

O Sistema Único de Saúde e as dinâmicas societárias em torno das políticas de saúde no Brasil: o caso da Lei do “Ato Médico”

José Rogério Lopes¹ - Adimilson Renato da Silva²
(Universidade de Vale do Rio dos Sinos - Brasil)

Recibido: 25 de enero de 2015. Revisado: 15 de febrero de 2015. Aceptado: 18 de marzo de 2015.

Puede citar el presente artículo así: / To reference this article: Lopes, J.R. & Da Silva, A. R. (2015). O Sistema Único de Saúde e as dinâmicas societárias em torno das políticas de saúde no Brasil: o caso da Lei do “Ato Médico”. *Revista Gestión & Desarrollo*, 12, 35-51.

Resumo

O artigo analisa os processos culturais e sociais relacionados à promulgação, no Brasil, da Lei Nº 12.842/2013, conhecida como Lei do “Ato Médico”. A partir de dados coletados na *web*, elabora-se uma revisão das principais manifestações das categorias de profissionais da saúde, no debate da Lei, aqui definidas como políticas de identidade. Os diversos agenciamentos das categorias profissionais operados nesses episódios serão discutidos na perspectiva das ações societárias, configurando arranjos tensos das políticas de identidade e das políticas de saúde. Considera-se que esses arranjos assumem importância na definição da agenda da política pública, em proveito da hegemonia médica no âmbito do SUS-Sistema Único de Saúde, no Brasil.

Palavras-chaves: Política de saúde, Sistema Único de Saúde, Lei do Ato Médico, Economia médica, ações societárias.

Classificação JEL: I11, J58.

1. Doutor em Ciências Sociais (PUC-SP), Professor Titular do PPG Ciências Sociais da UNISINOS-Universidade de Vale do Rio dos Sinos, RS, e Professor do PPG Desenvolvimento Regional da UFT-Universidade Federal do Tocantins, Brasil. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.
2. Mestre e Doutorando em Ciências Sociais, na UNISINOS-Universidade de Vale do Rio dos Sinos, RS, Brasil. Bolsista Prosup/CAPES.

El Sistema Único de Salud y las dinámicas societarias en torno a las políticas de salud en Brasil: el caso de la Ley del "Acto Médico"

Resumen

El artículo analiza los procesos culturales y sociales relacionados con la promulgación, en Brasil, de la Ley N° 12.842/2013, conocida como Ley del "Acto Médico". A partir de datos obtenidos de la web, se elabora una revisión de las principales manifestaciones de las categorías de profesionales de la salud, en torno al debate de la ley, aquí definidas como políticas de identidad. Los diversos agenciamientos de las categorías profesionales operados en esos episodios serán discutidos en la perspectiva de las acciones societarias, configurando así articulaciones tensas de las políticas de identidad y de las políticas de salud. Se considera que esas articulaciones asumen importancia en la definición de la agenda de la política pública, en provecho de la hegemonía médica en el ámbito del Sistema Único de Salud, en Brasil.

Palabras clave: política de salud, Sistema Único de Salud, Ley del Acto Médico, economía médica, acciones societarias.

Códigos JEL: I11, J58.

The Unified Health System-SUS and the societal dynamics around health policy in Brazil: the case of the "Medical Act" Law

Abstract

The article analyzes the cultural and social processes related to the enactment of Law N° 12,842/2013, known as the "Medical Act" law, in Brazil. From data collected on the web, we undertake a review of the main manifestations of the categories of health professionals, in debate of Law, here defined as identity politics. The diverse assemblages of these episodes operated professional categories will be discussed from the perspective of societal actions, setting taut arrangements of identity politics and health policy. It is considered that these arrangements have become more important in shaping the public policy agenda for the benefit of medical hegemony within the Unified Health System-SUS, in Brazil.

Key words: Health policy, Unified Health System-SUS, law of the Medical Act, Medical economy, societal actions.

JEL classification: I11, J58.

O escopo cultural das Leis e a agenda pública

Pretende-se aqui expor alguns acontecimentos recentes relacionados aos processos sociais que levaram à promulgação, no Brasil, da Lei Nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que "Dispõe sobre o exercício da Medicina", também conhecida como Lei do "Ato Médico, e seus desdobramentos nas dinâmicas societárias em torno do reconhecimento que categorias de profissionais da saúde reivindicam para a legitimação de suas ações junto ao SUS-Sistema Único de Saúde.

Desde que o Projeto de Lei nº 25/2002 começou a tramitar no Congresso Nacional brasileiro – alterado pelo substitutivo do senador Tião Viana, aprovado na Comissão de Constituição e Justiça em 1º/07/2004, e posteriormente substituído pelo Projeto de Lei nº 7.703/2006 – uma imensidão de manifestações e protestos foram divulgados, sobretudo pela web. O volume espetacular de postagens em sítios da web, como o Google, expressa o quanto a agenda pública se foi configurando pelos debates em torno da questão: digitando "Lei 7.703" aparecem 9.940 resultados de pesquisa; já digitando "Lei do Ato Médico", esse número sobe para 10.300.000 resultados (Acesso em 07/07/2014).

Por outro lado, no mesmo período, outros projetos de lei tão importantes para o debate público, no Brasil, tiveram uma repercussão diferenciada ou muito menor. Ve-

ja-se um exemplo: a Lei Maria da Penha.³ Quando se digita no mesmo Google o termo "Lei 11.340", aparecem 149.000 resultados; quando digitando "Lei Maria da Penha", aparecem 2.160.00 resultados (Acesso em 14/07/2014). O que essa inversão de resultados sugere?

Embora se possa questionar o caráter da correspondência aqui estabelecida, argumentando que se trata de uma analogia entre leis que abordam problemáticas distintas, pretende-se mostrar que essa correspondência é homóloga.⁴ Assim, alguns elementos presentes nos processos de negociação que levaram ao outorgamento dessas leis devem ser explicitados.

Primeiramente, busca-se evidenciar que as duas leis se configuram em uma perspectiva fundante das relações sociais estabelecidas na sociedade brasileira: o patriarcalismo e suas formas de reprodução social da submissão cultural entre categorias de sujeitos.

Se a Lei Maria da Penha busca o enfrentamento com o patriarcalismo que funda a submissão cultural de gênero, estruturada em um sistema de proteção patriarcal e na instituição do familismo,⁵ como tantas vezes denunciado pela crítica feminista (Fraser, 2009; Scott, 1995; Benhabib; Cornell, s/d), a Lei do Ato Médico explicita o tipo de patriarcalismo urbano que predominou no modelo de modernização social já evidenciado por Souza (2000), desde o início do século XIX.

3. A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) foi promulgada visando criar dispositivos legais e institucionais para o enfrentamento da violência contra a mulher, no Brasil.
4. Segundo Williams (1979), as correspondências análogas operam por aparência e função, enquanto correspondências homólogas operam por gênese e desenvolvimento.
5. Para Souza (2000, p.232) o patriarcalismo produz uma ordem de relações que oscila entre despotismo e proximidade e se define pela figura de um hiperindivíduo aí formado, que não "internalizou limites em relação aos seus impulsos primários" (p. 231). Dessa convergência contraditória, configurou-se um modelo de "proteção patriarcal" que se desdobrou em "familismo", em uma forma de bilateralidade (favor e proteção) estendida também a famílias, e um "sistema complexo de alianças e rivalidades".

Baseado na leitura de *Sobrados e Mocambos*, de Gilberto Freyre, Souza evidencia que a passagem do patriarcalismo rural para o urbano, do particularismo do familismo ao universalismo da modernização europeizante, ocorre superficialmente, de forma inautêntica, porque não "institucionaliza os valores individualistas e burgueses da Europa não ibérica" (Souza, 2000, p. 236).

No entanto, a emergência de um Estado e um mercado incipientes começa a gerar mudanças. Em um primeiro momento, o privatismo e o personalismo rural instalam e reproduzem-se na cidade, mantendo o não reconhecimento da alteridade, mas o equilíbrio das contradições se estilhaça, acentuando conflitos e oposições.

O privatismo torna a urbanização em precarização dos negros e pobres, que são vistos como perigosos. Já o personalismo transfere-se ao Estado, que reorganiza as relações sociais e os valores familiares e culturais no século XIX, em bases europeias e de cima para baixo, mudanças essas reforçadas pelo mercado e pela introdução da *maquinoatura*.

Esse quadro complexo de transformações abre espaço para a mobilidade de um elemento médio e deslocado das posições polares do período colonial: o mestiço, o mulato. Esse elemento interno que emerge de um quadro de contradições se dispõe ao aprendizado de habilidades que caracterizam um novo conhecimento, uma perícia, e definem uma nova hierarquia social, com elementos democratizantes.

Somado ao mestiço bacharel que trabalhava no Estado, geralmente, tem-se um germen da sociedade civil, incrementada então pelo mercado e o Estado, na incorporação de "figuras intermediárias da sociedade" (Souza, 2000, p. 243).

Esse processo de embranquecimento segue a mesma disposição funcional que orientava o lugar social do patriarcalismo colonial, não essencialista. Esse traço sistêmico, segundo Souza (2000), está na base da democracia racial de Freyre, em contraposição à democracia americana.

O contexto dessa emergência, porém, não é o de *Casa Grande e Senzala*, mas o da revolução moderna operada pelo Estado e o mercado, onde muda a configuração valorativa da sociedade como um todo. E para Souza (2000, p. 245): "valores são construções sociais que possibilitam o 'pano de fundo' a partir do qual os indivíduos se compreendem e podem agir em conjunto segundo um quadro de referências comum". Sobre essa premissa, afirma o autor: "O esforço de assimilação de valores e da tecnologia ocidental por brasileiros é precisamente o ponto em que diferenças de raça e de classe sempre foram e são até hoje relativizadas" (Souza, 2000, p. 247).

Diferentemente da comunidade ancestral de origem que regula a democracia americana, a integração valorativa operada pela modernização brasileira configura culturalmente seus indivíduos por uma economia emocional, sem mudar a desigualdade original, mas instalando a questão da estratificação social, que redefine os estratos sociais.

Nesse processo, a revolução modernizadora do século XIX, interpretada em Freyre, instaura um "código valorativo dominante: o código do individualismo moral ocidental" (Souza, 2000, p. 254), que se impõe *discursivamente* sobre o personalismo.

Essa instauração não foi possível antes pelo caráter de não reconhecimento da alteridade no patriarcalismo rural e urbano: a "não-humanidade básica do escravo" (Souza, 2000, p. 257), que impedia o desenvolvimento da personalidade autônoma desses indivíduos.

Na ausência de *uma base normativa de reconhecimento e auto-estima, que define os papéis sociais de forma impessoal*, se desenvolveu no Brasil uma *relação de subordinação através de vínculos de dominação pessoais*. Só depois da modernização do século XIX, esses vínculos de dominação passam a ser impessoais e "inscritos dentro da lógica de funcionamento das instituições fundamentais do mundo moderno" (Souza, 2000, p. 261).⁶

Nesse processo, produz-se a concepção de uma cidadania que tem raízes em um "sistema de estratificação ocupacional" e normalizado, implicando em modelos legais de reconhecimento da cidadania, antes que modelos de pertencimento comunitário.⁷

Porém, uma sociedade que se modernizou, segundo Souza (2000, p. 262), mas manteve ativa "a herança escravocrata que divide a sociedade em homens e subhomens", ou cidadãos e subcidadãos, não desenvolveu o racionalismo típico associado ao valor trabalho, que conforma a auto-estima da cidadania em uma *economia emocional* uniformizada. Essa produção de um ser humano generalizado, que compartilha emoções e razão, na convergência das lógicas de "calculabilidade, previsibilidade [e a] maior importância da satisfação adiada das necessidades" (Souza, 2000, p. 263), é o pressuposto do mundo moderno.⁸

A própria noção de *igualdade* moderna firmase nesse princípio: o valor de cada na medida de seu trabalho e contribuição para a coleti-

vidade. Ocorre que, no Brasil, essa estratificação ocupacional implicou em atribuição de maior ou menor importância às ocupações, conferindo um caráter de seletividade que marcaria, para Souza, uma continuidade com o familismo e uma descontinuidade inscrita na revolução modernizadora.

Inscrita nesse processo que produziu um sistema de estratificação profissional no país, há uma premissa valorizada pelos médicos (mas não só eles) de que uma lei decretada por D. Pedro I outorgou o título de Doutor a Advogados e Médicos (e até a Engenheiros), em meados do século XIX.⁹ Dessa forma, o título de Doutor estabelece e consolida a distinção dos mesmos nesse sistema de estratificação. Entretanto, essa lei deve ser entendida como um componente da combinação de fatores conjunturais na sociedade do 1º e 2º Impérios, explicitados em uma luta pelo poder, como explica Hoornaert (1997, p. 65-66):

É sabido que o Imperador conseguiu com relativo sucesso manter a sociedade brasileira em paz através do que se chamou de 'poder moderador', ou seja, pelo equilíbrio entre o poder central e o poder local dos 'mandarins', coronéis, barões, bacharéis, doutores. No intuito de garantir sua própria permanência no poder num país tão imenso e tão pouco politizado como era o Brasil do século XIX, o imperador valorizava os barões e coronéis e esses, por sua vez, faziam questão de manter a paz entre si, criar uma boa imagem diante do povo, tratar bem agregados e escravos, pelo menos

6. Atualização dessa concepção encontra-se na concepção de "cidadania regulada", de Wanderley Guilherme dos Santos (...).

7. Para uma interpretação dos direitos relacionados ao trabalho no Brasil, baseada nessa concepção, ver Lopes (2001).

8. Nesse sentido, ver as elaborações de Georg Simmel (1973).

9. Há um interessante debate em torno dessa Lei e da legitimidade de uso do título de Doutor, por advogados, médicos e outros profissionais da saúde, na web. Trata-se da Lei do Império de 11 de agosto de 1827, que cria cursos de Ciências Jurídicas e dispõe sobre o título (grau) de Doutor para os advogados. Ver o texto de justificação do título, disponível no link <<http://www.oab.org.br/editora/revista/users/revista/1211290605174218181901.pdf>>, e a crítica elaborada pela jornalista Eliane Brum, da Revista Época, disponível no link <<http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2012/09/doutor-advogado-e-doutor-medico-ate-quando.html>>.

formalmente. O prestígio que até hoje goza o termo 'doutor' na boca do povo é resíduo daqueles tempos.

Vê-se que o doutor dos Advogados e Médicos surge da manutenção da hegemonia dos segmentos em luta pelo poder, na sociedade, sobretudo em sua formalidade astuciosa de controle sobre os segmentos populares. E essa formalidade permanece, atualmente, até se estendendo para outras categorias de profissionais da saúde.¹⁰ O que está em jogo nessas formalidades é justamente o que configurou os debates em torno da Lei do Ato Médico, como discutido por Brum (2000):

No caso dos médicos, a atualidade e a persistência do título de "doutor" precisam ser compreendidas no contexto de uma sociedade patologizada, na qual as pessoas se definem em grande parte por seu diagnóstico ou por suas patologias. Hoje, são os médicos que dizem o que cada um de nós é: depressivo, hiperativo, bipolar, obeso, anoréxico, bulímico, cardíaco, impotente, etc. Do mesmo modo, numa época histórica em que juventude e potência se tornaram valores – e é o corpo que expressa ambas – faz todo sentido que o poder médico seja enorme. É o médico, como manipulador das drogas legais e das intervenções cirúrgicas, que supostamente pode ampliar tanto potência quanto juventude. E, de novo supostamente, deter o controle sobre a longevidade e a morte. A ponto de alguns profissionais terem começado a defender que a velhice é

uma "doença" que poderá ser eliminada com o avanço tecnológico.

Assim, se essa correspondência homóloga entre as leis aqui citadas se desenvolve em torno dos elementos de submissão cultural configurados no patriarcalismo, o debate público em torno dessas leis evidenciou que permanece claramente uma distância de propósitos, ao longo dos processos, quando comparados os autores e tipos de postagem referentes a cada Lei, no Google. Voltemos a elas.

As postagens sobre a Lei Maria da Penha, em sua grande maioria são discussões jurídicas sobre o estatuto do poder patriarcal em transformação ou exegeses da regulação jurídica sobre o estatuto da violência interpessoal, elaboradas em contextos acadêmicos, jurisprudenciais e governamentais, em grande medida, seguidas de manifestações de algumas Organizações Não-Governamentais, em menor medida. Essas questões são centrais, também, no debate da teoria feminista, e já foram discutidas no estudo de Vieira (2011).

Já as postagens sobre a Lei do Ato Médico são, na quase totalidade, manifestações de categorias de profissionais da saúde ou de seus Conselhos Profissionais,¹¹ discutindo o estatuto das atividades ocupacionais na área,

10. Ver o caso dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais que, em uma resolução do Crefito (Resolução n.º 23/2000), aconselha o uso do título de Doutor aos profissionais da área, alegando a "praxe jurídica do direito consuetudinário" e o "fundamento procedimento isonômico, sendo, em realidade, a confirmação da autoridade científica profissional perante o paciente". Disponível em: http://www.crefito8.org.br/site/legislacao/crefито8/resolucao_crefito8_23_00.htm. Acesso em 16/07/2014.

11. O acesso a categorias mais específicas de postagens sobre as referidas leis, na web, foi realizado através de cruzamentos de termos no sistema de buscas do Google. Os termos iniciais das leis foram cruzados com termos como: Conselhos de Profissionais da saúde, médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as), fisioterapeutas, entre outros; além de termos genéricos como manifestos, audiências públicas, abaixo-assinados, grupos de discussão e fóruns. Dessa forma, pode-se verificar e tipificar as postagens por categorias que permitiram sistematizar os elementos da análise aqui considerada. Como exemplo, verificou-se que as categorias de profissionais que mais se manifestaram em relação à Lei do Ato Médico, na web, em ordem decrescente, foram os profissionais de Fisioterapia, Psicologia, Assistência Social, Enfermagem, Farmácia e Odontologia. Essa ordem evidenciou, nas postagens, os incômodos que as categorias profissionais manifestavam em relação às restrições de suas atuações em saúde, frente ao projeto de lei em tramitação.

ensionadas entre o sistema de hierarquias ocupacionais tradicional e a isonomia, ou o conceito de trabalho multiprofissional e de coesão das equipes de saúde, no SUS. Aqui, estavam em discussão questões como a distinção entre "ato médico" e "ato saúde";¹² as competências ou a autoridade na definição e no controle de diagnósticos nosológicos, funcionais, psicológico, nutricional e ambiental; as avaliações comportamental e das capacidades mental, sensorial e perceptocognitiva; a prescrição de procedimentos terapêuticos e a realização de procedimentos invasivos, além da direção e chefia de estabelecimentos de saúde e dos dispositivos institucionais, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Porém, se ambas as leis foram outorgadas em decorrência de movimentos e negociações entre categorias sociais diversas que reivindicam políticas públicas,¹³ é apropriado reconhecer que a Lei do Ato Médico é daquele tipo que configura elemento da construção contemporânea de uma política pública a partir de seus implementadores, como discutida por Souza (2003). Ou seja, está em jogo, no processo de negociação da Lei do Ato Médico, a configuração de demandas sociopolíticas da agenda pública em torno de uma questão social: a política pública de saúde. Por isso, o longo período de tramitação do Projeto de Lei, no Congresso Nacional,

além de ter provocado a realização de 27 audiências públicas.

Se nesse processo, os "discursos" enunciados na agenda pública têm autoria nas categorias profissionais e nos Conselhos de profissionais da saúde, é porque a Lei explicita a possibilidade de ruptura de uma coesão projetada na atuação autônoma desses profissionais, na concepção sistêmica do SUS.

E aqui, torna-se importante questionar, seguindo a elaboração de Wanderley (2004, p. 53) acerca das formulações de uma questão social, que a oposição coesão x risco de fratura somente se manifesta em um conjunto ligado por relações de interdependência. Isso implica, segundo o autor, questionar "*quem* estabelece a coesão e *em que condições* ela se dá numa determinada sociedade" (Wanderley, 2004, p. 54).

Dessa forma, pode-se compreender as determinações de uma questão social quando se interrogam as categorias de sujeitos que se inscrevem numa mesma problematização, isso porque uma problematização "se transforma efetivamente em questão social quando é percebida e assumida por um setor da sociedade, que tenta, por algum meio, equacioná-la, torná-la pública, transformá-la em demanda política, implicando em tensões e conflitos sociais" (Wanderley, 2004, p. 57).

12. Sobre esse debate, veja-se o documento postado pelo Conselho Federal de Odontologia e seus Conselhos Regionais, disponível em <http://cfo.org.br/sem-categoria/cfo-e-cros-%E2%80%99Cato-saude%E2%80%9D/>. Acesso em 11/06/2014.

13. No caso da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006), os demandatários da política foram inicialmente os movimentos feministas e de mulheres que, através de ações políticas e jurídicas, desde a década de 1980, vinham conquistando algumas políticas públicas no enfrentamento da violência contra a mulher (a criação das Delegacias Especializadas – as DEAMs – os abrigos e a criação, nos anos 2000, da Secretaria de Políticas para Mulheres, que possui status de Ministério). Essas ações políticas e jurídicas atingiram tribunais internacionais, nos anos 2000, que condenaram o Estado brasileiro. Posteriormente, a demanda é incorporada, de maneira difusa, por diversos segmentos sociais. Já a Lei do Ato Médico se inscreve na trajetória das relações sociais que configuraram a política de saúde, no país, e têm longa duração, não partindo de um movimento social e político determinado, mas sim, de agenciamentos profissionais ou corporativos que tensionam com ações coletivas em prol de políticas públicas de saúde. Nesse contexto, também na década de 1980, realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que consolida as propostas do Movimento da Reforma Sanitária e aprova um documento que seria a base da proposta do Sistema Único de Saúde instituído pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e complementado pela Lei nº 8.142/1990.

Ora, no caso da Lei do Ato Médico, não só uma, mas várias categorias profissionais envolveram-se nessa negociação, cada qual buscando reconhecimento e legitimação de suas competências e autonomia de ações junto às políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, é lícito afirmar que as demandas pela política pública de saúde, ao envolver diversas categorias de profissionais em sua configuração, desdobra-se complementarmente em um campo de disputas por políticas de identidade. Nesse campo, segundo Santos (1994, p. 31), "as identidades [...] são resultados sempre transitórios e fugazes dos processos de identificação [que] escondem negociações de sentido, jogos de polissemia, choques de temporalidades em constante processo de transformação". Por serem as identificações "dominadas pela obsessão da diferença e pela hierarquia das distinções" (Santos, 1994, p. 31), perguntar pela identidade é questionar a hegemonia e, simultaneamente, expor carências e subordinação.

Santos ainda propõe que o déficit de sentido da questão da identidade se converte em excesso de sentido da resposta, quando ela consegue êxito. E aqui se inserem outras dinâmicas societárias em torno das políticas públicas de saúde que carecem de interpretação.

O SUS, entre o modelo e as dinâmicas societárias

Sociedades pluralistas como a brasileira, mesmo que convivendo com altos índices de desigualdade social, apresentam uma com-

plexidade de interações entre as dimensões simbólico/discursivas e materiais da vida coletiva. Tal complexidade se projeta ou exterioriza cada vez mais como normas e valores sociais descentrados "[...] de uma concepção de sociedade como totalidade para o território de vivência e concorrência entre múltiplos *ethoi*, no espaço plástico e móvel do social" (Burity, 2002, p. 36).

E mesmo que essa projeção/exteriorização seja cada vez mais "[...] definida como um processo constante de produção de sentido inseparavelmente ligado a práticas individuais e coletivas, por meio das quais a realidade social se constitui" (Idem, p. 36), é importante seguir a orientação de

[...] manter a conexão entre a identificação dos "interesses" dos atores e a experiência concreta das determinações histórico-sociais por parte desses últimos, a qual é mediada culturalmente. Desta forma, a postulação da autonomia cultural no plano analítico pode ser "demonstrada" por meio da análise da medida em que as pessoas fazem sentido (mediação cultural) das condições de sua experiência no processo de se posicionarem e agirem no mundo (idem, p. 37).¹⁴

Desde essa perspectiva, é importante analisar o campo dialético que tensiona as políticas de identidade, conforme com a análise de Csordas (2008, p. 22), em que se deve

[...] distinguir de forma mais clara entre uma política pessoal de identidade coletiva, na qual atores individuais com compromissos claros lutam para afirmar uma identidade compartilhada, e uma política coletiva de identidade pessoal, na qual cada ator em um

14. Burity indica, para além da relação entre a ação e seu sentido na tradição weberiana, outro referencial que joga com dois elementos: o reconhecimento do outro como dotado de singularidade e integridade, que leva ao respeito de sua alteridade (posição que lembra muito os argumentos da "luta por reconhecimento", de Honneth [2003]), e a compreensão de que ele "[...] se define sempre pela sua posição num dado sistema de significação e práticas – que chamo discurso" (BURITY, 2002, p. 37, nota 6).

grupo de atores com compromissos ambíguos luta para obter uma identidade individual.

Esse foi o caso de um debate travado por médicos e outros profissionais da saúde na RHS-Rede Humaniza SUS (*on line*), em 2009. Desde a primeira postagem, de um médico de família e ex-gestor de saúde, já se explicitavam questões societárias que afetam o trabalho médico. Destaco aqui três delas, para avançar na análise:¹⁵

[1] A "proletarização" do trabalho médico é um fenômeno mundial, que não se combate reservando mercado e tentando restringir ou subordinar o exercício de outras profissões.

Como médico de família e mesmo quando estive na gestão, sempre me amparei no saber e nas práticas de outros profissionais. E, digo mais... O saber médico, senso estrito, hoje, enfrenta um processo progressivo de especificação, tornando-se útil para cada vez menos problemas de saúde. Questão muito clara na Atenção Básica.

[2] A redução do conceito de saúde a uma visão monocausal do processo saúde-doença-intervenção;

Uma legitimação da idéia de "diagnóstico nosológico" que reduz o conceito de problema de saúde encerrando-o no paradigma biomédico, que ao mesmo tempo nega a determinação social do processo saúde-doença-intervenção.

Questões gravíssimas! pois não só terão consequências na redução da prática médica «legalizada» ao exercício simplório da biomedicina, como terá, caso aprovada, efeito determinante também sobre a prática de outras profissões de saúde, no sentido em que coloca não só todas as outras formas de fazer diagnóstico, como também todas as outras clínicas, como complementares subalternas do assim denominado diagnóstico nosológico.

A própria idéia de "diagnóstico" precisa ser revista. Quando se considera o sofrimento humano ou o problema de saúde de maneira multicausal, ou melhor ainda como uma multiplicidade variante coletiva e singular ao mesmo tempo, pensar que um "diagnóstico" referido a "uma doença que explique os sintomas" é um verdadeiro atraso.

Enquanto o mundo todo tende a um movimento de diluição das especificidades nucleares e disciplinares das profissões, em prol de práticas mais integradas e potentes para resolver "problemas de saúde" e produzir saúde e autonomia. A face contemporânea do conorelismo no movimento médico brasileiro, aproveita-se da desilusão coletiva que os médicos vivem hoje ao acordarem para uma realidade que não permite mais uma prática liberal pura e investe mais ilusões de poder nessa massa para tentar resguardar-se vitalícia no poder real de tirar vantagem da expropriação dos direitos e da saúde de muitos.

Não podemos nos calar diante dessas questões!

[3] A questão do ato médico é simples: quais são as prerrogativas legais que limitam a atividade do médico? O que impede um médico de praticar a fisioterapia, ou ainda, de fazer obturações nos dentes dos cidadãos brasileiros? É necessário haver uma limitação legal? Perguntas simples às vezes não têm respostas simples. (De onde viemos? Prá onde vamos?)

O ato médico realmente não afeta a maioria dos médicos. Mas isso ocorre pelo nosso modelo de saúde, fortemente determinado pelo tecnicismo e pela atenção privada. E é por isso que o ato médico não interferirá em nada na vida da maioria dos médicos.

Esse debate expõe e contextualiza, no auge da discussão sobre a Lei do "Ato Médico", algumas referências sobre os agenciamentos

15. Disponível em <<http://www.redehumanizausus.net/8516-lula-e-o-ato-medico>>. Acesso em 05/07/2014.

operados pelos atores da política de saúde, no país, desde a década de 1990.

Desde o outorgamento da Lei Orgânica da Saúde e do SUS, vários segmentos da categoria dos médicos, entre profissionais, sindicatos e representantes dos Conselhos Profissionais, "denunciam" uma pretensa proletarização do ofício médico, que estaria sendo causada pelo que denominaram de estatização da saúde agenciada pelo SUS¹⁶ (Albiazzetti, 2013; Füh, 2013; Almeida, 1997).

As mudanças anunciadas pelo SUS para a promoção de melhoria dos níveis sanitários e a garantia de acesso universal da população aos serviços de saúde implicaram intervenções setoriais – na organização dos serviços, sistema e setor de saúde – e extra-setoriais, como os setores de trabalho, saneamento e educação, inseridas em transformações econômicas, políticas e culturais amplas. Nesse sentido, buscava-se superar o modelo de saúde brasileiro implantado no período militar, concentrador de serviços e profissionais nas capitais do país (Lobo, 1990), e avançar para um modelo baseado na descentralização dos mesmos. Simultaneamente a essa descentralização, que passou por revisões nas últimas duas décadas, a reorganização dos serviços e dos setores de saúde parecia deslocar os médicos de sua condição liberal e autônoma de prestadores de serviço, no mercado.

Todavia, após vinte e quatro anos de implantação do SUS, a denunciada proletarização

não atingiu a categoria médica de maneira linear, mas sim, de maneira assimétrica, segundo a situação de classe (Weber, 1974) diversificada dos profissionais.

E aqui, a concepção de situação de classe, em Weber, corresponde bem à questão em pauta. Weber (1974) inicia sua discussão pela função da lei para evidenciar que a ordem jurídica influi na distribuição do poder econômico numa coletividade, distinguindo daí o poder como possibilidade de realização da vontade própria de um homem ou grupo, contra a resistência de outros que participam da ação, daquele determinado economicamente.

Segundo o autor, a estrutura jurídica influi na distribuição das honras sociais e configura a ordem social ("A forma pela qual os bens e serviços econômicos são distribuídos e usados", p. 212), por uma vez condicionada pela ordem econômica, produzindo os fenômenos de classe. Assim, classes são "bases possíveis, e freqüentes, de ação comunal" (p. 212), mas a determinação da situação de classe de cada indivíduo é dada pela sua situação de mercado, na qual a distribuição da propriedade material constitui as oportunidades específicas de vida, como fato econômico elementar. As categorias básicas dentro das quais se distinguem as situações de classe são propriedade e falta de propriedade, de forma que "o tipo de oportunidade no mercado é o movimento decisivo que apresen-

16. As denúncias de proletarização do trabalho médico atravessaram as últimas décadas e foram acentuadas pelo anúncio do Programa Mais Médicos, como evidencia a manifestação do Sindicato dos Médicos de Pernambuco: "O que de fato o Governo está fazendo nas entrelinhas, com a premissa de melhorar a saúde pública e incentivar o médico a migrar para a zona rural é, a essência do termo 'proletarii' do rei Sérvio Túlio: gerar uma imensa prole de médicos generalistas despreparados, para engrossar as fileiras de seus exércitos populistas. Fazendo assim, os governantes conseguirão de uma vez só, calar a boca da população humilde que clama por acesso ao serviço médico (mesmo que este seja de péssima qualidade) e, ao mesmo tempo, irão baratear o serviço médico, já que em pouco tempo, terão mais médicos no mercado que vendedores ambulantes de rua. Além disso, na última semana, em uma manobra proposital e covarde do Governo Federal, o projeto de lei que normatizava o Ato Médico, foi parcialmente vetado, claramente para enfraquecer mais ainda o médico brasileiro". Disponível em: <http://www.simepe.org.br/novoportal/?p=14657>. Acesso em 10/07/2014.

ta condição comum para a sorte individual" (Weber, 1974, p. 214).

Seguindo essa perspectiva, é possível verificar como, na mesma década em que se inicia o SUS, "um fato econômico elementar" passa a ser configurado como uma "economia da medicina, ou economia médica" (Rodwin, 2013, p. 41), estruturada em dois movimentos ou ações societárias.¹⁷ De um lado, a progressiva associação dos médicos em um sistema cooperativo de capitalização financeira; de outro, os investimentos médicos em um novo modelo de clínicas, associado às dinâmicas da descentralização dos dispositivos institucionais de atendimento à saúde, no âmbito do SUS.

O primeiro movimento, ou ação societária, inicia em 1992, quando a antiga CROCECRER-RS¹⁸ e suas filiadas se unificaram com a denominação de Sistema de Crédito Cooperativo, SICREDI. Recém-saído de um período de crise, durante o regime militar, no qual o governo utilizou-se de instituições públicas para financiar vários setores sociais, o SI-

CREDI supera sua origem no setor primário e passa a atuar nos centros urbanos, por intermédio das cooperativas de livre admissão e/ou por meio de cooperativas de crédito segmentadas, que são aquelas ligadas a categorias profissionais ou segmentos econômicos específicos.

Nesse contexto, uma forte capitalização do sistema é incrementada com a fundação da Unicred, em 1994, e sua integração ao SICREDI. E essa integração marca uma transformação do processo de capitalização financeira de segmentos médicos, que já vinham constituindo sistemas cooperativos de serviços médicos, como a Unimed,¹⁹ desde a década de 1970, tendo inclusive constituído hospitais próprios em várias cidades do país, desde a década de 1980.

A organização do sistema UNICRED, capitaneada por executivos do ramo médico, possui um quadro social formado por pessoas físicas e jurídicas, que se compõe respectivamente de segmentos de profissionais ligados aos serviços de saúde, todos de nível supe-

17. Ainda em Weber, (1974, p. 214), "O que cria 'classe' é um interesse econômico claro e [...] apenas os interesses ligados à existência do 'mercado'" (p. 214). Daí, o interesse de classe diz respeito aos interesses prováveis de uma média das pessoas sujeitas à situação de classe. Pode-se desenvolver, nessa situação, uma ação comunitária por uma porção maior ou menor de pessoas afetadas pela situação de classe ("A ação comunitária refere-se à ação que é orientada pelo sentimento dos agentes de pertencerem a um todo. A ação societária, por sua vez, é orientada no sentido de um ajustamento de interesses racionalmente motivado", p. 215).

Weber distingue disso as "ações de massa" das "ações comunitárias" e das "ações societárias" dos membros de uma classe. As últimas surgem da primeira e variam em grau, em função das "condições culturais gerais, especialmente as do tipo intelectual" (p. 215). "A transparência das ligações entre as causas e as conseqüências da 'situação de classe'" (p. 215) geram "contrastes das oportunidades de vida [...] resultantes da 1. distribuição da propriedade existente, ou 2. da estrutura da ordem econômica concreta" (p. 215). Isso permite reações além das "ações de massa", "sob a forma de uma associação racional" (p. 215).

18. Trata-se da primeira cooperativa de crédito rural da América Latina, fundada pelo Pe. Theodor Amstad, em 1902, em Nova Petrópolis, RS. Ver histórico e desenvolvimento das suas ações, disponível em <http://www.cooperativismodecredito.com.br/noticias/2002/12/historia-do-sistema-sicredi.html>.

19. A página da Unimed, na web, afirma que se trata do "maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo e também a maior rede de assistência médica do Brasil, presente em 83% do território nacional. O Sistema nasceu com a fundação da Unimed Santos (SP) pelo Dr. Edmundo Castilho, em 1967, e hoje é composto por 353 cooperativas médicas, que prestam assistência para mais de 20 milhões de clientes em todo País. Clientes Unimed contam com mais de 110 mil médicos ativos, 106 hospitais próprios e 11 hospitais dia, além de pronto-atendimentos, laboratórios, ambulâncias e hospitais credenciados". Disponível: http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49094. Acesso em 15/07/2014.

rior (médicos, farmacêuticos, veterinários, psicólogos, odontólogos, terapeutas ocupacionais, biólogos, nutricionistas, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e professores de educação física), das Cooperativas de Trabalho Médico (Unimed's), hospitais, laboratórios e clínicas. Esse complexo cooperativo detém 32 % do mercado nacional de planos de saúde, segundo afirma o texto de apresentação de sua página na web.²⁰

Esse caso, entre outras iniciativas do gênero, evidencia o potencial de capitalização financeira dessa economia médica que se constituiu, no país. E se ele é aqui referenciado como modelo é sobretudo porque esse sistema de capitalização superou a organização cooperativa e se tornou um grande sistema financeiro privado –Banco SICREDI S.A.– quando, em 1995, o Conselho Monetário Nacional autoriza a constituição de bancos cooperativos privados, tendo como acionistas exclusivos as cooperativas de crédito. Desde então, o sistema vem dedicando maior atenção à incorporação das cooperativas de crédito mútuo e se espalhando pelo país.²¹

Seguindo esse processo de capitalização, muitos médicos (e outros profissionais da

saúde) utilizaram os recursos de crédito cooperativado para estabelecer ou modernizar suas clínicas e apropriarem-se das demandas por serviços de saúde, que cresceram no país, desde então.

Nesse contexto, o modelo de descentralização da saúde, no SUS, favoreceu o desenvolvimento do processo de capitalização dos médicos, uma vez que a descentralização configurada em um modelo liberal-democrático²² (Bobbio, 1988) criou polos de concentração de dispositivos institucionais, no nível de complexidade, cujo entorno passou a ser apropriado pelas clínicas médicas.

E aqui, diferente do modelo do regime militar, concentrador de serviços e profissionais nas capitais, o SUS desdobra-se em um princípio pluralista e democrático que busca a universalização dos serviços de saúde, ou ao menos da assistência em saúde.²³ Ocorre que esse princípio e sua consequente expansão se desenvolve em correspondência com a configuração de um novo modelo de medicina de mercado, baseado na prestação de serviços conveniados e de clínicas de medicina de grupo, em sua grande maioria vinculados ao sistema cooperativo e de seguros médicos (Rodwin, 2013). Os arranjos complexos que

20. Disponível em: <http://cooperativismodecredito.coop.br/cenario-brasileiro/sistema-unicred>. Acesso em 10/07/2014.

21. Ver detalhes da consolidação do Sistema SICREDI e sua expansão, disponíveis em <http://cooperativismodecredito.coop.br/cenario-brasileiro/sistema-sicredi>. Acesso em 16/07/2014.

22. Bobbio (1988) reconhece três lógicas de descentralização operando na configuração de sistemas pluralistas de poder, que se afirmam em correntes históricas: a liberal-democrática (por centros de poder), a socialista (territorial-funcional) e a cristã-social (que pensa a vida humana organizada em uma multiplicidade de sociedades naturais e artificiais). A corrente liberal-democrática, baseada na experiência norte-americana, afirma que "a existência de uma multiplicidade de centros de poder, sem que nenhum deles seja inteiramente soberano, ajuda a controlar o poder e a assegurar o consentimento de todos para a solução pacífica dos conflitos" (Bobbio, 1988, p. 19).

23. Nesse sentido, a descentralização do SUS se operou por uma lógica que distribui territorialmente os dispositivos de saúde, segundo os níveis de atenção à saúde (Básica, de Especialidades e de Complexidade). Essa lógica torna híbrido o modelo de descentralização da política de saúde, se considerarmos que a atenção Básica é de caráter territorial-funcional, enquanto o nível de Especialidades e de Complexidade segue o princípio liberal-democrático de concentração, mesmo quando tal distribuição segue critérios de regionalização. Ou seja, em torno dos dispositivos de Complexidade tende a se concentrar e difundir uma capacidade instalada de profissionais e serviços (de diagnóstico, ambulatoriais e terapêuticos), que constitui núcleos altamente especializados e reconhecidos, com tecnologias avançadas.

se formam e desenvolvem, nesse contexto, criam "conflitos de interesse" entre a prática médica, a empreendedorisismo médico e a política pública de saúde (Rodwin, 2013).

Sobretudo, esse novo modelo de clinalização da saúde, segundo a abordagem das políticas da vida (Fassim, 2012), estrutura-se na tecnologização crescente das práticas médicas (Schraiber, 1988), já criticada por Postman (1994), na década de 1990, ao analisar exemplos e tendências que disseminaram representações de avaliação social da qualidade e da competência da ação médica, com base no uso correto ou indiscriminado da tecnologia, na sociedade norte-americana. E no Brasil esse processo ocorre paralelamente à aproximação das clínicas e dos consultórios isolados aos serviços de saúde públicos e privados, no nível de complexidade. Aqui, supõe-se que tal aproximação produz e legitima uma percepção de proximidade entre os usuários dos serviços médicos, ao associar relações vicinais e de extensão tecnológica entre tais serviços. E como os recursos para produzir essa associação são caros, na atualidade, a capacidade de investimento dos médicos (suas situações de classe) é que condiciona suas situações de mercado.

Assim, essa associação expõe a questão indicada por Souza (2000), de que "o esforço de assimilação de valores e da tecnologia ocidental por brasileiros é precisamente o ponto em que diferenças de raça e de classe sempre foram e são até hoje relativizadas". E essa condição estava exposta no debate da Lei do Ato Médico, seja da perspectiva dos profissionais que empreendiam esforços para ingressar nessa economia médica, como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos, seja da perspectiva de profissionais como os

acupunturistas, que expunham objetivamente suas lógicas de inserção subordinada aos dispositivos dessa mesma economia:

[...] porque batalhamos tanto pela modificação do PL?

Porque além do tempo e do dinheiro que serão necessários caso haja a disputa na Justiça, existe o problema da insegurança gerada em nossa categoria e nos estudantes de Acupuntura, gerada por notícias estrategicamente plantadas neste intuito [...]

Na questão do diagnóstico nosológico, o texto do PL é o seguinte: Art. 4o São atividades privativas do médico:

I - Formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica;

É também importante mostrar o Parágrafo 2o do Artigo 4o que diz o seguinte: II - Não são privativos do médico os diagnósticos funcional, cinésio-funcional, psicológico, nutricional e ambiental, e as avaliações comportamental e das capacidades mental, sensorial e percepto-cognitiva.

Sendo assim, fisioterapeutas, psicólogos, dentistas, nutricionistas e terapeutas ocupacionais terão mantidas suas prerrogativas de diagnosticar.

Mas isto mantém a tensão entre os demais profissionais da saúde acupunturista, além daqueles que tem formação técnica, pois sem poder diagnosticar e (principalmente) prescrever, necessitarão que outros profissionais (no caso os médicos) indiquem o procedimento para que possamos atuar.

Serão então "escravos profissionais", que para trabalhar, deverão pagar porcentagem aos médicos, a exemplo do que ocorre com as clínicas que prestam serviços de fisioterapia para uma grande cooperativa médica.²⁴

Enfim, se por um lado esse segundo movimento ou ação societária produz uma proxê-

24. Disponível em http://www.sinaten.com.br/paginas/artigos/ler_artigo.php?codigo=33. Acesso em 10/06/2014.

mica de percepção pelos arranjos territoriais e de extensão tecnológica (regionais e locais) entre os serviços de saúde, por outro, possibilita expor as dimensões assimétricas de inserção subordinada que se reproduzem entre os profissionais da saúde, no escopo dessa economia médica.

E aqui, uma análise situacional torna-se necessária, buscando dar materialidade a tais arranjos. Nesse sentido, e dentro do limite desse estudo, foi realizada uma consulta ao Mapa da Saúde²⁵ do município de São Leopoldo, localizado na Região Metropolitana de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, contexto no qual essas reflexões se configuraram. Os dados levantados permitiram constatar que os serviços fixos de saúde estão distribuídos em:

- 01 Secretaria de Saúde;
- 01 Hospital Geral;
- 02 Hospitais dia/isolado;
- 02 Postos de Saúde;
- 19 Centros de Saúde (Unidades Básicas);
- 02 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial);
- 05 Policlínicas;
- 02 Cooperativas (Unimed e Centro Clínico Gaúcho);
- 91 Clínicas/Centro de Especialidades;
- 107 Consultórios Isolados;
- 21 Unidades de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolados).

Pesquisando a localização dos dispositivos Policlínicas, Clínicas/Centro de Especialidades e Consultórios Isolados,²⁶ na quase totalidade compostos por empreendimentos privados de médicos, constatou-se que 45% das Policlínicas e Clínicas/Centro de Especialidades localizam-se no entorno do Hospital Geral (Hospital Centenário), enquanto 44 % localizam-se no entorno do Hospital Dia da Unimed e 11 % (Clínicas) estão distribuídas pela área central da cidade.

Entre os Consultórios Isolados, 28 % estão localizados próximos ao Hospital Geral, 52 % localizam-se próximos ao Hospital Dia da Unimed e 20% estão distribuídos pela área central da cidade.

Soma-se a essa distribuição a constatação de que não há policlínicas, clínicas médicas ou consultórios isolados privados nos bairros da cidade, sendo esse atendimento populacional realizado pelas Unidades Básicas de Saúde, públicas. E para pensar o desfecho desses arranjos, constatou-se também que todas as funerárias da cidade localizam-se no entorno do Hospital Geral, o que sugere que essa economia médica tem produzido outros arranjos do setor de serviços, que extrapolam as políticas de saúde, propriamente ditas.

Considerações finais

Nesse estudo inexistiu a intenção de afirmar a promoção de um conluio médico contrário à consolidação da política pública de saúde no Brasil, até porque os dados aqui consi-

25. O Mapa de Saúde descreve a distribuição de recursos humanos, de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, em determinado território, ou Região de Saúde. O conceito de Mapa de Saúde foi introduzido pelo Decreto 7.508/2011, da Presidência da República. Os dados consultados estão registrados no DATASUS, disponíveis em http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=43&VMun=431870&tUni=81. Acesso em 20/07/2014. Aqui, os autores agradecem a José Uelinton Alexandre, doutorando em Ciências Sociais da Unisinos, pela elaboração do processo normativo que efetivou a descentralização do SUS, cujas referências foram consideradas neste artigo.

26. A pesquisa de localização desses serviços foi realizada através de consulta à lista telefônica e aos Guias de Serviços Médicos da UNIMED e do Centro Clínico Gaúcho, citados no texto.

derados não permitem tal afirmação. Porém, se inexistente um conluio, tampouco inexistente inocência ou singeleza nos propósitos de negociação da Lei, que se inseriu no processo de consolidação da economia médica, como mais uma ação societária.

Nesse sentido, a análise precedente buscou evidenciar como o caso da Lei do Ato Médico explicitou um arranjo tenso entre as políticas de identidade profissional e a política de saúde, no âmbito do SUS, nas últimas décadas. Tal arranjo, complementado por movimentos e ações societárias empreendidas pelos médicos e consolidadas na hegemonia da economia médica nos procedimentos e estratégias de descentralização do SUS, logicamente, gerou repercussões de várias ordens. Assim, desde a NOB-Norma de Operação Básica Nº 01/91-INAMPS, que objetivava regulamentar o processo de descentralização proposto no SUS, até o Decreto 7.508/2011,²⁷ que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, com a definição efetiva de Região de Saúde, diversas revisões foram operadas na política de saúde, buscando refrear as influências da economia médica que produzem uma agenda de restrições ao SUS.²⁸

No meio acadêmico, elaborações como a de Aciole (2006) discutem as repercussões da Lei do Ato Médico para a educação médica, enquanto as elaborações de Campos (2013)

buscam uma perspectiva que propõe arranjos complementares entre a prática clínica e os serviços coletivos de saúde, em abordagens mais ampliadas e democráticas do trabalho em saúde.

Enfim, as diversas iniciativas demandadas desde um projeto societário e democrático que defende o SUS, como sistema universal de acesso à saúde da população, ainda enfrentam as influências consolidadas da economia médica, que se desenvolve gradualmente em arranjos cada vez mais complexos, impondo dispositivos de serviços de saúde tecnicistas e ampliando a cobertura da atenção privada à saúde.

Nesse contexto, a manifestação de um dos médicos no debate na Rede Humaniza SUS transcrita anteriormente, ao afirmar que a Lei do "ato médico não interferirá em nada na vida da maioria dos médicos", precisa ser relativizada. Seguindo a elaboração de Weber (1974) sobre a influência da estrutura jurídica na distribuição das honras sociais e na configuração da ordem social, é importante lembrar uma máxima jurídica proferida por Victor Hugo, em *Os Miseráveis*: a lei é como a serpente, só pica os descalços.

Referências bibliográficas

- ACIOLE, Giovanni G. A Lei do Ato Médico; notas sobre suas influências para a educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, Vol. 30, nº 1, jan./abr. 2006, p. 47-54.

27. "Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interferente e dá outras providências". Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em 18/07/2014.

28. Nesse processo, a justificativa dos vetos presidenciais à Lei do Ato Médico, especificamente ao inciso que rejeitou a exclusividade do diagnóstico ao médico, confirma tais influências restritivas, ao afirmar que: "da forma como foi redigido, o inciso impediria a continuidade de inúmeros programas do SUS que funcionam a partir da atuação integrada dos profissionais de saúde, contando, inclusive, com a realização do diagnóstico nosológico por profissionais de outras áreas que não a médica". "É o caso dos programas de prevenção e controle à malária, tuberculose, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros". Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/07/11/com-dez-vetos-dilma-sanciona-ato-medico.htm>. Acesso em 14/06/2014.

- ALBIAZZETTI, Giane. *A proletarização do trabalho médico: um estudo no município de Londrina*. Disponível em <<http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/primeirosimposio/completos/gianealbiazzetti.pdf>>. Acesso em 20/12/2013.
- ALMEIDA, Célia. Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13(4), p. 659-676, out.-dez./1997.
- AMARAL, A. M. O. R. *Medicina e Capital: um estudo do trabalho médico em Araraquara*. Araraquara, 2004. 131p. Tese (Doutorado em Sociologia). Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara da Universidade Estadual de São Paulo.
- BENVHABIB, Seyla; CORNELL, Drucilla. *Feminismo como crítica da modernidade*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, s/d.
- BOBBIO, Norberto. *As ideologias e o poder em crise*. Brasília: EdUNB/São Paulo: Polis, 1988.
- BRASIL. Lei Nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm>. Acesso em 12/07/2014.
- BRUM, Eliane. Doutor advogado e doutor médico: até quando? Revista Época (on line), 10/09/2012. Disponível em <http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2012/09/doutor-advogado-e-doutor-medico-ate-quando.html>. Acesso em 16/07/2014.
- BURITY, Joanildo. Mudança cultural, mudança religiosa e mudança política: para onde caminhamos? In: BURITY, Joanildo (org.) *Cultura e identidade; perspectivas interdisciplinares*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- CAMPOS, Gastão W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paideia e a reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, Gastão W. S. (org.) *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 29-63.
- CSORDAS, Thomas. *Corpo/Significado/Cura*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.
- FASSIM, D. O sentido da saúde: antropologia das políticas da vida. In: SAILLANT, Francine; GENEST, Serge (org.) *Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- FRASER, Nancy. O feminismo, o capitalismo e a astúcia da história. *Mediações*, Londrina, Vol. 14, nº 2, p. 11-33, jul.-dez./2009.
- FÜHR, Jean Jeison. *Repensando o público e o privado junto ao SUS*. São Leopoldo, RS: Óikos, 2013.
- LOBO, Teresa. Descentralização: conceitos, princípios e prática governamental. *Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas*, São Paulo, nº 74, p. 5-10, ago. 1990.
- LOPES, José Rogério. Urbanidade e cidadania: as modulações do urbano e o direito à cidade. *Ciências Sociais Unisinos*, São Leopoldo, RS, Vol. 37, nº 158, p. 67-92, 2001.
- NASCIMENTO, Marilene C.; BARROS, Nelson F. NOGUEIRA, Maria I.; LUZX, Madel T. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência Et Saúde Coletiva*, São Paulo, 18(2), 2013, p. 3595-3604.
- PASTORINI, Alejandra. Quem mexe os fios das políticas sociais? *Serviço Social Et Sociedade*, São Paulo, Ano XVIII, nº 53, p. 80-101, 1996.
- POSTMAN, Neil. *Tecnopólio; a rendição da cultura à tecnologia*. SP: Nobel, 1994.
- RODWIN, Marc A. Conflitos de interesse na profissão médica. In: BRAUNER, Marica Cláudia C.; PIERRE, Philippe (orgs.). *Direitos humanos, saúde e medicina: uma perspectiva internacional*. Rio Grande, RS: Editora da FURG, 2013, p. 39-54.
- SANTOS, Boaventura de Souza. Modernidade, identidade e a cultura de fronteira. *Tempo Social*, São Paulo, 5 (1-2), p. 31-52, 1994.
- SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- _____. *Medicina liberal e incorporação de tecnologia*. São Paulo: Hucitec, 1988.

- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Revista Educação e Realidade*, Porto Alegre, Vol. 20, nº 2, p. 71-99, jul.-dez/1995.
- SIMMEL, Georg. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, Otávio G. (org.) *O Fenômeno Urbano*. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1973, p. 11-25.
- SOUZA, Celina. "Estado do campo" da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, Vol. 18, nº 51, p. 15-20, 2003.
- SOUZA, Jessé. *A modernização seletiva; uma interpretação do dilema brasileiro*. Brasília, DF: Ed.UNB, 2000.
- TAVOLARO, Sergio B. F. Quando discursos e oportunidades políticas se encontram: para repensar a sociologia política da cidadania moderna. *Novos estudos CEBRAP*, nº. 81, 2008, p.117-136.
- VIEIRA, Miriam Steffen. *Categorias jurídicas e violência sexual: uma negociação com múltiplos atores*. Porto Alegre: EdUFRGS, 2011.
- WANDERLEY, Luiz Eduardo W. A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e o caribenho. In: BÓGUS, Lúcia; YAZBEK, Maria Carmelita; WANDERLEY, Mariângela Belfiore (orgs.) *Desigualdade e a questão social*. 2.ed. São Paulo: Educ, 2004, p. 49-159.
- WEBER, Max. Classes, estamentos e partidos. In: Weber, Max. *Ensaio de Sociologia*. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1974, p. 211-228.
- WILLIAMS, R. *Marxismo e literatura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.