

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

ALEXSANDER BORGES RIBEIRO

**DEMARCAÇÃO DE FRONTEIRAS PROFISSIONAIS
NO CAMPO DA SAÚDE**

Porto Alegre

2016

ALEXSANDER BORGES RIBEIRO

**DEMARCAÇÃO DE FRONTEIRAS PROFISSIONAIS
NO CAMPO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de mestre, pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Área de concentração: Organizações, Cultura e Democracia.

Orientador: Dr. Emil Albert Sobottka

Porto Alegre

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

ALEXSANDER BORGES RIBEIRO

DEMARCAÇÃO DE FRONTEIRAS PROFISSIONAIS NO CAMPO DA SAÚDE

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de mestre, pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovado pela Banca Examinadora em 18.03.2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Emil Albert Sobottka
PUCRS

Prof.^a Dr.^a Soraya Maria Vargas Cortes
UFRGS

Prof.^a Dr.^a Lúcia Helena Alves Müller
PUCRS

CIP. Brasil. Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

R484d Ribeiro, Alexsander Borges

Demarcação de fronteiras profissionais no campo da saúde. / Alexsander Borges Ribeiro – Porto Alegre, 2016. 107f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Escola de Humanidades, PUCRS, 2016.

Orientador: Prof. Dr. Emil Albert Sobottka.

1. Sociologia das profissões. 2. Regulamentação profissional. 3. Profissionalismo: saúde. I. Sobottka, Emil Albert. II. Título.

CDU 316.343.653: 614.258

Bibliotecária responsável: Juliani Menezes dos Reis – CRB10/2268

AGRADECIMENTOS

À minha esposa Juliani e minha filha Sofia, pelos incentivos, auxílios e apoio nos momentos difíceis.

Ao meu orientador Prof. Dr. Emil Albert Sobottka, pela confiança em mim depositada; pela paciência que sempre teve comigo e que me ajudou a manter a calma nas adversidades; e, pelos ensinamentos, que levarei sempre comigo;

Às Prof.^a Dr.^a Soraya Cortes e Prof.^a Dr.^a Lúcia Helena Müller por aceitarem fazer parte da banca de qualificação e defesa, oportunizando dois momentos ímpares para minha trajetória acadêmica. As sugestões ponderadas, ricas e certeiras melhoraram muito a qualidade do trabalho;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUCRS, por tudo que aprendi com eles.

À Escola de Humanidades da PUCRS, que me recebeu de braços abertos através de seus competentes e simpáticos funcionários. Sinceros agradecimentos à Rosane Andrade, que sempre me ajudou quando precisei;

Aos colegas da PUCRS pela acolhida, amizade e ajuda com informações. Valeu Vagner Vargas, Douglas Porto e Thaís Marques de Santo.

A aventura do mestrado teria sido indiscutivelmente mais difícil se não tivesse contado com o irrestrito apoio dos meus chefes, Prof. Dr. Luis da Cunha Lamb e Beatriz Regina Bastos Haro, do Instituto de Informática da Ufrgs. Tenho um débito impagável com ambos. Um agradecimento também a todos os professores e técnico-administrativos do INF que me apoiaram.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e sua EDUFRGS, que possibilitaram uma bolsa de mestrado para mim.

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,
mas pensar o que ninguém ainda pensou
sobre aquilo que todo mundo vê.”*

Arthur Schopenhauer

RESUMO

Resgata a história de diversas profissões de saúde, começando pelas origens e alcançando os processos de profissionalizações, tanto em nível mundial como brasileiro. O objetivo geral do estudo é analisar processos emblemáticos de demarcação de fronteiras profissionais no campo da saúde, ocorridos na última década no Brasil, sendo um conhecido como “Ato Médico” e outro como “Mais Médicos”. Apresenta as atuais regras do jogo da demarcação de fronteiras. Identifica os jogadores, divididos entre atores individuais e coletivos envolvidos, bem como os *veto players*. Identifica as estratégias que os atores utilizaram nos dois episódios, no esforço de alcançar seus objetivos. Mostra os resultados dos jogos ou dos processos demarcatórios no campo da saúde brasileira. Conjectura que a liberalização dos serviços profissionais, no âmbito do Mercosul, enfrentará a resistência da classe médica brasileira. Conclui que as demarcações de fronteiras profissionais são processos imperfeitos, suscetíveis às pressões classistas, que o alargamento da esfera pública em combinação com estudos prévios pode apresentar resultados mais satisfatórios em relação à busca de um bem comum.

Palavras-chave: Ato Médico. Mais Médicos. Demarcação de fronteiras profissionais. Regulamentação profissional. Sociologia das profissões. Esfera pública. Integração regional ao Mercosul. Liberalização dos Serviços Profissionais.

ABSTRACT

This paper recalls the history of various health professions, starting with the origins and reaching the professionalization processes, both in Brazil and worldwide. The overall objective of the study is to analyze emblematic process of demarcation of borders professionals in the health field , occurred in the last decade in Brazil, one known as *Ato Médico* (Medical Act) and the other as *Mais Médicos* (More Doctors). Presents the current rules of the boundaries setting game. Identifies the players, divided into individual and collective actors involved, as well as veto players. Identifies the strategies that the actors used in both episodes, in an effort to reach their goals. Shows the results of the games or processes of demarcating boundaries on the healthcare field in Brazil. Conjectures that the liberalization of professional services, within the Mercosur, will face the resistance of the Brazilian physicians. Concludes that the demarcations of professional boundaries are imperfect processes, susceptible to class pressures, that the enlargement of the public sphere in combination with previous studies may have more satisfactory results in relation to the search of a common good.

Keywords: Medical Act. More Doctors. Demarcation of professional boundaries. Professional regulation. Sociology of professions. Public sphere. Regional integration to the Mercosur. Liberalization of Professional Services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	AMERICAN BAR ASSOCIATION
ABCI	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ÓPTICA CINE-FOTO
ADIN	AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE
AMA	AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
AMB	ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO BRASIL
ANDIFES	ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DE INSTITUIÇÕES FEDERAIS DO ENSINO SUPERIOR
APA	AMERICAN PSYCHOLOGY ASSOCIATION
APTA	AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION
CAS	COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS DO SENADO FEDERAL
CCJC	COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E CIDADANIA DO SENADO FEDERAL
CDH	COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA DO SENADO FEDERAL
CFM	CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CFED	CONSELHO FEDERAL DE ECONOMISTAS DOMÉSTICO
CNS	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
COFEN	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
CFP	CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
COFFITO	CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CREFITO	CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CREMEC	CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO CEARÁ
CREMERJ	CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO
CREMESP	CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO
CRM-PA	CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARÁ
CSP	CHARTERED SOCIETY OF PHYSIOTHERAPY
HC	HOSPITAL DAS CLÍNICAS
HIV	HUMAN IMMUNODEFICIENCY VÍRUS
IBICT	INSTITUTO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E

	TECNOLOGIA
INEP	INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA
IPEA	INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA
IPESPE	INSTITUTO DE PESQUISAS SOCIAIS, POLÍTICAS E ECONÔMICAS
MERCOSUL	MERCADO COMUM DO SUL
NESCON/UFMG	NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
OAB	ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
PCB	PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO
PC_{doB}	PARTIDO COMUNISTA DO BRASIL
PDT	PARTIDO DEMOCRÁTICO TRABALHISTA
PFL	PARTIDO DA FRENTE LIBERAL
PL	PROJETO LEI
PLS	PROJETO DE LEI DO SENADO FEDERAL
PMDB	PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO
PMM	PROGRAMA MAIS MÉDICOS
PPB	PARTIDO PROGRESSISTA BRASILEIRO
PROVAB	PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA
PSDB	PARTIDO DA SOCIAL DEMOCRACIA BRASILEIRA
PT	PARTIDO DOS TRABALHADORES
PUCRS	PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
REVALIDA	EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR UNIVERSIDADES ESTRANGEIRAS
SBC	SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA
STF	SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

STJ	SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCU	TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UE	UNIÃO EUROPEIA
UFMG	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UFRGS	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNASUL	UNIÃO DE NAÇÕES SUL AMERICANAS
VP	VETO PLAYER

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E METODOLOGIA.....	12
2 PROFISSIONALIZAÇÃO NO CAMPO SAÚDE.....	17
2.1 História das profissões de saúde.....	18
2.2 Colaborações e conflitos em equipes multiprofissionais de saúde.....	27
3 SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES.....	31
3.1 Sociologia das profissões e suas escolas	31
3.2 Conceitos sobre profissão e reconhecimento profissional.....	37
3.3 Precarização das relações de trabalho e acirramento das disputas interprofissionais no campo da saúde.....	40
4 DEMARCAÇÃO DE FRONTEIRAS PROFISSIONAIS NA SAÚDE BRASILEIRA	45
4.1 Breve história da regulamentação de profissões da área da saúde no Brasil.....	45
4.2 Regulamentação profissional na atualidade	49
4.3 As forças que modelam um campo: atores em disputa no campo da saúde brasileira ...	54
5 PROCESSOS EMBLEMÁTICOS DE DEMARCAÇÃO DE FRONTEIRAS	
PROFISSIONAIS NA SAÚDE BRASILEIRA.....	58
5.1 Os projetos de leis sobre o Ato Médico.....	60
5.2 Ingresso de médicos estrangeiros através do programa Mais Médicos.....	70
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS.....	83

1 INTRODUÇÃO E METODOLOGIA

O acesso a um mercado de trabalho regulamentado se faz através da comprovação de credenciais, por vezes acessíveis mediante aprovação em instituições de ensino, bem como posterior registro no Ministério do Trabalho ou em instituições de controle profissional, que no Brasil são chamadas de Conselhos de fiscalização profissional e Ordens. Na impossibilidade de conferir a todas as pessoas a possibilidade de realizar todos os tipos de trabalhos, sob pena de elevado risco à população, o Estado estabelece fronteiras profissionais, ao regulamentar profissionalmente uma área. Os limites de atuação de cada tipo de profissional por vezes são questionados, repensados e alterados. Eventuais conflitos, às vezes por interpretações contraditórias sobre redações legais com trechos ambíguos, acabam sendo resolvidos precariamente na justiça. A busca pela solução dos conflitos visa assegurar a estabilidade do sistema.

A aproximação entre duas ou mais áreas de formação profissional possibilita o surgimento de novas profissões. Assim floresceram profissões como Biomédico, Engenheiro de Computação, entre outras profissões mais modernas. Também a formação de equipes multiprofissionais veio como uma resposta às demandas de setores da sociedade, ao juntar profissionais diferentes em um serviço interprofissional, onde um profissional complementa o trabalho do outro com seu saber especializado. Mas essa união de profissionais variados nem sempre tende a ser harmônica, prejudicando a todos os envolvidos e ao próprio coletivo. Também as novas profissões buscam seu espaço para atuação e luta por reconhecimento. Não é raro constatar que seus esforços esbarram em um mercado regulamentado, gerando conflitos com profissões antigas.

O **tema** do presente trabalho é demarcação de fronteiras profissionais na área de saúde no Brasil, mediante aprovação de leis federais, eventuais conflitos e soluções do Estado para harmonizá-los. Nos últimos anos as fronteiras profissionais foram modificadas por variados episódios, mas dois casos se tornaram emblemáticos pela dimensão midiática (Ato Médico e Mais Médicos), sendo que um modificou as fronteiras profissionais no campo da saúde, de forma interprofissional e o outro proporcionou o ingresso de profissionais estrangeiros da área da Medicina, gerando discussões de caráter intraprofissional transfronteiriço. Ao mesmo tempo,

os processos de integração regional colocam novos desafios aos atores tradicionais, pois injetam novos atores, regras e outras possibilidades de demarcações de fronteiras. Dada a relevância que a área de saúde tem para a população e o tema não ter sido rediscutido em sua plenitude pela literatura que se ateve aos eventos, torna-se útil apresentar uma nova contribuição, que tem a pretensão de clarificar pontos já discutidos e introduzir novos elementos na discussão, até então não discutidos.

A **delimitação do tema** se dá pelo **espaço** territorial brasileiro e a **temporalidade** foca no período pós-Constituição de 1988, período que garante a atualidade das discussões. O **problema de pesquisa** do presente estudo é: *como transcorreram as demarcações de fronteiras profissionais no campo da saúde no Brasil, nos processos que culminaram nas aprovações das Leis Federais n.º 12.842/2013 e n.º 12.871/2013, mais conhecidas como Lei do Ato Médico e Programa Mais Médicos?*

A **hipótese primária** para a pergunta anterior é que a demarcação de fronteiras profissionais ocorreu em meio a disputas entre os grupos de interesses profissionais da área de saúde, no primeiro caso (Ato Médico), sendo o Estado o mediador dos conflitos. No segundo caso (Mais Médicos), o embate se deu entre representantes da classe médica e o Governo da época.

A **hipótese secundária** é que, no episódio “Ato Médico”, os processos de demarcação de fronteiras profissionais evidenciaram disputas interprofissionais, até então restritos ao ambiente do trabalho das equipes multiprofissionais de saúde. Em tais grupos de saúde, a literatura já apontava prejuízo na cooperação multiprofissional em razão de conflitos resultantes da hierarquização das relações, centralizadas historicamente na classe médica e com as demais categorias profissionais como auxiliares. No caso do Programa Mais Médicos a resistência de representantes da classe médica brasileira aos cubanos, quando da vinda dos mesmos para o Programa Saúde da Família, no passado, permite a suposição de que também houve resistência ao trabalho destes, no novo programa brasileiro e que uma eventual liberalização dos serviços profissionais, em razão da integração ao Mercosul, sem a revalidação de credenciais nos moldes exigidos pelos representantes médicos brasileiros, igualmente resultará em conflitos.

O **objetivo geral** do estudo é analisar processos emblemáticos de

demarcação de fronteiras profissionais no campo da saúde, ocorridos na última década no Brasil. Como **objetivos específicos** estão: a) selecionar episódios de demarcação de fronteiras profissionais na saúde, de grande repercussão midiática; b) conhecer os atores que influenciaram ou conduziram os processos de demarcações profissionais destacados; c) apresentar os desdobramentos dos casos analisados, comparando pontos positivos e negativos apresentados pelos atores dos lados envolvidos nas discussões e verificando as reais consequências das novas fronteiras profissionais.

Justifica-se o presente estudo pela dispersão de variados trabalhos, produzidos por autores de diversas áreas, muitas vezes cada um tendo uma visão de uma parte do processo e não se atendo ao restante, produzido por autores de outras áreas. Também pela atualidade do tema, em virtude de várias transformações recentes no campo e pela emergência de soluções para problemas. Existe também a crença de que alguns pontos podem ser melhor explorados ou alternativamente analisados, assim como é possível acrescentar novas informações.

O **objeto do presente estudo** é campo brasileiro da saúde, com seus atores, que fazem uso de instrumentos e táticas, com especial atenção para os casos: Ato Médico e Mais Médicos.

Lakatos e Marconi (1992, p. 105) defendem que "A especificação da metodologia da pesquisa é a que abrange maior número de itens, pois responde, a um só tempo, às questões como?, com quê?, onde?, quanto?". O presente trabalho foi construído sobre um projeto de dissertação, que teve como uma de suas preocupações a prévia análise do que já havia sido estudado sobre o assunto no Brasil. Além disso, se verificou como os estudos foram feitos, com seus acertos e eventuais erros. Também a qualificação foi fundamental para repensar o trabalho até então feito.

Metodologicamente o trabalho é categorizado como **pesquisa documental** por Sá-Silva, Almeida e Guindani (1999, p. 4-5), que entendem ser "[...] um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos.". Pedro Demo (1995, p. 13) considera a pesquisa documental como uma pesquisa prática, visto que pode ser "voltada para intervir na realidade social". Gil (1999, p. 66) entende que: "A pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam um tratamento analítico ou que

ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.”.

Foram consultados os acervos das bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), bem como a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT). Também serviram como fonte de informações, para localização de trabalhos sobre o assunto, o buscador Google, onde uma variedade de termos (profissões, regulamentação, regulação, autarquias corporativas, conselhos profissionais, autarquias atípicas, liberalização, serviços profissionais, corporativismo) serviu para localização de novas fontes de pesquisa. A escolha por tais termos se deve ao conhecimento do autor sobre o assunto e da constatação do uso dos mesmos nas palavras-chave utilizadas em cada trabalho localizado. As referências dos próprios trabalhos encontrados serviram para aprofundar a pesquisa. Como fontes de informações, foram analisados livros, jornais eletrônicos, sites governamentais, jurisprudências, doutrinas, artigos, atas de plenárias ordinárias de conselhos de fiscalizações profissionais, atas da Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados.

Já o referencial teórico se utilizou de diversos autores, dos quais destacamos Parsons e Freidson, pelas contribuições do funcionalismo e do interacionismo; Pierre Bourdieu a respeito das noções de campo e de disputas entre agentes num dado campo; Honneth como defesa de que o trabalho sofreu transformações em séculos, mas manteve sua importância para as pessoas; Sábado Girardi e Emil Sobottka para as discussões acerca da resistência nacional de médicos, ao trabalho multiprofissional no campo da saúde; e, Habermas e sua esfera pública que permite a comunicação entre atores de diversos grupos.

A **revisão de literatura** é do tipo narrativa, ou seja, não teve critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura, nem teve a pretensão de esgotar as fontes de informação. É adequada para fundamentação de dissertações (IPUSP, 2015). Sobre a revisão de literatura torna-se útil apresentar breve apanhado:

Martins (1990, p. 31) analisou profundamente os fenômenos do credencialismo¹ e do corporativismo² e concluiu que “o caráter credencialista do

¹ Obra importante sobre o assunto: COLINS, R. **La Sociedad Credencialista**: sociologia historica de la educación y la estratificación. Madrid: Akal Ediciones, 1988.

sistema educacional juntamente com as tendências corporativistas da organização das profissões influenciam fortemente a estruturação e funcionamento da educação superior e respondem, em grande parte, por sua atual situação de crise”.

Miguel Santos (2010) estudou as variadas teorias que se dirigem a dar conta das dificuldades de inserção profissional dos jovens saídos do sistema formativo. Abordou as teorias: marxista ou neomarxista, neoclássicas, credencialista, estruturalista, modelo de base sociológica, regulacionista, econômica, cognitiva, integradora, teoria de transição e ocupacionais. O autor não faz conclusões, apenas aponta o que pensa os defensores ou autores de cada teoria.

Hermílio Santos (2002), analisou a participação dos grupos de interesse, ou seja, agentes não-estatais, na formulação de políticas públicas no Brasil. Também estudou as redes de políticas públicas neopluralista e neocorporativista. Concluiu que os grupos de interesse foram bem sucedidos em novas áreas não apenas pela ação dos mesmos, mas pela ausência de pólos contrários.

No estudo sobre conselhos de fiscalização profissionais destaca-se que Favieiro (2007) estudou três conselhos de fiscalização profissional da área de saúde (Medicina, Enfermagem e Farmácia), todos com sede no Rio Grande do Sul. Para dar conta da pesquisa, combinou entrevistas semi-estruturadas, análise de conteúdo e método comparativo através de uma abordagem qualitativa. Tal metodologia se mostrou acertada no momento em que o autor buscava conhecer a relação dos profissionais com os conselhos em que estavam inscritos. Visava saber, entre outras questões, se existia o sentimento de representação de classe ou até de coerção.

Outro trabalho que merece distinção é o de Alves (2012), cujo foco recaiu sobre os conselhos de fiscalização profissional da área da Medicina, mas de forma bem específica deteve-se aos procedimentos éticos que envolvem o exercício profissional. A autora reconhece o recorte que fez, pois destacou que embora tenha elaborado um capítulo dedicado a compreensão das origens, natureza jurídica dos conselhos citados e sobre a auto-regulamentação dos mesmos, enfatizou que seu trabalho não comportava um estudo sobre as autarquias.

² Para uma compreensão mais abrangente acerca do termo recomenda-se a leitura de: VIEIRA, E. **Autoritarismo e Corporativismo no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Unesp, 2010.

2 PROFISSIONALIZAÇÃO NO CAMPO SAÚDE

É através do processo de profissionalização que uma atividade produtiva se transforma em profissão, alcançando um maior *status* perante a sociedade. Conhecer o processo histórico de cada profissão contribui para a compreensão da atualidade, pois as fronteiras demarcadas nada mais são do que resultados de ações dos grupos profissionais e de disputas entre grupos. Alguns episódios, que parecem atuais, apresentam similaridades com eventos ocorridos num passado não tão distante, possibilitando a interpretação de que não são guerras distintas, mas batalhas de uma mesma guerra, ou seja, não houve uma ruptura, mas uma trégua ou breve suspensão do conflito, onde armas foram recarregadas, novos soldados foram recrutados, as estratégias de combate foram repensadas e que foi retomada quando uma das partes julgou estar em vantagem para reiniciar as disputas.

Para Boring (1963, p. 5)³ “O conhecimento da história nunca será completo e, miseravelmente, falha na previsão do futuro, mas tem uma enorme capacidade de adicionar significado à compreensão do presente.”. Para fins do presente estudo, foi feita a escolha por restringir o breve resgate histórico das profissões de saúde às que protagonizaram o episódio de demarcação de fronteiras conhecido como “Ato Médico”, ou seja, Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Nesse estudo a opção sobre a apresentação da historiografia de cada profissão recaiu primeiro pela apresentação dos passos iniciais de cada profissão no exterior, onde as mesmas se desenvolveram primeiro e depois no Brasil. A ordem de apresentação seguiu a temporalidade de aparecimento das mesmas, ou seja, profissões mais antigas sendo preferencialmente apresentadas. Apesar do foco em tais profissões, não se ignora uma ou outra menção a profissões profundamente influenciadas pelas estudadas, pois tal referência serve para destacar a importância das mesmas para o surgimento de outras profissões.

³ Tradução de: “A knowledge of history, although it can never be complete and fails miserably to foretell the future, has a huge capacity for adding significance to the understanding of the present.” (BORING, 1963, p. 5).

2.1 História das profissões de saúde

A Medicina detém uma capacidade de autoregulação e autonomia que são incomparáveis com outras profissões. O domínio privativo de diversas técnicas e o reconhecimento público de sua utilidade lhe confere uma grande autoridade nas questões relacionadas à saúde. Contudo, "na profissão médica, essa capacidade de auto-regular o próprio trabalho é fruto da medicina moderna, do século XX." (MACHADO, 1997, p. 23).

A primeira escola de Medicina ocidental foi a Salerno, na Itália, com atividade desde o século IX, mas institucionalizada em 1075. As universidades foram importantes legados da Idade Média e já nesse período que a Medicina ganhou reconhecimento de sua importância. Na universidade de Bolonha, professores de Medicina tinham liberdade para escolher seus alunos e já produziam estudos que apresentavam contribuições importantes, como tratamentos revolucionários e publicações. Ao final do século XIII a Europa já contava com dezesseis universidades. Contudo, a medicina oriental já possuía universidades desde o século IX (REZENDE, 2009).

Machado (1997, p. 24) argumenta que "o fato de a medicina, nos tempos atuais, configurar-se como uma profissão de grande sucesso profissional e de reconhecimento em todo o mundo a torna de alta adesão de seus membros ao projeto profissional.". Também destaca que "os médicos passaram a ser considerados e reconhecidos como profissionais essenciais ao sistema de saúde", ou seja, não são apenas úteis ou importantes, mas indispensáveis (MACHADO, 1997, p. 24). Assim, a Medicina alcançou um nível de profissionalização que ainda hoje inspira outras profissões, o que a torna uma espécie de modelo de organização. Analisar a historiografia da Medicina torna-se interessante, pois o processo de profissionalização pode conter evidências da adoção de estratégias de demarcação de fronteiras ainda hoje utilizadas ou até aperfeiçoadas.

Starr (1991) analisou o processo de organização e reconhecimento profissional dos médicos estadunidenses, na segunda metade do século XIX. Para o autor o sucesso dos médicos se deu pelo exercício pleno da autoridade cultural dos mesmos. Tomando como partida os clássicos autores Parsons, Willensky e Freidson, Starr conceitua profissão como a reunião de quatro elementos constitutivos (auto-

regulação; treinamento sistemático em escolas formais; conhecimento técnico especializado; e, orientação para o serviço). O profissionalismo seria então um controle ocupacional.

A primeira dificuldade médica estadunidense foi a falta de reconhecimento de sua autoridade, durante o período colonial, pois a vida agrária dificultava a relação médico-paciente, fazendo com que muitas pessoas recorressem a parteiras e curandeiros. Outra dificuldade é que até a segunda metade do século XIX não havia coesão interna na Medicina, mas hostilidades e competições. A Guerra da Secessão, que teve início em 1861 e fim em 1865, acabou por ser considerada um divisor de águas por Starr. As transformações na sociedade americana pós-guerra interferiram na categoria.

Starr (1991, p. 89) informa que “a proporção de norte-americanos que viviam em cidades com 2.500 habitantes ou mais aumentou de apenas 6% em 1800, para 15% em 1850; logo saltando para 37% em 1890 e a 46% em 1910.”. Com a industrialização e o crescimento das cidades, a aglomeração de pessoas facilitou o atendimento médico. Os hospitais, até então instituições de caridade e acolhimento para morte, se transformaram em instituições burocráticas e de recuperação, fortalecendo o elo médico-paciente. Starr destaca que a criação da *American Medical Association* (AMA), em 1846, foi uma importante estratégia de coesão interna e enfrentamento aos leigos. A criação do Conselho de Ensino Médico (1904) foi outra importante conquista da categoria.

A Reforma *Flexner*, movimento encetado pelo Conselho de Ensino Médico, serviu para avaliar as condições de ensino no país, mas também controlar o acesso ao ensino. Starr faz duas importantes observações sobre a reforma citada: apenas 46 das 160 escolas de medicina obtiveram o *State Licensing Board*, cabendo as demais cumprir uma série de exigências de adequação; e, redução de médicos judeus, mulheres e negros. Assim, a autoridade cultural, que é persuasiva, mesclou-se com a autoridade social, coercitiva. Se a Associação Médica Americana representou um marco na coesão médica, a Reforma *Flexner*, foi um marco autoritário. Também é interessante destacar que Starr discute os efeitos das guerras mundiais nas questões de saúde dos Estados Unidos, como o debate sobre o seguro de saúde obrigatório e o ingresso de médicos estrangeiros (STARR, 1991).

A primeira guerra mundial trouxe uma resistência ao seguro social obrigatório

de saúde, que vinha sendo discutido antes da guerra. Tão logo começou o conflito bélico, apareceram críticas de que o mesmo era um “artifício perigoso inventado na Alemanha, anunciado por um Imperador no mesmo trono de onde o mesmo se empenhou em conspirar e preparar a conquista do mundo” (STARR, 1991, p. 299-300). No caso da segunda guerra mundial, os comitês de aceitação de médicos adotaram normas mais rigorosas para os médicos estrangeiros que fugiam das perseguições da Alemanha. Assim, a proporção de reprovados nos exames subiu de 5,7% em 1930 para 20,7% em 1940 (STARR, 1991).

Pereira Neto (2002) analisou a obra de Paul Starr e destacou que o autor mostrou que uma profissão pode se transformar em um objeto legítimo para a História. Entretanto, Pereira Neto destaca que Starr acredita que a análise histórica da profissão médica não pode ser vista apenas a partir da medicina. Pereira Neto identifica que Starr considera fundamental incluir os campos de poder e as estruturas sociais, combinando assim a perspectiva estrutural com a histórica.

De certa forma as guerras também impactaram o crescimento de outra profissão diretamente relacionada com a cura, que é a enfermagem. Padilha (2005, p. 723) afirma que a “enfermagem profissional no mundo foi erigida a partir das bases científicas propostas por Florence Nightingale”. Costa et al. (2009), defendem que a italiana Florence Nightingale foi voluntária na Guerra da Criméia, em 1854, mas que seu nome entrou para a história ao defender publicamente a importância da enfermagem, dos procedimentos organizados, do treinamento, prático e científico. Frello e Carraro (2013) alegam que a redução de 42% para apenas 2% na mortalidade entre os soldados ingleses enfermos da Guerra da Criméia, cuidados pela equipe de Florence (composta por 38 auxiliares), em comparação com as equipes anteriores (soldados e religiosas), deu à enfermeira italiana o reconhecimento para estar à frente de projetos posteriores.

Segundo Freidson (1998b, p. 61)⁴ a

Enfermagem não era em si um papel ocupacional auto-suficiente ou possuía uma identidade. A Guerra da Criméia deu à Nightingale a oportunidade de organizar um contingente de enfermeiros para

⁴ Traduzido de: “*Nursing was not itself a self-sufficient occupational role or identity, independent of other roles. The Crimean War gave Nightingale the opportunity to leave her post as superintendent and to organize a contingent of nurses to care for the wounded near the battleground. She was given absolute control of a contingent of Anglican sisters.*” (FREIDSON, 1998b).

cuidar dos feridos perto do campo de batalha e à ela foi dado o controle absoluto.

Florence Nightingale enfatizava que a enfermeira “[...] deveria ser uma pessoa capacitada a servir à medicina, à cirurgia e à higiene e não a servir aos profissionais dessas áreas.” (COSTA et al., 2009, p. 662). Para os autores, “a partir da fundação da Escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas (1860, em Londres), inicia-se o período conhecido como Enfermagem Moderna em todo o mundo.” (COSTA et al., 2009, p. 662).

Em que pese a Medicina se apontada como modelo para outras profissões, a Enfermagem também exerceu grande influência. Na Odontologia Zanetti, Oliveira e Mendonça (2012) defendem que “o processo de profissionalização da enfermagem nos Estados Unidos foi a pedra de toque para a elaboração das concepções sobre divisão do trabalho em saúde bucal”. Para os autores a relação medicina-enfermagem modelou a relação odontologia-auxiliares no cenário das escolas. Na saúde bucal, os higienistas norte-americanos produziram novos conhecimentos e defenderam a prevenção de cárie e da doença periodontal, além da definição de novas competências profissionais (ZANETTI; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012). O processo de profissionalização foi idealizado por M. L. Rhein e aprovado pela *American Medical Association*, sendo que o mesmo visava transformar enfermeiras “comuns” em enfermeiras dentais (*dental nurses*). O nome logo encontrou resistência e Alfred Fones cunhou o termo “*dental hygienists*” ou higienista dental, além de fundar uma escola em Bridgeport, em 1913. (WALLS, 1949).

Ferreira (2007, p. 13) informa que “uma boa parte dos textos sobre história da psicologia aponta para uma origem remota, como se a psicologia pudesse encontrar sua fundação no século XIX”. Contudo, citando Jean-Pierre Vernant, o autor encontra origens na Grécia Antiga. Também faz um resgate histórico de diversas transformações da sociedade que foram moldando o pensamento da Psicologia Moderna, quando se separou da Filosofia e agregou ideias da Fisiologia. Enquanto o pensamento filosófico se preocupava com a mente, as investigações fisiológicas se detinham aos processos mentais (SCHULTZ; SCHULTZ, 1981).

O interessante na obra de Schultz e Schultz (1981) é o destaque às lutas para as minorias de gênero ou étnica, em campos profissionais. No início do século XX só

20 mulheres detinham o título de doutora em psicologia. Entre 1893 e 1921, a *American Psychology Association* (APA) teve 70 mulheres como membros e 1941 o número saltou para mais de 1000. Enquanto isso, na Medicina, mulheres só foram aceitas em na AMA em 1915 e advogadas tiveram que aguardar até 1918 para ingressar na *American Bar Association* (ABA). Judeus e afro-americanos também foram vítimas de discriminações de toda espécie (SCHULTZ; SCHULTZ, 1981).

Goodwin (2003) é um autor que se deteve muito ao processo histórico de construção da Psicologia e enfatiza que no início da profissionalização os docentes de psicologia estavam lotados em departamentos de filosofia. As disputas e as táticas para driblar o desprestígio que enfrentavam neste ambiente enriquecem sua obra.

A Fisioterapia resultou do nascimento de duas instituições: a inglesa *Chartered Society of Physiotherapy* (CSP); e a estadunidense *American Physical Therapy Association* (APTA). Na Inglaterra um escândalo de prostituição, em 1894, ligado às massagistas levou a necessidade de profissionalização⁵. Tanto na Inglaterra como nos Estados Unidos um surto de poliomielite e a primeira guerra mundial acabaram por impulsionar a Fisioterapia. Contudo as duas correntes diferem nas influências recebidas: a inglesa foi inicialmente praticada por enfermeiras, treinadas por parteiras e enfermeiras diplomadas que praticavam massagens antes do escândalo, enquanto a estadunidense começou ginastas médicas, treinadas em educação física e em medicina preventiva, sob a supervisão do médico Dudley Allen Sargent (OLIVEIRA, 2005).

De acordo com Carlo e Bartalotti (2001, p. 26), "a profissão Terapia Ocupacional, que surgiu na segunda década do século XX, resultou da compartimentalização do conhecimento, com a conseqüente especialização do trabalho". Coube a William Rush Dunton o pioneirismo no lançamento de livros na área, com "*Occupational Therapy: a manual for nurses (1915)*", que embora fosse dirigido à enfermeiras, acabou inaugurando a produção de livros técnicos da área (CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Em 17 de outubro de 1917 foi fundada, nos Estados Unidos, a *National*

⁵ Duas obras são de fundamental importância para o conhecimento da história da fisioterapia: BARCLAY, J. **In Good Hands: the history of the chartered society of physiotherapy 1894 –1994**. Trowbridge: Redwood Books, 1994. e MURPHY, W. **Healing the Generations: a history of physical therapy and the American Physical Therapy Association**. Lyme: Greenwich Publishing Group, 1995.

Society for the Promotion of Occupational Therapy, uma escola para formar profissionais aptos a atender os incapacitados e neuróticos da Primeira Guerra Mundial. Na Europa a profissão surgiu após a Segunda Guerra Mundial (CARLO; BARTALOTTI, 2001). Carlo e Bartalotti (2001, p. 27) informam que “os cursos e programas de terapia ocupacional eram conduzidos e supervisionados por médicos com auxílio de enfermeiras e assistentes sociais”. Nas décadas de 30 e 40 a Terapia Ocupacional viveu sua fase de profissionalização, pois até então seu conhecimento era considerado não-científico.

No mundo ocidental muitas das profissões de saúde surgiram pela especialização de profissões mais tradicionais como a Medicina e a Enfermagem. A filosofia também exerceu grande influência sobre profissões como Psicologia e Educação Física. Também as profissões de saúde foram impulsionadas pelos conflitos bélicos, que produziram uma massa de feridos, incapacitados, etc. Os Estados Unidos e a Europa Ocidental acabaram sendo os berços de nascimento dessas novas especialidades de saúde. Já no Brasil, tardiamente, as profissões surgiam por aqui, pois o processo de colonização não favorecia a formação de especialistas. Com a vinda da família Real portuguesa para o Brasil a área de saúde ganhou certo impulso e com o aumento da influência dos Estados Unidos sobre o nosso país, além do status que as instituições de saúde estadunidenses alcançaram no mundo ocidental, diversas profissões e ocupações de saúde brasileiras foram repensadas e se profissionalizaram aos moldes da escola americana.

As profissões que hoje enquadramos como “profissões regulamentadas” no Brasil e que pertencem ao campo da saúde foram muito influenciadas pelas transformações que ocorreram na Europa e, principalmente nos Estados Unidos. Em alguns casos a documentação existente não permite um consenso sobre a origem do processo de profissionalização de uma profissão. Em outros casos, há uma discordância se as práticas que antecederam e que contribuíram para a criação de escolas e leis de regulamentação profissional podem ou não ser consideradas como origem. Como a doença e o ferimento acompanha a Humanidade desde o início dos tempos, qualquer ação que visasse à recuperação pode ser enquadrada como antecedente histórico.

O campo de saúde tem fronteiras móveis e interpretadas conforme o instrumento legal que se analisa. De acordo com a Resolução do Conselho Nacional

de Saúde (CNS) nº 287, de 08 de outubro de 1998 são as profissões de saúde são as seguintes: “médicos, odontólogos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, bacharéis e licenciados em educação física, biólogos, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, médicos veterinários e biomédicos.” (BRASIL, 1998). Contudo, como a sociedade se transforma, profissões são extintas, modificadas e criadas. Assim, em rápida pesquisa na internet é possível constatar que, no senso comum a saúde abriga outras profissões, como a Quiropraxia, Estética, Musicoterapia, entre outras. Pela perspectiva da resolução mencionada a Quiropraxia estaria de fora da área da saúde. Contudo, qual seria sua área de atuação senão a da saúde? Também profissões regulamentadas com área de atuação distintas, nem sempre diretamente relacionadas à saúde, buscam inserção dentro do campo, como a de Economista Doméstico⁶, regulamentada desde 1985.

A história da Medicina brasileira se confunde com a história do próprio país, pois foi com a vinda da família Real, em 1808 que se iniciou o processo de profissionalização da mesma. Apesar disso Rezende (2009, p. 117) afirma que “a classe médica, até os anos de 1950, sempre se conduziu como profissão liberal, sem tomar consciência da necessidade de se organizar como categoria profissional na defesa de seus mais legítimos interesses e da própria profissão.”. Foi nos anos 50 que ocorreram a criação da Associação Médica Brasileira (AMB), a organização de um congresso de medicina em Ribeirão Preto e a aprovação da Lei Federal n.º 3.268/57, que criou o Conselho Federal de Medicina (CFM) (REZENDE, 2009, p. 117).

A enfermagem brasileira pode ser entendida a partir de três perspectivas conflituosas: a dos trabalhos prestados pelas instituições religiosas que juntavam religiosos e leigos voluntários; a que surge com a fundação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, criada em 1890, junto ao Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro; e, após a regulamentação da escola de enfermagem vinculada ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), no ano de 1923.

⁶ A resolução normativa do Conselho Federal de Economistas Domésticos (CFED) n.º 18, de 21 de dezembro de 2004, disponível em http://www.cfed.com.br/resp_tec.htm, que informa as atividades do profissional economista doméstico, cita em quatro oportunidades a palavra saúde.

Moreira e Ramos (2004, p. 764), em “pesquisa histórica, cujo objetivo foi historicizar a singularidade do processo de trabalho de enfermagem no município de Cuiabá/MT”, argumentam o seguinte:

A enfermagem surgiu com o atendimento e cuidados aos enfermos, prestados por pessoas voluntárias, negros e escravos. A primeira instituição criada foi a Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá. A assistência de enfermagem era prestada por religiosas, leigos e escravos, calcados na abnegação, acolhimento e apadrinhamento. (MOREIRA; RAMOS, 2004, p. 764).

Sob tal perspectiva, buscar as origens da Enfermagem brasileira conduziria o pesquisador a resgatar a história das Santa Casas. Pinho (2013, p. 25) explica que: “as confrarias da Misericórdia ou Santas Casas da Misericórdia, cuja primeira fundação ocorreu em 1498 em Lisboa, são confrarias de leigos [...] que tinham objetivos assistenciais e espirituais.”. Assim, sob tal prisma, o processo de colonização portuguesa teve influência sobre a enfermagem.

Vaz e Dias (2013, p. 95) acreditam que há consenso nos estudos brasileiros sobre a história da Enfermagem, no sentido “de que a Enfermagem como prática profissional institucionalizada deu-se na década de 1920 a partir da inauguração da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1923, baseada na adaptação americana do modelo nightingaleano.”. Este estudo desconsiderou o de Moreira e Oguisso (2005), que contestaram a concepção hegemônica sobre a institucionalização da Enfermagem no país. As autoras alegam que se despreza a existência de mais de 30 anos da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, criada pelo decreto no 791, de 27 de setembro de 1890 (BRASIL, 1890), junto ao Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro.

Para Soares (2010, p. 12) defende que “no Brasil, a Psicologia está à espera de amplas pesquisas que lhe ofereçam pegadas seguras e modelos típicos, caracterizadores de um nível de evolução onde se engendrem escolas e descobertas autóctones”. As primeiras contribuições à Psicologia brasileira são encontradas nos trabalhos de conclusão (na época chamados de teses de doutoramento), sobretudo no Rio de Janeiro e na Bahia, de estudantes de Medicina. (SOARES, 2010), no período que ele classifica de pré-história da psicologia (1840-

1900). Possivelmente, a primeira obra de grande impacto na Psicologia brasileira, escrita e publicada em território nacional, tenha sido “Psicofisiologia acerca do Homem”, de Francisco Tavares da Cunha, em 1851. (SOARES, 2010). A profissionalização começa a partir da primeira década de 1900, época em que os estudos e atividades dos médicos trazem caráter científico mais preciso e o interesse Psicológico é mais definido, “com uso de técnicas e métodos de Psicologia de maior objetividade e confiabilidade”. (SOARES, 2010, p. 13). Nessa época surgem laboratórios de Psicologia em hospitais e as clínicas psiquiátricas, muitas impulsionadas pelo recente interesse estatal na nova área.

Marques e Sanches (1994, p. 5) explicam que a “a prática de Fisioterapia no Brasil iniciou-se no começo deste século, em 1919, por iniciativa do professor Raphael de Barros da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.”. A prática da fisioterapia, contudo, ocorreu em 1929, após a criação do serviço de Fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho no local do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, por obra do médico Waldo Rolim de Moraes. Ele também idealizou e instalou, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas de São Paulo. O primeiro Curso de Fisioterapia do Brasil foi criado em 1951, pelo médico Waldo Rolim de Moraes, com o objetivo de formar técnicos em fisioterapia. Instalado no Instituto Central do Hospital das Clínicas, as aulas eram ministradas pelo corpo docente e médicos do próprio hospital. (MARQUES; SANCHES, 1994).

No Brasil a Terapia Ocupacional surgiu na segunda metade do século XIX, em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, para melhor atender a deficientes visuais, deficientes auditivos e doentes mentais (CARLO; BARTALOTTI, 2001). As autoras também defendem a influência da vinda da família Real portuguesa para o Brasil, pois a fundação do Hospício D. Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, pois impulsionou os estudos e tratamentos psiquiátricos no Brasil. Outra defesa é de que a tese de Henrique de Oliveira Matos, em 1929, na cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina, representa o marco da produção científica nacional sobre Terapia Ocupacional (CARLO; BARTALOTTI, 2001).

2.2 Colaborações e conflitos em equipes multiprofissionais de saúde

A divisão do conhecimento para melhor compreensão dos conteúdos, bem como a especialização em profissões para formar profissionais mais aptos mostrou-se uma vantagem para a Humanidade (VILELA, MENDES, 2003). Contudo, cada vez mais se percebe a importância da colaboração multiprofissional para das respostas mais ágeis e eficientes aos problemas que a sociedade se depara. A colaboração multiprofissional⁷ apresentou vantagens em diversos campos, mas possivelmente em nenhum outro campo ela alcançou tamanha importância e reconhecimento público como no da saúde. Como defende Piaget (1974, p. 167)⁸ “a colaboração entre diversas disciplinas ou entre setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações reais, com uma certa reciprocidade e levando a um enriquecimento mútuo.”.

A aproximação, porém, de profissionais de diferentes áreas veio acompanhada de conflitos, pois há uma diferença ideológica de formação na Medicina em relação às demais profissões. Na visão médica os outros profissionais prestam auxílios à Medicina, enquanto que a visão de outros profissionais é de que cada um complementa o saber do outro, não havendo uma superioridade.

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), em sua diretriz sobre abordagem multiprofissional, defende que “a necessidade de trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde é reconhecida por todos e vem sendo incorporada de forma progressiva na prática diária.” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2011, p. 17). A instituição, em sua publicação, complementa:

o trabalho da equipe multiprofissional contribuirá para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto. Os membros de um grupo multiprofissional devem trabalhar de acordo com os limites e especificidades de sua

⁷ Para melhor compreensão sobre as diferenças entre trabalho multiprofissional e trabalho em equipe, se recomenda: FEUERWERKER, L.; SENA, R. **Interdisciplinaridade, Trabalho Multiprofissional e em Equipe – Sinônimos?** Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? Olho Mágico, n. 5, v. 18, p. 5-6. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/olhomagico/N18/enfoque.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

⁸ Traduzido de “*La collaboration entre disciplines diverse ou entre des secteurs hétérogènes d’une même science conduit à des interactions proprement dites, c’est-à-dire à une certaine réciprocité dans les échanges, telle qu’il y ait au total enrichissement mutuel.*” (PIAGET, 1974, p. 167).

formação, e respeitada esta especificidade, necessitam conhecer a ação individual de cada um dos outros membros. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2011, p. 17).

A diretriz instrui os membros da equipe a “ter em mente que trabalhar em equipe é mais do que agregar profissionais de diferentes áreas.” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2011, p. 18). Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2011, p. 17), numa equipe multiprofissional, cabe ao médico a “delegação de atividades a outros profissionais quando necessário”. O papel do médico, como superior da equipe é destacado e não geraria maiores conflitos, se os demais profissionais integrantes da equipe multiprofissional compartilhassem tal pensamento, tendo a expectativa de inserir-se na equipe como um subordinado. Bruscato et al (2004), que são Psicólogos, dividiram as equipes multidisciplinares em dois tipos: as equipes multiprofissionais multidisciplinares e equipes multiprofissionais transdisciplinares. Os autores defendem que:

Numa equipe multiprofissional multidisciplinar da saúde, os profissionais avaliam o paciente de forma independente e implementam seus planos de tratamento como uma "camada adicional" de serviços. Nela, ocorre uma agregação sucessiva ou concomitante de recursos de várias disciplinas para uma determinada tarefa, sem um verdadeiro trabalho coordenado de equipe e sem uma identidade grupal. Já o trabalho realizado em equipes interdisciplinares utiliza técnicas metodológicas, esquemas conceituais e de análises de diferentes ramos do saber com a finalidade de integração. Essa equipe buscará a superação de fronteiras disciplinares. Mas não se trata de uma fusão dos diferentes campos do conhecimento. Cria-se uma equipe com identidade própria e percepção de pertinência ao grupo, no qual a tomada de decisão, idealmente, é conjunta. **A rigor, numa equipe interdisciplinar, há rotatividade de papéis em reuniões grupais, podendo qualquer membro assumir a tarefa de líder.** (BRUSCATO et al., 2004, p. 35-36, *grifo nosso*).

Oliveira e Spiri (2006, p. 728), que defendem a perspectiva dos enfermeiros, analisaram o trabalho o Programa da Saúde da Família e destacaram que o Ministério da Saúde determina que a equipe multiprofissional seja “uma equipe composta de no mínimo, um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde”. Para as autoras “os conflitos no trabalho são inerentes à proposta da perspectiva interdisciplinar” (OLIVEIRA; SPIRI, 2006, p. 733). Também ressaltaram que “o papel de coordenadora da enfermeira deve ser

bem estabelecido para manter a organização das atividades com os membros da equipe.” (OLIVEIRA; SPIRI, 2006, p. 731).

Em nenhum momento Oliveira e Spiri colocam o médico em posição de superioridade. Em algumas oportunidades uma relação de compartilhamento de coordenação é sugerida pelos autores ao mencionar que “a equipe realiza reuniões periódicas e visitas domiciliares com o agente comunitário de saúde, que levanta toda a história e os problemas de cada usuário e os transmite à enfermeira ou ao médico que orientam a equipe durante as visitas ou consultas.” (OLIVEIRA; SPIRI, 2006, p. 731). As autoras igualmente destacam que “o papel de coordenadora da enfermeira deve ser bem estabelecido para manter a organização das atividades com os membros da equipe e discutir propostas para a resolução dos problemas”. Em seguida, reproduziram a fala de uma enfermeira, que destacava que “... eu e o médico, a gente trabalha em conjunto...” (OLIVEIRA; SPIRI, 2006, p. 731).

Silva et al. (2006) resgataram diversos trabalhos que apontam a soberania dos médicos no trabalho multiprofissional com enfermeiros. A literatura identifica uma grande insatisfação dos enfermeiros com a condição de subordinação. Após pesquisa empírica os autores identificaram que a conflituosa relação entre médicos e enfermeiros, apontada em estudos anteriores, segue persistindo. A insatisfação dos demais profissionais da saúde é resultado da frustração que surge de suas expectativas não satisfeitas.

A Lei n.º 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina e é conhecida como Ato Médico, estabelece que “o médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.” (BRASIL, 2013c). O inciso I, do artigo 5º da presente lei foi vetado pela Presidenta Dilma Roussef e atribuía privativamente ao médico a “direção e chefia de serviços médicos”. Tão logo ocorreram os vetos, as entidades médicas foram à imprensa repudiar os mesmos e apresentar sua visão. Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) “Serviços médicos são atividades profissionais dos médicos. É uma questão técnica: na execução dos atos profissionais, médicos devem ser chefiados por médicos” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013a).

Embora o Estado tenha sido provocado a resolver os conflitos

interprofissionais na relação entre médicos e demais profissionais, a solução não agradou a categoria médica, que segue defendendo a autoridade médica sobre as equipes de saúde, mesmo após a aprovação de uma lei federal que deveria ter pacificada a questão. Ao ser questionado por uma médica se a mesma poderia se submeter a supervisão de uma enfermeira, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM-PA) emitiu o Parecer consulta n.º 6/2014, interpretando que a Lei n.º 12.842 “ao se referir ao trabalho em equipe, o artigo 3º da mesma lei estabelece participação do médico em mútua colaboração com, e não sob a supervisão de outro profissional que componha a equipe.” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ, 2014, p. 3-4). No mesmo parecer algumas resoluções do próprio CRM-PA são descritas para reforçar a teoria da insubordinação médica e até da superioridade do trabalho médico, atribuindo-lhe autoridade sobre a equipe.

Na consulta citada, um dos documentos utilizados para reforçar a teoria é o Parecer Consulta CFM nº 19/2003, que defende que “cabe ao médico a coordenação da equipe multiprofissional na assistência domiciliar” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003, p. 1). Parecer que não apenas tem menos força legal do que uma lei federal, como também é anterior a aprovação da mesma. Embora não tenha qualquer validade legal, seu uso como fonte de informação de direitos e deveres médicos acaba por incentivar o conflito. As entidades médicas se comportam como seus representantes médicos no Congresso Nacional: iniciam uma luta para aprovação de uma lei, mas depois de saírem derrotados não aceitam o resultado, numa clara recusa às regras do jogo democrático.

3 SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES

Este capítulo aborda a importância do trabalho para a Humanidade, sua transformação em objeto de estudo da Sociologia, os grandes estudiosos da área, com suas correntes e trabalhos. Também as dificuldades de enquadramento de pensadores em linhas teóricas e escolas, ora um autor sendo atribuído a uma e ora a outra. A falta de consenso também recai sobre a definição acerca de profissões, ocupações e da existência ou não de semi-profissões. A precarização do trabalho e a dinâmica do mercado de trabalho, com seus atores e estratégias também são discutidos.

3.1 Sociologia das profissões e suas escolas

É através do trabalho que a Humanidade dominou a natureza, adaptando-a às suas necessidades e facilitando a nossa sobrevivência. Conforme o trabalho se diversificou surgiu a necessidade de estabelecer regras que envolviam quem poderia fazer o quê, onde, quando e de que forma. Por outro lado, as regras são construções, artificiais, arbitrárias, por vezes polêmicas e como resultado de disputas entre forças que tentam modelá-las aos seus interesses. A solução encontrada pelo Estado foi a regulamentação, que demarca fronteiras e alivia as tensões, ao favorecer alguns e resignar outros em suas pretensões. Não há pois um movimento profissional de contestação à autoridade do Estado em fixar os limites de atuação de cada profissional, ao menos na área da saúde. Nem mesmo os grupos profissionais mais descontentes com a atuação estatal adotam uma postura anarquista. De acordo com Parsons (1939, p. 457)⁹ “estudos comparativos das estruturas sociais das civilizações mais importantes mostram que as profissões ocupam uma posição de importância na nossa sociedade que é único na história.”

A Sociologia das Profissões, inaugurada a partir da publicação de *The Professions* dos ingleses Carr-Saunders e Wilson (1933), floresceu dentro da sociologia funcionalista estadunidense e tem estudado as disputas e origens de

⁹ Traduzido de: “*Comparative study of the social structures of the most important civilizations shows that the professions occupy a position of importance in our society which is, in any comparable degree of development, unique in history.*” (PARSONS, 1939).

profissões tradicionais e modernas. Também cabe a Carr-Saunders e Wilson a criação do verbete “*profession*”, publicado em 1934 na Enciclopédia de Ciências Sociais, onde definiram que uma profissão surge quando uma quantidade definida de pessoas começa a praticar uma técnica definida, fundamentada em uma formação especializada (SANTOS, A., 2011).

Nos Estados Unidos, ao final da década de 30, a Sociologia das Profissões logrou grande avanço com as contribuições de Talcott Parsons e seus alunos. Para André Santos (2011), Parsons se aproveitou dos avanços feitos por Durkheim, Carr-Saunders e Wilson e adicionou a relação do profissional com o cliente como parte da construção dos papéis profissionais, destacando que as profissões atendem ao bem comum. Parsons se preocupou com a ligação da profissão ao trabalho e educação, porque a formação é a integração do profissional ao corpo social para o desempenho de sua função. A coesão social e a socialização são alcançadas através do processo de profissionalização, pois a universidade moderna é a base das profissões. As profissões diferem entre si em prestígio, remuneração e autonomia graças a competência do grupo profissional na realização de suas tarefas. Entretanto Parsons coloca a profissão como se fosse uma etapa superior a da ocupação e não diferente como outros autores (SANTOS, A., 2011).

Parsons¹⁰ (1939, p. 460) argumenta que “o profissional é considerado ‘uma autoridade’ apenas dentro de seu campo”. Referindo-se ao trabalho de Parsons, André Santos comenta que ele separa

profissões (sentido mais nobre) de ocupações (sentido menos nobre). Toda profissão é ocupação, mas nem toda ocupação é profissão. A profissão teria a preocupação de devolver à sociedade os conhecimentos desenvolvidos e ocupa o topo da estratificação ocupacional” (SANTOS, A., 2011, p. 27).

Para Parsons as profissões estão dadas e os indivíduos que ingressarem nelas farão parte das mesmas, atuando em um sistema já estabelecido, que pode ser interpretado como uma máquina que estimula, influencia e pressiona pela construção das redes de solidariedade. As peças que se encaixam contribuem para a manutenção do sistema e aquelas que divergem são descartadas, possivelmente

¹⁰ Traduzido de: “A professional man is held to be “an authority” only in his own field.” (PARSONS, 1939).

pelos instrumentos produzidos pelo sistema (Código de Ética) (SANTOS, A., 2011).

Para o também funcionalista Goode, a profissionalização desenvolve um corpo abstrato de conhecimentos. As profissões ganham autonomia, recompensas e prestígio e oferecem controle, promessas de competência em serviços de elevada qualidade. Através da profissionalização¹¹:

[...] os profissionais alcançam o ápice do prestígio no sistema ocupacional. Devido aos controles sobre a entrada e comportamento profissional, bem como a posse de um monopólio de habilidades específicas, as comunidades profissionais conseguem rendimentos mais elevados do que os de outras ocupações. (GOODE, 1957, p. 195).

Segundo Goode (1957, p. 194)¹², quem ingressa em uma profissão, passa a pertencer a uma comunidade que está incluída na sociedade. As características dessa comunidade seriam:

(1) Seus membros compartilham um sentido de identidade. (2) Poucos que ingressam no grupo o deixam, o que se torna uma situação terminal ou continuada para a maioria. (3) Seus membros compartilham valores comuns. (4) Suas definições de papéis tanto entre os membros, como frente aos não-membros, são acordadas e são iguais para todos os membros. (5) Nas áreas da ação comunal há uma linguagem comum, compreendida apenas parcialmente pelos demais. (6) A comunidade tem poder sobre seus membros. (7) Seus limites são razoavelmente definidos, apesar de não serem físicos e geográficos, mas sociais. (8) Embora não possa produzir a próxima geração biologicamente, ela o faz socialmente através do controle sobre a seleção dos novos profissionais, e através do processo de treinamento, que exige dos candidatos a aprovação em um processo de socialização adulta (GOODE, 1957, p. 194).

Para André Santos (2011), Abbott é um autor que não chega a romper com o

¹¹ Traduzido de: “[...] professionals stand at the apex of prestige in the occupational system. Because of the controls over entrance and over professional behavior, and the possession of a monopoly of particular skills, the professional communities obtain incomes higher than those of other occupations.” (GOODE, 1957)

¹² Traduzido de: “(1) Its members are bound by a sense of identity. (2) Once in it, few leave, so that it is a terminal or continuing status for the most part. (3) Its members share values in common. (4) Its role definitions vis-à-vis both members and non-members are agreed upon and are the same for all members. (5) Within the areas of communal action there is a common language, which is understood only partially by outsiders. (6) The Community has power over its members. (7) Its limits are reasonably clear, though they are not physical and geographical, but social. (8) Though it does not produce the next generation biologically, it does so socially though its control over the selection of professional trainees, and though its training processes it sends these recruits through an adult socialization process”. (GOODE, 1957).

funcionalismo, mas se afastou um pouco ao introduzir uma noção de competição entre os grupos profissionais. Em Abbott a divisão do trabalho está dada e os grupos profissionais lutam por áreas específicas da divisão do trabalho. O sistema profissional parece com um sistema funcional, mas existe um grau de abstração do conhecimento que cada profissão controla (medida da probabilidade de um grupo profissional vencer uma disputa com outro grupo profissional) (SANTOS, A., 2011).

Abbott¹³ (1988, p.196) destaca o papel da Universidade na profissionalização:

As universidades podem desempenhar vários papéis na vida profissional. Elas podem legitimar a autoridade de um especialista. Também podem no avanço do conhecimento elas permitem que se desenvolva novas técnicas, fora do campo de trabalho. Elas treinam os jovens profissionais, muitas vezes em conjunto com a função de pesquisa. Finalmente, as universidades, como Estados, podem se tornar uma outra arena para competição interprofissional.

Da Escola de Chicago vem contribuições importantes como o surgimento de autores que serão enquadrados como “interacionistas”, tendo entre os principais nomes da nova corrente, Hughes e Freidson. Para Hughes existem dois tipos de profissões: aquelas que são reconhecidas como importantes para a sociedade e aquelas que se esforçam para demonstrar sua importância para a sociedade. Incluindo um sentido mais religioso, Hughes considera que é a sociedade que determina o que é sagrado e o que não é, conferindo o grau de importância maior ou menor a cada profissão (SANTOS, A., 2011).

André Santos (2011) explica que o funcionalismo limita a análise empírica, visto que a ação do indivíduo é irrelevante. Busch e Murdock (2014, p. 12)¹⁴ defendem que “profissões tradicionais, tais como a profissão médica e da profissão jurídica, têm uma longa história e sempre tiveram um alto nível de status dentro da sociedade.”. Já o interacionismo valoriza o poder criativo dos sujeitos e possui melhor capacidade metodológica para análise empírica. As análises qualitativas

¹³ Traduzido de “*Universities can play several roles in professional life. They can serve as legitimators, providing authoritative grounds for the exclusive exercise of expertise. They can house the function of knowledge advancement, enabling academic professionals to develop new techniques outside of practice. They can train young professionals, often in conjunction with the function of research. Finally, universities, like states, may become another arena for interprofessional competition.*” (ABBOTT, 1988).

¹⁴ Tradução de “*Traditional professions, such as the medical profession and the legal profession, have a long history and have always had a high level of status within society.*” (BUSCH, 2014).

ganham atenção no interacionismo, criando inferências a partir dos fatores para o surgimento de um fenômeno social.

Como o funcionalismo restringe a possibilidade de análises empíricas, uma vez que o indivíduo não exerce papel relevante para aquela corrente teórica, o interacionismo, que valoriza o poder criativo dos indivíduos, apresenta melhor capacidade metodológica para a análise empírica. O interacionismo está preocupado com análises qualitativas, criando inferência a partir dos fatores para o surgimento de um fenômeno social. Por isso, para os interacionistas é preciso que se escolha uma margem de diferenças qualitativas (diferentes profissões, por exemplo), considerando a regularidade das diferenças. Para o interacionismo, o estudo de caso deve ser feito comparativamente entre profissões, como já dissemos. Uma vez que os funcionalistas consideravam os indivíduos sem poder criativo, suas análises das profissões corriam o risco de reprodução das próprias ideologias profissionais. (SANTOS, A., 2011, p. 30).

Para André Santos (2011) Freidson afasta mais o sociólogo do objeto de pesquisa do que os funcionalistas, mas ainda há um funcionalismo residual em seus escritos. Assim, o interacionismo não é independente do funcionalismo, como se fosse uma corrente oposta. No Interacionismo o sujeito tem o livre arbítrio da escolha profissional, mas numa estrutura dada, ou seja, não se discute a estrutura. Não há interesse no processo de formação social das organizações, apenas o estudo da relação entre os indivíduos num determinado espaço social. Assim, Freidson é caracterizado como um autor que trabalha com identidades profissionais, apontando as diferenças intraprofissionais e deixando de lado as identidades coletivas. Os excluídos de um determinado grupo profissional nada mais são do que os incompetentes. Também vê a disputa intraprofissional como resultado da acumulação de conhecimentos profissionais. Para o autor, o poder dos médicos estadunidenses resulta da competência do grupo profissional. Para Freidson, a profissão seria um trabalho especializado, pago e realizado em tempo integral, com base teórica e obtida por meio do conhecimento técnico científico (ANGELIN, 2010; SANTOS, 2011).

O interacionismo de Freidson se relaciona de tal modo com o funcionalismo de Parsons que se encaixam como algo único. Parsons apresentou o sistema e Freidson focou no comportamento do indivíduo dentro do sistema e fora dele. Assim, o interacionismo não é uma alternativa ao funcionalismo, mas um olhar diferente

sobre o mesmo. O trabalho de Freidson é por vezes mencionado como de cunho interacionista, como defende André Santos (2011, p. 30): “Embora Eliot Freidson seja também considerado um interacionista, rótulo que ele mesmo rejeita, ainda mantém algumas características funcionalistas, como veremos.”. Contudo, Schmitz (2014), a partir da análise dos estudos de Rodrigues (2012), coloca Freidson como neoweberiano.

A socióloga portuguesa Maria de Lurdes Rodrigues (2012) atualiza os estudos sobre a sociologia das profissões e estabelece três correntes de estudos: funcionalista (Durkheim e Parsons), interacionista (Escola de Chicago) e neoweberiana, esta representada por Eliot Freidson e Magali Sarfatti Larson, que desconstruem os estudos funcionalistas e avançam nas abordagens e na revisão do pensamento weberiano. Alguns estudiosos das profissões posicionam Freidson na linha interacionista, por sua ligação com a Escola de Chicago, onde estudou os impactos da comunicação nas crianças e não as profissões. Mas ele revisa e atualiza o pensamento de Weber relacionado à profissionalização. (SCHMITZ, 2014, p. 10).

André Santos (2011, p. 37) entende que “Pierre Bourdieu é outro importante autor da tradição weberiana que produz um modelo teórico que permite a realização de análises sobre profissões, mantendo os conflitos como constituintes do campo profissional.”. Cada campo social tem suas regras, lógicas e regularidades. Se para Santos, Pierre Bourdieu é um representante do pensamento weberiano ou neoweberiano, para Paixão (1989, p. 13), que apontou a existência de um marxismo funcionalista I, mais evidente, também há um marxismo funcionalista II, cujos autores mais destacados seriam “Althusser, Bourdieu, J. O'Connor, Claus Offe e Poulantzas. Estes mantêm-se à margem do diálogo e, quando a ele se referem, rechaçam explicitamente o funcionalismo, mesmo utilizando um modelo sistêmico de análise social.”.

Giddens e Turner (1999, p. 10) apontam que “a teoria social passou a compreender um espectro de abordagens variados e às vezes confuso”. Também concluem que “a teoria social é um empreendimento muito variado. Há desacordo quanto a algumas de suas preocupações fundamentais”. Na mesma linha, Alexander (1999, p. 40) pontua que na teoria social “há existência de discordâncias empíricas e ideológicas que permite aos cientistas sociais operacionalizar proposições de modos

diferentes.”.

Habermas é um pensador que defende o alargamento da esfera pública, de forma a reconfigurar o papel do Estado na sua relação com a sociedade. Para Habermas:

A esfera pública pode ser descrita como uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posição e opiniões; nela os fluxos comunicacionais são filtrados e sintetizados, a ponto de se condensarem em opiniões públicas enfeixadas em temas. (HABERMAS, 2003, p. 92).

Resumidamente, a esfera pública é um espaço de debate sobre os problemas comunitários e se diferencia do espaço estatal (GOHN, 2011). Mesmo que grupos profissionais estejam em constante conflito, em perspectivas interprofissional e intraprofissional, buscando assegurar vantagens, as demarcações de fronteiras profissionais poderiam aproximar-se mais do bem comum ao conhecer a opinião pública, após amplo debate acerca de estudos sociológicos feitos para conhecer possíveis impactos das alterações propostas no campo das profissões.

No presente estudo adotaremos a perspectiva de Bourdieu para o estudo da demarcação das fronteiras profissionais, no que diz respeito à noção de campo e de como alcançar a opinião pública, requisito básico para definirmos o que é o bem comum. cremos que Habermas oferece uma solução para a busca do bem comum, ao propor o alargamento da esfera pública¹⁵. Elisabete Pereira (2006) analisou os conflitos e articulações dos atores que fazem parte do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, entre 1999 a 2002. A perspectiva habermasiana foi utilizada pela autora, que defendeu a escolha pela mesma ser muito usada em estudos sobre Conselhos de Saúde. Ainda que os grupos lutem por seus interesses e que o consenso parece improvável, a busca do bem comum passa pelo esforço em construir o conhecimento a respeito da opinião pública.

3.2 Conceitos sobre profissão e reconhecimento profissional

A Sociologia das Profissões produziu um interessante debate acerca do seu

¹⁵ Ideia discutida em profundidade por: AUDARD, C. **Cidadania e Democracia Deliberativa**. Porto Alegre: Edipucrs, 2006. (Coleção Filosofia 199).

objeto de estudo: a profissão. Apesar de se constatar a falta de consenso sobre o que é uma profissão, a área produziu valiosos estudos.

Para Girardi (2013, p. 2-3) “profissões podem ser definidas, em termos sociológicos, por suas jurisdições legais exclusivas, por sua autonomia e capacidade de auto-regulação.”. São instituições sociais que possuem como patrimônio um conhecimento complexo e abstrato, adquirido através de um longo tempo de formação, quase sempre universitária. Os seus serviços são baseados na confiança com os clientes e na integridade moral de seus membros.

Bosi (2000, p. 108) conceitua profissão como “[...] um tipo especial de ocupação, uma posição na divisão do trabalho, da qual se obtém os meios de sobrevivência.”. Paixão (1989, p. 2) interpreta que para Parsons as “profissões são sistemas de solidariedade cuja identidade se baseia na competência técnica de seus membros, adquirida nas instituições educacionais e científicas.”.

Becker (1970) defende que a falta de consenso ocorre em virtude da dupla utilização da palavra “profissão”, ora como conceito científico, ora como conceito estabelecido pelo senso comum. Para este autor há uma associação valorativa de caráter positiva ligada a palavra profissão, como uma atividade que pode servir de referência para as que buscam atingir um estágio superior. Becker sugeriu que se analisasse o conceito de profissão como um símbolo honorífico, estudando as características deste símbolo: “Queremos saber o que as pessoas têm em mente quando dizem que uma ocupação é uma profissão, que está se tornando mais profissional ou que não é uma profissão.”.¹⁶ (BECKER, 1970, p. 93).

Coelho (1999) atribui a confusão a natureza polissêmica do termo. Explica que “profissão” deriva do vocábulo latino *professio*, que originalmente significava “declaração pública” ou “confissão”, mas posteriormente chegou a ser empregado à adesão a um credo religioso.

Guinote (2006) analisou o conceito de semi-profissão e explica que ele surgiu nos anos 50 e ganhou força a partir dos anos 60 no mundo anglo-saxão, graças ao sociólogo Amitai Etzioni¹⁷, que defende que algumas profissões são exercidas majoritariamente por mulheres. Tais profissões por sua vez recebem baixa

¹⁶ Tradução de: “*In other words, we want to know what people have in mind when they say an occupation is a profession, or that it is becoming more professional, or that it is not a profession.* BECKER (1970).

¹⁷ ETZIONI, A. **The Semi-Professions and their Organization**. New York: Free Press, 1969.

remuneração, possuem status menor do que outras profissões de nível superior (Medicina, Advocacia e Engenharia) perante a sociedade e tem menos força política junto ao Estado, daí a defesa de enquadrá-las como semi-profissões. Como exemplos cita a docência, a Enfermagem e o Serviço Social (GUINOTE, 2006).

Venutto (2013) explica que existem tipos ideais de profissão e de ocupação. Quando um pesquisador se depara com um grupo distinto do tipo-ideal de ocupação ou de profissão, adota o conceito de semi-profissão, ou seja, toda atividade que não é nem ocupação e nem profissão, seja em função do conhecimento que possui, seja pelo desempenho profissional (VENUTTO, 2013). Contudo Dubar (2005) indica que os franceses dividem as atividades em profissões e em ofícios (*métiers*), cuja tradução mais aproximada seria “especialistas”. A definição para “profissão” é nada mais do que a fusão das definições de “profissão” e “ocupação” dadas pelos ingleses.

No campo da sociologia das profissões, Dubar (2005, p. 188) diz nos “Estados Unidos o *Talf Hartley Act*, de 1947, instaurou uma distinção jurídica” entre as atividades (*Professions*), cujos membros poderiam se organizar em associações profissionais e as atividades (*Occupations*), cujos membros poderia se organizar apenas em organizações sindicais. Existem autores que utilizaram o *Talf Hartley Act* como guia, enquanto outros não, razão pela qual nem todos concordam que existam semi-profissões e inexistente uma definição consensual para ocupação e profissão.

Por vezes uma ocupação em um país, pode ser considerada uma profissão em outro. Em Portugal a Classificação Nacional de Profissões considera como profissional os “Trabalhadores não qualificados das minas e da construção civil e obras públicas.” (PORTUGAL, 2011, p. 70). No Brasil “o Ministério do Trabalho e Emprego é responsável pela gestão e manutenção da Classificação Brasileira de Ocupações.” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). Nela se percebe que o Brasil, diferente de Portugal, segue a máxima de que toda profissão é uma ocupação, mas o inverso não é verdadeiro. Assim, encontramos profissões regulamentadas como ocupações e algumas profissões não regulamentadas como “sinônimos”, por exemplo, Técnico em Biblioteconomia como sinônimo de Bibliotecário. É possível crer que as classificações nacionais influenciem os estudos sobre profissões em cada país.

Guimarães e Rego (2005, p. 14) entendem que:

Quando uma ocupação consegue se estabelecer na sociedade, há uma tendência para sua profissionalização. Este processo configura uma identidade profissional, construída ao longo de um período histórico, representada por um conjunto de elementos cognitivos, normativos e reguladores socialmente reconhecidos. Foi assim que as profissões mais antigas, como a medicina e o direito, em seu processo de profissionalização, desenharam um caminho que outras ocupações também trilharam em busca da conquista das prerrogativas profissionais.

Diniz (2001, p. 31) aponta que “do ponto de vista dos neweberianos, a profissão consiste numa estratégia de fechamento, excluindo do seu âmbito aqueles que não possui diploma e nem credenciamento, ou seja, autorização formal e legal para exercer determinada atividade.”. Para Bourdieu (2005) a profissão é grupo social com recursos sociais específicos para monopolizar um campo no espaço social.

No presente trabalho adotaremos a perspectiva neweberiana, mas com a convicção de que a especialização traz vantagens para a população, não se constituindo apenas em algo que favorece aos grupos de interesses profissionais.

3.3 Precarização das relações de trabalho e acirramento das disputas interprofissionais no campo da saúde

Adam Smith é tido como um dos entusiastas da especialização ou divisão do trabalho e considerava-a uma das principais fontes de aprimoramento do padrão de vida (FREIDSON, 1998a). Sgorla (2015) explica que o modelo proposto pela sociedade industrial era de integração, estratificação e ordem, e era o que a caracterizava. Já na sociedade contemporânea temos um modelo com características de complexidade, paradoxo, policentrismo, mobilidade, instabilidade e flexibilidade, assentado na ideologia “gestionária”.

De acordo com Harvey:

O mercado de trabalho, por exemplo, passou por uma radical reestruturação. Diante da forte volatilidade do mercado, do aumento da competição e do estreitamento das margens de lucro, os patrões tiraram proveito do enfraquecimento do poder sindical e da grande quantidade de mão-de-obra excedente (desempregados ou

subempregados) para impor regimes e contratos de trabalho mais flexíveis. (HARVEY, 2007, p. 143).

No campo da saúde Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1999) apontaram que conjunturas locais e conveniências favoreceram o surgimento de formas variadas de contratação, desde vínculos estáveis baseados nos moldes convencionais até empregos atípicos (terceirizados, temporários, por tarefas), gerando uma certa instabilidade.

Franco, Druck e Seligman-Silva (2010, p. 232) denunciam que “os tempos sociais do trabalho (ritmos, intensidade, regimes de turnos, hora extra, bancos de horas) encontram-se em contradição com os biorritmos dos indivíduos, gerando acidentes e adoecimento.”. Para Donnangelo¹⁸ (1975 apud REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS EM SAÚDE, 2006, p. 4) “os profissionais da área da saúde, de modo geral, também sofrem consequências da reestruturação produtiva, incluindo os médicos.”.

Para Marx (1996) trabalho é a condição eterna do Homem, aquilo que lhe diferencia dos animais. É a apropriação da natureza para satisfação das necessidades humanas. Sorj (2000, p. 26) entende que “o trabalho, na pluralidade de formas que tem assumido, continua a ser um dos mais importantes determinantes das condições de vida das pessoas.”. O autor alega que é da venda de seu tempo e de suas habilidades ao mercado que permite o sustento da maioria.

Honneth (2008, p. 47) pontua que:

Apesar de todos os prognósticos nos quais se falou do fim da sociedade do trabalho, não se verificou uma perda da relevância do trabalho no mundo socialmente vivido: a maioria da população segue derivando primariamente sua identidade do seu papel no processo organizado do trabalho.

É por meio do trabalho que os jovens constroem suas identidades pessoais e sociais, permitindo não apenas seu desenvolvimento, mas sua existência. O emprego, aqui entendido como sinônimo de trabalho assalariado, adquire importância central na vida de jovens operários e operárias, principalmente aqueles menos escolarizados e responsáveis em prover ou contribuir com suas famílias

¹⁸ DONNAGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e o seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

(CORROCHANO, 2001; FRIGOTTO; CIAVATTA, 2005; GUIMARÃES, N. A., 2005).

Castells (1999, p. 265) aponta que “o processo de trabalho situa-se no cerne da estrutura social”. Que as transformações tecnológicas e administrativas do trabalho afetam significativamente a sociedade.

Sobottka (2013, p. 513) explana que:

O assalariamento e a precarização das condições de trabalho dos profissionais em áreas clássicas assim como o surgimento de novas profissões retiram autonomia, afetam a estima social e acirram a concorrência entre campos profissionais que antes estavam protegidos por uma combinação de legislação estatal e legitimação pública.

Barbier (2005) analisou os usos dos termos “precariedade” e “trabalho precário” em diversos estudos no continente europeu e constatou que falta consenso entre os autores. Por vezes em um país ou conjunto de países se constata que um ou mais trabalhos são precários sob um aspecto, mas não sobre outros, como países em que a instabilidade é grave, mas há um sistema de proteção social eficiente. Sá (2010) apontou que, resumidamente, “trabalho precário” significa i) Insegurança no emprego; ii) Perda de regalias sociais; iii) Salários baixos; iv) Descontinuidade nos tempos de trabalho. Nesse sentido a autora coloca o autônomo como um trabalhador precário, por exemplo.

Freidson (1998a, p. 37), explica que “no início dos anos 70, o principal alvo da maioria dos autores britânicos e americanos, que criticavam as profissões era a medicina [...] e como ela “medicalizou” os problemas sociais e pessoais.”. Porém, ainda na década de 70, sob a influência do marxismo a literatura voltou-se para profetização do declínio da medicina, da advocacia e das outras profissões. O número crescente de profissionais, a fragmentação em especialidades e o aumento dos direitos dos consumidores, empurrariam as profissões para uma proletarização, perda de status e reorganização (FREIDSON, 1998a). A proletarização das profissões liberais acompanhou o aumento da concentração de renda e da desigualdade social, que foi sobretudo constatada nos anos 80 (PIKETTY, 2015).

Para André Santos (2011, p. 25) “Não há como estudar os grupos profissionais sem fazer reflexões sobre as lutas por poder, que são lutas individuais e/ou coletivas por ascensão social. E essa característica analítica é típica da

tradição weberiana.”. Cada um a seu modo, os weberianos consolidaram a Sociologia das Profissões. As contribuições de Terence Johnson sobre a profissionalização, de Larson sobre a justificação das desigualdades sociais, de Randall Collins e sua crítica à meritocracia e a contestação do credencialismo (preferência que o mercado tem pelas titulações sobre as experiências) são legados importantes dos weberianos dentro da Sociologia das Profissões.

A regulamentação de uma profissão representa o fim de uma etapa e o início de outra, seja para sua manutenção, seja para sua modificação. Ela é o resultado das ações e estratégias dos agentes envolvidos, em um dado campo. Por campo Bourdieu (1989) entende ser este um espaço simbólico, com certa autonomia, no qual lutam agentes que determinam, validam e legitimam representações. Entre as ferramentas que os agentes utilizam estão os capitais, que Bourdieu (1987, p. 4)¹⁹ assim define:

Em um universo social, como sociedade francesa, e sem dúvida na sociedade americana de hoje, esses poderes sociais fundamentais são, de acordo com as minhas investigações empíricas, em primeiro lugar, o capital econômico, em seus vários tipos; em segundo lugar, capital cultural ou melhor, capital informativo, novamente em seus diferentes tipos; e, em terceiro lugar, duas formas de capital que são muito fortemente correlacionados: capital social, que consiste em recursos com base relacionamentos e o capital simbólico, que é a forma que os diferentes tipos de capital, quando percebidos e reconhecidos como legítimos.

Faria (1993) entende que vivemos um neocorporativismo social, em oposição ao corporativismo estatal fascista. Nele os grupos concorrem e negociam, quando possível, de forma a obter seus ganhos políticos e econômicos. O corporativismo existe, então, dentro de cada organização e não à sombra do Estado. Tanto no mundo dos negócios, como na Medicina a honra e reputação são importantes. As diferenças para obtê-las se concentram nas estratégias, mas os objetivos se assemelham. O homem de negócios não é necessariamente egoísta, nem o médico

¹⁹ Tradução de: “*In a social universe like French society, and no doubt in the American society of today, these fundamental social powers are, according to my empirical investigations, firstly economic capital, in its various kinds; secondly cultural capital or better, informational capital, again in its different kinds; and thirdly two forms of capital that are very strongly correlated, social capital, which consists of resources based on connections and group membership, and symbolic capital, which is the form the different types of capital take once they are perceived and recognized as legitimate.*” (BOURDIEU, 1987, p. 4).

imediatamente altruísta (PARSONS, 1939).

Castex (2000) defende que grupos pressionam e influenciam o Estado a conceder-lhes benefícios. Para Faria (1993) clientelismo anda junto com corporativismo, pois as pressões ocorrem após o fracasso das tentativas de influências, que geralmente ocorrem por meio de troca de favores, onde autoridades públicas concedem os favores a seus clientes e depois obtém apoio. O Estado acaba privatizado, com interesses corporativos publicizados e a aparência de conformidade legal é mantida. Castex defende uma diminuição da regulamentação do mercado, suficiente para que o Estado foque em suas funções básicas, mas longe de retornar a um Estado mínimo (CASTEX, 2000). O autor não avança na questão, apenas defende que o país se empenhe pela integração.

Segundo Harvey (2007, p. 170), o “argumento marxista é que a tendência de superacumulação nunca pode ser eliminada do capitalismo”. Para aumentar lucros ou fazer frente à concorrência, detentores do capital transferem fábricas e serviços para locais onde há condições trabalhistas mais frágeis. As vagas de trabalho que possuem uma ampla cobertura de proteção trabalhista se tornam cada vez mais disputadas, possibilitando ao empregador oferecer salários menores (HARVEY, 2007). O empobrecimento dos profissionais, em conjunto com configurações cada vez mais precárias de vínculos empregatícios acirra a concorrência entre profissionais, em perspectivas interprofissional e intraprofissional.

4 DEMARCAÇÃO DE FRONTEIRAS PROFISSIONAIS NA SAÚDE BRASILEIRA

O campo da saúde guarda similaridades com o campo de outras áreas, apesar de guardar diferenças capazes de lhe conferir um campo próprio. Das guildas medievais até os conselhos profissionais, muitas similaridades são observadas entre os diversos campos, permitindo a construção de uma história em comum. Este capítulo apresentará uma breve história da regulamentação profissional no Brasil, pois conhecer os processos históricos de construção das instituições corporativas existentes facilita o entendimento das razões de suas formas de atuação, como, por exemplo, a falta de contestação ao Estado, enquanto autoridade para regular.

4.1 Breve história da regulamentação de profissões da área da saúde no Brasil

De acordo com Dias (2012) as guildas existiram no Brasil até 1824, mas sua maior atividade ocorreu até a primeira metade do século XVIII. O autor cita as principais guildas existentes, destacando as de carcereiro, escrivão, mestre de capela, cirurgião, rendeiro dos dízimos, lacrador, mercador tratante, peruleiro, purgador, tanoeiro, caldeireiro, serralheiro, carreiro, barqueiro, pedreiro, calceteiro, telheiro, tecedeira, lavandeiro, barbeiro, sapateiro, ferreiro, alfaiate e carpinteiro. Na primeira Constituição brasileira (1824) o artigo 179, XXV, proibiu as corporações, priorizando a liberdade de trabalho, que vinha de encontro com um movimento que já existia no Brasil colônia, onde predominava a doutrina liberal (BRASIL, 1824).

A liberdade de trabalho positivista influenciou na estruturação da nova ordem político-social, chegando a permitir que, no Rio Grande do Sul, por exemplo, fosse aceitável o exercício de medicina e advocacia a leigos (JACQUES, 1977 apud Spink, 1985, p. 26)²⁰. A situação mudou a partir da Reforma de 1926, quando o texto constitucional passou a conferir ao Congresso competência para "legislar sobre o trabalho" (art. 24, item 28).

A Constituição de 1934, especificamente voltada à "questão social", teve por paradigma a constituição de Weimar. Inovou, também, por introduzir nova técnica de

²⁰ JACQUES, P. **Curso de Direito Constitucional**. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1977.

estatuto regulamentar, de acordo com Jacques (1977 apud SPINK, 1985, p. 27), transformando-se de "larga síntese" ou "ossatura de ideias e princípios" em "estreita análise da estrutura governamental e dos direitos e garantias, ou em corpo vivo (ossatura ou esqueleto revestido de carne, nervo e sangue) de princípios e normas jurídicas". Esta Carta Magma assegurava o "livre exercício de qualquer profissão, observadas as condições de capacidade técnica e outras que a lei estabelecer, ditadas pelo interesse público" (art. 113, item 13). Dado que tanto a definição dessas "condições de capacidade" (art. 59, nº 19, letra k) como a regulamentação do exercício de todas as profissões

Para Spink (1985, p. 30):

O controle da "qualidade" dos serviços prestados – objeto intrínseco da fiscalização do exercício profissional - implica dois elementos: o controle indireto, através da normatização do conteúdo da formação profissional, e o controle direto, através de mecanismos de registro e fiscalização da prática profissional.

Esses dois aspectos reguladores da prática profissional são competências de Órgãos distintos. Formação é competência do Ministério da Educação, sendo que a posse de diploma é condição suficiente para obtenção de registro. A regulamentação, inclusive a definição das atribuições privativas de categoria, é competência do Ministério do Trabalho.

A existência de registro para o exercício profissional decorre de legislação do Estado Novo. Em 1930 foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, por meio do decreto n.º 19.402, de 14 de novembro de 1930. Em seu segundo artigo trazia o compromisso de "o estudo e despacho de todos os assumptos relativos ao ensino, saúde pública e assistência hospitalar.". (BRASIL, 1930). Em 1932 foi aprovado o Decreto nº 20.931, regulando a fiscalização do "exercício da medicina, da odontologia, da veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira no Brasil" (BRASIL, 1932). Esse Decreto tornava obrigatório o registro do diploma de médico e demais profissionais no Departamento Nacional de Saúde Pública e na repartição sanitária estadual competente. Especificava, ainda, as condições para o exercício da medicina - inclusive o funcionamento de estabelecimentos médicos - da odontologia, medicina veterinária e da profissão de parteira. A exigência de registro vigorou até a aprovação do

Decreto-Lei nº 150, de 1967, que dispensou de registro os diplomas de profissões relacionadas com a medicina, farmácia, odontologia e veterinária, desde que os respectivos conselhos profissionais viessem a ser legalmente criados, regularmente instalados e funcionassem normalmente, reconhecidos por ato do Ministério da Saúde (BRASIL, 1967). Assim, a responsabilidade pela fiscalização do exercício profissional passou ao Ministério do Trabalho, mediada pelos conselhos profissionais.

Nunes (2003, p. 15) explica que

Em 1933 o Brasil elegeu uma Assembleia Constituinte permeada pela representação corporativista. O regime de 1934 foi substituído por uma ditadura, em 1937, mas os dispositivos corporativistas estão em vigor até hoje: não criaram a solidariedade social então desejada, mas funcionaram como poderoso instrumento de controle e atrelamento do trabalho ao Estado.

Cardoso (2007) esclarece que a *Carta del Lavoro*, mãe do fascismo totalitário, serviu de modelo ao corporativismo brasileiro, presente na Constituição de 1937. O autor vai além e apresenta as interpretações que diferentes atores tinham sobre o corporativismo, seja como meio de evitar o comunismo (como fruto de um Estado cada vez mais liberal), seja como meio de atingir o socialismo (democracia direta via sindicatos). Ao final o autor conclui que o Estado Novo não promoveu a democracia direta e reprimiu os sindicatos, constituindo-se em um corporativismo maneta. Outra consideração interessante é que Cardoso mostra que o Estado desconsiderou tudo que existia antes dele, como se da colônia tivesse herdado uma massa amorfa, cabendo ao Estado Novo construir o Brasil do zero. Os sindicatos que não estavam dentro das novas regulamentações, deixaram de existir, da noite para o dia.

Embora o Estado Novo tenha tido um corporativismo maneta, em relação aos trabalhadores de um modo geral, tal como chamou Cardoso, nele houve o início das regulamentações das profissões liberais. Pinheiro e Pereira (2005) lembram que com a Revolução de 30 começou o desabrochar das Ordens e Conselhos de fiscalização profissional, até então marginalizadas pela “mentalidade republicana” que as comparava às antigas ordens e corporações medievais.

Para Contrim Neto (1966, p. 239) “[...] foi sobretudo depois de 1930, porém, que o processo de autarquização do poder administrativo se acentuaria, tanto que,

em 1960, já existiam 64 autarquias federais no Brasil.”. O autor explica que muitos departamentos foram transformados em autarquias nas áreas de saneamento, portos, estradas de ferro, etc.

De acordo com Nunes (2003) no Brasil o clientelismo emergiu antes do corporativismo, mas que a ascensão do segundo não eliminou o primeiro. Por volta de 1946, quando a democracia substituiu o Estado Novo, corporativismo e clientelismo já andavam de braços dados. Para melhor analisar o termo “corporativismo”, Nunes comparou estudos internacionais de análise do assunto, focando em Schmitter e Winkler. O primeiro, estadunidense, entende o corporativismo é um sistema de representação (ou mediação) de interesses. O segundo, europeu, entende o corporativismo como um sistema econômico no qual o Estado dirige e controla predominantemente a iniciativa privada, de acordo com quatro princípios: unidade, ordem, nacionalismo e sucesso.

Nunes (2003, p. 15) comenta que

Winkler considera a emergência do corporativismo uma das principais respostas as complexidades e ineficiências do capitalismo avançado. O corporativismo surge sempre que uma sociedade industrial está enfrentando crises, agitação interna e ineficiência. O corporativismo, ou capitalismo organizado, é uma resposta a constatação de que "a mão invisível sofre de artrite", para utilizar as palavras de George Dalton.

Não é fácil comparar o corporativismo brasileiro com o de outros países, pois o *timing* de países industrializados é diferente dos países periféricos. No Brasil o corporativismo foi introduzido para controlar e organizar classes inferiores através de sua incorporação ao sistema. Nunes argumenta, que no Brasil o corporativismo também se destinava a controlar a burguesia e que o mesmo acabou combinando muito bem com o clientelismo. O corporativismo tem uma organização horizontal, formalmente estruturado por hierarquias. Já o clientelismo atravessa classes, grupos profissionais e é desestruturado (NUNES, 2003).

Friedman (1984, p. 79), liberal que serve de referência para atuais defensores do Estado Mínimo, destaca que:

Antes de discutir as vantagens e desvantagens do licenciamento, é conveniente notar por que ele existe e que problema político geral

fica revelado pela tendência em ser tal legislação especial posta em prática. A declaração de grande número de organizações estaduais de que um barbeiro deve ser aprovado por uma comissão de outros barbeiros não constitui uma evidência persuasiva de que existe de fato interesse público em tal legislação. De fato, a explicação é bem diferente. A verdade é que um grupo produtor tende a ser mais concentrado politicamente do que um grupo consumidor. Isto é um ponto óbvio observado frequentemente e importante demais para ser negligenciado. Cada um de nós é produtor e também consumidor. (FRIEDMAN, 1984, p. 79).

Nem todos os grupos de interesses profissionais lutam por reservas de mercado. Na área da Informática a Sociedade Brasileira de Computação faz oposição veemente a qualquer tentativa de reserva de mercado. A luta, em defesa da regulamentação tem fortes influências liberais é marcada pela crença de que o mercado selecionará os melhores e pela resistência às tentativas de outros grupos de interesses profissionais em apoderar-se do campo não regulamentado (SOCIEDADE BRASILEIRA, 2015).

Girardi (2002) é um dos autores que concorda que a regulamentação visa um nível de relacionamento ótimo entre prestadores de serviço e clientes, enquanto que a liberalização extrema, ou seja, ausência de intervenção estatal, produziria um resultado sub ótimo.

4.2 Regulamentação profissional na atualidade

Constituição Federal do Brasil, datada de 1988, diz em seu 5º artigo que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”, acrescentando, porém, no inciso XIII que “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer” (BRASIL, 1988a). Diferente da Constituição de 1891, que garantia “*o livre exercicio de qualquer profissão moral, intellectual e industrial*”, a nossa Constituição Cidadã previu requisitos extras para que certos trabalhos, ofícios e profissões possam ser desempenhados. Mas a história das constituições brasileiras mostra que a de 1988 apenas reproduziu um modelo que vinha sendo empregado desde a década de 30, quando o Estado adotou uma posição corporativista (BRASIL, 1891).

Regulamentar uma profissão significa estabelecer regras para seu exercício e evitar danos à população. Porém regulamentar desnecessariamente uma profissão, com a criação de uma reserva de mercado, só acessível mediante determinadas credenciais, restringe o acesso a ela e pode acarretar prejuízos à população, quando combinado com tabelamento de preços. Inexiste sociedade moderna que não tenha alguma regulamentação profissional, afinal não é de se esperar que se possa conferir a todos os cidadãos o direito de realizar quaisquer afazeres, tais como manusear materiais radiativos, realizar cirurgias ou projetar edifícios.

Pode-se regulamentar uma profissão sem a necessidade de criação de Conselhos fiscalizatórios ou uma Ordem, exigir ou deixar de cobrar certificação de conhecimentos, etc. Há variadas formas de regulamentar uma profissão e seu rol de atividades profissionais, chegando-se até situações em que grupos de interesses profissionais lutam pela regulamentação da “desregulamentação” (direito de não ver as atividades que desempenham encapsuladas por outros grupos, como no caso da Informática).

O Brasil possui milhões de profissionais registrados nos quase 500 Conselhos Profissionais ou Ordens (VIANA NETO, 2014), instituições que tem o propósito de defender o restante da população dos maus profissionais e daqueles que quiserem desempenhar uma profissão sem atender os requisitos legais para tanto. Ter o propósito de defender não significa que na prática seja o que ocorra, recaindo sobre os Conselhos de Fiscalizações Profissionais ou Ordens brasileiras muitas críticas de corporativismo, de terem práticas e até discursos que lhes aproximam de uma Associação Profissional ou Sindicato. Não é raro os próprios profissionais das áreas fiscalizadas e os legisladores terem dificuldades de diferenciar os Conselhos de Fiscalização Profissional e Ordens (dos Advogados e dos Músicos) das demais entidades.

Conforme explica Hermílio Santos (2002, p. 197) “entre os cientistas políticos não há qualquer consenso em torno da definição de grupos de interesse. Ao definir tais atores sociais são empregadas diferentes expressões para caracterizar as mesmas organizações, como grupos de pressão e *lobby*”. Isso é particularmente importante porque em diversas oportunidades foi feita referência, neste trabalho, aos grupos profissionais (que estão inseridos nos sindicatos, associações e conselhos de fiscalização profissional) enquadrando-os como grupos de interesses profissionais.

Para Fahrat (2007, p. 147), “na prática, a diferença entre grupo de interesse e grupo de pressão pode ser transitória.”. O autor explica que “a diferença fundamental entre o grupo de interesse e o grupo de pressão é o fato, mais do que a disposição, de assumir posições proativas e dedicar-se à divulgação do seu interesse, até a consecução dos seus objetivos.”. (FAHRAT, 2007, p. 148).

Ciente da imprecisão de nomear os grupos discutidos no presente trabalho de “grupos de interesses profissionais”, a opção recaiu sobre os mesmos em função das constantes disputas que ocorrem entre profissionais nas equipes multiprofissionais e na Justiça Civil, envolvendo os conselhos de fiscalização profissionais. Numa perspectiva que leve em conta apenas o trabalho de associações profissionais, talvez fosse mais fácil condicioná-las às classificações, pois não exercem poder de polícia (de fiscalização).

Uma questão não menos importante é que a regulamentação de uma profissão pode criar uma reserva de mercado para aqueles que adquirirem os conhecimentos necessários junto às instituições educacionais e efetuarem a inscrição no conselho de fiscalização, ou, resumindo, as credenciais para entrar no mercado de trabalho reservado. Entretanto, em um contexto de globalização, com transformações no mercado de trabalho em ritmo acelerado, pode ocorrer a constatação de que uma outra profissão tem condições de prestar o serviço na atividade regulamentada com igual ou até com superior qualidade, sem ter os meios legais de fazê-lo. Observa-se então a necessidade de alterar a legislação, mas tal alteração nem sempre é ágil e tampouco agrada aqueles que detêm a reserva de mercado.

A existência de reservas de mercado, sobre grupos de atividades de determinadas categorias profissionais, diretamente vinculadas a legislação de regulamentação das profissões, dificulta as adequações necessárias às novas realidades. Com tal contexto podem ocorrer sobreposições dos interesses corporativos sobre os do restante da população, que é o que a legislação deveria evitar. Por um lado, a reserva de mercado é estabelecida hoje exatamente para garantir um serviço da maior qualidade e custo proporcional, por outro lado, fica evidente que a população perde quando o Estado atende as demandas dos grupos de interesse profissionais, sem levar em conta o impacto de suas regulamentações.

Acrescente-se aos problemas o fato de que as manutenções das reservas de

mercado ou o seu alargamento, em favor de determinadas categorias profissionais, muitas vezes são defendidas com o discurso da defesa da sociedade, mesmo quando nos parece apenas favorecer o grupo que discursa e prejudicar os usuários ou clientes.

O modelo de regulamentação profissional brasileiro não exige estudo prévio²¹ de impacto da proposta de regulamentação de uma profissão, tal como é feito em Portugal, desde que foi aprovada a Lei nº 45/2003²². Numa perspectiva bourdieusiana o interesse público ou bem comum não parece existir, pois a sociedade não é uma união de partes que se encaixam em harmonia, mas uma aglomeração de partes diferentes. Sendo cada parte um campo que é controlado pelos agentes com maior capital, haverá uma variedade de visões de mundo. Para Martins e Amaral (2009, p. 104) “se levarmos em conta o exemplo das sociedades complexas, não há uma visão homogênea acerca do bem comum. Observa-se que esta é mais caracterizada pela pluralidade de posicionamentos, preferências e pontos de vista.”. Bourdieu (1983) considera que em uma pesquisa de opinião se obtém apenas a soma das opiniões privadas.

O interesse público parece uma utopia, se considerarmos tais afirmações. Contudo, os processos de regulamentação profissional, poderiam levar em conta estudos sociológicos, semelhantes ao feito em Portugal, onde pontos positivos e negativos seriam elencados pelos especialistas e discutidos na esfera pública com a população, fragmentada em grupos de variados campos e com variados interesses, adotando-se uma perspectiva habermasiana. Se o consenso é improvável, não é, portanto, impossível de ocorrer. Também decisões que levem em conta a opinião de um grupo maior de interessados pode reduzir a influência que grupos mais poderosos tem sobre os *Veto Players*. Ampliando as possibilidades, as decisões poderiam ser transferidas à população, que mesmo fragmentada indivíduos isolados e em grupos com interesses diversos, estaria menos vulnerável às pressões dos grupos profissionais, visto que políticos dependem de votos. Avançando um pouco

²¹ Por algum tempo a Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados Federais possuía a orientação, nos Verbetes 1 e 2, de que as propostas de regulamentação profissional deveriam zelar pelo interesse social, mas não especificava como se identificaria isso (BRASIL, 2001; 2008a).

²² Almeida (2008) analisa a aprovação da lei e o debate produzido durante sua tramitação.

mais, pode-se apontar que até a democracia participativa poderia se constituir em uma possibilidade razoável para uma regulamentação mais justa do que nos moldes atuais.

Para Cortes (1998, p. 14) após a Constituição Federal de 1988 alguns setores experimentaram alguma forma de participação:

A partir da Constituição de 1988, alguns setores da administração pública, marcadamente o de saúde, têm sido permeáveis à representação de interesses daqueles setores sociais tradicionalmente alijados do processo político. É certo que essa "novidade" convive com a permanência de arranjos políticos elitistas e de práticas clientelistas e paternalistas que dificultam a generalização dessa nova permeabilidade.

A respeito da reforma do sistema de saúde brasileiro e sobre os Conselhos Municipais de Saúde, Cortes (1988, p. 13) afirma que ela criou, “[...] um fórum participativo que tem contribuído para a democratização do processo de tomada de decisões no setor saúde”. Segundo a autora, “maior participação de usuários não garante a redução das iniquidades na promoção de cuidados de saúde para a população.”. Contudo, garante que “[...] a consolidação de fóruns participativos pode auxiliar na democratização das instituições brasileiras, dando voz a setores sociais tradicionalmente excluídos de representação direta no sistema político.”. Cortes (1988, p. 13) também defende que

Através deles, seus representantes podem influir na decisão sobre o destino de recursos públicos no setor saúde, podem obter informações, fiscalizar a qualidade dos serviços prestados e podem influenciar a formulação de políticas que favoreçam os setores sociais que eles representam.

Assim, muito embora a sociedade, tal como seus campos, seja um todo integrado e conflituoso, composto de partes que se afetam mutuamente e cujo consenso pareça improvável, a perspectiva habermasiana do alargamento da esfera pública pode ser uma solução para a busca de soluções melhores para os grupos que historicamente tem sido marginalizados. Embora a proposta possa parecer utópica e ingênua, bem observou Ulrich Beck, em sua obra “A Europa Alemã”, ao explicar que diante de uma situação ruim, exige-se o repensar das coisas e mesmo

que a solução pareça utopia ou ingenuidade, devemos lança-la ao público, se a mesma visar um mundo melhor.²³

4.3 As forças que modelam um campo: atores em disputa no campo da saúde brasileira

As decisões que culminam no prosseguimento ou arquivamento de um determinado projeto de lei são tomadas por atores sociais, que são chamados de *vetos players* por Tsebelis (1997, p. 2). Um *veto player* é um “ator individual ou coletivo cuja concordância é requerida para tomar a decisão de mudar uma política”. Um exemplo muito simples de ator individual é a figura do ditador. Mas em democracias a figura do presidente geralmente pode ser associada a de um *Veto Player*, pois Andrade (2006, p. 5) argumenta que “o Presidente da República é um VP institucional e singular. O exercício do poder de veto é feito por uma só pessoa. Quando o Presidente veta um projeto de lei aprovado pelo Congresso Nacional, ele está exercendo seu papel como VP.”.

É importante esclarecer que o próprio Tsebelis debate sobre a figura dos presidentes em democracias e conclui que nem todos tem poder de veto, não sendo, portanto, uma associação automática a *Veto Players*. Da mesma forma, Andrade (2006, p. 5) enfatiza que “[...] a Câmara dos Deputados e o Senado são VPs também institucionais mas, ao contrário do Presidente, coletivos.”. Para o autor, “o exercício do poder de veto dessas casas será o resultado da interação de vários atores singulares.” Tsebelis (1997, p. 1) informa que “o conceito de veto player origina-se da ideia de pesos e contrapesos incluída na Constituição norte-americana e nos textos constitucionais clássicos do século XVIII.”. No campo das regulamentações profissionais do Brasil é possível considerar como *veto players*: Supremo Tribunal Federal (STF), Superior Tribunal de Justiça (STJ), Presidente da República, Congresso Nacional, partidos políticos e Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Em determinadas áreas, sindicatos, conselhos profissionais e associações profissionais podem impor grande pressão, a ponto de inviabilizar um projeto, especialmente nas áreas tradicionais, como Medicina, Advocacia e Engenharia.

²³ BECK, U. A. **Europa Alemã**: de Maquiavel a Merkievel. Lisboa: Edições 70, 2013.

Tsebelis (1997, p.1) explica que

[...] nos países corporativistas, as decisões sobre salários (que acarretam consequências econômicas mais gerais) são tomadas pelo governo, mas com a aprovação de dois *veto players* adicionais: os representantes dos trabalhadores e das empresas.

O veto, porém, torna-se apenas uma parte do processo e as “decisões políticas requerem um acordo em vários pontos ao longo de uma cadeia de decisões tomadas por representantes de diversas arenas políticas.” (IMMERGUT, 1996, p. 2). Para Immergut (1996) a capacidade dos grupos de interesse em aprovar ou impedir um projeto depende de seu poder de persuasão junto aos representantes que tem voto. Assim um ator individual ou coletivo será um veto player se tiver direito a voto ou se tiver o controle sobre o voto de um representante.

A Lei Federal nº 9.649, de 27 de maio de 1998, por exemplo, foi considerada inconstitucional pela Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) 1717-6 (BRASIL, 1998b), proposta pelos partidos políticos Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Comunista Brasileiro (PCB) e Partido Democrático Trabalhista (PDT) e encontrou apoio no Supremo Tribunal Federal (STF), pelas razões de que estava ocorrendo uma tentativa de privatização de atividades próprias do Estado, como o poder de polícia. Nesse sentido o voto coube ao STF, um inegável veto player no caso citado, mas não é descabido também chamar os partidos políticos de veto players, afinal se não tivessem proposto a ADIN, a Lei Federal nº 9.649/1998 (BRASIL, 1998c) provavelmente ainda estivesse em vigor. Pois o STF age mediante provocação e não por iniciativa própria, conforme apontou o próprio Ministro do STF, Gilmar Mendes, “o Judiciário só age mediante provocação”. “É preciso que haja uma ação questionando algum aspecto para que possamos nos manifestar.” (MENDES, 2008)

O Projeto de Lei Complementar 75/2014 (BRASIL, 2014a), que visava a regulamentação da profissão de instrumentador cirúrgico²⁴ é um bom exemplo para ampliar a compreensão sobre os *veto players*. Na audiência pública da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) do Senado Federal, estavam entre as autoridades, o presidente da Associação Médica de Brasília; a presidente

²⁴ Para saber mais: <http://www.senadoraanaamelia.com.br/noticias/projeto-de-lei-que-regulamenta-profissao-de-instrumentador> (SENADORA ANA AMÉLIA, 2014).

do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); a presidente da Associação Nacional dos Instrumentadores Cirúrgicos; e o vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina. O representante dos instrumentadores cirúrgicos se fez presente, provavelmente para acompanhar e trazer esclarecimentos, mas também fazer valer suas reivindicações. Já os representantes das demais classes, possivelmente compareceram para evitar surpresas desagradáveis, ou seja, “invasão” de profissionais de outra área na sua reserva de mercado (BRASIL, 2014b).

Uma análise superficial poderia não considerar os representantes das entidades como *veto players*, pois a eles não caberiam decisões. Porém, considerando que para Tsebelis (1997, p. 2-3) *veto player* “é um ator individual ou coletivo cuja concordância é requerida para tomar a decisão de mudar uma política”, podem sim ser *veto players* em uma determinada situação. É razoável supor que havendo consenso entre os representantes das múltiplas profissões da saúde sobre os limites de atuação de cada profissão, não serão os demais *veto players* a criar conflitos. Nenhum deputado federal ou ministro do STF dirá que cabe aos enfermeiros a tarefa de realizar transplantes, se os próprios enfermeiros forem contra ou que se acham profissionalmente menos habilitados ou incapazes de realizar tal procedimento cirúrgico.

Immergut (1996) é uma autora que analisou as transformações da saúde na Europa e mostrou que alguns grupos médicos são *veto players*:

Apesar da reputação da classe médica como grupo insuperável em sua capacidade de exercer o veto político, alguns governos europeus superaram a oposição da classe e colocaram em prática ao mesmo tempo programas nacionais de seguro e medidas de substancial restrição a suas atividades profissionais. Em outros países, ao contrário, o protesto dos médicos surtiu efeito no bloqueio das iniciativas do governo, tanto na instalação desses programas quanto no controle dos preços das consultas. (IMMERGUT, 1996, p. 1).

Schevisbiski (2007) analisou as regras institucionais e o processo decisório de políticas públicas no Conselho Nacional de Saúde, entre 1990 e 2006. Identificou a presença dos *veto playes* na arena do CNS e as disputas que lá ocorreram. Entre os atores coletivos estavam o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira. A autora também menciona um grande conflito envolvendo as entidades médicas, que disputavam o direito a ter uma cadeira exclusiva no CNS

(SCHEVISBICK, 2007, p. 61).

Para Tsebelis (1997, p. 10) “o número de veto players varia conforme o assunto”, assim como quem são os *veto players*. O campo da saúde tem seus próprios *veto players*, que são os atores comuns a todos os campos (STF, Presidente da República, etc.), acrescido das instituições classistas, como as associações profissionais, conselhos de fiscalização profissional e sindicatos profissionais. Ao longo da história é possível ver que a maioria dos projetos de lei da área da saúde foram propostos por políticos, cuja profissão era ligada a alguma área da saúde, sendo que a quase totalidade vindo da Medicina. Talvez em nenhuma outra área da saúde os profissionais tenham laços tão estreitos com a política. Em alguns casos o apoio a candidatos é feita de forma sutil, indireta, com as pessoas que ocupam cargos em diretorias de entidades, apoiando sem vincular o cargo que ocupam em entidades de representação profissional. Semelhante apoio também ocorre em outras profissões e é não apenas legal, como tão bem compreensível. Porém, na última eleição houve uma manifestação coletiva das entidades de representação médica de Goiás, uma propaganda política, em apoio a candidatos médicos e convocação para uma luta contra a candidata Dilma Rousseff, incluindo o conselho de medicina (SASSINE, 2014).

De acordo com o Tribunal de Contas da União (TCU) “os conselhos de fiscalização do exercício profissional têm natureza autárquica, arrecadam e gerenciam recursos públicos de natureza parafiscal, estando sujeitos às normas de administração pública, e ao controle jurisdicional do TCU.”. (BRASIL, 2014d, p. 118). Partindo da lógica de que conselhos de fiscalização profissional prestam contas ao Tribunal de Contas da União exatamente por gerenciar recursos públicos, utilizar tais recursos para fazer campanhas em favor de candidatos e contra outros candidatos é uma ação, no mínimo, condenável. Ao final é uma ação que se não denunciada passa despercebida pela fiscalização do TCU, pois é incluída em gastos com publicidade, tal como campanhas de reconciliação (negociação de dívidas). Enfim, a função de um conselho de fiscalização profissional não é transformar sua sede em um comitê eleitoral. É legítimo que os grupos que ocupam os conselhos de fiscalização profissional lutem por seus interesses, mas não de qualquer forma e nem a qualquer preço.

5 PROCESSOS EMBLEMÁTICOS DE DEMARCAÇÃO DE FRONTEIRAS PROFISSIONAIS NA SAÚDE BRASILEIRA

Nenhuma área profissional tem experimentado tamanha turbulência nos últimos anos como a saúde, pois para Girardi cresceu a luta por regulamentações junto à esfera pública, judiciário e opinião pública. Se antes o Judiciário servia para resolver pendências entre os profissionais, tais como: erro médico, exercício ilegal da profissão, etc., agora é acionado para definir fronteiras mal delimitadas entre profissões tradicionais e profissões que emergiram das transformações da própria sociedade (GIRARDI, 2002). Muito embora a luta entre a Medicina com outras áreas da saúde seja mais comum e evidente, não significa que conflitos entre outras profissões de saúde não ocorram.

Girardi explica que

É preciso notar que este movimento se inscreve dentro de um processo mais amplo que corresponde ao que Habermas (2003), entre outros autores, define como processo de judicialização das políticas sociais, característicos das democracias contemporâneas. (GIRARDI, 2002, p. 68)²⁵.

Porém a judicialização não é algo que deva ser aceito como benéfico, conforme defende Maus (2000). Para Maus, no momento em que a Justiça é elevada sobre a sociedade, escapa de qualquer mecanismo de controle social.

Hamel (2010) indaga se a Justiça não substituiu os monarcas e hoje age como tal, pois em uma sociedade órfã, a ideia da moralidade pública passa a ser "protegida" pelo Judiciário, o qual também passa a ser um "terceiro neutro", o pai que assegura a contrapartida do déficit democrático das sociedades contemporâneas. Esta função da Justiça é, na visão de Maus, extremamente prejudicial ao princípio da soberania popular e, conseqüentemente, à autonomia dos sujeitos, sendo a ascensão da Justiça a última instância de consciência da sociedade. A partir da leitura de Maus é importante esclarecer, entretanto, que sua crítica ao Poder Judiciário se faz especificamente ao Tribunal Constitucional Alemão

²⁵ HABERMAS, J. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade. v. 2. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

e, lembrando então, não ao contexto brasileiro. Contudo, metodologicamente, não é difícil transpor tal realidade da Justiça alemã ao mesmo ativismo judiciário brasileiro, onde também já é possível notar certa hipertrofia desse poder.

Maus (2010, p. 186) afirma que "a eliminação de discussões e procedimentos no processo de construção política do consenso, no qual podem ser encontradas normas e concepções de valores sociais, é alcançada por meio da centralização da consciência social na Justiça.". E, a partir daí, voltamos nossa reflexão novamente para a proposta teórica de Habermas, na qual os procedimentos de criação democrática do direito, garantindo a participação de todos nas discussões, levantando argumentos do tipo contra factuais, naquilo que denomina de "comunidade ideal de comunicação", torna-se imprescindível para a necessária legitimidade do controle jurisdicional das leis.

Em relação ao contexto brasileiro, que aqui interessa ao debate, quer por incapacidade política quer por limitação orçamentária, os direitos fundamentais penam ainda no Brasil, pois a sua realização depende, muitas vezes, da interferência direta do Poder Judiciário no âmbito da política, ocorrendo o que, cotidianamente, se tem convencionado chamar de "politização do Judiciário" e de "judicialização da política" em uma, talvez, hipertrofia do Judiciário frente à política, que pode de certa forma se converter em um risco para a democracia contemporânea, ante o crescimento demasiado do Poder Judiciário (SANTOS, Boaventura, 2003).

A dependência do Judiciário para resolver questões mal resolvidas pela legislação faz Maus (2000, p. 188) resgatar os ensinamentos de Montesquieu (1951, p. 125), que afirmava que "em Estados despóticos não há nenhuma lei: o juiz tem a si próprio como lei. Sob a forma de governo republicano a essência da Constituição consiste no fato de que os juízes devem observar a letra da lei.". As falhas da legislação brasileira, que não acompanham as necessidades da sociedade, produz o efeito da judicialização, com prejuízos em todos os setores, mas que afetam principalmente os mais pobres, com menores condições financeiras de se defenderem.

Nos últimos anos as demarcações de fronteiras ganharam novos episódios, realmente emblemáticos, de características interprofissionais e intraprofissionais, conhecidos como ato Médico e o Programa Mais Médicos.

5.1 Os projetos de leis sobre o Ato Médico

Antes da criação de conselhos de fiscalização profissional, determinadas categorias da área da saúde, geralmente de nível superior, tinham que manter registro junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública e na repartição sanitária estadual competente, por força do Decreto nº 20.931/1932 (BRASIL, 1932), que foi revogado pelo Decreto n.º 99.678/1990 (BRASIL, 1990) e depois revigorado pelo Decreto de 12 de julho de 1991 (BRASIL, 1991). Embora o Conselho Federal de Medicina tenha sido legalmente criado em 13 de setembro de 1945, quando foi publicado o Decreto-Lei nº 7.955/1945 (BRASIL, 1945), posteriormente substituído pela Lei nº 3.268/57 (BRASIL, 1957) e exista, de fato, desde 1951, a legislação, que estabelecia suas fronteiras com outras áreas da saúde, era considerada interpretativa em certos momentos e isso contribuía para o surgimento de conflitos que só eram resolvidos ou precariamente pacificados nos tribunais.

Com o crescimento e fortalecimento de outras profissões da área de saúde, os representantes da Medicina brasileira sentiram a necessidade de buscar uma legislação que privilegiasse a visão médica sobre a saúde brasileira. Pelo olhar médico estava ocorrendo uma invasão de outros profissionais da saúde em suas competências exclusivas e que os mesmos deveriam ser apenas trabalhadores de apoio. Uma nova legislação que também diminuísse os processos judiciais, pois nem sempre terminavam com decisões favoráveis às suas demandas, ou seja, estava ocorrendo uma interferência do Poder Judiciário em favor de profissões mais novas (GIRARDI, 2002; SOBOTTKA, 2013). Um exemplo é Apelação Cível n.º 127.381/CE sobre o processo nº 97.05.40650-2 (BRASIL. TRF 5. Região, 1998), no qual o Poder Judiciário rejeitou a apelação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará (CREMEC), que visava obrigar o registro de uma clínica de fisioterapia junto ao mesmo.

Também a acupuntura, oriunda da medicina tradicional oriental, por vezes considerada pseudociência, virou motivo de disputa entre Médicos e outros profissionais de saúde a partir de meados da década de 90. A decisão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região (apelação em mandado de segurança n. 113.658 (RJ) - 7681470), publicada no Diário Oficial da União de 20/08/1987) garantia aos

fisioterapeutas o direito ao exercício da acupuntura (CONSELHO BRASILEIRO DE ACUPUNTURA, 2012). Em 3 de março de 2012 o CFM obteve decisão favorável em sua ação contra o Conselho Federal de Psicologia (CFP), que também reconhece a acupuntura como prática útil e eficiente ao trabalho de psicoterapeutas e psicólogos, conforme resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 05/2002 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2002). Contudo, “o Superior Tribunal de Justiça determinou a suspensão da decisão do TRF1 no tocante a exclusividade do exercício da acupuntura em favor do Conselho Federal de Medicina contra o Conselho Federal de Psicologia.” (CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO, 2015).

O que chama a atenção no caso é que a Resolução CFM n.º 467/1972 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1972) informava que a acupuntura não era especialidade médica. A mudança de entendimento só veio com a publicação da Resolução nº 1.455/95 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995). Contudo, a Resolução n.º 60, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) (1985) regularizou a prática da acupuntura por parte dos fisioterapeutas, ou seja, uma década antes do CFM considerar como especialidade médica. Em publicação do Cremesp (2012), Ruy Tanigawa, médico acupunturista e diretor coordenador do Departamento de Fiscalização da instituição, considera que “não se trata de reserva de mercado para os médicos, mas da defesa dos direitos do paciente, que necessitam de assistência médica adequada.” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012). Contudo, o período entre 1985 e 1995, época em que a Fisioterapia utilizava a acupuntura e que a Medicina não a reivindicava para si, não apresenta nenhum registro conhecido de dano à saúde dos pacientes.

A polêmica demarcação de fronteiras no campo da saúde, contudo, não se resume a períodos tão recentes. É uma fronteira que se modifica a qualquer instante, dependendo das decisões e ações dos atores envolvidos. Diferente de outras profissões de saúde, a classe médica tem insistido na tentativa de regular o ato médico mediante leis federais, razão pela qual o trabalho foca apenas em tais tentativas. Não significa que outras profissões não tenham representantes no Congresso Nacional, apenas que os mesmos não fizeram esforços em propor um projeto de lei que regulasse o ato médico de acordo com as visões de seus

representados. Quando agem é apenas em resposta às tentativas médicas, ou seja, uma defesa e não um ataque.

Em 15 de março de 1988 o então médico e deputado federal Pedro Cañedo (PFL/GO) apresentou o Projeto Lei (PL) n.º 436/1988²⁶, que estabelecia a competência do Conselho Federal de Medicina para definir o ato médico. A justificativa para proposição do presente projeto era a seguinte:

A não definição de ato médico, ou a sua definição por órgão ou instituição não credenciada para tal, poderia trazer inúmeros problemas à saúde da população, uma vez que pessoas não adequadamente preparadas ou legalmente não habilitadas possam vir a exercer ações de exclusiva responsabilidade dos médicos. (BRASIL, 1988b, p. 4-5).

Este projeto lei não é sequer mencionado na literatura que se propõe a resgatar as origens das tentativas legislativas de definir o ato médico, indicando equivocadamente um PL posterior como marco dos debates sobre o ato médico. O PL 436/1988 traz indicativos claros de conflitos anteriores que merecem ser destacados. No dossiê digitalizado do PL 436/1988 encontra-se o Ofício nº 474/88 (de 20 de julho de 1988) da Associação Brasileira de Óptica Cine-Foto e Som (ABCI), atual Associação Brasileira de Óptica (ABCI), onde o presidente à época dos fatos, Sr. Wanderlei Azevedo Souza escrevia ao Presidente da Câmara dos Deputados, Sr. Ulisses Guimarães, para relatar episódios de conflitos na demarcação de fronteiras da saúde junto ao Conselho Nacional de Saúde, no final de 1987 e solicitar voto negativo ao PL 436/1988, face aos argumentos que o deputado encontraria nos documentos relativos a disputa ocorrida no ano anterior (BRASIL, 1988c).

Segundo Wanderlei Souza (BRASIL, 1988c) o conflito ocorreu quando uma parcela de médicos-oftalmologistas reivindicou junto ao Ministro da Saúde que a adaptação de lentes de contato fosse considerada exclusivamente como ato médico. Assim, entendia a ABCI que seria inconveniente conferir ao Conselho Federal de Medicina o poder de definição sobre o que seria o Ato Médico e que deveria caber

²⁶ Dossiê integralizado. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=E4C08A5C1B5871FDE334E0E7B8A860BA.proposicoesWeb2?codteor=1153964&filename=Dossie+-PL+436/1988. (BRASIL, 1988c)

ao Congresso Nacional tal atribuição (BRASIL, 1988c). A mesa diretora da Câmara dos Deputados arquivou o projeto lei em 5 de abril de 1989.

Em 13 de abril de 1989, pouco mais de uma semana após o arquivamento do seu PL, Pedro Cañedo apresentou o Projeto Lei que receberia o número 2.024/1989, que também tentava estabelecer como competência do Conselho Federal de Medicina a definição do ato médico (BRASIL, 1989a). Assim, não apenas o deputado apresentou projeto com a mesma intenção, como também fez a mesma justificativa do projeto anteriormente rejeitado. Guimarães e Silva (2005, p. 7), apoiando-se em publicações do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) apontam que “não havendo, porém, apoio da entidade, o projeto foi retirado por seu autor.”. Contudo, analisando o dossiê digitalizado do PL (BRASIL, 1989b), constata-se que o então relator da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, Deputado Federal Ibrahim Abi-Ackel, considerou que, apesar do projeto não ser inconstitucional, o mesmo deveria “ser rejeitado por injurídico e também por defeito de técnica, uma vez que, por seu laconismo, não nos permite estabelecer o seu verdadeiro alcance.” (BRASIL, 1989b, p. 7). O relator interpretou que a intenção do PL era impedir que leigos exercessem a profissão de Médico e que já havia farta proteção legal, inclusive no Código Penal, para impedir que leigos praticassem a Medicina. Assim, o PL foi arquivado em 2 de fevereiro de 1991, não por decisão do autor, nem pela falta de apoio da entidade, mas por decisão de outros deputados federais e pelos problemas no projeto apontados pelo relator.

O Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG) publicou em 2005 um relatório sobre as demandas de regulação profissional na Câmara dos Deputados, entre 1970 e 2005, sobre a saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2005). É possível identificar que o PL 436/1988 foi a primeira tentativa dentre as feitas entre 1970 e 2005, o que permite considerá-lo como o legítimo marco nas tentativas de regulamentar o ato médico na Câmara dos Deputados. Ainda assim, o debate o antecede como é possível constatar no ofício da ABCI. A publicação do Cremerj, citada por Guimarães e Rego (2005) não pôde ser recuperada, mas permite a suposição de que a mesma conduziu os pesquisadores ao erro identificado. Outros pesquisadores reproduziram o equívoco, como Silva e Mendes (2006) e Travassos et al. (2012).

Infrutíferas as pretensões das autoridades médicas nos anos 80, em ter uma

lei federal que lhes conferisse poder de estabelecer o limite de sua atuação e restando margens para interpretação acerca do significado do “ato médico”, o Conselho Federal de Medicina iniciou, em 2001, movimentos em prol de uma legislação que desse uma regulamentação juridicamente mais consistente à classe médica, sugerindo e influenciando o Congresso Nacional a estabelecer as fronteiras que desejavam. Argumentaram que a Medicina era uma área de conhecimento com formação mais abrangente e maior tempo de estudo do que as demais. Em troca recebe mais reconhecimento social e responsabilidades. Porém enfatizam muito que o médico se empenha em curar o paciente e não dá margens para mensuração de eficiência. Assim, a cooperação multiprofissional não é desejada por não ter os demais profissionais conhecimento semelhante, que possa ser útil no tratamento, exceto em nível auxiliar e sob supervisão médica. Contudo, embora tenha o médico grande conhecimento sobre saúde, não há garantias de salvação, apenas de empenho (SOBOTTKA, 2013).

O Anexo da Resolução 1.627/2001 do CFM define o ato médico da seguinte forma:

Ato médico ou ato profissional de médico, que também pode ser denominado procedimento médico ou procedimento técnico específico de profissional da Medicina, é a ação ou o procedimento profissional praticado por um médico com os objetivos gerais de prestar assistência médica, investigar as enfermidades ou a condição de enfermo ou ensinar disciplinas médicas. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2001).

Em 27 de fevereiro de 2002 o médico e senador Geraldo Althoff (PFL/SC) protocolou o Projeto Lei do Senado que daria início às tentativas médicas de transformar a resolução 1.627/2001 do CFM em Lei Federal. Este PLS recebeu o número PLS 25/2002 (BRASIL, 2002a). Já em 13 de março de 2003 o também médico e senador Mão Santa (PMDB/PI) apresentou o Requerimento 086/2003, solicitando a tramitação conjunta do PLS 25/2002 e PLS 268/2002, por tratarem do mesmo assunto. Porém, em 19 de março de 2003 o mesmo senador apresentou o Requerimento 132/2003, que solicitava a retirada do seu requerimento anterior, sem apresentar justificativa para o pedido. Os motivos para a desistência do pensamento de um PLS ao outro permanecem desconhecidos. É relevante

destacar as razões pelas quais os médicos precisariam da aprovação da lei desejada. Conforme Viana (2006, p. 2-3):

A proposição é justificada pela necessidade de delimitar o campo de atuação do profissional médico frente à 'proliferação' de profissões de saúde, 'quase todas atuando em atividades que, no passado, eram exclusivamente médicas'. Tornar-se-ia necessário, assim, 'estabelecer uma clara categorização legal dos procedimentos médicos, permitindo a identificação precisa dos atores participantes de tão nobre atividade profissional.

A justificativa destaca que já há atuação de outros profissionais da saúde e não menciona prejuízos, então trata-se apenas de disputa por reserva de mercado, prestígio e controle. Para o Doutor em Saúde Coletiva, professor de Medicina da Universidade Federal de São Carlos e coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Sociedade, Giovanni Aciole, "a análise do conteúdo sugerida não contribui para que concordemos com os seus defensores. Pois, apesar deste discurso de boas intenções, o Projeto de Lei 25/2002, já no seu primeiro artigo, deixa explícita a ambição corporativa de sua alma.". (ACIOLE, 2006, p. 49).

O requerimento 132/2003 foi acolhido no mesmo dia 19 de março de 2003, mas em 6 de agosto do mesmo ano houve a apresentação do Requerimento nº 646, de 2003, de autoria do igualmente médico e Senador Tião Viana (PT/AC), solicitando a tramitação conjunta dos dois PLS, por versarem sobre o mesmo assunto. A análise do requerimento acabou sendo adiada algumas vezes, pela falta de consenso entre as lideranças partidárias sobre a Medida Provisória nº 123/2003, mais tarde transformada na Lei Federal n.º 10.742/2003, que trata de regulação do setor farmacêutico (BRASIL, 2003). O Requerimento nº 646 acabou sendo aprovado em 9 de setembro de 2003 e o PLS 25/2002 foi ao PLS 268/2002 (PLS do médico), de autoria do também médico e senador Benício Sampaio (PPB/PI). Após, a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJC) do Senado Federal, por meio do Parecer CCJC - relator - Tião Viana/ PT-AC), rejeitou o PL 268/2002 e aprovou, em 30 de junho de 2004, uma versão substitutiva do PLS 25/2002.

Ao PLS 25/2002 foi anexado, em 1 de fevereiro de 2005, um abaixo-assinado encaminhado pelo Conselho Federal de Psicologia contra o projeto. Muitas outras entidades de representação de variadas profissões de saúde se manifestaram

contrárias e realizaram repúdios públicos ao projeto durante toda a tramitação. O Conselho Federal de Enfermagem (2010, p. 2-3) foi uma delas, destacando que “o projeto que define as prerrogativas da profissão médica merece todo o respeito e apoio por parte do Conselho Federal de Enfermagem, porém não merece prosperar”, indicando uma série de problemas como a ação privativa de diagnóstico de tratamento nosológico e que causaria problemas ao Sistema Único de Saúde, que utiliza muitas equipes multiprofissionais (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2010, p. 2-3).

Em seguida, os projetos foram para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal e a relatora Lúcia Vânia/ PSDB-GO rejeitou, em 22 de novembro de 2006, o PLS 25 substitutivo e aprovou um PLS 268 substitutivo. Finalmente, foi feita a apreciação no plenário do Senado, onde o PLS 268 substitutivo foi aprovado em 20 de dezembro de 2006 e o PLS 25 foi rejeitado. O PLS 25 foi arquivado e o PLS 268 teve sua redação final em 18 de junho de 2013, sendo posteriormente enviado para a Câmara dos Deputados, onde foi apreciado pelas Comissões de Trabalho, Administração e Serviço Público, de Seguridade Social e Família e de Constituição e Justiça e de Cidadania e recebeu a nova denominação de PL 7.703/2006 (BRASIL, 2006). Em 29 de dezembro de 2006 o PL 7.703/2006 foi apensado ao PL 92/1999 (BRASIL, 1999), por decisão da mesa diretora da Câmara dos Deputados. Contudo, em 13 de fevereiro de 2007, por solicitação do então médico e deputado federal Rafael Guerra (PSDB/MG), houve a separação dos PLs, visto que o PL 92/1999 tratava não apenas do exercício da medicina, mas também da organização e atuação dos Conselhos de Medicina, entre outras providências. O PL 92/1999, de autoria da também médica e deputada federal Deputada Jandira Feghali (PCdoB-RJ) acabou sendo arquivado em 31 de janeiro de 2011, mas em 3 de fevereiro de 2011 a autora pediu o desarquivamento e a continuidade da tramitação do mesmo, entendendo ser benéfico para a sociedade. Em 31 de janeiro de 2015 o PL 92/1999 voltou a ser arquivado. Na época os *sites* do CFM e da AMB, informavam que as entidades elegeram o PL 92/1999 como a prioridade do momento.

A regulamentação da profissão médica saiu onze anos após a apresentação do projeto na Câmara dos Deputados. Durante os anos de tramitação houve intensa disputa entre o Conselho Federal de Medicina e os outros 13 conselhos de

fiscalização profissional. O texto final contemplou muitas das reivindicações médicas, mas 10 vetos da Presidente da República trouxeram grande desagrado aos médicos. Sobottka (2013, p. 522) compreende que

Entre eles a exclusividade na administração de serviços de saúde e na formulação do diagnóstico nosológico e a respectiva prescrição terapêutica. Essas duas reivindicações eram consideradas absolutamente centrais pelos médicos e a última foi frequentemente descrita como o coração da regulamentação da profissão.

É interessante destacar que a Presidente Dilma alegou que os vetos eram necessários para evitar prejuízos ao Sistema Único de Saúde (SUS), onde atuam equipes multiprofissionais. Enquanto médicos criticaram os vetos presidenciais, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e demais profissionais de saúde comemoraram. Contudo, quando a Presidente Dilma e seu vice, Michel Temer, vetaram as propostas de 30 horas para Fonoaudiólogos (Projeto de Lei 119/2010) e Psicólogos (Projeto de Lei 3.338), alegando a defesa do SUS, ambas as categorias os criticaram (BRASIL, 2008b; 2010; CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2015; FEDERAÇÃO NACIONAL DOS PSICÓLOGOS, 2014). É verdade que Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e Assistentes Sociais tiveram seus direitos a jornada de 30 horas conquistados e o que Fonoaudiólogos e Psicólogos buscavam era equiparação. Porém, tais profissionais conseguiram a aprovação em outro momento do país, durante o Governo Itamar Franco, que tinha um projeto de governo diferente do atual. Dessa forma os insucessos se deram pelas configurações das forças nos momentos em que os projetos foram analisados pela Presidência da República.

No caso do Ato Médico, se identifica como atores coletivos mais atuantes o Conselho Federal de Medicina, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e o Conselho Federal de Psicologia, todos com seus respectivos conselhos regionais. Isso não ignora que outras instituições, favoráveis e contrárias ao projeto de lei, como a Associação Brasileira de Enfermagem (CABRAL, 2013) ou a Sociedade Brasileira de Dermatologia (GONTIJO, 2013), tenham feito esforços contra a aprovação ou rejeição do projeto em sua forma original. Como *veto players*, além dos representantes do povo no Congresso Nacional (deputados federais e senadores com base eleitoral classista ou alinhamento político com o governo), a

Presidente Dilma Rousseff. Não há, pois, interferência do Poder Judiciário na questão.

As estratégias das instituições favoráveis e contrárias ao Ato Médico foram variadas. Talvez a estratégia mais interessante e enigmática foi a do CREMESP, onde do então presidente Clóvis Constantino escreveu, em 2004, um artigo intitulado “A quem interessa deturpar o debate sobre o Ato Médico?”, em co-autoria com o então presidente do Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Estado de São Paulo, Gil Almeida (CONSTANTINO; ALMEIDA, 2004). No artigo, os autores comentam que “na saúde essa legislação é imperiosa para que possamos evitar danos à vida que, muitas vezes, são irreparáveis.” (CONSTANTINO; ALMEIDA, 2004).

Em 2005, a dupla escreveu o artigo “O que um profissional de saúde pode fazer?”, oportunidade em que informam que “no lugar de transformar a disputa por esses limites em uma guerra, o CREMESP e o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região (CREFITO-3) sugerem o debate aberto e democrático entre os conselhos.” (CONSTANTINO; ALMEIDA, 2005). A guerra a que se referem é a defesa ou rejeição ao Projeto Ato Médico. Ainda em 2005 os dois presidentes debateram o Ato Médico no Programa de Pós-Graduação em Fisiologia Humana, da Universidade de São Paulo. Na oportunidade o presidente do CREFITO 3 voltou a defender a aprovação do projeto. É possível apontar que o presidente do CREMESP se associou ao presidente do CREFITO 3 para dar mais legitimidade às suas defesas e enfraquecer os ataques dos contrários ao Ato Médico. Ao mesmo tempo parece que as estratégias do presidente do CREFITO 3, em se associar ao CREMESP resultariam de um racha interno no sistema COFFITO, denunciado pelo CREFITO 2. Essa divisão interna do sistema COFFITO pode ser observada através das críticas feitas por Vereza (2004). Em 2009, porém, o próprio Gil Almeida assim se manifestava sobre a defesa dos vetos ao Ato Médico:

Como admitir que os médicos façam a prescrição terapêutica em áreas do conhecimento (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Enfermagem, Nutrição, Educação Física, Serviço Social, Psicologia, Farmácia, Odontologia, Biomedicina) em que eles nunca tiveram qualquer tipo de treinamento? (SISAUDE, 2009).

Não foi possível compreender as razões da mudança de opinião, mas o fato é

que ao adotar uma postura contrária ao projeto, não houve mais a menção à figura do Sr. Gil Almeida nas publicações realizadas no site do CREMESP.

Do lado dos que estavam favoráveis à aprovação do PL do Ato Médico, as estratégias foram: criação da Comissão Nacional em Defesa do Ato Médico, convocação dos registrados para que enviassem e-mails aos políticos, realização de manifestações, solicitação de votos em enquetes na internet sobre o assunto, divulgação do comportamento dos políticos (de forma a intimidar eleitoralmente os opositores), publicação de textos com a palavra “verdade” no título, entre outras (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2009; CONSELHO NACIONAL DE DEFESA DO ATO MÉDICO, 2011). Já os críticos ao PL do Ato Médico, criaram frentes em defesa da saúde (uma verdadeira coalização), também realizaram manifestações, blitz educativas, solicitação de envios de e-mails para políticos, entre outras (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2004; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2013; CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2011; CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Os profissionais de variadas profissões também criaram e compartilharam em redes sociais e blogs, conteúdos produzidos pelas instituições que lutavam contra ou à favor do PL do Ato Médico. Em tais plataformas é possível ver uma agressividade maior do que nos textos das entidades, quando não inverdades. Os textos possivelmente contribuíram para o acirramento dos ânimos em relação ao assunto. Em menor número, profissionais publicaram artigos em periódicos científicos para apoiar ou rejeitar o PL do Ato Médico. O objetivo do trabalho de Nicaretta (2010, p. 28) era bastante direto:

O objetivo do presente trabalho é demonstrar que o projeto de lei 7.703/06 que ficou conhecido como a lei do Ato Médico (Senado Federal, 2006) de autoria do médico e Senador da República Geraldo Althoff, contém propostas abusivas que não encontram qualquer respaldo na literatura científica atual e que também não podem apoiar-se na Constituição Federal Brasileira de 1988.

Melo e Brant (2005, p. 21-22) defenderam que o

Projeto de Lei nº 25/02 e seu Substitutivo são a clara evidência de que a autoridade médica, construída ao longo dos séculos, se encontra esgarçada. Na tentativa de manter-se como uma referência de atenção à saúde, a autoridade médica é transformada em autoritarismo.

Ainda sobre o CREMESP, uma das estratégias para mobilizações foi a liberação mais cedo de funcionários administrativos e pagamento de táxis para condução dos mesmos, além de horas extras (ROVAL, 2013). A instituição se defendeu alegando que apenas os funcionários diretamente relacionados ao suporte do evento foram.

O conflito resultou em uma aversão da classe médica à figura da Presidente Dilma Rousseff²⁷, que mais tarde cresceria com o lançamento do Mais Médico, bem como uma lei que jamais produziu efeitos negativos. Muito embora representantes de entidades médicas, como Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro²⁸, tenham manifestado apreensão pelos resultados dos vetos, não se identifica artigos ou notícias em que tenham identificado, nem mesmo, elevação dos conflitos interprofissionais. O interessante é que os vetos poderiam ter sido derrubados no Congresso Nacional, mas a classe médica parece ter canalizado sua insatisfação na pessoa da presidente.

5.2 Ingresso de médicos estrangeiros através do programa Mais Médicos

A oferta de serviços médicos no Brasil é desigual e a maioria da população depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁹ para tratamento médico. Também há uma concentração elevada de profissionais de saúde nas grandes cidades e escassez em regiões marginalizadas. Mesmo dentro das grandes cidades a oferta de serviços de saúde em bairros é maior e em vilas é menor. Parte

²⁷ Renato Azevedo, Presidente do Cremesp, assim se pronunciava diante dos vetos: “Nós vivemos em um país preocupante, autoritário. Uma lei que passa por doze anos de debates e discussões no Congresso é vetada pela presidente.” (PREVIDELLI, 2007).

²⁸ Segundo Cremerj (2013), “a presidente Dilma Rousseff sancionou a lei que regulamenta o exercício da medicina com vários vetos que podem prejudicar a população.” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2013).

²⁹ Para Funhrmann (2004, p. 111) o “Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser compreendido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo poder público.”

do problema é a histórica resistência da classe médica em ampliar a oferta de ensino de Medicina no Brasil. O Conselho Federal de Medicina tem sido um opositor ferrenho da criação de novos cursos no país. Para Vital (2015) a criação de novos cursos “não resolve a crise da assistência à Saúde e a persistência desses equívocos resultará em danos irreparáveis à sociedade, ao prestígio da Medicina e ao bom conceito daqueles que a exercem.”.

Diante do quadro de desequilíbrio no atendimento médico em regiões pouco atrativas, o Governo Federal criou uma série de políticas públicas³⁰ para melhorar a oferta de serviços de saúde. Em 2011 lançou o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), ofertando uma bolsa de R\$8 mil aos médicos brasileiros que aceitassem trabalhar nas localidades ofertadas. Apenas 29% das vagas do Provab foram preenchidas, mantendo a situação de exclusão médica em regiões carentes. A alternativa pensada pelos membros do Governo Federal foi a atração de profissionais estrangeiros, mas a primeira barreira seria a legislação que dificultava o ingresso dos mesmos.

O Brasil não possuía (como ainda não possui) nenhum acordo de reconhecimento automático de cursos técnicos ou superiores com nenhum país, fazendo com que profissionais estrangeiros, interessados em trabalhar no Brasil, tivessem que procurar instituições educacionais com curso similar e submetessem documentos que comprovavam suas formações. Havendo necessidade era aplicada a ele uma prova de conhecimento em língua portuguesa. Em 18 de março de 2011 foi publicada a Portaria Interministerial nº 278 (BRASIL, 2011), que instituiu o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Universidades Estrangeiras (REVALIDA):

O exame será aplicado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), em colaboração com a subcomissão de revalidação de diplomas médicos, da qual participam representantes dos ministérios da Saúde, Educação e Relações Exteriores e da Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais do Ensino Superior (Andifes), além do Inep. (BRASIL, 2011).

Assim, no caso da Medicina, o Revalida condicionava o exercício médico a

³⁰ Para melhor compreensão sobre o conceito, consultar Souza (2006).

um exame de revalidação.

De acordo com Padilha (2013) o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) apontou que quase 60% da população brasileira entende que a falta de médico é o maior problema do Sistema Único de Saúde. Como bem observa o autor, na época então Ministro da Saúde, não é possível aguardar que uma nova leva de médicos se forme após quase uma década. Experiências internacionais apontam que a maneira mais eficiente de combater a falta de médicos é ampliar o número de egressos e oferecer oportunidades de trabalho a estrangeiros. Inglaterra, Estados Unidos, Canadá e Austrália, países desenvolvidos e com medicina de reconhecida qualidade, tem enorme contingente de estrangeiros em seus quadros, chegando a 40% no país inglês.

O Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) é o mais bem-sucedido processo de integração que contou com a participação brasileira e as decisões do bloco interferem em muitas discussões internas do nosso país. É possível apontar que o bloco da União Europeia é aquele que serve de exemplo ao Mercosul para as questões que envolvem trabalho, migrações e harmonização de currículos. No contexto da crítica ao corporativismo, estudos europeus³¹ propõem a liberalização das profissões em nome do bem comum. Não é improvável que o Mercosul trilhe o caminho europeu. O ingresso de mais profissionais estrangeiros é uma possibilidade, daí a importância em analisar as repercussões das iniciativas recentes.

Atendendo ao clamor das comunidades locais, o Governo Federal lançou em 2013 o Programa Mais Médicos (PMM), com o objetivo de fixar profissionais em áreas desprovidas de médicos e ampliar em dois anos a formação médica. Após uma série de críticas o programa mudou e hoje está sobre três eixos estratégicos: 1) provimento emergencial; 2) educação; 3) infraestrutura. Ainda em 2013 o PMM priorizou a contratação de médicos brasileiros; ofertando vagas remanescentes a brasileiros graduados no exterior; e, finalmente, possibilitando o ingresso de médicos estrangeiros para ocupação das vagas ociosas. Não havendo preenchimento completo por brasileiros, o Governo Federal trouxe estrangeiros sob duas formas: argentinos, portugueses e espanhóis, que aderiram individualmente ao PMM; e,

³¹ Ver Fazio (2000); Paterson, Fink e Ogus (2003); Comissão Europeia (2004); Garoupa (2004; 2005); Sansoni (2010).

cubanos, que vieram através de um acordo do Brasil com a Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). O Brasil pagava uma bolsa de intercâmbio de, inicialmente, US\$ 1 mil à OPAS/OMS, que repassava ao governo de Cuba, que, por sua vez, repassava apenas 40% desse dinheiro (US\$ 400) aos médicos. Tal situação gerou uma série de críticas ao PMM, ao Governo Federal e ao Partido dos Trabalhadores (PT), que é o partido da Presidente Dilma Rouseff. (MORAES, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde “o Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). ” (BRASIL, 2013a).

De acordo com o Governo Federal:

O Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – PROVAB oferece incentivos aos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas que optarem por atuar nas equipes de saúde da família e outras estratégias de organização da atenção básica, contemplando também equipes que desenvolvem a atenção à saúde das populações ribeirinhas, quilombolas, assentadas e indígenas. (BRASIL, 2013b).

Entretanto as ações governamentais para levar saúde às populações marginalizadas enfrentavam resistência das entidades médicas há anos. Atendendo a um pedido do Conselho Regional de Medicina de Tocantins, o juiz federal Marcelo Albernaz proibiu o trabalho de 69 médicos cubanos, classificando o trabalho dos profissionais como “curandorismo” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIAS, 2004). Contudo, desde 1997 médicos cubanos trabalhavam no Tocantins, através do Programa Saúde da Família (Programa implementado em 1994 pelo Ministério da Saúde) e nenhum percalço se constatou do trabalho deles (SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE, 2000). Na época o Tribunal Regional Federal da 1ª Região revogou a decisão, mas muitos médicos já tinham partido em regresso à Cuba, prejudicando o atendimento às populações (CONSULTOR JURÍDICO, 2007).

Ainda sobre o caso de Tocantins, destaca-se que em 1999, durante o Governo Fernando Henrique Cardoso, a Revista VEJA, divulgou e aplaudiu a

iniciativa do governo federal em levar médicos cubanos para Tocantins. A ação foi classificada como “milagre” e embora o Conselho Federal de Medicina tenha se posicionado contra a vinda dos cubanos já naquela oportunidade (e em outras) (ANDRADE, 2004), a reação foi menos furiosa, mostrando que a imprensa é um ator de peso, podendo resignar ou inflamar ânimos (REVISTA VEJA, 1999). Os vetos da Presidente Dilma ao Ato Médico certamente pesaram, assim como o posicionamento da Revista VEJA, que se posicionou contra a vinda dos médicos cubanos no governo petista.

Entendendo o caso do Ato Médico fica mais claro compreender os conflitos resultantes do Programa Mais Médicos. A classe médica já estava inflamada contra a figura da Presidente Dilma Rousseff e contra o Partido dos Trabalhadores, por conta dos vetos ao PL do Ato Médico, mas não seria descabida a associação a uma rejeição também em função das cotas raciais na Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004; 2015). O fato é que a classe médica já estava insatisfeita e quando surgiu a notícia da possível vinda de médicos cubanos, a classe médica explodiu em fúria. Em 2014, o Ministério da Saúde lançou uma campanha contra o racismo no SUS e novamente houve conflito entre as entidades médicas e o Governo Federal (LEAL, 2014). Isso também contribuiu para as hostilidades entre o segundo semestre de 2014 e primeiro semestre de 2015.

No caso do Mais Médicos os representantes da classe médica brasileira focaram muito na falta de condições de trabalho, como motivo da ausência de médicos em comunidades carentes. Também combateram a possibilidade de trabalho aos estrangeiros que se dispusessem a trabalhar em tais condições. Implicitamente defenderam que era preferível não ter médico a ter algum médico estrangeiro sem revalidação de conhecimentos, o que contraria seu próprio discurso de que o problema fosse “um médico sozinho não resolve”. As defesas de que um médico brasileiro ou um médico estrangeiro com credenciais revalidadas pode trabalhar, mas um estrangeiro sem revalidação não, permitem a suposição de que o que está em jogo não é a condição de trabalho, mas o conhecimento do médico.

Para Ávila (2013) não há xenofobia ou corporativismo. Há apenas um sincero sentimento de proteção da sociedade ao exigir que o Revalida seja respeitado. Se para Ávila e Chaves não há corporativismo, para Faria e Gonçalves (2013), do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, existe sim corporativismo. Porém justifica as

ações da classe médica como altruísmo, uma evolução do corporativismo, segundo o entendimento de ambos. Os autores trazem uma visão de excelência da Medicina brasileira:

Não somos apenas contra a importação de médicos cubanos, mas contra a importação de médicos de quaisquer origens. **Sejam do primeiro ou terceiro mundo, nada trarão de bom, de novo, de útil à saúde do nosso povo.** (FARIA; GONÇALVES, 2013, p. 47, *grifo nosso*).

Analisando as “certezas” de Faria e Gonçalves é possível constatar um ufanismo pela medicina brasileira que não encontra sustentação científica. No debate entre médicos e defensores do Programa Mais Médicos, a classe médica se valeu da cientificidade para se colocar em uma posição de superioridade, por vezes considerando a medicina cubana semelhante a curandeirismo. A ciência invocada é a mesma que serve para deslegitimar os argumentos e/ou certezas. A dupla de médicos usa as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para rebater o argumento de que há demanda por médicos. Dizem os autores que a relação médico/habitante sugerida pela OMS seria de 1 para cada 1000 pessoas e supondo que o Brasil tenha 380 mil médicos, seriam capazes de atender a 380 milhões de habitantes. O que cabe destacar é que, ao usar a OMS como organização que estabelece os modelos de saúde, contrariam seus demais argumentos. Primeiro que a OMS certificou, em 2015, Cuba como o primeiro país a eliminar a transmissão entre mãe e filho de sífilis e *Human immunodeficiency vírus* (HIV). Segundo que a OMS já tinha definido, em 2014, a medicina cubana como exemplo mundial para os demais países (G1, 2015; LAMRANI, 2014).

É importante informar que em Portugal, que desde 2009 recebe médicos cubanos, a taxa de aprovação dos cubanos, em 2012, nas provas de revalidação de Portugal, foi de 73,3%. Já no Brasil, no mesmo ano, apenas 10,9% dos cubanos passaram, o que permite ao médico Saraiva (2013) desconfiar de um boicote aos estrangeiros. Acrescenta-se que Cuba exporta médicos para mais de 40 países, dos quais muitos aprovados após rigorosos testes. Também sobre a qualidade da medicina brasileira é estranho apontar que não se pode aprender nada com médicos vindos de outros países, principalmente quando o Brasil não lidera o número de patentes, de publicações científicas e nem é modelo de medicina citado pela OMS.

Barral-Neto, Kalil e Oliveira (2010) traçaram um panorama da produção científica brasileira, especialmente em medicina, onde identificaram que a área em que o Brasil mais se destacava era em Doenças Infecciosas. Ainda assim, com uma produção de *papers* cinco vezes menor que os Estados Unidos, líder global. Para a médica Kátia Leite, patologista e chefe do Laboratório de Investigação Médica de Urologia do Hospital das Clínicas (HC), de São Paulo, “o conhecimento científico permanece nas universidades, sem encontrar aplicações práticas na sociedade”, o que evidencia a falta de excelência da medicina brasileira (FOLLI, 2010).

Ainda sobre as regulamentações, cabe apontar que tão logo o Mais Médicos começou a funcionar a classe médica tentou uma última cartada: o deputado federal Colbert Martins, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) baiano, propôs o Projeto de Decreto Legislativo 1498/14, que exigia o Revalida aos médicos do Programa Mais Médicos, sob os argumentos de que “o Revalida é uma conquista que a categoria teve e não pode abrir mão em um momento de desespero para resolver “paliativamente” os problemas da Saúde no Brasil” (BRASIL, 2014c). O projeto acabou nas mãos do relator Dep. Fed. Rogério Carvalho, do PT sergipano, que apresentou uma série de argumentos para votar pela rejeição do mesmo. No texto original, o deputado Colbert, que é médico, alegou que a desobrigação do Revalida aos estrangeiros era, no mínimo, desrespeitosa com a classe médica brasileira (ATLAS Político, 2015). Ao final, o projeto acabou arquivado.

Segundo levantamento feito pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com o Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (IPESPE), 95% (noventa e cinco por cento) dos entrevistados disse estar satisfeito com a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos e deu notas acima de 8 à atuação dos profissionais (NASSIF, 2014). Para Madeiro (2015) “o atendimento mais próximo é uma das marcas implantadas pelos médicos cubanos. Há dois anos no Brasil, eles ganharam carisma e a confiança de grande parte da população.”.

Em 13 de outubro de 2015 o Mais Médico contava com 18.240 médicos em 4.058 municípios e 34 distritos sanitários especiais indígenas. (PORTAL BRASIL, 2015). Em 11 de fevereiro de 2016 o Governo divulgou que abriu inscrições para ocupação das vagas ociosas e que 12.791 médicos disputaram 1.173 vagas em 649 municípios. Para o secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, Hêider Pinto “É mais uma mostra de que o Programa além de

ser bem avaliado pela população e pelos médicos que participam dele, também é cada vez mais procurado pelos médicos brasileiros.” (PORTAL BRASIL, 2016b).

Também em 2016, o Governo declarou ter investido mais de 5 bilhões de Reais em infraestrutura, expandindo a rede de saúde, através de financiamento de construções, ampliações e reformas de 26 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) (PORTAL BRASIL, 2016a). Além disso, destacou que 56% dos médicos que cumpriram 1 ano de trabalho no programa Mais Médicos, optaram por manter-se nele por mais 3 anos (PORTAL BRASIL, 2016b).

Após analisar o emblemático episódio de conflito intraprofissional, pode-se apontar que os atores envolvidos no episódio conflituoso “Programa Mais Médicos”, foram as entidades de representação médica (CFM, AMB, etc), Revista Veja e Revista Carta Capital. Embora a mídia como um todo tenha feito diversas coberturas sobre o assunto, os colunistas da Revista Veja assumiram uma postura não apenas contrária ao programa, mas irônicas (MENEZES, 2008; NUNES, 2016).

Por outro lado, a Revista Carta Capital, que tem uma posição favorável ao programa, fez a defesa do mesmo sempre que possível, ainda que menos emotiva que a dos colunistas da Veja (CARTA CAPITAL, 2016). Outras publicações também poderiam ser adicionadas à lista, como, por exemplo, Jornal Estadão (contra) ou Brasil247 (à favor).

Integrantes de partidos políticos também se posicionaram, sendo os opositores ao Governo (liderados por PSDB e Democratas), contrários ao programa e os governistas (liderados pelo PT) favoráveis. Já os *veto players* acabaram sendo o Poder Judiciário (que obrigou os Conselhos Regionais a registrarem os médicos estrangeiros) (MANDEL, 2013), o Ministério da Saúde (por idealizar e implementar o programa), a Câmara dos Deputados e Senado Federal (o Congresso Nacional transformou a Medida Provisória 621/2013 em Lei Federal), a Presidente Dilma Rousseff (por assinar a medida provisória 621/2013 e sancionar a Lei Federal 12.871/2013) (BRASIL, 2013d), a OPAS/OMS (que assinou o Termo de Cooperação com as autoridades brasileiras) e o Governo Cubano (que também tem um acordo de cooperação com a OPAS/OMS).

Entre as estratégias favoráveis ao programa Mais Médicos estava a ênfase governista em destacar a falta de médicos e a ênfase classista de que apenas médicos não resolveriam, faltando estruturas de qualidade. Também os opositores

questionavam a capacidade dos médicos estrangeiros, especialmente os cubanos, em atender, seja pela falta de conhecimento técnico, seja pela dificuldade de comunicação (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014e; LOPES, 2013). Já o governo federal se defendia alegando que foi prioritariamente oferecida as vagas aos médicos brasileiros, que não as ocuparam integralmente. Também destacou em inúmeras vezes que os médicos cubanos tinham experiência internacional e qualidade reconhecida pela OMS.

Uma questão polêmica era o valor pago aos intercambistas cubanos. Inicialmente apenas U\$ 400,00 ficavam com eles e o restante com o governo cubano. Também a relação trabalhista era questionada, mas ao final o governo acabou conseguindo fazer vingar a ideia de que o programa não feria as leis trabalhista, pois os médicos do Mais Médicos são intercambistas, recebendo uma bolsa, não um salário. Todos os intercambistas são funcionários do governo cubano, onde aí sim haveria a relação trabalhista. Com as crescentes críticas ao programa e algumas deserções, o governo acabou renegociando o acordo e o valor subiu para U\$ 1.245,00 (PORTAL TERRA, 2014). Após a elevação e a definição da situação legal dos cubanos, as críticas sobre tais aspectos se reduziram, bem como as deserções.

A multiplicação de sites e blogs que atacavam e defendiam o programa mais médicos superava o do episódio Ato Médico, não apenas em quantidade, mas em agressividade ou deboche³². Uma pequena análise das ações das entidades médicas, à luz das teorias de Alfred Hirschman³³, permite enquadrá-las em suas teses de perversidade, futilidade e ameaça.

Hirschman (1992, p. 14) sustentava que a tese da perversidade consiste no discurso contrário à ação que se tenta implementar, com o argumento de que ao invés de solucionar um problema, aquela ação irá agravá-lo. Segundo o Cremesp:

A vinda de médicos estrangeiros sem aprovação no Revalida e a abertura de mais vagas em escolas médicas sem qualidade, entre outros pontos, são medidas irresponsáveis. Apesar do apelo midiático, elas **comprometerão a qualidade do atendimento** nos

³²Três bons exemplos podem ser encontrados em (HOSTILIO, 2013; MAIS MÉDICOS, 2013; ORVANDIL, 2013).

³³Menezes (2008) utiliza o trabalho Hirschman (1992) para analisar o comportamento da mídia durante o primeiro governo Lula.

serviços de saúde. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013c, *grifo nosso*).

Quanto a tese da futilidade, Hirschman (1992, p. 43) explicava que os opositores a alguma proposta que vise reduzir problemas irão argumentar que não se produzirão efeitos positivos, sendo um esforço inútil. O Cremesp (2013b, *grifo nosso*) informou que “[...] médicos estrangeiros, mesmo aqueles com diplomas revalidados, **não ficam por muito tempo no interior e nas áreas carentes**, migram em sua maioria para os grandes centros e capitais.”.

Finalmente, sobre a tese da ameaça, Hirschman (1992, p. 15) enfatiza que críticos a uma ação que vise mudar uma realidade dirão que os riscos de implementação de tal projeto são tão elevados que colocam em risco tudo que foi construído até então de bom. Sobre a vinda dos médicos cubanos através do Programa Mais Médicos, assim o Cremesp (2013b) se manifestava: “Não podemos **admitir a extinção do Revalida**, o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Universidades Estrangeiras, criado pelo próprio governo federal, que tem critérios técnicos justos e transparentes.” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013b).

As estratégias discursivas das entidades médicas, foram baseadas no “vai piorar”, “não ajudará em nada” e “se acontecer, perderemos algo importante”. Desde que o programa foi implantado, não se evidenciou piora, inutilidade ou perdas em virtude do mesmo. O alto grau de avaliação positiva, o crescimento de médicos brasileiros na adesão ao programa e a manutenção do Revalida (que segue operante até os dias atuais), permitem a constatação de que houve exagero nas manifestações médicas. Considerando que a classe médica brasileira repudiava a vinda de médicos cubanos também por uma alegada superioridade em conhecimentos científicos, seria natural que as opiniões contrárias à vinda dos mesmos fossem baseadas em estudos sobre os impactos dos trabalhos dos médicos cubanos em outros países. Diversos intercambistas trabalharam em outras missões e contra eles não foi apontado nenhum erro médico. Por certo que os médicos brasileiros não devem ter medido esforços em vasculhar a internet atrás de possíveis erros.

Interpretando as argumentações médicas à luz das teorias de Hirschman

(1992), onde se constata opiniões sem qualquer base de sustentação científica, por quem tanto defende a superioridade do conhecimento científico brasileiro, é possível supor de que houve uma intencional tentativa de causar medo na população. Ainda que os grupos profissionais concorram entre si para fazer valer suas expectativas, não parece ser aceitável o “vale-tudo”, quando a saúde de populações marginalizadas estava em jogo. Com o passar do tempo e o aparecimento de pesquisas de opinião sobre a qualidade do Programa Mais Médicos, bem como ausência de erros médicos cometidos pelos intercambistas do mesmo, constatou-se que houve um alarmismo injustificado.

A resistência das lideranças médicas, ao Programa Mais Médicos, permite a suposição de que eventuais tentativas de liberalização dos serviços profissionais médicos, no âmbito do Mercosul, será acompanhada de conflitos. Se não há o que aprender com médicos de nenhuma parte do mundo, toda tentativa de trabalho estrangeiro será rechaçada. Por outro lado, os profissionais médicos brasileiros podem ver vantagens em um cenário com novas oportunidades de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os grandes pensadores, por mais visionários que tivessem sido, jamais imaginariam o mundo atual. Contudo, muito do que escreveram ainda é válido e basta uma reinterpretação ou um olhar diferente para identificarmos as transformações que permitiram que o mundo de suas épocas virasse o mundo atual. A sociedade se modifica, impulsionada por respostas a novos desafios, mas a legislação nacional não se transforma no mesmo ritmo. Também a qualidade da legislação se mostra problemática, na medida que o Judiciário não dá conta de seus problemas e amplia-os ao produzir jurisprudência confusa e conflitante.

Profissões liberais, que parecem ter atingido um apogeu no século passado, desde a década de 70 assistem uma certa perda de status. Com novas profissões sendo criadas e novos atores buscando seu espaço vem crescendo a competição. Ao mesmo tempo o trabalho assume novas configurações e a precarização do mesmo cresceu. Entre tantas transformações o trabalho em equipes multiprofissionais é uma realidade e nela a colaboração é fundamental para o sucesso da equipe. Contudo, no campo da saúde, percebe-se uma disputa pela liderança nas equipes, onde a medicina reivindica sua superioridade, enquanto as demais profissões uma equivalência de poder. Entretanto não se trata apenas de quem manda, mas também da exclusividade de atuação, pois há áreas da Medicina em que os médicos não querem a chefia, mas a própria execução das atividades ou a situação em que médicos são chefes de outros médicos.

O Estado tem sido provocado para harmonizar as disputas e aliviar as tensões dentro dos campos, ainda que o Estado, sob controle de um Governo seja responsável por conflitos, quando se propõe a alterar o *status quo*. Também é o Estado o grande empregador das profissões de saúde, bem como o grande formador de profissionais. O relacionamento de profissionais de diferentes profissões, em equipes de saúde, segue conflituoso e é possível apontar que entidades de representação médica colaboram para o acirramento das relações.

A proposta do presente estudo era analisar como foi “jogado” os jogos ou os episódios emblemáticos de demarcação de fronteiras profissionais do Brasil, conhecidos como PL do Ato Médico e Programa Mais Médicos. O objetivo foi cumprido e as hipóteses foram confirmadas. Todos os jogadores fizeram uso de

suas estratégias para ganhar o jogo, em ambos os episódios. Contudo, no episódio Ato Médico a classe médica não aceitou a derrota, que é uma das probabilidades do jogo democrático. Já no Programa Mais Médicos, ficou constatada as estratégias discursivas da perversidade, temeridade e futilidade, que apesar de não serem ilegais, são moralmente discutíveis. Também os usos de recursos públicos, arrecadados pelos conselhos de fiscalização profissional da categoria médica, são não apenas moralmente discutíveis, como se pode questionar sua legalidade.

Não se trata de demonizar a profissão médica, que muito contribuiu para o bem-estar das pessoas e que alcançou um status perante a sociedade muito em virtude de seus méritos. Contudo, no esforço de preservar o status parece ter ultrapassados limites éticos, adotado discursos que não se sustentam quando confrontados com dados estatísticos ou qualitativos. A manutenção do status deve ser feita mediante trabalho competente, humanização do atendimento, punição aos maus profissionais, compromisso com a população – seja ela rica ou pobre, etc.

Também o mundo profissional assiste a uma tendência de liberalização das profissões, como resultado das integrações das nações aos blocos econômicos. Uma integração indesejada para uma parcela das elites nacionais, geralmente defensora da meritocracia e aversa ao trabalho estrangeiro. Num contexto em que profissionais de saúde já enfrentam disputas de caráter interprofissional, a perspectiva de “invasão” estrangeira apresenta a possibilidade de agravamento de conflitos intraprofissionais.

O bem comum, sempre utilizado pelos atores como argumento que embasa suas ações, parece pouco provável nos moldes atuais. A proposta de Habermas para alcançar o interesse público passa pelo alargamento da esfera pública. Um estudo sociológico de impacto das propostas de alteração das regras, que se impõem sobre os campos (regulamentações profissionais), possivelmente seria útil para uma tomada de decisão mais acertada. Um espaço para debate acessível ao público poderia contribuir para reduzir as assimetrias entre grupos historicamente marginalizados e grupos privilegiados. Os grupos de interesse tentarão influenciar as opiniões particulares, para que a “opinião pública” reflita sua visão de mundo, mas já o fazem hoje com os poucos atores que participam do processo decisório. Certamente o debate será mais rico incluindo os clientes ou usuários dos serviços.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, A. **The System of Professions**: an essay on the division of expert labor. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

ACIOLE, G. G. A Lei do Ato Médico: notas sobre suas influências para a educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 1, p. 47-54, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 jan. 2016.

ALEXANDER, J. A importância dos clássicos. In: GIDDENS, A.; TURNER, J. (Org.). **Teoria social hoje**. São Paulo: Unesp, 1999. p. 23-89.

ALMEIDA, J. O debate político e o conflito inter-profissional em redor da regulamentação das medicinas alternativa e complementares em Portugal. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA. 6., 2008, Lisboa. **Anais...** Lisboa: Portugal, 2008.

ALVES, L. **Os conselhos de fiscalização profissional no Brasil**: da ética da conservação à ética da transformação - o caso dos conselhos de Medicina. Dissertação (mestrado em Direito Público). Programa de Pós-Graduação em Direito. UFBA, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/8425>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

ANDRADE, D. D. G. Veto Players e a Produção de Reformas no Brasil. In: SEMINÁRIO DE CIÊNCIA POLÍTICA DA UFPE, 2., 2006, Recife. **Anais...** Recife: UFPE, 2007. Disponível em: <<http://lanic.utexas.edu/project/etext/llilil/lassa/2007/duarte.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

ANDRADE, E. **O mito da medicina cubana**. [s.n.]: Portal CFM, 2004. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20112:o-mito-da-medicina-cubana&catid=46:artigos&Itemid=18>. Acesso em: 2 dez. 2015.

ANGELIN, P. Profissionalismo e Profissão: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil. **Revista Espaço de Diálogo e Desconexão**, v. 3, n. 2, jul./dez.2010. Disponível em: <<http://piwik.seer.fclar.unesp.br/redd/article/viewFile/4390/3895>>. Acesso em: 10 maio 2015.

ATLAS POLÍTICO. **Colbert Martins Da Silva Filho (verbete)**. Disponível em: <<http://www.atlaspolitico.com.br/perfil/2/592>>. Acesso em: 10 set. 2015

ÁVILA, R. L. Não se faz boa saúde com falácias. **Folha de São Paulo**, 18 maio 2013.

BARBIER, J. C. La Précarité, une Catégorie Française à l'Épreuve de la Comparaison Internationale. **Revue Française de Sociologie**, n. 46, p. 351-371, 2005. Disponível em: <<http://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-2005-2-page-351.htm>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

BARRAL-NETO, M.; KALIL, J.; OLIVEIRA, S. Brasil é o 14º no mundo em produção científica. **Inovação Tecnológica**, 7 dez. 2010. Disponível em: <<http://www.inovacaotecnologica.com.br/noticias/noticia.php?artigo=brasil-14-mundo-producao-cientifica&id=020175101207#.VfNDQpbw4TA>>. Acesso em: 1 ago. 2015.

BECK, U. **A Europa Alemã: de Maquiavel a Merkievel**. Lisboa: Edições 70, 2013.

BECKER, H. The nature of a profession. In: _____. **Sociological Work: method & substance**. New Brunswick: Transaction Publishers, 1970. p. 87-103.

BORING, E. Eponym as placebo. In: WATSON, R.; CAMPBELL, D. **History, Psychology and Science: selected papers**. New York: John Wiley. 1963. p. 5-25.

BOSI, M. Trabalho e Subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 107-115, ago. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732000000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 mar. 2014.

BOURDIEU, P. A. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

_____. Opinião Pública não existe. In: _____. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. p. 173-182.

_____. What makes a social class? on the theoretical and practical existence of groups. **Berkeley Journal of Sociology**, v. 32, p. 1-17, 1987. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/41035356>>. Acesso em: 10 set. 2015.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados. **Verbete n.º 1**. Súmula de Jurisprudência da CTASP. 26 de setembro de 2001. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2001. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/ctasp/documentos/sumula/Verbete%20no%2001-CTASP-%20de%2026-09-2001%20-revogado.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. Câmara dos Deputados. Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados. **Verbete n.º 2**. Súmula de Jurisprudência da CTASP. 28 de maio de 2008. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2008b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/ctasp/documentos/sumula/Verbete%20no%2002-CTASP-%20de%2028-05-2008%20-revogado.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

permanentes/ctasp/documentos/sumula/Verbetes%20no%202002-CTASP-%20de%2028-05-08.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. Câmara dos Deputados. Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados. **Ata da 47ª reunião ordinária da CTASP**. 09 de dezembro de 2009. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2009. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/internet/ordemdodia/integras/723660.htm>>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. Câmara dos Deputados. Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados. **Ata da 25ª reunião ordinária da CTASP**. 03 de agosto de 2005. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2005. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/internet/ordemdodia/integras/328393.htm>>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. Câmara dos Deputados. **Dossiê integralizado**: Projeto de Lei da Câmara 436/1988. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1988c. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=E4C08A5C1B5871FDE334E0E7B8A860BA.proposicoesWeb2?codteor=1153964&filename=Dossie+-PL+436/1988>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. Câmara dos Deputados. **Dossiê integralizado**: Projeto de Lei da Câmara 2024/1089. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1989b. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1151356&filename=Dossie+-PL+2024/1989>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 119, de 29 de junho de 2010**. Dispõe sobre a jornada de trabalho do Fonoaudiólogo e altera a Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2010. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=97450>. Acesso em: 1 ago. 2015.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 2.024, de 19 de abril de 1989**. Estabelece a competência do Conselho Federal de Medicina para definir ato médico. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1989a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=198893>>. Acesso em: 23 out. 2014.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 3.338, de 29 de abril de 2008**. Fixa a carga horária de Psicólogos e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2008b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=392553>>. Acesso em: 1 ago. 2014.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 436, de 15 de março de 1988**. Estabelece a competência do Conselho Federal de Medicina para definir ato médico. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1988b. Disponível em:

<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=176891>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 7.703, de 21 de dezembro de 2006**. Dispõe sobre o exercício da medicina. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2006. Disponível em:
<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=339409>>. Acesso em: 19 set. 2015.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 92, de 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre o exercício da medicina, a organização e atuação dos Conselhos de Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1999. Disponível em:
<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=15035>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei Complementar 75, de 2014**. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de instrumentador cirúrgico. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2014a. Disponível em:
<<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/118224>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto exige revalidação do diploma de médicos estrangeiros do Mais Médicos**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2014c. Disponível em:
<<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/EDUCACAO-E-CULTURA/472167-PROJETO-EXIGE-REVALIDACAO-DO-DIPLOMA-DE-MEDICOS-ESTRANGEIROS-DO-MAIS-MEDICOS.html>>. Acesso em: 1 set. 2015.

_____. **Constituição Federal (1891)**. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1891. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm>. Acesso em: 15 out. 2015.

_____. **Constituição Federal (1988)**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988a. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 out. 2015.

_____. **Constituição Política do Império do Brasil (1824)**. Carta de Lei de 25 de Março de 1824. Manda observar a Constituição Política do Imperio, offercida e jurada por Sua Magestade o Imperador. Rio de Janeiro: Conselho de Estado, 1824. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm>. Acesso em: 15 set. 2015.

_____. **Decreto 19.402, de 14 de novembro de 1930**. Cria uma Secretária de

Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1930. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930-515729-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

_____. **Decreto 20.931, de 11 de janeiro de 1932.** Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1932. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20931.htm>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. **Decreto-Lei 150, de 09 de fevereiro de 1967.** Dispensa de registro, no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, os diplomas expedidos por Escolas ou Faculdades de Medicina e de Farmácia. Brasília, DF: Presidência da República, 1967. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-150-9-fevereiro-1967-376039-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 14 set. 2015.

_____. **Lei 12.842, de 10 de julho de 2013.** Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília, DF: Presidência da República, 2013c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. **Lei 9.649, de 27 de maio de 1998.** Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1998c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L9649cons.htm>. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. Ministério da Educação. **Portaria 278, de 17 de março de 2011.** Brasília, DF: MEC, 2011. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_superior/revalida/portaria/2011/portaria_n278_17032011_revalida.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998.** Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Brasília, DF: MS, 1998a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html>. Acesso: 1 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Mais Médicos:** conheça o programa. Brasília, DF: MS, 2013a. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>>. Acesso em: 11 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Provab.** Brasília, DF: MS, 2013b. Disponível em: <<http://provab.saude.gov.br>>. Acesso em: 1 maio 2015.

_____. Presidência da República. **Decreto 791, de 27 de setembro de 1890.** Cria no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. Brasília, DF: Presidência da República, 1890. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-791-27-setembro-1890-503459-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 4 jun. 2015.

_____. Presidência da República. **Decreto 99.678, de 8 de novembro de 1990.** Aprova a estrutura regimental do Ministério da Educação e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D99678.htm>. Acesso em: 11 jun. 2015.

_____. Presidência da República. **Decreto de 12 de julho de 1991.** Exclui do Anexo IV, a que se refere o art. 4º do Decreto nº 99.678, de 8 de novembro de 1990, os Decretos que menciona. Brasília, DF: Presidência da República, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/DNN/Anterior%20a%202000/1991/Dnn195.htm>. Acesso em: 11 ago. 2015.

_____. Presidência da República. **Decreto-Lei 7.955, de 13 de setembro de 1945.** Institui Conselhos de Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1945. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del7955.htm>. Acesso em: 26 jun. 2015.

_____. Presidência da República. **Lei Federal 10.742, de 6 de outubro de 2003.** Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.742.htm>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. Presidência da República. **Lei Federal 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2013d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 10 maio 2014.

_____. Presidência da República. **Lei Federal 3.268, de 30 de setembro de 1957.** Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1957. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3268.htm>. Acesso em: 21 maio 2015.

_____. Senado Federal. **CDH inicia audiência sobre regulamentação da profissão de instrumentador cirúrgico.** Brasília, DF: Senado Federal, 2014b. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2014/12/02/cdh-inicia-audiencia-sobre-regulamentacao-da-profissao-de-instrumentador-cirurgico>>. Acesso

em: 10 maio 2015.

_____. Senado Federal. **Projeto de Lei 25, de 2002**. Define o ato médico e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 2002a. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/49554>>. Acesso em: 29 junh. 2015.

_____. Senado Federal. **Projeto de Lei 268/2002**. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília, DF: Senado Federal, 2002b. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/53750>>. Acesso em: 29 junh. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade ADI 1717**. [s.n.]: JUSBRASIL, 1998b. Disponível em: <<http://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/772345/acao-direta-de-inconstitucionalidade-adi-1717-df>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

_____. Tribunal de Contas da União. **Orientações para os Conselhos de Fiscalização das Atividades Profissionais**. Brasília: TCU, 2014d. Disponível em: <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2663839.PDF>>. Acesso em: 11 fev. 2015.

_____. Tribunal Federal Regional da 5ª Região. **Apelação Cível 127.381/CE sobre o Processo nº 97.05.40650-2**. Recife, 1 out. 1998. Disponível em: <<http://www.trf5.jus.br/cp/cp.do>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

BRUSCATO, W. L. et al. O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. In: _____. (Org.). **A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 34-41.

BUSCH, T.; MURDOCK, A. **Value-based Leadership in Public Professions**. New York: Palgrave MacMillan, 2014.

CABRAL, I. Posicionamento da Associação Brasileira de Enfermagem sobre a aprovação da lei do exercício profissional da medicina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 4, jul./ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a01.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2015.

CARDOSO, A. Estado Novo e Corporativismo. **Locus: Juiz de Fora**, v. 13, n. 2, p. 109-118, 2007.

CARLO, M. M. R. P. de; BARTALOTTI, C. C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. Rio de Janeiro: Plexus, 2001.

CARTA CAPITAL. **Conteúdos marcados com Mais Médicos**. São Paulo: Carta

Capital, 2016. Disponível em:
<<http://www.cartacapital.com.br/tags/Mais%20Médicos>>. Acesso em: 2 fev. 2016.

CASTELLS, M. **A era da informação**: economia, sociedade e cultura. A sociedade em rede. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. v. 1.

CASTEX, P. H. Os Blocos Econômicos como Sociedade Transnacional: a questão da soberania. In: CASELLA, P. B. (Coord.). **Mercosul**: integração regional e globalização. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

CIAVATTA, M. Formação integrada: a escola e o trabalho como lugares de memória e identidade. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. (Org.). **Ensino médio integrado**: concepção e contradições. São Paulo: Cortez, 2005. p. 83-105.

COELHO, E, C. **As Profissões Imperiais**: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro: 1822-1930. Rio de Janeiro: Record, 1999.

COLINS, R. **La Sociedad Credencialista**: sociologia historica de la educación y la estratificación. Madrid: Akal Ediciones, 1988.

COMISSÃO EUROPEIA. **Comunicado sobre o Relatório sobre a concorrência nos serviços das profissões liberais**. Bruxelas: Comissão Europeia, 2004. Disponível em: <<http://www.oa.pt/upl/%7B13ccca7a-efc9-4062-b5c9-ca661d1a5488%7D.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

CONSELHO BRASILEIRO DE ACUPUNTURA. **Sentença do STJ de 1987 sobrepõe à decisão judicial do TRF1**. [s.n.]: CBA, 2012. Disponível em: <<http://acupuntura.org.br/portal2/index.php/acupuntura/fique-por-dentro/243-voce-sabia-no-02>>. Acesso em: 10 maio 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Nota Oficial sobre o Projeto de Lei 7.703-B (Ato Médico)**. Brasília, DF: COFEN, 2010. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/nota-oficial-sobre-o-projeto-de-lei-7703-b-ato-medico_4709.html>. Acesso em: 10 maio 2015.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução n.º 60, de 22 de junho de 1985**. Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Fisioterapeuta e dá outras providências. Brasília, DF: COFFITO, 1985. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/site/index.php/home/resolucoes-coffito/131-resolucao-n-60-dispoe-sobre-a-pratica-da-acupuntura-pelo-fisioterapeuta-e-da-outras-providencias.html>>. Acesso em: 9 jun. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Medicina diz não às cotas**. Brasília, DF: Portal CFM, 2004. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=847:&catid=3>. Acesso em: 11 abr. 2015.

_____. **Parecer CFM nº 21/15**. Brasília: CFM, 2015. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2015/21_2015.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. **Processo-Consulta n.º 19/2003**. Brasília: CFM, 2003. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2003/19_2003.htm>. Acesso em: 5 set. 2015.

_____. **Resolução 1.627/2001**. Brasília: CFM, 2001. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2001/1627_2001.htm>. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. **Resolução CFM nº 1.455, de 11 de agosto de 1995**. Brasília, DF: CFM, 1995. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1995/1455_1995.htm>. Acesso em: 23 ago. 2015.

_____. **Resolução CFM nº467, de 3 de agosto de 1972**. Brasília, DF: CFM, 1972. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1972/467_1972.htm>. Acesso em: 11 fev. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 05/2002**. Brasília, DF: CFP, 2002. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2002/05/resolucao2002_5.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Cfess informa sobre o PLS 25/2002**. Brasília, DF: CFESS, [2004]. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/atomedico_2004.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE DEFESA DO ATO MÉDICO. **A verdade sobre a Lei do Ato Médico**. [s.n.]: CRM-MA, 2011. Disponível em: <http://www.crmma.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21096&catid=3:portal&Itemid=142>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. **A verdade sobre o “Mais Médicos”**. Brasília, DF: Portal CFM, 2014e. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/PDF/verdadesobreomaismedicos.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Ato Médico: Frente Catarinense em Defesa da Saúde conversa com Bancada Catarinense para manutenção dos vetos**. Florianópolis: Portal Coren SC, 2013. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/2013/08/08/ato-medico-frente-catarinense-em-defesa-da-saude-conversa-com-bancada-catarinense-para-manutencao-dos-vetos/>>. Acesso em: 10 maio 2015.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO. STJ determina suspensão da decisão do TRF1 a favor do CFM contra o CFP para exclusividade do exercício da acupuntura. **Portal Crefito8**. Disponível em: <http://www.crefito8.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=749:agenda-positiva-da-acupuntura&catid=13:noticias&Itemid=14>. Acesso em: 9 out. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Presidenta Dilma Rousseff veta 30 horas para Fonoaudiologia**. São Paulo: FONOSP, 2015. Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/2013/04/25/presidenta-dilma-rousseff-veta-30-horas-para-fonoaudiologia/>>. Acesso em: 5 abr. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIAS. **Justiça proibe médicos cubanos de trabalhar no Tocantins**. Goias: Portal CREMEGO, 2004. Disponível em: <http://www.cremego.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24791&catid=3:portal>. Acesso em: 10 mar. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Ato Médico: Justiça restringe exercício da acupuntura a profissionais médicos. **Jornal do Cremesp**, edição 292, maio 2012. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1578>>. Acesso em: 8 set. 2015.

_____. Ato Médico: Vetos de Dilma Rousseff à Lei 12.842/2013. **Jornal do Cremesp**, edição 306, ago. 2013a. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1770>>. Acesso em: 3 maio 2015.

_____. Carta aos brasileiros. **Jornal do Cremesp**, edição 305, jul. 2013. 2013c. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1753>>. Acesso em: 1 maio 2015.

_____. Cremesp repudia entrada de médicos estrangeiros sem revalidação de diploma e pode entrar com ação judicial contra proposta. **Portal Cremesp**, 24 maio 2013, 2013b. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2859>>. Acesso em: 01 fev. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ. **Parecer consulta n.º 06/2014**. Belém: CRM-PA, 2 jun. 2014. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMPA/pareceres/2014/6_2014.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Para o Cremerj vetos ao Ato Médico trarão riscos à população**. Rio de Janeiro: Portal CREMERJ, 2013. Disponível em: <<http://www.cremerj.org.br/informes/exibe/2112;jsessionid=ED5DB05EE1B05C74A144B13E545B47F6>>. Acesso em: 9 jun. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Cremers envia correspondência aos médicos, iniciando mobilização para obter aprovação do Ato Médico do Senado. **Portal CREMERS**, 2009. Disponível em: <http://cremers.org.br/administracao/modulos/038/documentos/40cremers_ed60.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Frente Mineira em Defesa da Saúde convoca imprensa para falar sobre Ato Médico**. CRPMG. Belo Horizonte, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.crpmg.org.br/GeraConteudo.asp?materialD=3303>>. Acesso em: 1 maio 2015.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Manifestação contra Ato Médico**. Porto Alegre: CRPRS, 2013. Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/comunicacao/noticias/manifestacao-contrato-medico-nesta-sexta-2806-em-porto-alegre-2036>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

CONSTANTINO, C.; ALMEIDA, G. A quem interessa deturpar o debate sobre o Ato Médico? **CREMESP**, 30 nov. 2004. Disponível em: <<http://www.cremesp.gov.br/index.php?siteAcao=NoticiasC&id=851>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____.; _____. O que um profissional de saúde pode fazer? **Portal Médico**, 6 jan. 2005. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/artigos/impresao.asp?id=267>>. Acesso em: 6 jan. 2015.

CONSULTOR JURÍDICO. **Justiça libera atuação de médicos estrangeiros no Brasil**. [s.n.]: CONJUR, 2007. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2007-jan-25/justica_libera_atuacao_medicos_estrangeiros_pais>. Acesso em: 9 nov. 2015.

CONTRIM NETO, A. B. **Direito Administrativo da Autarquia**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1966.

CORROCHANO, M. C. **Jovens olhares sobre o trabalho**: um estudo dos jovens operários e operárias de São Bernardo do Campo. 2001. Dissertação (Mestrado em Educação)– Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

CORTES, S. M. V. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 5-17, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v3n1/1413-8123-csc-03-01-0005.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 661-669, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mar. 2016.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DIAS, R. **Sociologia das Organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

DINIZ, M. **Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais**. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

DONNAGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DUBAR, C. **A Socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ETZIONI, A. **The Semi-Professions and their Organization**. New York: Free Press, 1969.

FARHAT, S. **Lobby, o que é, como se faz: ética e transparência na representação junto a governos**. São Paulo: Peirópolis, 2007.

FARIA, J. E. **Direito e economia na democratização brasileira**. São Paulo: Malheiros, 1993.

FARIA, M.; GONÇALVES, E. O CBO e a "importação". **Jornal Oftalmológico Jota Zero**, maio/jun. 2013. Disponível em: <<http://www.cbo.com.br/novo/medico/pdf/jo/ed149/16.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2015.

FAVIEIRO, C. P. **Conselhos profissionais de saúde e suas transformações, a partir da nova constituição: um estudo comparado entre os Conselhos de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina**. 2007. 175 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FAZIO, S. A Livre Circulação dos Trabalhadores na União Européia. In: CASELLA, P. B. (Coord.). **Mercosul: integração regional e globalização**. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS PSICÓLOGOS. **Presidência da República veta PL das 30 horas**. [s.n.]: FENAPSI, 2014. Disponível em: <<http://www.fenapsi.org.br/index.php/destaques/190-presidencia-da-republica-veta-pl-das-30-horas>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

FERREIRA, A. O múltiplo surgimento da psicologia. In: JACÓ-VILELA, A.; FERREIRA, A.; PORTUGAL, F. (Org.). **História da Psicologia: rumos e percursos**, Rio de Janeiro: Nau Ed, 2007. p. 13-46.

FOLLI, B. Pesquisas médicas geram poucas patentes. **Ig**. 2 out. 2010. Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/pesquisas+medicas+geram+poucas+patentes/n1237789330890.html>>. Acesso em: 1 set. 2015.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a06v35n122.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2015.

FREIDSON, E. **Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge**, Chicago: University of Chicago Press, 1998b.

_____. **Renascimento do Profissionalismo: teoria, profecia e política**. São Paulo: Edusp, 1998a.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 573-579, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300573&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 mar. 2016.

FRIEDMAN, M. **Capitalismo e liberdade**. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. Educa o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1. n. 1, p. 45-60, 2002.

FUNHRMANN, N. L. Neoliberalismo, cidadania e saúde. **Civitas: Revista de Ciências Sociais**, v. 4, n. 1, p. 111-132, jan./jun. 2004.

G1. **OMS certifica Cuba como 1º país a eliminar transmissão materna do HIV**. São Paulo: G1, 30 jun. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/06/oms-certifica-cuba-como-1-pais-eliminar-transmissao-materna-do-hiv.html>>. Acesso em: 1 set. 2015.

GAROUPA, N. Regulação e concorrência em Portugal. **Negócios**, 28 abr. 2005. Disponível em: <http://www.jornaldenegocios.pt/empresas/concorrenca___regulacao/detalhe/regulacao_e_concorrenca_em_portugal.html>. Acesso em: 23 nov. 2014.

_____. Regulation of Professions in the US and Europe: a comparative analysis. **American Law and Economics**. Paper 42, apr. 2004.

GIDDENS, A.; TURNER, J. (Org.). **Teoria social hoje**. São Paulo: Unesp, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GIRARDI, S. N. **A Regulação das Profissões de Saúde no Brasil: dilemas e diretrizes para uma reforma**. Belo Horizonte: EPSM, 2013. Apresentação (29 slides). Disponível em: <<http://www.parlamentoconsultoria.com.br/site/wp-content/uploads/2013/08/A-Regulação-das-Profissões-de-Saúde-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2015.

_____. Dilemas da Regulamentação Profissional na Área da Saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo**, n. 8, p. 67-85, 2002.

GOHN, M. G. **Conselhos Gestores e a Participação Sociopolítica**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

GONTIJO, D. Nota de esclarecimento da SBD sobre a Lei do Ato Médico. **Portal SBD**, 4 set. 2013. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/nota-de-esclarecimento-da-sbd-sobre-a-lei-do-ato-medico/>>. Acesso em: 10 maio 2015.

GOODE, W. Community Within a Community: the professions. **American Sociological Review**, v. 22, n. 2, p. 194-200, apr. 1957.

GOODWIN, J. **História da Psicologia Moderna**. São Paulo: Cultrix, 2005.

GUIMARÃES, N. A. Trabalho: uma categoria-chave no imaginário juvenil? In: ABRAMO, H. W.; BRANCO, P. M. (Org.). **Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p. 149-174, 2005.

GUIMARÃES, R. G. M.; REGO, S. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, sup. 7, p. 7-17, sep./dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=s1413-81232005000500002&script=sci_arttext>. Acesso em: 9 jun. 2015.

GUINOTE, P. **A docência como Semi-profissão**. [s.n.]: Educar, 2006. Disponível em: <<https://educar.wordpress.com/2006/10/13/a-docencia-como-semi-profissao/>>. Acesso em: 10 set. 2014.

HABERMAS, J. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. v. 2.

HAMEL, M. R. Judicialização da política: um ensaio sobre o procedimentalismo deliberativo na jurisdição constitucional brasileira. **Revista Sociologia Jurídica**, n. 11, jul./dez. 2010.

HARVEY, D. **A Condição Pós-Moderna**. São Paulo: Loyola, 2007.

HIRSCHMAN, A. O. **A retórica da intransigência**: perversidade, futilidade, ameaça. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

HONNETH, A. Trabalho e Reconhecimento: tentativa de uma redefinição. **Civitas**, v. 8, n. 1, p. 46-67, 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/4321>>. Acesso em: 13 maio 2015.

HOSTILIO, C. **Médicos ou açougueiros?** mais de 1700 médicos formados no exterior fizeram ontem o Revalida Exame. [s.n.]: Metendo o Bedelho, 2013. Disponível em: <<http://caiohostilio.com/2013/08/26/medicos-ou-acougueiros-mais-de-1700-medicos-formados-no-externo-fizeram-ontem-o-revalida-exame/>>. Acesso em: 9 jul. 2015.

IMMERGUT, E. M. As Regras do Jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, ano 11, n. 30, p. 139-166, 1996. Disponível em: <http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=71&Itemid=203>. Acesso em: 2 dez. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Classificação Brasileira das Ocupações**. Brasília: IBGE, 2015. Disponível em: <<http://concla.ibge.gov.br/classificacoes/por-tema/ocupacao/classificacao-brasileira-de-ocupacoes.html>>. Acesso em: 10 maio 2015.

JACQUES, P. **Curso de Direito Constitucional**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1977.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LAMRANI, S. **Cuba**: um modelo de acordo com a Organização Mundial da Saúde. 2014. Disponível em: <<http://operamundi.uol.com.br/conteudo/opiniao/37220/cuba+um+modelo+de+acordo+com+a+organizacao+mundial+da+saude.shtml>>. Acesso em: 9 ago. 2015.

LEAL, A. **CFM repudia campanha do governo contra o racismo no SUS**. São Paulo: UOL, 2014. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2014/11/28/cfm-repudia-campanha-do-governo-contra-o-racismo-no-sus.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

LOPES, A. C. **Mais Médicos**: o perigo é real. [s.n.]: SBCM, [2013]. Disponível em: <<http://www.sbcm.org.br/v2/index.php/artigo/2961-mais-medicos-o-perigo-e-real>>. Acesso em: 2 abr. 2015.

MACHADO, M. H. (Coord.). **Os Médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de

Janeiro: Fiocruz, 1997.

MADEIRO, C. Em dois anos, cubanos ganham preferência a médicos brasileiros. **UOL**, 11 ago. 2015. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2015/08/11/em-dois-anos-cubanos-ganham-preferencia-a-medicos-brasileiros.htm>>. Acesso em: 10 out. 2015.

MAIS MÉDICOS. **Tumblr**. [2013]. Disponível em: <<http://maismedicos.tumblr.com>>. Acesso em: 9 jul. 2015.

MANDEL, G. **CRM-MG deve registrar profissionais do Mais Médicos**. [s.n.]: CONJUR, 2013. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2013-set-27/justica-federal-obriga-crm-mineiro-registrar-profissionais-medicos>>. Acesso em: 10 maio 2015.

MARQUES, A. P.; SANCHES, E. L. Origem e evolução da Fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Revista de Fisioterapia da USP**, v. 1, n. 1, p. 5-10, ju./dez. 1994. Disponível em: <<http://fm.usp.br/fofито/fisio/pessoal/amelia/artigos/origem.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

MARTINS, G. C. P.; AMARAL, M. C. M. O habitus em Bourdieu e a teoria da justificação de Boltanski e Thévenot. **Latitude**, v. 3, n. 2, p. 96-108, 2009. Disponível em: <http://www.seer.ufal.br/index.php/latitude/article/download/535/pdf_53>. Acesso em: 26 dez. 2015.

MARTINS, G. M. **Credencialismo, corporativismo e avaliação da universidade**. São Paulo: Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior da USP, 1990. Disponível em: <<http://nupps.usp.br/downloads/docs/dt9006.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Nova Cultural, 1996. v. 1, t. 2.

MAUS, I. O Judiciário como superego da sociedade: o papel da atividade jurisprudencial na "sociedade órfã". **Revista Novos Estudos CEBRAP**, n. 58, p. 183-202, nov. 2000.

MELO, M. B.; BRANT, L. C. Ato Médico: perda da autoridade, poder e resistência. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 25, n. 1, p. 14-29, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v25n1/v25n1a03.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2015.

MENDES, G. STF nega intenção de diminuir cargos comissionados. **Congresso em foco**, 25 ago 2008. Disponível em: <<http://congressoemfoco.uol.com.br/noticias/stf-nega-intencao-de-diminuir-cargos-comissionados/>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

MENDES, J. R.; SILVA, A. A. B. da. Análise crítica do projeto de Lei n.025-02 que propõe o ato médico. In: JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E I MOSTRA DE PESQUISA DA PÓS-GRADUAÇÃO, 1. 2006, Teresina. **Anais...** Teresina: Novafapi-

Fafepi, 2006. Disponível em:
<<http://uninovafapi.edu.br/eventos/jic2006/trabalhos/DIREITO/Oral/27%20-%20AN%C1LISE%20CR%CDTICA%20DO%20PROJETO%20DE%20LEI%20N%BA.%20025-02,%20QUE%20PROP%D5E%20O%20ATO%20M%C9DICO.pdf>>.
Acesso em: 2 fev. 2015

MENEZES, D. B. A retórica da intransigência brasileira: mídia e política no primeiro governo de Lula. **Civitas: Revista de Ciências Sociais**, v. 8, n. 2, p. 342-358, maio/ago. 2008. Disponível em:
<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/4767/3829>>.
Acesso em: 10 jul. 2015.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 13 (sup. 2), p. 21-32, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2015.

MONTESQUIEU, C. **Vom Geist des Gesetzes**. Genève: Barrillot, 1748.

MORAES, M. Dúvidas sobre chegada de médicos cubanos alimentam debate jurídico. **BBC Brasil**, 2 set. 2013. Disponível em:
<http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/09/130902_mais_medicos_mm.shtml>. Acesso em: 10 maio 2014.

MOREIRA, A.; OGUISSO, T. **A Profissionalização da Enfermagem Brasileira**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MOREIRA, L. C.; RAMOS, F. R. S. O Processo Histórico do Trabalho de Enfermagem no Município de Cuiabá - Mato Grosso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, nov. /dez. 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600029>. Acesso em: 10 dez. 2015.

NASSIF, L. Mais médicos: 95% da população está satisfeita e 85% diz que atendimento melhorou muito. **Jornal GGN**, 5 nov. 2014. Disponível em:
<<http://jornalggn.com.br/noticia/mais-medicos-95-da-populacao-esta-satisfeita-e-85-diz-que-atendimento-melhorou-muito>>. Acesso em: 7 out. 2015.

NICARETTA, M. O Projeto de Lei do “ato médico” e a perspectiva dos psicólogos e de outros profissionais no campo da saúde. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**, v. 78, n. 1, p. 27-67, 2010. Disponível em:
<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v30n1/v30n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

NUNES, A. **Mais Médicos**. Veja: São Paulo, 2016. Disponível em:
<<http://veja.abril.com.br/blog/augusto-nunes/tag/mais-medicos/>>. Acesso em: 11 jul. 2015.

NUNES, E. **A Gramática Política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

OLIVEIRA, E. M. de; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

OLIVEIRA, V. R. C. de. Reconstruindo a História da Fisioterapia no Mundo. **Revista Estudos Vida e Saúde**, ano 32, n.4, p. 509-534, abr. 2005. Disponível em: <http://www.fisioterapia.com/public/files/salvar_como.php?txt_path=artigo/artigo08.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2015.

ORVANDIL, D. **Médicos brasileiros são mercenários**. [s.n.]: Cartas e Reflexões Proféticas, 2013. Disponível em :<<http://domomb.blogspot.com.br/2013/07/medicos-brasileiros-sao-mercenarios.html>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

PADILHA, Alexandre. Mais médicos: o cidadão não pode esperar. **Folha de São Paulo**, 18 maio 2013.

PADILHA, Maria I. C. de S.; MANCIA, Joel R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 723-726, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Mar. 2016.

PAIXÃO, A. L. A Teoria Geral da Ação e a Arte da Controvérsia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 4, n. 11, out. 1989. Disponível em: <http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=243&Itemid=203>. Acesso em: 2 fev. 2016.

PARSONS, T. The Professions and Social Structure. **Social Forces**, v. 17, n. 4, p. 457-467, may 1939.

PATERSON, I.; FINK, M.; OGUS, A. **Economic impact of regulation in the field of liberal professions in diferente Member States: Study for the European Commission, DG Competition - final report**. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS), 2003. Disponível em: <http://ec.europa.eu/competition/sectors/professional_services/studies/prof_services_ihs_part_1.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

PEREIRA NETO, A. F. A profissão como objeto para a história: algumas considerações. **Revista de História da UFOP**, v. 12, n.12, p. 155-166, 2002. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/355979>>. Acesso em: 9 dez. 2015.

PEREIRA, E. **Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul: atores,**

conflitos e articulações - 1999 a 2002. 2006. 86f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)– Curso de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/10259>>. Acesso em: 1 maio 2015.

PIAGET, J. L'épistemologie des relations interdisciplinaires. In: APOSTEL, L. et al. **L'Interdisciplinarité: problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités**. Paris: Organization de Cooperation et Développement Économiques, 1974. p. 155-171. Disponível em : <http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/textes/VE/jp72_epist_relat_interdis.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

PIKKETY, T. **A Economia da Desigualdade**. Intrínseca: Rio de Janeiro, 2015.

_____. **O Capital no século XXI**. Intrínseca: Rio de Janeiro, 2014.

PINHEIRO, P. P. de C.; PEREIRA, A. da S. **Autarquias Corporativas: conselhos de fiscalização de exercício profissional**. Rio de Janeiro: Mondrian, [2005?].

PINHO, J. B. de. **As Casas da Misericórdia: confrarias da Misericórdia e a arquitetura quinhentista portuguesa**. Tese (Doutorado em História da Arte). Universidade de Lisboa. 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/9686>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

PORTAL BRASIL. **Brasileiros ocuparam todas as vagas oferecidas pelo Mais Médicos**. Brasília, DF: Portal Brasil, 2016a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/02/brasileiros-ocuparam-todas-as-vagas-oferecidas-pelo-mais-medicos>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

_____. **Mais Médicos - 56% dos profissionais brasileiros decidem permanecer no programa**. Brasília, DF: Portal Brasil, 2016b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/01/mais-medicos-56-dos-profissionais-brasileiros-decidem-permanecer-no-programa>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

_____. **Mais Médicos atende 100% das vagas no Distrito Federal**. Brasília, DF: Portal Brasil, 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/05/mais-medicos-atende-100-das-vagas-no-distrito-federal>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

PORTAL TERRA. Cubanos do Mais Médicos passarão a receber 3 mil Reais por mês. **Terra**, 28 fev. 2014. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/cubanos-do-mais-medicos-passarao-a-receber-r-3-mil-por-mes,0ae55c9434974410VgnVCM10000098cceb0aRCRD.html>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Pesquisa. **Classificação Nacional de Profissões – 2010**. Lisboa: IP, 2011. Disponível em:

<<http://azores.gov.pt/NR/rdonlyres/2750F07D-9748-438F-BA47-7AA1F8C3D794/0/CP2010.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2015.

PREVIDELLI, A. Dilma declarou guerra aos médicos, diz Conselho. **Exame**, 15 jul. 2007. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/dilma-declarou-guerra-aos-medicos-diz-cremesp>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS EM SAÚDE. **O Trabalho do Médico: de liberal a assalariado**. Relatório Final. Fortaleza: ROREHS, 2006. Disponível em: <http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Trabalho_medico.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2015.

REVISTA VEJA. **Doutores de Cuba**. Edição 1620, 20 out. 1999.

REZENDE, J. M. **À Sombra do Plátano**: crônicas de história da medicina. São Paulo: Unifesp, 2009. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/8kf92/pdf/rezende-9788561673635.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2015.

RODRIGUES, M. L. **Profissões**: lições e ensaios. Coimbra: Almedina, 2012.

ROVAI, R. Cremesp paga táxi e hora extra para funcionários irem a ato de médicos na Paulista. **Fórum**, 7 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.revistaforum.com.br/blogdorovai/2013/07/04/cremesp-paga-taxi-e-hora-extra-para-funcionarios-irem-a-ato-de-medicos-na-paulista/>>. Acesso em: 10 maio 2015.

SÁ, T. “Precariedade” e “Trabalho Precário”: consequências sociais da precarização laboral. **Configurações**, n. 7, p. 91-105, 2010. Disponível em: <<http://configuracoes.revues.org/203>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

SANSONI, J. (Coord.). **Migraciones profesionales LA-UE**: oportunidades para el desarrollo compartido. Roma: Sapienza Università di Roma, 2010.

SANTOS, André. Principais abordagens sociológicas para análise das profissões. **BIB**, São Paulo, n. 71, p. 25-43, 2011. Disponível em: <http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8357&Itemid=435>. Acesso em: 4 maio 2015.

SANTOS, Boaventura de S. A Judicialização da Política. **Público**, Lisboa. 26 maio 2003. Disponível em: <<https://www.ces.uc.pt/opiniao/bss/078.php>>. Acesso em: 10 maio 2015.

SANTOS, Hermílio. **Civitas**, v. 2, n. 1, p. 193-210, 2002. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/civitas/ojs/index.php/civitas/article/view/95/7050>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

SANTOS, Miguel. Inserção no mercado de trabalho e formação profissional: guia teórico para decisores. **Socius Working Papers**, n. 5, Lisboa, 2010. Disponível em: <http://pascal.iseg.utl.pt/~socius/publicacoes/wp/WP_5_2010.pdf>. Acesso em: 10 maio 2014.

SANTOS, Monica F. dos. **A comunicação nas autarquias de fiscalização do exercício profissional: interesse público versus interesses privados**. Dissertação (Mestrado em Comunicação)- Escola de Comunicações e Artes. Universidade de São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/27/27154/tde-24112014-105410/pt-br.php>>. Acesso em: 10 maio 2015.

SARAIVA, P. A questão da vinda dos médicos cubanos para o Brasil. **Jornal GGN**, 2 set. 2013. Disponível em: <<http://jornalgggn.com.br/blog/luisnassif/a-questao-da-vinda-dos-medicos-cubanos-para-o-brasil>>. Acesso em: 1 set. 2014.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa Documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, n. 1, jul. 1999.

SASSINE, V. Conselho de Medicina de Goiás enviou carta pedindo votos contra Dilma Rousseff. **O Globo**, 29 ago. 2014. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/brasil/conselho-de-medicina-de-goias-enviou-carta-pedindo-votos-contradilma-rousseff-13768282>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

SCHEVISBISKI, R. S. **Regras Institucionais e Processo Decisório de Políticas Públicas: uma análise sobre o Conselho Nacional de Saúde (1990-2006)**. Dissertação (Mestrado em Ciência Política)- Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SCHMITZ, A. A. Max Weber e a Corrente Neoweberiana na Sociologia das Profissões. **Em Tese**, v. 11, n. 1, jan./jun. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/1806-5023.2014v11n1p10/28677>>. Acesso em: 1 abr. 2015.

SCHULTZ, D.; SCHULTZ, S. E. **História da Psicologia Moderna**. São Paulo: Cultrix, 1981.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 fev. 2016.

SENADORA ANA AMÉLIA. **Projeto de lei que regulamenta profissão de instrumentador cirúrgico é debatido em audiência pública**. [s.n.]: Site Senadora Ana Amélia, 2014. Disponível em:

<<http://www.senadoraanaamelia.com.br/noticias/projeto-de-lei-que-regulamenta-profissao-de-instrumentador>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

SGORLA, A. F. **Descentralizando políticas, profissionalizando jovens**: um estudo do programa de aprendizagem profissional. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)- Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/6050/2/469143%20-%20Texto%20Completo.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2015.

SILVA, A. C. C. et al. Médicos e Enfermeiras: o relacionamento numa unidade de emergência (UE). In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26., Fortaleza, 1-9 out. 2006. **Anais...** Rio de Janeiro: Abepro, 2006. p. 1-9. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR530360_7822.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2015.

SISSAÚDE. Presidente do CREFITO-SP, Dr. Gil Lúcio Almeida, fala sobre o projeto Ato Médico. 29 out. 2009. Disponível em: <<http://www.sissaude.com.br/sis/inicial.php?case2=7&idnot=3371>>. Acesso em: 10 maio 2015.

SOARES, A. R. A Psicologia no Brasil. **Psicologia: ciência e profissão**, n. 30, p. 8-41, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30nspe/v30speca02.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

SOBOTTKA, E. Colaboração Multiprofissional ou Prerrogativas Exclusivas? tensões entre ideais e cotidiano profissional. **Civitas**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/16528>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial. **V Diretrizes Brasileiras de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes Brasileiras de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA)**. São Paulo: SBC, 2013. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/06-abordagem.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COMPUTAÇÃO. **Posição da SBC**. [s.n.]: SBC, 2015. Disponível em: <http://www.sbc.org.br/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=220&Itemid=164>. Acesso em: 10 out. 2014.

SORJ, B. Sociologia e Trabalho: mutações, encontros e desencontros. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 15, n. 43, p. 25-34, 2000.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SPINK, M. J. P. Regulamentação das profissões de saúde: o espaço de cada um. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 910, p. 24-43, jul. 1985. Disponível em: <<http://www.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=965>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

STARR, P. **La Transformación Social de la Medicina em los Estados Unidos de América**. Mexico: FCE, 1991.

TRAVASSOS, D. V. et al. Ato Médico: histórico e reflexão. **Arq. Odontol.**, v. 48, n. 2, p. 102-108, 2012. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v48n2/a07v48n2.pdf>>. Acesso em 1 mar. 2015.

TSEBELIS, G. Processo decisório em sistemas políticos: veto players no presidencialismo, parlamentarismo, multicameralismo e pluripartidarismo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 12, n. 34, jun. 1997. Disponível em: <http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=28&Itemid=203>. Acesso em: 22 jul. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. **Anexo I: revisão e atualização das demandas de regulação profissional no Legislativo, a partir da base de dados "Projetos de Lei e Outras Proposições" / Câmara dos Deputados**. Belo Horizonte: NESCON, 2005. Disponível em: <http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObserveRH/NESCON-UFMG/Demandas_regulacao_profissional.pdf>. Acesso em: 01 maio 2015.

VAZ, F. L. C.; DIAS, R. S. Enfermagem Maranhense: um recorte histórico. **História da Enfermagem: Revista Eletrônica (HERE)**. v. 4, n. 2, p. 95-111, 2013. Disponível em: <<http://here.abennacional.org.br/revista/here/?p=182>>. Acesso em: 9 set. 2015.

VENUTO, A. **Fundamentos da Autoridade Profissional: o caso dos executivos frente ao paradigma clássico das profissões**. 2013. Tese (Doutorado em Sociologia)- Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

VEREZA, R. Profissões em risco. **FisioBrasil**, [2004]. Disponível em: <<http://fisiobrasil.com.br/main.asp?link=noticia&id=198>>. Acesso em: 9 jun. 2015.

VIANA NETO, J. A. **Propostas dos Conselhos de Registro Profissional para um Brasil Melhor**. Brasília, DF: Fórum dos Conselhos Federais de Profissões regulamentadas, 2014. Disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A14B5ED523014C006A2C393895>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

VIANA, T. **Voto do Relator sobre o PLS 25/2002**. 2006. Disponível em: <<http://www.senado.leg.br/atividade/rotinas/materia/getPDF.asp?t=40574&tp=1>>. Acesso em: 9 jun. 2015.

VIEIRA, E. **Autoritarismo e Corporativismo no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Unesp, 2010.

VIGEVANI, T.; JUNIOR, H. R. Autonomia, integração regional e política externa brasileira: Mercosul e Unasul. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 517-552, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582014000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 mar. 2015.

VILELA, E.; MENDES, I. **Interdisciplinaridade e Saúde**: estudo bibliográfico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, jul./ago. 2003, v. 11, n. 4, p. 525-531.

VITAL, C. Para presidente do CFM, abertura de novos cursos poderá causar danos irreparáveis à sociedade. **Portal do CFM**, 10 jul. 2015. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25607:2015-07-10-21-39-24&catid=3>. Acesso em: 10 jan. 2016.

WALLS, R. M. Use of Auxiliary Personnel in Dental Care Programs. **American Journal of Public Health and the Nation's Health**, New York, v. 39, n. 4, p. 517-524, apr., 1949.