente está em jogo nesta questão.

Neste sentido, a proposta contida no Projeto Lei do Ato Médico, parece bastante inócua, se comparada aos textos anteriores, pois aponta simplesmente para o seu Conselho Federal, em seu Artigo 2º, de que a este compete, nos termos do artigo anterior e respeitada a legislação pertinente, definir, por meio de resolução, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados, para utilização pelos profissionais médicos, a que se completa com a definição do exercício ilegal da profissão, com a justificativa de que este crime encontra-se tipificado no Código Penal Brasileiro em seu artigo 283. Ressalte-se que este artigo reforça o preceito legal, lembrando que a profissão médica requer habilitação, aqui entendida como a legalização de uma atividade social regulamentada.

Art. 4º - A infração aos dispositivos desta lei configura crime de exercício ilegal da Medicina, nos termos do Código Penal Brasileiro.

Aparentemente o Projeto de Lei não toca na questão crucial - definir o que constitui objeto deste exercício, mas logo veremos que isto será feito!

Um outro núcleo essencial da luta corporativa - a reserva de subordinação aos pares não apresenta nenhuma inovação, isto é, preserva o caráter endógeno de que se alimenta o espírito de corpos em qualquer profissão regulamentada. Enquanto tal, o Projeto de Lei em questão se coaduna perfeitamente com as prerrogativas já apontadas para outras profissões, sendo bastante elucidativo compararmos os textos da proposta (Artigo 3º) e o que dizem as Leis referentes à Nutrição, à Farmácia, à Fonoaudiologia, à Psicologia e à Enfermagem (os grifos são nossos).

PL 25/2002 (versão Geraldo Althof)

Art. 3º - As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão, desde que vinculadas, de forma imediata e direta a procedimentos médicos e, ainda, as atividades de ensino dos procedimentos médicos privativos, incluem-se entre os atos médicos e devem ser unicamente exercidos por médicos.

LEI no. 8.234/91 - Nutrição

Art. 3º - São atividades privativas dos nutricionistas: I - direção, coordenação e supervisão de cursos de graduação em nutrição; V - ensino das disciplinas de nutrição e alimentação nos cursos de graduação da área de saúde e outras afins; VI - auditorias, consultorias e assessoria em nutrição e dietéticas;

DECRETO no 85.878/81 - Farmácia

Art 1º - São atribuições privativas dos profissionais farmacêuticos:II - assessoramento e responsabilidade técnica em:a) estabelecimentos industriais farmacêuticos em que se fabriquem produtos que tenham indicações e/ou ações terapêuticas, anestésicos ou auxiliares de diagnóstico, ou capazes de criar dependência física ou psíquica;b) órgãos,

laboratórios, setores ou estabelecimentos farmacêuticos em que se executem controle e/ou inspeção de qualidade, análise prévia, análise de controle e análise fiscal de produtos que tenham destinação terapêutica, anestésica ou auxiliar de diagnósticos ou capazes de determinar dependência física ou psíquica; IV - a elaboração de laudos técnicos e a realização de perícias técnico-legais relacionadas com atividades, produtos, fórmulas, processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica; V - o magistério superior das matérias privativas constantes do currículo próprio do curso de formação farmacêutica, obedecida a legislação do ensino.

DECRETO no 53.464/64 - Psicologia

Art. 4º - São funções do Psicólogo: II - Dirigir serviços de Psicologia em órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares. III - Ensinar as cadeiras ou disciplinas de Psicologia nos vários níveis de ensino, observadas as demais exigências da legislação em vigor. VI - Realizar perícias e emitir pareceres sobre a matéria de Psicologia.

LEI no 6.965/81 - Fonoaudiologia.

Art. 4º - É da competência do Fonoaudiólogo e de profissionais habilitados na forma da legislação específica: g) Lecionar teoria e prática fonoaudiológicas; h) Dirigir serviços de Fonoaudiologia em estabelecimentos públicos, privados, autárquicos e mistos;

LEI N. 7.498/86 - Enfermagem.

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem cabendo-lhe: I - privativamente: a) Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; c) Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; h) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem.

Assim, um artigo do projeto-lei, preconiza que os cargos de direção e chefia diretamente relacionados aos atos médicos sejam exercidos exclusivamente por médicos. O que há de extraordinário nisso? Todas as leis que regulamentam as outras profissões da saúde também realçam este quesito, garantindo-lhes as chefias de enfermagem, nutrição etc. A fundamental diferença reside na frase aposta entre chefia e exercício, que aponta para atos médicos. Sob esta genericidade, se oculta, ou se revela, o objeto que se persegue: o que vem a ser ato médico? Pois as demais leis e decretos explicitam os atos profissionais, o que não quer dizer que estejam falando de diferentes objetos.

Estabelece-se uma verticalidade racional de competências. Cada um cuida de si! Mas como fica o horizonte de possíveis conflitos, no cenário das instituições multiprofissionais? Com o intuito de aclarar essa intenção, o parágrafo único do mesmo artigo dissipa todas as dúvidas que poderiam existir:

Parágrafo único - Excetua-se da exclusividade médica prevista no caput deste artigo as funções de direção administrativa dos estabelecimentos de saúde e as demais atividades de direção, chefia, perícia, auditoria ou supervisão que dispensem formação médica como elemento essencial à realização de seus objetivos ou exijam qualificação profissional de outra natureza (PL 25/2002).

Argumentam, a seguir, os defensores da proposta, que uma direção administrativa, uma secretaria ou até mesmo o Ministério da Saúde podem ser cargos exercidos por profissionais não-médicos desde que, em respeito à lei, haja um responsável técnico médico para responder pelas questões técnicas e éticas que envolvam aquela instância administrativa. Nenhuma novidade neste passado recente de nosso país. Os dois últimos titulares da Pasta da Saúde, por exemplo, foram economistas. Eis porque cuidaram de apontar no artigo 5º, o respeito às outras profissões regulamentadas. E o fazem para dirimir qualquer dúvida acerca da extrapolação de direitos. O objetivo do PL 25/2002, advertem-nos, restringe-se simplesmente a definir a abrangência e os limites dos atos médicos, resguardando as prerrogativas definidas em lei para as outras profissões da área de saúde.

Art. 5º - O disposto nesta lei não se aplica ao exercício da Odontologia e da Medicina Veterinária, nem a outras profissões de saúde regulamentadas por lei, ressalvados os limites de atuação de cada uma delas.

Sob a ótica, portanto, de ato de defesa corporativa a proposta de Lei de Regulamentação do Ato Médico parece não constituir nenhuma novidade ou mudança paradigmática; antes, se instala num campo proficuamente regulamentado, em que as demais profissões na saúde já o fizeram, apenas reiterando algumas especificidades. Apontar isso, não significa, infelizmente, tornar o ato médico menos inocente, melhor ou pior do que os demais, ou banalizar sua proposta como algo que vem se somar ao já existente; antes, quer localizá-lo na agenda de debate, de forma a que possamos alcançar outros ângulos pelos quais possamos questionar os caminhos que a lide corporativa nos leva, ou nos convida a praticar, e se for impossível sair deles, que possamos questionar os seus limites.

Em resumo, os caminhos percorridos e a percorrer pela seara corporativa são poucos e curtos. Ou nos conduzem a uma uniformidade de interesses e aspectos formais regulatórios quase uníssonos, ou nos emparedam no conflito de interesses insolúveis, dada a dureza com que se estruturam os núcleos duros da defesa profissional. É preciso, pois, caminhar em direção a outras veredas, outras saídas, cujo sentido e direcionalidade somente podem ser encontradas no diálogo com os interesses e necessidades externos ao ofício das profissões.

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

Em vista do que vimos afirmando, julgamos fundamental examinar que razões possuem as demais entidades profissionais da saúde que, embora prisioneiras da postura de defesa de seus interesses, mergulham no combate à Lei do Ato Médico. Verificar o que de fato ocorre na proposta em discussão, a fim de possibilitar a superação dos limites em que vem ocorrendo que não nos conduz muito adiante do plano de uma certa atitude hipócrita. É fundamental, portanto, melhor analisar os textos da versão atual do Projeto Lei 25/2002, de modo a identificar o que constitui sua alma, qual é a sua razão de ser, muitas vezes confundida no calor das posições. Com esta atitude metódica, creio que superaremos os limites ideologizados que têm colonizado a questão, e poderemos exercitar o pensamento crítico tão necessário nos dias atuais.

Iniciemos pela evolução do texto proposto em sua primeira versão até o atual estágio em que se encontra. O fator originário do projeto de Lei, configura-se ter sido uma Resolução do CFM que, alegando denodada preocupação com a adoção de práticas prescritivas e diagnósticas por parte da Enfermagem, bem como com a incorporação na política do PSF de estabelecimentos de saúde, cujas equipes não contavam com a participação dos médicos; e, mais, alegando a defesa dos interesses da população

No tocante ao ato médico, por exemplo, todos os médicos estão sendo conclamados a se lançar na mobilização e na defesa dessa bandeira. Afinal, é a defesa desta profissão que está em jogo, alerta-nos o CFM, como se dissesse - Nós, os médicos, estamos sendo absorvidos pela invasão dos outros!

O PLS no 25/2002 objetiva tão-somente regulamentar os atos médicos, fortalecendo o conceito de equipe de saúde e respeitando as esferas de competência de cada profissional. Em nenhuma linha encontraremos violações de direitos adquiridos, arrogância ou prepotência em relação aos demais membros da equipe. Ninguém trabalha pela saúde da população sozinho, e muito menos sem a presença do médico. A análise do conteúdo dos cinco artigos do Projeto mostra a relevância da matéria, permitindo maior compreensão acerca da importância de sua aprovação (CFM, 2004).

Infelizmente, a leitura mais atenta e literal das próprias definições do texto não contribui para que concordemos com os seus defensores. Já no seu primeiro Artigo, o projeto de Lei 25/2002, deixa bastante nítida a ambição corporativa que é sua alma.

Art. 1º - Ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para:

1. A prevenção primária, definida como a promoção da saúde e a prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia;
2. A prevenção secundária, definida como a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;
3. A prevenção terciária, definida como a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (PL 25/2002, versão Geraldo Althof).

Vê-se, de imediato, que é nesta definição em que começam a ficar mais bem delineado o cerne da disputa. Com uma abrangência sem igual, o ato médico ocupa toda a seara das intervenções profissionais. E o faz, ancorando-se numa matriz teórica significativa,

que formatou toda uma cultura de pensamento e formação médica contemporânea, notadamente a partir da segunda metade do século XX, que é a proposta de História Natural da Doença. Segundo a defesa que dele fazem seus propositores,

o Projeto tem como objetivo definir, em lei, o alcance e o limite do ato médico. Para tanto, este artigo 1º expõe de maneira clara a definição adotada pela Organização Mundial da Saúde no tocante às ações médicas que visam ao benefício do indivíduo e da coletividade, estabelecendo a prevenção, em seus diversos estágios, como parâmetro para a cura e o alívio do sofrimento humano. A definição do ato médico foi elaborada com base nesta ordenação de idéias porque, na medida em que abrange todas as possibilidades de referir procedimentos profissionais na área da saúde, essa classificação pareceu ao autor a melhor maneira de sintetizar clara e lealmente os limites da atividade dos médicos. Com sua utilização, parece ser possível diferenciar o que se deve considerar como atividade privativa dos médicos e quais os procedimentos sanitários que não o são (CFM, *idem*).

Embora fuga ao escopo deste artigo aprofundar a discussão das âncoras conceituais e teóricas, não podemos deixar de mencionar a crítica feita à medicina preventiva brasileira por Arouca (2003), apontando para esta formulação seu forte caráter liberal e individualista, formulada enquanto um projeto médico conservador de natureza reformista que, antepondo uma prática ideológica a uma prática discursiva e empírio-existencial, alojava em seu interior um sistema conservador das estruturas da prática médica existente.

Tais características se depreendem no desenrolar da argumentação do Conselho Federal de Medicina, quanto argumenta em defesa de uma integração entre cura e prevenção, mas logo recai na firme determinação que persegue, posto que a cura, quer com o sentido de tratamento quer como resultado dele, está implícita na prevenção secundária, e esta, deduzimos, é tarefa para médicos. A sequência da argumentação não deixa dúvidas a respeito (os grifos, em todas as citações a seguir, são nossos):

O inciso I trata da atenção primária, que cuida de prevenir a ocorrência de doenças, através de métodos profiláticos, e das ações que visem à promoção da saúde para toda a população. A prevenção primária reúne um conjunto de ações que não são privativas dos médicos; ao contrário, para que obtenham êxito exigem a co-participação de outros profissionais de saúde e até mesmo da população envolvida.

Ao que parece ninguém seria contra esta afirmação, desde que pudesse ser vista assim em si mesma. Mas o que dizer dos que comungam a busca da integralidade, da qualidade da atenção e a mudança nos padrões sanitários da população brasileira, e que tem perseguido a construção de um mix médico-sanitário que rompa a longa e cristalizada dicotomia entre o preventivo e o curativo? Não bastasse isso, a justificativa é cristalina em apontar a distinta natureza dos territórios definidos pela lógica dos níveis de prevenção: nos níveis primário e secundário, é possível, desejável e exigível a prática interdisciplinar e a participação da população. O nível secundário, ao contrário, é um lugar exclusivo, em que deve reinar soberano um único saber: a medicina científica hegemônica, como, logo a seguir, o texto confirma: embora declare que prevenção e cura são inseparáveis, não descuida de reservar para a segunda aqueles que lhe são indissociáveis e, ao que parece, os únicos em condições de fazê-lo.

O inciso II, por sua vez, estabelece os atos que são privativos dos médicos. São aqueles que envolvem o diagnóstico de doenças e as indicações terapêuticas, atributos que têm no médico o único profissional habilitado e preparado para exercê-los, além dos odontólogos em sua área de atuação. Não se incluem, aqui, os diagnósticos fisiológicos (funcionais) e os psicológicos, que são compartilhados com outros profissionais da área de saúde, como os fisioterapeutas e os psicólogos. O diagnóstico fisiológico se refere ao reconhecimento de um estado do desenvolvimento somático ou da funcionalidade de algum órgão ou sistema corporal. O diagnóstico psicológico se refere ao reconhecimento de um estado do desenvolvimento psíquico ou da situação de ajustamento de uma pessoa. No entanto, quanto se trata do diagnóstico de enfermidades e da indicação de condutas para o tratamento, somente o médico e o odontólogo, este em sua área específica, possuem a habilitação exigida para tais ações. E os médicos veterinários, no que diz respeito aos animais.

Ancorada, como já dissemos, na matriz teórica da história natural das doenças, a linha argumentativa tanto na elaboração da proposta quanto de sua defesa, complementa-se no inciso III, quando reconhece a natureza multidisciplinar das práticas de recuperação e reabilitação, mas aqui se apresenta uma sutileza de definição: recuperação não é tratar de doença, é devolver a integridade estrutural ou funcional perdida.

O inciso III aborda as atividades de recuperação e reabilitação, também compartilhadas entre a equipe de saúde. Não são atos privativos dos médicos. Por medidas ou procedimentos de reabilitação devem ser entendidos os atos profissionais destinados a devolver a integridade estrutural ou funcional perdida ou prejudicada por uma enfermidade (com o sentido de qualquer condição patológica).

Ambas, prevenção primária e terciária, ganham assim um caráter exterior: sua ação é anterior a doença, ou posterior a ela. Uma visa a retardar, impedir ou controlar a ocorrência de agravos e eventos adversos; a outra, visa recuperar estrutural e/ou funcionalmente, os danos causados pelas doenças. Uma vem antes, outra depois! Podem ser compartilhadas e, portanto, podem ser território para os "outros". A doença, não, esta é espaço restrito aos médicos!

Os dois parágrafos que complementam este artigo explicitam quais os atos privativos dos médicos e os compartilhados com outros profissionais, e não deixam dúvidas do que apontamos, pois tratam da hipótese em que estes espaços se extravasem. O que acontece quando a prevenção encontra a cura? A resposta é insofismável e o próprio texto diz melhor do que qualquer outra forma, isto é, segundo os conceitos implícitos na intencionalidade do texto, não há elo possível entre prevenção e cura, posto que esta última é território exclusivo dos médicos. E usando mecânica e ideologicamente a teoria da História Natural das Doenças, se advoga que o nível secundário da prevenção, isto é, aquele que envolve diagnóstico e tratamento sejam privativos dos médicos. Eis o núcleo inalienável do qual a proposta de Medicina Preventiva não pretendeu se afastar, e que agora se pretende jurisdicionalizar.

Parágrafo 1º - As atividades de prevenção de que trata este artigo, que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica, são atos privativos do profissional médico.

Parágrafo 2º - As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem na execução de diagnósticos e indicações terapêuticas podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais da área da saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente.

Apesar de toda a celeuma e críticas que foram levadas pelas manifestações ao Congresso Nacional, a proposta substitutiva tampouco deu ouvidos às preocupações apresentadas, chegando, no máximo, a uma versão suavizada na forma, mas sólida e compacta naquilo que lhe é essencial: a preservação do núcleo duro da prática médica. Compare-se, a propósito, o teor do novo artigo 1º com o anterior, posto que os demais não foram alterados, o que se afigura como demonstração cabal de que neste reside a alma do que se quer regulamentar (os grifos são nossos).

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 25/2002 (SUBSTITUTIVO TIÃO VIANA)

Dispõe sobre o exercício da Medicina.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - O médico desenvolverá suas ações no campo da atenção à saúde humana para: I - a promoção da saúde; II - a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças; III - a reabilitação dos enfermos. Parágrafo único. São atos privativos de médico a formulação do diagnóstico médico e a prescrição terapêutica das doenças.

Pela amplitude do que se quer delimitar como atividade privativa, as demais profissões da saúde têm razão em entender que terão suas atividades cerceadas ou tornadas dependentes da ação médica, embora lhes seja reconhecido uma situação de honra na produção das práticas preventivas? Embora, na prática, os efeitos de tal Lei não possam ser efetivamente estes, em grande parte o grau de interferência vai ser mediado pela capacidade de acesso da população aos serviços e aos profissionais, e aqui é fundamental atentarmos para a problemática natureza da efetivação de políticas públicas universalistas, cuja radical adesão à integralidade da atenção consiga proporcionar a incorporação de outras práticas profissionais que não apenas a já hegemônica medicina científica. Ao contrário, o relativo êxito da supremacia do mercado como ente regulador da oferta e da qualidade da assistência deixa graves interrogações acerca da manutenção, e até do aprofundamento, desta hegemonia.

Querem, outrossim, os proponentes deste projeto de Lei, que se reconheça a existência de um consenso indubitável acerca destes conceitos, estabelecidos há milênios pela prática da Medicina. E que, a estupefação de alguns pela inexistência, até hoje, de lei que afirmasse o óbvio, se explica pelo fato de que nunca houve tal necessidade antes, o que só agora se impõe em virtude do crescimento de outras profissões na área da saúde. Só podemos concordar com estes, quando apontam que estabelecer limites e definir a abrangência do ato médico passou a constituir um assunto de extremo interesse de toda a sociedade, e não apenas dos médicos.

Uma vez que apontamos a necessidade de que os interesses corporativos só justifiquem seu debate se submetidos aos interesses de toda a sociedade, nos inclinamos pelo

distanciamento da lide corporativa para adentrarmos no campo dos interesses da sociedade, justamente o elo ausente desta discussão, que ao se manter corporativa não permite um alargamento dos seus limites e muito menos permite aprofundar nossa compreensão acerca dos efeitos adversos que encerra o Projeto Lei. E estes efeitos adversos são, pelo menos, quatro:

1) O Ato médico explicita uma visão de ser médico

A luta pela instituição do ato médico, transformada em agenda do momento e de mais alta importância, nos parece mais um estertor conservador, ainda que não será o último. Sua explicitação sugere mais uma aposta no imaginário ainda muito forte na profissão, que presa a um ideário liberal, que não se alimenta de realidade, acorrenta os médicos a um oceano revolto de transformações sociais, políticas e tecnológicas, no qual; prisioneiros de uma odisséia em que, ao contrário dos heróicos protagonistas da versão original, soçobram agarrados ao mastro partido de uma nau sem leme e sem navegabilidade e cujo rumo só os distancia daqueles a quem deveriam cuidar.

Na acirrada disputa corporativa em que mergulhou a defesa da Lei do Ato Médico, um dos argumentos levantados pelos defensores de sua aprovação é o de que sem ela, a sociedade poderá perder o médico como depositário exclusivo do conhecimento científico salvador de vidas e produtor de saúde e bem-estar. Em seu lugar, se verá às voltas com gente despreparada, de menor qualificação ou formação insuficiente para dar conta da nobre arte de curar. Entregue a mãos inábeis, profissionais despreparados, o tesouro da Medicina será roído, carcomido pela ineficiência, pela burla e pelo incapaz, e a sociedade é quem sofrerá com isto. É uma visão profundamente comprometida com um ideário conservador, que afirma uma supremacia "natural" da medicina, dada sua identificação histórica com a capacidade de intervenção da humanidade frente ao seu flagelo mais constante: as doenças.

Ao contrário da invasão externa, o que ameaça a medicina é a sua deslegitimação social, em virtude da especial degradação que se produz no seu campo de trabalho, seja pela ausência daqueles lugares onde se persegue a saúde pública, seja derivada da resistência da maioria dos seus agentes em toma-lo como lugar de disputa e de explicitação de uma outra postura e comprometimento. Neste aspecto, o que assoma é uma sensação de desamparo, aliada a uma situação de crise de sustentabilidade: milhões e milhões são gastos em procedimentos tecnologicamente encarecidos e somente se amplia a insegurança e insatisfação da clientela usuária, seja nos serviços públicos seja nos privados (MERHY, 2002).

A prática médica no setor privado também vai sofrendo sua particular espoliação, à medida que avança e se consolida a segmentação do mercado em infindáveis planos e modalidades de seguros que fatiam o corpo humano e a sua saúde em mil fragmentos e colocam a todos os consumidores numa perene sensação de insegurança. Neste processo vem junto, não como causa, mas como condição, a desqualificação da prática médica pela precarização do processo de trabalho e na perda substancial de seu valor de troca pela remuneração obtida.

Uma terceira questão decorre desta visão crítica da luta corporativa: trata-se de que pensemos os seus significados práticos para a categoria, a partir do último ponto que levantamos. Frisemos novamente a legitimidade da regulamentação profissional, mas interroguemos cerca da construção de um valor de uso para o ato médico. Em outras palavras, após a aprovação da Lei, no que será útil o ato médico para o médico? Segue-se, de uma tal pergunta, um grande número de outras, para as quais não há mesmo respostas simples e diretas, ou talvez, nem mesmo respostas.

2) O Ato médico explicita uma opção pelo mercado

O mercado de trabalho médico atravessa um profundo processo de transformação, a partir das mudanças no modo de produção dos procedimentos médicos pela intensa incorporação tecnológica que vem atingindo a medicina, enquanto saber e enquanto prática, e chegando até a desestruturação do frágil equilíbrio do controle de mercado pela força de trabalho, pelo deslocamento do financiamento para outras mãos que não a corporação e nem o consumidor direto. Dito de outra maneira, desaparece a condição de exercício liberal que sustentou a prática médica até meados dos anos 60, e se consolida um modo de produção em que se institui a intermediação financeira por modalidades tanto empresariais diretas quanto por ação estatal. Não fosse bastante, se dilui a capacidade de controle do mercado, no sentido de poder de definir valores e regras de contrato, captar diretamente a clientela consumidora, ou mesmo de influir mais decisivamente nos rumos das políticas públicas regulamentadoras do setor.

Deste modo, nos parece um espasmo do passado no presente, ver mais uma vez, diante das transformações sócio-econômicas que modelam desestruturações significativas no modo de organização das práticas num mercado de produção e de consumo, os médicos sejam impelidos a definir quem está, ou não, autorizado legalmente a executar procedimentos e atos definidos como sendo de médicos. Só que, o que muda são os excluídos: na década de 20, os charlatões, curandeiros e homeopatas (PEREIRA NETO, 2000). Na modernidade do século XXI, a defesa se volta ante as demais profissões do campo da saúde.

Resta à corporação - o que não é pouco, embora venha se tornando insuficiente - a autonomia ético-científica, e a preservação dos poderes prescricionais e delegacionais, além de uma grande legitimação social da medicina. Estes elementos continuam centrando a organização da assistência em torno da prática médica, e a manter o fetiche existente entre saúde e assistência médica pela ação do saber da medicina, com que se reforça a centralidade deste saber na configuração de todo e qualquer modelo assistencial que se preze (ACIOLE, 2003b).

Não temos razões para discordar de que assim seja, e nem queremos aqui afirmar o ideário de qualquer modelo que se pretenda erguer como substitutivo ao da prática médica, mas devemos reconhecer que o desdobramento social e cultural da condição pós-moderna aponta, cada vez mais, para a construção de práticas interdisciplinares, interlocução de saberes e construção coletiva como elementos paradigmáticos da construção de práticas e profissões, numa perspectiva de integração tanto da fragmentação e especialização de saberes, quanto do reconhecimento da vastidão e complexidade que o conhecimento científico e técnico tem atingido em todas as áreas.

3) O Ato médico sustenta um modelo assistencial não universalista

Recordemos que os médicos não são mais os detentores do controle dos meios materiais de produção do nosso trabalho e sequer conseguem, hoje, definir o valor de mercado de nosso tempo de trabalho: duas condições sabidamente definidoras da perspectiva liberal de uma prática profissional. Essa condição, portanto, está perdida! Deverão estar atentos os médicos para o fato de que uma marca operacional importante no campo da saúde seja pública seja privada, tem sido a do trabalho em equipe.

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

Se esta característica parece ser mais forte e presente no chamado setor público aparece do mesmo modo no conjunto dos serviços privados e mesmo na sua unidade funcional: o consultório particular. Pois também lá, na solidão apolínea das paredes de um consultório, estão presentes os fatores moderadores que determinam a disponibilização de tempo maior ou menor, o acesso e consumo a procedimentos de maior ou menor complexidade e de utilização de tecnologias, na dependência muito forte das possibilidades de acesso colocadas pelo poder aquisitivo do consumidor destes serviços, que é o cliente, na medida em que este possa pagar, ou não, diretamente pelos serviços que consome ou solicita consumir (ACIOLE, 2003a).

A essa perda correspondeu uma substancial transformação por que passou a medicina, que foi sendo paulatina e profundamente amalgamada nos fornos da modernidade científica e tecnológica, de cuja incorporação resultou sua acetinada vocação para a tecnificação e a pulverização em procedimentos.

É neste cenário que ocorre um fator também pernicioso para o sonho liberal: o custo da atenção médica ficou inacessível, não somente à população em geral, mas também ao próprio agente do trabalho, o médico. Em seu lugar, assistimos a chegada em cena de um sujeito que dela se apropriou: o vendedor do trabalho médico convertido em procedimentos, e cuja venda se dá através das várias modalidades de prestação de serviços que foram se constituindo, seja como seguradora, medicina de grupo, cooperativa, empresa de auto-gestão e, especialmente, o Estado.

A produção e consumo de procedimentos médicos tecnificados tem, por seu turno, sido deslocada e concentrada em espaços ideais, concentradores da tecnologia necessária à sua realização. Estes espaços ideais são emblematicamente o hospital e/ou centros tecnológicos de produção de procedimentos como laboratórios e unidades diagnósticas de imagenologia (raios X, ultrassom, ressonância magnética etc) e acabam por subsumir a produção de saúde como consumo de procedimentos, desfocando o consultório de seu

lugar efetivo de relação intersubjetiva e de explicitação do saber fazer clínico (ACIOLE, 2003a).

Um exame da disponibilidade destes tipos de estabelecimentos segundo sua natureza administrativa revela que a imensa maioria deles está alocada no setor privado, que concentra, inclusive, o domínio e a posse da maioria dos equipamentos utilizados na produção dos chamados procedimentos de alto custo, e estes têm sido paulatinamente monopolizados em um restrito número de produtores. A forma encontrada para disponibilizar o acesso e o consumo deste tipo de procedimento tem sido a venda para os clientes privados através do atravessador chamado "planos de saúde" ou, o cliente individual mais importante, a disponibilização ao SUS.

Este Sistema, que universaliza os serviços públicos de saúde, é um dos maiores clientes, colocado numa dependência estrutural que o torna um grande comprador de serviços e procedimentos, isto é, o torna um grande financiador cativo da prestação de serviços especializados privados (ACIOLE, 2003b). Cativo, mas não totalmente submisso, pois sua clientela maciça, ao lado de seu poder normativo, garante-lhe capacidade de definir valores no mercado, adotando tabelas de remuneração, em que se consideram os custos relativos aos insumos e equipamentos tecnológicos, maior parte, e os custos relativos aos chamados honorários médicos, menor parte.

4) O ato médico define uma política de assistência

A prática nos serviços de saúde - especialmente nos serviços da área pública, mas em grande medida nos serviços da iniciativa privada - tem sido marcada pela exploração de uma relação de ambigüidade: de um lado, esta característica de se usar a competência e os saberes multidisciplinares é demanda colocada pela integralidade, que tem sido a alma buscada para o cuidado à saúde/doença nestes serviços. De outro lado, a reação e o cuidado à perda da especificidade de cada segmento profissional, de modo a que cada um se reconheça pelo seu escopo de atuação e seja reconhecido pelo trabalho da outra profissão. Tensão que persegue espaços de tangência e até de interpenetração, complementar e cooperativa, diluindo a tendência conflitiva e/ou invasiva de uma pela outra.

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

A tais distorções se alia um conjunto de fatores que acabam por associar à saúde pública o lugar em que se pratica uma medicina de baixa tecnologia, verdadeira clínica pobre para pobres, em que a apologia de que se substitui o trabalhador médico por outro menos custoso no mercado pode ser verificado, mas que, no fundo, deslocada em seu contexto explicativo, ganha nítida condição de meia verdade. Neste sentido, que espécie

de resposta dará o ato médico, não só para estes serviços, mas para a população por eles assistida? Acaso é de luta corporativa que precisamos povoar as trincheiras de luta por uma extensão de qualidade e resolutividade no campo da saúde, seja pública seja privada.

O detentor do controle dos meios de produção necessários à execução dos atos médicos, isto é, o vendedor de atos médicos, é um dos maiores interessados em que se regulamente o ato médico! Interessa, essencialmente, porque esta regulamentação reforçará reserva de mercado, e do mercado daqueles procedimentos mais custosos e tecnologicamente aparatosos, para os quais as condições materiais de sua realização são cartelizáveis, e também a compra e venda do tempo de trabalho, e do resultado deste trabalho, dos fazedores de procedimento, que são os médicos.

É preciso que também reflitamos sobre isso, pois nos parece que, longe da apregoada defesa dos médicos perante a avassaladora destruição das condições de controle do mercado de trabalho, o ato médico pode reforçar a intensa segmentação que se verifica acontecer atualmente, e privilegiar justamente o elo da cadeia de produção de atos e procedimentos nas melhores condições privilegiadas em que se encontra. Particularmente, porque, ao estabelecer a reserva de mercado para uma produção reservada que a própria natureza tecnológica do trabalho em saúde já reserva aos médicos, aprofundará e colocará para a categoria, cujo estágio de organização atual e condição ideológica de posicionamento frente à realidade do mercado de trabalho só fará aprofundar o fosso que a separa e a mantém prisioneira da alienação liberal de que se julga imutável detentora (ACIOLE, 1999).

E à sociedade, afinal, o quanto importa o ato médico? Pouco interessa ou interessa muito? Para ela, faz diferença quem terá a prerrogativa de diagnosticá-la e medicá-la? Depende, e a este depende se vincula uma série de características que devem ser atendidas em quaisquer circunstâncias: a da qualidade da atenção e do respeito à integralidade do paciente/usuário. Neste caso, qualquer profissional que o faça - em qualquer regime ou em condição - deve fazê-lo bem, com eficácia, eficiência e efetividade; responsabilidade, vínculo e humanidade.

Em suma, caberia uma última interrogação: aos usuários, aos dependentes do cuidado, da assistência, interessam os efeitos da varinha e importa menos qual o mágico que a segura? Neste caso, o efeito esperado não é o de ser cuidado, obter segurança e acolhimento para as suas necessidades, agravos e desarranjos na harmonia vital, mais do que a reserva e o domínio de certos territórios de práticas por esta ou aquela categoria profissional. Como conciliar os legítimos reclamos por uma saúde mais humana, mais próxima do indivíduo que a procura, mais integral e acolhedora e, por isso mesmo, mais resolutiva? Uma parte desta resposta pode estar nos argumentos que levantamos na seção final deste artigo, a seguir.

QUE ADEQUAÇÃO BUSCAR PARA OS LIMITES CORPORATIVOS: A ORDEM/DESORDEM PROFISSIONAL OU UMA OUTRA ORDEM SOCIAL?

Como apontamos no início deste artigo, talvez seja necessário reconhecer que uma certa dose de corporativismo é necessária à sobrevivência de qualquer profissão. Mas antes de dizer sim a qualquer ato corporativo como este ato médico, é preciso muito mais dizer sim a um outro ato: o de cuidar na sociedade atual. Sob este leitmotiv, a questão

corporativa deve ser reduzida a escombros para que possa ser colocada a serviço de uma causa mais transcendental, mais inserida no atendimento às necessidades coletivas e individuais dos pacientes, clientes ou usuários, onde quer que estejam, numa perspectiva transformadora da sociedade e dos próprios profissionais.

Assim é que, ao invés de insistir no debate a favor e/ou contra o ato médico, a questão corporativa precisa ser urgentemente repensada, na medida em que a própria dinâmica social torna imperativa a mudança de seu objeto. É possível e necessário imaginar, por exemplo, uma outra concepção para as entidades profissionais, entre as quais os conselhos, uma mudança de seu objeto, uma inversão de suas prioridades? Acreditamos não só que sim, como se torna mais e mais uma questão imperativa!

Responder a esta questão pode significar virar de cabeça para baixo o mundo da saúde: ao invés de proteger a sociedade e defender o profissional a partir de uma ótica autocentrada, de um olhar para dentro, fazê-lo olhando para fora, isto é, direcionar a regulação do exercício profissional que toma suas práticas como objeto, para o objeto de suas práticas, isto é, o cidadão usuário-cliente destas práticas e dos serviços.

Adotando este princípio como radicalidade, deve-se assumir a defesa dos interesses de saúde dos usuários/clientes como foco prioritário e este foco é que deve justificar o exercício de defesa e controle das condições de exercício profissional. Sutil, porém fundamental diferença. Agindo assim, ao invés de perseguirmos um aprimoramento de um ato jurídico corporativo, cujos limites soam tão contundentes e precisos, deveríamos buscar aprovar um Ato de Saúde afirmando radicalmente que o que importa é a produção da saúde, como cuidado e como bem público. Afirmar o ato de saúde permite alcançar, a um só tempo, um duplo objetivo: romper a barreira limitante da disputa corporativa, sob cuja égide no máximo atingiremos aprimoramentos dos textos legislativos, e subsumir a perspectiva reinante à regulação pelas necessidades de saúde, um princípio universal, cujo caráter complexo e natureza prismática comporta obrigatoriamente uma prática interdisciplinar, e integralizadora, e sua apropriação pela sociedade civil.

Uma versão preliminar de definição do ato de saúde poderia partir da seguinte redação:

PROJETO DE LEI POPULAR Nº ____/ DE 2004

Dispõe sobre os Atos de Saúde.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - Os Atos de Saúde se definem como todo e qualquer procedimento profissional voltado para o cuidado à saúde e a doença, e exercido pelos profissionais da saúde;

Parágrafo 1 - Os atos de saúde são um direito de cidadania e constituem um dever do Estado, que cuidará de sua efetiva garantia a todos os brasileiros, indistintamente;

Parágrafo 2 - Os Atos de saúde deverão atender aos princípios da integralidade, interdisciplinaridade e universalidade e deverão ser executados, preferencialmente, por equipe multiprofissional de saúde, e envolverão as dimensões preventivas, diagnósticas, terapêuticas e reabilitacionais inerentes ao ato de cuidar;

Inciso único: Os Atos de Saúde, em vista disso, não poderão constituir exclusividade de nenhuma profissão em particular;

Artigo 3º - Fica garantido ao cidadão brasileiro o acesso a toda e qualquer informação e orientação na definição de qual recurso profissional buscar para o real e efetivo atendimento de suas necessidades de saúde;

Artigo 4º - Deverá ser revista a legislação reguladora que orienta e define a atuação dos conselhos a fim de adequá-los aos ditames da presente legislação;

Inciso único: Os conselhos profissionais, enquanto isso, estarão impedidos de emitir qualquer resolução, norma ou parecer que contrarie o disposto na presente Lei;

Artigo 6º - Revogam-se as disposições em contrário

Artigo 7º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Uma proposta que é, antes e portanto, um convite à transformação do que vem sendo um debate interna corporis! Uma possibilidade de envolvimento da esfera pública, através dos seus vários espaços organizados, sejam os políticos formais, sejam os movimentos sociais; e, principalmente, a reafirmação de que, no Brasil de hoje, a saúde é uma questão social que não permite mais o seu aprisionamento ou apropriação por interesses particulares, em perfeita consonância com a definição constitucional de direito de todos e dever do Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, G.G.; Uma discussão da cultura e trabalho médicos no Brasil: entre o cliente e o usuário. Revista Jovem Médico, v. 3, n. 2, p 103-107, São Paulo, 1999.

--____; O lugar, a teoria e a prática do trabalho médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório. Botucatu: Interface, 2003a.

____; A Saúde no Brasil: entre o Estado e o Mercado. Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP, Tese de Doutorado, 2003b.

AROUCA, S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/FIOCRUZ, 2003

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. O Ato médico. Disponível em <http://www.cfm.org.br>; acesso em novembro de 2003.

BOURDIER, P.; O poder simbólico. Lisboa - Rio de Janeiro: DIFEL - Bertand Brasil, 1989.

MERHY, E. E.; Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Apêndice 1. São Paulo: HUCITEC, p. 115-133, 2002.

PEREIRA NETO, A. de F.; Ser médico no Brasil: o presente no passado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001, 223 p.

ROSEN, G. Uma História da Saúde Pública. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC - UNESP - ABRASCO, 1994. 423 p. (Coleção Saúde em Debate, nº 74)

Giovanni Gurgel Aciole é médico, doutor em Saúde Coletiva e presidente do Sindimed Campinas (gestão 2002-2006)