

No encontro da técnica com a Ética:

o exercício de julgar e

decidir no cotidiano do trabalho em Medicina*

Lilia Blima Schraiber¹

SCHRAIBER, L. B. When technique meets ethics: the exercise of judgment and decisionmaking in the daily medical routine. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, v.1, n.1, 1997.

The author aims at discussing the role of medical education, while ethics is part of it, in the current crisis faced by Medicine. By characterizing ethics and technique as consubstantial dimensions of the medical practice, she elects the clinical judgment and the practical aspect of the action the most appropriate spheres to be studied. She makes evident the inseparability of these dimensions by pointing out the presence of what she calls “surprising opposites” in medical practice; among them, art and science. Thus, she characterizes the present work as a situation of “conflict of obligations” and considers its qualification a “difficult task”. She discusses the appeal to ethics, proper of this situation, inscribing it in technique and concludes this inscription supports the intervention of ethics, from both the human and social perspectives. The making of decisions grounded on an opposite basis makes technique bureaucratic and exempts doctors from being considered responsible for their acts by society. Therefore, the author warns that medical education should include ethics, which would be focused from 2 stand points: as a discipline and as a practice.

KEY WORDS: Medicine; medical education; ethics, medical; judgment; professional practice.

A autora objetiva discutir a participação da educação médica, ao assumir a ética como sua questão, na atual crise da medicina. Caracterizando a ética e a técnica como dimensões consubstanciais da prática médica, elege o julgamento clínico e o âmbito prático da ação como esferas mais apropriadas para exame. Evidencia a inseparabilidade daquelas dimensões, ao mostrar a presença do que chama “os contrários surpreendentes” no trabalho médico, entre eles, a arte e a ciência. Caracteriza então este trabalho, como situação de “conflito de deveres”, examinando sua qualificação de “ato difícil”. Discute o apelo à ética, próprio desta situação, inscrevendo-na na técnica e conclui que esta inscrição ampara a intervenção, da perspectiva humana e social. A tomada da decisão em bases contrárias burocratiza a técnica, alienando o médico da responsabilização social de seu ato. Por tudo isso, adverte que a educação médica deve considerar a inclusão da problemática ética de duas perspectivas aliadas: como disciplina e como exercício prático.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina; educação médica; ética médica; julgamento; prática profissional.

* Texto produzido para a mesa-redonda sobre *Ética*, organizada pelas disciplinas de Pedagogia Médica e Didática Especial dos Cursos de Pós-graduação da Faculdade de Medicina da UNESP, campus de Botucatu, em agosto de 1996.

¹ Professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

**Crise da assistência, crise do médico, crise da medicina:
ética e profissão na vida cotidiana de trabalho**

Buscaremos neste artigo examinar o trabalho do médico em seu cotidiano, como exercício articulado de conhecimento científico e saber prático - termos que precisaremos mais adiante. Buscaremos ainda mostrar que isto lhe confere uma característica bastante peculiar como trabalho social e uma ação bastante complexa como prática técnico-científica, destacando algumas questões importantes relacionadas a essa característica no atual contexto de crise da assistência à saúde no Brasil.

Nosso propósito será contribuir para um melhor entendimento da seguinte questão: até que ponto poderemos atuar, nesse contexto crítico, pela via da formação do médico, em especial pelo aprimoramento do ensino técnico e científico da escola médica e pela revalorização da educação como desenvolvimento não apenas técnico, mas ético, moral e político do médico. Este último aspecto refere-se diretamente à maior consciência da dimensão econômico-social da medicina e à introjeção do valor da responsabilização social do médico, desenvolvendo um comportamento de maior compromisso de cada médico no exercício de sua prática.

Certamente relacionada à ética em saúde e à ética profissional, a valorização e aceitação deste compromisso é tarefa que demanda esforços em múltiplas direções. Um deles já tem-se manifestado e aparece ligado à própria formação escolar do médico, em termos de ampliar e solidificar conteúdos disciplinares. Assim, introduzir a ética nas grades curriculares, ou aprimorar seu ensino nas escolas em que já é trabalhada como disciplina, tem sido proposição presente nos debates mais atuais sobre nosso tema. Vamos ampliar essa idéia em outras direções, particularmente pensando a prática no momento de seu exercício e a ética como questão cotidiana, como vida da profissão.

A crise da assistência apresenta inúmeras faces, entre elas, os problemas de acesso e elitização da assistência; a despersonalização dos cuidados e a burocratização assistencial; a falta de motivação profissional e as más condições de trabalho. De um modo geral, o conjunto de fatores críticos resultam em baixa qualidade da assistência, sobretudo diante do possível em outros países, portadores de maiores recursos e maior satisfação pessoal dos médicos e outros profissionais.

Por outro lado, da perspectiva da atuação do médico, a crise assistencial é também crise da qualidade de seu desempenho concreto (Dussault, 1992). Nesse sentido, pelo menos duas perguntas têm sido bem freqüentes: a crise também dependeria do

profissional e de cada médico individualmente? o que isto estaria representando como resultado de uma formação médica insuficiente?

Em certos períodos da nossa história assistencial, como nos anos 70 e 80, situações críticas foram tributadas a inadequações da estrutura dos serviços, como por exemplo, a ausência de um Sistema de Saúde. Detectava-se uma rede repleta de duplicidades institucionais, sem políticas gerenciais claras e racionais, com políticas administrativas conflitantes e vinculadas a diversos interesses em oposição. Além disto, as tentativas governamentais de organizar a assistência, como o INPS, depois INAMPS, resultaram em rápida capitalização do setor saúde e uma privatização às expensas da receita pública, produzindo não uma, mas várias redes - "sistemas". Estas, independentes entre si do ponto de vista gerencial, mas econômica e politicamente interrelacionadas, não se mostraram organizações mais racionais, quer como setor privado, quer como público. O produto foi o aumento progressivo dos custos de produção, assim como dos gastos públicos, com baixa eficácia produtiva e nenhuma reversão política em termos da equidade, pois dificultou acessos, ao mesmo tempo que apresentou contrastes com alguns serviços bastante ociosos. (Guimarães, 1979; Possas, 1981; Braga e Paula, 1981; Oliveira e Teixeira, 1986; Mendes, 1993)

No que se refere ao desempenho profissional, estas proposições mostraram o quanto a prática dos médicos sofre repercussões dos contextos em que se inserem, as "condições de trabalho". Assim, não só a remuneração do trabalho interpela a atuação de cada médico e do conjunto deles em cada situação institucional, mas também as instalações, os equipamentos existentes, as políticas institucionais de incorporação, manutenção e renovação de tecnologias, ou as formas institucionais de captar e fixar clientela e, ainda, os recursos humanos, isto é, a organização e as políticas de desenvolvimento dos trabalhadores da instituição, tal como na formação das equipes de trabalho, médica e não-médica. Temos, assim, condições materiais e não materiais interferindo na qualidade da assistência. (Schraiber e Nemes, 1996)

Mas ainda temos algo que decorre dessas condições e que diz respeito ao modo como elas são aceitas, introjetadas, pensadas (percebidas e explicadas) e valorizadas na dimensão subjetiva do trabalho, isto é, como repercutem e são elaboradas pelos profissionais em termos de suas motivações, expectativas individuais, de atuação e desenvolvimento profissional, e também de representações e ideais coletivos de trabalho, tal como a imagem da boa medicina, para os médicos em geral. (Schraiber, 1991)

Não obstante o reconhecimento da dependência do ato médico relativamente a esta complexa rede de condicionantes do trabalho, desde os anos 50-60 em que aparecem os primeiros questionamentos acerca da assistência frente às necessidades de saúde da

população (Donanngelo e Pereira, 1976), a qualidade desse ato nunca deixou de ser vista como tributária também, e muitas vezes de forma isolada ou até exclusiva do profissional. Este, ora tomado apenas como produto da formação escolar, ora como mero recurso instrumental da estrutura de assistência, reitera-se como dimensão problemática. (Schraiber e Peduzzi, 1993; Paim, 1994; Schraiber e Machado, 1996) Por essa razão examiná-lo no trabalho cotidiano, evitando estas duas reduções do médico como trabalhador, ser-nos-á extremamente importante.

O desempenho médico

Há, no desempenho profissional, pelo menos dois aspectos que consideramos importante destacar: o julgamento clínico, incluindo a decisão médica; e a intervenção que efetiva a decisão. A própria intervenção, por sua vez, engloba duas dimensões, que são praticadas em conjunto, mas que podemos diferenciar para nossa reflexão. São elas: a física e a comunicacional.¹

¹Tratamos, aqui, do fato de que toda ação sobre o corpo (seja manual direta ou não), todo o gestual do ato e o explicitamente enunciado, resultam em comunicados e aprendizados, além de alterações físicas. São repercussões, pois, no plano material e no plano simbólico.

Antes que qualquer leitor possa entender a nossa proposição como sendo uma espécie de divisão entre o que é pensamento ou fala e o que é ação; ou o que é bem objetivo no desempenho e o que é mais subjetivo; o que é anterior e o que é posterior como momento da técnica, ou ainda, o que é mais ou menos valioso... vamos logo alertar que a separação feita apenas significa um procedimento que nos facilita a exposição das nossas análises. Não quer referir uma hierarquia ou uma estrutura fixa seqüencial, no interior do ato médico. Afinal, estamos, de fato, diante de uma situação em que pensar e agir; julgar, decidir e fazer; ou aproximar-se fisicamente e dialogar, se entrelaçam, se alimentam mutuamente de questões e soluções. Ademais, diante de uma perspectiva que, como a nossa, tomará o ato médico em processo, isto é, como a dimensão da vida prática e de cotidiano da medicina, qualquer pretensão de apresentar estruturas forçosamente se dinamiza em ações em curso.

No entanto, lembramos dessas duas esferas de interferência porque sua existência, e de modo consubstancial uma à outra, deriva do fato de que o ato médico, o que é extensivo a diversas outras ações em saúde, é sempre uma **interação**: relação entre duas pessoas. Mas porque essa relação ocorre entre pessoas que no plano social, representam autoridades técnicas e científicas bem desiguais, tendemos a vê-la como uma interferência de uma só mão: do médico para o paciente. Até mesmo quando trabalhamos com a noção de profissional, ou trabalhador, ou agente técnico-científico, tomamos quase sempre só um dos pólos da relação, um só dos sujeitos em interação. Assim quando pensamos

alguma característica técnica no ato médico, é comum tomarmos suas especificidades apenas pelo que representa para o profissional, e não como algo que tem sentido na relação, algo que se compartilhe. Quando assim procedemos, estamos pensando o desempenho profissional como problema de um só lado!

Por vezes pensamos que alguma parte se compartilha, mas outra, não. Cindimos o encontro desses dois personagens: haveria momentos de trocas, como a conversa, as falas; e momentos em que o médico age e o paciente só recebe. Observemos que, nesse procedimento, separamos tanto a comunicação do ato físico, quanto cindimos a operação técnica da interação. E o que é ainda mais complicado, é que, em algumas ocasiões, cindimos até mesmo o “momento interativo”, quando classificamos a conversa em dois tipos: a conversa que é útil tecnicamente falando, que isolamos daquela que parece não ser. O complicado neste procedimento é que estamos separando o que é medicamente relevante para o raciocínio anátomo-patológico, daquilo que também é relevante para o julgamento global do caso, pois nos inteiramos do doente como um sujeito social global é muito importante para o sucesso de nossa proposição assistencial. Só que não percebemos isso logo de imediato!

Mas há outra complicação que ocorre nesse procedimento. A desqualificação da interatividade em seu todo revela que traduzimos a maior autoridade científica, automaticamente, em decisão não apenas técnica, mas bio-psico-social, isto é, a decisão amparada biologicamente (na patologia) passa a ser a melhor escolha assistencial global, já que esta estaria contida no conhecimento da patologia que detectamos no doente, por meio da “conversa útil”. Assim, a assimetria na relação passa da face técnica à ética quase sem percebermos. De uma à outra, passamos do acerto técnico-científico, em nosso ato reflexivo, no julgamento do caso, para disciplinar a vida social, anulando escolhas e modo de vida do Outro (o paciente) na relação.

Este assunto todo é mais complexo que essa reflexão preliminar e mereceria abordagens mais exaustivas e ainda mais precisas. O que objetivamos registrar, por ora, porém, é o fato de que a base interativa produz a mencionada interpenetração saber-fazer na medicina, bem como torna complexa essa interpenetração. Daí ser a natureza deste ato, trabalho intelectual-manual, ou “trabalho reflexivo”. (Ribeiro, 1995) Essa, que é característica do ato médico moderno e contemporâneo, (Schraiber, 1993) também se revela como tensões internas importantes ao ato.

Com componentes em conflito, com uma cristalização permanentemente tensa, essa estrutura de aparência estável que surge como ato médico, retém em seu interior, o que Freidson (1970) admiravelmente qualificou como **ato difícil**. Assim, este trabalho que envolve julgamentos complexos, decisões arriscadas e inexorável pragmatismo (Freidson,

²Entre a noção de trabalho e de profissão como atos da sociedade e formas de agir na vida social, cabem distinções. Há toda uma produção bibliográfica que se dedica a estas distinções. Em linhas gerais pode-se dizer que enquanto trabalho aparece como ato bem determinado, definido como intervenção manual direta, repetitiva e mecânica, e constrangido em sua organização pela estrutura social e suas necessidades, a noção de profissão designa ato mais livre ou variável. Mais dependente do agente que o pratica, ressalta a dimensão mais subjetiva na conformação da ação e menos os determinantes da estrutura social. Certos autores tomam a profissão como ato até só dependente de condicionantes externos ao mundo do trabalho. Maior discussão sobre este aspecto veja-se Machado (1991); Schraiber e Peduzzi (1993) e Schraiber e Machado (1996).

1970), evitando um julgar sem ação e um agir sem prévia decisão de trajeto, é o representante maior do especialismo de um trabalho - profissão, trabalho assim nomeado por essa sua especificidade.²

Não queremos adentrar em uma extensa análise e discussão do entrelaçamento dessas esferas, mas, ainda que de modo preliminar, é preciso especificar melhor a referida noção criada por Freidson. Para tanto, recortemos um aspecto do entrelaçamento, que remete para uma questão que vem surgindo com muita veemência: a responsabilização social do médico, já antes mencionada. Trata-se do compromisso de cada profissional pelo que pratica - relativamente ao caso como ação singular, mas também relativamente ao vínculo social desse caso, resultando em responsabilidade social, como agente técnico-científico, cidadão e sujeito da sociedade, no que tange à sua ação particular. (Schraiber, 1996)

Reconhecemos aqui as recentes e constantes críticas sobre a qualidade da assistência médica. A falta de compromisso surge como situação na qual o profissional se crê isento da responsabilidade individual. Isto ocorre, senão frente ao conjunto de repercussões de seu ato, ao menos da parte que entende, ou representa para si próprio, como mais “externa” à sua técnica (Schraiber, 1993), a qual geralmente repassa ou à instituição em que trabalha, ou ao grupamento mercantil (médico ou não) e empresa a que se filia, ou até ao governo, cindindo-se como ser técnico, trabalhador e ser social (Schraiber, 1995a). Essa situação freqüentemente é relacionada à despersonalização dos cuidados e desumanização da assistência. E, via de regra, nessas representações sobre a assistência contemporânea encontram-se implicadas tanto a avaliação negativa da esfera da ação manual, com irreparáveis danos físicos (tal como no uso incorreto das tecnologias, nas iatrogêneses cada vez mais freqüentes ou mesmo no desperdício financeiro e excesso de gastos), quanto a ausência de uma boa relação médico-paciente, de uma qualidade adequada de vínculos a serem formados e do necessário encontro - e não desencontro - pressuposto nesta intervenção.

Por isso mesmo vemos aqui a dimensão técnica desse ato, com os conhecimentos que devem embasá-la e que são tanto de natureza científica quanto aplicada, isto é, de experiência profissional acumulada, fundir-se com a dimensão ética, os códigos comportamentais da deontologia profissional e os valores mais amplos das relações sociais.

Assim, o desempenho de um profissional não se alimenta apenas das condições materiais, ou sequer somente de sua sabedoria técnico-científica. Também se faz com base nos dispositivos relacionais, fruto das éticas interativas e comunicacionais. (Schraiber, 1996)

É deste modo que ao apontarmos para proposições reformadoras do sistema de saúde que podem atuar sobre a crise da assistência, como é o caso por exemplo da democratização da política de saúde, das instituições e das relações interpessoais, apelando para maior equidade e cidadania, também devemos inserir nessa democratização maior publicidade e transparência, encontro e compartilhamento, e maior estímulo à emancipação. (Schraiber, 1995b) Foi nesse sentido que antes apontamos para a interatividade, ato de comunicação/ação, como processo de vital importância para o agir profissional.

Esse entrelaçamento desfaz uma habitual imagem que temos da prática médica que é a separação entre a “parte” científica da ação, em que o conhecimento técnico que informa a ação parece apenas ancorado no conhecimento científico, e a “parte” humanizada do ato, que tomamos usualmente como esgotada na anamnese clínica ou em momentos similares de conversa. Essa pretensa cisão, a nosso ver, acentua tensões internas a esse ato difícil, expressando-se na assistência concreta e cotidiana como desumanização e despersonalização, em parte determinando também os excessos, abusos e erros, técnico-científicos ou não, da assistência. A nosso ver, essa tentativa de “separar” o relacional, e, pois, o humano, o valorativo, o ético-político, da dimensão científica, que é vista como algo isento dos valores e bem objetiva, é que, no caso desta prática, compromete a perspectiva de uma intervenção ao mesmo tempo eficaz e ética, assim como compromete a perspectiva de um domínio dos conhecimentos que esteja a serviço das necessidades dos homens e mulheres (sujeitos concretos) da e na vida social.

Mas é preciso, ainda, entender com maior atenção o que denominamos “separação” entre o científico e o não científico (as aspas neste caso são propositais e necessárias), qual seja, entendermos o que é esse procedimento como forma de pensar ou modo de elaborarmos nossas percepções da prática em termos de noções e conceitos sobre a medicina. E devemos fazê-lo porque está claro que esse modo de pensar, essa auto-representação sobre o trabalho, também informa o desempenho profissional, como já dito.

Culturalmente, com a ciência e a moderna tecnologia, temos uma forma de nos aproximarmos dos fenômenos ou das realidades a conhecer, por meio de um esquadrinhamento analítico. Isto é, repartindo, isolando, identificando elementos componentes. Por isso descrevemos, individualizamos fatores, o que nos permitiu um incrível alargamento e facilitação da intervenção, tornando-nos uma sociedade bastante pragmática e tecnológica. Mas esse proceder também amparou-se na oposição e exclusão entre componentes, principalmente dicotomizando os físicos dos metafísicos, obrigando-nos à escolha de um deles como fiador da intervenção e como que afastando o outro da

realidade. Assim não apenas separamos, ou individualizamos para melhor pensar, mas opomos o humano, seus valores e crenças, ao natural, objetivo e suas normas.

É, pois, até certo ponto, esperado (culturalmente) operarmos nossas reflexões sobre realidades desconhecidas, em princípio, com a mesma tendência a dividirmos e individualizarmos nossas questões entre condicionantes absolutos: algo ou é isolado ou não é; algo ou é valor, opinião subjetiva ou é objetivo - mesmo sabendo que a realidade vivida dos seres humanos sempre é mais complexa que esta divisão. Assim, nossa questão deve ser recolocada: culturalmente não apenas tendemos a analiticamente separar questões como recurso de entendimento, mas separar e opor, como princípio mais racional (e aqui um princípio de valor) para o conhecimento. Por isso vamos considerar que podemos separar (sem aspas), individualizar aspectos científicos da prática médica, mas não podemos isolá-los dos aspectos subjetivos, ou tampouco podemos libertar a ação do “judicioso aspecto valorativo”, como se a parte social, que implica questões éticas e políticas, fosse o que “atrapalha” nossa ação, um inexorável fardo a se carregar.

Vale a pena ilustrarmos essas idéias com casos concretos e cotidianos de nossa prática. Observemos como parece mais “correto”, também mais importante tecnicamente, cuidarmos de nosso acerto na “parte” física da intervenção, como por exemplo o medicamento ou a cirurgia, do que acertarmos na “parte” relacional. Também parece ser mais simples e prático do ponto de vista da assistência ao doente. Primeiro, porque sabemos bem melhor e mais precisamente o que quer dizer acertar na dimensão técnico-científica do que na esfera das relações ou na dimensão comunicacional, então mesmo que isto represente uma difícilíssima operação manual, com tecnologias de ponta e manejo de sofisticados aparelhos, como proposição assistencial (não apenas de tratamento ou terapêutica, se quisermos analiticamente pensar) será mais fácil! Segundo, porque valorizamos mesmo mais a dimensão do natural e suas leis, como o corpo biologicamente tomado, do que a dimensão humano-valorativa, em que o corpo aparece investido socialmente, com necessidades e possibilidades diversas, às vezes opondo-se ao biológico e criando dificuldades para nossa intervenção!

Não obstante, hoje como nunca, tal como diante da epidemia da AIDS, temos claro que a disposição subjetiva para tratar e prevenir, os valores e a cultura, são componentes que incidem diretamente no aumento dos riscos ou chances de controle e tratamento. De fato, já antes e menos dramaticamente, sabíamos que a não “aderência de pacientes” (ao médico ou aos serviços) ou a exclusão de aspectos sócio-ambientais da assistência terminam por fadar ao insucesso a mais correta terapêutica científica. O que ainda não nos dispomos, e devemos fazê-lo, é repensar nossa forma habitual de agir e seus

fundamentos de valor. Por isso, vamos examinar a ação médica, tentando não operar aquela radical separação, ainda que operemos certa individualização para fins de reflexão.

Nossa escolha de examinarmos a esfera do julgamento aliada à ação manual direta foi, no sentido acima, algo proposital, por sua vantagem de representar essa complexidade em que a ação não se resume a aplicar conhecimento, mas a reconhecê-lo e recriá-lo em novos juízos. Vale dizer que julgamentos não são intervenções mecanizadas, mas uma reflexão sempre atualizada de antigas e conhecidas explicações. Por isso, também, ele é tão difícil!



The Doctor's Visit, 1650, FRANS VAN MEIRIS,
Kunthistorisches Museum, Vienna.

Ação médica: julgamentos complexos e decisões arriscadas

Complexidade e riscos, eis o que torna difícil essa prática. A complexidade do julgamento relaciona-se, em boa parte, à inexorável presença da ética no ato técnico, ato que assim se revela não só como técnica cientificamente armada mas técnica moral dependente. (Schraiber, 1995b) Também queremos lembrar que a decisão é sempre arriscada, porque há uma incerteza intrínseca nesta técnica, que então se revela, como ciência e arte, qualificando o trabalho médico como uma estruturação instável ou, como antes registramos, uma “cristalização tensionada” .

³ Recomendamos ao leitor, Donnangelo e Pereira (1976); Mendes-Gonçalves (1979); Nogueira (1977), Dalmaso (1991), Schraiber (1993) e Ribeiro (1995), assim como salientamos que a complexidade e os riscos expressam características e mesmo natureza bastante diversas em distintas configurações históricas da prática médica.

Há diversas razões históricas nesta atual constituição da prática médica, bem como várias características que decorrem de sua forma de trabalho a partir do século XIX, institucionalizando-se e empresariando-se, além de produzir serviços mercantilizados em escala progressivamente universal, consoante com as características das modernas sociedades de consumo. Não caberia neste texto recuperar todo esse processo,³ mas apenas registrar em síntese suas marcas principais, destacando o que antes chamamos de tensões ou aspectos conflitantes. Vamos nos basear em um texto anterior (Schraiber, 1995a), em que os denominamos os “contrários surpreendentes” na medicina.

Um primeiro aspecto reside na tensão técnica - social, em que sua dimensão técnica tensiona suas especificidades de prática social, expressando sua síntese como uma “estrutura instável”. Isto, em princípio, contradiz nosso imaginário social acerca da ação médica, pois associamos às técnicas científicas (Freidson, 1970), segurança e estabilidade.

Mas vamos examinar mais detidamente esta imagem. A prática médica opera intervenção fundada em conhecimento científico. Contudo, ser aplicação das ciências, é ser ato sempre igual, denotando repetições e rotina por meio de um conhecimento universal e que não pode variar tão intensa ou imprevisivelmente conforme o contexto, até em razão de ser uma lei objetiva da natureza (mesmo se tomarmos o conhecimento dentro das variações probabilísticas, tal como é produzida mais recentemente a ciência), e não um conhecimento de associações temporárias, instáveis e mutáveis, de acordo com certos jogos políticos ou dispositivos sociais.

Mas se tomarmos a rotina e a repetição como característica de uma técnica que aplica a ciência, veremos que, no caso da ação médica, não é exatamente assim que o processo se dá. Antes, mesmo sem perder o caráter técnico-científico, todo ato médico consegue qualificar-se como ato, de certa forma, singular, único. Isto porque envolve decisão pessoal do médico na aplicação do conhecimento científico.

Essa aplicação, portanto, não se dá de maneira direta ou imediata a partir da ciência estabelecida. Requer, de fato um novo julgamento quanto à particularidade de cada caso

examinado. É por isso considerada o exemplo mais típico de trabalho e produção social, em que a relação conhecimento X técnica se revela enquanto uma síntese do geral no particular, expressando-se como trabalho reflexivo e não meramente aplicativo. Essa necessidade revela-se como uma exigência fundada em dois aspectos também em conflito da prática médica: em razão de seu extremo pragmatismo, a sociedade exige da medicina sempre uma solução, exigência que a própria medicina também reiterou como qualidade da vida social moderna, oferecendo intervenções mesmo quando não haja conhecimento científico para ampará-la. (Freidson, 1970) O lado experimental da prática e o conhecimento empírico que dele advém, caracterizam a experiência clínica de cada médico na medicina, sendo efetivamente usado como saber de referência prática. A ele antes chamamos de saber prático.

O ato médico então será aplicação da ciência e descoberta de saber prático. Isto significará, por referência a seu caráter científico, isto é, à medicina como **“ciência” de curar** (tal qual é concebida pelos médicos), uma subordinação apenas relativa à ciência, dada por sua natureza, ainda presente de experiência (empíria), isto é, a medicina como **arte de curar** (tal qual já foi historicamente concebida), permitindo na ação uma certa autonomia de seu agente.

Vamos observar que a mencionada imagem de prática segura, vincula-se ao aspecto de certeza de uma técnica que simplesmente aplica a ciência. Assim quanto mais a prática médica tender ao científico, mais garantirá a segurança da ação. O próprio pensamento médico assume essa tendência como ideal. Na realidade, os médicos buscam realizar esse ideal de reduzir ao máximo, virtualmente eliminar, tudo o que não tomam como científico na técnica, o que vai do empirismo da ação aos componentes “incontroláveis” pelo conhecimento científico, tais como todos os aspectos sociais da realidade do adoecimento ou da organização da assistência, ou mesmo da relação clínica.

Mas na medicina de fato operamos com ambas as dimensões e informamos a ação com base em um saber prático que constrói essa associação. Na medicina, desse modo, a ação reveste-se de saber científico, e, ao mesmo tempo, exige um saber prático, fundamentando-se no científico, mas regulando-se também por apreender e agir necessariamente sobre o social. Praticidade e segurança, ou singularidade do caso e objetividade científica, leis biológicas e normatividades sociais, tornam tensa a ação, tornam complexo o julgamento e um risco, a decisão.

Um segundo “contrário surpreendente” a ser lembrado, relaciona-se à institucionalização e produção de serviços em escala social, encontrando determinadas formas mercantis de viabilizar o consumo, e, de outro lado, a produção do cuidado em atos individualizados, exclusivos e privados - a tradicional consulta médica. A consulta simboliza tanto a independência do ato técnico, quanto seu isolamento como produção social. Contudo essas características serão tensionadas pela intensa especialização do trabalho e a institucionalização de situações não individuais, mas grupais de atuação,

como na equipe de trabalho ou nas clientelas institucionais de convênios ou seguros-saúde.

Em analogia ao que ocorre com diversos ramos da produção, também os serviços médicos tornam-se produção empresarial. Assim, quer pela especialização, quer pelas formas de institucionalizar-se, respondendo a crescentes custos, cada atuação individualizada torna-se dependente e complementar de outras, criando a necessidade efetiva de composição de atos parcelares para a satisfação das necessidades assistenciais. Ao mesmo tempo, ocorre a formação de coletivos sociais no interior dessa progressiva segmentação do trabalho.

Por razões financeiras e mercantis, há o estabelecimento de estratos de clientela socialmente diferenciados. Esse processo permite representar em “estereótipos” seus participantes e constitui muitas vezes o fundamento de apreensão da problemática do doente e, portanto, uma das bases construtoras da intervenção. Por exemplo, é comum pensarmos os pacientes do “setor público” como pessoas sempre iguais, indivíduos de “mesmo tipo”, porque têm mesmo certas características comuns: são a população mais carente, com mais dificuldades de cumprir os projetos diagnósticos e/ou terapêuticos etc... O pressuposto cria uma tensão com o caso singular. O inverso deste exemplo também ocorre: é comum supormos a clientela do setor privado como tendo um comportamento oposto ao da clientela anterior, e dotada de características uniformes e homogêneas. Podemos nos surpreender, positiva ou negativamente e em ambas as situações, diante do caso singular concreto...

O mesmo processo, visto do ângulo dos profissionais, significa estratificações, em termos de equipes institucionais. A divisão mais geral realiza-se em enquadramentos tecnológicos conformes com o estatuto econômico-financeiro da empresa. No lugar de um agente de trabalho, surgem equipes em rodízio a se relacionarem com o mesmo caso, além da heterogeneidade das equipes formadas.

Por último, mas não menos importante, temos, como “contrário surpreendente”, o resultado da própria ampliação da base científica dessa ação médica. Fruto da maior objetividade conquistada na incorporação maciça dos equipamentos, esse processo também aumenta a visibilidade social do julgamento clínico, seja para o doente individual, seja para as avaliações ou auditorias institucionais (aqui mais preocupadas, via de regra, com os custos da empresa do que com a qualidade ou equidade do cuidado). Isto sem dúvida entra em conflito com as formas mais tradicionais do julgamento médico e influencia a tomada das decisões. Afinal, à experiência pessoal do médico ou à sua percepção do que sejam as necessidades sociais (do caso), agregam-se os determinantes

econômicos da política institucional, cujos valores são distintos na empresa pública ou privada.

O produto de todas essas alterações será sem dúvida uma requalificação da antiga relação interindividual, privada e pessoal entre o médico e o paciente, sobre a qual assentava-se uma determinada forma de agir, com qualidades de humanismo, pessoalização e responsabilidade que eram conformes com o momento contextual dado. Realizando-se, nos dias de hoje, enquanto intercoletivos, mais pública e impessoal, essa nova articulação representa uma relação entre consumidores e produtores indiferenciados ou então, entre clientela e medicina, a qual, por sua vez, só é vista como tecnologia. Mas se de fato a medicina adquiriu feições mais objetivas, nem por isso anulou a presença do subjetivo e do social no julgamento, que projeta a ação e, pois, no âmbito da própria técnica.

Todas essas tensões encontram sua superação no próprio curso do ato médico. Representam, pois, aprendizado de saber prático. Não tanto relativo ao caso, em termos científicos, mas relativo à tecnologia da ação, ao modo de agir concretamente como operação cotidiana do trabalho. Em muitos contextos esse aprendizado é bastante difícil, porque as tensões se radicalizam: ou porque as políticas institucionais e empresariais detêm exigências impeditivas da aplicação científica, ou porque a clientela encontra-se excluída das possibilidades tecnológicas melhores. Ou ainda por diversos outros motivos, que encontraremos em grande número na prática do dia-a-dia.

Assim, o desempenho médico encontra-se em situação de conflito: em qualquer direção que vá a escolha de sua ação, o agir efetivo não será o que espera como a melhor prática; não lhe é satisfatório...

Examinemos melhor esse conflito, sua possível superação e a relação que essa possibilidade tem com a educação e a formação escolar do médico.

Conflitos no cotidiano médico: desafios éticos e educacionais

Em outro texto mencionado (Schraiber, 1996), examinamos esta situação de tensões entre exigências do ato médico como “um conflito de deveres”, expressão tomada de Ricoeur (1995). Quando em conflito quanto à nossa ação e diante da necessidade prática de agir (e, particularmente em nosso caso, necessidade de uma decisão de trajeto da intervenção) segundo este autor, apelamos à ética, como base para a nossa escolha. Nestas circunstâncias, a ética aqui se apresenta quer pela via das questões tradicionalmente tratadas pela bioética, quer pela via de uma ética profissional, representada pelas boas escolhas para o agir e pelo bom exercício do escolhido no

processo da ação, mostrando a dupla natureza da presença da ética neste agir profissional.

Ricoeur (1995) ressalta o “caráter trágico da ação” nestas circunstâncias de conflito de deveres, o que qualifica bastante bem a noção anterior de dificuldade da ação médica (**ato difícil**). Difícil porque agrega à complexidade científica, algo de muito humano, que é o sofrimento implicado na escolha entre deveres, introduzindo-nos a problemática da subjetividade que se articula à objetividade técnico-científica, no exercício cotidiano da profissão. A discussão ética que tem surgido nas situações mais extremas dessa ordem, como as do caso de doente terminal, ilustram nossa imagem de algo que pode ser trágico em uma ação técnica.

Por outro lado, o mesmo autor, e também Heller (1991), explicam-nos as razões pelas quais esse tipo de situação é apelo à ética que se situa no âmbito da vida prática, no cotidiano, **imerso no processo interativo**, não podendo por isso mesmo ter, de antemão, uma solução. Não há, nesse sentido, uma forma operacionalmente sempre correta e eficaz de proceder, uma ética que funcione como uma lei científica e possa ser ensinada ou aprendida do mesmo modo como o fazemos com nossas técnicas na escola. Há, sim, valores sociais nos quais nos socializamos e, nesse sentido, ao vivê-los, aprendemos ou adotamos comportamentos adequados, como na cultura profissional e sua deontologia.

É certo que se inserirmos espaços na formação escolar que nos permitam conhecer e refletir sobre todas essas questões, e em especial conhecer o que tem sido a cultura profissional e aprender o código de ética que a profissão assume, sem dúvida construiremos uma base, um ponto de partida, nessa direção. No entanto, observemos que na situação de conflito de deveres estaremos diante de contraditórios cuja resolução apenas cabe no contexto prático. Seu aprendizado por isso é o da experiência, individual e compartilhada, como momento de criação de cada profissional, que re-cria a regra, socializa o descoberto e vivencia intensamente a arte de sua profissão.

Assim sendo, se devemos pensar em espaços próprios, no âmbito da formação escolar, como o são, quer as disciplinas, quer os estágios práticos, que coloquem no interior dessa educação (escolar) o conhecimento mais teórico, mais objetivo ou mais adestrador, relativamente aos valores, será sempre um movimento na pretendida direção ética.

Observemos, contudo, uma segunda e adicional alternativa: reconhecer a interatividade necessária da prática em saúde. De um lado, entre profissionais, sejam todos médicos ou não. Nessa proposição teremos uma troca das experiências profissionais entre si e poderemos saber também (conhecer) como outros profissionais da saúde e atuantes em saúde decidiram, em circunstâncias semelhantes, embora nunca iguais. Isto certamente auxilia a conformar a bagagem ética, à qual apelamos na reflexão prática. Por isso socializar o vivido profissional, de modo formal, como em eventos científicos ou

publicações, ou mesmo, nas reuniões de discussão de casos, ou então de modo mais informal, como as discussões nos corredores e espaços de encontro, são modos de reviver a prática, narrar as experiências e compartilhar dúvidas, acertos e emoções... Trabalhar intersubjetivamente, por trocas entre colegas, o complexo, o arriscado e o difícil.

Se toda uma espécie de “jurisprudência” da intervenção cientificamente amparada assim se forma, pela troca e interatividade entre os profissionais, não há dúvida de que uma outra troca, não menos eticamente fundamental, começa a se revelar: a da vivência do doente. Esta tem sido ressaltada em termos da experiência com o adoecimento. Apontamos aqui não apenas nessa direção, mas a experiência com a assistência, o vivido no interior dos processos diagnósticos e terapêuticos, trazendo o encontro intersubjetivo de experiências agora para o plano da relação interindividual de sujeitos tradicionalmente polares e assimétricos no interior da ação médica. Relações médico-paciente, ou profissional de serviços de saúde-usuários são novos desafios a examinarmos na conexão entre a face técnica e ética de nossa prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAGA, J. C.S., PAULA, S. G. **Saúde e Previdência**: estudos de política social, São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.
- DALMASO, A. S. W. **Estruturação e transformação da prática médica**: estudo de algumas das características do modelo de trabalho na segunda metade do século XIX e início do século XX. São Paulo, 1991, Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina USP.
- DONNANGELO, M. C. F., PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**, São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- DUSSAULT, G. A. gestão dos serviços públicos de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 26, n.2, p.8-19, 1992.
- FREIDSON, E. **Profession of Medicine**: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd, Mead and Company, 1970.
- GUIMARÃES, R. (Org.) **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- HELLER, A. **Sociología de la vida cotidiana**. 3. ed. Barcelona: Ediciones Península, 1991.
- MACHADO, M. H. Sociologia de las profesiones: un nuevo enfoque. **Educación Médica y Salud**, Washington, v. 25, n. 1, p.28-36, 1991.
- MENDES, E. V.(org.) **Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**, São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 1993.

- NOGUEIRA, R. P. **Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica.** Rio de Janeiro, 1977, Dissertação (Mestrado) Instituto de Medicina Social, UERJ.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico.** São Paulo, 1979, Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina, USP.
- PAIM, J. S. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1994.
- RIBEIRO, J. M. **Trabalho Médico: ciência, arte e ação na conformação da técnica.** Rio de Janeiro, 1995 Tese (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde. 2 v.
- OLIVEIRA, J. A. A., TEIXEIRA, S. M. F. **(IM)PREVIDÊNCIA SOCIAL: 60 Anos de História da Previdência no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.
- POSSAS, C. A. **Saúde e Trabalho: a Crise da Previdência Social.** Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1981.
- RICOEUR, P. **LEITURAS 1: Em torno ao político.** São Paulo: Ed. Loyola, 1995.
- SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho.** Limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SCHRAIBER, L. B. O Trabalho Médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n.1, p. 57-64, 1995a.
- SCHRAIBER, L. B. Políticas Públicas e Planejamento nas Práticas de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 28-35, 1995b.
- SCHRAIBER, L. B.-Profesión Medica: representación, trabajo y cambio. **Rev. Educación Medica y Salud**, Washington, v. 25, n.1, p. 58-71, 1991.
- SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, v. 19, p.106-121, 1996.
- SCHRAIBER, L.B.-Ética e subjetividade no trabalho em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v.12, p.45-50, 1996.
- SCHRAIBER, L. B., PEDUZZI, M. Tendências e possibilidades da investigação de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. **Educación Medica Y Salud**, Washington , v. 27, n.3, p.295-313,1993.
- SCHRAIBER, L.B., MACHADO, M. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre Recursos Humanos em saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, S.M.F (org.) **CEBES, 20 anos**, (prelo).



A Operação, 1920, DIEGO RIVERA. Coleção Dr. José de Jesus Marín, cidade do México.

“Cirurgiões anônimos e o trabalho voltado para a vida” prenunciam a grande obra mural que pretendeu redimir artisticamente o povo indígena.

(Gênios da Pintura).