

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde  
- ROREHS-

Estação  
CETREDE/UFC/UECE

*O trabalho do médico*  
**de profissional liberal a assalariado**



Fortaleza - 2006

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE  
ESTAÇÃO CETREDE / UFC / UECE

**O TRABALHO DO MÉDICO: DE  
PROFISSIONAL LIBERAL A  
ASSALARIADO**

RELATÓRIO FINAL

FORTALEZA  
2006

# O TRABALHO DO MÉDICO: DE PROFISSIONAL LIBERAL A ASSALARIADO

## **COORDENAÇÃO INSTITUCIONAL**

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Estação CETREDE / UFC / UECE

### **Equipe de Elaboração**

Prof. Dr. José Meneleu Neto (Coordenador)

Prof. Dr. João Bosco Feitosa dos Santos

Prof. Dr. João Tadeu de Andrade

Rosana Lima Rodrigues (Bolsista)

Carlos Henrique Lopes Pinheiro (Bolsista)

Flávia Emanuela de Oliveira (Bolsista)

## **RESUMO DO PROJETO 2 – O TRABALHO DO MÉDICO: DE PROFISSIONAL LIBERAL A ASSALARIADO.**

As mudanças no mercado de trabalho provocadas pela reestruturação produtiva a partir dos anos 80, vêm afetando todas as categorias profissionais, incluindo os profissionais de saúde. Diante disso, interessa-nos verificar com qual intensidade os médicos, que tem alcançado maior status entre os profissionais de saúde, tem se submetido a processos de precarização nas relações de trabalho e como o assalariamento vem afetando sua histórica autonomia empregatícia. O objetivo deste estudo, portanto, é investigar a trajetória e especificidades decorrentes do processo de assalariamento da profissão de médico no estado do Ceará nos períodos de 1960 a 2000.

A investigação orienta-se por uma abordagem quanti-qualitativa através de um estudo documental onde serão utilizadas informações do Conselho Regional de Medicina – CRM, dos dados do IBGE - RAIS) e de cadastro da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA. Pretende-se utilizar dos recursos da História Oral para identificar as trajetórias dos profissionais médicos do Ceará.

REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE  
- ROREHS-

ESTAÇÃO  
CETREDE/UFC/UECE

**O TRABALHO DO MÉDICO:  
DE PROFISSIONAL LIBERAL A ASSALARIADO**

FORTALEZA - 2006

**O TRABALHO DO MÉDICO:  
DE PROFISSIONAL LIBERAL A ASSALARIADO**

**COORDENADOR**

JOSÉ MENELEU NETO

**PESQUISADORES**

JOÃO BOSCO FEITOSA DOS SANTOS

JOÃO TADEU DE ANDRADE

**PESQUISADORES DE CAMPO**

ROSANA LIMA RODRIGUES

CARLOS HENRIQUE LOPES PINHEIRO

FLÁVIA EMANUELA DE OLIVEIRA

**PROJETO GRÁFICO,**

**EDITORAÇÃO E CAPA**

MAYRE SABÓIA

# SUMÁRIO

04	<b>1. INTRODUÇÃO</b>
06	<b>2. TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO MÉDICO NO BRASIL E NO CEARÁ</b>
06	2.1. Aspectos sóciopolíticos e econômicos
08	2.2. Caracterização, perfil e tendências do profissional médico
12	2.3. Formação do Médico: Instituição formadora e Perfil do Formando
14	-A qualidade da formação
15	-Especialidades
17	-Notas do capítulo 1
18	-Gráficos do capítulo 1
19	<b>3. ORGANIZAÇÃO E CONDIÇÕES DE TRABALHO</b>
19	3.1. Vínculos empregatícios
20	-Autonomia em questão
22	-Remuneração e status socioeconômico
24	-Condições de trabalho
27	-As novas e velhas Patologias
28	-Notas do capítulo 2
29	<b>4. RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE</b>
30	-Perspectivas
32	<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>
34	<b>BIBLIOGRAFIA</b>

O mundo do trabalho nas últimas décadas passa por mudanças em todos os âmbitos, as quais provocaram inúmeros rebatimentos em outros setores da vida social, notadamente no exercício de várias profissões. O desemprego estrutural e o surgimento de novas tecnologias repercutem na diminuição e reconfiguração de postos de trabalho, tornando-se uma temática merecedora de estudos e pesquisas em seus mais variados campos do saber.

Diante de tantas mudanças, notadamente as veiculadas pela reestruturação produtiva, o perfil do trabalhador é alvo de alterações e nenhuma categoria profissional ficou imune a essas transformações. Os profissionais da área de saúde, de modo geral, também sofrem conseqüências da reestruturação produtiva, incluindo os médicos que, mesmo tendo alcançado um *status* diferenciado entre as demais profissões de saúde, estão se submetendo a processos de crescente assalariamento e relações de mercado autônomas “atípicas” que provocam transformações na historicamente consolidada “Medicina liberal” (DONNANGELO, 1995).

Esse assalariamento médico tem algumas especificidades, comparado com o de outras categorias. A flexibilidade e a auto-regulação inerente a estes profissionais produzem várias formas de assalariamento, criadas para adaptar à natureza da profissão que a torna específica pelo fato de, em alguns casos, manter autonomia no exercício laboral, mediante uma relação salarial com inúmeras configurações. Importante é salientar que as mudanças nas relações de trabalho de um profissional considerando de maior *status* na área de saúde afetarão, conseqüentemente, todo o sistema de saúde. Portanto, compreender como são estabelecidas essas transformações para esse profissional é fundamental para uma análise de seus rebatimentos em outras categorias.

Nesse sentido, a recuperação de trajetórias de trabalho desses profissionais poderá ser esclarecedora para a compreensão dessas mudanças, que afetam não somente o profissional em si mas também outros atores a eles vinculados, sobretudo, a clientela. Tudo isso tem implicações diretas nas políticas locais de saúde. Na verdade, ao se procurar compreender os processos específicos de assalariamento, vislumbrou-se a possibilidade de verificar até que ponto há também formas específicas de precarização<sup>1</sup> do ofício de médico. A partir da investigação das trajetórias e particularidades do exercício desta profissão no Estado do Ceará e, complementarmente, a precarização mesma da própria função do exercício da Medicina, não se estaria realizando uma investigação inédita. Autores como Donnangelo: 1975,1980; Sayeg: 1987; Médici:1987; Ribeiro:1994; Schraiber:1995; Machado: 1992, 1995, 1996; entre outros, estudaram a temática, destacando-se a pesquisa coordenada em 1995 pela socióloga Maria Helena Machado, que apresenta um perfil dos médicos no Brasil e discute aspectos inéditos e importantes da profissão. Essa pesquisa é imprescindível para o estudo que ora apresentamos sobre o médico do Estado do Ceará. A autora, além de produzir dados e informações relativas ao Brasil, também disponibilizou o perfil do médico a partir de cada estado da Federação.

No presente estudo, aprofundaram-se alguns dados com o recurso da entrevista semi-estruturada com médicos de vários perfis, que exerceram ou exercem a Medicina no período de 1960 a 2000. Inicialmente foi realizada busca exploratória no Conselho Regional de Medicina, no Sindicato dos Médicos e na Academia Cearense de Medicina, bem como consultas às pesquisas na CNES, cujos resultados serviram para que a equipe estabelecesse os seguintes critérios de seleção dos entrevistados. Em Fortaleza: dois membros da Academia

Cearense de Medicina (um homem e uma mulher); um(a) funcionário(a) público com função administrativa; um(a) que exercesse cargo político; um(a) médico(a) vinculado(a) ao SUS; um(a) vinculado(a) ao PFS; um(a) que tivesse clínica; um(a) médico(a) ligado a universidade; um(a) que fosse ligado(a) a uma empresa e um(a) que dependesse exclusivamente de plantões. Em Sobral e Crato: os secretários de saúde ou alguém por ele indicado, que conhecessem o mercado de trabalho local e duas pessoas vinculadas à formação profissional do médico. Ao todo foram realizadas 15 entrevistas.

Evidentemente percebeu-se que nenhum deles se enquadrava somente naquela categoria pela qual foram selecionados para a entrevista. O funcionário público, por exemplo, também tinha clínica e vice-versa: o aposentado foi professor universitário, funcionário público e ainda clínica, e assim por diante. Enriquecedora para a pesquisa foi à discussão de questões inerentes a cada um em sua época de exercício da profissão, o que ratifica a tecnificação exacerbada da Medicina que, por sua vez, interfere no perfil profissional. Os mais velhos remetiam ao trabalho como era e muitos deles, como ainda trabalhavam hoje, puderam comparar as diversas fases do exercício profissional.

É importante salientar que as falas apresentadas neste relatório não identificam o nome do (a) entrevistado(a), entretanto, algumas vezes são relatadas nas análises as suas funções laborais, seu perfil, ou ainda o período em que estão inseridos. Considerando o período em estudo, optamos por caracterizar os entrevistados em: formados há muito tempo (aqueles que se formaram antes de 1960), os formados há algum tempo (entre 1960 a 1990) e os de formação recente (que se graduaram a partir dos anos 1990).

Para este estudo, optou-se pela realização de uma pesquisa em que os dados quantitativos fossem provenientes de documentos do Conselho Regional de Medicina, do Sindicato dos Médicos, dos registros da RAIS/IBGE e, sobretudo, da pesquisa realizada por Machado (1995) e dos dados do RAIS/IBGE.

Os dados da RAIS<sup>2</sup> entretanto, só se referiam estritamente aos profissionais registrados como trabalhadores formais, o que é um fenômeno difícil de se trabalhar nessa categoria, que tem múltiplos empregos, e nem todos são registrados em carteira, embora muitas dessas relações sejam de assalariamento. Como não foi possível obter a série histórica no período 1960/2000, resolvemos trabalhar com os dados do período 1985 a 2002. Nesse tempo, podem ser inferidas algumas observações sobre o perfil do médico do setor formal no Ceará.

*O estudo de Machado foi importante, considerando-se que desde sua realização não houve muitas*

*mudanças no perfil do médico no Ceará, sobretudo porque as novas universidades irão certamente causar transformações significativas nesse quesito, pois ainda não formaram turmas. Assim, podemos apenas aprofundar junto aos entrevistados alguns dados da pesquisa realizada em 1995 que porventura não fossem próximos da realidade atual. Interessante é observar que a maioria conhecia a pesquisa e concordava com os resultados. Sendo assim, cabe à equipe o registro das especificidades que o Estado possui, que, de certo modo, não é específico só do Ceará, mas do contexto atual em que se enquadram os médicos no Brasil.*

O presente relatório está composto por três partes. Inicialmente (Capítulo 2), são discutidas as transformações no mercado de trabalho no Brasil nos aspectos políticos e econômicos. Neste item, são também apresentados os perfis dos médicos e as tendências atuais do profissional de Medicina, bem como a formação do médico, compreendendo a discussão sobre instituição formadora e o perfil do formando. No seguinte módulo, são apresentadas discussões sobre a organização e as condições do trabalho, destacando-se os vínculos empregatícios, a condição de autonomia e remuneração e as condições específicas de trabalho. Na quarta parte, são trazidas uma discussão sobre a relação médico e paciente e as perspectivas do profissional de Medicina.

## NOTAS DO CAPÍTULO 1

<sup>1</sup> Assim como há formas específicas de assalariamento, há também formas específicas de precarização.

<sup>2</sup> A gestão governamental do setor do trabalho conta com importante instrumento de coleta de dados denominado de Relação Anual de Informações Sociais - RAIS. Instituída pelo Decreto no 76.900, de 23/12/75, a RAIS tem por objetivo o suprimento às necessidades de controle da atividade trabalhista no País, e ainda, o provimento de dados para a elaboração de estatísticas do trabalho e a disponibilização de informações do mercado de trabalho às entidades governamentais.

## 2. TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO MÉDICO NO BRASIL E NO CEARÁ

### 2.1 ASPECTOS SOCIOPOLÍTICOS E ECONÔMICOS

Em linhas gerais, o mercado de trabalho para o médico no Ceará, nas três regiões escolhidas (Fortaleza, Sobral e Cariri), a partir das trajetórias individuais analisadas, segue os influxos e tendências de determinadas conjunturas sociopolíticas e de eventos próprios ao campo restrito da saúde. A este propósito, é oportuno destacar que a redefinição do perfil profissional do médico, nos últimos vinte anos, resulta em parte de eventos importantes e significativos, tais como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1988 (sendo depois regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, em 1990). Como consequência, a interiorização das ações de saúde e a implantação de equipes do Programa de Saúde da Família – PSF em centenas de municípios brasileiros contribuíram igualmente para a transformação do perfil do médico e de sua ocupação profissional.

Nesse longo período, é preciso destacar ainda o fortalecimento crescente do setor privado de saúde, expresso na criação e expansão de cooperativas médicas e de planos de saúde que, inegavelmente, colaboram para o gradativo assalariamento deste profissional, como diversos estudos similares têm apontado (MACHADO, 2003; AMÂNCIO FILHO e PIERANTONI, 2004; Mercado de Trabalho médico no Estado de São Paulo, 2002)<sup>1</sup>.

Nos depoimentos dos entrevistados, o crescente papel dos planos de saúde e cooperativas médicas na intermediação dos serviços de saúde entre médicos e pacientes é ressaltado. Esta intermediação, contudo, se caracteriza, entre outras coisas, pelos vínculos de dependência do médico às deliberações dos planos (perda de autonomia), baixa remuneração das consultas, negação de direitos a usuários e desrespeito a normas trabalhistas, assim dizem os relatos. Nas palavras de um

entrevistado, este sistema de prestação de serviços assemelha-se a um “SUS privado”, responsável pela massificação do trabalho médico, sob a lógica do capital.

Durante a década de 1970, o sistema de saúde vigente, no contexto do regime militar, favoreceu o modelo médico-assistencial privatista, que havia sido instalado anos antes no País (ANDRADE e BARRETO, 2002). Ao longo da década de 1980, em decorrência de mudanças econômicas e políticas no País, um movimento de substituição do modelo médico privatista por outro modelo de atenção à saúde tomou corpo. O esforço ocorreu na direção de um mecanismo de universalização, desconcentração e integração das ações e políticas de saúde em um sistema único, respeitando a integralidade dos cuidados e a regionalização dos serviços. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, reconhecida como histórica para a execução de ampla reforma sanitária, ratificou essa tendência, destacando a necessidade de um sistema unificado, o que produziu repercussão estratégica na elaboração da Constituição federal em 1988.

Em seu artigo 196 e seguintes, a Carta Máxima de 1988 estabeleceu as diretrizes gerais da ação do Estado para com a área de saúde e criou o Sistema Único de Saúde – SUS, conferindo prioridade aos aspectos de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Por sua vez, todos os profissionais consultados nas diversas entrevistas são unânimes em reconhecer o SUS como um grande avanço na política nacional para a saúde, malgrado, aqui e ali, necessidades para o seu aperfeiçoamento, como é o caso do financiamento público do sistema e da situação trabalhista dos profissionais envolvidos. A este respeito, anota um de nossos entrevistados:

*Sem dúvida, sem dúvida. Principalmente após a implementação do Programa Saúde da Família. O SUS*

*cria um mercado de trabalho extraordinário para o médico. E se não é aquilo que o médico gostaria de receber mensalmente, mas é um valor significativo e gratifica muito. É um trabalho gratificante. Então o SUS, sem dívida, ele abre oportunidade enorme de trabalho para os médicos. (formados há muitos tempo<sup>2</sup>).*

É oportuno ressaltar, de acordo com os depoimentos colhidos, que o SUS não constitui apenas um alargamento dos postos de trabalho para o médico, mas se configura como um avançado instrumento de política pública que, ao ampliar o conceito de saúde, insere os profissionais da área – os médicos incluídos – em uma nova estrutura de gestão dos serviços de saúde.

Como decorrência dos princípios norteadores do SUS, particularmente o da integralidade, que prioriza ações preventivas em saúde, a criação do Programa de Saúde da Família – PSF em 1994, como política nacional de saúde, constitui uma estratégica ação do Estado, de caráter municipal, voltado para a atenção básica, com presença crescente em cidades do interior do País. Isto se traduziu em alternativa de trabalho para os médicos e na própria expansão dos postos de trabalho para o médico e para outros profissionais que integram as equipes do PSF, tais como enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde.<sup>3</sup>

No caso do Ceará, sabe-se que o Estado foi pioneiro na implantação deste Programa, o que atraiu a presença do profissional médico para cidades como Crato, Juazeiro do Norte e Sobral (as que este estudo investigou, somadas a Fortaleza), além de outras tantas no território cearense, de tal modo que 83% dos municípios cearenses em 1988 já contavam com equipes do PSF. O motivo principal para a migração destes profissionais para o interior, formados na sua maioria em centros urbanos (particularmente em Fortaleza), tem sido os salários atraentes e a perspectiva de um ritmo de vida mais moderado, ainda que este médico freqüentemente se divida em atender em distintos municípios da região onde foram lotados para aumentar seus rendimentos.

Com relação a aspectos que não se incluem diretamente no campo da saúde, mas que são definidores de um cenário no qual o Ceará também está inserido, é preciso considerar o moderno processo de urbanização. Sabe-se que o Brasil, nas últimas três décadas, experimenta intenso fenômeno de urbanização, com as complexas relações e desdobramentos para a vida diária de milhões de pessoas. O Ceará não foi imune a este fenômeno e, em verdade, cidades como Sobral, Iguatu, Juazeiro do Norte e Crato constituem exemplos de pólos de concentração urbana no interior do estado, e, é claro, a Região Metropolitana de Fortaleza.

Em decorrência disto, é possível sustentar que todas as mazelas da urbanização interferem no trabalho médico, para citar algumas: aumento da população, novas / velhas patologias, endemias que o poder público tem de resolver, problemas relacionados a estresse, violência, trânsito caótico que dificulta o deslocamento de profissionais de um bairro a outro. Por sua vez, as doenças típicas de grandes aglomerados tendem a se alastrar pela desorganização e desassistências das cidades. Epidemias como a dengue, leptospirose, cólera, dentre outras, tornam-se um grande problema nos centros urbanos, justamente em razão do seu crescimento desordenado e carente de políticas de saneamento básico, destino do lixo, atendimento a populações mais carentes, condições de habitação etc.

O pior é que o ritmo urbano está sendo transferido para o restante do Estado. O médico que se estabelece ali dificilmente fica somente naquele município. Ele procura trabalhar em outras regiões e os excessos de deslocamentos são um risco a mais. Ademais, alguns deles mantêm domicílio em Fortaleza, para onde se deslocam nos finais de semana.

Em sendo assim, o médico como profissional que vive nas grandes e médias cidades, seja no Ceará ou em outras regiões do País, também está sujeito a estas transformações sócio-urbanas, como outros milhares de trabalhadores, que fazem parte do Brasil contemporâneo. Em um dos depoimentos colhidos, um médico apresenta uma descrição bem realista desta situação:

*As cidades cresceram muito, até por conta desse processo mesmo de crescimento natural que teria e além do êxodo mesmo. Então aí, todo bairro que nasce se cria toda uma demanda. Demanda de delegacia, de igreja, de serviço de saúde. Então o médico tem que ir para postos de saúde, centros de saúde, hospitais cada vez mais distantes. E como eu lhe disse, ele pulveriza muito a atuação profissional. E num trânsito totalmente caótico, difícil. Então ele tem que correr para vários lugares de trabalho: consultórios, posto de saúde, hospital. Várias vezes ao dia. Isso a urbe desorganizada como está cria mais uma dificuldade para o desempenho profissional dele, mais perda de tempo.*

A denúncia da “pulverização da atuação médica” chama particularmente a atenção, pois se expõe como mais um agravante na qualidade de serviço dos médicos, no ambiente urbano. Este fator se articula necessariamente ao múltiplo emprego, que inegavelmente intensifica o estresse do profissional médico nos dias atuais. Sendo assim, como se pode verificar, o contexto urbano, nos moldes há pouco descritos, tem um papel relevante nas condições específicas de realização do trabalho médico.

Um aspecto associado a esta condição diz respeito ao ritmo de vida acelerado no qual se insere o médico, o que ocasiona alterações em seu desempenho e na qualidade de seus serviços. Uma entrevistada destaca a precariedade a que o trabalho do médico pode chegar:

*Às vezes você vê, como qualquer outra atividade, o médico liga no automático, certo. Às vezes eu vou acompanhar a minha amiga e ficou conversando com ela lá no posto de saúde. Aí tem assim oitenta meninos na fila. É aquela coisa toda. Tá ligado no automático. Sai um, dá um soro para outro, faz não sei que lá, descreve no prontuário, diz pra enfermeira, faz não sei que lá. Aí acabou. Aí ela não bebe água. A necessidade de suprir o organismo. Ela passa por cima das suas necessidades fisiológicas, deixa pra depois, deixa para não sei quando, entende? Aí assim, o que é que eu pego? Eu pego o médico com insônia, certo? Quando é o momento de dormir, ele não consegue mais dormir. Eu pego médico com processos alérgicos que tem tudo a ver com ansiedade, como o estresse mesmo. E aí a qualidade de vida dele enquanto pessoa, que é um paciente em potencial, é péssima. Por que? Por causa do trabalho*

É importante lembrar aqui o fato de que a boa performance do médico, tão cobrada e celebrada na sociedade, tem sua qualidade comprometida pelo intenso acúmulo de tarefas, o que põe em risco não somente o usuário de seu serviço como mas também sua própria condição pessoal, como esta representante da categoria avisa.

Por outro lado, as condições socioeconômicas de grande parte da população – especialmente a de baixos rendimentos – provoca igualmente repercussões no trabalho do médico. O desenvolvimento das especialidades médicas, ainda que tenha vantagens inquestionáveis para um paciente cada vez mais exigente, também apresenta contradições, em face de uma medicina que poderia ser mais social e preventiva. Um dos entrevistados toca o assunto:

*Nos últimos anos o que a gente vem vendo é isso: as faculdades tão formando verdadeiros robôzinhos para trabalhar o dedo da mão esquerda, de um paciente todo bonito, cheiroso, de paletó e que não é a realidade. A realidade é que nós temos uma população pobre, carente e miserável.*

No que diz respeito particularmente ao campo de saúde no Ceará, é importante ainda ressaltar o crescimento da medicina complementar e alternativa, cujos exemplos mais fortes são a homeopatia e a acupuntura,

transformadas em especialidades médicas anos atrás. A formação de médicos nessas áreas, a criação de associações profissionais (Associação Cearense de Homeopatia, as de acupuntura etc), o aumento da demanda dos usuários e a credibilidade dos resultados destes tratamentos, também abriram um campo de oportunidades para os médicos, que tende a aumentar.

Finalmente, o perfil do mercado de trabalho para o médico, no que diz respeito a diversas configurações socioeconômicas e políticas, não pode deixar de omitir o macroprocesso de mercantilização da doença que está conectado, segundo um de nossos entrevistados, a uma prática médica de modelo industrial. Esta possibilidade vai ao encontro da percepção de que o fenômeno da globalização econômica no Brasil intensifica o assalariamento da categoria médica, aprofunda a precarização do trabalho, na medida em que tais fatores são inerentes à lógica capitalista de produção de bens e serviços (AMÂNCIO FILHO e PIERANTONI, 2004). Conforme citado anteriormente, esse amplo processo se intensifica com a participação crescente de cooperativas de médicos e de planos de saúde, agentes ativos da lógica econômica acima indicada.

## 2.2 CARACTERIZAÇÃO, PERFIL E TENDÊNCIAS DO PROFISSIONAL MÉDICO

A pesquisa sobre o perfil dos médicos no Brasil coordenada por Machado (1995) retratou o profissional de Medicina por intermédio de uma amostra significativa. Apoiado nessa pesquisa, foram retiradas algumas configurações importantes da classe médica no Brasil que servirão de subsídio para o estudo que ora se apresenta:

- 69,7% dos médicos está no setor público, 59,3% no privado e 74,7% em consultórios.
- há um aumento da participação feminina.
- o contingente de jovem de menos de 45 anos está aumentando.
- a maioria ainda atua nas capitais brasileiras (65,9%).
- a atividade e os processos de trabalho são de natureza múltipla.

Em suma, o médico atual transita entre consultórios e empregos públicos mais que privados; tende a exercer a profissão cada vez mais jovens, ainda não se interiorizou suficientemente, intensificando-se seus multiempregos e tendo crescente participação do contingente feminino.

No Estado do Ceará, a pesquisa de Machado identificou a predominância do sexo masculino (61,3%), sendo 17,5% dos médicos oriundos de outros estados da Federação; são jovens na profissão, já que 61,1%

têm menos de 45 anos de idade; geralmente são de famílias que possuem outros médicos, apresentando 54,9% dos pesquisadores com avós, pais, irmãos, filhos, tios ou sobrinhos médicos, o que a autora chamou de “linhagem médica”.

Ainda hoje se percebe nas universidades a perseverança da “linhagem médica”. Se nos anos anteriores a insistência dos pais para que os filhos seguissem sua profissão ocorria principalmente pelo *status* que a Medicina auferia, nos dias atuais, esta linhagem decorre da instabilidade no mercado de trabalho. De fato, é mais fácil o “herdeiro” continuar no consultório do parente ou ser indicado para um emprego no ramo, pelo sobrenome que carrega, do que iniciar uma carreira sem essa facilidade, sobretudo nos dias de hoje, com o aumento da competição.

Embora o período desta pesquisa tenha sido dos anos 1960 aos 2000, no estudo dos dados da RAIS, só foi possível reaver informações de 1985 a 2000. Esse período de 15 anos, entretanto, demonstra importantes configurações do assalariamento médico no Estado. Tomando-se a série histórica do estoque de empregos médicos fornecida pela RAIS no período 1985 a 2002, percebem-se algumas especificidades do emprego formal do médico no Estado.

Aparentemente, parece haver uma contradição com a idéia da expansão dos empregos assalariados. Há de se ter em mente, entretanto, as várias formas de assalariamento não registradas pelo Ministério do Trabalho e Emprego, sobretudo, no contingente médico. Por exercitarem o multiemprego, os médicos procuraram opções de ampliação renda e flexibilidade na atividade profissional não captadas pela RAIS. Diante disso, há freqüentemente formas de pagamentos que fogem às normas do emprego formal em que o Ministério do Trabalho e Emprego tenta controlar.

A série histórica dos estoques de empregos médicos fornecida pela RAIS revela, inicialmente, uma redução no número de empregos médicos formais no Ceará entre 1985 e 2002. Esse fenômeno contradiz, claramente, a idéia da expansão dos empregos médicos assalariados. Além disso, flutuações importantes ocorreram no estoque de emprego ao longo do período. Neste sentido, podemos descrever três fases bem características.

A primeira, com o declínio do estoque entre 1985 até 1991; seguido por uma expansão entre 1992 e 1997; e, por fim, uma tendência de declínio entre 1996 e 2002.

*(ver Anexos - gráfico 1)*

Em 1985, os estabelecimentos com 1000 empregados ou mais respondiam por 3.464 médicos, ou seja, 67% do estoque total. Em que pese à redução no estoque de empregos, a importância dos grandes estabelecimentos permaneceu. Em 2002, ainda respondiam por 3.364 empregos médicos, ou seja, 51% do estoque total.

*(Tabela 01)*

Os grandes estabelecimentos se encontravam concentrados em Fortaleza. Do estoque de empregos médicos, a capital do Estado respondia em 1985 por 92% do total. Desse percentual, 72% estavam em estabelecimentos de mais de 1.000 empregados. Neste sentido, a série histórica revela que ocorreu certo nível de descentralização; descentralização que atingiu vários setores da economia, bem como o próprio o sistema SUS, embora por motivos diferentes. Ao longo das últimas duas décadas, foi se ampliando a participação de outros municípios na assistência à saúde e no estoque de empregos médicos. Esse processo produziu uma redução relativa na participação da cidade de Fortaleza no estoque de empregos médicos. A distribuição espacial dos empregos médicos, contudo, mostra que, se há uma

**TABELA 01: Variação do Estoque de emprego por tamanho do estabelecimento, Ceará – RAIS, 1985 e 2002.**

<i>Tamanho do Estabelecimento</i>	<i>1985</i>	<i>2002</i>	<i>Varição %</i>
<i>Ate 4 empregados</i> .....	<i>40</i> .....	<i>6</i> .....	<i>-85</i>
<i>De 5 a 9 empregados</i> .....	<i>74</i> .....	<i>19</i> .....	<i>-74,32</i>
<i>De 10 a 19 empregados</i> .....	<i>51</i> .....	<i>29</i> .....	<i>-43,13</i>
<i>De 20 a 49 empregados</i> .....	<i>133</i> .....	<i>111</i> .....	<i>-16,54</i>
<i>De 50 a 99 empregados</i> .....	<i>170</i> .....	<i>114</i> .....	<i>-32,94</i>
<i>De 100 a 249 empregados</i> .....	<i>278</i> .....	<i>316</i> .....	<i>13,66</i>
<i>De 250 a 499 empregados</i> .....	<i>448</i> .....	<i>425</i> .....	<i>-5,13</i>
<i>De 500 a 999 empregados</i> .....	<i>516</i> .....	<i>310</i> .....	<i>-39,92</i>
<i>1000 ou mais empregados</i> .....	<i>3.464</i> .....	<i>3.364</i> .....	<i>-2,88</i>
<b><i>Total</i> .....</b>	<b><i>5.174</i> .....</b>	<b><i>4.694</i> .....</b>	<b><i>-9,27</i></b>

Fonte: RAIS 1985/2002.

desconcentração, ela é acompanhada de uma reconcentração em alguns centros regionais, com Sobral, Crato e Barbalha.

Este fato mostra que municípios de porte médio passaram a ter maior importância no mapa do emprego médico no Ceará. Embora a atual configuração espacial ainda seja bastante concentrada, foi paulatinamente reduzida ao longo do período em análise com a consolidação de pólos regionais no restante do Estado. Análise da natureza jurídica do estabelecimento permite reforçar essa compreensão, contudo essa classificação não está disponível na RAIS para 1985; somente a partir de 1994, é verificável a concentração de empregos médicos em grandes estabelecimentos. Para o ano 1994, os estabelecimentos de mais de 1.000 empregados no Ceará respondiam por 2.801 empregos médicos, sendo que 95% deste estoque estavam em autarquias (31%) e na administração pública direta (64%). Portanto, desde meados da década de 1980, o emprego médi-

co assalariado se vinculava aos grandes estabelecimentos e à cidade de Fortaleza. A partir de 1994, a essa configuração se soma à confirmação da importância do setor público para o estoque de emprego médico.

*(ver Anexos - gráfico 2)*

A variação percentual do estoque por tamanho de estabelecimento mostra que, entre 1985 e 2002, todas as faixas de número de empregados foram objeto de redução, exceto a de 100 a 249 empregados, que incrementou seu estoque em 13,67%.

*(Tabela 02)*

A situação predominante do vínculo empregatício dos médicos em 1985 estava relacionada à condição dos assalariados regidos pela CLT, vindo em seguida os estatutários.

*(Tabela 03)*

A composição do emprego médico por faixa etária revela que o assalariamento formal está correlacionado às faixas etárias de 40 anos ou mais.

**TABELA 02: Variação do Estoque de emprego por tamanho do estabelecimento, Ceará – 1985-2002.**

<i>Tamanho do Estabelecimento</i>	<i>1985</i>	<i>2002</i>	<i>Varição</i>
<i>Ate 4 empregados</i>	<i>40,0</i>	<i>6,0</i>	<i>-85,0</i>
<i>De 5 a 9 empregados</i>	<i>74,0</i>	<i>19,0</i>	<i>-74,324</i>
<i>De 10 a 19 empregados</i>	<i>51,0</i>	<i>29,0</i>	<i>-43,137</i>
<i>De 20 a 49 empregados</i>	<i>133,0</i>	<i>111,0</i>	<i>-16,541</i>
<i>De 50 a 99 empregados</i>	<i>170,0</i>	<i>114,0</i>	<i>-32,941</i>
<i>De 100 a 249 empregados</i>	<i>278,0</i>	<i>316,0</i>	<i>13,669</i>
<i>De 250 a 499 empregados</i>	<i>448,0</i>	<i>425,0</i>	<i>-5,134</i>
<i>De 500 a 999 empregados</i>	<i>516,0</i>	<i>310,0</i>	<i>-39,922</i>
<i>1000 ou mais empregados</i>	<i>3.464,0</i>	<i>3.364,0</i>	<i>-2,887</i>
<b>Total</b>	<b>5.174,0</b>	<b>4.694,0</b>	<b>-9,277</b>

**TABELA 03: Estoque de emprego por Vínculo Empregatício, Ceará – 1985**

<i>Vínculo Empregatício</i>	<i>1985</i>
<i>CLT</i>	<i>3827</i>
<i>Estatutário</i>	<i>1067</i>
<i>Trab avulso</i>	<i>1</i>
<i>Outros</i>	<i>261</i>
<i>Ignorado</i>	<i>18</i>
<b>Total</b>	<b>5174</b>

A tendência de queda do estoque de emprego entre as faixas mais jovens – até os 39 anos - é contraposta ao crescimento do emprego nas faixas acima de 40 anos. É, sobretudo, na faixa de 50 a 64 anos que o incremento do emprego formal se mostra mais expressivo, au-

mentando em 235,94% entre 1985 e 2002. Pode-se afirmar que esse perfil é condicionado pelos ciclos de vida profissional dos médicos. No estudo de Machado a fase inicial da carreira é definida pela busca de especialização em que, no máximo duas atividades simultâneas

são desenvolvidas e os rendimentos são inferiores à média da categoria. Essa fase corresponde à faixa etária em torno dos 30 anos. Segue a fase de afirmação no mercado, entre os 40 e 45 anos, quando cresce o trabalho de consultório e reduz o setor público. Entre os 50 e 59 anos, setor público mais o consultório passa a ser privilegiada. Por fim a paralisação, com predominância do consultório. Tomando por base esses ciclos e a tendência atual de redução das faixas etárias dos médicos, temos como resultado a entrada mais cedo no ciclo dominante ou de consolidação.

**(Tabela 04)**

O tempo de emprego mostra que somente aqueles com 10 anos ou mais de empregado apresentaram aumento no estoque de ocupação, crescendo 115,48% entre 1985 e 2002. Todas as demais faixas apresentaram quedas consideráveis nesse período. Isso comprova que há uma dificuldade de inserção de jovens médicos no mercado formal de trabalho, predominando os que já são mais velhos ou possuem emprego há mais tempo.

**(Tabela 05)**

A queda do emprego médico entre 1985 e 2002 no Ceará ocorreu de maneira mais intensa entre as pessoas do sexo feminino, com queda de 19,26%, contra queda de 4,73% para pessoas do sexo masculino.

**TABELA 04: Estoque de emprego por Faixa Etária, Ceará – 1985 e 2002**

Faixa etária	1985	2002	Varição
18 a 24 anos	18	6	-66,67
25 a 29 anos	491	127	-74,13
30 a 39 anos	2.855	952	-66,65
40 a 49 anos	1.180	1.748	48,14
50 a 64 anos	512	1.720	235,94
65 anos ou mais	65	136	109,23
Ignorado	53	5	-90,57
<b>Total</b>	<b>5.174</b>	<b>4.694</b>	<b>-9,28</b>

FONTE: RAIS 1985/2002.

Entre os aspectos identificados na pesquisa de 1995 sobre o perfil dos médicos no Brasil, a coordenadora mostrou que, embora a profissão seja predominantemente masculina, a tendência de feminilização da profissão é observável em todos os estados. No Ceará também ocorre intensa participação feminina. Com base, porém, na série histórica da RAIS, houve redução no estoque de médicos entre 1985 e 2002 e essa retração se mostrou bem maior com relação ao contingente feminino. Essa retração indica que a progressão das mulheres no mercado de trabalho médico enfrenta dificuldades nas últimas décadas.

**TABELA 05: Estoque de emprego por tempo de emprego, Ceará – RAIS, 1998-2002**

Tempo de emprego	1985	2002	Varição
0,0 a 2,9 meses	89,0	54,0	-39,33
3,0 a 5,9 meses	112,0	63,0	-43,75
6,0 a 11,9 meses	403,0	175,0	-56,58
1,0 a 1,9 anos	439,0	225,0	-48,75
2,0 a 2,9 anos	320,0	207,0	-35,31
3,0 a 4,9 anos	906,0	313,0	-65,45
5,0 a 9,9 anos	1510,0	691,0	-54,24
10 ou + anos	1376,0	2965,0	115,48
Ignorado	19,0	1,0	-94,74
<b>Total</b>	<b>5174,0</b>	<b>4694,0</b>	<b>-9,28</b>

A razão para essa aparente reversão no processo de feminilização mostrada pelos dados da RAIS pode se relacionar à natureza do emprego médico vinculado ao corte de gênero. A maior presença relativa de mulheres no setor público num período marcado pela diminuição da oferta de vagas nesse setor estabelece uma correlação positiva que confirma a preferência das mulheres pelos empregos públicos.

Devem-se levar em conta as características do emprego das mulheres médicas. A preferência pelo emprego público também está associada às poucas modalidades na inserção das mulheres médicas: com bem mais emprego público e pouco consultório e menos ainda setor privado assalariado. Também há concentração das mulheres em umas poucas especialidades: 60% delas estão em apenas cinco especialidades (Perfil dos médicos no Brasil); preferência sexual pelas áreas de Pediatria e Dermatologia, o que leva à reprodução da divisão sexual do trabalho. As vantagens do emprego público permitem às mulheres médicas maior flexibilização das exigências sociais quanto ao gênero. Além disso, o setor privado traz vínculos trabalhistas sem direitos (CLT).

**(Tabela 06)**

As faixas salariais mostram considerável dispersão e estão baseadas no rendimento médio. Algumas faixas são claramente inconsistentes com a realidade salarial do médico. O que provoca essa anomalia nos dados da RAIS não

**TABELA 06: Empregos Médicos por sexo, Ceará, RAIS - 1985 a 2002**

Sexo	1985	2002	Varição
Masculino	3554	3386	-4,73
Feminino	1620	1308	-19,26
<b>Total</b>	<b>5174</b>	<b>4694</b>	<b>-9,28</b>

**TABELA 07: Empregos Médicos, por Salário e Natureza Jurídica do Estabelecimento, Ceará, 2002**

<i>Faixa</i>	<i>SPF</i>	<i>SPE</i>	<i>SPM</i>	<i>EE</i>	<i>Esfl</i>	<i>PFO</i>	<i>Total</i>
<i>De 0,51 a 1,00 sm</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>6,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>3,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>9,0</i>
<i>De 1,01 a 1,50 sm</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>3,0</i> .....	<i>14,0</i> .....	<i>5,0</i> .....	<i>1,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>23,0</i>
<i>De 1,51 a 2,00 sm</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>8,0</i> .....	<i>12,0</i> .....	<i>14,0</i> .....	<i>2,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>36,0</i>
<i>De 2,01 a 3,00 sm</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>10,0</i> .....	<i>63,0</i> .....	<i>94,0</i> .....	<i>16,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>183,0</i>
<i>De 3,01 a 4,00 sm</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>29,0</i> .....	<i>22,0</i> .....	<i>99,0</i> .....	<i>34,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>184,0</i>
<i>De 4,01 a 5,00 sm</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>120,0</i> .....	<i>39,0</i> .....	<i>66,0</i> .....	<i>137,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>362,0</i>
<i>De 5,01 a 7,00 sm</i> .....	<i>1,0</i> .....	<i>400,0</i> .....	<i>211,0</i> .....	<i>107,0</i> .....	<i>114,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>833,0</i>
<i>De 7,01 a 10,00 sm</i> .....	<i>1,0</i> .....	<i>737,0</i> .....	<i>418,0</i> .....	<i>68,0</i> .....	<i>107,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>1.331,0</i>
<i>De 10,01 a 15,00 sm</i> .....	<i>2,0</i> .....	<i>423,0</i> .....	<i>429,0</i> .....	<i>95,0</i> .....	<i>83,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>1032,0</i>
<i>De 15,01 a 20,00 sm</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>93,0</i> .....	<i>124,0</i> .....	<i>22,0</i> .....	<i>47,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>286,0</i>
<i>Mais de 20,00 sm</i> .....	<i>3,0</i> .....	<i>33,0</i> .....	<i>308,0</i> .....	<i>18,0</i> .....	<i>52,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>414,0</i>
<i>Ignorado</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>1,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>1,0</i>
<b>Total</b> .....	<b>7,0</b> .....	<b>1.862,0</b> .....	<b>1.640,0</b> .....	<b>589,0</b> .....	<b>596,0</b> .....	<b>,0</b> .....	<b>4.694,0</b>

FONTE: RAIS 1985/2002.

*Legendas:*

*SPF - Setor Público Federal; SPE - Setor Público Estadual; SPM - Setor Público Municipal; EE - Entidade Empresarial; ESFL - Entidade sem fins lucrativos; PFO - Pessoa Física e Outros*

fica esclarecido; porém, concentrando atenção nas faixas predominantes que iniciam com 4,1 sm até 15 sm, verifica-se que o setor público oferece melhor nível de remuneração. O setor público estadual tem seu valor modal na faixa de 7,01 a 10 sm. O setor público municipal apresenta situações diferenciadas e uma tendência de maiores remunerações nas faixas mais altas de salário. Isso é observável para a faixa de mais de 20 sm, na qual o setor público municipal é o maior empregador absoluto. Políticas de atração de médicos para municípios distantes da Capital e a descentralização de atendimento à saúde tem significativa correlação com essa tendência na distribuição salarial.

**(Tabela 07)**

Em suma, os dados da RAIS no período indicam que o emprego formal dos médicos no Ceará está assim caracterizado:

- predominância de vínculo no setor público (estadual e municipal) pela CLT.
- redução do número de empregos médicos formais no Ceará no período, sobretudo do contingente feminino.
- contradição à idéia da expansão dos empregos assalariados.
- concentração dos empregos médicos assalariados em grandes estabelecimentos, em geral, de mais de mil empregados, considerando-se aqui todos os setores de atividade e não apenas aqueles ligados ao atendimento à saúde. Essa característica permite associar o comportamento destes estabelecimentos ao estoque total de

emprego. A independência de ser estabelecimento de saúde. Logo podem ser identificados outros setores onde o emprego médico é considerado, não necessariamente clinicando, mas exercendo funções burocráticas, de ensino e/ou de pesquisa.

- esses grandes estabelecimentos se concentram em Fortaleza (92%).
- tendência à descentralização do emprego médico no Estado. Participação de Sobral, Crato e Barbalha nas duas últimas décadas no estoque de empregos.
- existência de 31% dos empregos em autarquias e 64% na administração pública direta.
- ainda predomina o sexo masculino, embora nos depoimentos e análises desta pesquisa, se perceba uma tendência ao crescimento da feminilização da Medicina no Estado.
- as jornadas mais frequentes estão nas faixas de 16 a 20h e de 31 a 40h.
- a faixa etária do emprego formal está entre os médicos acima de 40 anos, do setor Administração Pública, de tempo de emprego igual ou acima de 10 anos.
- os rendimentos estão concentrados na faixa acima de 4 SM até mais de 20 SM, sendo os maiores rendimentos ligados aos empregos do setor público municipal.

**2.3 FORMAÇÃO DO MÉDICO - INSTITUIÇÃO FORMADORA E PERFIL DO FORMANDO**

O Estado do Ceará fundou seu primeiro curso de Medicina no ano de 1948. Antes desse período, os

TABELA 08:

<i>Instituição</i>	<i>Natureza Jurídica</i>	<i>Vagas anuais</i>
<i>Faculdade de Medicina do Ceará da Universidade Federal do Ceará</i> .....	<i>Pública</i> .....	<i>150</i>
<i>Faculdade de Medicina do Cariri</i> .....	<i>Pública</i> .....	<i>40</i>
<i>Curso de Medicina de Sobral da Universidade do Vale do Acaraú-2001</i> .....	<i>Pública</i> .....	<i>40</i>
<i>Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte</i> .....	<i>Privada</i> .....	<i>50</i>
<i>Faculdade Christus</i> .....	<i>Privada</i> .....	<i>112</i>
<i>Curso de Medicina da universidade de Fortaleza – UNIFOR</i> .....	<i>Privada</i> .....	<i>--</i>
<i>Universidade Estadual do Ceará - 2000</i> .....	<i>Pública</i> .....	<i>40</i>

FONTE: PESQUISA DIRETA, 2005

pretendentes à carreira formavam-se no Rio de Janeiro, Salvador ou Recife. Portanto, o curso é relativamente novo no Estado e, apenas recentemente, foram criados um curso na Universidade Estadual do Ceará –UECE (2001); três outros no interior: um em Sobral (2001) e outros em Barbalha (2001) e Juazeiro do Norte (2000); está autorizada a Faculdade de Medicina Christus, que deverá iniciar em 2006 sua turma de 112 alunos e está em fase de autorização o curso de Medicina da Universidade de Fortaleza, que deverá iniciar no segundo semestre de 2006. No todo, prevê-se um total de cerca de 430 novos alunos por ano nas universidades do Ceará.

#### **(Tabela 08)**

Os entrevistados desta pesquisa, se não fizeram seus estudos em outras cidades do Brasil, são formados pela Universidade Federal do Ceará – UFC, já que os novos cursos ainda não formaram qualquer turma. A permanência de apenas um curso no Estado reforçou, por todos esses anos, o caráter elitista da profissão no Ceará, já que o número reduzido de formandos tornava a profissão de médico no Ceará uma das mais valorizadas, não somente pelo caráter histórico do “exercer Medicina”, mas, sobretudo, pela baixíssima oferta deste profissional diante da crescente procura:

*O Ceará é um dos poucos Estados do Brasil que durante cinqüenta anos teve uma única faculdade de medicina. Isso mostra a concepção elitizada da nossa população, da nossa elite.*

Conforme as falas dos entrevistados formados há antes dos anos 1960, o curso de Medicina nas décadas de 60/70 era predominantemente masculino - menos de 10% de mulheres – enquanto os entrevistados formados mais recentemente responderam que praticamente metade das turmas é de mulheres.

*(...)com a criação da Faculdade de Medicina em 48, o ingresso de mulheres foi facilitado porque até então as mulheres não saíam daqui para estudar em Re-*

*cife. Nem se cogitava” (entrevistado formado há muito tempo).*

Relevante salientar ter um dos entrevistados relatado que a segunda médica do Brasil ainda no século XIX, foi nascida no Crato. A despeito de todos os preconceitos contra a mulher, ela foi estudar no sul do País. Ao que se aponta hoje em dia, conforme os informantes, parece que o número de mulheres tende a ultrapassar o de homens. Essa foi uma constatação também da pesquisa de Machado (1997), quando discute a feminilização da medicina.

A origem dos alunos é cada vez mais urbana, sobretudo provenientes da Capital do Ceará. Se antigamente havia muitos médicos oriundos de famílias de outros municípios, hoje em dia eles tendem a ser nascidos em Fortaleza, sobretudo porque infelizmente, é rara a possibilidade de um aluno formado em escola pública fora e até de Fortaleza, ser aprovado para cursar Medicina. São bastante raro esses casos. Um entrevistado, falando da origem dos alunos observou que

*(...) é um traço que eu entendo que diferencia muito o estudante de Medicina de hoje e o da minha época. Você encontrava muita gente humilde, pessoas vinda do interior. Algumas de escolas públicas. O pátio da Faculdade tinham poucos carros... os carros eram em pequena quantidade...então houve também uma mudança sócio-econômica importante no perfil do estudante de Medicina.*

Nas décadas anteriores aos anos 1970, o ensino público possuía melhor qualidade e a indústria da educação privada ainda não tinha se estabelecido para realçar ainda mais a diferença do estudante proveniente da escola pública (crescentemente em declínio de qualidade) e a particular (que se tornou um negócio com alta rentabilidade) respondendo aos interesses dos clientes em ingressar na universidade.

Com a implantação de cursos no restante do Estado, espera-se que os alunos locais possam ter

chances de ser aprovados, mas o que se percebe são jovens que não conseguem aprovação em Fortaleza se deslocarem para essas universidades e se instalarem nesses municípios até o final do curso, ou até conseguirem transferência ou aprovação em Fortaleza.

A resposta à questão referente à faixa etária em que se formavam os médicos nos períodos 1960/2000 variou bastante entre os entrevistados, não permitindo definir pelas falas se o aluno de hoje é mais jovem ou mais velho que os de antigamente. Verificando-se, portanto, outras fontes (professores da universidade, dados de matrícula etc), percebe-se que os alunos de hoje entram mais cedo na universidade e, conseqüentemente, formam-se mais jovens, na faixa dos 26 anos. Há que se considerar, entretanto, a reflexão de alguns entrevistados ao referirem que o tempo completo para a formação tende a se alongar por conta da residência de outros cursos de pós-graduação.

*Nos anos 50/60 a faixa etária era maior. Havia muita gente na faixa dos trinta anos se formando. Hoje aos 24/25 anos você encontra jovens médicos entrando na residência ou nos cursos de pós-graduação.*

Um dos entrevistados observou que o fato de os jovens entrarem mais cedo na universidade, por vezes, pode ser ruim porque eles não têm formada a dimensão do exercício da Medicina e, uma vez ingressos no curso, querem sair da ilusão de que a profissão lhes dará riqueza e poder. Esse problema é muito discutido entre pesquisadores que estudam os ambientes universitários.

*A faixa etária diminuiu muito mas o médico antigamente ao se formar já tinha um status de respeitabilidade, hoje há que se fazer residência, pós-graduação entre outros cursos de especialização para ter sucesso e isso leva muito tempo. Logo a idade de ingresso parece ter diminuído, mas a formação esta cada vez mais longa.*

Outro entrevistado reforçou o argumento:

*Você tem de ir para pós-graduação ou então não trabalha. O normal da medicina são seis anos e hoje a pessoa só vai trabalhar mesmo no décimo ano. Antes disso não dá.*

Esse depoimento levanta uma discussão de que o trabalho considerado pelo depoente é o trabalho assalariado bem remunerado ou autônomo proprietário de clínica, que pode auferir melhores salários, porquanto é do conhecimento de todos o fato de que o estudante de Medicina, já nos últimos anos, começa a dar plantões, muitas vezes já remunerado e, ao se formar,

dificilmente ele prossegue uma pós-graduação sem trabalhar em plantões ou em outras atividades que consigam conciliar com o curso.

Na avaliação do representante do CREMEC, o excesso de oferta de profissionais em um futuro breve, com formandos de cinco universidades e provavelmente mais duas particulares a serem inauguradas, provocará uma concorrência da categoria com risco de acirrar procedimentos desleais para garantir a sobrevivência de alguns. Avaliando ser os cursos de graduação insuficientes para a formação, há que se complementar o ensino com residência e/ou pós graduação, o que não está sendo pensado atualmente, já que apenas 70% dos formados conseguem ingressar na residência e os demais têm de partir para o mercado de trabalho de qualquer jeito. Isso pode ser um problema sério. Ele ressaltou, ainda, que há em torno de três mil estudantes brasileiros fazendo Medicina na Bolívia e que voltam para competir no mercado com os formados por universidades no Brasil. É importante ressaltar que, na lógica do mundo atual, a concorrência é o grande provocador de “corrosão de caráter” (SENNET, 1997) em todos os âmbitos da vida social. Os médicos não serão exceção desse quadro agravante do mundo contemporâneo.

#### •A QUALIDADE DA FORMAÇÃO

O curso de Medicina foi avaliado pelos mais velhos como sendo de melhor qualidade no início da implantação da Faculdade, a despeito da falta de tecnologia e de facilidades de estágios que se percebem hoje em dia. Consoante a argumentação, naquela época (anos anteriores a 60/70) se aprendia a compreender o ser humano na sua plenitude, o raciocínio médico era mais apurado e hoje em dia, com a facilidade de exames e diagnósticos por aparelhos, o médico se restringe a aprender a ler o que os laudos dizem, e, ainda, só observam o que a sua especialidade pode deduzir. Geralmente o raciocínio sobre o ser humano como ser geral é contraditório com os processos de especializações. Criticando o ensino de hoje, um médico antigo asseverou “eu me formei no Rio de Janeiro ... muita gente hoje parece que se formou no rio Cocó”, fazendo um trocadilho de um grande centro de Medicina da época com um dos rios que corta Fortaleza.

Muitos outros depoimentos se destacaram com críticas ao tipo de profissional que a universidade produz:

*(...) o médico, quando sai da escola medica, ele não tá preocupado em trabalhar com o coletivo, mas trabalhar o individual, em ter seu consultório, em atender o paciente bonito, cheiroso, cheio de dinheiro, o que não é a nossa realidade.... a realidade é que nos temos uma população pobre, carente, miserável e que a principal mazela*

*dela não é a doença biológica, é a doença social, que é a fome e a falta de educação (...)*

Na mesma linha de raciocínio, outros entrevistados complementam:

*(...) o que a gente nota é que o aluno que está fazendo a faculdade é elitista. Não tem aluno pobre fazendo medicina, 90% deles são da classe média, da classe alta. Ele é um indivíduo que não conhece uma favela, não sabe o que é um esgoto, quando você joga ele no PSF ele tem medo. Então ele sai, ele fica com nojo, não quer ir para o PSF. (médica).*

“O médico precisaria ter uma formação mais humanista”, defendeu um entrevistado, achando que, nesse mundo de competição e egoísmo, ter uma visão diferente do ser humano, não apenas a de um cliente que traz um problema orgânico para ser resolvido, mas de alguém que é refém dos problemas econômicos e sociais como a pobreza, a miséria, o desemprego, a precarização do trabalho, as várias manifestações da violência etc. Por isso, há uma defesa de alguns médicos para que se pense a doença como o resultado de um problema social e que nem sempre o médico consegue alcançar essa dimensão, por se fechar nas suas subespecialidades.

O exercício da Medicina como o de muitas outras profissões se torna um ato mecânico. Os procedimentos utilizados são diferentes de quando o médico tinha mais tempo de manter com seu paciente uma relação menos distanciada, menos automatizada. Talvez o PSF possa recuperar um pouco esse elo perdido.

*(...) a máquina tem distanciado o homem do homem. A prova disso é que muitos pacientes você não sabe mais o nome, em função da quantidade que você atende. Se num ambulatório em média você tem de atender 16 pacientes em quatro horas, no final do mês você não sabe o nome de ninguém.*

Percebe-se é a necessidade urgente de uma mudança no currículo dos cursos de graduação, diante da necessidade de formar um médico para o mundo contemporâneo, caracterizado pela crise do trabalho, de identidades, de paradigmas, que assustam aqueles que pensam de modo mais holístico a vida. Usando as palavras de um entrevistado, há que se realizar uma “ressignificação das especialidades médicas”, uma vez que o mundo do trabalho está se resignificando e nenhuma profissão esta imune a essa transição.

Criticas aos cursos de pós-graduação foi um dos argumentos de quem questiona a qualidade do ensino.

Um entrevistado não consegue entender como alguém faz mestrado e doutorado em uma especialidade e, de repente, ele consegue um emprego pelo título de Mestre ou Doutor e não pela experiência e competência prática. Muitas vezes ele é aprovado para ensinar na Universidade em outra disciplina que ele sequer estudou na pós-graduação. Ele critica o fato de que o título nem sempre é aproveitado como deveria ser.

#### •ESPECIALIDADES

Machado (1997) (re)classificou as especialidades médicas a partir de Díaz-Jouanen (1990), ampliando para quatro grupos:

a) cognitivas – lidam diretamente com o cliente, próxima ao que faziam os médicos físicos dos primórdios da Medicina. São representados basicamente pelas especialidades clínicas. No Brasil esse grupo de especialidades representa 35,9% do total de especialidades e 43,3% dos médicos;

b) técnico-cirúrgicas e de habilidades - lidam também com os pacientes, mas de forma menos direta do que os especialistas cognitivos. Predominam nesse grupo os cirurgiões.

c) especialidades intermediárias – associam as bases técnicas às cognitivas e possuem características mais autônomas. Conforme especificou a Coordenadora da citada pesquisa, esse grupo “condensa os dois ramos básico da medicina, dispensando quase sempre interferências de colegas especialistas para finalização do diagnóstico e intervenção” (MACHADO, 1997:27). Tem-se como exemplo oftalmologistas, gastroenterologistas, traumatologistas etc. No Brasil, este é o segundo grupo mais recorrente, representando 29,7% das especialidades estudadas e 36,3% dos médicos.

d) tecnológicas e/ou burocráticas – a relação médico-paciente deixa de ser individual para ser coletiva. Destacam-se administradores de hospitais, epidemiologistas, sanitaristas entre outros. No Brasil esse grupo de especialidades representa 18,8% do total de especialidades e 7,1% dos médicos

Se por um lado as especialidades facilitaram o diagnóstico e tratamento de patologias específicas e, conseqüentemente, tornam certos tratamentos mais eficazes, elas podem retirar do profissional a capacidade de pensar o ser humano mais amplamente, considerando a complexidade do indivíduo, como ressaltaram os médicos entrevistados no momento de falar sobre a formação acadêmica.

Na pesquisa realizada nos meados de 1990, traçando o perfil do médico, no Ceará destacaram-se entre as dez principais especialidades: Ginecologia e Obstetria (15,9%); Pediatria (14,5%); Oftalmologia (7,5%); Anestesiologia (6,3%); Medicina Interna (5,7%);

Cardiologia, Cirurgia Geral; Pneumologia; Medicina Geral e Comunitária e Cirurgia Plástica (as cinco últimas têm menos de 3% de médicos exercendo), (MACHADO, 1996). Nas falas dos entrevistados, entretanto, as especialidades variam conforme cada período e local:

*No meu tempo o médico era mais generalista, essa “coisa” de especialidade é mais recente.*

*Hoje quem não tiver uma especialidade, de preferência com experiência no Exterior, demora a se estabelecer na profissão.*

Conforme ressaltaram os entrevistados desta pesquisa, atualmente predominam no Estado (fora da Capital) as especialidades: clínico geral, cirurgião, pediatra e obstetra. No Estado (salvante Fortaleza), ainda é possível encontrar o generalista, já que nos grandes centros as especializações estão cada vez mais estabelecidas.

As especialidades que estão surgindo são cada vez mais específicas (subespecialidades), o que dificulta a relação médico-paciente, já que o segundo é visto por único e exclusivo prisma. Assim, adicionando-se isso à necessidade de rapidez no atendimento em decorrência das metas a serem cumpridas nos postos de atendimento (geralmente 16 pacientes em 4 horas), a qualidade do atendimento resta cada vez mais prejudicada pelas condições adversas impostas ao profissional.

Uma psicóloga do Centro de Atendimento Psicossocial – CAPs (de fora de Fortaleza), em conversa informal sobre esta temática, relatou um episódio de um paciente que chegara em seu consultório dizendo ser enviado por um médico daquele município para se tratar da cabeça. Ela, como psicóloga, perguntou o que ele sentia e imediatamente ele mostrou a cabeça cheia de feridas (provavelmente micoses). Para o espanto da profissional - que indagou por que o médico havia mandado procurá-la, o paciente então respondeu que, ao chegar no consultório do médico, disse para ele que estava com um problema na cabeça e ele sequer mandou o homem sentar e o encaminhou para o tratamento de doentes mentais.

Não obstante, a especialização também é responsável por inúmeros benefícios ao paciente. Um dos entrevistados concorda com a idéia de que a especialização é um dos grandes legados da Modernidade. No seu entendimento, a especialização permite um conhecimento mais profundo, mas especializar também é “coisificar”, tornar comercializável o que deturpa toda a proposta do saber médico. O hospital moderno (contemporâneo) é um verdadeiro *shopping center*, observou esse entrevistado, onde são vendidos tecnologia e procedimentos inovadores para o cliente/(im) paciente.

Outro entrevistado tocou num ponto bastante delicado da especialização; foi o da dependência que o profissional passa a ter da tecnologia. Não só o especialista mas também os seus instrumentos de trabalho devem estar convenientemente atualizados, o que é um esforço infindo, conforme relatou um médico:

*O especialista tem um problema sério. Um dia a tecnologia dele ta de ponta aí no outro dia ela fica obsoleta, aí ele vai atrás de outra...então esse médico que faz opção pela especialidade ele vai ter que ao longo do tempo ta se resignificando muitas vezes.*

Para reforçar esse argumento, outro médico citou suas impressões ao se deparar com um procedimento tecnológico pela primeira vez e, desde então, não parou mais de usar a tecnologia:

*Quando eu comecei a operar não se falava em videolaparoscopia. Então eu vi a primeira vez a videolaparoscopia em 1984. Eu estava na Europa. Eu olhei, vi aquele negócio e me assustei...em 93 eu comecei fazer videolaparoscopia.*

Este médico-empresário montou um hospital que opera com inúmeros aparelhos de última geração, mas anualmente ele faz viagens para reciclar os conhecimentos e conhecer o que há de novo na sua área.

O médico que usa muita tecnologia torna-se dependente do arsenal de aparelhos que utiliza. Essa dependência está relacionada tanto com a necessidade de se manter sempre atualizado com tecnologia, quanto com a dificuldade de realizar determinados diagnósticos e procedimentos sem auxílio de exames. Em verdade, essa atitude confirma o que Lilia Schraiber (1995) discutiu sobre a nova realidade da Medicina que se torna cada vez mais institucionalizada e empresarial a que ela denominou de “medicina tecnológica”.

Segundo um entrevistado,

*A medicina se mecanizou... hoje o médico deixou de ver o paciente para ver a doença, ele não vê mais o doente. Ele perdeu a coisa humana. Ele não consegue mais alcançar o paciente, o negócio dele é apertar botão, é tomografia, e ultra-som, é fazer uma glicose, um ômega 3... a urbanização da medicina fez com que o médico se mecanizasse também” e continuou a denunciar: “voce proletariza o trabalho médico diante de uma medicina caríssima, o que é um contra-senso.(Entrevistado de fora de Fortaleza).*

Nesse depoimento percebe-se que não ocorreu, como em outras profissões, de a máquina substituir o

emprego. Nesse caso, a máquina está mudando o caráter autônomo do exercício da profissão quando ela passa a ser imprescindível para o diagnóstico. Assim, o médico fica refém da maquinaria em vez de procurar ter maior autonomia e aprofundar a noção de complexidade do ser humano. A doença passa a ser o grande alvo e não o ser com sua amplitude. Como as máquinas que fazem o diagnóstico, o médico também tende a ver todos os pacientes por igual, sem considerar a história e especificidades individuais que, certamente, refletem no processo saúde e doença.

Um debate que surgiu foi o de que os médicos que começam a trabalhar demais antes da especialização tendem a se acomodar e não procuram fazer especialização ou pós-graduação. Um dos entrevistados que aparentemente está em melhores condições financeiras entre todos, não conseguiu ainda cursar mestrado, embora procure se reciclar intermitentemente em sua área de atuação.

Embora em sua fala insistisse em demonstrar que nem sempre o título qualifica o profissional, ele se ressentia por não ter pós-graduação e, inclusive, está tentando ingressar em um mestrado. Em verdade, os títulos de mestre e doutor são vulgarizados em várias profissões. Não se busca os títulos pelos novos conhecimentos, mas, sobretudo, pelo título em si, que confere um *status* adicional.

A pesquisa de Machado indicou que, no Ceará 37,12% dos médicos tem algum curso de especialização, enquanto a maioria (62,9%) não a possui. Quanto à residência médica, a pesquisa indica que apenas 24,93% não participaram desse programa de pós-graduação.

Em suma, sob um prisma pessimista, percebemos que as especializações fazem com que o ser humano, assim como tudo no mundo globalizado, seja fragmentado a porções que são examinadas separadamente por vários especialistas. Sendo mais otimista, porém, podemos considerar que, graças às especializações, muitos diagnósticos são realizados com maior precisão e rapidez, resultando em procedimentos igualmente precisos e rápidos que causam menos desgastes ao paciente e, conseqüentemente, diminuem as possibilidades de erro médico.

## NOTAS DO CAPÍTULO 2

<sup>1</sup> O Ceará tem diversas destas instituições, pertencentes a grupos locais ou a empreendimentos nacionais e internacionais, tais como: UNIMED, AMA, AMIL, BLUE LIFE, HAPVIDA e CAMED, dentre outras.

<sup>2</sup> Considerando o período em estudo, optou-se por caracterizar os entrevistados em: formados há muito tempo (aqueles que se formaram antes de 1960), os formados há algum tempo (entre 1960 a 1990) e os de formação recente (que se formaram a partir dos anos 1990)

<sup>3</sup> Ver a propósito: ANDRADE, Luiz O. M., BEZERRA, Roberto C. R. e BARRETO, Ivana C. H. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros, 2005; ANDRADE, Francisca M. O Programa de Saúde da Família no Ceará, 1998.

GRÁFICOS DO CAPÍTULO 1

GRÁFICO 01

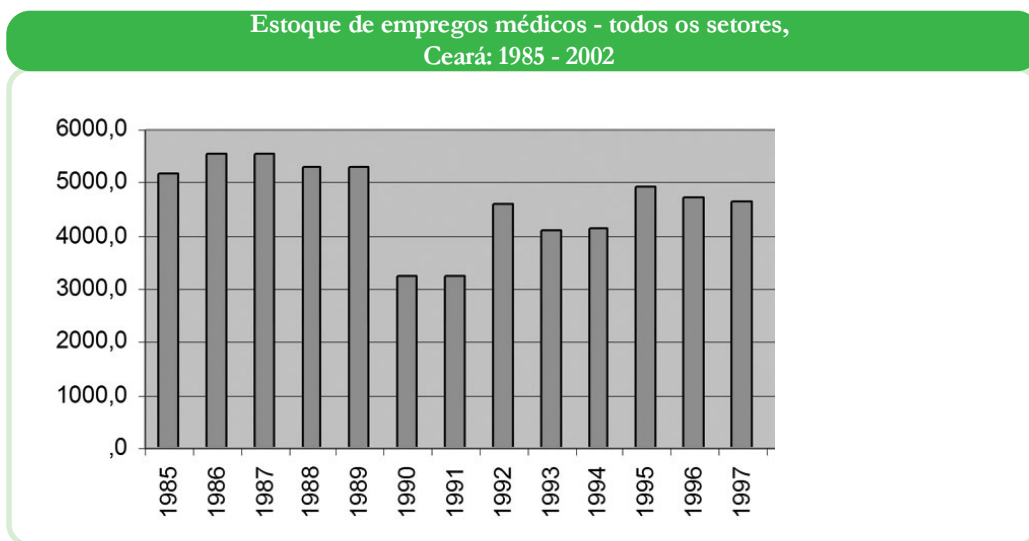
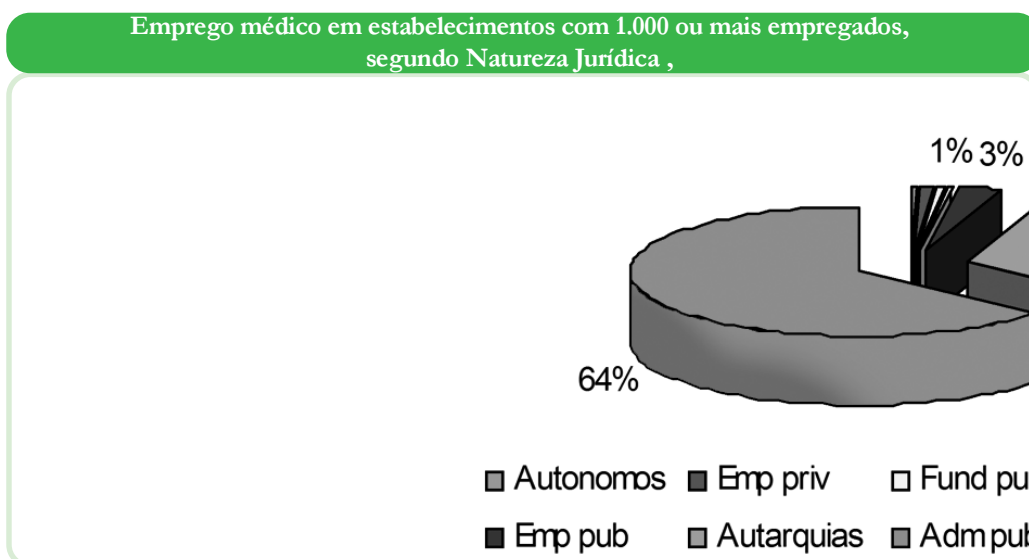


GRÁFICO 02



## 3. ORGANIZAÇÃO E CONDIÇÕES DE TRABALHO

### 3.1 VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS

Não é novidade a dificuldade de se estudar o setor terciário como o de serviços. Offe (1991) simplifica essa conceituação, definindo como terciário aquilo que não é primário (agricultura, pesca e mineração) e nem do setor secundário (indústria), não esgotando assim a realidade. Nessa perspectiva, a natureza do trabalho do médico faz parte de um setor bastante flexível, adaptado perfeitamente ao mundo contemporâneo, onde tudo o que sobra é direcionado para este setor de atividades. O terciário funciona como uma esponja que retém líquido, mas, a partir de um determinado momento, passa a escoá-lo, por não ter capacidade infinita de absorção.

Diante disso, suscita-se a questão sobre que vínculos fazem do médico um assalariado, um autônomo, um profissional liberal. Em verdade, concordamos com Machado, no sentido de que “no mundo do trabalho médico é praticamente impossível propor análises de tipos puros (assalariado ou liberal)”. (1997:106). Conforme ainda ressaltou a autora, essa categoria profissional realiza funções múltiplas, concomitantes e complementares, levando-a a preferir classificar os médicos de sua pesquisa em liberais, assalariados, novos empresários-médicos e especialistas.

Ora, se dentre essas formas de vínculo empregatício predominam os serviços, é importante pensar com Berger e Offe (1991) que, tendo o trabalho em serviços uma característica reflexiva de síntese entre a norma e o caso específico, individual, ao mesmo tempo que se articula com o trabalho produtivo, difícil se fazer uma avaliação do trabalho médico a esse respeito. Ademais, conforme explicam Ribeiro e Scharaiber (1994) torna-se igualmente difícil instituir o preço dos rendimentos a partir de regras mais próximas ao padrão industrial:

*Em geral, pode-se dizer que o “valor” do trabalho de um médico somente se realiza quando presta um atendimento (uma cirurgia, uma consulta), e não quando fica “disponível” “ao trabalho”. (1994, 193)*

Em verdade, os depoimentos coletados nesta pesquisa demonstram que ainda permanece uma dificuldade em se classificar o profissional.

*(...) o médico hoje não é funcionário público, ele não é assalariado, nem é profissional liberal. Ninguém sabe o que é o médico hoje.....ele esta solto no mercado.*

*(...) um período de 40 anos foi a grande consolidação do modelo liberal privatista, onde se consolida o modelo de consumo de assistência médica numa cultura liberal....ainda hoje os médicos se consideram ideologicamente como uma categoria autônoma...mas ela (a categoria) também não pode viver sem salário.*

Considerando-se os dados da RAIS 1985 e 2002, verifica-se que, embora o nível de detalhamento dos vínculos empregatícios desse registro do IBGE nos anos de 1985 e o de 2002 sejam diferentes, pode-se observar que a configuração dos vínculos predominantes – CLT e estatutários – se mantém. O total desses vínculos, contudo, foi objeto de considerável alteração. Caindo os vínculos de CLT, eram de 3827, em 1985, caindo para 1230 em 2002. Este fato pode ser resultante de outras estratégias de contratação que não implicam a assinatura em carteira e, conseqüentemente, não inclusão desse “assalariado” nos registros da RAIS. Observa-se que a categoria registrada na tabela da RAIS 2002 como “servidor público não efetivo” é o contrato mais comum de trabalho, por ser provavelmente o mais utilizado pelas prefeituras municipais. **(Tabela 09 e 10)**

**TABELA 09: Estoque de emprego por Vínculo Empregatício, Ceará – 1985**

<i>Tipo de contrato</i>	<i>Estoque</i>
CLT .....	3.827,0
Estatutário .....	1.067,0
Trabalhador avulso .....	1,0
Outros .....	261,0
Ignorado .....	18,0
<b>Total .....</b>	<b>5.174,0</b>

FONTE: RAIS 1985/2002.

**TABELA 10: Empregos médicos por contrato de trabalho, 2002– Ceará/RAIS**

<i>Tipo de contrato</i>	<i>Estoque</i>
Trabalhador urbano vinculado à CLT .....	1230,0
Trabalhador rural vinculado a empregador pessoa jurídica .....	1,0
Estatutário .....	1.143,0
Servidor público não efetivo .....	2.312,0
Trabalhador urbano vinculado à CLT, por tempo determinado .....	8,0
<b>Total .....</b>	<b>4.694,0</b>

FONTE: RAIS 1985/2002.

*A descrição detalhada dos vínculos disponibilizados na RAIS 2002 mostra que o Poder Público Estadual e o Poder Público Municipal permanecem sendo os principais empregadores no mercado de trabalho médico. São igualmente importantes as autarquias municipais, que respondem por 9,84% do estoque de emprego.*

#### •AUTONOMIA EM QUESTÃO

A discussão sobre autonomia empregatícia foi instigante com um dos entrevistados que aludiu ao dilema de o médico querer ser autônomo, mas tem de trabalhar para o setor público. No momento de falar sobre vínculo empregatício e renda, porém, o emprego público é o mais condenado pelos médicos por pagar menos e pelas condições objetivas de trabalho. Segundo um entrevistado, no entanto, o Código 7<sup>1</sup>, assim como a UNIMED, garante a permanência de sua característica de autônomo; não obstante, ele prefere dizer que é mais precarizado pelo setor público do que pela UNIMED, por exemplo.

Convém lembrar que Ribeiro e Scharaiber (1994) discutem autonomia nos aspectos relacionados à autonomia médica como trabalho social, que consome e produz bens e serviços e como serviço, em que à aplicação das ciências em atividades individuais implicam

atributos de autonomia, caracterizados pela independência técnica e autogestão:

Se em um passado recente o médico era totalmente autônomo (Medicina liberal) no saber e nos procedimentos com o paciente, nos dias atuais, surgem vários fatores que põem em xeque sua autonomia e independência. No que se refere à atualização do saber médico, percebe-se veloz transformação, auxiliada pelos avanços tecnológicos, que, por sua vez, provocam importantes mudanças no trabalho na área de saúde.

Para demonstrar o grau de autonomia que a profissão possui, Machado (1997:21) resume que é “uma profissão auto regulada, com elevado e complexo corpo de conhecimento científico e controle sobre o processo de trabalho”. Ora, sendo uma profissão que exerce o controle sobre sua clientela e auto-regula o seu trabalho, a autonomia do médico é inerente à profissão. Portanto, ser médico é ter autonomia de agir e pensar sobre o consumidor-cliente. Diante disso, torna-se importante verificar se esta autonomia predomina na realização do exercício laboral e nas relações de trabalho assalariado, notadamente no que se refere ao saber e à capacidade de decidir sobre o outro.

De fato, o médico parece continuar sendo autônomo no modo de exercitar o conhecimento, mas a cada dia ele tende a ser assalariado, tanto do setor público (notadamente municipal), quanto do setor privado, obedecendo regras e normas inerentes a cada vínculo institucional. Importante é também observar que o setor privado possui parcerias com o setor público, o que, muitas vezes, dificulta caracterizar determinadas situações empregatícias, bem como definir a proveniência da renda deste profissional de saúde.

Ainda em Machado (1997), os médicos cearenses possuem predominância (83,2%) nas três esferas do setor público, 58,8% trabalham no setor privado e 69,3% exercem atividades de consultório. Desse contingente, 72,8% têm até três atividades e apenas 27,2% apresentaram quatro ou mais atividades profissionais médicas.

Os dados da RAIS para 1994 já identificavam a predominância do emprego público para os médicos: eram 64% somente na Administração Pública direta. Quanto ao número de atividades simultâneas, a RAIS não permite uma avaliação detalhada, sendo essa questão abordada na pesquisa qualitativa.

As entrevistas realizadas nesta pesquisa trouxeram informações que ratificam os estudos sobre a natureza complexa do trabalho médico, em que suas funções são múltiplas e de delimitação difícil. Optou-se pelo relato do que as falas traziam de novidade em termos de vínculos empregatícios e, em seguida, pela análise a partir do que foi registrado nas entrevistas, incluindo os contatos com representantes da categoria no CREMEC e no Sindicato.

Nas várias possibilidades de vínculo que o médico possui, a autonomia, no sentido do mercado de trabalho, parece não representar tanta importância na fala dos profissionais estudados, já que a consciência da autonomia no exercício laboral permanece e, mesmo sendo assalariado, o médico tem liberdade de agir diante de um paciente como melhor lhe convier. Essa “independência técnica” não acontece com a maioria dos assalariados que exercem funções específicas mediante procedimentos pre-estabelecidos pelo empregador, embora possam ter vínculos diversos.

*Tem médico funcionário público que fez concurso, que é estatutário do Estado, do município, da União. Tem médico que tem essa relação de Código Quatro, de Código Sete. Tem o médico que tá hoje nos PSFs. Muitas vezes através de falsas cooperativas, muito freqüente, em relações de trabalho muito precárias. Tem os médicos que estão com relações de serviço prestado soltas ... com hospitais públicos, infelizmente....*

O emprego público sempre foi um importante vínculo. Na década de 1960/70, o ingresso no serviço público era muito mais fácil. Entravam por nomeação. No setor privado, destacavam-se as corporações como os merceeiros, os retalhistas, a Fênix Caixeiral etc, que atendiam aos associados. O restante da população dirigia-se às santas casas ou à Assistência Municipal (Instituto Dr. José frota).

No Ceará, na década de 1960, existia o atendimento domiciliar. O médico era chamado nas residências, sendo pago segundo a gravidade do caso - informou um entrevistado. Segundo ele, havia situações de serem feitas até três visitas diárias, o que demonstra que a clientela era menos numerosa. Quem se dispunha a chamar um médico em casa deveria ter como pagar, e, provavelmente, a grande massa menos abastada não poderia ter esse tipo de atendimento. Salientou outro entrevistado que esse tipo de procedimento era privilégio de uma classe reduzida, cujo poder aquisitivo era alto, enquanto a pobreza era atendida nos hospitais públicos, enfrentando todas as dificuldades de quem procura locais expostos a grandes demandas. Uma indicação de que esse serviço era bastante caro e restrito a poucas pessoas está na fala de um entrevistado que afirmou: “antes se a gente atendia cinco pessoas, já tinha uma boa renda. Hoje não é possível. O médico trabalha mais e tem que ser mais bem formado (referindo-se à necessidade de realizar pós-graduação etc)”.

Segundo esse entrevistado mais idoso, o SOS de Fortaleza foi o primeiro hospital particular da Cidade, responsável pelo início da prática de a população

procurar o atendimento hospitalar em vez de chamar o médico em casa. Havia, além da Santa Casa e a da Assistência Municipal, bom como às instituições corporativas; os IAPs, que eram só de aposentadoria e pensão e passaram a dar assistência, a ter consultórios, como o IAPI (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários); IAPC (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes), IAPB (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários) etc.

O INAMPS era o grande empregador antes do SUS. Hoje ele se coloca como a maior oferta de trabalho no setor público, além de remunerar os donos de clínicas e médicos que recebem pelo Código 7. Conforme ressaltou um entrevistado, é difícil encontrar um médico que não tenha algum vínculo com o SUS; “90% da classe médica hoje presta serviço ao SUS”.

*A maior parte de minha vida foi assim, não tinha vínculo direto com a instituição, pelo menos vínculo formal...eu trabalhava por produtividade, pelo Código 7.*

Esse depoimento demonstra a dificuldade que muitos médicos têm de definirem-se como assalariados ou não, porque os vínculos formais são praticamente inexistentes. Antes da municipalização, os que trabalhavam na Prefeitura, recebiam pelo que faziam, mas a relação de contratação era apenas verbal. Não havia nenhuma comprovação contratual. Na mesma linha de raciocínio, foi levantada a discussão de que qualquer outro tipo de assalariamento que os médicos assumam o fazem em condições semelhantes a qualquer outro trabalhador. Por exemplo, os contratos de prestação de serviço dificilmente pagam um mês de férias, 13º salário etc. Se o médico desejar se ausentar, ele fica sem receber. De certo modo, isto força-o a continuar trabalhando intermitentemente.

Um representante do CREMEC ressaltou que o trabalho como plantonista é um dos mais problemáticos, em razão da total falta de vínculo entre o hospital ou clínica com o médico. No Conselho chegam várias denúncias do não-pagamento pelos plantões realizados, inclusive citou o exemplo de um caso em que o hospital devia ao plantonista R\$ 14.000,00 e ele nunca pagou “e nem vai pagar”, conforme antecipou o entrevistado.

A queixa sobre os planos de saúde e suas formas de remunerar são variadas. Há médicos que não aceitam filiação a quaisquer planos, alegando que não compactuam com o desrespeito de cooperativas ditas da categoria, mas que não valorizam o trabalho do médico. Conforme depoimentos, os planos de saúde se tornaram também o grande concorrente dos consultórios, já que estão construindo seus próprios hospitais, clínicas e laboratórios para forçar os clientes a procurar suas instalações.

*O planos de saúde ...negam direitos aos usuários, se apropriam indevidamente de ganhos de muitos profissionais, aviltam a remuneração, tá certo...escravizam. Tem planos de saúde, do tipo aqui no Ceará, que eu não vou citar o nome, mas que ele praticamente tem uma rede própria que torna os médicos praticamente escravos dele. Dependentes ali e fazem miséria do ponto de vista de relação de trabalho, porque não assinam carteira, não pagam o que o plano de saúde deveria pagar e aí o profissional termina se submetendo a isso e não consegue sair.*

Ademais, para um médico se credenciar em um plano de saúde, o valor a ser pago não é possível para muitos médicos, sobretudo para os recém-formados que não contam com o auxílio de familiares para bancar esta caução.

De outro lado, o SUS é avaliado positivamente no que se refere às remunerações vinculadas a serviços em hospitais (internamento, cirurgias, hemodiálise, quimioterapias etc), mas o pagamento por uma consulta é extremamente baixo. Segundo informou um entrevistado, o SUS paga R\$7,05<sup>2</sup> para uma consulta, o que se coloca como um desrespeito aos anos de estudos que os médicos tiveram que enfrentar.

Além do exercício da Medicina, há médicos que procuram diversificar suas atividades quando é possível. No Ceará, é comum encontrar médicos proprietários de empresas de ramos distintos da saúde. Conforme observou um dos entrevistados,

*(...) quando eu viajava para o interior a gente via aqueles prédios bonitos e o pessoal apontava os consultórios dos doutores...hoje o médico tem padaria, tem gado, tem granja, tá botando mil e uma coisa porque ele não tá conseguindo tirar o sustento com o trabalho.*

O uso da Medicina para se inserir na política é outra opção bastante utilizada pela classe médica. O trabalho no Estado o torna facilmente conhecido e, conseqüentemente, eles assumem candidaturas que os tornam administradores municipais mais do que médicos, como foi exposto por vários entrevistados.

O trabalho do PSF foi elogiado como um vínculo promissor, mas um dos entrevistados observou “esse PSF...pra você vê, hoje nos encontramos várias modalidades de contrato, desde o verbal até um que a gente obstruiu, o Conselho proibiu que o médico fizesse, que era o trabalho voluntário...”. O médico referia-se a organização da sociedade civil de interesse público – OSCIP que procura trabalhar nessa área e o Conselho Regional interferiu.

O médico que possui um empreendimento, seja da área de saúde, seja de outra, costuma dedicar parte de seu tempo na administração do negócio. Quando

possuem clínica ou hospital, seu trabalho de administrador se confunde com o de médico, entretanto, se for de área diferente, a tendência é a divisão entre o ofício e a nova atividade laboral.

Um dos entrevistados, que é proprietário de um importante hospital em Fortaleza, reforça sua necessidade de estar o dia inteiro no hospital para que as coisas funcionem perfeitamente. Ele só acredita na administração se for o mais próximo possível do cotidiano de quem é administrado.

“Doutora, como é que eu sei se o hospital está funcionando. Eu venho aqui de madrugada, eu estou aqui sábado, domingo. Eu dou plantão nessa emergência há seis anos”. Este depoimento retrata por um lado a forma da gestão de um médico-empresário, ao mesmo tempo que denuncia seu estresse ante a rotina de trabalho, assumindo múltiplas funções com carga de estresse elevada.

Diante dessas argumentações, percebe-se que a autonomia vai além da independência técnica e a auto-regulação. O médico introjetou, de certo modo, uma concepção de autonomia que se restringe principalmente a sua importância como detentor de conhecimento técnico. Isso assegura para ele a conscientização de ser autônomo, descartando as ameaças sofridas pelas novas organizações do trabalho, pelos processos de assalariamento, pelas dificuldades na auto-regulação profissional, a subordinação às políticas públicas e às instituições privadas, enfim, às imposições do mercado de trabalho contemporâneo.

#### •REMUNERAÇÃO E STATUS SOCIOECONÔMICO

Foi unânime a observação de que nas décadas anteriores a 1980 o emprego médico era mais bemremunerado, como resumiu um entrevistado: “a gente sempre tinha quantos empregos quisesse... hoje em dia o médico tem que trabalhar e muito”, referindo-se ao esforço que muitos médicos fazem para manter um nível de renda compatível com seu status social. O parâmetro com a compra de um fusca na década de 1970 foi exposto por vários entrevistados, resumindo-se na fala de um deles:

*Naquela época (anos 70), os médicos que trabalhavam no Hospital Geral podiam comprar um fusca a cada um ou dois meses, e hoje ele consegue comprar com o salário de um ano.*

*O médico não se conforma em ser com a maioria dos trabalhadores, ele está sempre interessado em ostentar mais que todo mundo, por isso ele trabalha tanto.*

A consulta da UNIMED, que em setembro de 2005 custava R\$ 33,00, foi apontada como um desres-

peito à categoria, inclusive há planos que pagam R\$16,00 pela consulta. Um entrevistado alegou que em média se gasta R\$1.500,00 para manter um consultório, sem contar com os impostos, que são muitos. Portanto, com o que recebem da UNIMED fica difícil ter um rendimento como o de antigamente.

Quanto ao excesso de vínculos, necessários à composição da renda do médico, na avaliação da maioria dos entrevistados, em razão dos baixos salários que cada vínculo oferece, os médicos têm de assumir inúmeros expedientes, o que caracteriza a precarização do trabalho. “O que o médico recebe não ta suficiente para cobrir suas despesas. Então ele tem que trabalhar mais, em mais locais, para poder suprir uma demanda mínima, uma necessidade mínima”, resumiu um entrevistado. Um dos entrevistados, entretanto, líder conhecido entre os médicos, admite que isso é mito, é como se fosse um vício dos médicos quererem sempre mais empregos já que há tantas possibilidades. O mesmo aconteceria com qualquer outro profissional que tenha condição de assumir outras ocupações remuneradas, além da principal. Como na profissão de médico há inúmeras ofertas de plantões, e serviços prestados, a tentação é maior de aceitar. Inclusive, o mesmo entrevistado relatou que outro mito é a existência de baixos salários, pois, segundo ele, os médicos se referem ao explícito nos contra-cheques do serviço público, mas que outras formas de remuneração como produtividade, código 7, SUS etc não são ditas e, justamente essa é que melhor remunera. Em verdade as informações sobre rendimentos foram contraditórias entre os entrevistados, excetuando que todos concordam que médico não fica desempregado.

*(...) o salário nosso hoje varia entre R\$4.000,00 líquido a R\$8.000,00. A média e essa ... não tem médico no Ceará que ganhe menos de R\$ 3.500,00.*

O entrevistado rechaça o mito (segundo ele) de que haja múltiplo emprego. Ele refere-se à densidade tecnológica e complexidade, significando dizer que, quanto mais sofisticado for o procedimento, mais dinheiro o médico auferir, inclusive do SUS. Garantiu um secretário de saúde que há médicos que ganham mais de 50 mil reais só do SUS, pelos procedimentos utilizando elevadas tecnologias e, segundo ele, não são poucos no Estado. Com isso, ele desmitifica a idéia de que o SUS remunera mal os profissionais de saúde. Disse que 100% das clínicas de hemodiálise de Fortaleza são financiadas pelo SUS.

Discutindo o papel dos médicos, as formas e valores das remunerações, um entrevistado ressaltou:

*Acho que a saúde no Brasil começou a ter novo aspecto com o Governo de Getúlio, né? Depois de 1930 eu acho que nos tivemos uma nova visão de saúde. Aquele médico que vivia um profissional liberal, dentro do consultório, visitando o indivíduo na casa, recebendo galinha, bacurim de presente acabou. Eu acho que o Getúlio começou trazer o médico pro serviço público de saúde realmente. Tirou ele de sua atividade liberal e colocou ele como um proletário que é, que hoje a medicina ta proletarizada, um trabalhador igual a todo mundo.*

Esse depoimento demonstra uma realidade atual do assalariamento médico, embora tenha havido certa carga de negatividade e preconceito no uso da comparação a um proletário, mas o fato é que o entrevistado explicou que essa proletarização decorre do fato de a média salarial de um médico hoje estar entre 3 e 4 mil reais, o que difere substancialmente dos anos 1930 e 1940, quando um médico com 4 anos de formado poderia ter casa, carro e outros bens. Hoje é impossível sobreviver com um salário de 3 ou 4 mil reais, e manter um *status* que a profissão introjetou ao longo de sua história, quando ser médico era ter uma vida financeira diferente dos demais profissionais.

O trabalho por produtividade na década de 1970 foi muito rentável para a categoria. Conforme depoimentos, ganhava-se em media o equivalente a cinco mil dólares, naquela época, em produtividade. De lá para cá, não houve reajuste adequado ao valor da consulta e os médicos que tinham serviços específicos, como cirurgões, anestesiológicos, entre outros, foram tendo o valor de seus rendimentos defasados. Houve também achatamento dos empregos formais, conforme observou um médico: “um colega que entrou em 1980 no INAMPS dizia que dava para comprar um fusca todo mês,,hoje a gente ganha 10% disso, houve achatamento de tudo, tanto da parte da produtividade quanto do trabalho formal”.

Um dos entrevistados ressaltou o equívoco de concepção da maioria dos médicos em se sentir profissional liberal, quando, na verdade, eles não conseguem ser verdadeiramente.

*Essa geração minha sempre achou que era profissional liberal...assinar a carteira de trabalha eles diziam ‘isso é coisa para metalúrgico’ so que os metalúrgicos se organizaram tanto que tem até presidente da República (ironizou) e hoje nós temos de viver de bico, sem regulamentação nenhuma.*

O fato é que, propositadamente ou não, a profissão de médico possui muitas possibilidades de rendimentos que, não levantando o mérito de seus valores,

em alguns casos, a regulamentação poderia ser um fator negativo para a categoria. A possibilidade de ter várias fontes de renda, mesmo que de forma precarizada e “precarizantes”, pode resultar em um acúmulo de capital suficiente para manter um *status* privilegiado e mais complexo do que qualquer outra profissão liberal. Ademais, ser médico custa caro, na medida em que os livros da área possuem preços mais elevados do que os de outras, e, são pagas muitas entidades, como explicou um entrevistado:

*Pagamos o Conselho, a anuidade é cara, geralmente tem muitos associados ao sindicato, associação médica, sociedades de especialidades. Então é uma profissão que tem o custo alto.*

Com referencia ao PSF, os médicos relataram ser uma ótima opção de trabalho, porem há que ser regulamentado para amenizar o caos resumido por um entrevistado:

*A formação do PSF é muito precária... alguns trabalhando as 8 horas conforme manda o PSF, a maior parte não trabalhando, às vezes tem gente que vai so uma vez por semana, tem outros que trabalham demais...é um verdadeiro caos essa coisa.*

Esse depoimento é interessante para pensar em se estabelecer critérios de regulamentação deste trabalho, sobretudo fora da Capital, onde, muitas vezes, não há qualquer controle desses profissionais.

Referindo-se à falta de regulamentação, o informante citou os exemplos do PSF nos municípios que, ao mudar de Prefeito, muda toda a equipe, sendo urgente a necessidade de concurso que mantenha o profissional no mesmo município, dando continuidade a um trabalho que requer cada vez mais uma apropriação e aproximação do conhecimento da realidade.

Comparado com outros países, o salário do médico no Brasil é muito baixo. Conforme um entrevistado relatou, ele faz um tratamento igual ao que é feito nos EEUU e lá uma cirurgia de vesícula custa U\$ 14.280,00. No Brasil, o convênio paga pela mesma cirurgia R\$ 400,00. Este fato só não é mais propulsor de migração de médicos brasileiros para outros países porque os países desenvolvidos dificilmente aceitam médicos estrangeiros. Há uma política de proteção dos médicos nativos.

Nesse eixo de raciocínio, percebe-se atualmente uma prática de disponibilização da Medicina no mínimo estranho. Há parcerias entre médicos e agências de viagem que atraem turistas para fazer cirurgia plástica no Brasil. Os custos saem menores para os turistas e os

médicos auferem maiores lucros com os pacientes estrangeiros.

Na defesa do SUS, um entrevistado garantiu que este sistema sustenta o sistema de saúde de um município

*O salário do médico hoje é em média quatro mil reais. Há quem ganhe 15, 20, 30 mil mas não é a maioria”. (Obs.: Este depoimento entra em contradição com o de um secretário que revelou ser mito esse baixo salário.)*

Recorrendo-se aos dados da RAIS, verifica-se que, no em 2002, as faixas salariais mostram considerável dispersão e estão baseadas no rendimento médio. Algumas são claramente inconsistentes com a realidade salarial do médico. O que provoca essa anomalia nos dados da RAIS não fica esclarecido, porém, concentrando atenção nas faixas predominantes que iniciam com 4,1 SM até 15 SM, verifica-se que o setor público oferece melhor nível de remuneração. O setor público estadual tem seu valor modal na faixa de 7,01 a 10 SM. O setor público municipal apresenta situações diferenciadas e uma tendência de maior remuneração nas faixas mais altas de salário. Isso é observável para a faixa de mais de 20 SM, na qual o setor público municipal é o maior empregador absoluto. Políticas de atração de médicos para municípios distantes da capital e a descentralização de atendimento à saúde têm correlação com essa tendência na distribuição salarial.

### **(Tabela 11)**

#### • CONDIÇÕES DE TRABALHO

Se por um lado se percebem nos dias atuais os avanços tecnológicos no auxílio dos procedimentos médicos, por outro, a responsabilidade sobre os resultados positivos do tratamento é maior, sobretudo porque os pacientes estão mais informados e menos submissos à autonomia do médico do que os de três décadas atrás. Isso tudo agrava o estresse e a repercussão negativa do trabalho na vida desses profissionais.

O médico é um dos profissionais que dificilmente pode errar pelo fato de trabalhar com a vida humana. Um erro pode ser fatal para sua carreira e hoje isso é motivo de estresse para grande maioria que clinica. Segundo um entrevistado, os médicos vivem sob pressão, sobretudo do ponto de vista jurídico. Hoje há advogados especializando-se em causas contra médicos. Referindo-se a problemas vinculados às condições de trabalho, um representante do CREMEC afirmou ter em média 10 ações mensais contra médico. “Atualmente temos 110 processos em andamento e apuradas em torno de 70 denúncias”. Outro entrevistado complementou:

**Empregos Médicos, por Salário e Natureza Jurídica do Estabelecimento,  
Ceará, 2002**

<i>Faixa em SM</i>	<i>SPF</i>	<i>SPE</i>	<i>SPM</i>	<i>EE</i>	<i>Esfl</i>	<i>PFO</i>	<i>Total</i>
<i>De 0,51 a 1,00</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>6,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>3,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>9,0</i>
<i>De 1,01 a 1,50</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>3,0</i> .....	<i>14,0</i> .....	<i>5,0</i> .....	<i>1,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>23,0</i>
<i>De 1,51 a 2,00</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>8,0</i> .....	<i>12,0</i> .....	<i>14,0</i> .....	<i>2,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>36,0</i>
<i>De 2,01 a 3,00</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>10,0</i> .....	<i>63,0</i> .....	<i>94,0</i> .....	<i>16,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>183,0</i>
<i>De 3,01 a 4,00</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>29,0</i> .....	<i>22,0</i> .....	<i>99,0</i> .....	<i>34,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>184,0</i>
<i>De 4,01 a 5,00</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>120,0</i> .....	<i>39,0</i> .....	<i>66,0</i> .....	<i>137,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>362,0</i>
<i>De 5,01 a 7,00</i> .....	<i>1,0</i> .....	<i>400,0</i> .....	<i>211,0</i> .....	<i>107,0</i> .....	<i>114,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>833,0</i>
<i>De 7,01 a 10,00</i> .....	<i>1,0</i> .....	<i>737,0</i> .....	<i>418,0</i> .....	<i>68,0</i> .....	<i>107,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>1.331,0</i>
<i>De 10,01 a 15,00</i> .....	<i>2,0</i> .....	<i>423,0</i> .....	<i>429,0</i> .....	<i>95,0</i> .....	<i>83,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>1.032,0</i>
<i>De 15,01 a 20,00</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>93,0</i> .....	<i>124,0</i> .....	<i>22,0</i> .....	<i>47,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>286,0</i>
<i>Mais de 20,00</i> .....	<i>3,0</i> .....	<i>33,0</i> .....	<i>308,0</i> .....	<i>18,0</i> .....	<i>52,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>414,0</i>
<i>Ignorado</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>1,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>,0</i> .....	<i>1,0</i>
<b>Total</b> .....	<b>7,0</b> .....	<b>1.862,0</b> .....	<b>1.640,0</b> .....	<b>589,0</b> .....	<b>596,0</b> .....	<b>,0</b> .....	<b>4.694,0</b>

FONTE: RAIS 1985/2002.

*Legendas:*

*SPF - Setor Público Federal; SPE - Setor Público Estadual; SPM - Setor Público Municipal; EE - Entidade Empresarial; ESFL - Entidade sem fins lucrativos; PFO - Pessoa Física e Outros*

*Não existe erro do economista, do agrônomo, do engenheiro...cai um prédio e ninguém diz nada...Matou um monte de gente e não tão nem aí. Mas o doutor, ele prescreveu um antibiótico e você não falou que era alérgico a coisa X ou intoxicação medicamentosa... meu Deus do céu, imagine...*

Além do estresse pelo medo de errar, a possibilidade de exercício da profissão em múltiplos locais é histórica. Essa diversidade de expedientes provoca alguns transtornos para profissionais da saúde em geral, especialmente para os médicos. Conforme alguns entrevistados lembraram, um número considerável de médicos acidenta-se ou morre nas estradas para dar plantões nos vários municípios do Ceará. Excetuando-se um dos 15 entrevistados, todos os demais reafirmaram a necessidade de assumirem vários empregos para completar uma renda familiar compatível com seu bem-estar. E foi justamente nesse aspecto que o entrevistado se colocou contra, afirmando que há uma tendência natural a sempre se querer mais. Diante a possibilidade de múltiplos empregos, a tendência do profissional é assumir o maior número de ocupações que for possível; daí o estigma de profissão de riscos.

*Ele trabalha em três, quatro empregos, primeiro porque ele quer, porque ele tem um padrão...a lógica*

*de cultura ideológica patrimonialista ele quanto mais oferta ele vai pegar, ou vai ele ou vai outro pegar. Porque ele quer trocar de carro todo ano, ter apartamento, ter casa não sei aonde, não sei o que ...isso é mito... se você for pra essência, na realidade o que tá ali é o interesse patrimonialista no processo.*

Mito ou não, outro entrevistado comparou o ritmo de trabalho de alguns anos antes e de hoje:

*Antes, na década de 60/70 se atendia cinco pessoas (dia) e já tinha uma boa renda. Hoje não é possível. O médico trabalha mais e tem de ser melhor (sic) formado.*

O entrevistado ressalta dois aspectos importantes: a renda familiar auferida no exercício da profissão decaiu sensivelmente, tendo o médico de se submeter cada vez mais à precarização do trabalho, com muitos vínculos para obter o *status* desejado, e a perda de autonomia, no que se refere aos procedimentos do médico para com o paciente. O avanço de tecnologia de diagnóstico faz com que o médico não exercite, ao menos em parte, o raciocínio complexo, para apenas ler exames e definir o tratamento pelo que mostram os resultados.

O representante do CREMEC demonstrou que no Conselho não é raro o fato de que os médicos que

chegam reclamando das condições salariais insuficientes para manter filhos em colégios particulares. Segundo ele, alguns já matriculando os filhos em colégios públicos. Exageros à parte, o fato é que os dois depoimentos são indicadores de que a profissão não está tão homogênea como há poucas décadas no que se refere a remuneração e condições objetivas de trabalho.

O trabalho no Estado (tirante a Capital) era feito nos finais de semana, já que a quantidade de médicos era restrita e as condições oferecidas para se instalarem nos municípios eram pouco encorajadoras, diferentemente da realidade atual, quando os melhores salários em uma só atividade estão nos municípios. Hoje em dia, entretanto, o médico dificilmente fica lá e lá se estabelece sem mais sair. Ele geralmente transita entre os municípios e a Capital ou entre cidades/localidades muito mais que os de antigamente (anos 60/70).

*Antigamente o médico do interior era so interior, hoje eu tenho amigos que por exemplo, terça-feira eu vou trabalhar na cidade tal, quinta-feira na cidade tal...*

O entrevistado também observou que no final de semana não fica ninguém nos municípios para onde foram contratados. A maioria vai para Fortaleza, mesmo os médicos do PSF que trabalham apenas durante a semana.

Um representante do CREMEC, referindo-se a fiscalizações do Conselho, citou um caso de um médico que atendia 80 pacientes em um turno de plantão e ilustrou outro caso contando que um amigo lhe havia confessado ter prescrito uma medicação inadequada após 50 consultas ininterruptas, justificando-se pelo cansaço em consultar. Em verdade deve ser muito estressante para um médico atender inúmeros pacientes com histórias diferentes, prescrições e procedimentos igualmente distintos.

O multiemprego e o excesso de horas trabalhadas traz como consequência, além do estresse, a dificuldade para se atualizar/reciclar, já que o cansaço no final do dia é muito grande, conforme refletiu um entrevistado diretor de hospital:

*Eu digo hoje com pouca possibilidade de erro, que os médicos que trabalham pouco, trabalham setenta horas por semana...esses meninos mais novos aí, eu converso muito com a categoria. Eu sou ligado ao Sindicato, ao Conselho. Esses meninos aí estão trabalhando cem horas, cento e vinte, semanais. Uma carga extremamente exagerada.*

No Estado – salvo a Capital – as relações de trabalho eram geralmente verbais até a municipalização.

Em cidades maiores, ainda era possível se encontrar um corpo clínico do município, mas a grande maioria contratava médicos que vinham de outros lugares (geralmente da Capital) para dar plantões por um determinado período (geralmente dois dias) e assim eram resolvidas as carências dos municípios menores. Ainda hoje, com o PSF, há municípios que se ressentem da falta de profissionais em determinadas áreas, ao mesmo tempo em que as formas de vinculação ainda são bastante diversas.

*Ate os anos 80 o sistema predominante era o hospitalocêntrico, quer dizer, um sistema de saúde voltado para o hospital... após a VIII Conferencia de Saúde em 1988, a porta de entrada passou a ser o posto de saúde ... e o hospital receberia se não fosse possível resolver no posto.*

Com esse depoimento, a entrevistada mostrou que no Estado - exceto Fortaleza - muitos hospitais fecharam porque foram criados para atender aos serviços primários e secundários e hoje o recurso para os postos aumentaram sensivelmente, enquanto que os hospitais passaram a receber bem menos verbas do que antes.

Para conseguirem rendimentos compatíveis com o status que historicamente conquistaram, os médicos submetem-se a condições de trabalho que lhes ampliam todos os níveis de desgastes. Aconteceu o deslocamento de um posto a outro de trabalho, as rotinas de plantões e atendimentos aligeirados para cumprir metas a eles impostas e as cargas de trabalho que se acumulam graças ao número de horas trabalhadas para conseguir cumprir seus objetivos.

Tomando-se as informações da RAIS/2002, percebe-se que o cruzamento entre as variáveis horas trabalhadas e natureza jurídica do estabelecimento reforça a hipótese sobre a predominância do setor público estadual e municipal. Além disso, mostra que duas faixas de horas trabalhadas semanais são características do emprego médico. No setor público estadual, a predominância está no intervalo de 16 a 20h, ao passo que, no setor público municipal, está na faixa de 31 a 40h. Nas entidades empresariais, as diferentes faixas têm participações bastante próximas no estoque de emprego.

#### **(Tabela 12)**

É importante ressaltar, mais uma vez, que os dados da RAIS se referem ao emprego formal, declarado ao Ministério do Trabalho e Emprego. Acrescido a essas horas, há que se considerar o tempo dedicado a outras ocupações, ao multiemprego que resultará em mais desgaste a esse profissional.

Empregos médicos, por horas trabalhadas semanais e faixa etária, Ceará, 2002

#### **(Tabela 13)**

**TABELA 12: Empregos Médicos, por horas trabalhadas semanais e Natureza Jurídica do estabelecimento, Ceará, RAIS 2002.**

<i>Horas Semanais</i>	<i>SPF</i>	<i>SPE</i>	<i>SPM</i>	<i>EE</i>	<i>Esfl</i>	<i>Total</i>
<i>Ate 12 h</i> .....	,0 .....	,0 .....	6,0 .....	116,0 .....	97,0 .....	219,0
<i>De 13 a 15 h</i> .....	,0 .....	,0 .....	31,0 .....	27,0 .....	7,0 .....	65,0
<i>De 16 a 20 h</i> .....	2,0 ....	1.760,0 .....	66,0 .....	115,0 .....	224,0 ..	2.167,0
<i>De 21 a 30 h</i> .....	,0 .....	14,0 .....	12,0 .....	129,0 .....	132,0 .....	287,0
<i>De 31 a 40 h</i> .....	5,0 .....	88,0 .....	1.500,0 .....	63,0 .....	33,0 ..	1.689,0
<i>De 41 a 44 h</i> .....	,0 .....	,0 .....	25,0 .....	139,0 .....	103,0 .....	267,0
<b>Total .....</b>	<b>7,0 ....</b>	<b>1862,0 .....</b>	<b>1.640,0 .....</b>	<b>589,0 ....</b>	<b>596,0 ..</b>	<b>4.694,0</b>

*Legendas:*

*SPF - Setor Público Federal; SPE - Setor Público Estadual; SPM - Setor Público Municipal; EE - Entidade Empresarial; ESFL - Entidade sem fins lucrativos; PFO - Pessoa Física e Outros*

**TABELA 13: Empregos médicos, por horas trabalhadas semanais e faixa etária, Ceará, 2002**

<i>Faixa de Idade</i>	<i>12h</i>	<i>13 a 15h</i>	<i>16 a 20h</i>	<i>21 a 30h</i>	<i>31 a 40h</i>	<i>41 a 44h</i>	<i>45 a 48h</i>	<i>Total</i>
<i>18 a 24 anos</i> .....	,0 .....	,0 .....	3,0 .....	,0 .....	2,0 .....	1,0 .....	,0 .....	6,0
<i>25 a 29 anos</i> .....	9,0 .....	1,0 .....	30,0 .....	11,0 .....	52,0 .....	24,0 .....	,0 .....	127,0
<i>30 a 39 anos</i> .....	96,0 .....	28,0 .....	239,0 .....	107,0 .....	373,0 .....	109,0 .....	,0 .....	952,0
<i>40 a 49 anos</i> .....	59,0 .....	14,0 .....	811,0 .....	90,0 .....	697,0 .....	77,0 .....	,0 .....	1.748,0
<i>50 a 64 anos</i> .....	49,0 .....	21,0 .....	983,0 .....	73,0 .....	541,0 .....	53,0 .....	,0 .....	1.720,0
<i>65 anos ou mais</i> .....	6,0 .....	1,0 .....	96,0 .....	6,0 .....	24,0 .....	3,0 .....	,0 .....	136,0
<i>Ignorado</i> .....	,0 .....	,0 .....	5,0 .....	,0 .....	,0 .....	,0 .....	,0 .....	5,0
<b>Total .....</b>	<b>219,0 .....</b>	<b>65,0 .....</b>	<b>2.167,0 .....</b>	<b>287,0 .....</b>	<b>1.689,0 .....</b>	<b>67,0 .....</b>	<b>,0 .....</b>	<b>4.694,0</b>

Além da predominância de horas na faixa de 16 a 20h e de 31 a 40h, a distribuição etária está concentrada nas faixas de 40 a 49 anos e de 50 a 64 anos. Pode-se, porém, observar que na faixa etária de 40 a 49 anos há uma concentração na jornada semanal de 31 a 40 horas, ao passo que na faixa etária de 50 a 64 anos predomina a jornada de 16 a 20h. O perfil etário dos empregos médicos revela uma tendência à redução da jornada, à medida que se avança na faixa etária. Essas informações confirmam a relação entre o ritmo de trabalho no setor público e o ciclo de vida profissional nas fases de consolidação e desaceleração (MACHADO, 1995).

Em síntese, as condições de trabalho são aviltadas por vários fatores que estão transformando o exercício da profissão, destacando-se: o multiemprego, que precariza a vida laboral desses profissionais por necessitarem de várias fontes de renda para manter um *status* desejado; a perda relativa de autonomia, tanto pela menor independência na ação sobre o paciente, provocada pelas imposições institucionais em atender com maior velocidade, e pelo não-fornecimento de condições materiais para o exercício da Medicina, bem

como a menor gestão sobre os processos de trabalho. Ademais, a redução do tempo de não-trabalho, as tarefas rotinizadas e as fragilidades da auto-regulação contribuem para o desgaste de suas condições de trabalho.

#### • AS NOVAS E VELHAS PATOLOGIAS

É comum o aparecimento de patologias decorrentes da reestruturação produtiva, da globalização e de novos hábitos da vida contemporânea. Enquanto isso, outras doenças que deveriam já ter sido extintas reaparecem no cenário de urbanização mal gerida, de crescimento populacional sem planejamento e, sobretudo, pelo estado de miséria crescente no País, como acontece com a tuberculose.

Entre as novas enfermidades, as LERs (lesões por esforços repetitivos) são típicas do mundo moderno, além de outras doenças ocupacionais, como deslocamento da retina por uso prolongado da tela do computador sem proteção e o estresse. Essas patologias, vinculadas ao uso de tecnologias e a um novo estilo de vida, são registradas por todos os entrevistados, sobretudo o estresse tem se agravado nesses últimos tempos pelo ritmo de vida levado

pelo homem urbano vem levando. Interessante é observar que essas novas pandemias atingem também os profissionais de saúde, estão inseridos também nesse âmbito social e econômico. Os médicos, com o ritmo de vida profissional que levam para manterem um padrão correspondente ao histórico *status* da profissão, também são reféns dessas mazelas, muitas vezes com maior intensidade do que seus pacientes.

Um entrevistado relatou que, após realizar em um município pequeno 16 consultas por turno ele fica exausto. Descreveu as origens de sua exaustão, valendo a pena reproduzir:

*(...) as queixas (dos pacientes) ultrapassam a condição física, elas estão diretamente ligadas a miséria, a falta de educação, a falta de emprego, a ignorância, a violência familiares (brigas), a problemas sociais de toda ordem que se reproduzem secularmente e refletem mais a falta de vontade política em melhorar a vida do lugar do que a patologia em si.*

De fato, nem sempre a Medicina pode curar, sobretudo porque grande parte das manifestações patológicas resulta de uma deficiente administração dos recursos públicos e da falta de políticas eficientes, o que fogem do controle do médico. Nesse prisma, o profissional de Medicina serve, quando muito, de placebo para as mazelas sociais e econômicas, resultado da falta da gestão pública.

Uma reflexão interessante dos entrevistados, ao se reportarem às novas patologias, refere-se ao fato de que, além daquelas vinculadas às tecnologias e à vida contemporânea, outras doenças antes consideradas extintas estão voltando; e o maior problema é que o médico de hoje não está preparado para enfrentá-las porque não foram estudadas na Universidade. Doenças como tuberculose, cólera, dengue, leishmaniose, entre outras afetam hoje a coletividade. Ocorre que, além de o médico não estar preparado para tomar decisões coletivas, ele estudou para ter paciente individual e com propensão a se especializar em uma parte específica de um paciente. Poucos conseguem manter sempre em seu raciocínio uma articulação da doença como fenômeno social. Ao se deparar com essas diagnoses antigas, além de outras moléstias novas, com a AIDS, o profissional passa por momentos difíceis de resolver.

Todas as mazelas da urbanização interferem no mundo do trabalho e o profissional de saúde, sobretudo o médico, não está isento desses problemas, para citar algumas: aumento da população, novas /velhas patologias, endemias que o poder público tem de resolver, problemas relacionados a estresse, violência e trânsito caótico que dificulta o deslocamento de profissionais de um bairro a outro.

Para as novas (velhas) patologias, nem sempre a cura é efetivada pela Medicina alopática, justamente porque tem como causa outras questões não relacionadas ao corpo físico, mas ao corpo social, que requer outros procedimentos alternativos. Foi nessa perspectiva que, desde 1975, a Medicina homeopática foi introduzida no Ceará, tendo sido regulamentada e reconhecida somente em 1980. Além da homeopatia, a acupuntura e a questionável Medicina ortomolecular vieram fazer parte da chamada Medicina alternativa, embora sobre esta última haja polêmica em relação a sua eficiência.

O fato é que há outras possibilidades de tratamento que os profissionais envolvidos buscam nas culturas milenares, geralmente orientais, para resolver o que vai além da necessidade de cura pela alopatia. Esse é um ponto a envolver mais do que procedimentos técnicos, uma forma diferente de ver a vida que, no início, era rechaçada por outros profissionais alopatas, conforme lembrou uma entrevistada, que o médico responsável pela introdução dessa prática no Ceará foi curado com um tratamento homeopático e desde então passou a implantar essa Medicina no Estado: “Há trinta anos ... Isolado, sozinho, criticado pelos colegas... debochado por outros no próprio hospital geral”. Para explicar o preconceito que havia no início dessa alternativa de fazer medicina.

### NOTAS DO CAPÍTULO 3

<sup>1</sup> A partir de abril de 2004 os profissionais Tipo 7 estão vinculados aos hospitais aos quais prestam serviço e não ao Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde. O novo sistema prevê apenas a hipótese de contratação da pessoa jurídica, isto é, o vínculo forma-se apenas entre CNPJs. Fonte: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2044-04.pdf>.

<sup>2</sup> Preços de outubro de 2005.

A literatura refere fartamente a noção de que se está vivendo a Era da comunicação, da informação e do poder dos media. Se os avanços dos media são a panacéia do mundo contemporâneo, o acervo multiplicado de informações que os meios de comunicação possibilitam para usuários e profissionais inaugura uma era – reconhecem alguns entrevistados – que tem repercussões diretas sobre a forma e autonomia de clinicar. A “demanda atualizada” por serviços e exames, a densidade tecnológica de determinados tratamentos, a velocidade dos testes de laboratório etc. constituem elementos de uma nova interface na relação médico / paciente. Esta é uma tendência evidente nos depoimentos deste estudo, o que confirma um processo mais amplo de transformação da vida social a partir da tecnologia e da informação.

Embora se entenda que na relação médico-paciente este sempre interfere no processo próprio do ato técnico, e que a clínica é um espaço de acordo entre médico e paciente (RIBEIRO e SCHARAIBER, 1994), o paciente de hoje é menos submisso à independência técnica do médico o que, por sua vez, é um dos aspectos que mais comprovam a autonomia do médico. O paciente tem os media informando a toda hora sobre determinadas doenças e aprende, muitas vezes, de forma equivocada que determinados sintomas podem significar tal doença. Daí chegam ao consultório munidos dessa informação e já pedem ao médico o exame que pensa ser apropriado. Se por um lado esta é uma vantagem para a população que passa a ter informação sobre determinadas patologias, podendo evitá-las ou controlá-las, de outra parte, a insistência de fazer exames muitas

vezes provoca um desentendimento entre médico e paciente, como relatou um entrevistado que, ao atender uma senhora, ela lhe pediu uma tomografia computadorizada para pesquisar uma dor de cabeça que sentia e ele preferiu fazer outros exames, inclusive o de vista, pois segundo percebeu, ela teria problemas. Com a recusa do médico de fazer, naquele momento, o exame que seria oneroso para os cofres públicos, a paciente saiu e foi a outro médico que procedeu consoante o que a paciente queria.

Um dos entrevistados discutiu a distorção com que determinados pacientes se apropriam do conhecimento. As informações veiculadas nos media nem sempre são apreendidas de forma correta e isso resulta em equívocos de vários tipos. Se as informações repassadas durante a consulta muitas vezes são mal compreendidas pelo paciente, imagine-se aquela repassada por um canal comunicativo, conforme relatou um entrevistado:

*(...) quando trabalhava em Quixadá, fizemos uma campanha para fornecer filtro para a população pobre...pra surpresa minha, três meses depois, quando cheguei na casa de uma das beneficiadas, disse ‘opa vou tomar água do seu filtro’ aí ela disse, ‘pro doutor traga água do filtro’ aí eu estranhei e disse” a senhora não tá tomando água do filtro? E ela disse não, o filtro é para as visitas...*

A carga de informações recebidas pelos pacientes foi ressaltada por um médico. Ele disse que “o Fantástico toda semana cura uma doença incurável”, referindo-se ao sensacionalismo que é feito para deter-

minadas patologias em que o ouvinte/telespectador percebe, muitas vezes, parte do que se desejou esclarecer e essa informação deturpada é muito prejudicial na sua relação com o médico. Em verdade, tudo vira mercadoria no capitalismo, daí os media veicularem tudo o que for vendável e a saúde não foge a regra. Vendem-se remédios, procedimentos médicos, tratamentos milagrosos, exames etc e o expectador tende a consumir o que vê, e, assim, chega ao consultório pensando conhecer muito de saúde, a partir do que viram na televisão.

Muitos depoimentos chamam a atenção para o processamento da informação sobre a área de saúde (medicamentos, doenças, descobertas recentes, aperfeiçoamento de cirurgias etc.) a que um número cada vez maior de pessoas tem acesso, sejam profissionais ou clientes.

*O cliente tem mais acesso, mais informação sobre saúde, lógico...Essa questão da informação do paciente...por exemplo para a teoria principal do estudo da bioética, o princípio que mais se destaca é o da autonomia, do direito à informação. Então o paciente hoje sabe que tem direito a conhecer o que ele tem, quer saber o prognóstico, saber qual o tratamento que você está pensando...A internet tem um papel muito importante nessa questão. E eu acho que isso contribui para uma melhoria na relação médico-paciente.*

Releva salientar que a informação do paciente também tem suas vantagens por forçar determinados profissionais a se reciclarem. Assim, o que antes poderia ser prescrito como verdade do médico hoje pode ser questionado pelo paciente, levando ao primeiro riscos maiores. Um entrevistado observou que dificilmente alguém que é aconselhado a fazer uma cirurgia não consulta outras fontes sobre seu diagnóstico. Mesmo os mais humildes consultam outros médicos, buscando a segunda opinião. Nesse aspecto, os planos de saúde facilitam a busca de outras opiniões pela facilidade de se consultar com vários médicos. Alguns entrevistados também levantaram a possibilidade de que a relação do paciente hoje em dia é prioritariamente com o convênio e não somente com o médico. A escolha do médico é feita via convênio, preferindo aquele que estiver mais próximo a sua residência. Essa atitude interfere decididamente na relação médico/paciente.

#### ·PERSPECTIVAS

Cada entrevistado procurou, de certo modo, falar sobre as perspectivas do mercado de trabalho da categoria médica. Dos depoimentos, o SUS e o PSF aparecem como os campos mais propícios de trabalho para esses profissionais no que se refere a vínculos de

assalariamento. O SUS é apontado como a grande inovação do sistema de saúde.

*O SUS ele acaba com a indigência, coloca todo mundo...universaliza o atendimento, hierarquiza, tem a integralidade que garante a assistência em três níveis.*

Criticando o grande número de cursos de Medicina que estão sendo implantadas no Estado, um médico asseverou:

*(...) o sistema de saúde não vai absorver esse pessoal. A proletarização da Medicina, ela vai se tornar mais clara, bem mais evidente, a luta mercadológica, o mercantilismo, tudo isso vai ficar mais enfático, e aí, os aspectos éticos e morais da medicina vão por água abaixo.*

O Ministério da Saúde, em 1994, instituiu um novo modelo de atenção à saúde da população que busca a reorientação do modelo tradicional vigente, o qual está centrado no Programa de Saúde da Família. O objetivo do Programa Saúde da Família é reorganizar a prática de atenção à saúde substituindo o modelo tradicional que trata do indivíduo de forma isolada de seu contexto familiar e centrado apenas na cura de doenças. Cada Equipe de Saúde da Família é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número limitado de agentes comunitários de saúde (dependendo do tamanho da área de abrangência do PSF). O Ministério da Saúde recomenda que cada equipe acompanhe no máximo 600 e 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas. As equipes do PSF centram-se nas Unidades de Saúde da Família e devem realizar assistência integral, contínua e de qualidade, atuando na própria unidade ou nos domicílios e em locais comunitários. Sendo assim o PSF apresenta-se como uma nova e importante oportunidade de trabalho.

*O programa Saúde da Família abriu um leque importante de trabalho. Além de emprego, ele aposta em uma "nova" forma de cuidar. Mas o grande desafio é como manter essa mão-de-obra no Interior.*

Embora o SUS e o PSF tenham sido citados como possibilidades de trabalho para os médicos, ao mesmo tempo foram feitas algumas reclamações sobre problemas inerentes a ajustes operacionais que esses programas ainda possuem.

*Você tem uma queda significativa na absorção da mão-de-obra dos estados e um aumento significati-*

*vo da mão-de-obra dos municípios, certo. Só que aconteceu o seguinte: você tem no Brasil 5.562 municípios, aí você tem 4.000 municípios que tem até 20.000 habitantes, certo. Você tem 1.300 municípios que tem 20 e 100 mil, e você tem pouco mais de duzentos e poucos com mais de 100 mil habitantes e só 31 com mais de 500 mil. O que acontece, a maior parte dos municípios não têm condição de ter um plano de carreira e não tem mais sentido você fazer concurso pra União e pros Estados. Então nos vamos ter que pensar na idéia de um corpo nacional de médicos do SUS...um corpo nacional de base local .*

Esta idéia parece resolver o problema que muitos profissionais encontram no trabalho em pequenos municípios. Em alguns, eles encontram uma série de vantagens; em outros, muitas vezes com carga maior de trabalho, se deparam com as condições salariais e laborais mais precárias. Ademais, geralmente o salário de um médico nas cidades menores não leva em consideração sua experiência e seu currículo. A Prefeitura oferece a vaga, estipula o salário que serve para o recém-formado e para os considerados “medalhões”, se por acaso se interessassem, salvo raríssimas exceções. Nessa perspectiva, o Estado do Ceará realizará um concurso estadual de base municipal.

Nas configurações complementares em que o trabalho do médico está situado, um círculo vicioso se estabelece. Ideologicamente identificado com o ideal do *status* médico do profissional autônomo, ele busca crescentes rendimentos, em múltiplas atividades e contratos. As perspectivas atuais de emprego médico, porém, o conduz a ritmos mais acelerados, à concorrência. Esses aspectos que atingem não apenas esse contingente de profissionais, fazem com que um novo perfil profissional seja formatado.

Donnangelo (1975, 1979), já naquela época, indicava uma propensão ao assalariamento médico, ao mesmo tempo em que previa um constrangimento à tradicional autonomia, conquistada pela “medicina liberal”. Outros estudos tentam reafirmar os achados dessa Socióloga, mas a perda ou diminuição da autonomia não chega a ser um consenso. Nesta pesquisa, os entrevistados foram unânimes ao acusar condições aviltantes de trabalho para se conseguir uma renda satisfatória para o que pensam dever possuir. Ao mesmo tempo, afirmam sua autonomia no que se refere a independência técnica, o que parece contraditório. Como assinala, porém, Castoriadis, o imaginário é mais real do que o real. Em verdade,

*Não obstante e em contraste com a cientifização, a autonomia profissional do médico, desde a medicina liberal, segue sendo para esses profissionais a grande representação do trabalho e seu mais caro ideal de ação.* (SCHARAIBER, 1995)

Neste estudo, além da ciência de permanecerem autônomos e diferenciados dos demais profissionais, outros aspectos compõem um quadro da realidade do emprego do profissional médico no Ceará a partir da fala dos entrevistados, destacando-se os seguintes aspectos:

- neste estudo, foi clara a dificuldade de demarcar a ocupação principal dos médicos entrevistados, excetuando-se os aposentados. A existência do multiemprego é uma realidade que dificulta essa delimitação;

- o profissional médico está em plena transformação de perfil, já que a tecnificação da Medicina está cada vez mais importante e os médicos tendem a depender das novas tecnologias, implicando, por conseguinte, mudanças na ação médica, notadamente na relação médico-paciente;

- o setor privado apresenta-se como um campo de possibilidades empregatícias para os médicos, embora o setor público ainda represente o maior responsável pelo emprego médico;

- os processos de urbanização, incluindo os demais 183 municípios além de Fortaleza, tendem a agravar o desgaste do profissional de Medicina em virtude das marcas do mundo atual (violência, insegurança, estresse, competição etc);

- no Ceará, há uma tendência à estabilidade do emprego formal dos médicos, embora esse dado seja questionado pela existência de outras formas de assalariamento não identificadas pelos registros administrativos do Ministério do Trabalho e Emprego;

- nos últimos anos, o Ceará passou por uma relativa descentralização do emprego médico, sendo os municípios de médio porte os que mais cresceram suas ofertas de postos de trabalho. Essa é uma tendência que poderá se intensificar nos próximos anos com as novas universidades no Estado que intensificam o mercado em saúde;

- o Estado, que formava 150 médicos por ano, agora deverá disponibilizar para o mercado de trabalho pelo menos 400 profissionais, o que, segundo os representantes da categoria, modificará o quadro de conforto que os médicos tinham por serem menos numerosos;

- as especializações são um fator de alargamento do tempo de estudo/formação do médico, que passa a necessitar desse nível de preparação para competir no mercado. Ao mesmo tempo que facilita o diagnóstico e sua resolução, a especialização fragmenta o saber, levando muitos profissionais a enxergar tão-somente a doença e não o indivíduo como um ser em sua totalidade;

- a percepção de uma tendência de feminilização da medicina, ao mesmo tempo que a preferência do emprego público é uma escolha que apresenta vantagens do de permitir às mulheres médicas maior “flexibilização” das exigências sociais quanto ao gênero.

- a qualificação do profissional de Medicina está se voltando cada vez mais para as especialidades e subespecialidades em virtude da mercantilização do saber e do exercício da profissão. Este aspecto muda o perfil do médico e, por conseguinte, do mercado de trabalho para este profissional; e

- falar em precarização do trabalho médico é polêmico e necessita de uma (re) construção da categoria “precarização”. Por um lado, pode ser considerado precário o exercício de multiempregos, em ambientes distintos, com responsabilidade sobre a vida do outro e, muitas vezes, com perda parcial de autonomia quanto aos vínculos estabelecidos e, principalmente, com salários incompatíveis com as expectativas apreendidas durante o curso de graduação. Há, entretanto, uma corrente de profissionais que não acha precário o trabalho médico por serem as condições objetivas de trabalho uma escolha do profissional, que não se contenta em ganhar no mesmo nível da maioria dos trabalhadores que possuem graduação semelhante. Segundo um informante, há uma necessidade intrínseca de ostentar um padrão de vida, ao mesmo tempo que a facilidade de ter várias fontes de renda com o multiemprego.

- AGUIAR, Andréa, SANTOS, J.B. Feitosa. “Trabalho e Saúde do Trabalhador”. In: *SAMPAIO, H.A., JORGE, M. S. B. (orgs) Construção do Conhecimento em Saúde Coletiva: políticas públicas e diversidades*. Fortaleza. Ed. INESP/EDUECE, 2001.
- ANDRADE, Francisca M. *O Programa de Saúde da Família no Ceará*, Expressão Gráfica e Editora Ltda, Fortaleza—Ce, Brazil, 1998.
- ANDRADE, Luiz O. M. e BARRETO, Ivana C. H. “Promoção da Saúde e Cidades/Municípios Saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente”. In: *MINAYO, M.C. S. e MIRANDA, A. C. (orgs). Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- Ceará. *Portal de Serviços do Governo do Ceará*. Disponível em <http://www25.ceara.gov.br/redirecionador.asp?pagina=http://www.saude.ce.gov.br/internet/>. Acesso em Janeiro/2006.
- DONNAGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DONNAGELO, M. C. F.(coord). *Condições do Exercício da medicina na área metropolitana de São Paulo: relatório de pesquisa*. São Paulo: Universidade de São Paulo/ conselho Regional de medicina do Estado de São Paulo, 1980.
- Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE. *Ceará em Números*. v.18. Fortaleza. Edições IPLANCE. 2005.
- MACHADO, Maria Helena (coord). *Perfil do Médicos no Brasil: análise preliminar*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICFM-MS/PNUD, 1996, Volume XXV – Ceará.
- MACHADO, Maria Helena (coord). *Perfil dos Médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 244p.
- MASLACH, C.; Leitter, M.P. *Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?* São Paulo: Papyrus, 1999.
- MEDEIROS, S.M. e ROCHA, S.M.M. *Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2):399-409, 2004.
- OFFE, Claus. *Trabalho e Sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da Sociedade do trabalho*. Tradução Gustavo Bayer e Marguit Martinic –Ro de Janeiro. Tempo Brasileiro, 1991.
- RIBEIRO, José M. e SCHARAIBER, Lília B. *A autonomia e o trabalho em medicina*. *Cad. Saúde Pública*. [online]. abr./jun. 1994, vol.10, no.2 [citado 21 Fevereiro 2006], p.190-199. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1994000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000200006&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0102-311X.
- SANTOS, Boaventura de Sousa Santos. “Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências.” In: *Conhecimento prudente para uma vida decente: “Um discurso sobre as ciências” revisitado*. Porto: Afrontamento, 2003. Disponível em: [http://www.ces.fe.ucp.t/bss/documentos/sociologia\\_das\\_ausencias.pdf](http://www.ces.fe.ucp.t/bss/documentos/sociologia_das_ausencias.pdf). Acesso em setembro de 2005.
- SCHRAIBER, Lília B. *O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional*. *Cad. Saúde Pública*, jan./mar. 1995, vol.11, no.1, p.57-64. ISSN 0102-311X.
- SENNET, Richard. *A Corrosão do Caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. 2ª tiragem. Rio de Janeiro: Record, 1997.

## Gráficos do capítulo 1

Gráfico 01

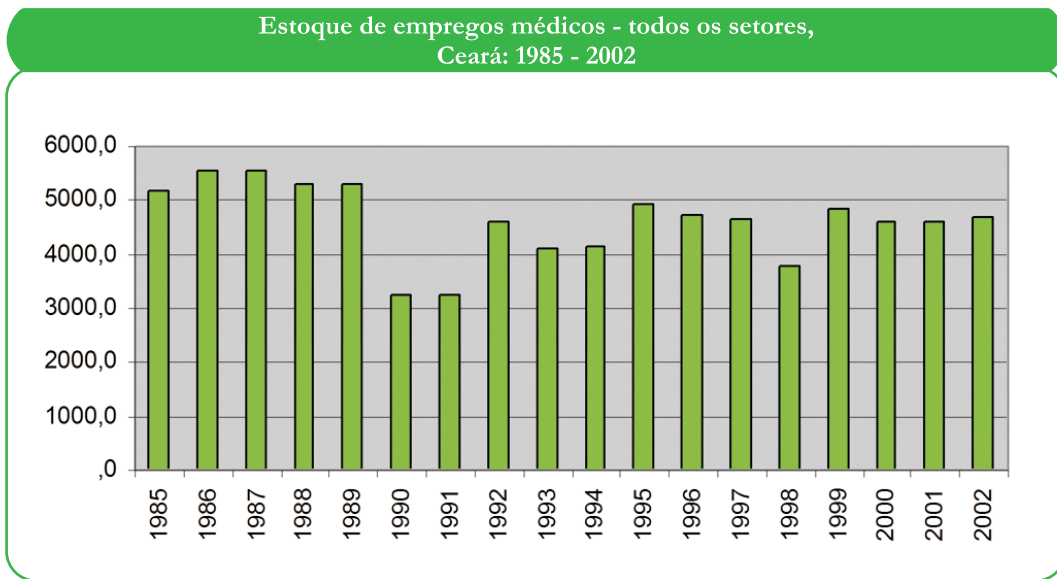


Gráfico 02

