

**AS IMPLICAÇÕES DOS
PLANOS E SEGUROS DE
SAÚDE NO TRABALHO
MÉDICO: A Questão Da
Autonomia**

HELENA GARBIN

**Centro de Estudos sobre a Saúde do Trabalhador e Ecologia
Humana (CESTEH)
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)**

2005

**AS IMPLICAÇÕES DOS
PLANOS E SEGUROS DE
SAÚDE NO TRABALHO
MÉDICO: a questão da
autonomia**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: HELENA GARBIN

Orientadora: CRISTINA GUILAM

Co-orientadora: CARMEM MARINHO

Centro de Estudos sobre a Saúde do Trabalhador e Ecologia

Humana (CESTEH)

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

2005

Este trabalho é dedicado a todos os médicos e pacientes com os quais tive contato ao longo de quase 25 anos de prática e, principalmente, à memória de meu pai.

AGRADECIMENTOS

A **Cristina Guilam**, minha orientadora nessa dissertação, pelas longas discussões e pela orientação objetiva, pela paciência e pelas imensas possibilidades que abriu para a minha vida por me introduzir no tema de estudo.

A **Carmem Marinho**, minha coorientadora nessa dissertação, pelas longas manhãs e tardes debruçadas sobre textos e telas de computadores e pelo fundamental aprendizado advindo daí.

A **André de Faria Pereira Neto**, professor e mentor, pelo enriquecimento que trouxe ao meu trabalho, pela confiança e pela incisiva e fundamental participação no exame de qualificação.

A **Maria Helena Machado**, membro da banca, pelos importantes questionamentos levantados no exame de qualificação, que me ajudaram muito na compreensão da tarefa e do tema.

A **Reinaldo Santos**, pesquisador e professor desta escola, amigo querido, a quem devo muito do que de bom vem ocorrendo, pois foi quem mostrou o caminho, guiou e ofereceu suporte, tanto pessoal quanto profissional, nas horas boas e nas difíceis.

A **Ana Beatriz Arena** e **Paula Solano**, minhas revisoras, minhas amigas, que suportaram, sem reclamar, todas as bobagens que eu escrevi, em Português e em Inglês.

A **Jorge Correa**, amigo e revisor final do texto, pelo apoio ao longo dos anos, pela presteza e dedicação na execução da tarefa, e pela qualidade do resultado final.

A **William Waissmann**, professor e amigo, pelo apoio, confiança e valorização, pelos muitos questionamentos, críticas e sugestões.

Aos **professores do mestrado**, pelo esforço e paciência na transmissão de conhecimentos fundamentais.

Aos **professores** e **colegas** do CESTEJ, pela enriquecedora convivência e pelo constante apoio, e em especial à professora **Vanda D’Acri**.

Aos **amigos** e **familiares** que me suportaram por esses dois longos anos.

A todos os **médicos** que cederam seu tempo e entusiasmo para a realização deste estudo.

A **Claudia Martins**, por tudo e mais um pouco.

RESUMO

O crescimento significativo do mercado de seguro privado em saúde, principalmente a partir da segunda metade do século XX, é uma das principais questões a ser considerada quando da discussão a respeito do trabalho médico e da profissão médica. Utilizando o suporte teórico da Sociologia das Profissões, este estudo procura estabelecer uma idéia de profissão baseada no trabalho de Eliot Freidson, priorizando a conceituação de autonomia profissional técnica, econômica e organizacional. Com destaque especial para a profissão médica, busca mostrar o que a diferencia das outras profissões e apresenta uma discussão sobre os principais questionamentos que se fazem à conceituação freidsoniana de profissão.

Procedeu-se a uma pesquisa qualitativa com médicos para avaliar não só a provável interferência que o trabalho atrelado a planos e seguros de saúde exerce sobre a sua autonomia técnica, como também as possíveis conseqüências para a sua prática profissional e para a relação médico-paciente. Procurou-se, ainda, compreender o significado atribuído pelos médicos às questões relativas à profissão. Os resultados sugerem que, de fato, a autonomia clínica desse profissional sofre ingerência das empresas de seguro privado de saúde, as quais, por serem empresas financeiras, estão submetidas à lógica do capital. Contudo, não é só a autonomia técnica que é afetada; o mesmo tende a ocorrer com a autonomia econômica e a organizacional. Além disso, a relação médico-paciente pode ser fortemente comprometida pela presença de um terceiro elemento, que serve de intermediário entre os dois atores sociais envolvidos, gerando um descompromisso entre ambos, na medida em que se distanciam e passam a se ver como “médicos do plano” e “pacientes do plano”. Finalmente, há um aumento dos riscos inerentes à prática, trazendo insegurança para médicos e pacientes. No entanto, apesar de todos os conflitos, os convênios são considerados um mal necessário para a formação de clientela, realização de procedimentos, acesso à tecnologia, entre outros fatores.

UNITERMOS: Profissão médica, trabalho médico, autonomia técnica, planos e seguros de saúde, relação médico-paciente.

ABSTRACT

One of the most significant topics involving the discussion about medical work and medical profession is the intensive growth of the market to private health insurance, mainly after the second half of the 20th century. Using the theoretical approach of the Sociology of the Professions, this study pursues to establish the idea of profession, based on the work of Eliot Freidson, prioritizing the conception of professional autonomy: technical, economic and organizational. It specially emphasizes the medical profession, trying to establish what distinguishes this profession from the others. It also brings up a discussion about the theories that challenges Freidson's conception of profession.

A qualitative research among physicians was performed to evaluate a possible interference with technical (clinical) autonomy, in face of the work attached to health insurance plans, and the possible consequences to the practice and to the patient-physician relationship. Another issue searched was the meaning to physicians of such professional-related questions. The results suggest that, in fact, technical autonomy suffers interference from health insurance companies, that are financial companies, therefore submitted to the logic of capital. Not only clinical autonomy, but also economic and organizational autonomy tend to be affected, and the physician-patient relationship can be strongly compromised by the presence of this third element, acting as an intermediary between the two social actors. As they grow apart and start to see each other as "the insurance doctor" and "the insurance patient", a lack of commitment appears between these two actors. Besides, there is an increase in the risks inherent to the practice, bringing insecurity to both physicians and patients. Nevertheless, despite of all this conflicts, the health insurance plans are considered a necessary evil to be known and have access to technology, among other factors..

Terms: Medical profession, medical work, technical autonomy, health insurance, physician-patient relationship.

As Implicações dos Planos e Seguros de Saúde no
Trabalho Médico: A Questão da Autonomia

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO - p. 01

Capítulo I – **PROFISSÃO MÉDICA** – p. 04

Profissão – p. 04

A questão da autonomia – p. 06

A profissão médica – p. 07

Relação médico-paciente – p. 09

Proletarização, Racionalização e Desprofissionalização – p. 13

Capítulo II – **ASSEGURAMENTO EM SAÚDE** – p. 20

Histórico – p. 20

Seguro – p. 22

Formas de operacionalização – p. 25

Capítulo III – **O TRABALHO COM PLANOS E SEGUROS DE
SAÚDE: SIMILARIDADES E DIFERENÇAS** – p. 30

Capítulo IV – **CONSIDERAÇÕES FINAIS** – p. 54

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – p. 57

ANEXOS – p.64

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABREVIATURAS:

AMB - Associação Médica Brasileira

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CDC - Código de Defesa do Consumidor

CF - Constituição Federal

CFM - Conselho Federal de Medicina

VIII CNS - VIII Conferência Nacional de Saúde

CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito

CREMERJ - Conselho Regional de Medicina – RJ

CTI - Clínica de Tratamento Intensivo

EUA – Estados Unidos da América

IAP - Institutos de Assistência Previdenciária

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MBE - Medicina Baseada em Evidências

MJ - Ministério da Justiça

Pnad - Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio

SINMED - Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro

SOMERJ - Sociedade de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

SUS - Sistema Único de Saúde

SIMBOLOS:

Otorrino – Otorrinolaringologia

Gineco – Ginecologia e Obstetrícia

Conv – trabalha com convênios no consultório

Part – trabalha somente com consultas particulares no consultório

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1

Roteiro de orientação para entrevistas – p. 71

APRESENTAÇÃO

Este estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a autonomia do trabalho médico no Brasil no que concerne à relação com Planos e Seguros de saúde. Para tanto, utilizou-se como referencial teórico a sociologia das profissões, em especial o trabalho de Eliot Freidson, particularmente no que diz respeito à profissão médica. Teve-se como pressuposto que, na convivência do trabalho médico com a estrutura e as normas das empresas de asseguramento de saúde, existe interferência na autonomia técnica e profissional.

A autonomia técnica é um dos principais elementos que caracterizam o trabalho médico e sua redução pode interferir no nível de incerteza que já o caracteriza ^(a) ¹. Segundo Freidson ², a autonomia técnica pode ser entendida como a independência para a tomada de decisões no exercício de uma profissão.

A prática médica se define/constrói na relação médico-paciente, isto é, na relação entre um sujeito com um problema e um outro que, portador de saberes específicos, encontra-se capacitado para buscar uma solução. Esse é o momento fundamental de autonomia para o médico, uma vez que envolve a articulação da objetividade da técnica com a subjetividade da prática, a saber, é o momento em que experiência e conhecimento podem ter o mesmo valor.

Diversos fatores podem intervir nessa relação e na prática médica. O limite, aqui, será analisar os que foram levantados pelos profissionais entrevistados, tendo sempre em vista a realidade brasileira e seu sistema de saúde e como esses fatores se intensificam em função do *status* político-econômico do país. Tal perspectiva norteou a análise do material bibliográfico, em virtude da vasta maioria do material sobre profissões vir de países industrializados de língua Inglesa. Entre o material bibliográfico consultado, destacam-se periódicos como *International Journal of Health Services*, *Social Science and Medicine*, *Sociology of Health and Illness*, *The Millbank Quarterly*. A rede mundial de computadores (Internet) constituiu-se em fonte privilegiada, revelando-se extremamente frutífera na localização de grande parte das publicações.

Foi elaborado um roteiro, com questões abertas e fechadas, de maneira a proporcionar elementos para interpretar o significado atribuído pelos médicos às implicações das normas de planos de saúde sobre seu trabalho. As questões fechadas incluíam tempo de profissão, especialidade, tipo e número de atividades profissionais.

Outras se referiam a elementos que buscavam desvendar a relação dos médicos com os pacientes quando intermediada pelos convênios, assim como desvendar valores presentes na subjetividade destes em relação à sua prática.

Na análise dos dados foi privilegiada a percepção que os profissionais têm sobre a atividade que desenvolvem. Foram entrevistados 10 médicos cuja seleção foi baseada em critérios que permitissem obter um nível satisfatório de representatividade de três dos quatro grupos sociológicos de especialidades ³: cognitivas (clínicas), intermediárias (clínico-cirúrgicas) e técnico-cirúrgicas (cirúrgicas). As especialidades tecnológicas e/ou burocráticas não foram contempladas neste estudo, em razão da ausência de relação direta médico-paciente. As entrevistas foram realizadas individualmente, em local e horário de escolha dos médicos. Nenhum desses profissionais colocou empecilhos para a realização da entrevista. De maneira geral, foi possível perceber que o tema já fazia parte da reflexão desses sobre sua prática.

Finalmente, cabe ressaltar que as informações reunidas receberam um tratamento que procurou situar no tempo e no espaço o discurso dos profissionais entrevistados. Ao captá-lo, em suas concordâncias e contradições, tentou-se evidenciar/entender alguns dos aspectos que podem sustentar a diferenciação nos modos de perceber e lidar com a ingerência sobre sua prática, e sobre os riscos que advêm do trabalho com planos de saúde.

Uma análise mais rigorosa do amplo e complexo universo que o conjunto de informações revelou, certamente ultrapassaria os limites de um estudo desta natureza. Em conseqüência, em certos casos, chegou-se a interpretações iniciais, apontando, em outros, a necessidade de investimentos complementares que garantiriam conclusões mais esclarecedoras dessa realidade.

O conteúdo do estudo foi distribuído nos seguintes capítulos:

No capítulo II, será apresentada a conceituação de profissão médica presente nos estudos de Eliot Freidson, bem como outros autores que analisam e discutem o tema por meio de diversos enfoques. No capítulo III, discute-se asseguramento em saúde, destacando as diferentes modalidades existentes como medicina de grupo, autogestão, cooperativas e seguros. Analisa-se, ainda, como esse campo vem-se desenvolvendo no país. No capítulo IV, tratou-se da análise e discussão das informações obtidas nas entrevistas, e no capítulo V, foram apresentadas as considerações possíveis de acordo com o escopo deste estudo.

Notas:

(a) - *“Executar tarefas que apresentem altos níveis de incerteza e complexidade requer profissionalismo... Na prática médica, níveis altos de incerteza e complexidade estão tradicionalmente presentes.”* (p. 24, 25) Tradução do autor.

CAPÍTULO I

A PROFISSÃO MÉDICA

Neste capítulo, será apresentada de forma introdutória a conceituação sobre profissões, assim como entendida pela sociologia das profissões, baseando-se, sobretudo, no trabalho de Eliot Freidson. Num segundo momento, dar-se-á especial atenção à questão da autonomia. Como nomeia o título do capítulo, o foco principal aqui é a profissão médica, e é sobre ela que se discorrerá na terceira parte, destacando suas singularidades, em especial a relação médico-paciente. Para encerrar, serão levantadas as principais críticas à teoria da dominância da profissão médica de Eliot Freidson, feitas por estudiosos das profissões em geral e da profissão médica em particular.

Profissão

A profissão, como definição dicionarizada, é considerada um ofício, uma atividade ou ocupação especializada, da qual se tiram os meios de subsistência. Para Freidson ², uma profissão deve ser considerada como uma ocupação que assumiu uma posição dominante na divisão do trabalho em sua área, adquirindo assim o controle sobre a determinação do conteúdo de sua atividade e, portanto, autonomia. Em consequência desta autonomia, que a protege da avaliação externa, uma profissão se auto-regula e detém o controle sobre o trabalho de outros na sua esfera de atuação (Freidson, 1970, apud Light & Levine ⁴; apud Wolinsky ⁵).

Ao longo do século XX, diversos estudos foram realizados, tentando estabelecer critérios e atributos que caracterizassem e definissem uma profissão, ou mesmo um processo de profissionalização, diferenciando-a das outras ocupações.

As primeiras contribuições neste sentido foram de Carr-Saunders & Wilson (1934, apud Abbott ⁶), que a definiam profissão como um corpo organizado de *experts* que aplicavam seu conhecimento esotérico a casos particulares, possuíam um sistema de formação, treinamento e seleção, bem como código de ética específico. Talcott-Parsons (1964, apud Machado ⁷) influenciou diversos autores na área, apresentando uma definição clássica de profissão como um sistema de solidariedade, possuidor de uma

tradição intelectual, obtida por um longo processo de formação. Nos anos 60, diversos estudos foram elaborados, cabendo destacar Greenwood (1966), Barber (1963) e Moore (1970), que estabeleceram traços e atributos que caracterizam uma profissão, bem como Wilensky (1964) que descreveu um processo de profissionalização, com etapas a serem cumpridas por uma ocupação no caminho de tornar-se uma profissão ⁷.

Todos estes estudos têm em comum o destaque à aquisição de um corpo de conhecimentos e competências, que deve ser “*complexo, sistematizado, institucionalizado, aplicável por poucos e de utilidade reconhecida pela clientela*”(p.601) ⁸. Ou seja, uma base cognitiva, obtida por intermédio de um longo período de treinamento e socialização, com adesão a um ideal de serviço que produz identidade moral e ética, e com trabalho dirigido ao interesse coletivo. Além disso, é marcada pela necessidade de ser organizada por uma associação profissional, que controle o acesso e credencie para a prática, e seja regulada por um código de ética que estabeleça normas de conduta ^{7, 9}. Toda essa estrutura necessita ser sustentada e legitimada pela sociedade e pelo Estado, que concede o monopólio legal sobre esse corpo de conhecimentos e competências que, por conseguinte, implica autonomia.

A definição de profissão por meio de atributos, tanto quanto a visão da profissionalização como um processo, conforme propõe Wilensky, são discutidas por Freidson (1986, apud Brint¹⁰) e por Abbott ⁶.

Abbott considera que o conceito de profissionalização é enganador, ilusório, pois valoriza principalmente as formas, em detrimento do conteúdo, e não considera as circunstâncias, ignorando “*quem estava fazendo o quê, para quem e como*” (p. 1). Assim, é perdido o conteúdo da atividade profissional e a circunstância geral, situação histórica e social onde esta atividade ocorre. Para este autor, a questão fundamental é a jurisdição, as disputas interprofissionais, as fronteiras de competência. É na história destas disputas que está a verdadeira história das profissões.

Freidson discute que, para se falar em profissionalização, seria necessário estabelecer uma direção e um fim para onde a ocupação deve se dirigir, no caminho de se tornar uma profissão, defendendo que trocar o processo (profissionalização) pela estrutura (atributos) não resolve a questão da definição (1986, apud Brint ¹⁰). Fundamental para Freidson ¹¹ (p. 55) na discussão sobre profissões é considerar que: “*Não se tenta determinar o que é profissão num sentido absoluto, mas sim como as pessoas de uma sociedade determinam quem é profissional e quem não o é, como eles fazem ou constroem profissões por meio de suas atividades e quais são as conseqüências da maneira como eles se vêem e realizam seu trabalho*”.

Logo, para o autor, não existe um conceito definido sobre profissão diante das grandes diferenças entre países, culturas, estruturas políticas, sistemas educacionais e sistemas de saúde. Além disso, as definições são também influenciadas pelo período histórico em que são formuladas. Observam-se, inclusive, no trabalho deste autor, ao longo dos últimos 35 anos, diversas alterações em suas considerações sobre o assunto. Diversos autores utilizados neste estudo discutem sua obra, e alguns, como Coburn¹² e Brint¹⁰, acompanham essas mudanças, expondo possíveis contradições internas.

Um aspecto fundamental para a compreensão da concepção de Freidson sobre profissões é apontado por Brint¹⁰ em sua análise do trabalho do primeiro autor, no período de 1970-86. Apresentando algumas diferenças do parágrafo inicial deste tópico, que é de 1970, Freidson aponta em 1986 (apud Brint¹⁰) que uma profissão também deve ser vista como uma ocupação que criou para si abrigos exclusivos no mercado de trabalho. Esses abrigos exclusivos são sustentados pelo monopólio do conhecimento (controle sobre a determinação do conteúdo de sua atividade), obtido pela formação e treinamento em escolas de ensino superior, que credenciam para a prática neste mercado. Como resultante do credenciamento, que determina um rígido controle sobre esse mercado de trabalho, derivam eventuais privilégios, assim como o poder de que desfrutam. Entre eles se destacam a auto-regulação e a autonomia.

A questão da autonomia

A autonomia profissional ideal seria aquela que representasse a conjunção de diferentes dimensões de autonomia: econômica, política e organizacional. A autonomia econômica incluiria a determinação do valor do próprio trabalho, bem como o controle sobre o acesso, a formação e o credenciamento para a prática. A política permitiria o monopólio do conhecimento (*expertise*), que leva à autonomia técnica e, em consequência, à auto-regulação. Quanto à autonomia organizacional, a divisão e organização do trabalho médico seriam definidas pela profissão, pela *expertise*, e não com base em decisões administrativas¹³.

No entanto, para autores como Johnson¹⁴, nem todas as dimensões da autonomia profissional são indispensáveis, vale dizer, uma profissão pode estar subordinada ao Estado no que diz respeito à organização econômica e social do trabalho, detendo ainda assim controle sobre os aspectos técnicos inerentes a ela, sem interferência externa. A proteção do Estado mantém a profissão livre de “*competição, intervenção, avaliação e direção de outros*” (Freidson 1970, apud Wolinsky, p. 12¹⁵), isto é, institui a auto-regulação e cria abrigos exclusivos de mercado.

Cabe lembrar que essa autonomia é concedida legalmente pelo Estado que teoricamente detém poder para controlá-la externamente. Por outro lado, ela também é concedida culturalmente pela sociedade, que se submete à sua autoridade, baseada no reconhecimento do compromisso da profissão com o bem comum e na dependência que tem do seu conhecimento esotérico ¹⁶.

A autonomia é justificada e testada pela auto-regulação, representando também o *status* de profissão ². Entendida como um privilégio, a autonomia pode ser justificada por três aspectos: pelo corpo esotérico de conhecimentos e competências, não permitindo avaliação e controle externo; pela alta confiabilidade dos profissionais, não exigindo supervisão direta; e pela existência de associações profissionais com códigos de ética específicos, que tornam a profissão plenamente apta a regular seus membros, e deve ser a fonte de controle destes.

Segundo Brint (p. 266) ¹⁰: “*O monopólio do conhecimento é uma das maiores fontes de poder profissional. Monopólios de conhecimento criam a base para a grande maioria dos poderes profissionais, incluindo o mais fundamental deles – sua habilidade para controlar como seu trabalho deve ser realizado. Esse controle sobre o trabalho, ou autonomia técnica, é o mais fundamental e difundido poder profissional*”.

A autonomia técnica, que é o foco deste estudo, é considerada como um pilar fundamental do trabalho profissional ^{2, 17} e é conceituada como a independência para a tomada de decisões no exercício de uma profissão. Aplicada à relação médico-paciente, autonomia clínica refere-se à capacidade de decisão do médico no contexto de uma relação terapêutica ¹⁸ e é um momento em que se diferencia ciência médica de exercício da medicina, teoria de prática. Diante da complexidade e subjetividade desse julgamento, que envolve critérios técnico-científicos, éticos, sociais, históricos e morais, a autonomia técnica é fundamental para o trabalho médico.

A Profissão Médica

A profissão médica é uma das profissões mais antigas cujo ensino formal se inicia na segunda metade da era medieval, com a criação da primeira faculdade de medicina em Salerno, Itália ¹⁹. Nesta época, contudo, as profissões eram consideradas “*uma vocação, uma missão divina que importava obrigações definidas com Deus e com nossos semelhantes*” (p. 27) ¹⁹. Neste trabalho, foram adotados como base os estudos de Eliot Freidson sobre a profissão médica moderna, surgida no final do século XIX e início do século XX, construída sobre uma medicina tecnológica que, sendo aparentemente mais efetiva e obtendo melhores resultados, penetrou com maior

facilidade na cultura da população em geral, persuadindo-a, assim como ao Estado e às elites, de sua efetividade e importância para a sociedade ², e de sua exclusiva competência para as práticas de cura (monopólio do conhecimento). A aquisição de extraordinária autoridade cognitiva e normativa, obtida por meios políticos, culturais e ideológicos, transforma a profissão médica numa profissão de grande prestígio e poder social ²⁰.

A profissão médica se destaca por sua profunda conexão com a ciência e a tecnologia, por um lado, e com as relações humanas, por outro, como afirma Pereira Neto (p.39) ²¹: “*O médico entra em contato íntimo e direto com a vida privada de seu cliente. Ele participa de momentos cruciais dessa existência, servindo de intermediário entre o saber generalizante e o caso particular. As circunstâncias da doença promovem a aceitação de seu julgamento*”. A medicina é uma ciência de ações, não de objetos, não visa à produção de produtos, e sim de ‘boas ações’ ²². É uma ciência aplicada, prática, voltada para solução de problemas humanos.

Segundo Ribeiro & Schraiber ²³, a prática médica é classificada como uma atividade do setor terciário da economia, um serviço que envolve a transformação do objeto baseada em conhecimento (*expertise*), que deve ser reajuzado a cada caso (ato singular). Pode ser compreendido, ainda, como ato técnico e intelectual que apresenta altos níveis de complexidade e de incertezas ¹.

Considerada a profissão arquetípica, e que possui o maior grau de autonomia e auto-regulação que qualquer outra ⁷, a profissão médica é uma profissão dominante. Dominante porque a extensão de seus conhecimentos ultrapassa seus limites, invadindo outras ocupações relativas à saúde, as quais estão subordinadas ao comando, direção e avaliação do profissional médico. Este, por sua vez, é o centro do trabalho na área de saúde, é quem controla a organização e divisão do trabalho, a produção de conhecimento e a provisão de serviços de saúde ²⁴.

Cabe enfatizar, entretanto, a complexidade que envolve tais atribuições, assim como o constante embate que se dá dentro do campo da saúde pelas fronteiras de competência, como fica claro neste texto de Motta (p. 46) ²⁵: “... *o conflito se deve ao processo de inserção histórica na divisão social e técnica do trabalho e na constituição dos saberes enquanto estratégia de poder e ao mandato social sobre um campo de saber. A formalização das profissões acompanha-se de um reconhecimento de reivindicações de um saber e competência exclusivos, às quais é atribuído um mandato social para tomar decisões, realizar tarefas específicas, controlar recursos e responsabilidade legal, cristalizando uma divisão social e técnica do trabalho*”.

Freidson (p.xv) ² realça que a dominância da profissão médica também se origina da “... *extraordinária confiabilidade de seus membros [médicos]. Essa confiabilidade professada naturalmente inclui habilidades éticas e cognitivas. A profissão, então, se denomina autoridade mais confiável em relação à natureza da realidade com que trabalha*”. Trata-se de possuir o poder de definir realidades, transformar problemas, recriar queixas, criar uma nova realidade social, estabelecendo o que é saúde, o que é doença, quem está (é) saudável, quem está (é) doente, assim como estabelecer o tratamento ^{9, 13}.

O conceito de dominância da profissão médica elaborado por Freidson vem sendo amplamente discutido e questionado. Autores como Haug ^{26, 27}, Haug & Lavin ²⁸, McKinlay ²⁹, McKinlay & Arches ³⁰, Mckinlay & Stoeckle ³¹, Mckinlay & Marceau ³², Coburn ¹², Wolinsky ¹⁵ e Hartley ³³ avaliam que a profissão médica vem perdendo, ao longo do tempo, poder e prestígio social e que sua dominância sobre a área de saúde, em consequência, vem sendo bastante reduzida.

Relação médico-paciente

A relação entre médicos e pacientes baseia-se, tradicionalmente, na autoridade do primeiro (profissional) sobre o segundo (paciente leigo), isto é, na autoridade do conhecimento sobre o não-conhecimento. O paciente se submete às decisões do médico porque este possui um saber (*expertise*) que ele, paciente leigo, não tem e necessita. A submissão está, então, relacionada à assimetria de informações e à necessidade que o homem tem deste conhecimento esotérico, que somente o médico possui ¹⁶. É uma relação tipicamente paternalista, em que o profissional confia unicamente na sua perícia, nos seus valores para decidir o que é o melhor para o paciente. O paciente, por sua vez, está convicto de que o médico vai usar essa *expertise* na busca de seu bem-estar, e que o fará baseado nos princípios de beneficência e não-maleficência. São papéis socialmente construídos ao longo do tempo e se traduzem neste comportamento socialmente esperado ^{34, 35, 36, 37, 38}.

Segundo Almeida (p.14) ³⁸: “*O princípio de beneficência, associado ao de não-maleficência, guiou a prática médica durante dois mil e quinhentos anos, tendo por referência os preceitos éticos hipocráticos, mas é o princípio que, nos últimos três decênios, mais vem sendo questionado*”.

A dominância médica, que se expressa na relação médico-paciente na forma de paternalismo, é fortemente embasada pela autonomia técnica profissional. Não há espaço, portanto, para que a opinião e os valores do paciente sejam levados em

consideração nas decisões terapêuticas. O fator determinante nesta decisão era (é) o conhecimento esotérico do profissional médico e sua experiência, vale dizer, prevalecem os valores da medicina biomédica.

Todavia, a partir da 2.^a Guerra Mundial, vem crescendo o reconhecimento da importância da autonomia do paciente sobre questões relativas à própria saúde ³⁹. Tal processo, no entanto, se confronta com barreiras históricas, como afirma Almeida: “... *o médico, depositário fiel das esperanças anunciadas pelo moderno complexo biotecnológico industrial, parece enfrentar dificuldades inerentes ao confronto entre o ethos tradicional hipocrático - guia da profissão por mais de dois mil e quinhentos anos - e um ethos, emergente, caracterizado por novas demandas sociais, entre elas o respeito à autodeterminação do indivíduo.*”(p. 3) ³⁸

Modernamente, a questão do consumo surge como um novo componente a reforçar a autonomia do paciente. O crescente consumismo das sociedades capitalistas ocidentais transformou o cuidado à saúde em objeto de consumo, e a saúde em produto, muitas vezes obsessivamente perseguido pelos indivíduos ^{38, 40}. De acordo com diferentes autores, a grande quantidade de informação disponível atualmente, que pode ser facilmente e mais rapidamente acessível, pode transformar o paciente num consumidor reflexivo, que tende a se comportar ativa e racionalmente diante de questões relativas à sua própria saúde ^{41, 42, 43, 44, 45}. O comportamento do paciente como um consumidor pode transformar a relação médico-paciente, reduzindo a assimetria de poder e de informação, valorizando a autonomia/controle do paciente sobre seu tratamento, sobre sua saúde.

A facilidade de acesso à grande quantidade de informação sobre saúde disponível acrescida da cobrança do direito à autonomia do paciente, interfere na relação médico-paciente e torna-se mais evidente a cada dia. É provável que no Brasil, diferentemente dos EUA e da Europa, tal questão ainda ganhe pouca visibilidade, em função de questões sócio-econômicas, culturais e/ou religiosas.

Tal processo pode ser entendido como uma reação ao modelo biomédico tradicional, que analiticamente divide o homem em partes funcionais, com enfoque na doença, no diagnóstico técnico-científico, reduzindo assim, o ser humano a uma patologia, um órgão danificado e que precisa ser recuperado ⁴⁶, separando corpo e mente, avaliando o homem apartado de sua realidade social, econômica e cultural. Este modelo médico hegemônico vem gerando, principalmente a partir da segunda metade do século XX, um distanciamento significativo entre médicos e pacientes, na medida que os desumaniza ⁴⁰.

Em 1969, Balint questionava a tradicional relação médico-paciente paternalista, e sugeria uma medicina centrada no paciente (apud Mead & Bower ⁴⁶ e Mead ⁴⁷), que compreendesse o paciente como um ser humano único, que valorizasse sua fala, seus valores, considerasse aspectos psico-sociais e culturais, buscando envolver o paciente nas decisões sobre seu tratamento, sobre sua saúde. Diversos autores como Ford ⁴⁸, T. van Kleffens ⁴⁹, Mead ⁴⁶, Mead & Bower ⁴⁷, Stevenson ⁵⁰ e Zandbelt ⁵¹ enfatizam a importância da valorização do indivíduo e sua experiência para as práticas em saúde. Cabe lembrar que as racionalidades médicas ditas alternativas, de paradigma vitalista, sempre buscaram, cada uma dentro de sua especificidade, a compreensão do paciente como um todo.

A partir dos anos 90, autores como Emanuel & Emanuel ³⁴, Quill & Brody ³⁵ e Charles, Gafny & Whelan ^{36, 37} sugerem novos modelos de relação médico-paciente que valorizam a dominância médica, a autonomia do paciente e a decisão compartilhada.

O tradicional modelo paternalista é discutido em todos os estudos e valoriza a dominância médica. O poder de decisão é do médico, detentor do conhecimento e da experiência, que é guiado pelo desejo de proporcionar o melhor para o seu paciente, colocando-o acima de quaisquer outros interesses. O paciente adota uma postura passiva diante das decisões sobre sua própria saúde/vida, já que depende e confia na competência (*expertise*) do profissional.

O modelo que valoriza a autonomia do paciente, ou modelo de escolha independente e informada, corresponde ao tipo de relação médico-paciente 'Informativo' de Emanuel & Emanuel ³⁴, e ao de 'Decisão Independente' de Quill & Brody ³⁵. A autonomia do paciente para decidir sobre questões que afetam sua saúde e seu bem-estar é a chave, ele é independente e tem o controle da situação. O médico atua como um fornecedor de informações técnico-científicas, sua experiência, seus valores, suas preferências não têm função aqui, e nem devem ser colocadas, para não prejudicar o julgamento do paciente. Em função desta postura, o médico não tem responsabilidade sobre este paciente e seu tratamento.

Existem duas questões importantes a serem discutidas sobre este modelo, uma primeira diz respeito à capacidade do paciente de, estando acometido de uma patologia – mais ou menos grave – e possivelmente fragilizado, decidir sozinho sobre sua saúde e seu bem-estar, sem que isso gere uma ansiedade muito maior neste indivíduo ^{18,41,48,49,50,51}.

A segunda questão diz respeito à profissão médica. Por um lado, é muito difícil para um médico não participar de uma decisão terapêutica, ou mesmo deixar que um

paciente opte pelo não-tratamento, visto que sua longa formação e socialização determinam o contrário. Por outro lado, existe a ética médica a que o profissional está atrelado, e pode interferir no momento, por exemplo, em que o paciente faz uma opção de tratamento que vai contra os valores do médico ou que este julgue que é prejudicial ao paciente.

Devemos ainda considerar uma terceira questão neste modelo de relação médico-paciente. O comportamento dos atores envolvidos nesta relação gera um distanciamento ainda maior, valoriza o individualismo do paciente e o descompromisso do médico em relação a ele, isto é, colabora para o contínuo esgaçamento das tramas da sociabilidade que observamos na atualidade⁴⁰.

O modelo de decisão compartilhada^{36, 37}, também denominado modelo de fortalecimento da autonomia do paciente³⁵, valoriza a relação médico-paciente, o diálogo, a troca de informações com o objetivo de obter uma decisão envolvendo os dois atores e com responsabilidade compartilhada. Esse modelo pode ser visto como um meio-termo entre a relação paternalista, em que o médico é dominante e sua autonomia como profissional é determinante nas decisões terapêuticas, e o modelo do paciente informado, em que o médico passa a ser a fonte de informações de que o paciente necessita para tomar sua decisão independente, autônoma. A decisão compartilhada permite que tanto médico quanto paciente tenham um papel ativo na tomada de decisão sobre um tratamento.

Pode-se considerar este modelo como um mecanismo eficiente de redução da assimetria de poder e de informação entre médicos e pacientes porque um paciente informado tem sua autonomia valorizada, fortalecida e, com isso, pode ter maior controle sobre decisões que afetam sua vida³⁶.

O pré-requisito fundamental aqui é o compartilhamento de informações, o médico deve fornecer informações consistentes ao paciente sobre sua condição, possibilidades de evolução e sobre as possíveis condutas, e não somente informações que dirijam o paciente para a decisão e conduta de escolha do médico. O paciente deve fornecer informações ao médico sobre seus valores, seu estilo de vida, sua individualidade. Valendo-se disso, tanto médico quanto paciente podem estabelecer um diálogo e compartilhar preferências. O diálogo é fundamental, pois o fato de fornecer informações técnicas não significa que o paciente compreendeu o seu significado, nem sempre o que o médico diz é o que o paciente escuta.

O respeito à individualidade do paciente também é levado em consideração quando a questão é o grau de envolvimento com a decisão final que o paciente quer ter.

Muitos dos pacientes que desejam receber informações sobre seu estado de saúde, sobre suas opções de tratamento, e que queiram discutir com o médico essas opções, não desejam compartilhar a decisão final, deixando que o médico, fundamentado nas informações trocadas na(s) consulta(s), avalie qual é a melhor conduta para cada determinado paciente.

Esse formato de relação tende a reaproximar os profissionais da saúde dos pacientes e familiares, criando vínculos, compromisso, integração. O *gap* existente entre os atores é reduzido por esta nova forma de encontro, que tenta reconciliar a teoria com a prática, a ciência com a arte, o paciente com o profissional de saúde, recuperando parte fundamental do cuidado à saúde.

Emanuel & Emanuel ³⁴ ainda sugerem mais dois modelos, o Interpretativo (Interpretive Model) e o Deliberativo (Deliberative Model), que são intermediários entre os dois últimos.

Proletarização, Racionalização e Desprofissionalização

Ao longo dos anos 70, dá-se início a um expressivo debate acerca da teoria de Freidson ² da dominância da profissão médica. Três grandes teorias defendendo a redução do *status* profissional, ou mesmo a perda dele, são levantadas. Elas vêm sendo amplamente discutidas desde então, tanto por seus autores como pelo próprio Eliot Freidson ^{52, 53}.

A teoria da desprofissionalização da medicina, levantada por Marie Haug ^{26, 27}, baseia-se especialmente em questões culturais e políticas e destaca que quatro requisitos são fundamentais para a manutenção do *status* de profissão: o monopólio do conhecimento esotérico, a crença do público no *ethos* de serviço (que ela abandona posteriormente), a autonomia no trabalho (técnica) e a autoridade sobre os clientes. Para a autora, essas prerrogativas estavam sendo ameaçadas, lentamente reduzidas.

Em 1973 ²⁶, e muito antes do surgimento da Internet, ela sugeria que o maior nível educacional e o maior acesso à informação pelos pacientes poderiam levar à desprofissionalização da medicina, isto é, a perda do seu *status* profissional. Haug levanta a hipótese de que o acesso ao conhecimento científico acabaria por desmistificar a medicina, reduzindo a autoridade dos profissionais e seu prestígio social, fazendo com que a população tendesse a questionar mais, não aceitando as orientações dos médicos como verdades absolutas.

Em outro estudo, baseado em extensa pesquisa realizada na década de 70 e publicado em 1981 ²⁸, Haug & Lavin apontam que, ao longo daquela década, ocorreu

uma gradual transformação da relação médico-paciente em relação prestador-consumidor. Este é outro fator importante que vem desafiar a autoridade do médico, como pode ser lido neste fragmento: “*A estância de consumo constitui um claro desafio à autoridade do médico. Ela é focada nos direitos do usuário/consumidor/paciente e nas obrigações do prestador/provedor/médico, ao invés de nos direitos do médico de comandar e na obrigação do paciente de seguir as orientações. Caveat Emptor...*” (p.213)

Em 1988 ²⁷, ela levanta a hipótese de que o monopólio do conhecimento médico vem sendo ameaçado também pelo avanço tecnológico, mormente pelo computador, “*a maior das ameaças*” ²⁷ (p.51), que poderia armazenar enorme quantidade de informações técnicas, teoricamente de domínio profissional e, por conseguinte, poderia vir a ser utilizado para realizar diagnósticos, substituindo o médico, ou controlando e normatizando seu trabalho. Contudo, Haug não deixa de questionar se é possível computadorizar a experiência, fator fundamental na prática médica, e, ainda, se o computador vai substituir as incertezas das decisões, característica do exercício da medicina ²⁷.

Outro fator que comporia um possível quadro de desprofissionalização da medicina seria a multiplicação de grupos de auto-ajuda, compostos por leigos, que podem fornecer conhecimento numa forma e linguagem que seja muito mais atrativa à população que a linguagem acadêmica. ²⁷, tão complexa, tão incompreensível. Além de fornecer um suporte emocional, baseado na troca de experiências entre seus membros, que pode não ser obtido na relação médico-paciente.

A super especialização da medicina, levando os médicos a ficarem dependentes uns dos outros, e a convivência com organizações burocráticas de asseguramento de saúde seriam elementos desprofissionalizantes, por causa da redução da autonomia técnica de *cada* profissional. E a palavra ‘cada’ tem destaque, pois é necessário diferenciar aqui, o monopólio da profissão como um todo, do monopólio individual de cada médico ²⁷.

Se se observarem os últimos 20 anos, notar-se-ão o processo de globalização, a revolução científico-tecnológica, a Revolução da Informação etc. operando mudanças profundas em todo o mundo. Hoje, vive-se na sociedade do conhecimento ⁵⁴, que traz uma maior democratização do acesso à informação. Tal questão traz de volta, atualizando-os, os trabalhos de Marie Haug.

Há mais informação e ela é mais facilmente e mais rapidamente acessível, fato que significa dizer que há mais informação sobre saúde disponível para um número

cada vez maior de pessoas em ‘cadernos’ sobre saúde em jornais e revistas, em programas de televisão nos canais abertos e canais a cabo com programação exclusiva sobre saúde, em que é possível ver desde complexas cirurgias a partos naturais, acompanhar consultas, exames e tratamentos os mais variados. Mas acima de tudo, a mais complexa (e completa) fonte de informações atualmente é a Internet, com seus milhares de *sites* relacionados à saúde, permitindo à população o acesso a todo tipo de informação, desde busca diagnóstica até compra de medicamentos, passando por orientação terapêutica, sem esquecer as páginas pessoais e as comunidades virtuais (grupos de auto-ajuda).

Então, o acesso aos conhecimentos técnico-científicos, aliado ao aumento do nível educacional das populações, e em consonância com a sociedade capitalista na qual vivemos, em que tudo é consumo, inclusive (ou principalmente) a saúde, só faz reforçar o fenômeno do Paciente Informado. Esse paciente consumidor, racional, ciente de seus direitos, que busca informações sobre sua condição, está menos disposto a acatar determinações médicas sem esclarecimentos, sem que suas opiniões sejam levadas em conta. A sociedade da informação e do consumo traz, de fato, um desafio à autoridade da profissão médica, sobretudo, à postura paternalista de médicos em relação aos pacientes ⁴⁵.

Voltando a Haug: É possível computadorizar a experiência? O computador vai substituir as incertezas das decisões? Diversos autores escreveram, nos últimos nove anos, sobre a influência da Internet na prática médica, mas nenhum dos estudos corrobora a teoria da desprofissionalização da medicina ^{26, 27, 28}, e alguns como Fox ⁴² sequer consideram o fenômeno do paciente informado como um desafio ao poder e à autoridade do médico. Outros autores, como Chappel ⁵⁵, Falkun ⁵⁶, Ford ⁴⁸, Gaston ⁵⁷, Sullivan ³⁹ e Ziebland ⁵⁸, sugerem que é importante que os médicos alterem certos comportamentos, procurando trabalhar *com* o paciente, ao invés de *para* ele, usando mais tempo para escutar, absorvendo e valorizando as necessidades cognitivas, sociais e emocionais, isto é, valorizando a *vida* do paciente, e não somente seus *corpos*, fornecendo informações de boa qualidade, discutindo questões referentes a diagnóstico, tratamento e resultados, respeitando os desejos do paciente em relação à tomada de decisões.

Mesmo considerando uma redução do poder da magia e do mistério da medicina, haverá sempre uma assimetria de poder, e até de informação, dado que, por mais informado que seja um paciente, não se pode comparar a experiência e o extenso treinamento profissional com a melhor pesquisa na Internet. Hafferty & Mckinlay

alegam que, segundo Freidson, “*o corpo de conhecimentos e competências sob a jurisdição da profissão não [grifo nosso] está sendo substituído por noções concorrentes vindas de fora da profissão*” (p. 222)⁵⁹. Para ele, o médico detém certo grau de controle, já que são membros da profissão que fornecem as informações para computadores, jornais, revistas etc. Além disso, sustenta que o *gap* de conhecimentos permanece e que a constante evolução tecnológica mantém a distância entre o profissional (informado e atualizado) e o leigo.

E é fundamental lembrar o outro componente da prática médica, as relações interpessoais, e valorizar a importância do papel do médico num momento de crise, quando um indivíduo se encontra adoecido. Avaliar o quão racional para tomar decisões tão importantes tal indivíduo ameaçado por um quadro patológico pode ser. Um paciente reflexivo não é a mesma coisa que um consumidor reflexivo⁴⁵, pois saúde não é uma mercadoria como outra qualquer, não é uma roupa ou um eletrodoméstico. A relação com o médico e com os profissionais de saúde, a confiança, o suporte e o conforto que estes podem trazer, não são eliminados pela aquisição de conhecimentos técnicos.

Na verdade, parece que a autonomia do paciente não confronta diretamente a autonomia do médico, o paciente autônomo não pode aprisionar o profissional, ou transformá-lo num simples executor de seus desejos. O médico pode conservar sua ética e o direito de recusar-se a realizar tratamentos que considere prejudiciais ao paciente. Mas o *empowerment* dos pacientes confronta sim, diretamente, com o paternalismo médico, com a velha forma de relação médico-paciente e pode combater, ou aprofundar, o distanciamento que a medicina biomédica tecnológica gerou entre seus atores.

As teorias da proletarização, de base Marxista, e da burocratização da medicina, apesar dos diferentes suportes teóricos, aproximam-se em diversos pontos e têm como fundamento questões econômicas e organizacionais⁵². Ambas valorizavam a crescente incorporação dos profissionais por empresas burocráticas onde estão assim submetidos a um controle heterônimo, a normas e decisões administrativas, o que retira ou limita fortemente a autonomia organizacional, e onde há uma tentativa de rotinização de tarefas e intensificação do trabalho. Ademais, assalariados ou recebendo pagamento por trabalho realizado, os profissionais médicos vêm perdendo o controle sobre o estabelecimento do valor do seu trabalho (autonomia econômica)^{4, 5, 15}.

Ainda em 1964, e portanto antes inclusive da formulação da teoria da dominância profissional por Freidson, Wilensky⁶⁰ já apontava a estrutura organizacional como uma possível ameaça à autonomia (“*autoridade e liberdade para*

se regular e agir dentro de sua esfera de competência”, p. 146) e ao ideal de serviço. As organizações complexas, burocráticas, trabalham submetidas a uma lógica diferente da profissão, com outra estrutura organizacional e econômica. A inserção de profissionais nesta estrutura ameaça a autonomia porque os submete a regras e normas que não são compatíveis com o trabalho profissional, além de gerar dois níveis de autoridade, teoricamente incompatíveis, o gerencial e o profissional. Assim como dois focos de lealdade, ao paciente ou à organização, particularmente no caso de médicos assalariados em hospitais ou clínicas que sejam orientadas para obtenção de lucro. O ideal de serviço poderia estar bastante comprometido nestes profissionais.

Oppenheimer (1975, *apud* Machado ⁷), defensor da teoria da proletarização da medicina, justifica-a pela fragmentação da base cognitiva (especialização), crescente assalariamento, rotinização e padronização das tarefas, gerando deterioração das condições de vida e trabalho e transformando os médicos em produtores de mais valia.

Navarro ²⁴, apesar de reconhecer que os médicos vêm perdendo poder, rebate o uso da expressão ‘proletarização da medicina’, afirmando que: “*Proletários não supervisionam outros proletários, não têm espaço para tomar decisões, não realizam mais trabalho mental que manual, e não possuem habilidades que precisam ser credenciadas pelo Estado*” (p.70). Parece claro que a medicina permanece uma profissão estável e rentável. Estável pelo fato de que não há desemprego médico, não obstante o subemprego, o multiemprego e as relações de trabalho atuais. E é rentável porque proporciona um ganho econômico acima da média, com aproximadamente 80% possuindo renda mensal superior a um mil dólares ⁶¹, em um país onde dois terços da população recebem até três salários mínimos, que, atualmente, corresponde a quatrocentos dólares ⁶².

Também defensor da teoria da proletarização nos anos 70/80, McKinlay ²⁹ (& Arches ³⁰; & Stoeckle ³¹) analisava sete pontos (prerrogativas) que mostravam as mudanças pelas quais a profissão médica vinha passando nos EUA, ou seja, a redução destas prerrogativas ao longo do século XX. Alegava que este caminho levaria à proletarização, e que esta se daria mediante a burocratização. Os pontos analisados eram: critérios para o ingresso, conteúdo da formação, autonomia sobre os termos e conteúdos do trabalho, objeto de trabalho, instrumentos de trabalho, meios de trabalho, remuneração do trabalho.

Em outro trabalho publicado em 2002, McKinlay & Marceau ³² decretava o fim dos anos de ouro do trabalho médico nos EUA e enumerava oito tópicos que justificavam tal julgamento: a natureza mutável do Estado e de suas relações com a

profissão, a burocratização do trabalho médico, a ameaça de outros profissionais de saúde, as conseqüências da globalização e da revolução da informação, a transição epidemiológica e as mudanças na concepção que o público tem do corpo, as mudanças na relação médico-paciente e a erosão da confiança, todas causas externas à profissão. Ainda enumera mais duas causas intrínsecas à profissão, o enfraquecimento do mercado de trabalho pelo excesso de médicos e a fragmentação ou enfraquecimento das organizações profissionais. Neste trabalho, ele não usa mais o termo proletarização; utiliza burocratização, sem que mais nada tenha mudado em sua teoria.

Derber (1982, *apud* Light & Levine, ⁴), defensor da teoria da racionalização, trata de uma proletarização ideológica, em função da perda do controle organizacional e da finalidade do trabalho, decorrente da crescente incorporação dos profissionais médicos por organizações complexas. Freidson ⁵² reconhece tal situação, mas alega que a dominância médica não está ameaçada pela perda da autonomia econômica e organizacional, já que o monopólio do conhecimento e a autonomia técnica estão preservados. Ele reafirma a dominância da profissão médica assinalando que o que vem ocorrendo é uma estratificação interna; acredita que, na verdade, médicos estão, nestas organizações, submetidos a outros médicos, situação que reforçaria a dominância da profissão, em vez de reduzi-la.

No entanto, nos últimos 10 anos, o trabalho interdisciplinar em hospitais vem tomando vulto. Para o médico, o trabalho interdisciplinar pode significar a perda de um poder secular dentro do campo. Num grupo que se propõe a trabalhar interdisciplinarmente, a tradicional dominância médica e a autonomia deste profissional, para decidir as condutas adotadas para avaliação e tratamento, não devem estar presentes. Existe uma liderança, mas não há preponderância de um saber, ou de uma profissão, sobre os outros, como afirma McCallin ⁶³(p. 366): *“A liderança do grupo é coletiva, todos os membros dividem a responsabilidade pelo cuidado ao paciente ... Isso é muito diferente das formas tradicionais de liderança anteriores que valorizavam separação disciplinar, expertise profissional individual, consulta e, muito freqüentemente, competição”*.

É preciso, contudo, que se faça a diferença entre a medicina como ciência, a profissão médica como grupo e o profissional médico individual. Hafferty ⁶⁴ coloca claramente que a maior parte do trabalho de Freidson se refere à profissão médica como corporação, enquanto muitas das críticas feitas a seus trabalhos se baseiam em análises no nível individual. Em 1993, o próprio Freidson ⁶⁵ deixa clara sua posição. Ao questionar até que ponto as profissões dominam, admite que alguns praticantes

individuais podem ter alguns de seus privilégios reduzidos, mas que a profissão como um todo permanece forte. É fundamental ter em mente tal diferenciação quando da análise das principais teorias que criticam a dominância médica.

Em comum, as três teorias apresentam a (super) especialização da medicina como fonte de redução da autonomia do médico, ponto contestado por Freidson⁵⁴, que alega que a constante especialização não passa de uma busca de nichos no mercado de trabalho, em que a autonomia profissional esteja ainda mais resguardada. Machado⁷ comenta que a fragmentação da base cognitiva, causada pela especialização cada vez maior da medicina, dá-se juntamente com o aprofundamento científico/tecnológico de determinado segmento do campo, isto é, mais conhecimento é adquirido, levando, porém, à perda da noção do todo; neste caso, do homem como um todo. Ressalta que, em virtude dos grandes avanços técnico-científicos, seria impossível um único profissional possuir todo o conhecimento.

Outro ponto em comum entre elas, diretamente ligado a este estudo, é a convivência da profissão médica com organizações complexas, racionais, burocratizadas, reduzindo prerrogativas profissionais, interferindo com a autoridade do médico por meio da redução da autonomia econômica, organizacional e, como veremos nos resultados deste estudo, da autonomia técnica.

CAPÍTULO II

ASSEGURAMENTO EM SAÚDE

O asseguração em saúde ^(b) é um sistema de proteção contra perdas financeiras, como qualquer forma de seguro ⁶⁶. Neste capítulo, serão discutidas as especificidades do asseguração em saúde, suas formas de organização e o estado do setor. Iniciar-se-á o capítulo se com um breve histórico sobre a formação deste mercado no país.

Histórico

A base do setor privado de assistência à saúde no Brasil era a medicina liberal e as entidades beneficentes e filantrópicas, estas já presentes no país desde o século XVI ⁶⁷. Mas a origem do setor supletivo pode ser referida à criação de estruturas de assistência médica pelas instituições e empresas públicas, nas décadas de 40/50, assim como pelos Institutos de Assistência Previdenciária (IAPs) das diferentes categorias profissionais (industrialários, comerciários, entre outros), que nasceram nas décadas de 30/40 ⁶⁸.

Neste período, resultado do crescimento dos setores secundário e terciário da economia, ocorre um expressivo aumento do número de segurados, sem que houvesse um aumento correspondente dos gastos da união com benefícios pecuniários ou com assistência médico-hospitalar ⁶⁹, gerando uma demanda de serviços de saúde muito maior do que a estrutura pública existente podia oferecer. Do total da população assalariada em 1950, 37,8% contribuía para a previdência e possuíam seguro social ⁷⁰, sobrecarregando assim a rede pública, fazendo com que a rede hospitalar privada, que já era maior, passasse a ser custeada, em grande parte, pelo poder público, como forma de suprir esse crescimento de demanda ⁶⁷.

Assim, os IAPs, no início dos anos 60, começaram a realizar convênios com entidades privadas, pois sua estrutura própria não era capaz de atender toda a população segurada. Questionada durante o Governo João Goulart, essa postura política foi incrementada no início do regime militar, quando os institutos são unificados e é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS - 1966) ⁶⁷. Há, então, novo aumento da demanda por serviços médicos, em função da extensão do asseguração a todos os

empregados/empregadores e autônomos que contribuíssem para a Previdência, gerando novo crescimento da clientela e, conseqüentemente, do uso da rede privada, pelo estabelecimento de convênios ⁶⁷, como afirma o texto final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que avaliou os planos de saúde: “*A expansão da assistência à saúde — realizada primordialmente às custas da compra de serviços ao setor privado — e incorporação de novos benefícios previdenciários e de assistência social ao longo dos anos 60-70 levam a uma explosão dos gastos do sistema previdenciário.*” ⁶⁸(pag 23)

Durante a década de 70, então, houve um expressivo crescimento do setor privado, responsável pela execução de grande parte dos serviços de assistência médica dos segurados do INPS, “*chegando a receber mais de 70% dos recursos da previdência social gastos com assistência médica*” (p. 84) ⁶⁷. No meio da década, as empresas que atuavam no setor possuíam somente 7,6 milhões de beneficiários, sendo 61% destes pertencentes de convênios-empresa intermediados pelo Inamps ⁷¹ o que mostra sua dependência do sistema público de asseguamento de saúde.

Destaque-se, ainda, que, durante a década de 70, a qualidade do serviço prestado era pouco questionada, o que viria a acontecer criticamente durante a década de 80. Nessa década, o governo reduziu os recursos à saúde, levando a uma diminuição acentuada dos honorários pagos por procedimentos ^(c) médicos e fazendo com que os profissionais e clínicas conveniadas reduzissem o espaço e o tempo destinado aos segurados da rede pública, em favor da rede privada. A restrição ao acesso e a queda da qualidade do atendimento prestado gera uma enorme insatisfação da população, permitindo a expansão do mercado para as empresas do setor supletivo privado ^{67, 69, 71}, consolidando-o como a grande opção para o segmento de trabalhadores especializados ⁶⁸.

A mobilização pela redemocratização brasileira no final dos anos 70 e início dos anos 80, envolveu diversos movimentos sociais, inclusive o movimento pela reforma sanitária ^{72, 73, 74}, que teve como seu auge na VIII Conferência Nacional de Saúde ^{75, 76, 77}, em 1986, e contou com a participação de cinco mil pessoas, representantes dos grupos de interesse (trabalhadores de saúde, população, gestores). Neste encontro estabeleceram-se as bases da proposta de reforma da saúde, como a universalização do direito à saúde, a municipalização do sistema e a participação social (controle social).

O processo de redemocratização culminou com a proclamação da nova Constituição Federal, em 1988, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS) e define a saúde como direito de todos e dever do Estado, mudando o modelo de sistema de saúde do país, de securitário/ocupacional, para universal ^{72, 75}.

Novamente acontece uma expansão de cobertura, e novamente esta expansão não é acompanhada de proporcional investimento no setor, produzindo inicialmente um efeito contrário, com queda da quantidade e da qualidade dos serviços de saúde ⁶⁸. Assim, no início dos anos 90, observamos um novo crescimento do setor supletivo, como ficará evidenciado nos números citados abaixo.

Em termos de números de associados, chega-se aos 15 milhões no meio da década de 80, e mais de 30 milhões em meados da de 90. Desde o início deste século, ocorre uma estabilização em torno de 30 milhões ⁷⁸, e chegando a quase 40 milhões se as empresas exclusivamente odontológicas forem incluídas. Esses números correspondem a aproximadamente 20% da população do país. Vale destacar a diferença de cobertura entre as regiões, com a região sudeste apresentando uma cobertura de 30% e com 69,1% dos beneficiários, em franco contraste com as regiões norte e nordeste, que apresentam, respectivamente, 6,9 e 8% de cobertura ⁷⁸.

Em 1998, por meio da Lei n. 9.656/98 e da medida provisória n. 1976 ⁷¹, é estabelecida uma ampliação de cobertura e de parâmetros mínimos para os planos assinados a partir de primeiro de janeiro de 1999. Os beneficiários de planos antigos poderiam optar por migrar para os novos planos, de custos mais elevados, ou manter seus planos antigos, com mais restrições, mas geralmente menos dispendiosos. A adesão aos novos planos está, atualmente, em 54,4%, sendo menos acentuada nos planos de autogestão ⁷⁸. Ainda segundo a mesma lei, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é responsável pela determinação dos níveis de reajuste dos planos. É importante lembrar que todos os planos estão submetidos ao Código de Defesa do Consumidor (CDC), o que fornece aos usuários de planos antigos uma proteção diante das empresas ⁷¹.

Asseguramento em saúde

A possibilidade de ocorrência de um evento desfavorável relativo à saúde de um indivíduo não pode ser predito, não se sabe se vai acontecer e, se suceder, quando aparecerá. Também não é possível prever o que vai acontecer, e muito menos qual será a magnitude e, por conseguinte, o custo do evento. O asseguramento em saúde é um sistema de proteção contra perdas financeiras, como qualquer forma de seguro ⁶⁶, assim como pode ser, em algumas regiões, uma garantia de obtenção de cuidado em saúde.

Em função do não conhecimento prévio da possibilidade (e das características) de ocorrência de um evento desagradável, o asseguramento em saúde é feito com base no Risco de ocorrência deste evento e da magnitude dele. O asseguramento de grandes

grupos envolve o compartilhamento de risco com os outros membros deste, isto é, todos pagam para garantir a compensação dos custos com assistência à saúde daqueles elementos que necessitarem. Enquanto no seguro individual o compartilhamento é entre os diversos momentos da vida do indivíduo segurado, ele paga durante toda a sua vida para garantir que, na vigência de um evento desfavorável, esteja protegido ⁶⁶.

O seguro privado em saúde, na maioria dos países, assume papel complementar/suplementar ao seguro público, fornecendo cobertura para determinado grupo de pessoas, dependendo do sistema de saúde e seguro adotado em cada país ⁷¹. Nos EUA, um reduzido número de pessoas é elegível para o seguro público (Medicare e Medicaid), e o seguro privado se destina àquelas pessoas que são inelegíveis para ele. Também pode assegurar pessoas que se retiram dos programas de seguro público (geralmente meritocráticos) ou atuar como complementar e/ou suplementar ao sistema público, caso do Brasil e da Inglaterra, por exemplo, que têm caráter universalista, porém apresentam, guardadas as devidas proporções, deficiências no fornecimento de cuidados à saúde. ^{66, 71}.

A comercialização de planos e seguros de saúde privados está sujeita às regras do mercado, que no caso da saúde apresenta falhas relacionadas às características do setor, como, por exemplo, a assimetria de informações, tanto por parte do usuário quanto por parte do seguro. *Quando*, o que e *quanto* são questões que não têm resposta. Os produtos não são homogêneos, tornando a escolha muito mais complexa do que uma seleção por preço, e este, segundo Médici ⁶⁷ (1992), também não pode ser determinado por condições de oferta e procura, fugindo aos padrões clássicos. Além disso, os indivíduos dificilmente são consumidores racionais, fato que se agudiza mais na relação com a saúde ⁴⁵.

Essas falhas de mercado ⁷¹ estão na raiz das muitas características do seguro privado de saúde, entre elas se destacam a seleção adversa e o risco moral. Chollet & Lewis ⁶⁶ afirmam que é mais provável que indivíduos (ou consumidores) que apresentam problemas de saúde procurem por um seguro, do que indivíduos saudáveis, e que esses consumidores são obviamente mais informados sobre sua saúde do que os planos/seguros, podendo não partilhar essa informação, quando da aquisição dele. Assimetria de informações levando à seleção adversa pelo Plano/seguro de saúde. O risco moral está relacionado ao fato de que há um maior consumo de serviços de saúde por indivíduos que possuem algum tipo de seguro privado. No Brasil, o consumo de serviços médicos (consultas) pelos indivíduos que possuem planos de saúde

é duas vezes maior do que o da população que não possui asseguração privada, segundo o Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (Pnad 1998) ⁷¹. O risco moral está relacionado tanto aos consumidores, em função do ‘Custo Zero’ no momento do consumo, quanto aos prestadores, que tendem a solicitar mais serviços quando sabem que o paciente não terá nenhuma despesa financeira extra. A fim de se protegerem, os planos/seguros utilizam a seleção de risco, isto é, tentam impor barreiras à adesão de indivíduos de alto risco.

Mas o que leva, principalmente no Brasil, um indivíduo a contratar alguma forma de asseguração privada? Farias ⁷⁹ relaciona a adesão ao sistema de saúde privado (suplementar) à baixa qualidade do serviço prestado no setor público e à dificuldade de acesso a tal serviço, entre outras causas específicas do indivíduo/grupo contratante. Em seu estudo, baseado em entrevistas semi-estruturadas com usuários de seguro privado por adesão voluntária, mostra que a avaliação da qualidade do atendimento está mais estreitamente relacionada com a relação médico-paciente, do que com questões técnicas, resultados também obtidos em pesquisas realizadas por Lupton ⁴⁵ e Chapple ⁵⁵, na Austrália e na Inglaterra, respectivamente. Esse segurado busca, por meio da contratação de planos privados, a obtenção de mais atenção, mais cuidado, mais tempo, enfim, busca um espaço maior para falar e ser escutado pelo prestador do cuidado à sua saúde. E busca também a garantia de que vai ser atendido quando necessitar.

O asseguração privada, portanto, fornece uma sensação de segurança ao indivíduo, de que na vigência de um evento desfavorável, ele terá garantido seu cuidado. Porém, *“É óbvio que para contratar tal serviço no âmbito do mercado é preciso, em primeiro lugar, possuir os meios monetários para arcar com seus custos e, nesse sentido, as determinações econômicas condicionam as possibilidades de escolha ou decisão”* ⁷⁹. No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (Pnad) de 1998, a adesão ao seguro privado está relacionada a características de trabalho e renda, e que, mais do que suplementar, para a população que a adquire, é o próprio sistema de saúde. ⁷¹.

O Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde ⁶⁸ destaca, além da queda da qualidade e dificuldade do acesso, alguns outros fatores que podem ter, também, influenciado o crescimento do setor supletivo: *“a expansão do capital financeiro e sua penetração no mercado de assistência à saúde, a heterogeneidade da assistência à saúde no Brasil desde os seus primórdios, o surgimento de uma classe média expressiva*

nos anos 70 e a confluência de interesses entre trabalhadores e empregadores por uma assistência diferenciada”(pag 21).

Os seguros privados são, no entanto, de difícil acesso às populações de baixa renda, que necessitam do asseguramento público de saúde. A existência do asseguramento privado de saúde pode ser positiva para o setor público, por um lado, por diminuir, teoricamente, o número de possíveis usuários deste, e possibilitar, mais uma vez teoricamente, a existência de um sistema menor e mais focado para as necessidades da população que dele depende. Por outro lado, estes seguros privados podem aumentar os custos do público através de uma seleção de pacientes ‘sadios’, de baixo risco, não segurando pacientes com patologias crônicas, patologias graves e que necessitem de tratamentos caros e de longa duração. Esses tratamentos serão assumidos pelo seguro público, sobrecarregando-o com procedimentos de altíssimo custo ^{66, 71}.

A regulação do setor privado no Brasil é exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada em 2000, culminando um processo iniciado por consumidores (e entidades de defesa do consumidor), prestadores, setores governamentais e também do segmento das empresas que operam planos e seguros de saúde ⁸⁰, cada um com suas próprias motivações. Ela *“tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.”* (p. 43) ⁶⁸. A regulamentação do setor é fundamental para a proteção dos consumidores, para coibir abusos das operadoras de planos de saúde, regulando a linguagem dos contratos, suas relações com os prestadores e estabelecendo normas para entrada e saída das empresas do mercado ⁶⁶. Segundo Bahia ⁸¹, a regulamentação intenta corrigir ou atenuar as falhas do mercado, já expostas anteriormente.

Formas de organização

A ANS ⁷⁸ (www.ans.gov.br/portal/site/home/index.asp) define Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde como empresas e entidades autorizadas a comercializar planos de assistência à saúde e, para isso, necessitam de estar registradas junto à Agência. Ainda segundo o mesmo portal, existem atualmente 3287 operadoras registradas, sendo somente 2167 ativas, enquanto em 1999, em 2825 operadoras registradas, 2639 estavam ativas, mostrando um aumento no número de operadoras canceladas, coincidindo com a vigência da Lei nº 9.656/98.

No Brasil, são possíveis duas formas de contratação, a individual (ou familiar), e a coletiva (com ou sem patrocinador). Também é usada a diferenciação dos planos em Plano Particular (não obrigatoriamente individual) ou Plano Empresa (não obrigatoriamente coletivo), classificação de uso mais popular que a primeira. Os planos individuais ou familiares são também chamados de planos de adesão livre, dado que, majoritariamente, são planos adquiridos pelo indivíduo por escolha própria, não possuindo relação com o trabalho. Os planos coletivos são divididos em dois tipos, com patrocinador e sem patrocinador. Os planos com patrocinador podem ser subsidiados total ou parcialmente por ele e, em sua maioria, são de adesão compulsória. Os sem patrocinador são geralmente de livre adesão e são típicos de planos coletivos de sindicatos, associações e outros ⁷⁸.

Nos planos coletivos, os indivíduos estão cobertos enquanto pertencerem àquele grupo ou trabalharem naquela empresa, não existem contratos individuais, nem há carência para o início de seu uso. A tendência é que a mensalidade dos planos coletivos seja menor do que dos planos individuais pela diluição dos riscos, em função da diversidade da população coberta, assim como pela menor probabilidade de eventos desfavoráveis nesta população de trabalhadores ativos ⁸¹.

Para os planos novos, posteriores à Lei n 9.656/98, ou seja, a partir de 1º de janeiro de 1999, existe uma proporção de 4:1 na relação entre beneficiários de planos coletivos e planos individuais (75,8% e 24,2%, respectivamente). Nos planos antigos (45,6%), 58,1% - mais da metade - dos beneficiários não foram identificados como pertencentes a contratos coletivos ou individuais, os que o foram representam 30,3% e 11,6 %, respectivamente. Logo, os planos coletivos são os principais produtos do mercado de planos e seguros de saúde no Brasil ⁷⁸.

Ainda de acordo com a Lei n 9.656/98, as empresas podem oferecer dois tipos de cobertura assistencial: cobertura integral do Plano de Referência, que inclui todos os segmentos, exceto odontológico; e cobertura integral por segmento, que pode ser ambulatorial e/ou hospitalar, com ou sem obstetrícia ou odontologia e exclusivamente odontológico ⁷⁸.

Encontra-se na literatura duas classificações diferentes das empresas do setor, uma que utiliza a forma como essas empresas se colocam no mercado ^{68, 82} e a outra é a classificação adotada pela ANS, segundo o estatuto jurídico de cada empresa. Ambas serão abordadas aqui.

A primeira classificação é adotada por Bahia ⁸¹, Duarte ⁸², entre outros, e engloba quatro (4) categorias: 1) a medicina de grupo; 2) as cooperativas médicas; 3) os planos próprios das empresas; e 4) o seguro-saúde.

A medicina de grupo é a categoria dominante no mercado brasileiro, presta assistência médico-hospitalar sob o regime de pré-pagamento, pode ou não possuir serviços próprios, assalariando profissionais de saúde para o trabalho em hospitais e clínicas, mas mais freqüentemente contratam e/ou credenciam serviços diagnósticos, terapêuticos, hospitais, clínicas, médicos. As empresas possuem planos diferenciados, na dependência da extensão da cobertura e da rede (própria, credenciada, livre-escolha). Os planos individuais têm períodos de carência geral e para serviços específicos, definidos em contrato. Os planos coletivos habitualmente não têm carência e podem ser usados a partir da entrada do funcionário na empresa. Como se disse no início deste parágrafo, as empresas de medicina de grupo dominam o mercado, com aproximadamente 33% dos beneficiários (38,34%, se excluídas as empresas odontológicas) ^{78, 81, 82}.

As cooperativas médicas são “*sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n 5.764, de 16 de dezembro de 1971*” ⁷⁸ (p. 02). A primeira cooperativa médica foi a UNIMED, que nasceu em 1967, em São Paulo, e Duarte ⁸² afirma ser o seu nascimento resultado da mobilização de médicos, dirigentes sindicais, em resposta à formação das primeiras empresas de medicina de grupo. Norteava seus fundadores o medo da mercantilização da medicina, assim como da perda da autonomia do trabalho médico.

Neste caso não há credenciamento de profissionais médicos, uma vez que são eles mesmos que formam as cooperativas, atendendo os associados nos seus consultórios, em hospitais ou clínicas. Grande parte não possui serviços próprios, credenciando, por causa disso, hospitais e clínicas diagnósticas e terapêuticas. Não há possibilidade de livre escolha com reembolso. Cada cooperado (médico) possui cotas da organização, sendo, portanto, sócio e prestador, recebendo por serviço prestado e também dividindo lucros ou prejuízos com os outros cooperados, e tem direito a votar e ser votado para gestão da cooperativa. Cobre aproximadamente 17% (28,61%) ^(d) dos beneficiários de seguro privado de saúde. Junto com as empresas de medicina de grupo, domina metade (2/3) ^(d) do mercado ⁷⁸.

Os planos próprios de empresa são, na sua maioria, de autogestão, a saber, a própria empresa (ou grupo de empresas) desenha e administra o plano de assistência à saúde dos seus funcionários (e dependentes, aposentados e pensionistas). Algumas

empresas contratam Administradoras para fazerem a gestão, sendo chamadas de co-gestão ou planos de administração ⁶⁸. Os planos de empresa podem possuir serviços próprios, e/ou credenciar médicos, hospitais e clínicas diagnósticas e terapêuticas, pagando os credenciados por serviços prestados. Há também, em alguns planos, possibilidade de livre escolha, com posterior reembolso proporcional do beneficiário. Funciona como plano empresa com patrocinador, subsidiados total ou parcialmente por ele, mas também como plano empresa sem patrocinador. A literatura diz ser esta a modalidade dominante em empresas estatais e órgãos da administração pública ^{68, 81, 82}. Possui 15% (15,81%) ^(d) dos beneficiários de planos privados ⁷⁸.

As seguradoras são mais recentes no mercado brasileiro, sendo, porém, tradicionais e de grande penetração nos EUA há muito tempo. Operam ligadas a entidades financeiras e, em larga medida, adotam o formato de livre escolha do segurado, com pagamento das despesas por intermédio de reembolso. Segundo Duarte ⁸², algumas seguradoras possuem rede credenciada. Dão cobertura a 1% (13,33%) ^(d) do mercado ⁷⁸.

A ANS utiliza mais quatro tipos de empresa de asseguramento em saúde, visto que diferem no estatuto jurídico: Administradora, Odontologia de Grupo, Cooperativa Odontológica e Filantropia.

A Administradora é definida como “*empresa que administra planos ou serviços de assistência à saúde, financiados por outra operadora, sem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos*” (pág..2) ⁷⁸ e cobre 1% (0,01%) ^(d) do mercado. As empresas de Odontologia de Grupo e Cooperativas Odontológicas se estruturam da mesma forma que as correspondentes médicas e possuem 20% e 8% do mercado, respectivamente ⁷⁸.

As entidades Filantrópicas são “*entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social, CNAS, e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça (MJ) ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais*”⁷⁸ (pág.2), independentemente da forma de organização dos planos de assistência, e cobrem 5% (3,89%) ^(d) do mercado.

“A partir da adoção incondicional dos princípios éticos da Liberdade de Escolha, do Credenciamento Universal, da Dignidade e Autonomia em Trabalho e Honorários” ⁸³ foi criada, no Rio de Janeiro, em 1997, a Central de Convênios - Departamento Profissional das Entidades Médicas do Estado do Rio de Janeiro. Contando com o apoio da Sociedade de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

(SOMERJ), do Conselho Regional de Medicina – RJ (CREMERJ), do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (SINMED) e de sociedades de especialidades, a Central tem o objetivo de resgatar o credenciamento de médicos para as entidades representativas da profissão e permitir o direito de livre escolha do médico pelos pacientes, como forma de preservar a dignidade profissional e a relação médico-paciente.

A Central de Convênios não se propõe a ser um plano de saúde, nem luta pela eliminação destes, e sim pelo melhor funcionamento do sistema suplementar, *“privilegiando o conceito de que o exercício ético da Medicina, para ser viável na prática, necessita que os direitos e deveres dos médicos, dos pacientes, das empresas e dos governos sejam estabelecidos e seguidos, com rigoroso bom senso e consenso”*.⁸³

Na prática, a Central seria um elo entre médicos e pacientes, pela divulgação de um livro onde constassem os nomes e competências dos médicos do estado, que permitisse aos pacientes a livre escolha do profissional. Entre médicos e empresas de seguro privado de saúde, atuando como posto de cobrança e pagamento de honorários, por intermédio de convênio com as empresas de seguro e adoção de formulário único. Além do credenciamento universal e da livre escolha, a Central permitiria uma negociação coletiva de honorários médicos, fortalecendo a categoria.

Notas:

(b) Serão utilizados, ao longo do texto, os termos ‘convênio’ e ‘planos’, significando qualquer forma de seguro privado de saúde. Quando o estudo referir-se a um tipo determinado de seguro, será usada a denominação específica.

(c) O termo Procedimento será aqui utilizado significando atos médicos que não consultas, por exemplo: suturas, cirurgias (de qualquer porte), exames invasivos ou não, biópsias, etc.

(d) – os números entre parênteses correspondem ao segmento do mercado dominado pela determinada forma de seguro de saúde, se excluídas as empresas odontológicas

CAPÍTULO III

O TRABALHO COM PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE: SIMILARIDADES E DIFERENÇAS

Foram entrevistados para este estudo dez médicos, entre eles profissionais de especialidades clínicas, clínico-cirúrgicas e cirúrgicas. Embora dois dos entrevistados não tenham atualmente nenhum credenciamento com planos ou seguros de saúde, todos já tiveram em sua história profissional algum tipo de vínculo com tais instituições, seja no consultório, seja em clínicas ou hospitais particulares. Mesmo os que não adotam o trabalho com planos têm contato com eles através de seus pacientes, que possuem convênios para internações, exames, etc.

Grande parte dos médicos que participaram deste estudo iniciou sua prática há 20 anos ou mais. Tal dado é significativo em razão de mostrar que são médicos com experiência profissional, cuja trajetória acompanhou o crescimento do mercado de asseguramento privado de saúde, desde uma época em que os Planos procuravam ativamente os médicos, oferecendo-lhes credenciamento, até hoje, quando em torno de 75% dos que têm prática privada de consultório trabalham com convênios. A inversão do papel do médico face ao plano de saúde é evidente na observação a seguir:

“Eu sou de uma outra época. Quando a gente começou consultório, tinha uma coisa assim de o Plano, o Seguro pedir pelo amor de Deus pra você ser filiado a ele. Em pouquíssimos anos, o médico aceitou de tal forma isso que virou ao contrário, você tinha que pedir um pistolão quantíssimo pra conseguir ser conveniado de alguém, que te paga uma merreca daqui a não sei quantos mil anos. E aí, eu acho, isso foi longe demais.” (Pediatria, 24 anos de formada, Part.).

As duas grandes pesquisas sobre trabalho médico realizadas no Brasil ^{7, 61} nos últimos 10 anos mostram que em torno de 70% dos médicos têm atividade de consultório, sendo 25% exclusivamente particular. Tem-se, ainda, que 50 a 60% têm vínculo empregatício com serviços privados e, aproximadamente, 70% com o setor público. A vasta literatura internacional sobre o assunto, como relatada em capítulos anteriores, também aborda a crescente absorção dos profissionais por grandes instituições, privadas ou públicas, especialmente a partir da segunda metade do século

XX^{4, 5, 12, 31, 53, 64}. Neste estudo aparece a multinserção sugerida pelas pesquisas referidas, sendo freqüentes, nas entrevistas, as comparações entre as atividades no serviço público e o trabalho com planos e seguros de saúde.

A noção de autonomia para os médicos entrevistados aparece ligada à independência para fazerem o que julgam necessário, sem interferência externa. Para os cirurgiões, ter autonomia é: *“Ter independência, é poder fazer o que acho mais certo para cada paciente, não ter nenhum tipo de ingerência sobre minhas decisões”* (Cirurgia Geral, 24 anos de formado, Conv). Um dos clínicos entrevistados entende que: *“autonomia é poder fazer o trabalho do jeito que eu gosto, que eu acho que é importante. É a gente poder ficar uma hora com o paciente se quiser ficar, se achar que ele precisa”* (Pediatria, 13 anos de formada, Conv).

Autonomia, portanto, está ligada às decisões técnicas, ao tempo destinado a cada paciente, à conduta a adotar frente a cada caso. É interessante observar que, no momento da definição de autonomia, as questões econômicas não são citadas, mas no decorrer das entrevistas, como se verá ao longo deste estudo, elas assumem um grande vulto, aparecendo com destaque na discussão de diversos aspectos das relações entre pacientes, médicos e empresas de asseguamento.

Apreende-se das entrevistas que a autonomia técnica profissional sofre ingerência na relação com os convênios. Condutas prescritas por médicos correm o risco de serem desautorizadas, por decisões que nem sempre estão baseadas em critérios científicos, mas sim, em muitos casos, em critérios financeiros e gerenciais, ainda que tais decisões sejam tomadas por um outro médico, o responsável técnico pela empresa.

Esse médico, a quem pertence a decisão final, é sempre um médico que assumiu um cargo burocrático e gerencial. Freidson (1984 apud⁶⁴ Hafferty; 1985 apud Wolinsky⁵) chama essa adoção de cargos administrativos por médicos de ‘estratificação’ da medicina, defendendo que este processo reforça a dominância da profissão médica, pois médicos estão submetidos a médicos e não a gerentes heterônimos. Todavia, não é possível deixar de questionar a quem pertence a lealdade deste burocrata médico: aos pacientes, aos (antigos?) pares, ou à administração (novos pares?).

A existência de um responsável técnico – que é médico – não parece resolver as tensões e confrontos gerados na relação entre os médicos e os Planos de saúde: *“Eu acho que o convênio interfere em minhas decisões técnicas. O médico que autoriza [os procedimentos, exames e internações] não tem conhecimento técnico”* (Pneumologia, 27 anos de formada, Conv).

As decisões do responsável técnico são muitas vezes baseadas em protocolos da Medicina Baseada em Evidências (BEM), prática que vem se sobrepondo à experiência profissional. em favor de determinantes exclusivamente técnicos, baseados em estudos epidemiológicos de populações que não valorizam ou detectam o indivíduo, ignorando a clássica premissa clínica de que cada caso é um caso:

“... O [hospital] X tem umas coisas assim: você prescreve um tipo de remédio, eles mandam uma cartinha te dizendo “Nossa rotina aqui é o remédio Y, não é o remédio X”. Agora, eu acho que essa história do médico ter completa autonomia e fazer o que bem entender da cabeça dele, isso vai acabar, não apenas por uma questão de imposição das seguradoras, porque as seguradoras são maléficas... no mundo todo está mudando, se tornando cada vez mais técnico, está surgindo aí uma coisa que se chama “Medicina Baseada em Evidências”, que cada vez mais pauta a conduta médica. Então, esse espaço do médico decidir sozinho vai acabar: ‘Ah, porque eu tenho experiência com o remédio X, vou fazer o remédio X’. Na verdade, ele não vai enfrentar só um combate do Ministério da Saúde, mas ele pode enfrentar mesmo equipes organizadas dentro do hospital, que vão pegar e vão listar trabalhos científicos mostrando pra ele que o remédio X não é o ideal nessa situação, que o ideal é o remédio Y” (Geriatria, 22 anos de formado, Part).

As diferentes especialidades médicas possuem diferentes relações e graus de dependência face ao seguro saúde privado de saúde, e podem sofrer diferentes formas de ingerência com sua autonomia técnica.

Os médicos de especialidades clínicas se ressentem muito da limitação do número de atendimentos por mês. A maioria dos convênios paga somente uma (ou duas) consulta(s), e com frequência solicita um parecer justificando o segundo atendimento. Em última análise, o convênio interfere com a autonomia do médico e do paciente, decidindo quantas vezes uma pessoa pode precisar de atendimento médico ao mês. Além disso, os clínicos podem enfrentar problemas com a seleção de hospitais para internação, o tempo de internação, internação em Clínica de Tratamento Intensivo (CTI), solicitação de exames complementares:

“Isso eu sempre odiei, o Convênio glosar uma consulta, você atende, mas você não tem o direito de receber porque o paciente veio aqui três vezes. Mas ele precisava vir três vezes... eu não faço procedimento, eu faço basicamente consultas. Eu posso te dizer assim que ele boicota quando eu preciso atender essa criança mais vezes, que ele não me paga” (Pediatria, 13 anos de formada, Conv).

Em geral, os médicos consideram que deve ser muito difícil para os clínicos dependerem do trabalho com Convênios, dado que os médicos de especialidades clínicas realizam, na maior parte das vezes, no consultório, somente consultas, gerando uma arrecadação muito menor. Este médico que trabalha majoritariamente com pacientes particulares alega que “... *se eu fosse atender, se eu fosse trabalhar como Clínico em Plano de Saúde — os Planos estão pagando acho que vinte e cinco, trinta reais a consulta — seria inviável, não funcionaria, simplesmente*” (Geriatría, 22 anos de formado, Part).

O fato de realizar ou não procedimentos pode gerar uma relação com maior ou menor interferência, assim como maior ou menor dependência. Os médicos que realizam procedimentos, que não consultas, no consultório ou em hospitais, sofrem diversos tipos de ingerência com sua autonomia técnica, como em relação a exames e hospitais: “*Você tem que internar mais no hospital A, B ou C*”. “*Ah, o outro não, tem que ser no B, no A*”; *eles querem ‘babar ovo’ dos hospitais e querem que você se adapte a isso*” (Otorrino, 20 anos de formado, 1 Conv).

As especialidades clínico-cirúrgicas e cirúrgicas tendem a ser mais dependentes da tecnologia, e geralmente produzem mais gastos com hospital e materiais, e a maioria dos procedimentos apresenta valor mais alto do que uma consulta, dificultando o trabalho exclusivamente privado: “*Em Cirurgia, todo procedimento, mesmo os pequenos, geram hospitalização; seja de Centro Cirúrgico, seja de material, algum gasto vai gerar não é só médico-paciente, saliva, caneta e papel. Tem mais coisa nesse meio e isso gera um custo que, nem sempre a gente pode dizer com antecedência quanto vai ser. Isso gera outra relação*” (Cirurgia Geral, 24 anos de formado, Conv).

É possível um plano decidir qual material vai ser usado numa cirurgia, assim como é possível um plano não autorizar todos os procedimentos necessários à realização de um tratamento cirúrgico, ou autorizar um procedimento parecido, porém de menor valor, por exemplo. Essa interferência pode ocasionar grandes problemas técnicos que irão ter reflexos objetivos no tratamento do paciente:

“... às vezes, o Plano de Saúde indica pra você alguns materiais que você não conhece... E aí está agora um paciente com uma fístula faz uns seis meses, que a gente ainda não conseguiu saber ainda qual é a melhor opção pra ele, mas decididamente o problema foi gerado porque foi colocada uma tela fornecida pela seguradora e quem colocou não conhecia o produto” (Cirurgia Geral, 24 anos de formado, Conv).

Em geral, os médicos consideram que é muito difícil atuar em especialidades cirúrgicas ou clínico-cirúrgicas sem Convênios, e que é possível manter uma boa prática, mesmo ou apesar das interferências: *“... para um cirurgião não há opção de não trabalhar com vários Planos... cirurgiões que no Rio de Janeiro conseguem viver sem Plano de Saúde são muito, mas muito poucos... mesmo cirurgiões de renome... estão trabalhando com Planos... E um cirurgião, parece, ainda consegue viver com Plano de Saúde com uma remuneração muito melhor do que o Clínico”* (Geriatria, 22anos de formado, Part).

É interessante verificar que, apesar da interferência que os Planos praticam com as especialidades que realizam procedimentos ser mais acentuada, no geral, é possível trabalhar com eles. Ao contrário, para o clínico que, por sua vez, sofre menos intromissão, o trabalho tende a ser muito mais difícil. Dessa forma pensa este médico clínico que não trabalha com Convênios:

“Tem especialidades em que, no trabalho com Planos, os médicos podem ser muito bem sucedidos: otorrinolaringologista, oftalmologista, ortopedista. Eu tenho vários colegas de turma que, nessas especialidades, provavelmente ganham mais do que eu. E trabalham só com Planos de Saúde. Então eu acho que a opção de não ter Plano, ela é um pouco condicionada a especialidade, eu acho muito difícil um clínico aqui em Ipanema viver só de Plano”. (Geriatria, 22anos de formado, Part).

A maior parte dos médicos encara a interferência das seguradoras como nociva para a prática médica e para a relação médico-paciente, mesmo os que relatam não ter muitos problemas com os planos: *“Eu acho que eu peço o que é necessário. Eu não peço nem de menos nem demais. E isso é uma interferência que eu não aceito. Então, dizer que tipo de exame e quando eu posso fazê-los, isso é algo que não dá pra mim”* (Cirurgia Geral, 24 anos de formado, Conv). Consideram que desautorizar um exame corresponde a desautorizar o profissional, desacreditá-lo, e que quando uma conduta médica é questionada pelo convênio, também a autoridade e a capacidade do médico são questionadas: *Quando desautorizam um exame estão desacreditando o trabalho médico, a necessidade do exame”* (Pneumologia, 27 anos de formada, Conv). Sentem que estão perdendo o controle sobre as decisões clínicas e técnicas, e que não fornecem o cuidado ideal ao paciente, o que traz frustração ao profissional, além de gerar insegurança no paciente

O médico se sente diminuído na sua condição de profissional, dado que, além de ter sua autonomia econômica e organizacional subordinada aos Planos, como veremos

adiante, sua autonomia técnica está ameaçada pela ingerência do convênio. E a autonomia técnica é, segundo Freidson^{2, 17, 53}, fundamental para o trabalho profissional. É possível, e cada vez mais freqüente, que a profissão não detenha o controle econômico ou organizacional. Entretanto, a perda do controle sobre os aspectos técnicos de seu trabalho e a sujeição ao controle externo, mesmo que individual e sem implicar a perda do monopólio do conhecimento pela profissão, desveste este profissional de suas prerrogativas, desqualifica sua prática.

Enquanto as restrições impostas pelos convênios sofrem uma grande resistência por parte do médico, uma vez que são interpretadas como restrições financeiras e organizacionais, há uma tendência de aceitação de restrições geradas por condutas ditas científicas e ditadas pelos pares:

“Agora uma coisa é: você tem uma Medicina Baseada em Evidências que diz que, para um paciente de quarenta anos de idade que diz que está com dor na coluna, você não precisa pedir um Raio X de coluna lombar porque, em geral, não adiciona nada”, isso é uma coisa. A outra é o sujeito de trabalhar com o Plano, chega no final do mês você ter um médico do Plano e ele diz assim “Olha fulano, você está pedindo Raios-X demais. Nós aqui achamos que você está pedindo exame demais. Então, evidentemente que existem muitas diferenças entre essas duas coisas” (Geriatría, 22 anos de formado, Part).

A autonomia absoluta do médico também está limitada pelo paciente, indivíduo autônomo, que pode apresentar restrições à decisão médica, por diferentes motivos. A negociação com os pacientes é quase sempre necessária, e o estabelecimento de uma decisão fechada, como uma ordem, que deva ser cumprida à risca pelos pacientes, vem sendo bastante questionado nas últimas décadas. A autoridade cultural do médico, segundo Paul Starr (1982), baseia-se no fato de o paciente entender suas recomendações como mais do que um conselho e menos que uma ordem, fato que abre espaço para um diálogo entre os atores. Este posicionamento é considerado ideal por este médico:

“A gente negocia o tempo todo. Eu, quando montei minha clínica particular tomei a decisão de que tudo eu ia decidir com o paciente, tudo. Eu peço exame e ele “ô, doutor, não quero fazer isso”, então eu tenho que encontrar uma saída. Então, a minha autonomia é limitada pelo próprio paciente, eu não faço o que quero, a despeito do que depende da vida do paciente. Então, se não tem o seguro, tem o paciente ali. Se não tem o paciente, tem a filha dele, que pode discordar de mim” (Geriatría, 22 anos de formado, Part).

Existem formas de contornar as restrições impostas pelos convênios, nem todas lícitas. Algumas são encaradas como comuns, talvez até justificáveis na nossa sociedade, mas ainda assim caracterizam um desvio ético, uma quebra das regras pelas quais a profissão é regida. A quebra de preceitos éticos é, mesmo quando em nome do bem do paciente, mais uma ameaça à integridade profissional. As ‘fraudes’ mais citadas nas entrevistas como formas conhecidas, tradicionais de burlar as restrições são: registrar consultas com datas trocadas, para não configurar mais consultas no período que o permitido pelo plano, assinar pedidos de exames que não são realizados, como forma de compensar consultas que não serão pagas, “manipular” a tabela de honorários médicos e cobrar por um diagnóstico ou procedimento cirúrgico de maior valor, entre outras.

Alguns médicos entendem esses procedimentos como forma de ajudar o paciente, e como uma indignação contra a imposição do Plano: *“Te leva a mentir, a fazer um recibo com [data diferente] pro reembolso. ‘Bota o reembolso pra daqui a três dias, senão eles não vão me reembolsar’; então, ele não podia adoecer agora, ele só podia adoecer daqui a três dias”* (Pediatria, 24 anos de formada, Part). Outros acreditam que fraudar não vale a pena, só traz mais problemas:

“Mas aí é complicado porque, na verdade, você também está predisposto a uma fraude. Na verdade, assim, se você sabe as regras do jogo e joga limpo dentro das regras do jogo, você vai ter pouco problema, vai ter problema, mas vai ter pouco. O problema é quando você começa a querer ser esperto e aí começa a, por exemplo, toda cirurgia de vesícula fazer colângeografia per-operatória, que paga mais” (Cirurgia Geral, 24 anos de formado, Conv).

Muitos médicos defendem que é fundamental para uma boa prática sempre negociar com os planos quando surgem problemas, pessoalmente ou por intermédio dos pacientes, como nos narra este profissional: *“Eu fico irada [quando não autorizam um exame], mas tento negociar, mostrar para o médico que autoriza a importância daquele exame. A maioria dos colegas não consegue, depende da postura não pode ser arrogante, tem que explicar bem”* (Pneumologia, 27 anos de formada, Conv).

Os avanços tecnológicos na área médica possibilitam uma diversidade de exames diagnósticos, cada vez mais solicitados pelos profissionais e desejados pelos pacientes. Por um lado, é comum a adoção de uma medicina defensiva, com os médicos solicitando muitos exames complementares para realizarem um diagnóstico e para se salvaguardarem ética e legalmente de futuras acusações, como fala este médico: *“Eu peço todos os exames que eu tenho à mão... a chance de erro reduz quando você pede*

tudo o que pode pedir...” (Otorrino., 22 anos de formado, 1 Conv), pois, mesmo que a ‘epidemia’ de processos por erro médico ainda não tenha se instalado no Brasil, já se observam os primeiros sinais. Por outro lado, quanto menos tempo um médico tem com os pacientes, mais exames ele tende a pedir. Utilizam-se os exames e pedidos de pareceres para especialistas como forma de defesa, sim, mas também de compensação, para eles e para os pacientes, por conta da superficialidade e objetividade do atendimento. Um dos médicos entrevistados chama esta prática de “... *medicina de queixa ... limitar a queixa do paciente a quase que já dizer o que é. Isso é que gera erro, a falha...*” (Otorrino., 22 anos de formado, 1 Conv).

No entanto, alguns médicos ressaltam o nome ‘exame complementar’ para defender que a história do paciente e seu exame físico são a base de uma boa medicina, e a melhor defesa do médico. Que os exames são, efetivamente, *complementares*, mas que “... *os médicos hoje não põem mais a mão nos pacientes, a tecnologia é colocada entre os dois, se esquecem que exames são meios de confirmação diagnóstica, não de determinação*” (Pediatra, 13 anos de formada, Conv).

Desse modo, é criado um círculo vicioso: a fim de se defenderem das incertezas da prática e das restrições impostas pelo trabalho com Planos, os médicos tendem a usar mais a tecnologia disponível. Em consequência desse posicionamento, há um aumento considerável dos custos. Exames complementares são caros, bons hospitais são caros, isto é, a medicina defensiva é cara, a moderna medicina tecnológica é cara. O crescimento dos custos provoca uma reação contrária das empresas na tentativa de bloqueá-lo. O controle dos custos remete de volta ao aumento dos riscos, reiniciando o processo. Quem sofre as consequências nem sempre é quem decide, e a falta de ônus para o Plano quando ocorrem problemas gerados pela sua ingerência, é comum. Em geral, as consequências da ingerência são sofridas pelos médicos e pelos pacientes, como mostra esta fala:

“Planos básicos têm uma rede muito restrita de internação... eu acho que [na especialidade X] você tem que ficar segura na internação, segura no centro-cirúrgico, segura na UTI, eu gosto de me sentir segura. Se você chega numa certa idade, numa certa fase da sua profissão que você não quer correr riscos mais, que os riscos vão ser pra você também, não são só pro paciente. É o seu nome que está ali, e o paciente, muitas vezes, ele não interpreta isso muito bem, não é?”
(Gineco., 20 anos de formada, Conv).

Os profissionais fazem distinções entre os planos de saúde e apontam alguns critérios para credenciarem-se junto a uns e descartarem outros. Defender-se de riscos é

um dos motivos de selecionar Planos, ou mesmo abandoná-los, já que no final a responsabilidade por cada tratamento é do médico, e é ele que vai arcar com as conseqüências, e não a empresa seguradora: *“Ou você trabalha com os Planos que você acha que dão o mínimo necessário, que dão uma segurança pra você trabalhar, ou você não trabalha, que com esses Planos não dá pra trabalhar... os Planos vão ficar com mais problemas porque está se fazendo uma medicina defensiva. Você pede cada vez mais coisa pra se defender...”* (Cirurgia Geral, 24 anos de formado, Conv).

Observa-se neste estudo um forte movimento de seleção de planos ao longo dos anos. Alguns os abandonaram por completo, optando por uma prática liberal privada em que têm liberdade para estipular o valor de seu serviço, a estrutura de trabalho que melhor lhes convém, como horários e duração das consultas, e não têm de conviver com *“... a descortesia, a humilhação do dia a dia...”*, e nem precisam se envolver com a burocracia advinda da relação, pois *“A burocracia é desesperadora, dá vontade de largar tudo”*.

Outros vão deixando primeiro os convênios “ruins”, que descredenciam sem motivo, atrasam pagamentos, glosam consultas em excesso, autorizam e desautorizam procedimentos sem razão justificada, dificultando demais a prática médica, como é possível observar nesta fala: *“Abri mão por dificuldade de receber dos convênios. Eu me sinto muito violentada porque eu sou uma pessoa que não deixo o menor furo, com o paciente, não deixo”* (Gineco., 20 anos de formada, Conv).

A seleção de convênios varia e, neste estudo, foram observados diferentes critérios de seleção. Alguns médicos optaram por manter o trabalho somente com as grandes empresas de medicina de grupo, dando preferência ainda àquelas que trabalham com reembolso, e aos seguros, que também utilizam o sistema de reembolso para pagamento dos médicos. Os profissionais acreditam que a relação médico-paciente é mais bem preservada, já que não há um terceiro elemento se interpondo entre quem executa o trabalho e quem o utiliza: *“... dependendo do paciente, a relação não é só de médico-paciente. É médico-paciente-convênio. E isso é complicado porque você presta o serviço pro paciente, mas quem paga é o Convênio. Então isso já é um fator de interferência significativo”* (Cirurgia Geral, 24 anos de formado, Conv). A autonomia econômica e técnica do médico também sofre menor ingerência, uma vez que ele não se relaciona diretamente com o plano e não está sujeito às suas normas.

Outros profissionais optaram por manter somente os planos próprios de empresas estatais, visto que acreditam ser, na maior parte dos casos, mais respeitosos com médicos e pacientes, interferindo menos no trabalho. Há ainda quem só trabalhe

com cooperativas (no caso deste estudo, a UNIMED), entendendo ser esta uma empresa médica, gerida por médicos, o que faz com que os mesmos sejam tratados com mais consideração e respeito, não existindo o risco de descredenciamento unilateral sem justa causa, nem glosa gratuita de procedimentos. Como se pode concluir, não há uniformidade de opinião quanto ao melhor plano, ou mesmo quanto à melhor categoria de asseguramento de saúde. Contudo, fica demonstrado em todas as entrevistas que a relação que se estabelece entre médicos e convênios é sempre de muito conflito: “É, [a relação] *sempre foi, e sempre será, bastante ruim*”.

Do mesmo modo que os médicos selecionam planos ao longo dos anos, as empresas, à proporção que o mercado para o asseguramento privado foi crescendo, também passaram a adotar medidas a fim de selecionar e credenciar profissionais. Atualmente, é muito difícil conseguir credenciamento junto às grandes empresas de Medicina de Grupo, de Autogestão e grandes Cooperativas, dependendo, sobretudo, da localidade do consultório. Por exemplo, em pequenas cidades ou em bairros afastados dos grandes centros, é possível conseguir credenciamento com ‘bons’ Planos, se eles possuírem poucos médicos credenciados na área. O currículo também é muito importante, mas os médicos enfatizam como regra geral que o credenciamento é freqüentemente obtido por intermédio de ‘QI’, quer dizer, ‘*Quem Indica*’, ou o popular ‘*Pistolão*’: “*Fazem [seleção], inclusive muito rigorosa. Atualmente, eles selecionam muito pelo currículo. Ou pelo ‘QI’, né? Pelo quem indica. Dependendo de quem indica, você consegue convênio, independente do teu currículo. E eles mantêm o médico no convênio também dependendo do movimento que ele tem.*” (Gineco., 20 anos de formado, Conv).

Mesmo assim, com todos os problemas levantados no decorrer das entrevistas, os Convênios são considerados por alguns como um mal necessário. São importantes para se fazer conhecido, para fazer clientela, para realizar procedimentos/exames que de outra forma seriam muito caros e de pouco ou raro acesso. O acesso à moderna tecnologia, que no passado era viabilizado pelo setor público, atualmente é viabilizado, não obstante todas as dificuldades, pelos Convênios. Os médicos dizem que “*ter Convênio não foi uma decisão, foi uma necessidade; as pessoas precisam te conhecer, o poder aquisitivo caiu, muito pouca gente pode pagar consulta. Muitos médicos que só atendiam paciente particular mudaram*” (Pneumologia, 27 anos de formada, Conv).

Uma estratégia adotada por alguns para evitarem o trabalho com Planos de Saúde é a superespecialização, ou seja, a especialidade dentro da especialidade, com o objetivo de achar um nicho do mercado de trabalho que ainda não esteja repleto de

profissionais, em que a concorrência seja menor: *“E a minha idéia é ir parando de atender os Convênios aos poucos, deixar de atender um, de atender outro e talvez ficar só com um, que é um Plano de Saúde que me reembolsa rápido, me paga rápido. E ir me direcionando pra [sub] especialidade que eu estou fazendo. E eu pretendo trabalhar com essa especialidade que não tem Convênio; e a principal razão é a remuneração”* (Pediatria, 13 anos de formada, Conv).

Muitos entrevistados destacam a relação médico-paciente como uma questão central, de fundamental importância na prática médica, e que a presença de um terceiro elemento interfere, e pode ser prejudicial a ela, como no exemplo: *“...eu acho que [a presença de Convênios] atrapalha a relação médico-paciente.”* (Pneumologia, 27 anos de formada, Conv). Contudo, muitos médicos parecem acreditar que esta relação, quando bem estabelecida, é mais forte que qualquer interferência: *“Se você atender com dignidade, o paciente não faz a menor diferença. Dependo muito da gente, eu acho que é isso. Depende da relação médico-paciente, que é o que eu mais gosto”* (Gineco., 20 anos de formada, Conv). Em muitas falas transparece a convicção de que a relação médico-paciente é de fato o núcleo fundamental, a base de suporte da prática médica, e é esse núcleo, essa base que precisa ser preservada. E que esse é o caminho para resguardar a qualidade, o valor e o respeito pelo trabalho:

“A pessoa pode vir aqui e me falar que está com dor de ouvido porque foi à praia ou à piscina, é uma coisa leve, a gente vai examinar ouvido, nariz, garganta. Antigamente você marcava de vinte em vinte, você tem que ser objetivo. “Ah, to com dor de ouvido”, você olha o ouvido “Ah, é uma otite...”. Tem que ser uma coisa muito mais rápida. Mais objetiva. Eu acho que isso pra uma relação médico-paciente não é tão bom” (Otorrino, 20 anos de formado, 1 Conv).

Mas quais são as formas de proteger a relação médico-paciente, como se estabelece um vínculo forte com os pacientes? Todos os entrevistados, quando se referem a essa questão, destacam o **tempo**, tempo para ouvir, tempo para conversar, para observar, examinar, informar, orientar, tempo para valorizar as questões objetivas e as subjetivas, enfim, tempo para dar qualidade à relação e, por conseguinte, ao atendimento. Esse posicionamento se revela nesta fala: *“...com uma hora de atendimento, deixo o paciente falar ... as pessoas abreviam muito a anamnese, os objetivos da anamnese, você deixa de pescar coisas, e eu não sei pensar sem colher a história.. As pessoas são extremamente objetivas e você papa mosca nessa objetividade”* (Gineco., 20 anos de formada, Conv).

O tempo dedicado a cada consulta fortalece a relação médico-paciente, aumenta a confiança no tratamento, o compromisso entre os atores e, fundamentalmente, produz um atendimento com mais qualidade, trazendo mais satisfação para pacientes e profissionais, tal como destaca este médico que optou por não ter credenciamentos: *“Hoje^(e) eu atendendo de meia em meia hora, eu tendo essa autonomia maior, eu posso me dedicar mais, eu acho que eu atendo melhor. Eu consigo uma relação médico-paciente muito melhor”* (Otorrino, 20 anos de formado, 1 Conv). Por um lado os profissionais conseguem prestar um atendimento melhor, que pode produzir melhores resultados, e este é um ponto fundamental do trabalho profissional, que não se realiza somente na remuneração, mas, sobretudo, no exercício de sua atividade ⁷, como afirma este profissional: *“O maior ganho da profissão é poder viver bem, receber afeto e reconhecimento das pessoas e ter uma situação boa economicamente”*(Otorrino, 22 anos de formado, 1 Conv). Por outro lado, os pacientes se sentem mais bem atendidos, mais amparados, ponto altamente valorizado por eles próprios, quando da avaliação de um médico/atendimento/tratamento, como observa-se na literatura sobre o tema ^{45, 55, 58, 85}.

Parece muito difícil para o profissional que trabalha com Convênios ter todo esse tempo para escutar, examinar e orientar o paciente: *“Então, eu vejo que o médico que tem Convênio e tem muitos Convênios, ele normalmente atende mais rápido, ele faz, não porque ele queira fazer dessa forma, acho que talvez porque precise fazer mesmo. Então atende rápido, atende a cada quinze minutos, não faz um vínculo legal com o paciente.”* (Endocrinopediatria, 20 anos de formada, Part)

No entanto, não se pode esquecer que o trabalho profissional é um trabalho exercido em tempo integral como forma ‘de ganhar a vida’. A Medicina não é um sacerdócio, como afirma este profissional: *“Essa coisa que eu ouvia na minha faculdade o tempo inteiro ‘A Medicina é um Sacerdócio’ eu acho isso extremamente hipócrita, porque o Sacerdote tem uma Igreja que mantém, de certa forma, a vida dele. Coisa que a gente não tem”* (Pediatria, 24 anos de formada, Part). Existe a questão real da remuneração para o sustento do profissional e do seu consultório: com aluguel, salário da secretária, contas e impostos em geral. Com a remuneração sendo determinada pelos convênios, e em geral muito baixa (*“E além disto os preços são muito aviltantes!”*), os médicos necessitam atender mais pacientes por dia, ou mais dias por semana, para, dessa maneira, manter os rendimentos. Atente-se para a opinião deste médico sobre o tema:

“O que o plano mais faz é desmotivar para os casos difíceis, isto está na essência de vários planos de saúde. Por quê? Porque isso gera custo, gera exame, gera internação. Aí eu viro referência para casos difíceis, você já imaginou ser um neurologista de casos complexos atendendo pelo plano de saúde, a trinta reais a consulta? Ou ele é místico, dedicado à causa social, vai ficar sem esposa e filho, ser despejado do consultório por falta de pagamento...” (Otorrino, 22 anos de formado, 1 Conv).

Para atender um maior volume de pacientes os médicos têm duas opções: diminuir o tempo de consulta e/ou aumentar o tempo no consultório. Diminuir o tempo de consulta pode resultar num contacto mais objetivo e superficial; aumentar o tempo no consultório significa adicionar carga horária, elevar o nível de estresse decorrente do trabalho, redução de tempo livre, restrição do tempo dedicado à atualização. Com isso, pode-se acrescer os riscos relacionados à prática da medicina, uma prática já baseada na incerteza. Pode ocorrer também aumento do risco de frustração de profissionais (e usuários), com queda da qualidade de vida daqueles, além do já citado enfraquecimento da relação médico-paciente com suas conseqüências. Ilustra bem isso a fala deste médico de especialidade clínica:

“Eu acho que a convivência com os Convênios traz perda de qualidade; você tem que fazer volume para manter o rendimento porque tudo aumenta menos o honorário médico. Você tem que ter mais pacientes, ficar com a agenda cada vez mais cheia, o que significa ficar mais horas no consultório. Eu lido muito mal com tudo isso, esse tempo poderia ser dedicado a estudo, a lazer, a vida pessoal. Eu fico muito desestimulada de ficar cada vez mais horas no trabalho, isso interfere muito com minha qualidade de vida” (Cirurgia Geral, 20 anos de formado, Conv).

A queda da qualidade do atendimento é considerada uma das principais conseqüências da redução do tempo de consulta, da prática objetivada, focada na queixa, o que pode comprometer o trabalho: *“... eu acho que o Convênio te faz atender rápido, você acaba sendo mal médico, acaba sendo superficial mesmo: ouve uma queixa, direciona pra aquilo ali e quero resolver, que é o que se faz na emergência. Tem tanto diagnóstico de sinusite, de pneumonia errado e criança tomando antibiótico. É irritante”* (Pediatría, 13 anos de formada, Conv). Essa prática comprometida, de qualidade inferior, é apontada como uma das causas do aumento de risco de erro.

Os médicos sentem que a interferência exercida pelos Convênios, que a restrição de sua autonomia na solicitação de exames, por exemplo, pode contribuir para a

ocorrência de falhas no momento da realização do diagnóstico e na determinação e acompanhamento do tratamento:

“O meu risco pessoal enquanto profissional aumenta; a possibilidade de eu errar um diagnóstico aumenta. Então são riscos que eu não quero correr. Eles fazem isso, mas não são eles que estão com a cabecinha a prêmio lá se não der certo o negócio. Quem vai ser processado, quem não viu a pneumonia fui eu, que não sou médica da empresa” (Pediatría, 24 anos de formada, Part).

A restrição na solicitação de exames complementares pode comprometer a realização de um diagnóstico. A limitação determinada pelo convênio na escolha do hospital pode comprometer um tratamento, se pensarmos nos recursos técnicos de cada instituição. A escolha do material utilizado em cirurgias pode ser determinante para o sucesso desta. Enfim, a restrição da autonomia técnica do médico pode facilitar o erro, e por em risco o paciente e o profissional. É preciso estabelecer padrões mínimos de segurança, como nos fala este médico: *“Então, não opero em hospital sem CTI, sem unidade coronariana para idades maiores. Se for criança, por exemplo, hoje em dia só operam no (hospital) X, independente do Plano. ‘Ah, não sei se eu tenho’. ‘Ah, se você não tiver, infelizmente eu não vou poder fazer essa cirurgia’”* (Otorrino, 20 anos de formado, 1 Conv).

O enfraquecimento da relação médico-paciente, por tudo que vimos até aqui, parece ser o grande ônus relacionado à opção pelo vínculo com planos de saúde. Este ônus é relatado como uma perda de compromisso de natureza bilateral:

“A quebra da relação médico-paciente gera uma das coisas mais graves que eles não conseguem calcular o custo. Eu vou num médico, noutro, noutro, faço uma porção de exames que eles pediram, mas não levo pra ninguém... então as taxas de utilização dos planos subiram, os critérios de utilização de tecnologia subiram... os médicos passaram intuitiva e comercialmente a ganhar pela utilização de tecnologia, utilização de plaquinhas, próteses, órteses, etc.” (Otorrino, 22 anos de formado, 1 Conv).

Se por um lado os pacientes podem não se comprometer com aquela relação, muitos médicos também não, e isso transparece quando esses profissionais dedicam menos tempo aos pacientes conveniados ou não estão acessíveis a eles fora do horário de consulta:

“... Soube de uma colega dentista que foi a um dermatologista com um problema no cabelo e outro na pele, que ele perguntou a ela: ‘mas hoje você quer

consultar o problema do cabelo ou o da pele? ' Não dá para mim..." (Endocrinopediatria, 20 anos de formada, Part).

"Quando se tem um Plano, que esse dinheiro fica virtual, eu não vejo de onde ele vem e o paciente também não se sente pagando — embora ele pague uma grana pelo Plano, mas eu não vejo o dinheiro, — isso dá esse descompromisso de ambas as partes: 'Ah, eu vou viajar, se eles não me acharem, ele vai noutra, ele vai numa emergência'" (Pediatria, 24 anos de formada, Part).

A relação intermediada pelos planos gera a questão: de quem é o paciente afinal, do médico ou do Convênio? Essa é uma questão que surge em diversas entrevistas, e está sempre relacionada a uma sensação de desvalorização do papel do médico frente ao paciente:

"O paciente também não tem compromisso algum com o médico, pois a relação médico-paciente é um vai e vem. O 'Dr. Do Convênio' pode ser você ou qualquer outro, se você sai do convênio, é só trocar de médico. Como pediatra, respeitavam muito pouco as minhas opiniões, iam a especialistas à vontade e me diziam as opiniões dos especialistas sobre coisas banais, que eu não sentia a menor necessidade de parecer especializado, e parecia que queriam até confrontar, coitados, às vezes, sem acreditar em ninguém..." (Endocrinopediatria, 20 anos de formada, Part).

Na maioria das entrevistas, os médicos dizem não fazer diferença entre pacientes particulares e pacientes de planos de saúde, tratando-os da mesma forma, dedicando-lhes o mesmo tempo e a mesma disponibilidade, e tal prática se revela nesta fala: *"... eu procuro fazer um atendimento diferenciado pro paciente, independente de se ele é conveniado, com uma hora de atendimento, deixo o paciente falar. Por isso eu acho que às vezes eu me sinto meio ofendida pelo Convênio, dele não me pagar, dele me glosar..."* (Gineco., 20 anos de formada, Conv). Alguns optaram por não trabalhar mais com pacientes conveniados pela impossibilidade pessoal de tratar todos da mesma forma, como fica claro nesta entrevista:

"Eu não tenho mais convênio no meu consultório. Desisti de ter a partir do momento em que percebi que existia uma diferença na minha relação com o paciente particular com a que eu tinha com o de convênio. No início, eu achava que devia tratar todos igualmente, da mesma forma. Acho que de outra forma eu não estaria sendo ética. Sei de médicos que têm dia para paciente particular, horário diferente, e, às vezes, até consultório diferente" (Endocrinopediatria, 20 anos de formada, Part).

Outros acham que é impossível tratar do paciente de Convênio como se fosse seu e ter a mesma disponibilidade, tanto de horário no consultório, como em relação a estar alcançável fora deste, pois estabelecem a relação tempo/número de pacientes abarcados, como verificado nesta fala:

“É, e eu não consigo retornar as ligações todas. Se eu fosse trabalhar com Plano de Saúde seria impossível simplesmente. Com certeza, esse tipo de coisa um médico de Plano fazer é muito difícil, quer dizer, isso só é possível quando você tem um número limitado de pacientes que você está atendendo. Então eu faço questão de dizer para os pacientes que eu sou acessível vinte e quatro horas por dia, que eu durmo com o celular na cabeceira ligado, que pode me ligar no final de semana, que pode me ligar no feriado...” (Geriatría, 22 anos de formado, Part).

Esse tópico revela contradições muito interessantes nas falas dos entrevistados, pois, a despeito de afirmarem que não fazem nenhuma diferença, os médicos **queixam-se** de que os pacientes são diferentes, que apresentam comportamentos distintos: *“Não muda nada, mas o doente particular incomoda menos do que o doente do Convênio. O doente do Convênio se permite uma tolerância maior, ele argúi mais,... ele acha que tem direito a ter mais dúvida... Mais que o particular. O particular, a gente conversa, explica e está tudo já certinho, orientado”* (Cirurgia Geral, 24 anos de formado, Conv).

Muitas vezes o comportamento do paciente de convênio é descrito como o de consumidor: *O paciente do convênio acha que comprou você, tem que dar um telefone de acesso, ele acha que você é o médico dele. O paciente particular exige menos, quer fazer somente o que é necessário, os pacientes de convênio pedem muito, querem amostra grátis, remédio barato e fazer todo tipo de exame.”*(Pneumologia, 27 anos de formada, Conv). O custo zero do momento do atendimento, ou da realização de exames, e a facilidade de procurar outro profissional, parece ser a base deste comportamento, pois, para os médicos, o paciente particular pede menos, solicita menos, porque sabe que aquilo vai ter um custo, e por isso mesmo valoriza mais cada encontro, cada procedimento realizado.

Pode-se observar que assim como os médicos criaram categorias de pacientes, como vimos acima, os pacientes também classificam os médicos. Há o ‘médico’ e o ‘médico de Plano’ e, muito provavelmente, o ‘médico do SUS’, como observa este entrevistado: *“A frase mais depreciativa que pode existir é chamar um médico de ‘médico de Convênio’. Pior que isso só ‘paciente de Convênio’. Do mesmo jeito que a gente é graduada, a gente também gradua. Tem também ‘paciente do SUS’, é horrível”* (Otorrino, 22 anos de formado, 1 Conv). O médico mais valorizado, mais respeitado, é,

em geral, o médico particular, aquele que foi escolhido pelo paciente, recomendado por alguém, procurado pela sua competência, o que para os profissionais tem muita importância, valoriza seu trabalho e os estimula, como podemos ver nos dois fragmentos abaixo:

“Bom, mas os pacientes particulares foram em você porque alguém te indicou, sabem seu nome, pesquisam você na Internet, sabem que até esperam para ser atendidos sem reclamar, quando ocorre algum atraso. Não estão lá pelo bairro, pelo horário, mas porque te acham competente” (Endocrinopediatria, 20 anos de formada, Part).

“O grande barato da profissão é o paciente que vem recomendado, com uma certa expectativa de resultado, ele vem confiando, a gente ganha uma garra, uma motivação para resolver... eu nem sei isso muito bem, mas eu vou estudar para resolver, ele quer que eu resolva. Isso é o essencial da profissão. Isso com o Plano de Saúde no meio...” (Otorrino, 22 anos de formado, 1 Conv).

O ‘médico de Plano’ é descrito como aquele que ‘está no livrinho’, ‘é aqui perto’ e ‘tem hora hoje’. Na fala transcrita abaixo, percebe-se como alguns médicos sentem que são procurados somente porque estão ‘mais à mão’, não porque são bons profissionais, competentes, éticos. Parece claro que isto os diminui como profissionais: *“Mas tem aquele outro paciente que te vê mesmo como um empregado do Convênio: Você está aí, eu pago pelo convênio, tem que me atender. Então você tem que atender na hora que ele quer. Esse paciente não te respeita”* (Pediatria, 13 anos de formada, Conv).

Os médicos observam nos pacientes uma postura de consumidor, e esse achado concorda com diversos estudos publicados nos últimos 20 anos, os quais dão destaque a essa questão ^{42, 45, 55, 58}. É nítida a transformação da saúde num produto a mais de consumo; logo, consomem-se consultas, exames complementares (*“Ah, eu pago Convênio, nunca fiz um exame, pede pra mim esse exame”*), remédios, tratamentos, e médicos também. A relação médico-paciente se transforma em relação consumidor-prestador de serviços, estando inclusive, legalmente submetida ao Código de Defesa do Consumidor.

Como já dito, o médico não é apenas um prestador, ele é também produto a ser consumido, como destaca este profissional: *“Escolhem por dia da semana, por bairro, por melhor horário... é aquela coisa meio produto de prateleira de supermercado... Se o médico é competente, pouco importa, porque o convênio dá direito a fazer todos os exames, o médico é acessório, se não for do agrado, é só tentar outro!”*

(Endocrinopediatria, 20 anos de formada, Part). Ao mesmo tempo, os profissionais podem ser vistos como um simples meio para obter o objeto de consumo, situação destacada neste fragmento: “*Muitos encaram os médicos como ‘pedidores’ de exame, ‘fazedores’ de check-up...!’*” (idem).

Em função de sua profunda ligação com a ciência e com a complexidade de meios e instrumentos, a medicina foi intensamente afetada pela revolução tecnológica da segunda metade do século XX. As transformações sofridas a encareceram terrivelmente. A cada dia surgem novos medicamentos, novos processos, novos tipos de exames complementares, novos tratamentos, criando esse grande mercado e transformando a medicina moderna em uma atividade que tem um alto custo⁵³. É inegável que isso produz um efeito no mercado de saúde como um todo, situação que é reconhecida por profissionais:

“Os custos de medicina estão saindo pelo teto. Não é um problema apenas... de que algumas empresas privadas estão pagando esse custo e querem controlar isso, esse é um problema da sociedade como um todo. É... eu acho que essa é uma realidade... se eu interno um paciente, se eu tenho seguro, eu faço o que quero com o paciente, se eu tivesse que pedir cinquenta exames de preço escalafobético, eu peço, o seguro paga tudo. Então, que ramo de profissão é esse, que o sujeito dá uma carta branca pra você ‘olha você faz o que você quer’, ‘seja o que você decidir, eu pago a conta’. É intolerável, isso é um reino de fadas e não podia continuar assim ad eternum, não é? Nenhuma profissão é assim.” (Geriatría, 22 anos de formado, Part).

Como observou-se no capítulo III, os planos e seguros de saúde são empresas financeiras que trabalham com seguros, necessitam obedecer a parâmetros administrativo-gereciais que as mantenham em funcionamento, equilibrando gastos e despesas, isto é, operam com a lógica financeira. Boa parte das decisões é tomada pela burocracia gerencial, que pode ser ou não médica, mas está, de qualquer forma, submetida ao pensamento racionalizante e financeiro dominante, vale dizer, às regras do sistema capitalista. E os médicos sabem claramente como é este funcionamento:

“E, na verdade, o que a gente tem que saber é que esses Planos de Saúde não são empresas de saúde. Elas são empresas de venda, elas vendem, elas precisam vender, elas têm que ter clientes que paguem a ela para elas existirem; então, quanto mais elas venderem, melhor. Se o usuário começar a migrar de Plano, sair do Plano, ir pra outro Plano, isso é um fator complicador pra elas” (Cirurgia Geral, 24 anos de formado, Conv).

Nas entrevistas, transparece a visão dos médicos de que a convivência da prática médica com as empresas privadas de asseguramento de saúde, que parecia ser a salvação do trabalho liberal, é, na verdade, uma grande ameaça a ele, assim como a muitos princípios profissionais, reduzindo prerrogativas características da profissão. Este resultado é compatível, também, com boa parte da literatura internacional acerca da profissão médica, como já foi discutido no capítulo II, onde se aponta tal associação com empresas seguradoras de saúde como uma das causas da redução do poder e do prestígio social da profissão.

No momento que estabelece o valor de cada procedimento médico, as empresas invadem a autonomia econômica profissional, retirando do médico a possibilidade de estabelecer o valor econômico de seu trabalho. Essa é mais uma das diversas facetas da interferência dos planos na relação dos médicos com os pacientes, já que o estabelecimento do valor do trabalho prestado faz parte da relação entre estes atores sociais e pode participar do estabelecimento do valor que o paciente dá a esse trabalho. Para os pacientes, o ‘médico do Plano’ é de graça, ele ‘não paga nada’ por aquele trabalho prestado a ele. O médico particular, no geral, estipula um valor para suas consultas que está acima do valor pago pelos Planos aos médicos conveniados. Essa situação tem reflexos na valorização deste trabalho, como se pode depreender nesta entrevista:

“O próprio paciente categoriza isso: médico de Plano e médico, ‘o’ médico. É, acho que isso afeta de todas as formas... um médico então é muito bom se ele cobra não sei quantos mil. Ele não tem horário e cobra não sei quantos mil”. Então, isso é da nossa sociedade... O próprio tratamento já fica meio questionado, né? Quanto mais se o que cobra é um neurologista e é pra tomar Novalgina, ele não vai sair daqui e entrar no outro pra perguntar... “Ah, isso aqui é Novalgina”. No Plano fica muito fácil. E ele vai dizer assim “Pó, o cara não tratou, passou Novalgina. É médico de Plano!” (Pediatria, 24 anos de formada, Part).

Na forma mais tradicional de remuneração do trabalho prestado a pacientes conveniados, a de pagamento por procedimento realizado, quem estabelece o valor do serviço prestado não é nem o prestador, nem o usuário, mas sim um terceiro elemento, o Plano. É visível o desagrado dos profissionais com esta situação: *“Eu acho que o pagamento de uma prestação de serviço, seja ela qual for, ela faz parte da relação. Eu*

acho que, assim, você sabe que você está sendo remunerada por um trabalho.” (Pediatria, 24 anos de formada, Part).

Outra forma de pagamento baseia-se no Manage Care, modalidade de relação na qual os médicos recebem um valor fixo (por mês) por paciente sob sua responsabilidade, independente do que este paciente necessite, transformando o próprio médico em ‘gerente’ do plano de asseguamento. Essa forma também representa uma restrição à autonomia econômico-profissional, além de representar uma ameaça à ética, uma vez que, segundo um dos médicos entrevistados, este formato é um estímulo a gastar menos e premia quem poupa exames, internações, consultas. Esse formato de contrato é ferozmente condenado por alguns profissionais: “... o Menage Care. O que é? É premiar o médico pela redução de custo, o médico que gastar menos, que economizar mais para o sistema, ele vai ganhar mais. Isso gera uma inversão completa, pra mim deveria ir preso” (Otorrino, 22 anos de formado, Conv).

A possibilidade de estabelecer o valor de seu trabalho, de acordo com o que lhe parecer justo, e a forma de receber o pagamento, não é desprovida de importância para os profissionais. Pelo contrário, o médico cobra não só para o seu sustento, mas também pelo prestígio da profissão ⁸⁴, e a liberdade de decidir qual é este valor é significativa: “*Tem paciente que eu abri mão do convênio, que eu continuo cobrando o valor do convênio. Ela vai lá no consultório e me paga vinte e cinco, trinta reais, que o convênio me pagava. Abro mão do convênio, não da minha paciente*” (Gineco., 20 anos de formada, Conv). E, ainda que Freidson ¹³ não considere a prática liberal como característica básica do trabalho profissional e, além disso, defenda que a perda da autonomia econômica não retira da profissão seu status, este estudo parece mostrar que, no plano individual, o médico se ressentido desta perda:

“Eu me sentia assim, que, através dessa relação eu deixava de ser profissional autônomo. Deixava de ser liberal autônomo... porque eu me sentia, indiretamente, empregada daquele Plano de Saúde. O que eu quero dizer com isso: Eu era sujeita a receber um valor x, que não foi determinado por mim, num dia x, que não foi determinado por mim, nem pelo paciente... sujeito a uma avaliação que leva a Seguradora a glosar o pagamento, por exemplo...”. (Pediatria, 24 anos de formada, Part).

Muitos médicos preferem os planos/seguros que usam o reembolso como forma de pagamento, pois o valor do serviço é negociado e estabelecido com o paciente, e este é quem se relaciona com a instituição seguradora. O que está implícito nesta opção pelo reembolso, além da preservação de prerrogativas profissionais e da relação médico-

paciente, é o sentimento de que os outros sistemas de pagamento implicam em desrespeito aos profissionais e desvalorização do seu trabalho, como nos fala um cirurgião geral que trabalha com convênios:

“... A relação usuário-convênio é totalmente diferente da relação convenio-médico... se o médico não está satisfeito com o tratamento e com pagamento efetuado pela seguradora ou Plano de Saúde... é um problema do médico. Não é um problema... do paciente nem do Plano de Saúde. O Plano de Saúde vai chegar, vai dizer assim: “Ó, você não tá satisfeito, tudo bem. Você não opera mais meus pacientes, a gente tem outros médicos que vão operar nossos pacientes. Além do que, o serviço já tá feito, você aceite o que a gente está pagando”. Se você cobra do paciente, e ele... vai cobrar do Plano, o Plano de Saúde tem uma relação econômica com o usuário. Se ele não está satisfeito, ficar chateado e trocar de Plano, a empresa perde o cliente... Então eles reembolsam mais rápido os pacientes, eles reembolsam melhor” (Cirurgia Geral, 24 anos de formado, Conv).

Surge aqui, de novo, o sentimento de desvalorização profissional na relação com os convênios. A sensação de ser simplesmente mais um médico, teoricamente dispensável, perpassa as entrevistas, como vemos neste fragmento: *“Mesmo que você trabalhe bem, você é mais um médico pra eles. Então, se hoje você está lá há um tempo, daqui a pouco eles já não vão querer mais de você etc. e tal...”*. (Otorrino, 20 anos de formado, 1 Conv).

Como dito inicialmente, grande parte dos médicos entrevistados possuem, além do consultório, uma atividade, com vínculo empregatício, no setor público. A queda da qualidade deste é apontada como causa principal do crescimento do mercado de seguro privado. Alguns médicos culpam a própria categoria, pela adoção de um posicionamento de passividade frente aos fatos, tornado-se eles mesmos responsáveis tanto pela queda de qualidade do setor público, quanto pela rápida incorporação dos Planos na sua prática: *“A população culpa o serviço público, mas os profissionais também têm culpa porque deixaram a qualidade cair, o que abriu a porta para os convênios”* (Cirurgia Geral, 20 anos de formado, Conv). O Estado também é responsabilizado pelo crescimento dos planos de saúde: *“Eu estou convicto de que o plano hoje é importante, o Estado se mostrou incompetente para gerir os seus próprios recursos de saúde, não dá saúde ao público. O plano só existe como resquício do setor privado”* (Otorrino, 22 anos de formado, 1 Conv).

Em diversas entrevistas, constatam-se comparações entre as atividades nos setores público e um primeiro ponto diz respeito ao ritmo de trabalho, com muitos pacientes para serem atendidos e, por isso, pouco tempo para cada um. Essa condição de trabalho acaba gerando uma relação médico-paciente frágil, descompromissada, impessoal, da mesma forma que no trabalho com pacientes conveniados e, ao mesmo tempo, aumenta o risco de erro/falha diagnóstica e terapêutica em função da perda de qualidade. Essa entrevistada, que não trabalha mais com convênios, não hesita:

“O serviço público, acho que a gente já tem essa relação e nenhum de nós aprova. Atende-se uma quantidade enorme de pacientes e todo mundo critica isso. Aí o local onde a gente ainda é liberal-autônomo, com esse vínculo com os Convênios, você transporta essa relação errada e criticável do serviço público para o único lugar onde você ainda podia ter o seu padrão de qualidade. Seu padrão de qualidade deixa de existir” (Pediatria, 24 anos de formada, Part).

Outro paralelo é traçado na questão da autonomia, tanto técnica, quanto econômica e organizacional. A autonomia técnica pode estar limitada no serviço público, e esta limitação tem por base, em boa parte das vezes, questões econômicas, mais do que gerenciais. Ela fica clara quando o paciente não pode fazer o exame porque não tem tecnologia, ou não pode fazer determinada cirurgia porque não tem material, ou ainda não pode ser internado porque não tem vaga, o que revela, a um só tempo, o estado falimentar do serviço público, como também as péssimas condições de trabalho a que o médico está submetido. Mas a maior restrição à autonomia técnica, segundo um dos entrevistados, que já abandonou o serviço público, é o desinteresse, a falta de motivação que se produz no convívio diário com tanta interferência, com condições tão ruins de trabalho, levando os médicos a realizarem “um serviço de terceira qualidade”.

Além disso, no serviço público o médico é assalariado, não detendo o controle sobre o valor econômico de seu trabalho, e está sujeito às normas estabelecidas pela administração/burocracia. Não dispõe, portanto, de autonomia econômica nem organizacional, situação esta que se repete no trabalho com Planos de Saúde

Boa parte dos entrevistados se mostra decepcionado com a classe, e/ou com o sindicato, e/ou com o Conselho, em função da pouca efetividade dos embates com as empresas seguradoras de saúde.

Os médicos não querem de fato resolver os problemas dos Convênios, dizem alguns. Um certo comodismo é o que sugerem, ou então uma tentativa de ter alguma segurança, de reservar um pedacinho do mercado por intermédio do público associado ao Convênio. Veja o que diz este médico: *“Eu tinha a expectativa que houvesse uma*

indignação dos médicos em relação a esta interferência... mas eu acho que essa queixa dos médicos é falsa, eles reclamam, mas não estão dispostos a perder coisa alguma pra corrigir, não estão dispostos a enfrentar esse algoz... Na prática, eu vejo que os médicos gostam de ter essa reserva de mercado, essa garantia de fluxo corrente de pacientes para seu consultório...” (Otorrino, 22 anos de formado, 1 Conv). O medo de ser descredenciado pelo Plano pode comprometer atributos inerentes à profissão, como o ideal de serviço e ética profissional, aceitando acordos que estão longe do ideal, como o *Manage Care* e a formação de grupos fechados para determinadas especialidades, que recebem abaixo da tabela em troca do encaminhamento do maior número possível de pacientes pelo Plano.

As associações de classe, como o Sindicato e o Conselho, também não escapam de crítica: *“Eu acho o Conselho e o Sindicato muito omissos, em relação a tudo. Não só a isso. Eu acho essas entidades extremamente comprometidas e ‘vendidas’, entre aspas, assim. Eu não sinto interesse político real, nem no paciente nem no profissional. Nunca senti isso... Eu não sinto uma vontade real de interferir em nada. Eu acho que se tornou um ponto grande demais. Sabe assim, a gente deixou ir longe demais”* (Pediatria, 24 anos de formada, Part).

Um dos profissionais entrevistados se diz sindicalizado, mas acha que não vale a pena porque *“o sindicato não está nem aí, não cria um caso com os Convênios em prol dos médicos. O CRM [CREMERJ] tenta atuar nas negociações, representa mais a categoria que os sindicatos”* (Pneumologia, 27 anos de formada, Conv). No entanto, um representante do SINMED entrevistado alega que o sindicato funciona mediante provocações feitas pelos médicos e que não se recorda de ter visto nenhuma ação legal contra Planos ser levada adiante por médico algum.

Uma importante questão, que perpassa os mais diversos tópicos levantados neste capítulo, não é esquecida pelos médicos: o número de praticantes. O aumento do número de escolas de medicina no país faz com que sejam despejados no mercado de trabalho milhares de médicos todos os anos, sem garantias de qualidade da formação deste profissional. A grande quantidade de profissionais no mercado faz com que a concorrência interna se acirre, podendo gerar redução, pelos médicos, de parâmetros mínimos de qualidade e segurança para a prática, levando à aceitação de condições de trabalho, tanto técnica quanto economicamente, ruins. Há pouco respeito pelo profissional, pois ele abunda, é só mais um e, se não estiver satisfeito, há sempre outro disposto a aceitar seu lugar, por piores que sejam as condições. A ética profissional, obviamente, está ameaçada.

Esta profusão de médicos ocasiona também interferência com a autonomia econômica e organizacional, pelo que se pode apreender deste trecho de Pereira Neto ²¹: “Tanto o liberal quanto o assalariado são vulneráveis a perder a autonomia econômica quando a demanda por serviços for baixa e a dependência em relação ao poder dos clientes ou patrões, não receptivos ao julgamento profissional independente, for alta” (p. 38).

Tal questão já provocava debates em 1922, quando existiam somente 9 faculdades de medicina no país. Pereira Neto ²¹ relata que “... a preocupação com o valor do diploma, com a mercantilização do ensino da medicina e com a desqualificação do jovem profissional...” (p.137) estavam presentes nas discussões que aconteceram no Congresso dos Práticos daquele ano. Existem hoje mais de 100 escolas de medicina que formaram os aproximadamente 300.000 médicos com inscrição ativa no Conselho Federal de Medicina (CFM), distribuindo-se em 58 especialidades, segundo o CFM (<http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=estatisticas&portal>). Não é sem motivo que este cirurgião geral questiona: *As universidades são ruins, formam médicos demais. Quem vai confiar?*

Notas:

(e) - Este médico trabalhava com vários convênios e agora só trabalha com um.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável que mudanças significativas ocorreram no setor saúde, particularmente no atendimento médico, nas últimas 3 ou 4 décadas. O crescimento do mercado de seguro de saúde é um dos importantes fatores que contribuíram para estas mudanças.

Ao longo deste estudo, tentamos caracterizar, em linha gerais, a profissão médica, valorizando a discussão sobre autonomia, principalmente técnica, e sobre a relação médico-paciente. Esses eram os dois tópicos do trabalho médico que desejávamos explorar, nesta pesquisa, em face da relação com planos e seguros de saúde. Trata-se, no entanto, de um cenário intrincado, proveniente da multiplicidade de sentidos presentes nos discursos e nas práticas dos médicos entrevistados, que abrange mais do que o objetivo inicial deste estudo e cuja análise permitiu obter algumas certezas, mas também muitas inquietações.

O consumo de serviços de saúde é cada vez mais uma obsessão na sociedade contemporânea: consomem-se exames, medicamentos, *check-ups*, academias de ginástica, medicinas alternativas, alimentos saudáveis, e também se ‘consomem’ médicos, muitos médicos. As relações que se estabelecem entre pacientes, médicos e empresas de seguro estão permeadas pela racionalidade econômica, podendo ser denominadas relações de consumo. Se tradicionalmente o médico era procurado por seu paciente como um *expert* em assuntos de saúde, na atualidade o paciente torna-se um consumidor, sendo estimulado a agir como tal. O médico, agora um prestador de serviços, tem sua relação com o paciente regulada pelo Código de Defesa do Consumidor. Neste estudo foi possível observar uma nova modalidade de relação médico paciente na qual, mais do que uma autoridade a ser consultada e respeitada, o médico torna-se, ele mesmo, um novo bem de consumo. Mais ainda, ele também é usuário e vendedor do produto *tecnologia*, podendo estimular o consumo de exames, medicamentos, cirurgias, entre outros.

Pode-se observar a partir das entrevistas que, se por um lado os médicos criam um sistema onde os pacientes são classificados como ‘particulares’ ou ‘do plano’, os pacientes, por sua vez, também fazem uma distinção entre os médicos particulares e os

do convênio. Ambas classificações implicam numa escala de valor e em relações diferenciadas, com muita freqüência. Do particular para o plano, verifica-se um decrescente compromisso entre os atores sociais em questão e um crescente de distanciamento, comprometendo, evidentemente, a relação médico-paciente, cerne da prática médica.

A dificuldade de acesso e a queda de qualidade do serviço público, entre outros fatores, parece ter criado o terreno fértil para o crescimento do mercado de asseguração privado de saúde. Para os médicos, parece haver um paralelo entre o trabalho no serviço público e o trabalho atrelado a convênios, particularmente no que diz respeito ao ritmo, isto é, a grande quantidade de pacientes a serem atendidos. No serviço público, isso ocorre pela dificuldade em atender a uma demanda crescente, resultado de, em boa parte, carências de natureza não médica. No trabalho com convênios, pela ‘necessidade’ de atender cada vez mais pacientes porque *“você tem que fazer volume para manter o rendimento, pois tudo aumenta, menos o honorário médico”*. Nos dois casos, o atendimento de um grande volume de pacientes tende a reduzir o tempo dedicado a cada um deles, e é considerado peça importante na perda de qualidade do atendimento em saúde.

Diferentes modos de lidar com os planos de saúde foram identificados neste estudo. Alguns profissionais optam por abandoná-los em busca de uma prática mais satisfatória. Outros procuram negociar com eles, por reconhecer nos planos uma possibilidade de acesso à tecnologia ou ainda para obterem, através do credenciamento, um volume de atendimento que lhes traga experiência e um ganho financeiro satisfatório.

Entre os fatores que determinam diferenças no modo de lidar com os planos, observa-se a questão da especialidade do profissional. Se para as especialidades cirúrgicas o plano de saúde é muitas vezes um facilitador, para o clínico ele é um ‘intruso’ que se interpõe entre o médico e seu paciente, criando dificuldades e constrangimentos à prática clínica.

Não se está asseverando, aqui, que a autonomia técnica, o monopólio do conhecimento da profissão médica está sendo perdido; porém, individualmente, cada médico sofre ingerências na sua capacidade de decisão no contexto da relação terapêutica. Todos os médicos entrevistados, em maior ou menor grau, consideram as condições de trabalho com Planos insatisfatórias porque sentem sua autonomia técnica invadida e temem a possibilidade de perder o controle sobre seu trabalho. O profissional se sente desvalorizado diante da intromissão externa com sua autonomia e o

questionamento de sua *expertise*. As restrições de exames, consultas e outros procedimentos impostos pelos planos são apontadas pelos entrevistados como fatores que podem aumentar a chance de erro médico. E as conseqüências deste erro serão sofridas por médicos e pacientes, majoritariamente.

Cumprir destacar o incômodo que os médicos sentem com a redução, ou mesmo perda, de sua autonomia econômica. A impossibilidade de decidir sobre o valor econômico de seu trabalho parece contaminar, por vezes, a atribuição de valor simbólico a este trabalho, tanto pelo próprio profissional, quanto pelo paciente. Na sociedade de consumo, o valor econômico dos serviços é freqüentemente confundido com sua qualidade, o que pode explicar a preferência de muitos médicos por Seguros e Planos que operam por reembolso.

Pode-se afirmar, com base nos dados obtidos, que grande parte dos médicos considera a existência de Planos e Seguros de Saúde, como um terceiro elemento na prática médica, tem implicações nocivas à profissão, restringindo sua autonomia econômica e técnica, interferindo na relação médico-paciente, reduzindo o prestígio, a confiança e o valor do profissional. Este terceiro elemento cria uma nova categoria, denominada tanto pelos próprios médicos como pelos pacientes como o 'médico de Plano', denominação com forte conotação pejorativa.

Cabe afirmar, no entanto, que alguns profissionais consideram os convênios um 'mal necessário', ainda que reconheçam a precariedade das relações de trabalho estabelecidas entre os atores sociais envolvidos. O credenciamento seria uma espécie de estratégia inicial para se fazerem conhecidos, para constituírem clientela, sobretudo, em virtude do número excessivo de médicos formados anualmente no Brasil. Os planos possibilitam ainda, a realização de procedimentos e exames que de outra forma seriam muito caros e de acesso à parcela ínfima da sociedade.

Do ponto de vista do paciente, o plano de saúde tornou-se um bem de consumo altamente desejado. Este estudo demonstra, por outro lado, que, na concepção dos médicos, os planos representam uma possibilidade de perda de autonomia e prestígio profissional junto à clientela. Entretanto, uma recente pesquisa do IBOPE mostra que 85% da população confia na classe médica mais do que em outras instituições, como a polícia, a justiça ou a classe política. Em face destas contradições, um estudo mais amplo, realizado com pacientes associados a planos e seguros de saúde, poderia trazer grandes contribuições à discussão sobre o asseguramento de saúde no Brasil e suas repercussões na relação entre médicos e pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Southon G & Braithwaite J. The end of professionalism? Soc Sci Med 1998; 46 (1): 23-28.
- 2 – Freidson, E. Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge. Chicago: The University of Chicago Press; 1970 (1988).
- 3 – Machado, MH. (coord). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Coordenado por Maria Helena Machado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- 4 - Light, DW & Levine, S. The changing character of medical profession: a theoretical overview. Millbank Q 1988; 66 suppl 2: 10 – 29.
- 5 – Wolinsky, FD. The professional dominance perspective, revisited. Millbank Q 1988; 66 (suppl 2): 33 – 47.
- 6 – Abbott AD. The system of professions: an essay on the division of expert labor. Chicago: University of Chicago Press, 1988, 435p.
- 7 - Machado, MH. O Médico e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro; 1996.
- 8 - Pereira-Neto AF. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. Cad Saúde Pública 1995; 11 (4): , out/dez
- 9 – Machado MH. Sociologia das Profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Machado, MH (org). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995, 226p.
- 10 – Brint S. Eliot Friedson's contribution to the sociology of the professions. Work and Occupations 1993; 20 (3): 259-278
- 11 – Freidson E. A teoria das profissões: situação do setor, 1983. In: Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e prática. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998, 47 -63, 280p.
- 12 - Coburn, D. Freidson then and now: an internalist critic of Freidson's past and present views of the medical profession. Int. J Health Serv 1992; 22 (3): 497 – 512.
- 13 – Freidson E. As profissões são necessárias? 1984. In: Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e prática. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998, 191 – 212, 280p

14 – Johnson T. Governmentality and the institution of expertise. In: Health professions and the state in Europe. Johnson T, Larkin G & Saks M (org). London: Rutledge, 1995, 237p.

15 – Wolinsky FD. The profession dominance, deprofessionalization, proletarianization and corporatization perspectives: an overview and synthesis. In: The changing medical profession: an international perspective. Hafferty FW & McKinlay JB (org), New York/Oxford: Oxford University Press, 1993, 261p.

16 – Starr P. The social transformation of American medicine. New York: Basic Books, 1982.

17 – Freidson E. Professionalism: the third logic. Cambridge: Polity Press; 2001.

18 - Dicionario Espasa de Medicina © De esta edición: Espasa Calpe, 1999 © Instituto Científico y Tecnológico de la Universidad de Navarra, 1999

19 – Sigerist, HE. História y sociologia de la medicina. Bogotá: Editora Guadalupe, 1974.

20 - Pereira-Neto, AF. Identidades profissionais médicas em questão: congresso nacional dos práticos, Brasil (1922). Cad Saúde Pública 2000; 16 (2): 399-409, abr-jun.

21 - Pereira-Neto, AF. Ser médico no Brasil: o presente no passado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

22 – Lolas F. Medical Praxis: an interface between ethics, politics and technology. Soc Sci Med 1994; 39 (1): 1-5.

23 - Ribeiro, JM & Schreiber, LB. A autonomia e o trabalho em medicina. Cad Saúde Pública 1994; 10 (2): 190 – 199, abr/jun.

24 - Navarro, V. Professional Dominance or Proletarianization, neither. Millbank Q 1988; 66 suppl 2: 57 – 75.

25 - Motta L.B. Formando médicos para o desafio do envelhecimento com qualidade no Brasil: Uma contribuição à elaboração de currículos. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.

26 – Haug M. Deprofessionalization: an alternative hypothesis for the future. Sociological Review Monograph 1973; 20: 195-211.

27 - Haug M. A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization. The Millbank Q, 1988; 66 suppl 2: 48 – 65.

28 - Haug, MR & Lavin B. Practitioner or patient – who's in charge? Journal of Health and Social Behavior 1981; 22 (september): 212-229.

29 - Mckinlay, JB. The business of good doctoring or doctoring as good business: reflections on Freidson's view of the medical game. *Int J Health Serv* 1977; 7(3): 459-483

30 - McKinlay JB & Arches J. Hacia la proletarización de los médicos. *Cuadernos Medico Sociales* 1986; 35: 35-61.

31 - Mckinlay, JB & Stoeckle, JD. Corporatization and social transformation of doctoring. *Int J Health Serv* 1988; 18(2): 191-203

32 - Mckinlay, JB & Marceau, LD. The end of the golden age of doctoring. *Int J Health Serv* 2002; 32 (2): 379-416.

33 - Hartley H. The system of alignments challenging physician professional dominance: an elaborated theory of countervailing powers. *Sociology of Health and Illness* 2002; 24 (2): 178-207.

34 - Emanuel EJ & Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship, *JAMA* 1992; 267 (16): 2221-2226

35 - Quill TE & Brody H. Physician Recommendations and Patient Autonomy Finding a Balance between Physician Power and Patient Choice, *Annals of Internal Medicine* 1996; 125 (9): 763-769.

36 - Charles C, Gafni A & Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44 (5): 681-692

37 - Charles C, Gafni A & Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999; 49: 651-661

38 - Almeida, JLT. Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente. [Doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 129 p.

39 - Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Soc Sci Med* 2003 ; 56: 1595-1604

40 - Luz, ML. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 2 ed., revista - São Paulo: Hucitec, 2005.

41 - Cotten SR, Gupta SS. Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1795-1806

42 - Fox NJ, Ward KJ, O'Rourke AJ.(a) The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet. *Soc Sci Med* 2005; 60: 1299–1309

43 - Hardey M. Doctor in the house : the internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise. *Sociology of Health & Illness* 1999; 21 (6): 820-835.

44 - Henwood F, Wyaat S, Hart A & Smith J. Ignorance is a bliss sometimes: constraints on the emergence of the “informed patient” in the changing landscape of health information. *Sociology of Health & Illness* 2003; 25 (6): 589-607.

45 - Lupton D. Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Soc Sci Med* 1997; 45 (3): 373-381.

46 - Mead N & Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1087-1110

47 - Mead N et al. The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med* 2002; 55: 283–299

48 - Ford S, Schofield T, Hope T. What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation?: A qualitative study. / *Soc Sci Med* 2003; 56: 589–602

49 - van Kleffens T, van Baarsen, van Leeuwen E. The medical practice of patient autonomy and cancer treatment refusals : a patients' and physicians' perspective. *Soc Sci Med* 2004;58: 2325–2336.

50 - Stevenson FA, Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley CP. (a) Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Soc Sci Med* 2000; 50: 829-840

51 - Zandbelt LC, Smets EMA, Oort FJ, de Haes HCJM. Coding patient-centred behaviour in the medical encounter. *Soc Sci Med* 2005; 61: 661–671

52 – Freidson E. A natureza mutável do controle profissional. 1984. In: *Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e prática*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998, 169 – 188, 280p

53 – Freidson E. The reorganization of the medical profession. 1985. In: Freidson, E, *Medical Work in America: essays on health care*. New Haven/London: Yale University Press, 1989, 274p.

54 - Maciel ML. Hélices, sistemas, ambientes e modelos: os desafios à Sociologia da Inovação. *Sociologias* 2001; 6: 18-29.

55 - Chapple A, Campbell S, Rogers A, Roland M. Users' understanding of medical knowledge in general practice. *Soc Sci Med* 2002 ; 54 : 1215–1224

56 - Falkum E., Fiorde R. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship: Attitudes among Norwegian physicians. *Soc Sci Med* 2001; 52: 239-248

57 - Gaston CM & Mitchel G. Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: A systematic review. 2005; Article in Press

58 - Ziebland S. The importance of being expert: the quest for cancer information on the Internet. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1783–1793

59 – Hafferty FW & McKinlay JB. Cross-cultural perspectives on the dynamics of medicine as a profession. In: *The changing medical profession: an international perspective*. Hafferty FW & McKinlay JB (org), New York/Oxford: Oxford University Press, 1993, 261p.

60 – Wilensky HL. The professionalisation of everyone? *The American Journal of Sociology* 1964; 70 (2): 135-158.

61 – Conselho Federal de Medicina. *O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Coordenado por Mauro Brandão Carneiro e Valdiney Veloso Gouveia. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004.

62 – Serviço Social da Indústria (Sesi) – Relatório Anual de Informações Sociais (Rais) – Ministério do Trabalho. *Jornal do Brasil*, 05/10/2005, p. a21.

63 - McCallin A. Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem? *Journal of Nursing Management* 2003; 11: 364-370.

64 – Hafferty FW. Theories at the crossroad: a discussion of evolving view on medicina as a profession. *The Millbank Quarterly* 1988; 66 (supp 2): 202-225.

65 – Freidson E. Até que ponto as profissões dominam? 1993. In: *Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e prática*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998, 65 – 81, 280p.

66 – Chollet DJ& Lewis M. Private insurance: principles and practice. *Proceedings of the Innovations in Health Care Financing international conference*; 1997 Mar 10-11; Washington DC, USA.

67 – Medici, AC. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Rev Adm Pub* 1992; 26 (2): 79-115.

68 – Congresso Nacional. Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) com a finalidade de investigar denúncias de irregularidades na prestação de

serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde. Brasília: Congresso Nacional,; 2003.

69 - Oliveira, JAA & Teixeira, SMF. (Im) Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985

70 - Singer, P. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde / Paul Singer, Oswaldo Campos e Elizabeth Machado de oliveira; seleção e coordenação de Fernando Lopes de Almeida e Francisco Rego Fernandes. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981

71 - Farias LO & Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8 (2): 585-598.

72 - Sposati A & Lobo E. Controle Social e Políticas de Saúde. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378, oct/dec, 1992.

73 - Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(6):1670-1681, nov-dez, 2004 +CF

74 - Noronha JC & Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e Saúde* 2001; 6 (2): 445-450.

75 - Ribeiro JM. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS) *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13 (1): 81-92, jan-mar, 1997.

76 - Wendhausen A. & Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (6):1621-1628, nov-dez, 2002.

77 - Pessoto U C; Nascimento P R & Heimann L S A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17 (1):89-97, jan-fev, 2001.

78 - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Informações sobre beneficiários, operadoras e planos: dados do setor. Edição de fevereiro de 2005. (www.ans.gov.br/portal/site/home/index.asp)

79 - Farias LO. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6 (2): 405-416.

80 - Menicucci, TMG. Público e Privado na política de assistência à saúde no Brasil. Trabalho apresentado no 4º Encontro Nacional da ABCP - Associação Brasileira de Ciência Política 21- 24 julho 2004 - PUC - Rio de Janeiro.

81 - Bahia L. Planos privados de saúde : luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6 (2): 329-339

82 - Duarte CMR. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2001; 17 (4): 999-1008.

83 - Central de convênios. <http://www.centralmedica.org.br/> (acessado em 14/10/2005).

84 - Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo: história e teoria. Madrid: Alianza Editorial, 1964.

85 - Lupton, D. Doctors on the medical profession. *Sociol Health Illn* 1997; 19 (4): 480-497.

86 - Conselho Federal de Medicina (CFM) – Portal Médico: estatística. <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=estatisticas&portal> (acessado em 14/10/2005)

ANEXO 1

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO/PERFIL:

- Tempo de formado, especialidade, tipo de atividade (privada/pública), número de atividades, trabalho com planos e seguros de saúde (S/N).

ROTEIRO PARA ORIENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR:

Relação com os Convênios

- Trabalha com convênios?
- Como foi a decisão de adotar o trabalho com planos e seguros de saúde? / Como foi a decisão de não trabalhar com planos e seguros de saúde?
- Pretende adotar (ou abandonar) o trabalho com planos e seguros de saúde?
- Sempre teve os mesmos planos de saúde? / Abandonou algum plano de saúde ao longo do tempo? Como foi esse processo?
- Existem diferenças entre os planos de saúde? Quais são os planos melhores para trabalhar?
- Existe seleção de médicos? Como é feita essa seleção?
- Como é sua relação com os planos de saúde?
- Já sentiu interferência com suas decisões técnicas e com o seu trabalho?
- Tem exemplos? / Como reagiu?
- Acha que o trabalho com planos e seguros de saúde muda alguma coisa no seu trabalho? / Se muda, como isso o afetou?

Relação com os Pacientes

- Existe diferença na relação com o paciente particular e com o do convênio?
- Você acha que para os pacientes existe diferença entre o médico particular e o médico do convênio?
- Isso altera a relação de compromisso entre os dois atores?