



A EVOLUÇÃO SOCIAL DO MÉDICO NO BRASIL¹

Genival Veloso de França^(*)

A medicina atual alcançou um nível técnico muito alto, mas tudo isto pode se transformar em frustração desde que o agir do médico não tenha o poder que nele se imagina. Mesmo com todo este progresso ela pode ser contestada desde que permaneça sem a compreensão de si mesma e sem as condições de decidir em favor de seus pacientes. Sua respeitabilidade não é medida apenas pelo que ela representa em suas conquistas tecnológicas e científicas, mas também pelo que ela significa de bem comum

No âmbito de suas estratégias a medicina passou a ser uma “profissão dirigida”. O sentido paternalista foi confrontado com o consentimento livre e esclarecido do paciente e seus familiares ou pelos gestores de saúde. Muitos dos seus objetivos, principalmente nestes últimos trinta anos, vêm assumindo dimensões políticas, sociais e econômicas bem distintas das de antigamente. Muitos acreditam que os movimentos sociais tiveram certa influência nesta mudança, quando encaparam algumas posições em favor do aborto, da eutanásia e da reprodução assistida.

Daí porque a ética do médico contemporâneo teve de se ajustar pouco a pouco às ânsias da sociedade e não responde tanto às imposições

¹ *Resumo de trabalho apresentado na 40ª Convenção Nacional UNIMED, Goiânia, 22 a 24 de setembro de 2010.*

^(*) Membro da Junta Diretiva da Sociedade Ibero-americana de Direito Médico. Professor Titular de Medicina Legal da UFPB.
gvfranca@uol.com.br

da moralidade histórica das regras hipocráticas. Tem mais significação nos dilemas e nos reclamos de uma moralidade fora de sua tradição. A ética fundada na moralidade interna passa a ter um sentido secundário

O conceito que se passa a ter de ética na hora atual, portanto, tem uma tendência a se adaptar a um modelo de profissionalização que vai sendo ditado por outras pessoas não médicas. Este novo conceito de ética no contexto de cuidado médico vai se aproximando de um outro modelo de ética, onde a preocupação por problemas morais complementam-se fora da medicina. O rumo da ética do médico certamente será ajustar e supervisionar o ato profissional dentro de um espaço delimitado pelos valores sociais e culturais que a sociedade admite e necessita.

Como *status social do médico* entende-se a avaliação que faz a sociedade de que alguém goza de certo prestígio, respeito e reconhecimento por determinados atributos e comportamentos. Ou seja, um certo papel que ele representa no cenário social.

Em tese, pode-se dizer que o humilde médico que trabalha numa longínqua cidade do interior tem, nas devidas proporções, o mesmo *status social* de um médico de certa fama das grandes cidades. Tem o mesmo respeito, a mesma consideração e a mesma gratidão da sua comunidade.

E quanto à condição social do médico? Qual a explicação que se tem para justificar a disparidade entre o alcance da medicina como ciência e as condições econômicas dos seus profissionais? Por condição social, pelo menos no enfoque dado aqui, é o nível das aspirações materiais justas e merecidas de quem exerce uma profissão tão importante e que necessita de meios para sobreviver dignamente com sua família.

Ninguém pode negar o notável avanço da medicina como ciência, principalmente da metade do século passado até agora. A esperança de vida vem se prolongando de forma espectacular, um número expressivo de enfermidades infecciosas está praticamente eliminado, muitas das anomalias genéticas podem ser identificadas de forma precoce, os transplantes de órgãos têm sido implementados de maneira razoável, entre tantos. Porém, como profissão, não se pode dizer o mesmo, embora alguns acreditem que o médico faz parte de uma profissão de “ricos”.

Do ponto de vista social, cultural e emocional aconteceram perdas tanto para a comunidade como para os próprios médicos. Eles passaram de profissionais liberais para profissionais assalariados, da independência para a dependência de ação, da liberdade de investigação diagnóstica e de prescrição para seguir as orientações dos planos de

saúde e do trabalho isolado para o trabalho em equipes. No entanto, não mudaram suas responsabilidades morais e legais de orientar, diagnosticar e prescrever sempre de forma correta. Isto distanciou a sociedade do médico. Do ponto de vista afetivo, aquele que era o amigo da família, que acompanhava as pessoas desde o nascimento passa a ser visto como um prestador de serviços, frio e sem interação emocional com o paciente, dando margens a conflitos e litígios judiciais.

Entendemos que houve dois momentos que marcaram de forma bem efetiva a evolução social do médico no Brasil: a edição da Lei Eloy Chaves e a criação do Sistema Único de Saúde.

De início prevaleceu a medicina liberal e a assistência benemérita nas Santas Casas de Misericórdia e o emprego em alguns hospitais públicos. Nesta época prevaleceu a medicina privada caracterizada pelo mercado aberto da livre escolha, hoje ainda o sonho de todo médico como mecanismo de poder e melhor condição econômica.

Uma 2ª fase surgiu com a promulgação da Lei Eloy Chaves, Decreto Legislativo nº 4.682, de 24/01/1923, sendo a primeira norma a instituir no país a previdência social, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) para os ferroviários. É considerado o marco da previdência social no país trazendo consigo a criação das demais instituições de aposentaria e pensões e uma avalanche de nomeações de médicos em todo país.

E uma 3ª fase surgiu com a criação do SUS e a alternativa da medicina suplementar que autorizava quando esgotadas as capacidades dos órgãos públicos a utilização das organizações e consultórios particulares através da remuneração por “unidade de serviço” e a universalização da assistência médica pública complementada pelos credenciamentos de mão de obra e serviços assistenciais privados. Diz a Lei 8.080/90 no seu artigo 20: “Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Mesmo assim, este modelo de universalização na orientação e ações de serviços de saúde não trouxe para os médicos uma melhora esperada principalmente pela falta de condições de trabalho, despreparo do seu gerenciamento, indiferença com o aperfeiçoamento dos recursos humanos, excesso de trabalho, baixa remuneração e insatisfação pessoal e frustração dos usuários do sistema.

O médico e suas classes

O modelo vigente criou um número tão grande e tão diversificado de níveis entre os médicos que muitos chegam a admitir que não formamos uma classe, mas apenas uma categoria. Outros admitem que sim e apontam para tanto alguns critérios tendo em vista o rendimento econômico, a posição social e o domínio da biotecnologia moderna.

Assim, os médicos da *classe A* seriam aqueles privilegiados pela sua formação, pelo domínio dos procedimentos mais elitizados e pelo prestígio que gozam no seio da coletividade. Sua área de atuação e de relacionamento é no segmento da sociedade que paga sua assistência médica e por isso eles vivem unicamente da clientela privada. Esta elite médica – apêndice do poder dominante vem se restringindo em termos relativos e sobreviverá favorecida por uma clientela e por instituições de grande aporte tecnológico e financeiro. Todavia, em tempos de crise ou na decadência profissional se aliam ou agem como os da classe abaixo.

Na *classe B* estariam aqueles que aliam seus empregos públicos aos consultórios onde recebe seus pacientes principalmente advindos dos convênios com planos e seguros de saúde. Têm uma renda mensal em média de 20 a 30 salários mínimos. Atendem os pacientes em casas de saúde particulares ou em hospitais públicos ou privados sob convênios e procuram sua realização profissional em espaços do setor universitário. Sua grande aspiração é passar para a classe acima, o que podem fazer com muito esforço, sorte e trabalho. Em verdade estes médicos devem muito à Residência Médica, a qual infelizmente não absorve mais do que 40% dos que se formam, embora o MEC insista em falar em 70%.

Por fim a chamada *classe C* que de um tempo para cá vem aumentando cada vez mais, representada pelos desempregados, subempregados e recém-formados, atendendo em casas de saúde privadas onde dão plantão de emergência ou ganham por procedimento realizado e pelo valor das tabelas dos convênios, onde o SUS é o seu maior financiador.

Na pesquisa de Carneiro e Gouveia em “*O Médico e o seu Trabalho*” constatou-se que o percentual de médicos desempregados era irrisório (0,8%), concluindo-se que este grave problema – que afeta milhões de trabalhadores brasileiros – não ocorre de modo significativo no meio médico. Se considerarmos como assalariado aquele que não dispõe de um contrato de trabalho estabelecido com o comprador de serviços e os que vivem de trabalho avulso, podemos considerar que aquele percentual é muito maior

Poucos tiveram oportunidade de fazer uma Residência Médica. Por uma questão de formação não conseguem “subir” de classe. Já não há esperanças de ascensão pois lhes falta oportunidade ou tempo disponível para uma educação continuada. Alguns vivem dos contratos eventuais dos Programas de Saúde Familiar com carga de trabalho de 40 horas semanais ao sabor da simpatia e dos interesses dos prefeitos municipais. Muitos dos seus anseios e de suas frustrações são os mesmos da população que ele serve. Ganham em torno de 10 salários mínimos. A partir dos anos 80 do século passado, através da pleora e da organização política chegaram aos cargos mais elevados de algumas entidades.

Fatores que agravam a condição social do médico:

1. *O aparelho formador.* Nenhum analista desta questão deixa de apontar o nível do ensino médico brasileiro como um dos causadores da sofrível formação profissional pela maioria das escolas médicas. Além das péssimas condições de ensino e de aprendizagem, dos baixos salários dos professores, da falta de uma estratégia para um perfil de médico que se precisa e da carência de recursos para a pesquisa e a extensão e do desinteresse de uma revisão sobre essa qualidade de ensino, mas tão-somente as decisões açodadas e irresponsáveis de criação de novas escolas médicas. Entre nós não é exagero afirmar que para se exercer a profissão médica não basta uma habilitação legal, representada pela posse de um diploma e seu registro nos Conselhos de Medicina. Impõe-se a continuada habilitação profissional constituída de um permanente aprendizado. A verdade é que não existe entre nós nenhuma norma ou nenhum estímulo exigindo ou estimulando o médico a se atualizar sempre. Também raríssima é a instituição pública que se dedica ou que apresente um projeto dedicado ao ensino continuado, dando oportunidade de reciclagem médica ou estimulando o profissional na perspectiva de acompanhar razoavelmente os passos de sua ciência.

Hoje o que se vê é a massificação da formação médica com um número de faculdades que alcança um número assustador, colocando no mercado mais profissionais do que a necessidade, havendo locais onde a concentração atinge um médico/180 habitantes, divididos em especialistas e super ou subespecialistas. O ensino médico como um todo anda mal: carente de recursos materiais, desfalcado de uma estratégia curricular mais séria, contando com professores desmotivados, despreparados e mal pagos.

Entre 1808 e 1960 foram criadas no Brasil vinte seis Faculdades, numa média de uma Escola em cada cinco anos. De 1960 a 1970 houve uma proliferação de Faculdades passando para 75, num número aproximado de cinco unidades por ano. Hoje já se fala em 185 o quem

nos coloca como um dos países de maior número de Escolas Médicas em relação a sua população.

Hoje, o ensino da profissão médica tem profundas implicações com a tecnologia moderna e as escolas assumem um grande papel neste particular, em virtude da possibilidade que dispõem os hospitais universitários em termos de diagnósticos e procedimentos. Por incrível que pareça, no campo didático, os fundamentos da semiologia são empanados pelas máquinas de tratamento e diagnóstico. Este cientificismo exagerado das práticas didáticas, desvinculado da arte propedêutica cria uma relação estranha entre o médico e o paciente, pois o que se verifica é muito mais uma relação entre o profissional e o equipamento.

Entende-se que nas ciências da saúde formar um profissional não é apenas um processo de ensino, mas é também um processo de relações de ensino. No primeiro tem-se um cronograma de metas de meios e condutas na sua formação profissional. Já o processo de relações de ensino é uma filosofia que reflete sobre vínculos entre professores e alunos com vistas ao papel que cada novo profissional desempenhará em favor da sociedade.

Dentro desta concepção, a opção por uma "medicina armada" leva de forma inexorável à criação de uma "formação médica tecnológica". A educação médica, notadamente nos hospitais universitários, assimila propostas que servem muito mais às empresas e fabricantes de modernos aparelhos do que à criação de um modelo de serviços e estratégias em favor dos níveis de vida e de saúde dos indivíduos e da população.

Todo este esforço na conquista dos meios tecnológicos só se justifica se eles servirem para desenvolver nos futuros médicos uma compreensão não apenas do que é mais moderno e avançado, senão também uma estratégia capaz de estabelecer uma relação médico-paciente e médico-família dentro de padrões éticos, técnicos e humanísticos legítimos e adequados a cada realidade. Ou seja, formar profissionais mais solidários, críticos e criativos, capazes de utilizarem os meios tecnológicos disponíveis politicamente, subordinando o desenvolvimento tecnológico aos interesses e necessidades da saúde da população e do exercício profissional digno, responsável e de qualidade.

2. *A consciência política do médico.* Há motivos políticos e sociais que começam a reclamar dos médicos posições mais coerentes com a realidade que se vive. Um modelo capaz de revelar o melhor papel que essa postura venha desempenhar no complexo projeto de direitos e deveres, e que possa apontar, com justiça e conveniência, o caminho

ideal na realização do ato médico e nas exigências do bem comum. Por isso ele não pode ficar indiferente, pois o exercício da medicina é um ato político em favor da saúde individual e coletiva e também na tentativa da busca da cidadania. O próprio Código de Ética do médico deve estar voltado para isso, se não que ética é esta que não enxerga tais necessidades, principalmente quando elas atingem os mais desfavorecidos e os mais necessitados, tantas vezes deserdados da sorte? Portanto, é dever do médico lutar organizadamente em favor das melhores condições de atendimento e não considerar a doença como um resultado da fatalidade. Não basta modificar a relação entre o homem e a natureza, mas, também, mudar as relações sociais.

Não é exagero dizer, portanto, que a saúde e a doença, como fenômenos puramente sociais, exigem soluções políticas. Reclama-se do médico uma saída imediata em busca de uma conscientização crítica, no sentido de não perder seu direito de decisão. Ele não pode permanecer na periferia das doenças. Tem de reduzir seu poder sobre o indivíduo e ampliar sua capacidade de intervenção sobre o meio. Assim, as regras éticas contemporâneas, mesmo sem se distanciarem das influências hipocráticas, serão necessariamente incorporadas às idéias oriundas de muitos anos de exercício profissional, de sentidas reflexões e de duros confrontos.

3. *A jornada de trabalho.* No trabalho coordenado pelo Conselho Federal de Medicina sob o título “A Saúde do Médico no Brasil” verificou-se que 39,5% destes trabalham de 41 a 60 horas semanais, jornada bem acima do padrão de um trabalhador regido pela CLT e que a jornada de 61 a 100 horas foi informada por 22,8% de homens e 15,7% das mulheres para manterem as suas necessidades. Entre estes os médicos mais jovens são aqueles que têm a maior jornada de trabalho. No grupo dos que têm menos de 45 anos de idade, 41,8% trabalham de 41 a 60 horas por semana e 26,5% declararam trabalhar de 61 a 100 horas; entre aqueles com mais de 45 anos, estes percentuais são 37,9% e 15,9%, respectivamente. Em contrapartida, somente 23,5% dos mais jovens dedicam de 21 a 40 horas por semana ao trabalho médico, contra 31,2% dos mais velhos. A maioria trabalha de 41 a 60 horas por semana em todas as Regiões, mas o grupo é maior no Sul (43,2%) e Sudeste (42,2%). No Centro-Oeste eles somam 37,6%, e registram percentuais semelhantes no Norte (36,6%) e Nordeste (36,3%). Por outro lado, é nestas duas Regiões que se encontram as maiores porcentagens dos que trabalham de 61 a 100 horas semanais (22,8% e 21,8%, respectivamente), embora os médicos do Centro-Oeste exibam o mesmo percentual encontrado no Nordeste para esta jornada (21,8%). Os

menores contingentes com esta sobrecarga de trabalho estão no Sudeste (18,9%) e Sul (16,9%).

4. *O destino dos médicos.* Muitos estão desorientados e a medicina que eles praticam em termos de meios e programas é desorganizada e anárquica. Temos um número regular de médicos em relação a nossa população, mas as condições econômicas oferecidos no exercício da profissão e a falta de meios de trabalho concentram este efetivo nas grandes cidades e, portanto, deixa um grande número de municípios sem nenhuma assistência. Todavia, não é justo que se culpe o médico por isso.

Não é surpresa dizer que os salários e o pagamento feito por procedimentos realizados, dentro do sistema atual, não correspondem nem às necessidades mínimas para a sobrevivência do médico nem corresponde ao valor que seu trabalho representa em favor da sociedade. Tais distorções obrigam o médico a se socorrer de vários locais de trabalho, consumindo sua saúde, expondo-se ao risco dos maus resultados, conflitando-se emocionalmente com seus familiares, aumentando significativamente a carga horária diária e se empobrecendo pouco a pouco. Hoje o médico tem um sentimento de desvalorização profissional, tem uma efetiva perda de auto-estima e vive de um trabalho mal retribuído. Estima-se para 2020 uma população de 50 mil médicos acima de 70 anos inserida no mercado de trabalho por necessidade de complementação de salário ou mesmo como única remuneração para sobreviver.

5. *O que decidem os médicos.* No plano individual decidem pouco e no coletivo decidem menos ainda. Individualmente sobrevivem de forma solitária e heróica e desvalorizados pelo poder público. No plano coletivo o médico brasileiro se omite de uma participação política, optando pelo neutralismo e pela acomodação. Somos mais de 300 mil em atividade e na escala que vamos em 15 anos dobraremos este número. Tal fato de forma inexorável trará remuneração aviltada, locais de trabalho deteriorados, insatisfação e desestímulo profissional, aumento da concorrência e comprometimento e perda do *status* e da condição social do médico. Na esteira deste processo virão a sub-especialização, os modismos terapêuticos, a luta desigual pelos espaços de mercado, os procedimentos desnecessários a até mesmo os procedimentos fantasmas. Para piorar esta situação o número de vagas em residência médica não atende à metade do número de formandos.

6. *A saúde dos médicos.* Na apresentação do trabalho “A saúde dos médicos no Brasil” o Presidente do Conselho Federal de Medicina diz textualmente: “Os médicos estão em situação precária. Essa pesquisa

permite que a categoria, as entidades de classe e os gestores de saúde possam refletir a respeito da saúde dos médicos e encontrar alternativas coletivas para os problemas por eles vivenciados”.

A perturbação mais presente é o *estresse* aqui representado por um processo crônico motivado por vários fatores adversos com que o médico se depara e que não tem como causa uma área específica da profissão, mas um conjunto de respostas que comprometem não só a saúde física senão também a vida afetiva e comportamental. Nos demais casos, assim como a população em geral, o médico é susceptível às doenças de seu próprio meio, como sejam, processos infecciosos, neoplásicos, metabólicos, degenerativos, genéticos ou acidentais.

Naquele estudo as doenças mais freqüentes entre os médicos que atenderam à pesquisa foram: doenças sobre os *olhos* (26,4%), seguidas pelas que acometem o *sistema osteomuscular e tecido conjuntivo* (22,2%) e o *aparelho circulatório* (21,8%). Doenças *endócrinas, metabólicas e nutricionais* (19,1%), bem como as enfermidades do *aparelho digestivo* (19,7%). Estão também entre elas os portadores de transtornos mentais ou comportamentais (7,7%).

7. *A síndrome do burnout – desistímulo e exaustão na profissão médica.* O exercício da medicina no momento é a profissão que mais propicia a desmotivação e o desgaste emocional. A perda de entusiasmo, o esgotamento, as dificuldades de relacionamento pessoal e profissional e o desencanto são as manifestações mais comuns desta síndrome que pode ocorrer com mais frequência em torno dos 50 anos. Pode-se dizer que tal síndrome se define como uma exaustão que afeta mais as especialidades que exigem grande dedicação, muita responsabilidade e necessidade de contato permanente com os pacientes. Vem sendo identificada, com frequência, nos profissionais de saúde, com repercussões significativas na qualidade do seu desempenho técnico e da sua motivação. Além disso aumentam os índices de divórcio e depressão e o suicídio é mais comum nos médicos do que entre outros profissionais de saúde. Para alguns não é apenas o excesso de trabalho, as condições do exercício do modelo profissional e a falta de tempo para a vida privada, mas também o constrangimento de suas condições econômicas ante as necessidades de sua família.

8. *As condições de trabalho do médico.* Alguém já afirmou, e pode parecer exagero, que hoje os médicos em sua maioria se formam para serem plantonistas, como uma forma de contornar suas condições econômicas. Isto além de ser penoso para os médicos e para as comunidades assistidas, esta troca de plantões nos ambulatórios e hospitais trazem para os pacientes e para os próprios médicos um certo

desconforto pela alternância do atendimento, além das conseqüências técnicas, afetivas e psicológicas. O mais grave sem dúvida é o comprometimento do melhor diagnóstico e da terapêutica mais efetiva.

Ninguém desconhece que muitos destes resultados adversos tenham como origem as péssimas e precárias condições de trabalho, numa atenção à saúde cada vez mais decadente e anárquica como projeto, mesmo que tenhamos um número razoável de médicos em relação a nossa população. A verdade é que os médicos sentem em seu dia a dia cada vez mais dificuldade em exercer seu mister, face as indigentes condições de trabalho. Neste cenário perverso é fácil entender o que vem acontecendo nos locais de trabalho médico, onde se multiplicam os danos e as vítimas, e onde o mais fácil é culpar o médico como primeiro responsável.

9. *A falência do sistema de saúde.* A primeira coisa que chama nossa atenção no exercício da medicina é o distorcido e desorganizado sistema de saúde pública. A chamada socialização da medicina com a expansão dos serviços de saúde e a criação das instituições prestadoras da assistência médica, colocou entre o médico e o paciente certos conflitos, os quais quase sempre com complexas implicações de ordem ética e legal. Por outro lado, as políticas sociais e de saúde não se efetivam como instrumento de redistribuição de renda e de atenuação das desigualdades sociais. Não se atende ao princípio da universalização e da equidade, e passam ao longe da discussão e da participação democrática dos setores organizados da sociedade. O modelo de desenvolvimento econômico e social imposto durante as quatro últimas décadas mostrou-se excessivamente concentrador, propiciando níveis de vida e de saúde que não correspondem às necessidades da população. Isto teve um reflexo muito negativo na organização e na estruturação dos serviços prestadores de assistência médica. E é neste ambiente de penúria e precariedades que o médico exerce suas atividades e por estar na ponta do sistema responde ele pela insatisfação do atendimento e pelos resultados não alcançados.

10. *A precária fiscalização do exercício profissional.* Embora os Conselhos de Medicina tenham como objetivo primeiro as tarefas pedagógicas e doutrinárias, não se pode omitir como papel significativo a fiscalização do exercício da medicina, como forma de ajustar o profissional aos ditames consagrados no seu Código de Ética, “cabendo-lhe zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente”. Os Conselhos não podem ficar apenas nas intermináveis reuniões onde são discutidos assuntos de

menor interesse ou de se destinar tão-só á expedição de carteiras. Devem partir para uma ofensiva mais positiva, a exemplo de alguns Regionais que estão indo aos estabelecimentos de saúde conferir a qualidade da assistência e as condições de trabalho do médico.

11. *O desgaste da relação médico-paciente.* Uma boa relação entre o médico e seu paciente é a forma de melhor entrosamento, de melhor percepção dos problemas do assistido e de estímulo e interesse de dedicação profissional. Uma relação médico-paciente amistosa deixa o assistente e o assistido em condições de exercer tranquilamente seus papéis. O maior desafio da medicina neste século será a redescoberta do homem como pessoa revelando a cada um dos seus pacientes o sentido da vida e não somente o diagnóstico e o tratamento das doenças e do sofrimento, buscando com eles meios que facilitem encontrar juntos a melhor forma de buscar uma convivência para cada tipo de doença. Tudo faz crer que ainda não estamos preparados para isto.

Os modelos paternalista e informativo estão superados porque eles são simplesmente unidirecionais. O modelo que se espera para estes anos que virão é o modelo comunicacional, bidirecional e que exige do médico estabelecer uma relação participativa que dê ao paciente o direito de se expressar e decidir. Infelizmente por fatos os mais variados esta relação, embora não generalizada, vem se transformando numa tragédia, ou no mínimo num encontro desconfortável. Lamentavelmente, a deterioração da relação médico-paciente se apresenta como o motivo mais forte do desprestígio do médico e do aumento de ações de responsabilidade profissional. Há de se encontrar um caminho para se reverter esta situação e fazer com que esta relação volte a ser a qualidade que colocou a medicina num lugar de respeito e consideração.

Com o avanço cada dia mais eloquente dos direitos humanos, o ato médico, em regra, só alcança sua verdadeira dimensão e o seu incontestável destino quando se tem o consentimento do paciente ou de seus responsáveis legais. Assim, grosso modo, todo procedimento profissional necessita de uma autorização prévia. Além disso, exige-se não só o consentimento puro e simples, mas o *consentimento esclarecido*. Entende-se como tal, o consentimento obtido de um indivíduo capaz civilmente e apto para entender e considerar razoavelmente uma proposta ou uma conduta, isenta de coação, influência ou indução. Não pode ser obtido através de uma simples assinatura ou de uma leitura apressada em textos minúsculos de formulários a caminho das salas de operação. Mas por meio de linguagem acessível ao seu nível de convencimento e compreensão (*princípio da informação adequada*). Mesmo que o consentimento

esclarecido seja um instrumento de defesa numa alegação de erro, ele tem como sentido maior a dignificação da pessoa. O consentimento não é um ato irrevogável e permanente (*princípios da revogabilidade e da temporalidade*). Por outro lado deve ficar bem claro que o fato de se ter um consentimento esclarecido, isto, por si só, não isenta o médico quando da existência de outras faltas no cumprimento dos deveres de conduta.

12. *O humanismo do médico.* O humanismo que existia no médico está se diluindo. O falta de tempo para a leitura pelo assoberbamento de trabalho, lendo apenas a síntese de artigos que lhe chega às mãos, os médicos tendem cada vez mais a esvaziar a sensibilidade que existe neles e o humano que está em seus pacientes. Mart Ibañez em “Los libros en la vida del médico” dizia com certa propriedade: “Importa examinar o que o médico gosta de ler como homem antes do discutir o que deve ler como médico”. Podemos chegar a um ponto que todo este progresso pode ser comprometido pela visão mais imediatista e mais insensata que a hora presente nos oferece. Na hora em que o homem se desumaniza e começa destruir o outro homem e no instante em que ele começa a ser anexado em insensíveis arquivos, já se impõe uma preocupação mais imediata.

13. *O resultado adverso e o crescimento das demandas contra o médico.* Hoje, recomenda-se, sempre em casos de resultados atípicos e indesejados, estabelecer a diferença entre *culpa médica, mal incontrolável e acidente inevitável*. No primeiro, existe responsabilidade do profissional face o procedimento incorreto e inadequado que supõe inobservância de técnica ou de conduta. No segundo, seria aquele decorrente de uma situação grave e de curso inexorável, cujo resultado danoso deriva de sua própria evolução, e para quem as condições atuais da ciência e a capacidade do médico ainda não oferecem solução. E o acidente inevitável quando existe um resultado lesivo, oriundo de um caso fortuito ou de força maior – um *infelicitia facti*, incapaz de ser previsto ou evitado, não só pelo autor, mas por outro qualquer em seu lugar. Deste modo, há de se ressaltar que nem todo *mau resultado* na assistência médica é sinônimo de erro profissional. No caso em discussão - onde foram observados os cuidados pré-operatórios e toda diligência possível, antes, durante e depois da cirurgia -, é difícil admitir-se culpa, mesmo que se possa insinuar tratar-se de uma operação eletiva, sem no entanto deixar de considerar seu caráter de necessidade e seus aspectos mais circunstanciais.

Inclusive é necessário que se comece a desfazer o preconceito que existe em torno de alguns resultados atípicos e inesperados no exercício

profissional médico. Não é justo concordar com a alegação de que todo resultado infeliz e indesejado seja obrigatoriamente de uma culpa médica.

Com isso não se quer afirmar que ela não possa existir, mas tão-somente que haja transparência no curso da apreciação, respeito ao princípio do contraditório e todas as condições para a ampla defesa. No futuro, se não houver um trabalho bem articulado, os médicos vão trabalhar pressionados por uma sociedade de inclinação litigiosa, voltada para a punição toda vez que os resultados não forem absolutamente os esperados. Daí em diante, os pacientes serão rejeitados, surgirá uma medicina esquivada e de custos altos, e o relacionamento do médico com o paciente vai se transformar numa verdadeira tragédia. E é por isso que as crescentes queixas contra maus resultados já começam a perturbar emocionalmente o médico e todos já sabem que no mínimo haverá um aumento de custos financeiros para o profissional e para o doente. Ao lado disso já se começa a observar, entre outros fatos, a aposentadoria precoce, o abandono da profissão, o exagero nos pedidos de exames mais sofisticados e a omissão em procedimentos de alto risco, contribuindo cada vez mais para a consolidação de uma “medicina defensiva”.

14. O mercado de trabalho médico. A relação entre profissional de saúde e o seu trabalho não diz respeito apenas a oferta e demanda dos serviços de saúde, mas a um complexo e variável número de fatores que vão do aspecto político, social e tecnológico às qualificações mais diversificadas destes profissionais.

Na verdade existem vários tipos mercados de trabalho, cada qual com seu modelo específico de incorporação de recurso humano. Frenk et al. distinguem três níveis de fatos determinantes: 1) resulta da adoção de um determinado currículo em resposta à demanda das instituições assistenciais por um determinado tipo de médico; 2) depara-se na capacidade do sistema assistencial para tornar ou não viáveis as reformas propostas pelo sistema educativo; e 3) o sistema de educação médica imprime suas modalidades específicas aos programas educativos ao prover os espaços para a prática dos educandos.

15. A fuga para outras especialidades. Até 12 anos atrás 50% dos médicos se concentravam nas especialidades pediatria, ginecologia, obstetrícia, cirurgia e anestesiologia (Maria Helena Machado, em “Os médicos no Brasil”, 1997) No entanto, mudanças estruturais no mercado de trabalho e o surgimento de novas demandas alteraram sensivelmente aquela realidade. A pediatria foi a especialidade que mais sofreu pelo desestímulo e pela evasão. As razões mais apontadas têm sido as condições de trabalho, os baixos salários, as longas jornadas de trabalho,

a insatisfação, o desestímulo e o *stress*. Algumas especialidades estão desaparecendo como a fisioterapia e a pneumologia. E outras estão surgindo por imposição da demanda como especialistas em cefaléia, em distúrbios do sono e em dor.

16. A socialização do risco médico. Socializar o risco médico, no sentido de amparar civilmente o dano, é uma medida que começa a ser discutida com mais ênfase como forma de assegurar a tranquilidade no exercício profissional e garantir uma reparação mais imediata e menos confrontante entre o médico e o paciente. O seguro social representa a reunião de recursos financeiros de todos que dele participam, a fim de criarem um fundo comum disponível àqueles que necessitem, em decorrência de um fato futuro previsto. Seguro social é previdência propriamente dita, porque ser previdente é antecipar uma visão de um fato tomando agora as medidas necessárias no sentido de contornar futuros problemas advindos desse fato.

Os que defendem este modelo afirmam: melhor modalidade de liquidação do dano; melhor condição de liberdade e segurança no trabalho; assegura o equilíbrio social e a ordem pública; melhor forma de justiça social; melhor forma de previdência propriamente dita; livra médico e paciente de processos penosos e demorados, evita explorações, ruínas; injustiças e iniquidades; independe da situação econômica do causador do dano; corrige o aviltamento patrimonial da vítima; contribui com o *superávit* do sistema em programas de prevenção do dano. Há também aqueles que se manifestam contra este projeto alegando os seguintes motivos: interfere negativamente na relação médico-paciente, estimula os processos contra os médicos, eleva os custos dos serviços médicos, pode facilitar o erro médico, facilita a indústria das indenizações, Fornece uma proteção aparente para o profissional e cria um cenário cativo para o médico.

Qual o próximo modelo?

O anseio do médico sempre foi conciliar um modelo que permita exercer uma boa medicina em favor do seu paciente e que lhe realize em suas aspirações materiais e espirituais. O ideal seria, na concepção de alguns, o exercício de uma medicina amplamente liberal, mas é necessário entender que ser um profissional liberal não depende das condições de mercado de trabalho mas de uma condição ideológica dentro de um modelo médico.

Caracteriza a condição de profissional liberal: a autonomia técnica, a escolha do médico pelo paciente, a opção por uma carga horária de trabalho e a determinação de seus honorários. O fato apenas

de atender em consultório particular não faz deste exercício uma profissão liberal. Submeter-se, por exemplo, às regras rígidas dos convênios, mesmo em consultório, não faz de nossa profissão uma atividade estritamente liberal. Todavia, pensar-se no exercício plenamente liberal da medicina como modelo geral é uma utopia. Haverá um ou outro exemplo em cada comunidade. Não há condições nem sentido se exercer a medicina fora das regras da socialização traduzida pela mescla do emprego público, pela atividade privada e pela medicina de convênio em consultório ou hospitais. Isto não foi crido pelo médico nem pelos pacientes, mas pelo mundo.

Dentro deste modelo, que é o plausível, o primeiro passo deve ser dado em favor da melhoria dos salários e das condições de trabalho. Isto com certeza não trará resultados positivos apenas para o médico, mas também para seus pacientes e para a sociedade. Outro passo importante será no sentido da redução da jornada de trabalho para que haja tempo disponível para o estudo, lazer e convívio mais permanente com seus familiares.

No trabalho “A Saúde do Médico no Brasil”, inspirado e editado sob os auspícios do Conselho Federal de Medicina está escrito de forma bem clara que as entidades podem fazer muito mais, quando enfatiza: “As entidades médicas de classe devem acudir a esses intentos que, no momento, fustigam a vida dos esculápios brasileiros roubando-lhes saúde e vida. É necessário também fazer compreender a todos os médicos a sua condição inequívoca de trabalhadores e que as relações de trabalho não mudaram tanto, senão que foram exacerbadas na sua perversidade. A satisfação por exercer uma profissão de tão elevados propósitos – sacerdotal em seus desígnios – é mais do que justa, porém nada tem a ver com o orgulho que nos afastou das lutas e nos alienou em nome de uma promessa de riqueza que nunca veio para a maioria, e pode ser que nunca virá. Estamos pagando caro pela nossa indiferença”.

As ações em favor das melhores condições de trabalho e remuneração serão através da organização política dos médicos através da discussão de seus problemas e necessidades. Muitos se mostram pessimistas. Mesmo assim vale a pena pensar alternativas que possam reverter o contexto atual em favor da profissão médica.
