

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

CERES PIZZATO FAVIEIRO

**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**

Prof. Dr. Léo Peixoto Rodrigues
Orientador

Porto Alegre

2007

CERES PIZZATO FAVIEIRO

**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**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais, pelo Programa de Mestrado em Ciências Sociais Organização e Sociedade, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Léo Peixoto Rodrigues.

Porto Alegre
2007

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F274c Favieiro, Ceres Pizzato

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 / Ceres Pizzato Favieiro – Porto Alegre, 2007.

169 f.

Diss. (mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação Ciências Sociais. Mestrado em Ciências Sociais. PUCRS, 2007.

Orientação: Prof. Dr. Léo Peixoto Rodrigues.

1. Conselhos Profissionais. 2. Políticas Públicas. 3. Saúde – Aspectos Sociais. 4. Política de Saúde. I. Título.

CDD 361.8

Bibliotecário Responsável

Ednei de Freitas Silveira

CRB 10/1262

CERES PIZZATO FAVIEIRO

**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**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais, pelo Programa de Mestrado em Ciências Sociais Organização e Sociedade, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Léo Peixoto Rodrigues – PUCRS

Prof. Dr. Daniel de Mendonça – UFPEL

Prof. Dr^a Ivonilda Mello Hansen – PUCRS

Prof. Dr. Emil Albert Sobottka – PUCRS

Dedico este trabalho

*a meus pais, **Domingos Favieiro e Hayde Pizzato Favieiro** (in memorium),*

pela educação que me foi dada, por me ensinarem a perseverar, mesmo nas dificuldades, pelos valores que me transmitiram, pelo exemplo que foram para mim e por me fazerem acreditar que com esforço, tudo é possível e a ter fé.

*a meus filhos **Diego e Virginia,***

meus maiores tesouros e alegria de viver, meus companheiros de todas as horas; e

*ao meu netinho **Renan***

luz da minha vida.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço ao meu querido, orientador e amigo,

Professor Doutor Léo Peixoto Rodrigues.

Agradeço,

pela confiança e pelo estímulo;

pelos ensinamentos transmitidos;

pela dedicação que tem ao Saber;

pela sua exigência, que fez de mim melhor aprendiz;

e pela sua bondade que me fez

melhor do que sou.

Obrigada!

Por todo apoio dado,

pela companhia sempre estimulante e agradável;

pelo conhecimento, que tão generosamente compartilhado com todos.

Um Mestre.

Um Amigo.

Inesquecível!

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

à Deus pela vida e por tudo o que me deu;

*à minha querida colega e amiga Enfermeira e Mestre Fátima Florentino, pelo auxílio,
pelo companheirismo e incentivo;*

à amiga e colega, Mestre Cibele Cheron, pela ajuda e amizade;

aos amigos, pelo apoio dado nesse percurso;

à minha tia Sheila Pizzato Perrot, pelas palavras amigas e pelo incentivo;

*aos professores Dr^a. Ivonilda Hansen, Dr. Daniel de Mendonça e Dr. Emil Sobottka
que aceitaram o convite para participar da Banca Examinadora desta
dissertação.*

RESUMO

A área da Saúde, reconhecidamente uma área problemática e de difícil solução no Brasil, apresentou uma grande transformação a partir da Constituição de 1988, que instituiu como direito social a universalidade, a igualdade e a equidade dos serviços de Saúde. Surge um novo momento, corolário de uma mudança paradigmática quanto ao significado do que é Saúde, aliada à participação política da Sociedade Civil e ao exercício da cidadania.

A Constituição Brasileira de 1988, ao reconhecer a Saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, estabelece a universalidade, a integralidade, a descentralização e a gratuidade, bem como a participação da sociedade na formulação das políticas públicas. A questão do direito à Saúde para todos abre um campo de lutas políticas e ideológicas. Tais mudanças provocaram uma reconfiguração do campo da Saúde, remodelando, igualmente, as práticas dos Conselhos Profissionais de Saúde, que são os reguladores do exercício profissional, no caso desta pesquisa, especificamente: os Conselhos Profissionais de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina. A presente pesquisa buscou expor as novas relações constituídas entre estes Conselhos, seus profissionais, a Sociedade Civil e o Estado, à luz das Ciências Sociais. As ações dos Conselhos são pautadas por diretrizes de cunho social, como: identidade, disputa de poder, proteção e manutenção do campo profissional, possibilitadas pela legitimação do conhecimento adquirido. Através de uma perspectiva qualitativa realizada com profissionais farmacêuticos, profissionais enfermeiros e profissionais médicos, em Porto Alegre, foram obtidos dados que, uma vez analisados, permitiram conhecer quais são os interesses que modulam as relações entre os diversos atores sociais da área da Saúde, com cada um dos Conselhos Profissionais pesquisados, ao possibilitar o conhecimento de como estes Conselhos Profissionais interagem com os diversos atores sociais inseridos em um determinado tempo e espaço social.

Palavras-chave: Conselhos Profissionais. Farmacêuticos. Enfermeiros. Médicos. Redemocratização. Sociedade Civil. Cidadania. Disputas. Saúde.

ABSTRACT

Health care in Brazil, an admittedly troubled area with no easy solution in sight, experienced considerable transformation since the implementation, in the 1988 Constitution, of social rights such as universality, equity and equality of health services. This was the beginning of a new phase that resulted from a pragmatic change in the definition of Health along with society's political participation and exercise of citizenship. As the 1998 Constitution recognizes the rights of its citizens and the duties of the State, it establishes the universality, wholly, decentralization and gratuity as well as the civil participation in public policy creation. The question regarding universal health rights opens the field of political and ideological debates. Such changes caused the reconfiguration of the health care system as well as the impact on practices adopted by professional health organizations and committees who are responsible for professional oversight in the health care area. This research attempted to expose, under the social sciences light, new relationships built between these committees, its associated professionals, society in general and the State. The actions of these committees follow the socially driven directives such as identity, control over power, protection and maintenance of the professional field. These same actions were made possible through the legitimacy of the acquired knowledge. It was possible, through analysis performed on data obtained from the qualitative research of pharmaceutical, nurses and medical professionals in Porto Alegre (RS), to define which were the interests that shaped the relationships between social actors in the health care system such as the professional committees, and their interactions within a specific social scope and time.

Keywords: professional committees, pharmaceuticals, nurses, doctors, re-democratization, civil society, citizenship, disputes, health

LISTA DE SIGLAS

ABI — Associação Brasileira de Imprensa
ABNT — Associação Brasileira de Normas Técnicas
AI-5 — Ato Institucional número 5
AIDS — Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMB — Associação Médica Brasileira
ANVISA — Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARENA — Aliança Renovadora Nacional
CFF — Conselho Federal de Farmácia
CRF — Conselho Regional de Farmácia
CFM — Conselho Federal de Medicina
CNS — Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS — Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS — Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
EC 29 — Emenda Constitucional Nº. 29
COREN — Conselho Regional de Enfermagem
EUA — Estados Unidos da América
FARMAG — Farmácia Magistral
FIOCRUZ — Fundação Oswaldo Cruz
INCQS — Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
LACENS — Laboratórios Centrais de Saúde Pública
MDB — Movimento Democrático Brasileiro
MP — Ministério Público
MS — Ministério da Saúde
OAB — Ordem dos Advogados do Brasil
OIT — Organização Internacional do Trabalho
OMS — Organização Mundial da Saúde
ONG(s) — Organização Não-Governamental(is)
ONU — Organização das Nações Unidas
RT — Responsável Técnico
PUCRS — Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PFL — Partido da Frente Liberal
PL — Projeto de Lei
PMDB — Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PSF — Programa de Saúde da Família
RTME — Revolução da Transformação Microeletrônica
SC — Santa Catarina
SNVS — Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS — Sistema Único de Saúde
UNE — União Nacional dos Estudantes

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. O CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO BRASILEIRO DOS ANOS 80: DA REDEMOCRATIZAÇÃO E MUDANÇAS SOCIAIS NA ERA DA INFORMAÇÃO.....	23
2.1 INTRODUÇÃO.....	23
2.2 A DEMOCRACIA CONTEMPORÂNEA.....	24
2.2.1 A Passagem do Regime Autoritário para a Redemocratização: breve retrospectiva.....	24
2.2.2 A Nova Constituição e a Efetiva Ampliação dos Direitos Sociais.....	30
2.3 OS MOVIMENTOS SOCIAIS A PARTIR DO PROCESSO DE REDEMOCRATIZAÇÃO.....	33
2.4 O SOLO FÉRTIL PARA AS CONSEQUENTES MUDANÇAS NA SAÚDE.....	36
2.4.1 A Cidadania.....	36
2.4.2 A Descentralização da Saúde.....	39
2.5 A SOCIOLOGIA DA INFORMAÇÃO E SUA REPERCUSSÃO NA ÁREA DA SAÚDE.....	42
2.5.1 O impacto da Tecnologia Informacional na Saúde.....	45
2.6 CONSIDERAÇÕES.....	47
3 A CONSTRUÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL CONTEMPORÂNEA: AS DISPUTAS QUE ESTÃO EM JOGO.....	49
3.1 INTRODUÇÃO.....	49
3.2 A QUESTÃO DA ORDEM SOCIAL: UMA REFLEXÃO SOBRE O CONFLITO E A TEORIA DA COERÇÃO.....	50
3.3 O PAPEL DO ESTADO NA ATUAL ORDEM DEMOCRÁTICA E AS DISPUTAS PELO PODER.....	55
3.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DENTRO DO PROCESSO DE REDEMOCRATIZAÇÃO.....	60
3.5 CONSIDERAÇÕES.....	67

4. AS DISPUTAS AGÔNICAS NO CAMPO DA SAÚDE, A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS PROFISSIONAIS: LEGITIMAÇÃO, CONSERVAÇÃO E AMPLIAÇÃO DO PODER.....	69
4.1 INTRODUÇÃO.....	69
4.2 ATORES SOCIAIS: A ATUAÇÃO DOS CONSELHOS E DAS CONFERÊNCIAS DA SAÚDE: A PRESENÇA DO SUS E DA ANVISA.....	70
4.3 O CAMPO DA SAÚDE COMO ESPAÇO SOCIAL DE DISPUTAS PROFISSIONAIS.....	75
4.3.1 A Constituição do Saber das Profissões de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina.....	77
4.3.2 Aspectos da gênese das profissões de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina.....	81
4.3.3 Os Conselhos Profissionais de Saúde.....	87
4.4 CONSIDERAÇÕES.....	96
5. OS CONSELHOS PROFISSIONAIS DE FARMÁCIA, ENFERMAGEM E MEDICINA: COMPARAÇÃO E ANÁLISE DE CONTEÚDO COMO PERCURSO METODOLÓGICO.....	98
5.1 INTRODUÇÃO.....	98
5.1.1 O delineamento da pesquisa.....	98
5.1.2 Dimensão empírica e coleta de dados	100
5.1.3 Tratamento dos dados.....	102
5.2 CONHECENDO OS NOVOS CONSELHOS PROFISSIONAIS DE FARMÁCIA, DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA: UMA ANÁLISE DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS.....	102
5.2.1 A visibilidade dos Conselhos Regionais (farmacêutico, enfermeiro e médico) na percepção dos seus profissionais: as diferentes conquistas e remunerações econômicas.....	104
5.2.2 Ações fiscalizadoras dos Conselhos e controle social.....	109
5.2.3 A influência da legitimação do saber de cada profissão nas diferentes posturas assumidas pelos Conselhos em relação aos seus profissionais.....	120

5.2.4 Representação política dos Conselhos com o Estado e com a sociedade civil.....	124
5.2.5 Fatores que favorecem a supremacia de um Conselho em relação aos outros dois Conselhos investigados.....	127
5.2.6 Fatores que predispõem às disputas pelas fronteiras na dimensão corporativa	135
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
REFERÊNCIAS.....	155
ANEXOS.....	160
ANEXO A – Lei do Ato Médico.....	161
APÊNDICES.....	163
APÊNDICE A – Solicitação da Pesquisa.....	164
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	165
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista.....	168

1 INTRODUÇÃO

A Nova Constituição, promulgada em 1988, que contemplou de maneira particular os direitos sociais, dentre eles, de forma especial, o direito à saúde, provocou uma reordenação e inovação nas diretrizes políticas aplicadas nessa área até então. Uma disposição necessária, sem dúvida alguma, já que a Saúde ainda é um dos maiores problemas sociais a serem enfrentados pelo Brasil. Todavia, o amplo alcance das mudanças, implementadas na Saúde, implicou em uma reorganização de diferentes setores e instituições que compunham este campo.

Os movimentos sociais que surgiram no Brasil, ao final da Ditadura Militar, tiveram um papel importante, tanto no processo de construção de uma nova democracia do País quanto na contemplação dos direitos sociais como um todo. A Constituição Cidadã, conforme ficou conhecida, previu a participação da sociedade, através dos seus representantes, nos conselhos de gestão pública. Com a ampliação do espaço político de participação social e do exercício da cidadania, previsto pela Constituição de 1988, instaura-se um novo momento sociopolítico brasileiro. A abertura política, ocorrida no Brasil nesse período, e os movimentos sociais realizados pela população, que trouxeram como consequência a reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitaram o exercício da cidadania plena, concretizada pela nova Constituição Brasileira. A partir de então, importantes modificações foram introduzidas nas políticas de Saúde, reconfigurando o cenário da Saúde no País.

A ampliação dos direitos à Saúde, como dever do Estado e um direito extensivo a toda população de forma igualitária e gratuita – garantido mediante políticas sociais e econômicas que visavam à redução do risco de doenças e à busca pela prevenção e voltadas para a promoção, proteção e recuperação da Saúde –, respondeu aos anseios da sociedade brasileira que, já no período pré-constituente, lutava para a redemocratização do País e pelo pleno exercício da cidadania.

Os movimentos sociais organizados e a emergência de novos atores sociais — organizações não governamentais (ONG's), associações comunitárias, conselhos de controle social, entidades representativas dos profissionais de saúde — resultaram em uma nova postura do Estado frente às demandas sociais. As políticas

na área da saúde, que decorreram do processo de redemocratização, corresponderam a uma das etapas da conquista da cidadania.

A Constituição de 1988 criou o Sistema único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis nº. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº. 8.142/90, com a finalidade de universalização da assistência à Saúde da população, e em 1999, dentro do projeto de descentralização da Saúde, é criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que tem por finalidade institucional promover a proteção da saúde da comunidade por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária. O SUS e a ANVISA são as principais instituições, ligadas ao Ministério da Saúde, tanto de execução quanto de autoridade para implementar e fiscalizar as políticas de saúde no Brasil. A concepção dessas duas instituições foi moldada segundo o padrão vigente dos preceitos estabelecidos pela Constituição de 1988.

A nova ordem social brasileira determinou uma reconfiguração no campo da Saúde, tanto pelas mudanças na concepção e conceito do significado de Saúde — proferido pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil — quanto pela inserção de novos atores sociais na sua gestão. É um novo momento na construção de uma “nova sociedade civil brasileira”, mais amadurecida e consciente quanto aos seus direitos e ao exercício de cidadania.

As transformações, ocasionadas pela redemocratização do Brasil e pela Constituição de 1988, repercutiram nos fazeres dos atores sociais que integram o conjunto entendido como “área da Saúde”. Nesse grupo estão incluídos os Conselhos Profissionais de Saúde, que tiveram igualmente suas práticas alteradas pelas mudanças ocorridas nessa área, como todos os outros atores da Saúde. Foram destacados três Conselhos da área da Saúde como recorte da pesquisa, a saber: o Conselho Regional de Farmácia, o Conselho Regional de Enfermagem e o Conselho Regional de Medicina, todos do Rio Grande do Sul, para conhecer e compreender, à luz das Ciências Sociais, como têm se dado, até os dias de hoje, as relações desses Conselhos de práticas remodeladas com seus profissionais, com o Estado e com a sociedade.

A participação de uma sociedade mais informada e consciente de seu poder de reivindicação, e até mesmo de pressão, através do voto direto e da livre opinião

pública, tem repercutido nos fazeres dos Conselhos Profissionais de Farmácia, Enfermagem e Medicina. Órgãos, esses, que regulamentam, habilitam e fiscalizam as profissões de farmacêutico, de enfermeiro e de médico no âmbito ético, respectivamente, atuando diretamente na área da Saúde e em todo universo que a compõe, juntamente com o Estado, através da formulação de leis, regras e normas de políticas de saúde formando uma teia de relações em que convivem interesses distintos.

Neste ambiente em que coexistem vários interesses, os Conselhos Profissionais relacionam-se, por um lado, com os profissionais que são partes integrantes dos mesmos e que demandam questões sociais, tais como: a empregabilidade, a autonomia da profissão — limites e fronteiras — e a sua manutenção; e, por outro lado, com os governos, Federal, Estadual e Municipal — cuja finalidade é legislar sobre as políticas públicas de governabilidade que pautam as ações dos Conselhos — e a sociedade civil para a qual essas políticas são dirigidas. Os Conselhos ocupam-se, tanto com questões como: universalidade e equidade da Saúde, ética e segurança quanto com aspectos econômicos; isto é, como garantir o campo e a continuidade da profissão em um universo cada vez mais diversificado e concorrido, potencializado pelo surgimento de novas profissões e especialidades na área biomédica. Esses atores constituem, assim, uma malha de relações em que se produzem disputas em uma arena ampliada por novos atores sociais — ONG's, sindicatos, federações, a mídia e associações comunitárias e profissionais —, representando segmentos específicos da sociedade.

Em vista do exposto anteriormente, faz-se necessário o (re)conhecimento de como cada um desses Conselhos está lidando frente às novas demandas da Saúde, com o Estado e com a Sociedade civil, que se configuraram em uma nova forma de relacionamento ainda não inteiramente conhecida, entre esses novos atores — dado o advento da Constituição de 1988.

Buscou-se, assim, representar esquematicamente na figura a seguir (Fig.1), o campo agônico formado pelas inter-relações entre os atores descritos anteriormente, que disputam por legitimidade e reconhecimento:

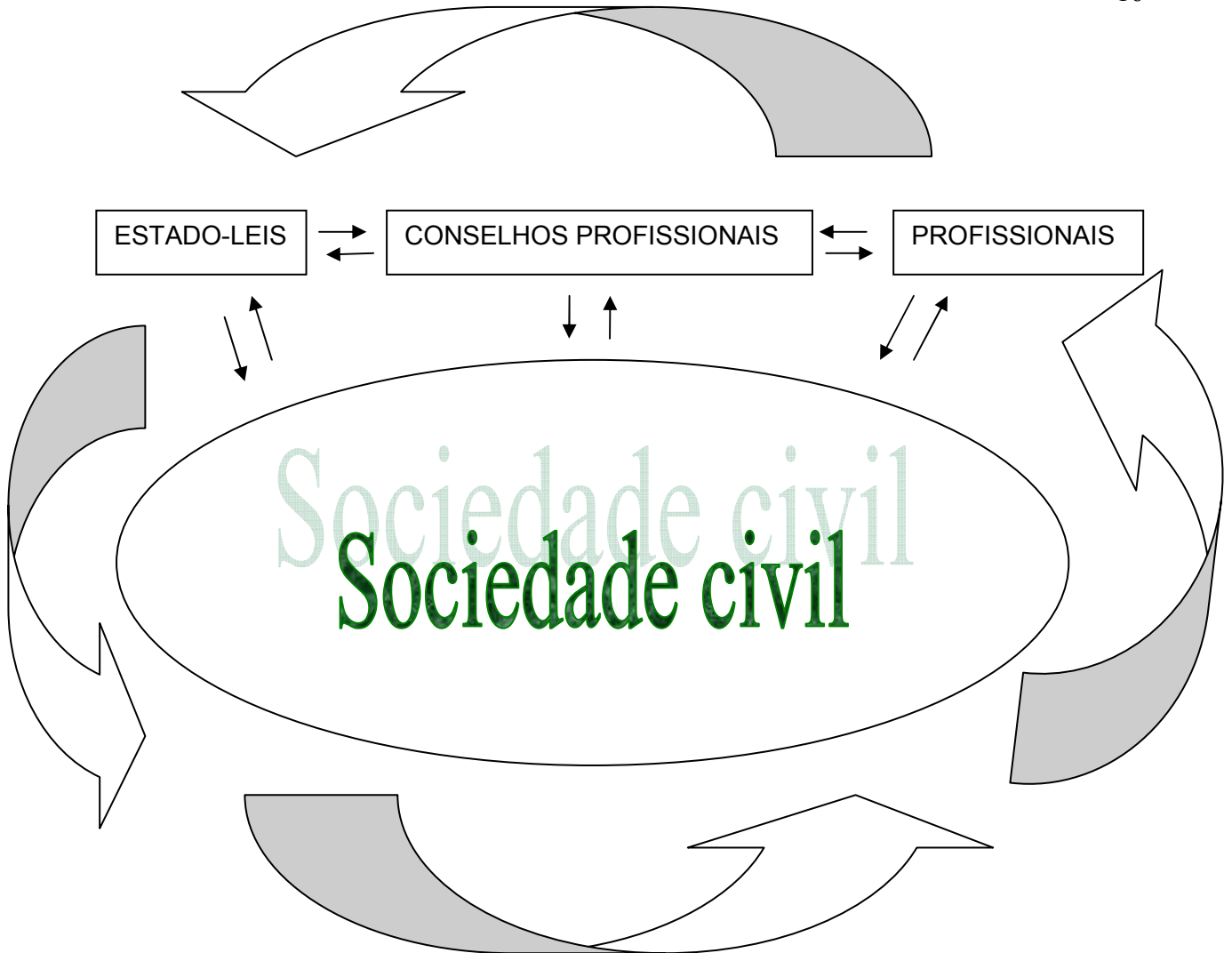


Figura 1 — Esquema: o campo de disputas agônicas formado pelas relações entre a Sociedade Civil, o Governo e os Conselhos Profissionais de Farmácia, Enfermagem e Medicina.

Um novo momento político-social, vivido a partir da Constituição, coloca no cenário desses “novos” Conselhos três atores coletivos; a saber: os próprios Conselhos e suas gestões políticas; o Estado, através da formulação de leis, regras e normas de políticas de saúde; e, por fim, os profissionais vinculados a esses Conselhos.

A partir da problemática anteriormente apresentada, esta pesquisa teve, como hipótese geral, a suposição de que, apesar desses três Conselhos profissionais estarem sujeitos às mesmas leis do País, de serem os três órgãos fiscalizadores, responsáveis por três profissões que são igualmente profissões da Saúde e de possuírem códigos de ética semelhantes, a sua dinâmica na condução e execução da fiscalização dos seus profissionais é diferente; como também são distintas as formas como lidam com as demandas produzidas pela sociedade civil e pelo Estado.

As hipóteses secundárias, a guisa de explicar os motivos dessas diferenças, estão baseadas no fato de que: 1) houve efetivamente uma reconfiguração nas práticas desses Conselhos e essa foi causada pela redemocratização e pela Nova Constituição; 2) os interesses dos Conselhos não se encontram restritos apenas ao seguimento das normas ditadas pelo Ministério da saúde, porém preocupam-se, da mesma forma, com as pressões exercidas pela sociedade e pela mídia; 3) respondem também às expectativas relacionadas à profissão, como: perda de poder e hegemonia, conquista, articulação e intermediação de interesses através da participação nas políticas públicas, favoráveis corporativamente; e, 4) essas diferenças estão vinculadas, em parte, ao processo sócio-histórico-cultural através do qual foi formatada e construída a respectiva profissão. Essas diferenças têm seu alicerce fundado no contexto histórico em que se originou cada uma dessas profissões.

De acordo com as hipóteses levantadas, a pesquisa teve como objetivo expor a arena formada por esta rede de relações constituídas pelos atores sociais descritos, em busca de conhecer e compreender, através de um estudo no âmbito das Ciências Sociais, quais são os interesses que têm pautado as ações dos Conselhos Profissionais na área da saúde — especialmente frente às diversas modificações que vem sofrendo este campo após a promulgação da Constituição de 1988 — e suas relações com seus respectivos profissionais, com a sociedade civil e com o Poder Público.

Conhecer e compreender as relações entre os Conselhos de Farmácia, Enfermagem e Medicina, com os novos atores sociais que emergiram após a Constituição de 1988, seus profissionais técnico-científicos e o Estado constituiu-se no objetivo central desta dissertação.

Essas relações fazem parte de uma base existencial numa posição social construída ao longo do tempo e que determina os fazeres de cada um desses Conselhos nas suas interfaces com a Sociedade Civil, o Governo e os profissionais neles inscritos. O próprio Conselho firma-se como um lugar de produção identitária e sua dinâmica política não se restringe apenas em respostas às imposições e limitações de seus ambientes, ela engloba, também, uma construção de atores que integram os constrangimentos externos como elementos de suas estratégias.

Para que se pudesse alcançar o objetivo indicado, dadas as diferentes dimensões do objeto de pesquisa, usou-se uma combinação de métodos e técnicas

que se constatou complementares. A pesquisa empírica foi realizada através de uma abordagem qualitativa, na qual foram utilizados, como tratamento dos dados obtidos, a análise de conteúdo e o método comparativo, os quais foram considerados apropriados a fim de compreender o “objeto” pesquisado.

Primeiramente, procedeu-se à coleta de dados através de entrevistas semi-estruturadas, feitas com profissionais farmacêuticos, profissionais enfermeiros e profissionais médicos, de diferentes instituições (hospitais, pronto-socorros, clínicas e instituições representativas de órgãos de classe) de Porto Alegre. Os dados coletados foram processados através da análise de conteúdo, de forma que fossem extraídos os elementos essenciais de significação. As unidades de significado foram classificadas em categorias, a fim de que estas informações categorizadas fossem passíveis de comparação. Finalmente, os elementos, referentes a cada Conselho Profissional, foram comparados. Cada especificidade, de cada Conselho, foi comparada, com as especificidades dos outros dois Conselhos investigados, de forma que se pudesse então, efetivamente, perceber as diferenças e as semelhanças entre eles, e chegar-se ao resultado da análise.

A pesquisa envolveu aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais que permearam as transformações ocorridas no âmbito da Saúde brasileira nas últimas duas décadas focadas para o cenário da Saúde em Porto Alegre, no momento presente, especificamente sob a ótica dos Conselhos Profissionais de Farmácia, Enfermagem e Medicina.

Assim, de forma a contextualizar e fundamentar as mudanças na Saúde, que tiveram reflexos nos Conselhos Profissionais, contemplando as questões políticas, econômicas e sociais responsáveis pelo contexto histórico destas mudanças, na primeira parte da fundamentação teórica da dissertação, *O CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO BRASILEIRO DOS ANOS 80: REDEMOCRATIZAÇÃO E MUDANÇAS SOCIAIS NA ERA DA INFORMAÇÃO*, tem a finalidade de demonstrar como o momento político, que precedeu, na década de 80, a redemocratização do País, foi favorável às mudanças políticas e sociais ocorridas nos anos seguintes. A sociedade mobilizou-se, participando de passeatas e movimentos em diversos engajamentos como, por exemplo, em prol do movimento das “Diretas Já” e a participação na Assembléia Constituinte. Diversas organizações articulam-se nesse período, representando segmentos da sociedade: movimentos feministas, de estudantes, dos empresários, etc. Com a abertura política e econômica que se

sucedeu no Brasil foi possível a entrada das novas tecnologias da informação no País, que instrumentalizaram a sociedade e foram responsáveis pelo maior acesso à informação e à conscientização, tornando efetiva a possibilidade do pleno exercício da democracia. A conjugação desses eventos, a partir da década de 80, tornou mais intensas e aceleradas, notadamente no Brasil, as mudanças sucedidas na Saúde, contribuindo para as alterações que viriam a seguir nesse campo. Este capítulo constitui-se em um “substrato” em que emergem as transformações ulteriormente apontadas.

Na segunda parte, *A CONSTRUÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL CONTEMPORÂNEA: AS DISPUTAS QUE ESTÃO EM JOGO*, mostra-se a emergência de uma nova sociedade civil, decorrente do processo de redemocratização do Brasil. A inserção de novos atores sociais na gestão das políticas públicas trouxe para a agenda política novos temas e diferentes perspectivas de discussão. As Conferências e Conselhos de Saúde consolidam-se como um espaço democrático de exercício e decisão política. São apresentadas algumas noções de coerção, disputa e conflito dentro de uma sociedade, a fim de identificar os mecanismos pelos quais atuam.

Também mostra o recrudescimento nas disputas da Saúde, a competitividade pelo campo de trabalho, pelas novas exigências provocadas pelo exercício da cidadania, de uma sociedade mais informada e consciente do seu poder de pressão. A Saúde, que sempre foi uma área problemática, torna-se mais do que nunca, palco para disputas e conflitos. As novas profissões querem firmar-se, legitimar seu saber na sociedade, as antigas não querem perder um poder que já tinham aquinhado, não querem retroceder em suas fronteiras já conquistadas, abrir espaço para outras profissões (novas ou já existentes), há um sentido de ameaça, de perda de hegemonia. A questão do trabalho em equipes pluridisciplinares para atendimento da população torna-se objeto de disputa. Pertencer ou não à equipe é mote para os Conselhos Profissionais fazerem “lobby” no Senado, lutando por leis que garantam poder às profissões que representam.

O Estado, nesse contexto, também teve que redimensionar seu papel. Diminuindo sua ação como executor e prestador de serviços, atuando mais como controlador e gerenciador, tornando efetivo o processo da descentralização fiscal, política e administrativa. São trazidas, também neste capítulo, questões referentes à formulação das políticas públicas sociais — como são feitas e por quem —,

apontando a influência de fatores externos nos interesses sociais, como, por exemplo, os interesses econômicos entre outros, trazendo especialmente aquelas discussões que são pertinentes à área da Saúde, dentro do espírito democrático e as suas limitações. O capítulo também busca demonstrar como os Conselhos Profissionais de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina atuam ao lidar com essas variáveis que mudaram a arena da Saúde, considerando que buscam contemplarem seus interesses.

Na terceira parte, *AS DISPUTAS AGÔNICAS NO CAMPO DA SAÚDE, A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS PROFISSIONAIS: LEGITIMAÇÃO, CONSERVAÇÃO E AMPLIAÇÃO DO PODER*, é feita uma reflexão sobre quem são os múltiplos atores sociais da pesquisa, que constituem o campo da Saúde onde ocorrem as disputas profissionais. Essa reflexão tem por objetivo apontar as mudanças ocasionadas pela participação da sociedade civil, bem como descrever os novos atores sociais nesta esfera. São apresentadas as instituições SUS e ANVISA, que são os dois órgãos do Ministério da Saúde que, basicamente, representam o Estado e que determinam, legalmente, as leis a serem cumpridas, as regras que deverão ser seguidas, trazendo os elementos que limitam as ações nesta área. São esses órgãos que balizam a área da saúde, determinando quais as profissões que farão parte da equipe de algum programa do Governo, como por exemplo, do PSF (Programa da Saúde da Família).

Também sentiu-se a necessidade, dada as dimensões culturais que estão implicadas, de fazer um breve histórico sobre a constituição das profissões de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina e as lutas ao longo da história para legitimarem seu conhecimento e persistirem no mundo, demonstrando o campo da Saúde como uma arena favorável para disputas sociais, um palco efervescente, em que novas profissões emergentes amiúde se legitimam, com fronteiras não nitidamente marcadas, que se interpenetram e se desdobram em uma multiplicidade de saberes.

Por último, são postos a descoberto alguns aspectos dos desafios a serem enfrentados pelos agentes deste campo de luta, frente às novas tecnologias informacionais e a complexidade do mundo contemporâneo. Para, então, finalmente, ser contextualizado o campo agônico formado pelo entrelaçamento das relações entre as profissões de Farmacêutico, de Enfermeiro e de Médico e seus respectivos

Conselhos Profissionais, com o Estado, e suas políticas públicas e leis, e com a sociedade civil.

Os interesses que têm pautado as disputas enfrentadas hoje pelos Conselhos Profissionais de farmacêutico, de enfermeiro e de médico podem ser conhecidos, sob a perspectiva das Ciências Sociais, examinando-se o contexto histórico em que surgiram estas profissões e, quais são os desafios que elas têm enfrentado atualmente. A análise procurou buscar novos olhares, em um esforço para romper preconceitos e predisposições.

A pesquisa realizada à luz das Ciências Sociais, ao invés da área de formação da pesquisadora que é Farmacêutica, constituiu-se um importante desafio teórico-epistemológico ao tentar enxergar de uma forma mais ampla (e estranhada) questões que não são facilmente perceptíveis pelos profissionais da ciência biomédica. Transitar por “dois mundos” de conhecimento configurou-se prodigioso, uma vez que amiúde foi necessário transcender o conhecimento, para em um esforço, buscar ver aquilo que “não era visto”. As subjetividades existentes nos discursos, as rupturas e as incongruências. Afastar-se da formação de origem, de seus saberes e de suas verdades, auxiliou o distanciamento necessário para que fosse possível perceber algumas semelhanças (nem tantas) e algumas diferenças (em maior número) entre os Conselhos de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina, e apreender a complexidade que existe nas intrincadas relações estabelecidas entre os atores do campo da Saúde, de maneira a aproximar-se, para conhecer alguns fatos que dão origem aos fazeres em saúde. Ousa-se afirmar que a técnica e o conhecimento científico da profissão, embora fundamentais e necessários, são apenas uma parte do conhecimento, e não, todo ele.

A contínua presença de notícias na mídia sobre as questões atinentes à área da saúde, nos últimos anos, leva a acreditar que a saúde brasileira ainda é um aspecto central na ordem social do País e tem merecido atenção especial dos mais diversos setores da sociedade: academia, organizações não governamentais (ONGs), imprensa e diferentes poderes governamentais.

A promoção da Saúde, como direito social extensivo a toda população brasileira de forma igualitária, conforme proclama a Constituição Brasileira de 1988, está longe de ser uma realidade nacional, apesar das diversas políticas públicas implementadas nesta área a partir da Nova Constituição com profundas redefinições no campo da saúde.

O papel dos Conselhos Profissionais de Saúde, especificamente o Conselho de Farmácia, o Conselho de Enfermagem e o Conselho de Medicina e suas relações com os diversos atores sociais tais como: os governos federal, estadual e municipal, os profissionais de saúde e a sociedade civil envolvem mecanismos complexos, que muitas vezes são conflitantes devido aos diferentes interesses desses atores, e que podem abranger aspectos sociais, políticos e econômico-financeiros.

As práticas em saúde realizadas pelos profissionais e suas entidades estabelecem relações sociais de saber-poder, em que as desigualdades sociais, existentes na área da Saúde brasileira, possibilitam um terreno fértil para disputas e jogos de poder entre os variados atores. São espaços sociais em que se encontram diversas profissões, muitas delas com fronteiras não bem definidas, e que concorrem entre si em busca de legitimação por parte da sociedade. Também as profissões de saúde, tais como as profissões de farmacêuticos, de enfermeiros e de médicos, disputam esse espaço gerando conflitos de interesses.

Tanto pela importância que as ações em saúde possuem, por seu incomensurável alcance e por suas múltiplas interfaces com o poder público que produzem impacto na vida cotidiana de milhões de brasileiros, quanto pela inexistência de pesquisa semelhante nas Ciências Sociais, feita principalmente a partir de 1988, julga-se relevante a realização de um estudo neste sentido sob o olhar desta Ciência.

Acredita-se que uma análise feita a partir das Ciências Sociais permitirá iluminar, explicar, especialmente no período pós-constituente, as relações de saber-poder entre os Conselhos Profissionais dos Farmacêuticos, dos Enfermeiros e dos Médicos, seus respectivos profissionais, o Governo e a Sociedade Civil e que possa contribuir para a reformulação de políticas públicas e diretrizes na área da Saúde do País.

O modo como se percebe o mundo define o significado que é conferido a um evento naquele exato instante.

2 O CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO BRASILEIRO DOS ANOS 80: REDEMOCRATIZAÇÃO E MUDANÇAS SOCIAIS NA ERA DA INFORMAÇÃO

2.1 INTRODUÇÃO

Para que se possa realizar uma análise das mudanças que incidiram sobre a área da Saúde brasileira nas últimas duas décadas, e que acabaram por desenhá-la tal como se apresenta contemporaneamente, é imprescindível conhecer o momento político anterior a esse período, o qual serviu de substrato para que se tornasse possível a ocorrência dessas transformações.

Conhecer as circunstâncias presentes no País, que antecederam ao período de redimensionamento da Saúde, faz-se necessário, uma vez que, tanto a redemocratização, com a conseqüente abertura para a participação da sociedade civil na formulação das políticas públicas de Saúde através do exercício da cidadania plena, quanto a revolução da microeletrônica, contribuíram de forma fundamental para que acontecessem essas transformações.

A conjugação desses eventos, a partir da década de 80, tornou mais intensas e aceleradas, notadamente no País, as mudanças sucedidas nessa área, alterando de forma indelével a história do desenvolvimento dos serviços de Saúde no Brasil.

Embora a revolução da microeletrônica tivesse iniciado nos Estados Unidos, no início dos anos 70, ela só chega ao Brasil na década de 80, após a abertura política e econômica ocorrida com o término da ditadura militar. A partir de então, com a redemocratização do País e o acesso ao conhecimento facilitado pela tecnologia informacional, a população brasileira torna-se mais crítica e questionadora quanto aos seus direitos sociais, passando a exigir que o Estado cumpra, minimamente, seu papel como provedor das condições sanitárias necessárias à manutenção da saúde para toda população. É uma postura inovadora da sociedade brasileira que está mais informada, inclusive, nas questões a cerca de suas próprias enfermidades e dos meios disponíveis para tratá-las. É uma mudança paradigmática, uma nova sociedade que reivindica a satisfação dos seus direitos de cidadania e que participa ativamente da esfera governamental atuando, por

exemplo, em conselhos de gestão para a formulação de políticas públicas, como, no caso, dos Conselhos de Saúde.

Para tanto, neste capítulo são destacados dois aspectos que, segundo o ponto de vista do pesquisador, possibilitaram a nova configuração da Saúde; são eles: as transformações políticas, com a transição do autoritarismo rumo à redemocratização do País, e as transformações tecnológicas que impactaram, tanto na expansão e na velocidade, com a qual é feita a comunicação humana no mundo, quanto nas práticas técnico-científicas propriamente ditas dos procedimentos em saúde.

Na primeira parte, é contextualizada a redemocratização do Brasil a partir da crise que levou ao término a Ditadura Militar, passando pela formulação e estabelecimento da Constituição de 1988, demonstrando a importância dos movimentos sociais como instrumentos de mudança nesses processos ainda incipientes, e, a seguir, são abordados alguns aspectos sobre os principais pontos do desenvolvimento da chamada Revolução da Transformação Microeletrônica (RTME) no mundo e suas conseqüências na área da Saúde.

Essas transformações alteraram de forma peremptória a configuração existente nas relações entre os diversos atores sociais partícipes desse cenário; como é o caso dos Conselhos Profissionais de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina. As novas relações entre esses atores aconteceram tanto pela a adição de novos atores sociais no cenário da Saúde quanto pelo novo momento político-econômico vivido pelo País. Devido a essas marcantes modificações, as relações entre os múltiplos atores sociais pertencentes à área da Saúde são reconfiguradas. Novas posições de poder são estabelecidas, e o espaço social formado pela área da Saúde torna-se um lugar propício para disputas por arranjos mais vantajosos, com maior autonomia e poder de decisão entre seus vários atores.

2.2. A DEMOCRACIA CONTEMPORÂNEA

2.2.1 A passagem do Regime Autoritário para a Redemocratização: breve retrospectiva

Após 21 anos de ditadura militar, que foi instaurada no País através da manobra política que ficou conhecida como o “golpe de 64”, havia um evidente

descontentamento por parte da população com o Governo. O País estava endividado, a inflação era alta e a recessão também. Ao longo da ditadura, em diferentes momentos, identificam-se indícios desse desagrado.

A insatisfação da população revelou-se através de diversas greves e manifestações públicas disseminadas pelo País. Castro (2006) cita, como exemplo dessas contrariedades, as greves ocorridas nesse período (dos metalúrgicos, dos mineiros) e a *Passeata dos 100 mil* no Rio de Janeiro, em 1968, que se constituiu numa das maiores manifestações populares da época, mobilizando toda sociedade civil contra a ditadura militar.

Diante da ameaça de perda de poder devido à instabilidade política, houve, em dezembro de 1968, uma reação dos militares: uma emenda à Constituição de 1967, chamada de Ato Institucional número 5 (AI-5). O objetivo do AI-5 era o de justificar os atos de exceção que se seguiram no governo, conferindo poder discricionário ao presidente da República que, como tal, poderia punir arbitrariamente os que se opusessem ao regime militar, ou assim considerados. Esse ato institucional, quando invocado, permitia que parlamentares fossem cassados sem opção de defesa; que juízes fossem demitidos ou removidos; que cidadãos tivessem seus direitos políticos suspensos e funcionários públicos civis e militares fossem demitidos ou aposentados. Segundo Mendonça (2004), uma das conseqüências negativas do regime autoritário, especialmente no que diz respeito ao Estado Democrático de Direito, foi, justamente, a sobreposição do poder executivo aos demais poderes (legislativo e judiciário) do qual o AI-5 é o exemplo mais significativo. No tempo em que vigorou o autoritarismo do AI-5, foram restringidas as liberdades civis, individuais e políticas, retardando o caminho democrático da Nação.

Pela ausência de legitimidade, os atos institucionais, decretos-lei, regulamentos executivos e outros instrumentos autoritários prejudicaram as atividades, tanto do poder judiciário quanto dos advogados. Os atos despóticos, produzidos pelo governo militar, geraram protestos diversos de diferentes instituições sociais: da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), da Associação Brasileira de Imprensa (ABI); de uma boa parcela da intelectualidade e produtores da cultura, bem como da população brasileira de forma geral. O uso desses expedientes governamentais provocava lutas pelos direitos humanos e pelas liberdades individuais por serem ilegítimos embora legais (FORGET, 1994).

Os problemas apontados anteriormente, haviam iniciado com a crise mundial do petróleo em 1973, quando o Brasil passou a enfrentar crescentes dificuldades econômicas, abalando a credibilidade do modelo econômico adotado até então pelo governo, e que constituía um importante elemento de legitimação do regime militar.

Nessa situação, em que o regime autoritário perdia legitimidade para governar, era necessário buscar novos mecanismos de recuperação do apoio perdido, tanto político quanto social. Para tanto, é empreendida uma proposta de abertura política no governo do general Ernesto Geisel (1974 a 1979), que deveria ocorrer de forma “lenta, gradual e segura”. Para ganhar maior credibilidade junto à população, o governo militar estabelece um projeto de liberalização política, o qual culminou com a extinção do Ato Institucional Número 5, em dezembro de 1978. Essa manobra política, que acabou por encorajar os movimentos sociais, foi o início do processo de transição política do autoritarismo à democracia. Para Mendonça (2004) e Diniz (1985), o primeiro passo da “abertura” tinha por objetivo a institucionalização do autoritarismo, segundo as próprias palavras do então presidente Geisel. Havia consenso quanto ao desejo de ver a desagregação da ditadura sem rupturas e sem conflitos profundos no seio da própria burguesia. Prudência necessária, de acordo com os militares, para que a sua supremacia não fosse colocada em risco, caso em que seria aberto espaço para que as classes menos favorecidas lutassem por melhorias significativas e almejassem tomar o poder.

No governo do presidente João Figueiredo (1979-1984), sucessor do presidente Ernesto Geisel, seguem-se novas medidas de abertura política: a Lei da Anistia e as eleições diretas para os governos dos estados; com isso é restabelecido o pluripartidarismo. Enquanto isso, a oposição ganha terreno com o surgimento de novos partidos e com o fortalecimento dos sindicatos. Figueiredo teve a tarefa de garantir a passagem de um governo ditatorial para uma democracia.

Segundo Diniz (1985), o motivo preponderante do “processo de abertura” foi o rompimento da burguesia com a tecnoburocracia estatal, aliado a outros elementos, como as divisões internas no Governo provocadas por grupos militares de extrema direita, as greves de trabalhadores e as pressões populares. A burguesia nacional — empresariado, banqueiros, Igreja Católica, profissionais liberais — a mesma que havia apoiado os militares no golpe de 64, deixa de chancelar a ditadura militar. A perda da aliança com a burguesia fragiliza ainda mais o governo, uma vez que ele depende da solidez desta união para uma melhor governabilidade. Acha-se sensível

às pressões populares também quanto ao arbitrarismo do AI-5 — auge da ditadura militar. Torna-se evidente o desgosto da população, rompe-se definitivamente a legalidade ditatorial.

Mendonça (2004) divide o período da passagem da ditadura para a volta à democracia no Brasil em três etapas: na primeira fase, o processo de abertura do País, entre 1974 e 1978, a disputa está restrita aos partidos políticos — de situação (ARENA) e de oposição (MDB) — com esse último acumulando tanto o apoio da população quanto o apoio parlamentar ao longo de todo período de transição. A partir de 1978, na segunda etapa, o processo passa a envolver também os “movimentos sociais”. O ano de 1979 foi de intensa mobilização: greves operárias lideradas por um movimento sindical revigorado; a participação da União Nacional dos Estudantes (UNE), com a adesão, inclusive, das entidades civis organizadas, a OAB, por exemplo, e da Igreja Católica. Mais de três milhões de trabalhadores de diferentes sindicatos, distribuídos por todo País, entraram em greve em 1979 (metalúrgicos do ABC paulista, da construção civil em Porto Alegre e Belo Horizonte, dos trabalhadores rurais em Pernambuco).

O aumento da população nas cidades, e a diminuição da população camponesa, não acompanhada de recursos suficientes e planejamento urbano, nos serviços de transporte, justiça, educação, saneamento básico e saúde, aliado a um período de recessão econômica enfrentado pelo País no início da década de 1980, que eleva os níveis de desemprego com conseqüente aumento da clivagem social, conforme aponta Mendonça (2004), tornaram-se temas de reivindicações dos movimentos sociais urbanos da época. De alguma forma, o apelo exercido pela possibilidade do indivíduo de eleger seu próprio presidente encontrou, no interior do movimento alcunhado de “Diretas Já”, um espaço para a voz do descontentamento da sociedade com o Governo Militar.

As primeiras eleições, ocorridas em 1982 e resultado da aprovação do pluripartidarismo de 1979, tornou-se um marco importante no processo de redemocratização. Segundo Mendonça (2004), essas eleições reuniram o maior número de identidades civis na defesa das candidaturas de oposição desde o início da abertura política. Participaram em uma grande mobilização o movimento sindical, das mulheres, das classes médias e dos populares, engajando-se em uma disputa eleitoral extremamente competitiva. Esse movimento de importante oposição ao regime autoritário foi o último antes da campanha das “Diretas Já”. Com a vitória da

oposição, o governo perdeu o monopólio no Congresso, tendo como conseqüência a sua desestabilização, o que, em 1984, possibilitou a concretização de tão grande manifestação como a que foi conhecida como “Diretas Já”.

O movimento das “Diretas Já” nasceu em 1984, em decorrência da proposta da emenda constitucional feita pelo Deputado Federal Dante de Oliveira, e alcançou abrangência nacional. Foi liderado pelos partidos de oposição ao governo autoritário. Considerou-se, nas palavras de Mendonça (2004, p. 52), o movimento “(...) que obteve o maior apoio popular já registrado na história republicana brasileira”.

A intensa mobilização da sociedade civil contou com inúmeras entidades como as do movimento estudantil, as sindicais e as representativas dos profissionais liberais, artistas, jogadores de futebol e milhões de brasileiros. Todavia, o Brasil só teve eleição direta para presidente em 1990, com Fernando Collor de Mello, pois o projeto de emenda constitucional do deputado Dante não foi aprovado, ainda que por uma mínima margem de votos contra, apesar da pressão nacional exercida pela sociedade, jamais vista antes no País.

Por outro lado, concomitantemente ao processo de redemocratização do Brasil, o mundo estava passando por uma nova ordem internacional. Na década de 80 e no princípio da de 90, houve uma profunda mudança na configuração política-econômica mundial. Segundo assevera Boaventura Santos (2000), essa década parecia encerrar definitivamente o marxismo; e o capitalismo consolida-se como um sistema de economia multinacional. A lógica econômica-capitalista começa a vigorar; primeiramente, nos países ocidentais da América do Norte e da Europa, e, depois, rapidamente passa a adquirir um caráter hegemônico, influenciando nas transações comerciais e de produção de praticamente a totalidade dos países do mundo:

(...) com a conseqüente apologia do mercado, da livre iniciativa, do Estado mínimo, e da mercantilização das relações sociais; o fortalecimento sem precedentes da cultura de massas e a celebração nela de estilos de vida e de imaginários sociais individualistas, privatistas e consumistas, militantemente relapsos a pensar a possibilidade de uma sociedade alternativa ao capitalismo ou sequer a exercitar a solidariedade, a compaixão ou a revolta perante a injustiça social (SANTOS, 2000, p.29).

Quase todos os regimes autoritários na América Latina terminaram, e também, a desintegração, quase completa, do chamado “bloco socialista” do Leste europeu.

O atraso econômico e a tensão nas repúblicas soviéticas acabaram por acelerar a crise do socialismo no final da década de 1980. Era o fim de um período de embates políticos, ideológicos e militares e o início da preeminência do mundo capitalista que, aos poucos, iria se estender até os países socialistas. Terminava a guerra fria, que havia iniciado após a Segunda Guerra Mundial, caracterizada pela disputa entre duas grandes potências econômicas mundiais dessa época — Estados Unidos (sistema democrático) e Rússia (sistema socialista/comunista).

Iniciava-se a hegemonia do capitalismo, que iria se instalar gradativamente por toda a civilização ocidental nos anos subseqüentes e que acabaria por impregnar os discursos político-econômicos emitidos pelos sujeitos do mundo ocidental. Nessa época, crescia no imaginário popular o ideal de liberdade, representado pela eleição do governante máximo do País, através do voto direto e igualitário, que pretendia expressar a vontade da maioria dos cidadãos através de uma democracia.

Na sociedade democrática, conforme Touraine (1996), todos são iguais perante a Lei, todos os cidadãos têm os mesmos direitos sobre todas as coisas e possuem livre escolha: seja ela pela liberdade religiosa, sexual, ou pela livre manifestação da opinião pública, nas artes, na imprensa, enfim, respeito, espaço e liberdade pelo seu *modus vivendi*. Do mesmo modo, essa sociedade elege seus governantes, que representam as aspirações da maioria; escolhas que são igualmente acessíveis e compartilhadas por todos e expressas sob a forma de votação direta.

O espírito democrático, segundo Touraine (1996), deve buscar a conciliação das diversidades integrando a liberdade com a unidade. O poder das majorias aliado aos direitos da minoria, de maneira tal que os preceitos constitucionais comuns possam estar em harmonia com os diferentes interesses e culturas. A democracia busca garantir os direitos fundamentais dos indivíduos de forma a serem igualmente reconhecidos pela sociedade, submetidos às leis capazes de afiançar a proteção dos direitos de todos, e que possa, ao mesmo tempo, agregar a heterogeneidade das diversas culturas componentes de uma sociedade.

Nesse ambiente grassa na população um sentimento em comum: o desprezo da censura de qualquer tipo (principalmente política, artística e escrita), da ditadura e da forma autocrática de governar, embora ainda não esteja claro o papel que o Estado deve exercer nessa nova ordem.

Ao mesmo tempo, a Nova República elege Tancredo Neves, que veio a falecer em seguida, e, depois, José Sarney, seu vice-presidente, ambos civis, embora eleitos ainda de forma indireta. Está finda a ditadura militar brasileira que perdurou até 1984. É o esgotamento de um modelo de desenvolvimento apoiado na figura do Estado fortemente interventor.

Tancredo Neves foi o primeiro presidente civil eleito após 21 anos de ditadura militar. Em 10 de maio de 1985, uma Emenda Constitucional restabeleceu as eleições diretas para as prefeituras das cidades consideradas pelo Regime Militar como áreas de segurança nacional. A emenda também concedeu o direito de voto aos analfabetos e aos jovens maiores de 16 anos, além de extinguir a fidelidade partidária e abrandar as exigências para registro de novos partidos. Isso permitiu o surgimento de um grande número de pequenas agremiações. A mais importante medida dessa emenda, todavia, foi a convocação de uma Nova Constituinte, que viria a publicar a Constituição de 1988.

Somente em 1990, com Fernando Collor de Mello, o Brasil teria finalmente eleição direta para presidente; elegendo seu primeiro governo civil brasileiro através do voto direto desde 1960. Foi também o primeiro escolhido dentro das regras da Constituição de 1988, com plena liberdade partidária e eleição em dois turnos.

2.2.2 A Nova Constituição e a Efetiva Ampliação dos Direitos Sociais

A Constituição Brasileira, que foi promulgada em 1988, talvez seja a que mais reflita a preocupação da sociedade com os direitos sociais. Pela primeira vez, é concedida, na Constituição, uma sessão própria para tratar das questões referentes à Saúde, por exemplo, merecendo destaque especial, uma vez que sabidamente é uma das áreas mais problemáticas do País (OJEDA, 2004). No Brasil, somente com a Constituição de 1988 é possibilitado o ensejo das modificações na área da Saúde, conforme os preceitos promulgados logo após a Segunda Guerra Mundial, pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pela Declaração dos Direitos Humanos da ONU (Organização das Nações Unidas).

Após o final da Segunda Grande Guerra, em 1945, as grandes potências mundiais, chamadas de “Primeiro Mundo”, sofreram uma mudança paradigmática quanto aos temas relacionados ao destino da humanidade e do planeta como um todo. Se, por um lado, o mundo moderno trouxe mais comodidade ao homem — através de avançadas tecnologias e inúmeras descobertas científicas, trazendo desenvolvimento econômico e o aumento da expectativa da vida humana, através de melhores condições médico-sanitárias, da cura e da prevenção de diversas doenças —, por outro lado, a modernidade trouxe, do mesmo modo, a bomba atômica, a poluição e a possibilidade do esgotamento dos recursos naturais do planeta. Desde o advento da Segunda Guerra Mundial, houve a percepção de que os conflitos entre países e as guerras poderiam atingir uma dimensão tal que os países, que dominassem essas novas tecnologias, teriam também o poder de dizimar a raça humana e a vida na Terra. Essa possibilidade real despertou no mundo uma nova mentalidade humanitária na busca pela paz e pela estabilidade social. A preocupação quanto ao destino da humanidade e do planeta foi traduzida pela assinatura da Carta das Nações Unidas, que constituiu uma nova ordem na busca da preservação, do progresso social e de melhores condições de vida das futuras gerações. Em 1948, com a criação da OMS — Organização Mundial da Saúde —, é estabelecido o conceito de que a “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social; e não somente a ausência de afecções ou enfermidades” e que “o gozo do grau máximo de saúde, que se pode alcançar, é um dos direitos fundamentais de todo ser humano” (OMS, 1948).

Aqui no Brasil, somente após o início da década de 80 — com o movimento da reforma sanitária e, depois, com a abertura política, a Nova Constituição e as mudanças sociais, dentre elas as questões referentes à Saúde — seriam perseguidos os direitos sociais; em harmonia com o que havia sido definido pelos novos parâmetros sociais ditados pelas organizações internacionais como a Declaração dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a OIT (Organização Internacional do Trabalho).

José Sarney, que assume a presidência do Brasil (1985-1990) após a morte de Tancredo Neves, tem a tarefa de prosseguir em direção à redemocratização do País e à criação de uma nova Constituição. Já no final de 1985, iniciaram-se as

discussões sobre a convocação de uma Assembléia Constituinte com o objetivo de fazer a nova Constituição Brasileira, o que ocorreu efetivamente em 1988. O processo da constituinte foi assessorado por Ulisses Guimarães, parlamentar que presidiu a Assembléia Nacional Constituinte juntamente com o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). A constituinte contou também, em todo o Brasil, com um grande esforço de participação popular, não apenas antes e durante a elaboração da Constituição Federal, como também antes e durante o processo de votação das Constituições estaduais. Devido à grande participação popular, os períodos pré-constituinte e constituinte foram fundamentais para o crescimento da consciência política do povo brasileiro. A Constituição de 1988, também chamada de "Constituição Cidadã" em decorrência da consagração dos direitos sociais e princípios libertários, contemplou benefícios trabalhistas, culturais e sociais, designando-lhes cláusulas pétreas (que somente poderão ser alteradas por uma nova Constituição), além da defesa da federação e do voto direto.

Os direitos do trabalhador foram tratados como direitos fundamentais, foi garantida a autonomia dos sindicatos, o direito à greve, o sindicalismo público, a sustentação financeira das entidades trabalhistas. O processo de abertura política do País originou um espaço público de reivindicações da sociedade civil, diferente do espaço Estatal e é nesse espaço que passam a florescer os novos movimentos sociais na busca pela concretização da igualdade social em todos os níveis, seja pela luta contra a discriminação por ideologia, por sexo ou por cor, seja por melhores condições de trabalho ou pela gratuidade e equidade dos serviços de saúde.

A década de 80 ficará caracterizada pelo fim da ditadura militar, pelo processo de redemocratização e pela constitucionalização do País. O Brasil inicia uma nova fase a partir de 1985, após anos de repressão e autoritarismo. O País e seus cidadãos encaminham-se para a abertura política, para a redemocratização. Os sindicatos se consolidam, as associações de bairro e movimentos ecológicos crescem. A ditadura fica para trás, definitivamente encerrada.

As mudanças concernentes especificamente ao direito à saúde foram profundas e aconteceram tanto na forma como se estrutura a área da Saúde quanto no seu significado. O próprio conceito do que é "ter saúde" foi ampliado pela oitava Conferência de Saúde, em 1986, e passou a compreender, não apenas a ausência de doença como também as condições de vida do indivíduo e do meio que o

cercava. Nessa nova acepção de saúde estavam inclusas a qualidade do meio ambiente, da segurança, do trabalho, do transporte, lazer e moradia.

A nova proposta da Saúde exigiu que o Governo enfrentasse demandas que abrangessem toda sociedade civil, as instituições e as leis que dela decorriam. Houve uma reestruturação dessa área, processo que ainda encontrava-se em andamento, ao envolver e conjugar soluções complexas para sua efetivação que pretendia dar conta dos diversos aspectos da existência humana.

2.3 OS MOVIMENTOS SOCIAIS A PARTIR DO PROCESSO DE REDEMOCRATIZAÇÃO

Os movimentos sociais surgiram com a Revolução Francesa em 1789 e foram protagonistas no ataque à Bastilha. Eles surgiram com métodos próprios a partir do século XIX, a fim de provocarem mudanças institucionais. Utilizavam formas de organização e atuação não-convencionais, como passeatas, atos de violência, protestos, manifestações públicas. Seu nascimento está associado a revoluções e ações agressivas. Ao longo do tempo, os movimentos sociais perderam essas características para adaptarem-se à sociedade moderna. Cresceram com a emergência da sociedade industrial e a formação das cidades.

Os movimentos sociais são ações coletivas (Gohn, 1995), cujos atores sociais estão comprometidos com um projeto em comum, seja ele de caráter político, social, de gênero, de identidade. Seu objetivo é chamar a atenção do Estado e da sociedade para suas reivindicações, sensibilizando-os para a obtenção de algum tipo de reação.

Esses atores sociais estão unidos por uma identidade coletiva, uma mesma causa partilhada, que não está relacionada a uma determinada classe ou camada social; sua adesão ao movimento está assegurada segundo objetivos em comum, frutos de uma mesma aspiração. De acordo com Sobottka (1998), a identidade desses atores sociais como grupo, unidos pela luta por inclusão social, está construída em uma base de valores culturais e políticos compartilhados por todos. A união de forças é estruturada a partir de demandas criadas sobre temas e problemas em situações de conflitos, litígios e disputas, que passam a produzir um campo político de pressão social na sociedade civil pela inclusão dos direitos do grupo, pelos quais o movimento reivindica.

Atualmente, os movimentos sociais configuram-se de forma completamente diferente àquela da Revolução Francesa. Os “novos” movimentos sociais, conforme Sobottka (1998), passaram a defender grupos sociais discriminados pela sociedade, como mulheres, negros ou “gays” e etc., e a levantar causas em favor de toda a sociedade, como a defesa da paz, o combate à fome, a preservação ecológica e a justiça social para as minorias. Eles não possuem o caráter classista que caracteriza as greves operárias, nem estão associados aos movimentos sindicais; mas, sim, relacionam-se a direitos humanos legítimos, ou seja, àqueles que, reconhecidamente, são objetos de injustiças sociais de todos os tipos. Os movimentos sociais, assim constituídos em determinadas circunstâncias históricas, podem contrapor-se ao sistema econômico-social vigente.

Na visão de Alain Touraine (1989), os movimentos sociais representam uma luta de interesses conjugada à organização social, cuja mobilização está dirigida a um opositor que a antagoniza com o intuito de estabelecer um novo equilíbrio de forças entre o Estado e a sociedade civil e está intimamente relacionada à existência da democracia.

Para Touraine, o que diferencia os movimentos sociais dos movimentos apenas coletivos é que os primeiros atendem a questões culturalmente reconhecidas pela sociedade, como “causas nobres” e apelando para princípios gerais — os da ecologia, o das mulheres — ao mesmo tempo em que atende aos interesses particulares do grupo. Portanto, Touraine afirma que o movimento social deve ter um programa político.

Em um país como o Brasil, em que as desigualdades sociais são históricas, esses atores sociais adquirem o direito legítimo da reivindicação, por tratar-se de interesses coletivos. A emergência, no Brasil, de “novos movimentos sociais”, segundo Sobottka (2002), foi encorajada no final da década de 1970, devido à liberalização praticada pelo governo Geisel na busca de legitimação política do Estado junto à população.

Na época da Ditadura Militar, os movimentos sociais estiveram associados ao grau de insatisfação provocado pelos atos arbitrários de repreensão e perseguição política exercida pelo governo militar. Ao longo do tempo, essa inconformidade, manifestada pelas organizações autônomas da sociedade civil (sindical, estudantis, religiosas), aumentou a ponto de eclodir com a estratégia de abertura do governo. O descontentamento com o despotismo dos militares foi demonstrado através dos

movimentos populares, que eram contra a censura e a favor da liberdade política e de expressão. Os movimentos sociais tiveram papel importante no processo de transição política brasileira do autoritarismo para a democracia como um componente adicional de “pressões sociais”, apesar desse processo ter sido liderado pelas elites políticas brasileiras, que contribuíram junto com os sindicatos na contestação e deslegitimação do regime autoritário.

A mobilização das diversas entidades da sociedade civil à emenda de Dante de Oliveira e suas participações no movimento alcunhado de “Diretas Já” foi de extrema importância, uma vez que esse movimento retirou do âmbito meramente legislativo o monopólio dessa discussão política. Discussão da qual participaram amplos setores da sociedade brasileira em uma esfera que, conforme esclarece Sobottka (2006), geralmente fica restrita aos profissionais da política. Grupos de indivíduos, que normalmente estão fora da disputa política, não apenas acompanharam com interesse a trajetória da emenda, como também fiscalizaram os atos legislativos concernentes a ela. O movimento das “Diretas Já” encontrou forte apoio da sociedade brasileira, amplamente demonstrado através da presença maciça da população na manifestação. Esse movimento permitiu que o povo brasileiro pudesse dar vazão à vontade latente de pôr fim a um regime autoritário, que havia iniciado vinte anos antes.

Depois do término da ditadura, em um aprendizado gradual, a sociedade civil passou a ter maior participação nos assuntos relacionados aos seus direitos sociais e a exigir que tais assuntos passassem a ser discutidos mais amplamente no País. Os movimentos sociais organizados da sociedade civil, segundo Sobottka (1998), asseguraram sua participação nos processos decisórios, através de seus representantes na esfera pública, dos direitos trabalhistas, da saúde, da educação. A sociedade que recém brotava, após vinte anos de coibição política, agora podia expressar-se. Há um progressivo amadurecimento por parte da população com relação ao exercício da cidadania. A percepção de que o poder público deveria garantir um mínimo de renda a todos os cidadãos e proporcionar o acesso igualitário a bens coletivos, como saúde, educação e previdência, como um dever do Estado e um direito do cidadão, eram concepções ainda novas na sociedade brasileira.

No processo de reabertura política do País, tiveram importância, como instrumento de exercício de cidadania, os movimentos sociais. Os movimentos sociais contribuíram como grupos de pressão quando da formação da Assembléia

Nacional Constituinte e possibilitaram que a Saúde recebesse o espaço que efetivamente recebeu na Constituição de 1988. Como conquista da sociedade brasileira organizada do Movimento da Reforma Sanitária, e através da 8ª Conferência Nacional de Saúde — que forneceu subsídios para que a Assembléia Nacional Constituinte, instalada em 1987, legitimasse a Saúde na esfera legal — concretiza-se, na Constituição Federal de 1988, o reconhecimento do direito à saúde como direito de todos e dever do Estado.

O engajamento da população em movimentos sociais e que trouxeram, como consequência, a reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitaram o exercício da cidadania plena concretizada pela nova Constituição Brasileira.

Nos anos 90, tem-se uma sociedade civil possuidora de uma nova mentalidade sobre a coisa pública, uma nova cultura política. Nesse momento, pode-se constatar o surgimento de um outro cenário brasileiro de lutas sociais, diferente da década anterior.

Os movimentos sociais organizados, destaca Sobottka (2002), e a eminência de novos atores sociais — organizações não governamentais (ONGS), associações comunitárias, conselhos de controle social, entidades representativas dos profissionais de saúde — resultaram em uma nova postura do Estado frente às demandas sociais. As manifestações da coletividade tornaram-se grupos de pressão — especificamente no caso da Saúde — desencadeando um forte movimento social pelo reconhecimento da Saúde como direito universal e obrigação do Estado. Direito, este, que foi regulamentado em 1990 com as Leis nº. 8080/90 e nº. 8.142/90.

2.4 O SOLO FÉRTIL PARA AS CONSEQUENTES MUDANÇAS NA SAÚDE

2.4.1 A Cidadania

Com o processo de redemocratização do Brasil, começa um novo período de aprendizado e maturidade do povo brasileiro na dimensão política. A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, tornou-se um marco histórico importante desse processo pelo grau de conscientização dos participantes que

atingiu, tornando-se um espaço apropriado e respeitado para a ampliação e consolidação de um novo conceito de saúde.

Através da mobilização e organização dos diversos segmentos da sociedade civil, é garantida por lei constitucional a participação dos cidadãos nos conselhos de gestão nacional nas áreas de saúde, previdência, educação e trabalho, concretizando os direitos de cidadania. O exercício da cidadania plena — entendida como o completo exercício dos direitos políticos e sociais — só é viável na sociedade democrática, onde os indivíduos têm seus direitos políticos e sociais reconhecidos, tendo como característica primeira a adoção do sufrágio universal.

A etapa inicial do desenvolvimento da cidadania corresponde a três elementos constitutivos: o civil, o político e o social; de acordo com Marshall (1967apud SANTOS, 2000), os direitos cívicos. Apoiados nas instituições e no sistema judicial que os aplica, correspondem às liberdades individuais de ir e vir, de expressão, de pensamento, de opção religiosa, de propriedade e de justiça que afirme esses direitos; o político, que seria o direito à participação no exercício do poder político como membro de um organismo investido de autoridade política ou como membro eleitor de componentes de tal organismo; e o social que englobaria desde o direito a ter um mínimo bem estar econômico, de segurança e de saúde, ao direito de participar de uma vida digna segundo os padrões que prevalecem na sociedade na qual vive. Conforme assegura Boaventura Santos (p. 242, 2000), os avanços da cidadania em uma sociedade caracterizam-se;

(...) pela passagem da cidadania cívica e política para o que foi designado por “cidadania social”, isto é, a conquista de significativos direitos sociais, no domínio das relações de trabalho, de segurança social, da saúde, da educação e da habitação por parte das classes trabalhadoras (...).

Segundo Santos (2000), em uma sociedade liberal os indivíduos não são cidadãos se não podem participar politicamente na atividade do Estado; no entanto, cada sociedade possui suas próprias particularidades. Conforme afirma Santos (p. 244, 2000), sobre as especificidades de uma determinada sociedade, “(...) a cidadania é constituída por diferentes tipos de direitos e instituições; é produto de histórias sociais diferenciadas, protagonizadas por grupos sociais diferentes”. Portanto, no Brasil, essa trajetória tem um caminho próprio e só tem azo na década final do século passado.

Com o término da ditadura no final dos anos 80, é possibilitada a participação social. Até o fim da ditadura, não se falava em controle social¹ por uma razão óbvia: autoritarismo e participação popular são termos antagônicos. Somente com o início do processo de redemocratização do país, a partir do fim do governo militar na década de 80 é que a expressão “controle social” passou a surgir no vocabulário da sociedade.

O controle social pressupõe um avanço na construção de uma sociedade democrática e que determina alterações profundas nas formas de relação do aparelho de Estado com o cidadão. Através da reforma e modernização do aparelho do Estado, é possível se criar mecanismos capazes de viabilizarem a integração dos cidadãos no processo de definição, implementação e avaliação da ação pública.

Com os movimentos sociais, que já vinham acontecendo durante esse processo de abertura política e fortalecidos ainda mais pelo surgimento das Organizações Não-Governamentais e dos Agentes Comunitários de Saúde, a sociedade começa a cobrar o direito de exercer o controle social na saúde. Assim, a Reforma do Estado trará o fortalecimento gradativo de mecanismos que privilegiem a participação popular tanto na formulação quanto na avaliação de políticas públicas, viabilizando o controle social das mesmas.

Essas transformações acontecidas, tanto em nível político quanto social, tornaram a década de 80 — no campo da saúde, em particular — decisiva para que se desse início à mudança paradigmática da saúde brasileira. Segundo Teixeira (1995, p.17), “a introdução da concepção histórico-cultural à área de saúde inaugura um novo paradigma no conhecimento da relação entre medicina e sociedade e consequentemente do papel do Estado nessa relação”.

Pela primeira vez, há controle social, por parte da sociedade, da gestão e direcionamento das políticas sociais pela participação direta da sociedade em Conselhos e Conferências de Saúde, ao se entender as políticas de saúde como parte do processo de legitimação do poder Estatal.

Como consequência da inclusão no cenário político brasileiro desses novos atores sociais — grupos organizados da sociedade civil envolvidos na formulação das políticas públicas sociais —, emergem importantes modificações nessas áreas.

¹ O termo controle social é entendido aqui como um elemento do exercício de cidadania, quando a sociedade civil passou a controlar, através de conselhos de gestão, os atos do Estado.

Os avanços da cidadania dependem, além da divisão igualitária das riquezas do país, também da luta e das reivindicações por parte da sociedade civil e da ação concreta dos indivíduos organizados. Como reafirma a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2004, o conceito de cidadania, que a Constituição assegura, deve ser materializado em condições concretas de vida e de participação social da população (MS, 2004).

2.4.2 A Descentralização da Saúde

A partir dos anos 80, observa-se um quadro de significativas mudanças políticas no Brasil. O final da ditadura militar e o início do processo de abertura política possibilitaram o surgimento de novas organizações da sociedade civil e da sociedade política. A população foi mobilizada a participar dos diferentes planos e destinos do Estado. É nesse contexto que, nos anos 80, surgem novos atores no cenário político e social através de organização de sindicatos, associações científicas e comunitárias, novos partidos políticos e organizações não governamentais, que começavam a desenvolver ações que não eram assumidas pelo Estado.

O Governo abandona as estratégias nacionais desenvolvimentistas e passa a uma liberalização, durante a década de 1990, que apostou no fim das fronteiras nacionais e no nascimento de uma nova sociedade civil e política internacional ou global de integração do Governo Brasileiro. Neste novo contexto — político-econômico-social — impõe-se a modernização e a reforma do Estado. Com o término do modelo econômico desenvolvimentista e a redemocratização, a descentralização é consequência como parte do processo de abertura.

A tradição histórica do governo brasileiro está ligada a um padrão centralizador administrativo e financeiro, em que aqueles que estão fora do núcleo central, ou em outras palavras, distantes do Governo Federal, quase não têm participação social no processo decisório. O controle social, que foi estabelecido após a Constituição de 1988, pressupõe, igualmente, que haja descentralização do Estado outorgando algum poder à sociedade, ou seja, a participação da população na gestão pública e a possibilidade do cidadão de controlar instituições e organizações governamentais para verificar o bom andamento das decisões tomadas em seu nome. As experiências de participação política nos espaços

institucionais da sociedade civil subentendem certa apreensão do que usualmente é denominado como controle social. O controle social deve pressupor uma forma de governar onde os cidadãos possam atuar como sujeitos políticos, capazes de orientar e fiscalizar a ação do Estado de uma forma interativa e não apenas como mecanismo de acompanhamento e fiscalização das ações estatais. A nova Constituição, que permitiu a descentralização fiscal e política dos governos municipais, garantiu que os últimos passassem a ter, desde então, o mesmo “status” constitucional dos estados. A partir da Constituição de 1988, ao longo do tempo, houve significativa descentralização de recursos financeiros e da prestação de serviços, transferidos do Governo Federal para os estados e os municípios como parte da redemocratização do País.

Conforme coloca Falleti (2006), a descentralização é a transferência de recursos, de responsabilidades e de autoridade do governo de uma condição superior; como é, por exemplo, o Governo Federal para outro de nível inferior, como é o caso dos Governos Municipais. As políticas descentralizadoras acontecem em três níveis segundo a classificação do autor: no patamar administrativo, no fiscal e no político.

O processo de reforma de descentralização administrativa trata da desburocratização da máquina pública, deslocando para os governos locais a administração e serviços sociais nas áreas da saúde, moradia, educação e assistência social, promovendo meios para que a Administração possa prestar serviços mais dinâmicos de maior e melhor qualidade.

A descentralização fiscal está relacionada ao conjunto de políticas destinadas para aumentar receitas (criando novos impostos), ou passando a autoridade para cobrança de impostos aos governos periféricos onde antes eram realizados pelo governo central.

A descentralização política refere-se a tudo aquilo que diz respeito ao conjunto de emendas constitucionais e de reformas eleitorais que tratem de ampliar o espaço de representação das sociedades subnacionais. A descentralização acontece por etapas, no ritmo da sustentação e vontade política que possam suportar nas negociações, uma vez que tais forças políticas dependem de acordos feitos entre os atores. De acordo com Falleti (2006, p.81), a descentralização obedece aos seguintes estágios:

(...) um processo descentralizador que começa com a descentralização política, continua com a descentralização fiscal e termina com a descentralização administrativa, dá poderes aos governos subnacionais. (...) são as características do processo, isto é, que interesses territoriais dominam em cada instância de negociação das políticas descentralizadoras e o “timing” das reformas, que explicam o grau de mudança do equilíbrio intergovernamental do poder entre governos nacionais e subnacionais.

A descentralização administrativa brasileira, conforme Falletti (2006), começou pelo setor da saúde, incentivada por um grupo ativista influente formado por participantes do movimento sanitarista. Esse grupo era composto por profissionais da saúde, autoridades sanitárias locais e especialistas em saúde, e defendia a municipalização da Saúde. Os profissionais e burocratas da saúde, ao entrarem em contato com a sociedade organizada, também lutaram pela desconcentração do poder. O Estado, por sua vez, tomou parte nesse processo dando ênfase no local e delegando funções aos municípios.

Contudo, a implementação da política de saúde do SUS foi marcada por procedimentos clientelísticos, patrimonialistas, associados ao tráfico de influências no exercício da política pública e muito arraigada na cultura política e institucional e que influenciam ainda agora nos resultados da política de descentralização originando resistências. A implantação do SUS, conforme se constatou na realidade, tornou-se a arena de novas lutas sociais, segundo Ojeda (2004), pois confrontou interesses divergentes entre a sociedade e os grupos cuja hegemonia perpetuava-se no sistema de Saúde até aquele momento. Para promover as mudanças indispensáveis e para que pudesse implantar efetivamente políticas públicas descentralizadas voltadas para o desenvolvimento das ações na área social e que privilegiassem o exercício da cidadania, foi necessário que o SUS se organizasse através de diversos sistemas de gestão, dentre eles a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) criada pela Lei n° 9.782, de 1999 e vinculada ao Ministério da Saúde (MS, 1999).

A ANVISA possui como objetivo não só o de descentralizar o controle sanitário no país, como também garantir, através do Governo Federal, a busca da qualidade dos serviços de saúde prestados à sociedade articulada nacionalmente com as outras instâncias da administração pública, além do Ministério da Saúde.

Porém, existem forças políticas que têm atuado contra a descentralização da saúde pública no Brasil: a própria estrutura do Estado pós-desenvolvimentista dos

anos 90 e os interesses de privatização, que, conforme informa Barros (2004), concretizam-se, atualmente, na figura dos grandes laboratórios farmacêuticos, das corporações médico-hospitalares, dos seguros de saúde, dentre outros. A descentralização ainda não está plenamente concluída no País, ainda há muitos desafios a serem enfrentados nas suas diferentes instâncias de implantação.

2.5 A SOCIOLOGIA DA INFORMAÇÃO E SUA A REPERCUSSÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Concomitantemente à redemocratização no Brasil, estava ocorrendo no mundo uma revolução tecnológica, com base em tecnologias informacionais, que havia iniciado na década de 70, nos EUA. Essa tecnologia chegou ao Brasil dez anos depois, justamente no período de abertura econômica e política do País.

A Revolução Tecnológica mundial, iniciada nos anos 70, mais notadamente a partir de 1975, com o desenvolvimento da microeletrônica, cresceu de forma extraordinária, a princípio nos países mais desenvolvidos, mas difundindo-se rapidamente pelo mundo. O uso da microeletrônica foi tão intenso e de tanta aplicabilidade que, atualmente, não se concebe as sociedades contemporâneas sem tal recurso. Hoje a microeletrônica está presente em quase todos os bens e serviços da vida diária, alterando sobremaneira o modo de comunicação entre os indivíduos e as suas práticas cotidianas. A Revolução da Tecnologia da Informação transformou, para sempre, o *modus vivendi* do mundo moderno. Inegavelmente um novo marco na história humana.

As novas tecnologias informacionais, segundo Castells (1999), englobam a microeletrônica, a ciência da computação (“Hard” e “Software”) e as telecomunicações (radiodifusão, fibra ótica e laser). Pela importância que teve (e ainda tem) no conjunto do desenvolvimento da engenharia genética (decodificação, manipulação e conseqüente reprogramação dos códigos genéticos da matéria viva), Castells inclui a engenharia genética na Revolução da Informação. Em um primeiro momento, a microeletrônica teve aplicação direta nas áreas da eletrônica, da informática e da biologia, porém logo se expandiu a todas as outras ciências. A Tecnologia da Informação possui interação específica com a economia, com a cultura e com a sociedade, trazendo um novo modo de se ver o mundo, uma nova perspectiva. A Tecnologia Informacional, conforme apontado por Castells (1999),

desenvolveu-se a partir, principalmente, dos EUA, produziu uma interação com a economia global e com a geopolítica mundial, concretizou um novo estilo de produção, de comunicação, de gerenciamento e de vida constituindo-se em um novo paradigma.

O desenvolvimento das novas tecnologias da informação, feito inicialmente para fins militares nos EUA, rapidamente estendeu-se pelo restante do globo, sendo elas apropriadas por diferentes países, culturas, organizações e com diferentes objetivos, eclodindo em inúmeros tipos de aplicações e usos. Pelo seu caráter paradigmático e pela penetrabilidade que obteve em todas as facetas do convívio social, tornou-se corolário das mais diversas mudanças sociais, ainda não totalmente conhecidas de forma inexorável. Economias, por todo mundo, passam a manter interdependência global, apresentando uma nova forma de relação entre a economia, o Estado e a sociedade. O capitalismo adquire maior flexibilidade de gerenciamento: descentralização das empresas e a sua organização em formato de redes — interna e externa, com outras empresas — agilização dos negócios e comunicação muito rápida, como também o aumento da concorrência econômica global, com a abertura de novos mercados possibilitados pela facilidade em comprar, anunciar e vender produtos.

A comunicação em rede — alcunhada de Internet — acabou resultando em um poderoso instrumento de comunicação instantânea, que permitiu o recebimento célere de notícias dos diversos países no mundo e que está distribuída por todo planeta individualmente. A arquitetura de rede é composta por milhares de redes de computadores autônomos, inclusive domésticos, com inúmeras maneiras de conexão, de fácil acesso em crescimento exponencial, democratizando, sem distinção, uma forma de comunicação e de troca de informações que se tornou acessível a praticamente todas as camadas da população.

A rede de informações permite interconectar os indivíduos, de tal sorte que as distâncias geográficas já não têm grande importância, pois as pessoas podem se comunicar instantaneamente. Castells (1999) conceitua rede como sendo um conjunto de nós interconectados. Nó é o ponto (ou a posição social) no qual uma curvatura se entrecorta. Os nós seriam específicos de uma determinada rede, por exemplo: todo sistema de mídia e a comunicação que constrói a opinião pública, ou condiciona a determinado assunto, dá relevância a um tema, em detrimento de outro; como é o caso dos sistemas de televisão, estúdios de entretenimento, meios

de comunicação gráfica, equipes para cobertura jornalística, e equipamentos móveis gerando, transmitindo e recebendo sinais na rede global da nova mídia, no âmago da expressão cultural e da opinião pública na era da informação.

A microeletrônica contribuiu, também, para impulsionar o desenvolvimento da engenharia genética, que se tornou outro marco na história da humanidade, uma vez que abre um campo extremamente diversificado de possibilidades: na área médica, o tratamento de doenças hereditárias, o desenvolvimento de tecidos compatíveis para enxertos e de órgãos para transplantes; na área farmacêutica, desenvolvendo novos medicamentos, dentre uma infinidade de outras aplicações, que só se tornaram possível graças aos progressos da informática. Segundo Castells (1999 p.66) a espécie humana tornou-se “capaz não apenas de controlar algumas doenças, mas identificar predisposições biológicas e nelas intervir, portanto alterando potencialmente o destino genético”.

A engenharia genética torna viável a realidade de — a médio e longo prazo — segundo Barros (2004), interferir em diversos mecanismos fisiológicos, ou corrigir defeitos congênitos de funcionamento do corpo humano, ou ainda, desenvolver melhores recursos diagnósticos, vacinas ou agentes terapêuticos. Além da Medicina e da área farmacêutica, a biotecnologia também tem aplicação. Segundo Castells (1999) ela é aplicada na agroindústria, no aperfeiçoamento da produção de alimentos — os transgênicos — e na microbiologia.

Essas duas importantes tecnologias — a tecnologia informacional e a engenharia genética — tiveram um impacto profundo no curso da sociedade contemporânea. A participação do Estado no advento das novas tecnologias, que são absorvidas nos quotidianos sociais, tem uma relevância fundamental; uma vez que, de acordo com Castells (1999), é através do incentivo, ou não, das políticas estatais que é regulada, interrompida, acelerada ou atrasada a entrada das novas tecnologias informacionais em um país, na medida em que ele é o organizador central que expressa e estabelece a dimensão de sua implantação em um espaço e período histórico determinados.

Na economia capitalista, que está baseada na inovação, globalização e concentração descentralizada para o trabalho, onde os trabalhadores e as empresas são voltados para a flexibilidade e a adaptabilidade — em uma cultura de desconstrução e reconstrução contínuas —, as redes revelaram-se instrumentos de eficácia adequada.

Os sistemas políticos encontram-se, atualmente, em uma crise cultural de legitimidade, dependentes da mídia e cada vez mais distanciados dos cidadãos. Os movimentos sociais tendem a ser fragmentados, locais e passageiros fundamentados em uma questão única, brilhando na mídia por instantes. Esse período histórico está caracterizado pela desestruturação das organizações, deslegitimação das instituições, enfraquecimento de importantes movimentos sociais e expressões culturais efêmeras. Conforme define Castells (1999 p.23),

(...) Nesse mundo de mudanças confusas e incontroladas, as pessoas tendem a reagrupar-se em torno de identidades primárias: religiosas, étnicas, territoriais, nacionais. A busca por uma identidade, individual ou coletiva, tornou-se, uma fonte de significado pessoal. (...) As pessoas se agrupam não mais pelo que fazem, mas pelas idéias que compartilham, e as redes globais podem conectá-las e desconecta-las a outros indivíduos, grupos, regiões e países conforme sua pertinência em um fluxo contínuo de decisões estratégicas. Segundo, nossas sociedades estão cada vez mais estruturadas em uma posição bipolar entre a Rede e o Ser.

O que caracteriza a atual revolução tecnológica, que vem ocorrendo desde as duas últimas décadas do século XX, é a aplicação de conhecimentos e informação para a geração de conhecimentos e de dispositivos de processamento/comunicação da informação, em um ciclo de realimentação, cumulativo entre a inovação e seu uso. Nesse sistema, a principal fonte de produtividade é o conhecimento, a mente humana passa a ser a própria força da produção, em uma ação reflexa sobre os seus próprios conhecimentos, em um novo paradigma tecnológico. Os computadores, os sistemas de comunicação, a decodificação e a programação genética tornam-se amplificadores e uma extensão da mente humana. Castells (1999, p. 67) afirma que:

O que pensamos e como pensamos acabam se expressando em bens e serviços como a saúde, moradia, educação, alterando fundamentalmente o modo pelo qual nascemos, vivemos, aprendemos, trabalhamos ou morremos.

2.5.1. O impacto da Tecnologia Informacional na Saúde

O impacto causado pela Revolução da Microeletrônica na área da Saúde produziu importantes alterações; podemos destacar, de maneira geral, dois

aspectos: o primeiro relativo à velocidade e a facilidade da comunicação e o segundo atingindo diretamente as práticas de Saúde com a utilização de equipamentos mais precisos e sofisticados que possibilitaram novas descobertas e novos conhecimentos. Para Castells (1999), é necessário localizar o processo de transformação tecnológica dentro do contexto social em que ocorre. Desnudar a forma através da qual esse processo está sendo forjado, pois é nesse ponto que acontece o entrelaçamento das características da tecnologia com as relações sociais.

As novas tecnologias microeletrônicas, auxiliadas pela rapidez de transmissão das informações, transformaram as práticas de atendimento à saúde, tornando-as cada vez mais complexas. Essas tecnologias permitiram o aperfeiçoamento dos equipamentos aplicados nas diferentes áreas médicas — cirúrgica, protética, diagnóstica, produtiva de medicamentos — e a precisão dos exames laboratoriais, com recursos como os ultra-sons, as tomografias computadorizadas, as cintilografias, a possibilidade de visualização de estruturas microscópicas como as utilizadas na análise dos microorganismos, das citopatologias, da genética, das cirurgias, pelo uso da fibra ótica para a realização de videolaparoscopias, aplicações com raios laser e inúmeros outros procedimentos.

A Tecnologia Informacional ampliou os direitos da cidadania, uma vez que tornou possível ao indivíduo leigo o acesso a informações, através da internet, sobre seu corpo, sua doença e as alternativas de tratamento existentes. As pessoas estão mais informadas, mais cultas. Atualmente, são encontradas na mídia notícias de pacientes que pesquisam sua doença, até mesmo antes da consulta médica. O consultando assume uma nova postura: deixa de ser apenas um ouvinte, um mero expectador resignado, trazendo questionamentos e argüindo o médico sobre suas dúvidas, em uma postura crítica. O acesso à informação garante ao paciente um aporte de informações que possibilitam sua participação no tratamento, tornando-o mais consciente, inclusive dos seus direitos como cidadão. Já são perceptíveis os avanços que a tecnologia informacional promoveu na questão da informação ao paciente dos seus direitos, A Revolução tecnológica remodelou a sociedade, com a ampliação dos direitos da cidadania, também aqui no Brasil.

A revolução da tecnologia de informação possui penetrabilidade em todas as esferas da atividade humana e influencia na complexidade da economia, na sociedade e cultura em formação. O novo paradigma informacional fornece a base

material para sua expansão em toda a estrutura social. A rede é atualmente a nova morfologia social de nossas sociedades, e a difusão da lógica de redes modifica, de forma substancial, a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder e cultura. A presença na rede ou a ausência dela, bem como a dinâmica de cada rede em relação às outras, são fontes cruciais de dominação e transformação da sociedade. O capitalismo global só alcançou a hegemonia que alcançou, e as tentativas de descentralização da Saúde só são possíveis mediante a nova tecnologia da informação. Somente através da atual tecnologia, é possível ser concebida a descentralização na área da saúde, com uma abrangência necessária a todo País.

A transmissão das informações foi indiscutivelmente facilitada pelas redes de microcomputadores. Através das redes é possível interconectar os diversos Conselhos Profissionais, em todo território nacional, entre si e com as esferas institucionais necessárias, bem como realizar o cadastramento dos usuários e a as trocas de informações técnico-científicas. O impacto, que essa tecnologia causou na cidadania em seus novos conhecimentos, refletiu também nos fazeres dos Conselhos Profissionais de saúde, dentre eles os Conselhos profissionais de Farmácia, Enfermagem e Medicina – objetos desta pesquisa – uma vez que conferiu visibilidade, acompanhamento e crítica das posturas assumidas por esses Conselhos, ao utilizar a tecnologia como instrumento de saber-poder. A tecnologia de informação é, também, uma fonte de importante reorganização das relações de poder. As redes, na constatação de Castells (1999), remodelaram a sociedade, conduzindo-a a uma nova morfologia social. As mudanças sociais são tão drásticas, quanto os processos de transformação tecnológica e econômica.

2.6 CONSIDERAÇÕES

Com a redemocratização do Brasil, a partir da crise que levou ao término a Ditadura Militar, passando pela formulação e estabelecimento da Constituição de 1988, foi possibilitado um novo momento político-histórico-social da sociedade brasileira. A presença dos movimentos sociais nesses processos, juntamente com o desenvolvimento do exercício da cidadania, produziram uma nova ordem na prestação dos serviços de saúde pelo governo do País, mas não apenas nisso; os desafios da globalização trouxeram uma nova forma de se pensar e se fazer saúde.

As modificações que aconteceram na área da Saúde brasileira, nos últimos anos, foram decorrentes das mudanças sociais que ocorreram, de forma geral, em todo mundo ocidental, tendo a revolução informacional como seu principal agente. A dimensão tecnológica teve uma importância fundamental na Saúde no Brasil.

Em parte, essas transformações são frutos do apequenamento do globo, originado pelo desenvolvimento extraordinário da microeletrônica que reduziu as distâncias e o tempo de recebimento das informações geradas no mundo. O planeta passa a ser percebido como um todo, único e interdependente. Como bem mostram as questões ambientais.

Os países não se encontram isolados uns dos outros, mas formam um único conjunto, cujos eventos têm consequência direta para todos os outros, graças às novas tecnologias que aceleraram não só os meios de comunicação, como também facilitaram os meios de locomoção de, se uma nova doença infecto-contagiosa surge em determinado local do mundo, logo ela poderá se fazer sentir do outro lado do globo, disseminando-se e transformando-se em epidemia, caso não seja contida e controlada a tempo no seu foco de origem.

A presente percepção de que os problemas de uma região não ficarão restritos apenas ao seu local geográfico, produz no homem a consciência de que os problemas de um acabam sendo o problema de todos. As novas formas de pensar as questões humanitárias trouxeram como consequência mudanças que se estenderam a, praticamente, todas as sociedades contemporâneas, incluindo o Brasil.

Se o Brasil está sofrendo, por um lado, a força da Revolução Informacional que acelera a velocidade da transmissão das comunicações e o põe em contato com o resto do mundo, através das informações que recebe (pela mídia, pela internet), por outro lado, — após as transformações políticas que o levaram a uma nova ordem democrática, e que possibilitaram de forma efetiva pela Nova Constituição a participação da sociedade brasileira nas políticas de Saúde — desponta um novo momento de amadurecimento da sociedade civil brasileira de apropriação dos seus direitos e do exercício de cidadania.

3. A CONSTRUÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL CONTEMPORÂNEA: AS DISPUTAS QUE ESTÃO EM JOGO

3.1 INTRODUÇÃO

Ao observarmos a forma como aconteceu o processo de redemocratização brasileira, podemos constatar que a passagem do regime autoritário para o regime democrático aconteceu às “custas” de conflitos e disputas políticas; de reivindicações feitas pela sociedade civil e do exercício da cidadania que possibilitou a entrada em cena de novos atores sociais. Esses atores sociais, ao exercerem pressões no governo militar, provocaram instabilidades com decorrente perda de legitimidade, o que gerou um clima favorável para a condução do País rumo à ordem democrática.

A democracia está referida não apenas à democratização da esfera política, mas também diz respeito à própria vida social. Os sujeitos políticos, que se constituíram durante o processo de redemocratização do Brasil, trouxeram para a agenda política temas que nunca estiveram antes na discussão pública brasileira, ou, pelo menos, não com o vigor com que foram então apresentados.

A intenção deste capítulo é examinar os aspectos, políticos e sociais no período originado após a Constituição Brasileira de 1988 que, entre outras tantas modificações, possibilitaram a construção de um novo modelo de Saúde no Brasil, envolvendo de maneira distinta da anterior os diferentes atores. A partir da Nova Constituição, abre-se um espaço de participação da sociedade civil na gestão da Saúde através dos seus representantes. As Conferências e Conselhos de Saúde consolidam-se como um espaço democrático de exercício e decisão política.

A questão dos serviços de saúde é matéria de reivindicação permanente da sociedade civil e tem constado na agenda dos sucessivos governos. Trata-se, ainda, de um problema a ser resolvido, objeto de disputa política e de lutas variadas, que aparecem seguidamente com destaque na mídia, e que interessa sobretudo à população, uma vez que as questões de saúde têm um impacto direto na vida dos indivíduos. Nessas disputas, estão presentes as profissões da área biomédica e os seus Conselhos profissionais.

Um grande número de profissões de curso superior tem surgido desde a promulgação da Constituição de 1988. As profissões tradicionais que já estão estabelecidas e reconhecidas desde a década de 30, como é o caso das profissões de Medicina, Farmácia e Enfermagem, passam agora a ter que dividir o espaço que antes era ocupado quase que exclusivamente por elas. A convivência entre as profissões, que dividem o mesmo espaço profissional, acaba resultando em disputas e conflitos por não estarem seus limites de atuação claramente definidos. No cotidiano profissional, as atividades se interpõem originando conflitos de interesses que podem ser percebidos através da ação dos seus Conselhos Profissionais.

Para tanto, na primeira seção deste capítulo, são abordadas noções de coerção, disputa e conflito dentro de uma sociedade, de maneira que se possa identificar os mecanismos pelos quais atuam.

A seguir, serão tecidas algumas considerações sobre a necessidade de se repensar o papel que cabe ao Estado exercer neste novo momento vivido pelo País, após as transformações ocasionadas pela Nova Constituição e a questão do poder político. Na terceira parte, são abordadas as questões referentes à formulação das políticas públicas sociais, apontando a influência de fatores externos nos interesses sociais, como, por exemplo, os interesses econômicos entre outros, trazendo especialmente aquelas discussões que são pertinentes à área da Saúde, dentro do espírito democrático e as suas limitações. E buscando demonstrar como os Conselhos Profissionais de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina atuam ao lidar com essas variáveis que mudaram a arena da Saúde, considerando que buscam contemplarem interesses diversos.

3.2 A QUESTÃO DA ORDEM SOCIAL: UMA REFLEXÃO SOBRE O CONFLITO E A TEORIA DA COERÇÃO

Para que se possa entender o cenário agônico da saúde pós-constituente, formado pela inclusão de um maior número de atores sociais aos benefícios de Saúde, bem como pelo advento de novas profissões nessa área, além das pressões políticas ocasionadas pelo exercício da cidadania, refletidas em uma maior cobrança aos profissionais, e que, por conseqüência, repercutem também nos seus respectivos Conselhos Profissionais, é necessário buscar a compreensão através de teorias.

Nas Ciências Sociais, busca-se entender a realidade social, as relações, as disputas, os problemas da sociedade. A produção de toda a ciência é, em última análise, a conseqüência do desejo de explicar o mundo que nos cerca — as teorias — tem a função de construir modelos explicativos que ajudem a entender um determinado fenômeno social. As teorias podem ser de pequeno, médio ou longo alcance (micro e macro teorias), objetivando dar conta e auxiliarem na compreensão dos eventos sociais, percebidos no mundo fenomênico. A respeito disto, diz Cohen (1970, p. 31):

Explicar alguma coisa é mostrar que uma afirmação que a descreve pode ser deduzida, por processos lógicos e válidos, de outras afirmações. Uma regra fundamental da Lógica é que toda explicação científica deve possuir pelo menos uma premissa que seja uma proposição universal. Quando uma proposição universal é empírica e causal, ela recebe o nome de teoria científica.

A realidade social é constituída por relações dinâmicas, mutantes e conflituosas, em uma intrincada trama que é, na maioria das vezes, de difícil compreensão. Diversas teorias, ao longo da história das Ciências Sociais, têm sido elaboradas na tentativa de explicar os fenômenos sociais. Na opinião de Cohen (1970), um dos problemas centrais da sociologia é o da ordem social. Através da investigação do problema da ordem, pode-se, também, esclarecer algumas questões relacionadas à desordem, situação que produz mudanças nas sociedades.

O problema da ordem social pode abrigar, em seu conceito, diversos significados inter-relacionados, e, entre eles, Cohen (1970) destaca alguns que considera serem os principais. O primeiro sentido refere-se ao controle da violência e diz respeito à inibição dos instintos; o segundo, está relacionado à interação social entre um indivíduo e o outro: a ação feita pelo ator não ocorre ao acaso, ela responde ou integra a ação do outro; trata-se da qualidade de reciprocidade ou complementaridade das condutas sociais. O terceiro, é o elemento que fala da previsibilidade das ações, ou seja, as pessoas só podem agir socialmente se souberem o que esperar do outro, e para que isso ocorra, é necessário que essas formas perdurem no tempo, ou seja, a persistência acha-se implícita na expectativa da ação e na previsibilidade da conduta.

A teoria da coerção pode ser usada para iluminar alguns aspectos da ordem social relativa ao controle dos instintos e da violência. Essa teoria, segundo Giddens

(1989), procura explicar os motivos pelos quais as normas de uma sociedade são aceitas e seguidas. A obediência às regras deve-se ao temor de represálias, através da punição pela força física ou moral, ou pela recompensa, percepção feita pelo indivíduo de que o seguimento das leis prescritas lhe trará algum tipo de vantagem, como, por exemplo, a segurança e um certo controle dos impulsos de violência. A aceitação das normas é de congruência mútua e possibilita a convivência social de forma estável, assegurando a permanência e segurança do indivíduo. Essas regras, que norteiam o comportamento dos indivíduos em uma sociedade, incluindo aí os seus direitos e deveres na comunidade a que pertencem, possuem caráter cultural e são aprendidas durante o processo de socialização.

Contudo, continua Giddens (1989), para cada um desses significados da ordem social, há um equivalente de sentido oposto. Se, por um lado, os atos instintivos são freqüentemente inibidos por força do pacto da vida social, sua expressão é, por outras vezes, permitida e liberada. O mesmo acontece com relação às noções de reciprocidade e de cooperação, onde também encontramos elementos de oposição e conflito no convívio em sociedade. Em todas as sociedades, existe sempre uma área de incerteza, de imprevisibilidade, de contradição; apesar de ser a mudança uma característica da vida social, assim como a persistência e a ordem. Por serem as sociedades compostas por ações e reações, que respondem aos papéis assumidos e desempenhados pelos diversos atores, individuais ou coletivos, elas não permanecem no tempo de forma estática e imutável e cada sociedade não muda da mesma maneira e nem na mesma direção; elas variam de acordo com as circunstâncias em que ocorrem em um constante processo de transformação.

A realidade social é produzida pelos homens em uma interação entre o que pensam e o que desejam; suas intenções, mas não apenas isto, conforme Giddens (1989, p.12):

(...) podemos expressar a dualidade de estruturas nas relações de poder da seguinte maneira. Os recursos (focalizados via significação e legitimação) são propriedades estruturadas de sistemas sociais, definidos e reproduzidos por agentes dotados de capacidade cognoscitiva no decorrer da interação. (...) o uso do poder não caracteriza tipos específicos de conduta, mas toda ação, e o poder não é em si mesmo um recurso. Os recursos são veículos através dos quais o poder é exercido, como um elemento rotineiro da exemplificação da conduta na reprodução social.

Ao deparar-se, em uma sociedade, com disputas oriundas dessa interatividade, o cientista social busca modelos que possam explicar quais são os elementos e as variáveis que produzem essas situações de conflito.

Dentre elas, o poder é, seguramente, um dos elementos que está mais fortemente associado às disputas nas sociedades. Foucault (2000) afirma que o poder pode ser encontrado em todas as coletividades humanas. Todos nós, em uma relação, estamos exercendo ou sendo objetos de poder. O poder emerge justamente da assimetria existente nas múltiplas e diferentes relações.

A dimensão contingente da realidade social, responsável pela existência de espaço de indeterminação e incerteza, sobretudo no campo político, desestabiliza posições e provoca alternância e dinamicidade nas relações de poder.

Onde há poder, há também uma força que a ele se contrapõe dentro da rede social a que pertence. A todo poder, opõe-se uma resistência. O conflito está justamente baseado na disputa por esse poder. O ator que se encontra em uma posição de menor poder luta para galgar uma posição melhor, no sentido de ver contemplado seus interesses, quase sempre contrários aos interesses daqueles que ocupam uma posição mais poderosa, e esse último reage, tentando conservar a sua posição. Conforme define Machado (1982, p.192), o poder: “é luta, afrontamento, relação de força, situação estratégica”. A demonstração de fraqueza, por parte de um, estimula a luta do outro para assumir a posição de maior poder, como uma espécie de jogo. O poder se desloca de um sujeito para outro, ele não está vinculado ao indivíduo, mas à relação.

A coerção é um dos mecanismos usados na disputa pela obtenção de poder. As pressões exercidas pelas mobilizações da sociedade pretendem atingir este objetivo: a desestabilização da autoridade através de mecanismos como a coerção, originando o enfraquecimento de seu poder. A disputa, ao gerar conflito, torna instável o grupo dominante (aquele que detém mais poder) e pode provocar perda de legitimidade. São tipos de estratégias usadas para derrubar um governo ou desacreditar uma determinada hegemonia (profissional ou econômica), por exemplo.

A coerção é necessária para a ordem social, embora apenas ela não seja suficiente para mantê-la, uma vez que há interesse entre os homens de manter um acordo de cooperação e ajuda mútua para poderem atingir seus objetivos, sejam eles de subsistência, proteção de catástrofes naturais ou mesmo a união para

enfrentarem inimigos em comum. Porém, conforme adverte Cohen (1970, p 41), é indispensável que haja:

(...) algum agente que seja capaz de aplicar sanções quando a influência moral ou simbólica é negligenciada, ignorada ou resistida e têm de haver também alguns agentes coatores, tais como os anciãos, que supervisionam a aprendizagem dos padrões morais e a internalização dos significados simbólicos. (...) Parece razoável concluir que a maior parte das provas apóia a opinião de que o enfraquecimento de qualquer forma do poder coercitivo contribui de modo significativo para a desordem e a mudança sociais.

Para que seja mantida essa confiança recíproca, é necessário que os direitos e obrigações de cada parte estejam previamente estabelecidos, buscando o maior equilíbrio possível, sem que aja o prevalectimento de um lado sobre o outro. Em última análise, trata-se de garantir benefícios mútuos. Toda vez que acontecem circunstâncias, que não estejam previstas pelas regras sociais existentes, acontecem desordens e conflitos até que, com o passar do tempo, novas regras voltem a vigorar (COHEN, 1970).

Sempre que a coerção falha, ou excede certos limites, como foi o caso no Brasil, por ocasião do regime militar, onde foram cometidos atos arbitrários, que feriram profundamente os direitos humanos, é produzida uma reação contrária, destinada a abolir essa coerção, gerando mudanças. Nos períodos de conflito, acontece o que Cohen (1970) chama de desordens. As desordens, quando não impedidas por alguém que possa defender as normas, liberam os instintos e os impulsos, resultando na violência e no caos. As mudanças sociais podem ocorrer nesses momentos de crise, em que a estrutura organizada da sociedade desorganiza-se, conduzindo a uma nova forma (mudança); embora desordens planejadas possam resultar em menor ou maior repressão (como efeito colateral indesejável), como foi o caso do Ato Institucional número 5 (AI-5), durante a ditadura militar no Brasil, em um processo que, entre outros fatores, conduziu mais tarde à abertura política, culminando com a Nova Constituição e com a votação direta para a presidência da república.

3.3 O PAPEL DO ESTADO NA ATUAL ORDEM DEMOCRÁTICA E AS DISPUTAS PELO PODER

As sociedades, ao longo da história, sofreram grandes transformações até chegarem a sua atual conformação. As mudanças foram sentidas em todos os aspectos das sociedades: na área econômica, nos meios de produção, no campo cultural, etc., como também nas esferas correspondentes à política e ao Estado. Essas mudanças tornaram-se mais aceleradas, a partir da segunda metade do século XX, com a revolução da informação, o advento de novas tecnologias e a contínua necessidade de adequação das sociedades perante a conseqüente complexidade dos problemas emergentes a serem enfrentados no mundo moderno, tais como: o crescimento descontrolado das cidades e da população mundial, a desigualdade na distribuição das riquezas, o aumento da violência, do desemprego; a poluição do ar e da água e a possibilidade de esgotamento dos recursos naturais imprescindíveis à subsistência humana. E são apenas alguns desses problemas, dando-nos a dimensão dos desafios a serem transpostos pelo homem contemporâneo.

Na modernidade política, existe um pensamento recorrente entre duas afirmações que, segundo Touraine (1996), são inseparáveis: a primeira está relacionada à convicção de que a democracia deve respeitar os direitos fundamentais do homem e as liberdades individuais e coletivas, em toda sua diversidade cultural, através das instituições sociais; a segunda diz respeito à representatividade dos governantes e a submissão dos mesmos ao julgamento e às leis. Só assim um Estado de direito, legalmente constituído e aceito pela maioria através de uma democracia, terá a força necessária para enfrentar, através das suas instituições, os desafios que têm surgido ao longo dos últimos anos.

Neste contexto é necessário que o Estado esteja em compasso com as dificuldades a serem enfrentadas pela sociedade. O Estado atual, ao mesmo tempo em que deve ser forte, legitimado e de direito reconhecido pela sociedade, também deverá ser descentralizado para que haja distribuição do poder. A descentralização desejada é aquela que seja capaz de estabelecer uma relação de equilíbrio entre as dimensões administrativas, econômicas e políticas. À medida que o espírito democrático se desenvolve, torna-se difícil um Estado que seja o principal organizador e agente central da regulação social a partir de suas políticas sociais,

econômicas e fiscais, frente às complexidades da sociedade contemporânea. Conforme argumenta Dias Neto (2005), essa impossibilidade é, em grande parte, devido ao desenvolvimento da economia em termos mundiais; mas também é pelos avanços da democracia, da participação política e do exercício da cidadania pela sociedade civil, ou seja, do reconhecimento de que os indivíduos possuem direitos e deveres comuns, conscientes de seu papel no Estado e de que pertencem a uma única nação.

A descentralização ocorre, tanto ao outorgar poder aos processos decisórios do governo local quanto ao democratizar a distribuição dos recursos, concedendo maior autonomia aos municípios e conferindo maior flexibilidade e agilidade nas ações para solução de problemas locais. Para isso, são necessários ajustes, tanto no papel que cabe ao Estado exercer quanto ao modo de se fazer a regulação social. O redimensionamento do papel do Estado deverá priorizar funções como às de planejamento, regulamentação e controle, separando as atividades governamentais das empresariais, o público do privado (DIAS NETO, 2005).

Conforme Giddens (2005), no Estado moderno, é feita a distinção entre esfera privada e esfera pública, a dissociação entre o poderio político e o econômico, e a separação entre sociedade civil, as funções administrativas e políticas. Na área jurídica, esse Estado está caracterizado por uma separação entre direito público e direito privado; no campo financeiro, pela separação entre bens e recursos estatais, rendas e patrimônio privado dos governantes e funcionários. Sua autoridade está amparada por um sistema legal que se estende por determinado território de fronteiras claramente marcadas. No plano administrativo, revela-se através da constituição de uma burocracia racional e a capacidade de utilizar as forças militares para a implantação de suas políticas e aplicação das leis.

A primeira observação a ser feita é a de que na América Latina, segundo Touraine (1996), o desenvolvimento da democracia não se deu da mesma forma como a ocorrida na Europa dos países pós-comunista e nos Estados Unidos auto-sustentáveis, por possuírem diferentes realidades históricas.

O Brasil, um país que só no final da década de 80 retoma o processo democrático e recém saído de uma longa ditadura militar, necessita amadurecer o exercício de cidadania e dos seus direitos civis. É um país relativamente jovem e inexperiente em termos políticos e sociais, onde a sociedade não está habituada a reivindicar, a pressionar, a fazer valer amplamente seus direitos como cidadãos. O

conceito de cidadania é algo novo e, para que seja exercido em sua plenitude, necessita de tempo para que possa ser aprendido totalmente. Além do mais, o Brasil é um País de território extenso, com enormes diferenças sociais e de péssima distribuição de renda e, conforme Touraine (1996), com uma modernização que não é auto-sustentada. O País possui características que lhe são peculiares, portanto o seu desenvolvimento democrático deverá ser dirigido para um desenvolvimento auto-sustentável e, segundo Touraine (1996, p.248), “*antes de tudo, que o Estado possua uma capacidade de decisão suficientemente grande*”.

A existência do Estado está condicionada à presença de mecanismos políticos de governo, representados pelas suas instituições como, por exemplo, o parlamento ou o congresso que, juntamente com os servidores públicos, formam o conjunto que detecta e caracteriza a máquina estatal em uma sociedade.

A construção da soberania nacional brasileira foi marcada por um longo processo de concentração e centralização do poder como forma de domínio. Primeiramente, antes mesmo da implantação de um processo democrático, um Estado precisa constituir-se como um Governo único, central, representando um caráter de unidade e identificação do país; com uma mesma língua, de mesmas leis, emanadas de um único centro de poder. Um poder, para ser soberano, terá de se impor primeiramente através da força física; contudo, ao mesmo tempo, deverá ser aceito e reconhecido, através de um discurso de legitimação, mantendo seu domínio através de um poder central. Para que um governo tenha condições de governabilidade, é necessário que haja um consenso minimamente aceitável por todos. Esse consenso é produzido pelo espaço político, pela aplicação da política (SANTOS, 2005).

A política encontra-se diluída em toda prática quotidiana, e os fenômenos políticos perpassam a complexa realidade social e tendem a apresentar um caráter autônomo. A política não pode ser dissociada do poder; fazer política é, na sua essência, uma forma de ampliar os meios e as possibilidades de aquisição de poder. A política é utilizada para agregar mais poder, produzindo influências, favorecendo interesses e gerando mais poder, e, assim, sucessivamente. É através do jogo político que o ator fortalecerá sua posição, construindo alianças e concretizando objetivos. O poder é inerente a toda organização e ação social.

As interações dos atores estratégicos não ocorrem ao acaso, mas, atendem a interesses individuais. Segundo Friedberg (1993), na ação social coletiva há conjugação de interesses, formando um conjunto articulado:

(...) são jogos cujas regras e mecanismos de regulação estruturam os processos de interação, quer dizer de troca e de negociação, através dos quais os atores respectivos regulam e gerem as dependências mútuas que deram nascimento à sua cooperação, ao mesmo tempo em que são mantidas por elas (FRIEDBERG, 1993p. 113).

As lógicas de ação dos atores funcionam dentro de um sistema que integra cooperação e conflito, em que são formuladas estratégias de acordo com seus interesses. As estratégias podem considerar fatores diversos, como de origem, política, social, ambiental, dentre outras (FRIEDBERG, 1993).

Fazem parte deste jogo de poder: conhecer a definição das regras, a delimitação das arenas, os tipos de organização de interesses, as estratégias de cooperação e confronto e os recursos dos atores políticos e sociais.

Nos confrontos, são estabelecidas relações de forças que intentam obter êxito na união de seus interesses, a partir de então, uma nova configuração dessas relações se forma entre os atores envolvidos. Segundo Friedberg (1993), as instituições são criadas por atores sociais envolvidos em luta pelo poder político. Sendo assim, para que possamos compreender o impacto causado nas relações para obtenção de poder, é preciso analisar os incentivos, as oportunidades e as restrições que se oferecem aos atores envolvidos na disputa.

Para Touraine (1996), a reconstrução do espaço público e o retorno ao debate político fazem parte da ordem democrática. A democracia pressupõe o reconhecimento do outro, como sujeito, e das diversidades que compõem o universo social. Cabe à cultura democrática reconhecer as instituições políticas como principal espaço desse reconhecimento.

Sendo assim, de acordo com Touraine (1996), um sistema político-democrático deve fazer distinção das diversidades, que são inerentes a todas as sociedades, sendo capaz de conciliar a igualdade de direitos com as diferentes convicções e modos de vida dos indivíduos, e de, nelas, reconhecer a existência de valores e conflitos que são insuperáveis. Touraine (1996, p.148) afirma que: “A Democracia apenas existe quando os problemas sociais são reconhecidos como a

expressão das relações sociais que podem ser transformadas por uma intervenção voluntária de governos livremente eleitos”. Somente a democracia permite reconhecer o processo político apropriado para conferir o peso relativo de cada elemento que compõe o processo de uma decisão política e atribuir-lhe a devida importância.

Embora o Estado tenha o peso e a responsabilidade política de tomar tais decisões, em uma democracia, o poder do Estado deve ser limitado, não existindo democracia em que isso não ocorra. Sempre haverá uma parte do poder político em que terá uma parcela de decisão arbitrária, nunca totalmente suprimida. Qualquer detentor de poder, seja chefe de Estado ou diretor de uma empresa, está apenas parcialmente engajado em um sistema de negociações sociais e políticas; ele também age sobre o mercado ou em relação a outros Estados.

Diversos cientistas da área social e da economia têm se dedicado a entender as profundas mudanças tecnológicas, econômicas, políticas e sociais por que tem passado o capitalismo. Percebe-se que há, inclusive, mudanças das estruturas ideológicas, que desejam a retirada do Estado da economia, ou um Estado de mínima intervenção. A soberania de uma nação encontra-se diminuída em seu alcance, não é mais aquele Estado que tudo faz e que tudo pode, seu espaço está constricto pela mundialização.

Conforme apontam Giddens e Pierson (2000, p.20): “nenhum modo costumeiro de ação pode servir de base para se viver nas complexas e mutáveis circunstâncias do presente”. O mercado hoje é o grande financiador e gerenciador dos recursos. A opinião pública é rapidamente influenciada pela mídia; as novas tecnologias da microeletrônica tornaram a disseminação das informações mais rápida; a sociedade tornou-se mais exigente ao ter acesso, quase instantâneo, às informações e mais consciente de seus direitos.

O que está em questão no Brasil é o modelo de administração pública, realizado por um Estado burocrático implantado no início do século XX. Conforme observa Dias Neto (2005, p.45),

O modelo está fundamentado na centralização e hierarquização das estruturas decisórias e na regulamentação capilar dos sistemas estatais de prestação de serviços, como garantia de qualidade e consistência da ação governamental e de neutralização dos riscos de manipulação administrativa por interesses econômicos, corporativos ou eleitorais.

Os altos índices de corrupção e a incapacidade do Estado de resolver problemas graves, como a violência crescente, a precariedade do atendimento dos serviços de saúde, a desigualdade na redistribuição de renda à população e o desemprego, têm provocado reações dos vários segmentos da sociedade. No Brasil, a arrecadação dos impostos é centralizada, o governo federal possui recursos à sua disposição, os quais são muito superiores aos recursos das outras esferas da federação (estados e municípios), porém tal fato não garante mais uma soberania irrestrita da nação na sociedade moderna. Um modelo de Estado centralizado, como é o do País hoje, não consegue solucionar os problemas sociais que surgiram nos últimos anos. Conforme as palavras do cientista político Paulo Bonavides (2002, p.385), “As taras, vícios e imperfeições de nossa origem colonial, um complexo de retardamentos políticos e sociais, marcam fundo a face das instituições brasileiras”.

É necessário que o Estado possa ser capaz de fortalecer a autonomia das instituições da sociedade civil e o poder da instância local. Pode-se dizer que hoje existe uma nova mentalidade sobre a coisa pública; há uma nova cultura política gerada, com um novo papel a ser exercido pelo Estado.

3.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DENTRO DO PROCESSO DE REDEMOCRATIZAÇÃO

O Conselho Nacional de Saúde entende que a construção de políticas de saúde seja capaz de atender à população, reduzir as desigualdades sociais e promover o fortalecimento da democracia; para tanto, faz-se necessária a participação cidadã.

As políticas sociais visam diminuir as desigualdades e, até mesmo, garantir alguma redistribuição de renda na sociedade, cobrando maiores impostos de quem tem mais e auxiliando aqueles que têm menos, como, por exemplo, as subvenções feitas na área da educação e ensino, e também a seguridade social para a Saúde. Porém, o que se observa hoje, segundo Lopes (2004), é a existência de um hiato entre o conjunto de carências e a emergência de novo papel da sociedade civil no campo das políticas sociais no Brasil, segundo ele,

(...) expor reflexões sobre a gestão das políticas sociais não é tão simples quanto se pensa, mesmo para aqueles que se dedicam ao

exercício da investigação sobre a questão social ou ao exercício das ações de governo (LOPES, 2004 p 58).

A partir da segunda metade da década de 80, os movimentos sociais começaram a cobrar o direito de exercer o controle social na Saúde. Esse processo foi fortalecido, ainda, pelo surgimento das Organizações Não-Governamentais e dos Agentes Comunitários de Saúde nos anos 90. Os profissionais e burocratas da saúde, quando entraram em contato com a sociedade organizada, também lutaram pela desconcentração do poder. O Estado, por sua vez, tomou parte nesse processo dando ênfase no local e delegando funções aos municípios.

Os anos 80, portanto, consistiram na formulação de propostas de organização institucional do setor, tendo seu modelo pilar — resumidamente, o do Sistema Único de Saúde (SUS) — sido sacramentado pela Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986) e instituído oficialmente a partir da Constituição de 1988 que levou ao reconhecimento da Saúde como um direito de todos e como um dever do Estado. A Oitava Conferência Nacional de Saúde, de 1986, forneceu subsídios necessários para a Assembléia Constituinte legitimar a Saúde na esfera legal.

A Constituição de 1988, que contempla os direitos da Saúde, também cria o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis n.º 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º. 8.142/90, e que tem por finalidade a universalização da assistência à Saúde, dispõe, no seu art. 196, título VIII, sobre a saúde (Brasil, 1988):

(...) a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Os princípios filosóficos e operacionais do SUS podem ser divididos em três principais, conforme nos aponta Ojeda (2004): o primeiro é relativo à ampliação do significado da Saúde, foi proferido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e conferiu à saúde uma condição que integra harmonicamente todos os aspectos da vida humana. O foco das ações de Saúde passa a ser de manutenção da saúde, através da prática da medicina preventiva. Dentro dessa nova proposição, todas as ações na área da Saúde estão dirigidas para a qualidade de vida do indivíduo e de seu entorno; a preservação dos recursos naturais, como a água e o ar; a educação e desenvolvimento de bons hábitos de higiene e alimentação (prática de exercícios

físicos, alimentação saudável, supressão do fumo, moderação no consumo de bebidas alcoólicas, diminuição da gordura e do sal no preparo dos alimentos), reduzindo os fatores de risco que predispõem à doença. O segundo princípio diz respeito à universalidade, igualdade e equidade da prestação e acesso dos serviços de saúde, um direito garantido ao cidadão, extensivo a toda população, sem discriminação de qualquer tipo (trabalhador ou não, contribuinte ou não, pobre ou rico, de qualquer etnia, gênero, credo ou profissão), como dever do Estado. O terceiro refere-se à descentralização do SUS, construído através de uma rede hierarquizada, municipalizada e sob o controle do usuário.

A Constituição, ao reconhecer o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado — um direito cuja concepção já havia sido ampliada pela Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, fruto do processo de transformação e abertura política que aconteceu no País e que culminou com o término da Ditadura Militar —, trouxe importantes modificações, as quais foram introduzidas nas políticas econômicas e sociais brasileiras, transformando o cenário da Saúde e produzindo uma reorganização no modelo assistencial.

A Nova Constituição Brasileira abre espaço para a inclusão de novos atores na formulação e implementação das políticas públicas em um terreno que pertencia unicamente ao Estado. Segundo Santos (2005), a inserção desses atores não-estatais traz para a agenda questões que antes não existiam como, por exemplo, a questão da legitimidade. Com o amadurecimento da redemocratização no Brasil, amplia-se gradativamente o espaço político democrático, que passa a contar com a participação de novos atores sociais. Tais atores não prestam contas diretamente a ninguém, a não ser, talvez, para suas entidades mantenedoras como, por exemplo, as ONGS (organizações não governamentais). Contudo, segundo Lopes (2004), é necessária a compreensão de que as demandas sociais da população e as ações de governo em resposta, geralmente, são mediadas por procedimentos que possuem significados desconhecidos ou inconscientes para muitas pessoas, a começar pelo que se entende como público e política social.

No que diz respeito à esfera política, essa democratização é colocada em vários planos e tem como exigência primeira o reconhecimento dos vários sujeitos e a defesa de suas causas. O princípio de gestão e a construção da esfera pública das políticas sociais só existem, dessa forma, em sociedades que reconhecem as desigualdades geradas pelo seu modelo de desenvolvimento e só são implantadas

por governos comprometidos (ou pressionados pela população) com a diminuição ou com a superação dessas desigualdades. “Política social, assim identificada, integra um complexo político-institucional denominado seguridade social” (PEREIRA, 1998, p. 61).

A partir de então, importantes modificações são introduzidas nas políticas econômicas e sociais brasileiras, reconfigurando o cenário da Saúde no País. Os sucessivos movimentos organizados pela sociedade civil, do ponto de vista da participação social, juntamente com o processo de abertura política brasileira, possibilitaram a presença da população, através de seus representantes, nos conselhos de gestão pública — áreas de saúde, previdência, educação, trabalho.

O movimento de construção e reconhecimento dos direitos à saúde, em particular, não está isolado dos demais movimentos sociais que marcaram o período de redemocratização e o estabelecimento da nova Carta Constitucional. Nesse conjunto das reordenações institucionais, os temas referentes à Saúde são fundamentais e interessam, sobremaneira, a toda sociedade.

O movimento de reforma sanitária, realizado na Saúde, a partir da década de 80, contribuiu tanto para fortalecer os princípios democráticos na vida social do País como, também, apontou reorientações para a construção de um novo modelo de atenção à Saúde.

É o Estado, portanto, o responsável por garantir o direito à Saúde, disponibilizando o acesso aos recursos científicos, tecnológicos e humanos a todos os cidadãos. Embora seja reconhecido que apesar de ser atribuído ao Estado o compromisso de garantir as condições necessárias para que sejam cumpridos os preceitos da saúde outorgados pela Constituição de 1988, na prática, sua legitimidade precisa ser conquistada e concretizada através de lutas sociais.

Em qualquer sociedade sempre existem conflitos sociais insuperáveis, diz Touraine (1996), devido às diversidades e especificidades que as compõem, que deverão ser paulatinamente enfrentados e trazidos para a agenda do governo. A sociedade civil, através das pressões exercidas dentro do espírito democrático, como, por exemplo, dos movimentos sociais, da imprensa, das organizações não governamentais e de tantas outras instituições, pressionam o governo a fim de obterem respostas aos seus interesses mais gerais. Sobre este assunto diz Held (1996, apud Giddens 2005, p.343),

(...) a democracia é geralmente vista como uma forma de regime político mais capaz para assegurar a igualdade política, de proteger os direitos e a liberdade, de defender o interesse comum, de satisfazer às necessidades do cidadão comum, de promover o autodesenvolvimento moral e de permitir uma tomada de decisão mais eficaz que leve em consideração o direito de todos. Porém o que se configura como regime democrático pode ser visto de formas diferentes em cada sociedade, dependendo como cada sociedade interpreta esse conceito. Em algumas ela se restringe ao ambiente político, em outras é estendida, englobando a vida social.

Os crescentes desafios da sociedade moderna não podem mais ser atendidos apenas pelo governo e pelo mercado; é nesse sentido que o fortalecimento da sociedade civil (entidades, como associações de bairros, agremiações, grupos de voluntários), com a conseqüente participação possibilitada pela democracia, contribui sobremaneira na formulação e controle das políticas sociais.

Ao considerar a Saúde no seu sentido mais amplo, promovendo o atendimento a todos os elementos que constituem o homem inserido em seu habitat, a Nova Constituição abre um leque de complexidades, uma vez que, ao se tratar do problema saúde, estará inevitavelmente atingindo diversas esferas da vida social que impactam diretamente a Saúde em sua forma mais extensa.

O sistema de Saúde no Brasil, incluindo tudo aquilo que o compõe, deverá entender esse processo e definir uma agenda que responda aos novos tempos. Agregar uma nova agenda significa inovar, criar meios e possibilidades, considerar as questões tecnológicas e o novo cidadão que emerge nesse mundo.

Conforme Santos (2005), as políticas públicas podem ser o produto do longo percurso na tomada de decisão, envolvendo interesses e escolhas elencadas, em detrimento de outras tantas alternativas, manifestadas como um jogo de poder na construção de sua agenda. Há consenso de que a formação e desenvolvimento das políticas públicas envolvem fases como: construção da agenda, formulação, implementação e avaliação. Com a interferência no meio social e político dos atores participantes, das agências implementadoras e da natureza das políticas, demonstra-se que o ato de se fazer políticas públicas envolve relações entre atores governamentais e não-governamentais, em um processo contínuo de interação em todas as suas fases.

A tomada de uma decisão significa superar um conflito. Existem três modos (tipos ideais abstratos) de se obter uma decisão coletiva: a primeira, através do voto (não de eleição, mas em um parlamento, na câmara, ou em um referendo), em que a maioria vence, a decisão é tomada pela maioria de votos, chamada democracia majoritária. A segunda, a decisão é tomada através de uma negociação, não tem quem ganha ou quem perde, as duas partes chegam a um acordo que é feito através de um consenso, por unanimidade, chamada democracia consensual; e a terceira, através de argumentação/deliberação. Para a aplicação da tomada de decisão, sobre determinado assunto de interesse da sociedade, pode-se usar três vias de inclusão na tentativa de satisfazer a maioria dentro do espírito democrático: através da chamada porta aberta (orçamento participativo), da reunião dos diversos pontos de vista sobre o assunto em questão, ou, então, através de uma amostra casual da população em que é efetuado um sorteio de pessoas comuns, excluindo daí os publicamente ativistas e militantes (Informação verbal)².

Com relação ao processo de construção da decisão na administração pública brasileira, constata-se que praticamente inexistente a formulação de políticas no nível local, pois a descentralização político-administrativa, conquistada em 1988, vem sendo regida, através dos anos, pela lógica do financiamento. Nesse sentido, o estatuto do município, como ente federado instituído pela Constituição, não vem sendo assumido pela maioria dos municípios, entre outras razões, porque isso exige a autonomia financeira como pré-condição para seu autogoverno. (COHN, WESTPHAL, ELIAS, 2005).

A questão do direito à saúde, da Constituição de 1988, abre um campo de luta política e ideológica. Conforme argumenta Barros (2004), as mudanças, ocorridas nas últimas décadas no cenário político-econômico internacional, — como a composição de um mercado global estabelecido pela organização mundial do comércio e as reformas de teor neoliberal implementadas —, repercutiram, como não poderia deixar de ser, nos serviços de saúde e no acesso aos mesmos. Segundo informações do Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2004), nos EUA, as indústrias farmacêuticas gastam cerca de 200 milhões de dólares, entre *lobby* e contribuições diversas em períodos eleitorais, como forma de promover estratégias que garantam (ou facilitem) o acesso ao governo com vistas a influenciar nas

²Comunicação recebida por palestra proferida na Pontifícia Universidade Católica do RS (PUC) realizada em 15 de junho de 2006 por Luigi Bobbio.

decisões políticas e garantir um mercado interno para seus produtos. Por conta disso, há um dissenso entre as relações do setor público com o setor privado, que assumem papéis conflitantes com conseqüências para a saúde de toda população. Barros (2004, p.13) aponta que as principais divergências decorrem do fato de que, cada vez mais,

(...) decisões de caráter normativo que afeta a toda sociedade são tomadas por entidades supranacionais, em grande medida, que adotam estratégias inacessíveis para a maioria. As implicações das mudanças apontadas no setor industrial farmacêutico são múltiplas e com impacto inevitável no acesso aos medicamentos para grandes contingentes da população, em especial de países da África e da América latina.

São profundas as mudanças operadas no cenário mundial dos últimos vinte anos, que também afetaram os assuntos referentes à Saúde. É nesse quesito que, uma vez mais, importa destacar o papel do Estado na salvaguarda dos interesses da saúde da sociedade, rediscutindo o papel do setor público.

As relações, entre o setor público e o privado, assumem novas e conflitantes conotações quanto aos aspectos econômicos globais e suas conseqüências. Entre estas caberia ressaltar as decisões de caráter normativo, que afetam toda a sociedade, realizadas pelo Estado.

As políticas públicas, segundo Barros (2004), têm paulatinamente sofrido influências das grandes corporações internacionais, produtoras de medicamentos, afetando as decisões de governos e parlamentos. Os interesses de indústrias supranacionais, por se tratarem de interesses econômicos, vão de encontro aos da saúde pública na maioria das vezes.

A natureza das ações de saúde e os riscos inerentes a elas necessitam normas que defendam a saúde pública e que resguardem minimamente a população, protegendo-a de interesses econômicos diversos. É nessa proposição que se torna importante eleger, como objeto de reflexão, a participação da sociedade, conforme os preceitos instituídos pela Constituição Nacional de 1988, representada através das profissões e dos Conselhos Profissionais de Saúde, possibilitando o controle social das políticas públicas que são formuladas pelo Estado nessa área.

O Estado de Direito está associado à concepção moderna de política e cidadania que separa os limites entre a esfera pública do Estado e a esfera privada da sociedade civil, delimitando as fronteiras de uma e de outra. Nesta nova mentalidade o indivíduo possui opções livres para o estabelecimento de suas relações econômicas, culturais, profissionais, familiares.

Conforme Dias Neto (2004), as escolhas de uma sociedade têm caráter político, e a ela cabe fazê-las de forma consciente e responsável. Trata-se da capacidade da sociedade civil organizada de intervir nos processos decisórios dos organismos reguladores, de neles estar representada de forma efetiva e com poder deliberativo. É essa participação consciente que configurará legitimidade e credibilidade a um sistema governamental democrático, promovendo a universalização dos serviços públicos em condições socialmente aceitáveis.

3.5 CONSIDERAÇÕES

As rápidas mudanças, pelas quais passa a sociedade moderna, em um mundo globalizado de crescentes desafios econômicos e sociais, apontam para o fato de que é árdua a tarefa de somente o Estado ter que dar conta das demandas sociais geradas por esta sociedade. Faz-se necessário que o Estado cumpra seu papel, que disponha de políticas muito precisas, voltadas para uma administração e captação de recursos, muito bem estruturados, para que possa realmente viabilizar o atendimento às exigências do mundo contemporâneo, todavia, é necessário que esta ação seja compartilhada. O poder estatal deve ser dividido, descentralizando o poder de decisão entre as diversas instâncias governamentais e a sociedade civil de uma maneira responsável e compromissada.

Embora já tenha havido avanços no longo caminho a ser percorrido na busca por atender as disposições da Constituição de 1988, ainda é perceptível que — de todo o processo de reformulação que vem sofrendo a área crítica, como é a da saúde brasileira — o papel do Estado, como gestor desse processo, tem importância fundamental.

Também as profissões, junto com os seus Conselhos Profissionais que participam como atores sociais em união com a sociedade civil, necessitam remodelarem seus fazeres, rompendo com antigos paradigmas na Saúde. A identidade das profissões, cujas raízes estão fincadas na forma como se originaram,

já não tem lugar no momento atual. Os limites de atuação e os atos próprios de cada profissão, que as identificavam minimamente com o seu fazer, já não estão tão nítidos. As atividades profissionais se sobrepõem e se interpõem; o profissional não trabalha só, mas em equipe em uma complementaridade de saberes.

Os problemas da Saúde não são de fácil solução, diga-se, pois, embora o Estado garanta a universalidade, a igualdade e a equidade da Saúde para *todos os* cidadãos brasileiros, ele enfrenta dificuldades de toda ordem; na maioria das vezes, os recursos são mal administrados, falta investimento no treinamento de funcionários, verbas são desviadas, apenas para citar alguns dos problemas enfrentados. O fato incontestável, apontado continuamente pela mídia e observado na prática, é que existem graves problemas nos serviços de Saúde, há conflitos, tensões e crise nesta área, que acaba se tornando palco de disputas.

4. AS DISPUTAS AGÔNICAS NO CAMPO DA SAÚDE, A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS PROFISSIONAIS: LEGITIMAÇÃO, CONSERVAÇÃO E AMPLIAÇÃO DO PODER

4.1 INTRODUÇÃO

Com a Nova Constituição, são previstas várias mudanças na área da Saúde. Dentre elas, pode-se destacar a participação da sociedade civil na regulação da Saúde e a criação do Sistema Único de Saúde com o objetivo de promover a descentralização, transferindo recursos do Governo Federal para os estados e os municípios. Essas modificações e outras mais implicaram em uma mudança nas relações entre os múltiplos atores sociais da Saúde. Entre esses variados atores encontram-se os Conselhos Profissionais de Farmácia, Enfermagem e Medicina — objetos desta pesquisa —, os profissionais farmacêuticos, enfermeiros e médicos, o Estado e a Sociedade Civil, os quais usam distintos mecanismos para contemplar os seus diferentes interesses.

Os interesses, que têm pautado as disputas enfrentadas hoje pelas profissões de farmacêutico, de enfermeiro e de médico, e das quais participam ativamente seus Conselhos Profissionais, podem ser conhecidos, sob a perspectiva das Ciências Sociais, examinando-se o contexto histórico em que surgiram essas profissões e quais são os desafios que elas têm enfrentado atualmente, como, também, compreender de que maneira é constituída a relação entre o seu conhecimento, através de suas práticas, e a população para qual são dedicados os seus saberes.

Na primeira parte deste capítulo, são apresentados os novos atores sociais na Saúde a partir da Constituição Brasileira de 1988. Ocasão em que são feitas algumas reflexões sobre a função das Conferências e Conselhos de Saúde, objetivando apontar as mudanças ocasionadas pela participação da sociedade civil como um novo ator social nessa esfera.

A seguir, é feito um breve histórico sobre a constituição das profissões de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina e as lutas ao longo da história para legitimarem seu conhecimento e persistirem no mundo.

Após, é realizada uma abordagem sobre a composição do campo profissional formado pelos profissionais da área da Saúde, seu desenvolvimento e inserção na

sociedade atual; demonstrando o campo da Saúde como uma arena favorável para disputas sociais, um palco efervescente, em que novas profissões emergentes amiúde se legitimam, com fronteiras não nitidamente marcadas, que se interpenetram e se desdobram em uma multiplicidade de saberes.

Por último, são postos a descoberto alguns aspectos dos desafios a serem enfrentados pelos agentes, desse campo de luta, frente às novas tecnologias informacionais e a complexidade do mundo contemporâneo. Para, então, finalmente, ser contextualizado o campo agônico formado pelo entrelaçamento das relações entre as profissões de Farmacêutico, de Enfermeiro e de Médico, e seus respectivos Conselhos Profissionais, com o Estado e suas políticas públicas e leis, e com a sociedade civil.

4.2 ATORES SOCIAIS: A ATUAÇÃO DOS CONSELHOS E DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE: A PRESENÇA DO SUS E DA ANVISA

Criado em 1937, pelo então Ministério da Educação e Saúde, através da Lei 378, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) tinha como função assessorar o Ministério, em conjunto com o Conselho Nacional de Educação. Em 1970, após mais de 30 anos de funcionamento inexpressivo, o Conselho Nacional de Saúde passa por uma segunda etapa, quando o Decreto 67300/70 lhe atribui objetivos, funções e estrutura mais definidas, procurando compatibilizá-lo com o processo de modernização conservadora em andamento no País. Durante muito tempo seu papel foi apenas consultivo e técnico, e seus componentes eram indicados pelas instituições públicas, trabalhando com questões internas do Ministério da Saúde sem participação da sociedade. Ao longo de sua história, este primeiro Conselho Nacional de Saúde (CNS) caracterizou-se como um colegiado formado por especialistas em assuntos de saúde pública, com caráter consultivo e normativo, ou seja, estabelecia normas e diretrizes técnicas, bem como emitia pareceres sempre que convocado. Assim permaneceu com algumas modificações até 1990, quando foi criado o novo Conselho Nacional de Saúde, com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (CNS, 2006).

Em 1988, a Constituição Brasileira criou o Sistema Único de Saúde (SUS) que busca o cumprimento das suas diretrizes básicas legais dentro dos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade da Saúde; a participação popular, ao

lado da descentralização das ações e políticas de saúde, passou a ser valorizada e percebida como de fundamental importância para a construção de um novo modelo público de saúde. As Leis Orgânicas da Saúde (n° 8080/90 e n° 8142/90), aprovadas pelo Congresso Nacional em 1990, regulamentaram esses princípios, reafirmando a Saúde como direito universal e fundamental do ser humano, e decidiram sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, através das Conferências e Conselhos de Saúde, que passaram a atuar como instrumentos do controle social, com a participação dos diversos segmentos da sociedade, ao lado do governo, no acompanhamento e na definição de políticas públicas de saúde. Conforme já foi discorrido anteriormente, em agosto de 1990, quando o Decreto 99438/90 criou o novo Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho anterior praticamente já não atuava da mesma forma como o papel para o qual fora concebido, já não tinha lugar na nova conjuntura. Portanto, os atuais Conselhos de Saúde pouco têm a ver com o CNS da época anterior, guardando com ele uma linha mais de ruptura do que de continuidade. Assim sendo, o processo histórico por que passou o Conselho, e o fortalecimento do controle social no País, consolidou-se como peça importante do planejamento estratégico e na implementação de políticas de saúde no Brasil. Além de congregar diversos segmentos da sociedade, este novo Conselho Nacional de Saúde possui caráter deliberativo: pode analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública, através de resoluções que devem ser adotadas pelo Ministério da Saúde.

A história construída pelos movimentos sociais consolidou-se de forma irreversível na área da Saúde e tem uma característica inédita: a participação popular na deliberação das políticas públicas de saúde, com o direito de discutir e fiscalizar o governo nos três âmbitos (nacional, estadual e municipal) por meio dos Conselhos e Conferências de saúde, espaços que foram conquistados pela sociedade civil organizada.

As Conferências e os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas do SUS em cada esfera do governo (Federal, Estadual e Municipal). O caráter permanente e deliberativo dessas instâncias está definido em Lei pelo Ministério da Saúde (1990) e confere ao SUS seu perfil democrático, abrindo espaço para a participação da sociedade na definição de seus rumos.

Os Conselhos de Saúde atualmente, são uma realidade e estão constituídos em quase todos os municípios e em todos os estados do País, atuam na formulação

e no controle da execução das políticas de saúde, acompanhando seu desempenho na instância correspondente, aprovando as diretrizes que devem pautar as ações dos governos no âmbito Nacional. Eles são compostos por variados atores – representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários – de atuação cotidiana. São eles que aprovam a celebração de contratos, firmam convênios e fiscalizam essas ações em saúde, inclusive os aspectos econômicos e financeiros, em toda sua magnitude, no domínio dos setores público ou privado.

O Conselho Nacional de Saúde é formado por 48 conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica, entidades de prestadores de serviço, entidades empresariais da área da Saúde e entidades e instituições do governo, de acordo com o decreto presidencial número 5839/2006. A composição dos Conselhos de Saúde é feita de forma equilibrada, de maneira que possa representar efetivamente os diversos interesses envolvidos. Conforme reza a Resolução nº 333/2003 do CNS, a distribuição das vagas é paritária, ou seja; 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores.

Fazem parte das atribuições e competências dos Conselhos de Saúde deliberar sobre a formulação de estratégia e controle da execução da política nacional de saúde em âmbito federal. Os critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais incluem: manifestar-se sobre a Política Nacional de Saúde e decidir sobre planos estaduais de saúde, quando solicitado pelos Conselhos Estaduais; dirimir divergências levantadas pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, bem como por órgãos de representação na área da Saúde; credenciar instituições de Saúde que se candidatem a realizar pesquisa em seres humanos; opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área de Saúde, em articulação com o Ministério da Educação e do Desporto; estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços; acompanhar a execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos estados, municípios e Distrito Federal; aprovar os critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial; acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde, credenciadas mediante

contrato, ajuste ou convênio; acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de Saúde, para a observância de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do país; e, por fim, propor a convocação e organizar a Conferência Nacional de Saúde, ordinariamente a cada quatro anos e, extraordinariamente, quando o Conselho assim deliberar, de acordo com a lei 8.142, e definir as diretrizes gerais das políticas de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006).

Para cumprir com eficiência essas atribuições, os conselheiros recebem capacitação, entendida como processo de construção e troca de conhecimentos, com o objetivo de ampliar a visão em relação às políticas de saúde, além de promover a compreensão da estrutura e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do processo de construção do modelo de atenção adequado a seus princípios e diretrizes. O exercício do controle social exige que o conselheiro de saúde tenha acesso às informações essenciais para definição das políticas de saúde. Nesse sentido, é fundamental o desencadeamento de processos de educação permanente para o controle social que envolva a sociedade.

Nos 14 anos de existência do SUS (a partir da publicação da Lei Orgânica da Saúde), o controle social tem sido responsável pelo processo de construção de novas relações na Saúde e do fortalecimento do SUS. Vale lembrar os aspectos positivos na implementação dos Conselhos de Saúde e as lutas travadas na perspectiva de efetivação do SUS, a mobilização contra a privatização através da participação social, o financiamento do SUS garantido pelo Senado, na EC 29 (Emenda Constitucional Nº. 29, 2000), que destina recursos financeiros ao SUS provenientes da arrecadação dos impostos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, aplicados, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde.

É importante ser destacado, também, o papel desempenhado na área da Saúde pela agência reguladora da saúde, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), criada pela Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que está fortemente presente na prática diária de todos profissionais, órgãos, instituições, empresas de todos os tipos (públicas, privadas, filantrópicas), distribuidoras, importadoras, prestadoras de serviços (como hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros) que porventura entrem em contato, negociem, vendam, armazenem, manipulem ou administrem produtos, ou pratiquem ações que estejam minimamente ligadas à

saúde em sua forma mais abrangente. Estão incluídas, nessa categoria, as fiscalizações de todos os produtos que possam afetar o meio ambiente – o tratamento de água e esgoto, os poluentes industriais e os produtos tóxicos – e a vistoria das condições de produção de alimentos, de medicamentos, de produtos saneantes, de cosméticos, de agrotóxicos, de derivados do tabaco, entre outros; bem como, inspecionar as áreas de portos, aeroportos e fronteiras, monitorar propagandas e exercer ações de farmacovigilância. A ANVISA (1999) tem como missão e como visão:

Proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso. (...) Ser agente da transformação do sistema descentralizado de vigilância sanitária em uma rede, ocupando um espaço diferenciado e legitimado pela população, como reguladora e promotora do bem-estar social (ANVISA, 1999).

As principais unidades federais, estaduais e municipais que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) são: o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), os Centros de Vigilância Sanitária Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENS), o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e os Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, em relação às ações de vigilância sanitária (ANVISA, 1999).

Os Conselhos de Saúde englobando a sociedade civil, o governo (representado por suas agências reguladoras e Leis) em conjunto com as Conferências de Saúde tornam-se *locus* privilegiado com papel formalmente constituído, de decisão e exercício político, em uma ação direta no controle e deliberação das políticas públicas do País, muito embora, a falta de experiência participativa da população na implementação dos direitos sociais ainda produza embates e conflitos, dando margem a práticas seletivas e patrimonialistas. Esse processo vem sendo discutido ao longo dos encontros e fóruns da Saúde na busca de instrumentos para o fortalecimento do controle social e deliberação das políticas de saúde.

4.3 O CAMPO DA SAÚDE COMO ESPAÇO SOCIAL DE DISPUTAS PROFISSIONAIS

Conforme demonstra a história brasileira das últimas duas décadas, quando um grupo organizado luta, como atores sociais politicamente engajados, para que o governo e a sociedade reconheçam seus direitos, tornam-se grupos de pressão cuja voz se faz ouvir, ao falarem de um direito que é de todos. Em um país, como o Brasil, onde as desigualdades sociais são históricas, esses atores sociais adquirem o direito legítimo de reivindicação, pois lutam por interesses coletivos.

As novas concepções ligadas a direitos, identidades e o reconhecimento das diversidades do homem, possibilitadas por uma abertura social e política do País, ao longo dos últimos vinte anos, conforme já foi discutido mais amplamente nos capítulos anteriores, produziram especificamente na área da Saúde, mudanças que estão relacionadas a uma nova visão de mundo. O autor Martin O'Brien (1991) ao citar Giddens, aborda questões sobre a modernidade do mundo, em que o desenvolvimento tecnológico conjugado à revolução causada nos meios de comunicação humana, tem provocado mudanças aceleradas e totalmente imprevisíveis na história do Homem. É impossível, hoje em dia, falar-se sobre qualquer assunto sem levar em consideração essas circunstâncias, que perpassam todas as sociedades contemporâneas, implicando no modo como são concretizadas todas as ações da humanidade. Conforme O'Brien (1991, p 21),

(...) Os modernos métodos científicos e burocráticos deram-nos ao mesmo tempo o aquecimento central e o aquecimento global, as refeições preparadas em dois minutos no microondas e o mal de Kreutzfeldt-Jakob, com incubação de 10 anos. As maravilhas do mundo vão sendo pouco a pouco igualadas pelos horrores do mundo em todas as esferas da vida, desde a ingestão de alimentos potencialmente nocivos até banhos nas águas ensolaradas de mares poluídos.

O homem contemporâneo necessita estar continuamente reajustando-se a um mundo que está em permanente movimento, que muda a todo instante como se fosse um caleidoscópio, em que a cada momento são criadas novas figuras, novas paisagens. Um mundo que se tornou extremamente competitivo, onde as fronteiras entre um limite de atuação profissional e outro não se encontram claramente definidas, e os limites não são conhecidos.

É nesse cenário que surge, após a redemocratização brasileira, uma nova configuração entre os atores da Saúde; o campo da Saúde se estabelece como um campo de disputa formado pelo inter-relacionamento entre esses atores sociais, cujas disputas estão acontecendo em todas as esferas do social: institucional, política, econômica.

A partir da Constituição de 1988 e da implantação do SUS importantes reformas foram produzidas na esfera da Saúde, e ao confrontarem-se interesses divergentes entre a sociedade e grupos hegemônicos, os quais se perpetuavam no sistema de Saúde até aquele momento, conforme aponta Ojeda (2004), abre-se um espaço para novas lutas sociais entre os Conselhos Profissionais da biomedicina nesta área, representando as lutas de cada profissão às quais pertencem.

Novas profissões e novos saberes, novas tecnologias, juntamente com uma nova postura da sociedade referente aos questionamentos quanto ao seu direito à saúde, como também, a mudança de paradigma em relação à verdade absoluta do positivismo sempre muito caro às ciências “naturais”, que conduzem à perda da hegemonia médica, cujo discurso “assujeitava” todas as outras disciplinas da Saúde. Houve um deslocamento do saber e do poder, para uma posição menos centralizadora, que conduziu a uma reconfiguração social do conhecimento científico no qual são integrados outros saberes, até então considerados não-científicos, repercutindo em todas as instâncias dos atores sociais que atuam no campo da Saúde (OJEDA, 2004).

Para que se possa conhecer os desafios e as disputas que estão se dando na Saúde, particularmente nas profissões de farmacêutico, de enfermeiro e de médico, e como se configuram essas profissões no momento atual, faz-se necessário abordar dois problemas maiores à luz das Ciências Sociais. O primeiro problema trata de entender a relação do conhecimento e dos procedimentos profissionais com a organização profissional e, como tal, com o “mundo leigo”. O segundo problema traz aspectos pertinentes à sociologia das profissões, em que se busca compreender qual é o contexto histórico que propicia o nascimento de uma profissão; como essa profissão se organiza, como ela se desenvolve e de que maneira sustenta sua autonomia e independência. O primeiro, é um problema da sociologia do conhecimento; o segundo, um problema de organização político-social, (FREIDSON, 1978).

4.3.1 A Constituição do Saber das Profissões de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina

A sociologia do trabalho define profissão como qualquer atividade econômica especializada e institucionalizada legalmente, em que os papéis sociais exercidos por seus atores podem sofrer modificações (mudanças culturais) ao longo do tempo e do espaço e que conferem nítida superioridade ao profissional em relação à sua clientela (PIRES, 1989). Esta superioridade relativa decorre da vantagem que o profissional leva em matéria de conhecimento e cuja autoridade está legitimada publicamente em relação ao leigo. O caráter de cientificidade — fornecido pelos seus saberes especializados e legitimados pela sociedade — confere-lhe uma posição de domínio como sujeito “que sabe” sobre o cliente, “aquele que não sabe”.

No caso dos profissionais de saúde, que têm como objetivo a prevenção, promoção, conservação e recuperação da saúde, esta superioridade relativa ao saber da cura ou do tratamento da doença parece encontrar-se mais acentuada em virtude da própria fragilidade da situação em que o paciente está: dor, medo, insegurança, ameaça ao próprio bem-estar, à sua integridade estrutural ou funcional ou, até mesmo, à vida. O paciente vê ampliada essa desigualdade frente ao agente de saúde porque está vivendo uma situação de maior ou menor vulnerabilidade; ou seja: o profissional de saúde é aquele que tem o domínio do conhecimento acerca das doenças e das novas tecnologias que estão em contínuo desenvolvimento e que são destinadas ao tratamento e ao diagnóstico das patologias. Este conhecimento que os profissionais de saúde detêm lhes confere-lhes um *status* que se produz em fonte de poder.

Os saberes são elementos de estratégia política utilizados em relações de poder, alguns saberes emergem e são legitimados pela sociedade em detrimento de outros. Para Foucault (1997), o poder é uma relação tática de dominação e resistência, ao processo de libertação, tendo a busca de verdade através de uma epistemologia do saber, do conhecimento.

Foucault (1997), ao estudar a formação dos saberes, levou em conta *todos* os saberes sobre temas específicos em diferentes épocas. Ele buscou identificar a lente, através da qual — sem se ater a nenhuma disciplina específica, através do

método da arqueologia e da genealogia do saber — foi propiciada a produção de determinadas concepções. Um exemplo disso foi o seu estudo sobre as diferentes acepções e discursos emitidos sobre a loucura; juntamente com as mudanças que ocorreram neste conceito ao longo do tempo; e que acabaram por possibilitar a constituição da psiquiatria. A análise feita por ele pretendeu demonstrar a relação estabelecida entre todos os saberes, em uma mesma época ou em épocas diferentes, e a forma como esses saberes atravessam os discursos e as práticas produzidas por eles; sobre os quais germinaram determinadas ciências.

As práticas discursivas impõem limites e coações da mesma forma que permitem que verdades aflorem, emergindo de um “solo fértil” em detrimento de outras verdades: a isso, Foucault (1997) cunhou de *epistémê*. A análise da *epistémê*, conforme argumenta Foucault, possibilita a identificação da visão de mundo, que é compartilhada por todos em um mesmo período histórico. Essa visão de mundo determina os postulados e as regras que constituem todo conhecimento, científico ou não, de uma mesma época, aprisionados em uma mesma forma estrutural de pensamento, da qual os homens não podem escapar. É possível, através da pesquisa histórica, analisar *como* e *por que* estes saberes se constituem e se transformam (arqueologia e genealogia do saber, respectivamente) através das práticas produzidas pelo discurso, ou seja: quais são suas *condições de possibilidade*.

A formação das diversas profissões é resultado das práticas sociais que formam e posicionam o sujeito do conhecimento, por meio das regras discursivas do saber indispensáveis à constituição de uma ciência. Esse saber é utilizado como uma forma de poder cujo exercício produz mais saber que será empregado nas relações de poder e assim sucessivamente.

Os saberes estão presentes nas relações em que há disputa por poder. Essa dinâmica das relações se constitui em um jogo de verdades. Essas verdades estão estabelecidas por princípios inconscientes, paradigmas que determinam nossa visão de mundo. Segundo Morin (1991, p. 13):

Todo conhecimento opera por seleção de dados significativos e rejeição de dados não significativos: separa (distingue ou desune) e une (associa, identifica): hierarquiza (o principal, o secundário) e centraliza (em função de um núcleo de noções mestras).

No mundo ocidental, as ciências da saúde têm essas verdades constituídas dentro do modelo biomédico, em uma concepção mecanicista da vida – de causa e efeito – sustentadas por uma “biologização” do sujeito humano e do conhecimento científico. A supremacia do modelo biomédico como visão de mundo nas ciências da saúde impregna, ainda hoje, todas as ações e, pesquisas nesta área (CAPRA, 1999). A ênfase, dada ao modelo biomédico, no qual a base científica está fundada na biologia, é afirmada por Capra (1999), que ignora, exclui e reduz o homem a um mecanismo; desconsiderando todas as suas múltiplas facetas e características peculiares, sobretudo aquelas atinentes a sua dimensão cultural, simbólica e subjetivista, e que dificultam a compreensão dos médicos em diagnosticar a causa de muitas doenças da atualidade. As relações interativas do sistema nervoso do organismo vivo com o meio ambiente, ainda estão longe de serem entendidas, e são precisamente estas, as funções fundamentais da saúde e que interessam sobremaneira à medicina.

Como a medicina ocidental adotou a abordagem reducionista da biologia moderna, aderindo à divisão cartesiana e negligenciando o tratamento do paciente como uma pessoa total, os médicos acham-se hoje incapazes de entender, ou de curar, muitas das mais importantes doenças atuais (Capra, 1999, p.98).

Os profissionais de saúde são levados a transitar por fronteiras de um saber complexo que por vezes é imprevisível, como é o caso dos saberes que lidam diretamente com as questões do homem, em relação a sua subsistência e as suas moléstias, postas no mundo fático.

O conhecimento adquirido e transmitido pela humanidade, desde então, segue a metodologia cartesiana de separar o todo em partes, e partir do simples, para entender o mais complexo. Na instituição universitária são produzidos e reproduzidos, saberes e verdades, estabelecendo padrões e seguindo o método da análise para a apreensão do conhecimento.

Com relação à instituição do saber universitário, é importante destacar o papel das universidades na formação do conhecimento legitimado. Conforme o autor Ben-David (1974), a institucionalização da ciência e a afirmação da universidade como instituição social implicou em que ela fosse aceita pela sociedade como atividade valorizada e reconhecida, com função social relevante, que possuísse normas e

regulamentação em determinado campo de atividade e que tivesse autonomia diante das outras atividades e estivesse adaptada às normas sociais em outros campos de atividade.

Foi somente no século XIX, com a revolução industrial, o crescimento das cidades e das populações, que a universidade tornou-se o centro da produção de conhecimento científico institucionalizado, disciplinarizado e profissionalizado. A idéia do mundo europeu, e mais largamente do mundo ocidental, era de que toda a razão, sabedoria e verdade, estavam concentradas na civilização ocidental, no interior das universidades.

As universidades permanecem até o presente momento como formadoras e disciplinadoras do saber e do conhecimento. Segundo Morin, a separação entre a cultura científica e a cultura humana iniciada no século XIX e agravada no século XX provocou uma fragmentação do conhecimento sobre a noção de homem entre as ciências biológicas e as ciências humanas. O autor argumenta (2000, p.113):

As ciências humanas se ocupam do homem; mas este é não apenas um ser físico e cultural, como também um ser biológico, e as ciências humanas, de certa maneira, devem ter raízes nas ciências biológicas que devem ter raízes nas ciências físicas — nenhuma dessas ciências, evidentemente, é redutível uma à outra.

Segundo o autor, é necessário olhar o homem na sua totalidade e complexidade, integrando todos os elementos que o compõem, bem como o ambiente e a natureza na qual está inserido e que dela faz parte.

O desafio está em encontrar a “via” de comunicação entre os saberes e caminhar em direção a compreensão da totalidade, embora se saiba como nos diz Morin (1991, p. 9), que: “o conhecimento completo é impossível”.

Hoje, é observada a busca por uma saúde holística, integralizadora que seja capaz de compreender o homem como um todo; e não, seccionado em partes, exigindo que no exercício da profissão de saúde sejam também consideradas as questões éticas da vida humana e do meio ambiente.

Dentre as diversas mudanças que têm ocorrido na área da Saúde, observa-se a emergência de um novo ator social/profissional pertencente a uma equipe multidisciplinar que não está mais isolado em seu saber, mas em permanente

contato com a equipe, com o usuário dos serviços de saúde e com o meio no qual está inserido.

4.3.2 Aspectos da gênese das profissões de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina

As profissões de Farmácia, Enfermagem e Medicina, objeto central desta pesquisa, também sofreram uma reformulação dos seus fazeres (como todos os outros profissionais da Saúde) devido às profundas mudanças ocorridas no cenário brasileiro pela promulgação das novas diretrizes da área da Saúde, a partir da Constituição de 1988.

A inclusão de novas profissões em um mercado de trabalho, extremamente competitivo e exigente, conduz os atores a disputas pelo espaço social de valorização e de reconhecimento profissional feito pela sociedade.

As profissões nascem de necessidades sociais históricas, respondendo a determinadas circunstâncias que justificam sua existência, e o que é considerado como conhecimento médico em uma determinada época, por exemplo, no período medievo, não possui o mesmo significado no mundo contemporâneo. O conceito do que é considerado conhecimento está ligado às bases epistemológicas de um determinado período e muda de acordo com a história humana. Conforme argumenta Santos (1999), para entender o tempo presente e a crise pela qual passam as profissões de saúde, é necessário entender a conjuntura histórica através da qual os conflitos presentes surgiram.

À luz do contexto histórico em que surgiram e se desenvolveram as profissões de Farmácia, Enfermagem e Medicina, podemos perceber, tanto as disputas que estão em jogo e que podem auxiliar na compreensão das relações que seus respectivos Conselhos Profissionais estabeleceram com a sociedade civil e com o Governo, quanto à identificação dos paradigmas que permeiam o conhecimento adquirido por estas profissões e que as configuram tal como se apresentam hoje.

A primeira profissão da área de Saúde conhecida desde o início dos tempos foi a Medicina. A Medicina é, em um conceito mais generalizante, uma ocupação

cujos membros se comprometem a diagnosticar e tratar das enfermidades daqueles que os consultam para tal assistência (FREIDSON, 1978).

Desde quando surgiu, a Medicina teve como seu objeto inicial o doente e suas moléstias, fossem estas objetivas ou subjetivas. Na busca para curar suas enfermidades, o homem utilizou recursos diversificados, tanto da natureza quanto das crenças mágico-religiosas. Ritos pagãos através dos xamãs, dos feiticeiros, dos curandeiros e dos sacerdotes eram usados para resolver os problemas de saúde dos indivíduos em uma relação mística. Este período corresponde à fase de “empiricismo” das crenças irracionais e do apelo ao sobrenatural (SANTOS, 1999).

Com o surgimento da medicina hipocrática na Grécia, que ocorre por volta do século V a.C, a mesma foi separada da religião e das crenças. Hipócrates propôs uma nova concepção em saúde, dissociando a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais, através da utilização do método indutivo, da inspeção e da observação (Capra, 1999). Assim como a Medicina, a Farmácia teve sua origem como uma arte baseada numa mescla de crenças.

O começo da terapêutica — meios utilizados para curar e tratar doenças — é atribuído a Galeno, médico grego (130 d. C.) cuja contribuição mais relevante diz respeito à anatomia e à fisiologia. Realizou as primeiras tentativas para entender os efeitos da interação medicamentosa e o primeiro a fazer referência sobre a dose adequada a ser utilizada de um medicamento diferenciando a dose útil de uma dose tóxica.

Uma avaliação histórica mais recente nos mostra que até o Renascimento existiam exclusivamente duas profissões de saúde: a Medicina e a Farmácia, embora as práticas de saúde instintivas tenham sido as primeiras formas de prestação de assistência e que houvesse indivíduos, principalmente de ordens religiosas como as Irmãs de Caridade das Santas Casas de Misericórdia, que dispensavam cuidados aos enfermos os quais, posteriormente viriam constituir a profissão de Enfermagem.

As primeiras formas de prestação de assistência aos doentes como atividade leiga, no período medieval compreendido entre os séculos V e XIII, são consideradas como o início das práticas em Enfermagem. Nessa, época o cuidado aos enfermos era prestado por familiares, principalmente pelas mulheres, e por religiosos. A idade

média era marcada por concepções religiosas e os hospitais não tinham a idéia de cura, mas de “salvação da alma”, tanto a alma do pobre desvalido moribundo quanto à salvação do pessoal hospitalar que assistia o doente (FLORENTINO, 2006).

Essas práticas deixaram como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes à profissão de Enfermagem. Portanto, historicamente, a profissão de enfermeiro está fundada, desde seu princípio, no cuidado humano em um contexto sócio-cultural marcado por um “espírito” de abnegação quase sacerdotal; trazendo como identidade a questão do desvelo, do alívio da dor, do conforto, e da dedicação, bem como, a humildade e a submissão, peculiar aos religiosos.

Dessa forma, evidencia-se que a enfermagem era tanto uma vocação como uma profissão. Estava associada a uma ocupação feminina devido a sua experiência em cuidados com as parturientes e crianças e, também, por estar associada às atividades domésticas (preparo de alimentos e higiene). O trabalho das enfermeiras era considerado subalterno, manual e pouco valorizado socialmente, tanto quanto a própria posição social da mulher nesta época. As práticas de enfermagem possuíam ausência de conhecimento abstrato e eram, na sua totalidade, atividades exclusivamente manuais (FLORENTINO, 2006).

A partir da Guerra da Criméia, no século XIX, a Enfermagem é constituída como profissão. É fundada, na Inglaterra em 1860 por Florence Nightingale, a primeira escola de enfermagem, movida pela necessidade de organizar e melhorar o funcionamento nos hospitais. O corpo como unidade biológica passa a ser valorizado devido sua importância, tanto para a produção econômica ocasionada pela revolução industrial e o capitalismo, quanto pelas guerras, gerando uma nova concepção do objeto de saúde da Enfermagem. Essas mudanças atingiram os objetivos a serem alcançados pelas práticas em saúde alterando a posição social de seus agentes, as suas condições de trabalho e seus instrumentos. O conceito de doença passa a ser visto como elemento perturbador da ordem, indesejável para o exército e para a indústria (MARTINS et. al.,2003).

A Enfermagem moldou-se em uma profissão cuja identidade estava relacionada à caridade e à devoção, de sexo predominantemente feminino, em uma saúde voltada aos interesses do País, possuindo como objetivo tanto o cuidado

físico e espiritual do paciente como também a limpeza e ordem no interior dos hospitais. No final do século XIX, surge a enfermeira moderna com uma nova visão de seu objeto de cuidado — o corpo humano — e constituída sua estruturação institucionalizada, ou seja: essa profissão estabelece-se com base na disciplina, hierarquia e organização. (FLORENTINO, 2006).

Essas práticas da enfermagem deixaram como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como característica inerentes à profissão de Enfermagem. Portanto, historicamente, a profissão de enfermeiro está fundada, desde seu princípio, no cuidado humano em um contexto sócio-cultural marcados por um “espírito” de abnegação quase sacerdotal; trazendo como identidade a questão do desvelo, do alívio da dor, do conforto, e da dedicação, bem como, a humildade e a submissão, peculiar aos religiosos. (FLORENTINO, 2006).

A separação legal entre a Medicina a Farmácia e a Enfermagem como profissões independentes se processou gradualmente, até a idade moderna quando se sucedeu um período de grandes transformações, não só no âmbito do trabalho, como também da saúde e da educação. Conforme resume Santos, citando Garcia, sobre as mudanças nas concepções ocorridas na medicina através da história:

A transformação da medicina secular da antiguidade em clerical, para logo voltar a ser secular; a separação do ensino e do trabalho, com a criação da universidade; o aparecimento dos hospitais como centros de cuidados; o surgimento de vários profissionais no exercício médico e a mudança do conceito de doença e de saúde (Santos, 1999 p.53).

Com a diversificação do conhecimento feito no interior das universidades na Europa, a sociedade passou a fazer distinção entre trabalho intelectual e conhecimento teórico — valorizado — e o trabalho manual desvalorizado socialmente. A Medicina converteu-se entre todos em uma “profissão erudita” — uma profissão de estudo mais do que de prática. Foi somente após esse período que a Medicina obteve o reconhecimento oficial através do aprendizado universitário que passou a ser a fonte principal dos critérios que habilitam a um homem exercer o cuidado médico. E apenas no século XX consolidou sua posição como uma

profissão de base científica, reconhecida pela sociedade que passou a consultar e buscar seus serviços. (SANTOS, 1999).

A Medicina iniciou-se no Brasil, na época da colonização, através de médicos provenientes da Europa e que aqui eram chamados de “físicos” e tidos, em sua maioria, como novos cristãos, ou seja, judeus recém convertidos ao catolicismo para fugir da Inquisição. Os “físicos” competiam com os nativos iniciados como aprendizes que após alguma prática eram examinados por estes médicos e recebiam a carta que os habilitava ao exercício da profissão. Os nativos iniciados como aprendizes tratavam fraturas, luxações e feridas; faziam sangrias, aplicavam ventosas e sanguessugas e extraíam dentes (SANTOS, 1999).

Como não havia ainda cursos de Farmácia, os boticários aprendiam o ofício e preparavam poções para sanar ou aliviar os males que afligiam a população. Nas próprias boticas (como eram chamadas as primeiras farmácias) criadas pelos Jesuítas, prestavam exame perante o físico-mor e recebiam carta de habilitação. Na ausência de médico, a medicação era prescrita pelo boticário (PIRES, 1989).

O trabalho designado como enfermagem na sociedade brasileira começa a se configurar, institucionalmente, a partir do século XVIII quando a profissão surge como uma simples prestação de cuidados aos doentes, realizada por um grupo constituído, na sua maioria, por escravos, que trabalhavam nas casas de seus proprietários e por religiosos pertencentes às Casas de Misericórdia e vai até o final do século XIX, quando a Enfermagem organiza-se como profissão no Brasil.

A partir do século XIX, iniciaram-se os processos de profissionalização. O repentino crescimento populacional decorrente da vinda da corte portuguesa para Brasil, em 1808, somado à ausência de infra-estrutura básica e de legislação específica com relação à saúde agravaram significativamente os problemas resultantes das precárias condições sanitárias observadas nos centros urbanos do Brasil colonial. Modificaram-se, nessa época tanto o papel das cidades, como também, surgem novos discursos legitimados sobre a produção de doenças, agora relacionadas às condições sociais, pobreza e ambientais de estrutura e saneamento básico. É nessa época que se verificam importantes modificações nas políticas públicas ao equacionamento dos problemas relacionados à saúde pública que, com o passar do tempo, transformou-se em uma questão do Estado (SANTOS, 1999).

No campo da saúde ocorrem mudanças marcantes: vacinações contra doenças endêmicas, medidas de cuidados sanitários e formação de médicos, cirurgiões e farmacêuticos brasileiros pela fundação de duas escolas médico-cirúrgicas, uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro, os quais, aos poucos foram assumindo o exercício da medicina e da farmácia em concorrência com os nativos, os curandeiros e os boticários iniciando o processo de profissionalização dos atores em saúde.

Até então, era esse o cenário da saúde, no Brasil, à época de sua colonização, cujos saberes e práticas em saúde eram muito primitivos, quase sem embasamento científico em que os jesuítas e os boticários tiveram um papel relevante no atendimento médico à população, tanto indígena quanto de escravos e colonizadores (SANTOS, 1999).

A Enfermagem moderna, no Brasil teve seu início, em 1921, com a fundação do curso superior Escola Ana Néri. Nas primeiras escolas de enfermagem as aulas eram ministradas pelos médicos e cabiam a eles designar quais as funções que seriam exercidas pelos enfermeiros. A esses incumbia executar as tarefas delegadas pelos médicos — o cuidado aos pacientes —, àqueles cabia o diagnóstico, a terapêutica e a busca pela cura. Esta relação se configurou subordinada ao poder médico em uma perspectiva do modelo biologicista (FLORENTINO, 2006).

Já no século XX, a enfermeira moderna aparece com ênfase no conhecimento intelectual, no saber, e não mais pelo fazer manual dos decênios anteriores. O desenvolvimento técnico aliado a implicações de natureza social subdividiu os agentes encarregados do cuidado direto ao paciente em outras categorias: auxiliares, técnicos e atendentes, destituídos dos domínios do saber e subordinados à enfermeira que passa a adotar posições de liderança assumindo o controle, a supervisão e a disciplina dessa prática cabendo às outras categorias o trabalho considerado não intelectual (trabalho manual) reproduzindo a dominação da classe.

No Brasil, em 1931, o governo do Presidente Getulio Vargas, aprova a regulamentação do exercício da profissão farmacêutica, pelo decreto 20.377. Permanece, porém, até o presente momento, a profissão médica sem regulamentação legal. Em 1957, pela Lei 3.268, é criado no governo do Presidente

Juscelino Kubitschek o Conselho de Medicina, Federal e Regionais quem também cria em 1960, através da Lei 3.820, o Conselho Federal de Farmácia. Em 1973, são criados, através da Lei 5.905, os Conselhos Federais e os Conselhos Regionais de Enfermagem, constituindo em seu conjunto Autarquias Federais vinculadas ao Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Essas três profissões, Farmácia, Medicina e Enfermagem, que labutam em uma área comum, a área biomédica, cuja dinâmica vem alterando-se rapidamente, em proporção cada vez mais acelerada. São notáveis as transformações do mundo nos últimos 100 anos, uma descoberta científica, alavanca outra em um ritmo veloz e progressivo.

As profissões de Farmácia, de Medicina e de Enfermagem já não são as mesmas profissões de quando foram instituídas e regulamentadas aqui, no País. Estas modificações são conseqüências, não só das descobertas tecnológicas e científicas e da criação de novas especializações e novas profissões surgidas na área biomédica, como também, são o resultado de novas concepções, novas visões de mundo que atualmente norteiam a sociedade. São modificações profundas, paradigmáticas, que exigiram uma adaptação das profissões e um reajuste do papel que cabe aos Conselhos Profissionais dessas profissões, exercer.

Todas as mudanças que foram promovidas na área da Saúde corolário da abertura política da Constituição de 1988 e do pleno exercício da cidadania da sociedade repercutiram nos fazeres dos Conselhos Profissionais. Maior número de leis, maior rigor nas fiscalizações e maior cobrança da população, da mídia e de entidades não governamentais têm exercido pressão em todas as categorias profissionais da área da Saúde desde então, conseqüentemente também nos seus Conselhos Profissionais, que são os órgãos oficiais que regulam essas profissões.

4.3.3 Os Conselhos Profissionais de Saúde

A partir da redemocratização brasileira, com a constituição das Conferências e dos Conselhos de Saúde, a participação da sociedade — representada através das profissões e dos Conselhos Profissionais de Saúde — tornou-se uma possibilidade real de controle social das políticas públicas formuladas pelo Estado

nessa área. No Estado democrático de direito os Conselhos Profissionais, além do seu dever de fiscalizar as profissões e o exercício profissional, assumem também, a função de contribuir para o fortalecimento dos mecanismos de controle social e democratização das políticas públicas, na medida em que vincula o projeto ético-político profissional a um projeto social mais amplo, colocando-se como um sujeito importante na construção e consolidação de uma sociedade democrática. Nessa perspectiva de verificação da aplicação das leis e a regulação do exercício profissional ético, a ação dos Conselhos Profissionais é redimensionada, voltando-se para além do seu aspecto normativo e fiscalizador, para o movimento da sociedade na defesa dos direitos fundamentais do homem.

O disciplinamento das profissões é uma exigência do próprio processo societário, na perspectiva de assegurar a preservação dos interesses da sociedade em geral, não se restringindo, portanto, aos interesses meramente corporativos. Sob esse aspecto, o exercício profissional assume caráter público, tornando-se objeto de fiscalização do Estado, função atribuída aos Conselhos Profissionais, entidades de natureza federativa e jurídica, dotadas de autonomia administrativa e financeira e mantidas por contribuições de cada profissional inscrito, quando de sua habilitação para o exercício profissional.

Segundo o sociólogo José Pastore (1999) anteriormente os Conselhos Profissionais eram vinculados ao Ministério do Trabalho, porém a partir de 1998, com a Lei 9.649/98 os Conselhos Profissionais passaram a ser entidades de direito privado não havendo mais necessidade de prestar contas ao Tribunal de Contas da União. Desde então, os Conselhos estão desvinculados do Poder Público, embora continuem a ter as prerrogativas que tinham anteriormente — como as isenções de tributos — e mantenham o poder de fiscalização e de policiamento, que são poderes próprios dos órgãos públicos. Os Conselhos atualmente são registrados como entidades sem fins lucrativos e possuem imunidade tributária. Hoje, os Conselhos Profissionais, apesar de arrecadarem uma grande soma em dinheiro dos profissionais, praticamente não estão submetidos a nenhum controle externo, conforme informa Pastore (1999) sobre o controle de suas atividades financeiras, de acordo com o artigo 58, parágrafo 5º da Lei 9.649/98:

(...) o controle das atividades financeiras dos conselhos será realizado pelos seus órgãos internos, devendo os conselhos regionais prestar contas aos federais, e estes, aos regionais. (...), ou seja, os conselhos profissionais, apesar de serem órgãos privados, impõem a todos os integrantes da profissão, um pagamento compulsório de anuidades, cassa o registro de quem não paga, estão isentos impostos e prestam contas a si mesmos.

Toda a atividade profissional exercida tanto por Farmacêuticos, quanto por Enfermeiros e Médicos, no Brasil, está sob a jurisdição do Conselho Federal de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina, respectivamente, que regulamentam e disciplinam o seu exercício. Em cada Estado existe um Conselho Regional correspondente a cada uma dessas profissões, os quais estão subordinados ao seu respectivo Conselho federal.

Pela representação de trabalhadores de diferentes áreas os Conselhos Profissionais são partes integrantes dos conselhos de direitos, conselhos de políticas, grupos de trabalho ministeriais, fóruns de entidades da sociedade civil e organização de seminários, conferências e similares participando, portanto, ativamente dos processos de transformação da sociedade na reconfiguração do cenário político. Assim sendo, os Conselhos Profissionais, a saber: os Conselhos de Medicina, de Farmácia e de Enfermagem — objetos desta dissertação — juntamente com seus profissionais integrantes, tornam-se sujeitos históricos indispensáveis no processo de construção das diretrizes que pautam as relações do atendimento em saúde a toda população brasileira e das instituições que dela tomam parte.

O papel dos Conselhos Profissionais é norteado pelo seguimento das entidades de trabalhadores da área de Saúde que labutam objetivando alcançar os preceitos de saúde definidos pela Constituição. Em sua função pública os Conselhos são criados com o objetivo de, por um lado, defender e disciplinar o exercício profissional, representando, em juízo e fora dele, os interesses gerais e individuais dos profissionais e dos cidadãos e, por outro lado, assegurar a qualidade dos serviços prestados à sociedade consoante com a legislação vigente no país.

Através do olhar das Ciências Sociais, buscamos observar o campo agônico formado pelas profissões de Farmácia, Enfermagem e Medicina e seus Conselhos profissionais, que foi modificado pela Constituição de 1988, principalmente com relação ao papel desempenhado por estes Conselhos Profissionais nas questões concernentes às disputas pelo espaço e autonomia profissionais dentro da equipe

multidisciplinar de Saúde, seus mecanismos de controle profissional e sua própria regulação.

A partir do século XX, diversas profissões surgiram na área da Saúde brasileira e passaram a disputar o espaço de atuação profissional, ocupado anteriormente apenas pelas profissões de Farmácia, de Medicina e de Enfermagem. Quase todas desempenhando atividades que, anteriormente, eram realizadas exclusivamente pela Medicina, tais como a Fisioterapia, a Fonoaudiologia, a Nutrição, e a Biomedicina.

Essas novas profissões foram desmembradas do corpo da Medicina e se tornaram independentes por força da legislação e, todas elas possuem de alguma maneira, interface com a Medicina, gozando de maior ou de menor autonomia de ação em sua área de trabalho, na dependência da legislação e da regulamentação em vigor.

A trajetória dos Conselhos e Ordens no Brasil, mais particularmente a partir da década de 80, vem sendo marcada pela sua participação nas diferentes lutas da sociedade, operando como agente ativo na construção coletiva de espaços públicos de defesa das políticas sociais, contribuindo para a institucionalização dos princípios democráticos da Constituição de 1988. Desde então, os diversos Conselhos têm priorizado ações voltadas para maior qualificação dos trabalhadores, melhores condições de trabalho, democratização das relações profissionais, participação nos espaços de controle social, universalização das políticas sociais, garantia do direito ao acesso humanizado dos serviços públicos e estímulo à participação popular, todos em articulação com os vários segmentos da sociedade.

A participação dos Conselhos Profissionais nos mecanismos de controle social, instituídos e instituidor, vincula os interesses mais amplos da sociedade aos interesses individuais de cada profissional. Os profissionais de saúde, assim como as instituições de saúde, são partes integrantes de um grupo social, exercendo o papel que lhes cabem através de normas pré-estabelecidas, e que executam diariamente suas funções voltadas para a sociedade. Essas ações repercutem e são repercutidas em todos os segmentos da área da saúde; inclusive nos seus respectivos Conselhos Profissionais, que agem através das mesmas.

Nas últimas décadas outras profissões de nível superior criadas na área biomédica têm dificuldades de regulamentação legal. Tais dificuldades estão relacionadas tanto aos direitos, atribuições, deveres e limitações dos seus

profissionais nos seus respectivos espaços de atuação, quanto nas suas relações com as profissões correlatas, em especial com a profissão médica. As relações entre esses profissionais, que muitas vezes executam ações superpostas ou complementares no seu cotidiano, acabam por ocasionar práticas concorrentes e originar disputas por fronteiras — espaços-limite de atuação profissional.

As posturas assumidas pelos Conselhos Profissionais, talvez possam ser explicadas, em parte, pelas preocupações relacionadas a outras questões sociais, tais como: as que dizem respeito à empregabilidade, à autonomia da profissão — limites e fronteiras — e sua subsistência e legitimidade na sociedade.

A continuidade da profissão, em um universo cada vez mais diversificado e concorrido, potencializado pelo surgimento de novas profissões e especialidades na área biomédica, bem como pelo desemprego, que tornou-se um problema a nível mundial, constituiu-se em um desafio — tanto para os Conselhos quanto para seus profissionais — que precisam buscar novas formas e sentidos para seu fazer, em uma época marcada pela competição, pela supervalorização do capital e pelo uso das tecnologias avançadas.

Presentemente essas profissões, tanto como as demais profissões da área da Saúde, encontram-se em uma crise identitária; provocada tanto pelas demandas advindas da sociedade mais informada e consciente de seus direitos de cidadania, quanto pela necessidade de acomodação de saberes. As raízes dos problemas atuais estendem-se para trás no tempo e denotam interesses econômicos e políticos e sociais.

Os aspectos técnicos, políticos, econômicos, históricos e sociais que envolvem as relações profissionais entre os atores da área da saúde produzem uma maior ou menor aceitação e credibilidade por parte da sociedade; sugerindo uma hierarquização deste saber relacionada à sua proveniência histórico-cultural.

A Medicina já não ocupa mais o lugar de autoridade sobre as outras profissões que ocupou em épocas passadas. Por um lado, suas afirmações são questionadas por novas ciências e suas verdades relativizadas, por outro lado, ela também não conserva mais o prestígio de outrora junto à população, conforme documenta Blendon citado por HOEFLER, (2004, p. 63).

O declínio na confiança pública na profissão médica, fato que resulta do crescente mercantilismo nos cuidados a saúde ou um

distanciamento da medicina daquele altruísmo tradicional, que era característico.

Na equipe multidisciplinar de saúde, há mais de uma dezena de profissionais, todas essas profissões, com exceção da dos médicos, já contam com um elenco de leis que define suas atribuições.

Com relação às disputas do espaço profissional e participação política dos Conselhos Profissionais nessa área podemos citar um exemplo recente: a questão do Projeto de Lei do Ato Médico que pretende estabelecer ações privativas do Médico e submeter às outras profissões de saúde à sua subordinação.

O Conselho Federal de Medicina (2005) conceitua o ato profissional como

(...) toda ação, procedimento ou atividade que a legislação regulamentadora de uma profissão atribua aos agentes de uma dada categoria profissional praticado por pessoa adequadamente preparada, devidamente habilitada e que esteja exercendo legalmente sua profissão, de acordo com a legislação vigente.

Segundo o Conselho de Medicina (CFM, 2005), a execução do ato médico é, portanto, função privativa de quem é formado em Medicina em estabelecimento educacional oficial, legalmente capacitado e registrado no Conselho Regional de Medicina de seu estado e no organismo competente de vigilância sanitária do sistema de saúde a que estiver vinculado.

Com o argumento histórico de que até os anos 60 existiam praticamente apenas cinco profissões — a Medicina, a Farmácia, a Enfermagem, a Veterinária e a Odontologia — as quais se encontravam em equilíbrio, compartilhando o espaço e o mercado dos serviços de saúde, e por considerar que o campo de trabalho médico tornou-se muito concorrido pela entrada de novos agentes oriundos de outras profissões cujos limites de atuação interprofissionais nem sempre estão bem definidos por lei e por ser a Medicina a única profissão no campo da saúde a não ter suas atividades regulamentadas por lei, e que na Constituição Federal são inexistentes leis que definam seus papéis e seus atos privativos, O Conselho Federal de Medicina (CFM) resolveu apoiar o Projeto de Lei que tramita no Senado Federal de autoria do ex-senador Geraldo Althoff (PFL/SC) e chamado de Projeto de

Lei do Ato Médico (PL 25/2002). O projeto chamado de Lei do Ato Médico define o Ato Médico e condiciona à autorização do médico o acesso aos serviços de saúde pelas outras profissões. O Ato Médico estabelece uma hierarquia entre a Medicina e as demais profissões da área da saúde tornando privativos da classe médica todos os procedimentos diagnósticos e indicações terapêuticas relacionados ao paciente, como também, as atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005).

Os médicos buscam recuperar um espaço perdido com a proliferação das carreiras paramédicas e estas tentam preservar e consolidar suas conquistas. O certame não é sem interesse para a população geral porque a definição do ato médico, na forma como está proposta, deve gerar conseqüências.

O texto do Projeto estabelece que o acesso a qualquer serviço de saúde precisa de autorização do médico. No caso do farmacêutico, o Ato Médico iria inibir as ações farmacêuticas nos campos da atenção primária à saúde e da prevenção a doenças. O Presidente do Conselho Federal de Farmácia, Jaldo de Souza Santos argumenta que inferiorizar as outras profissões, inclusive a Farmácia causaria prejuízos a população e oneraria os cofres públicos, por internações desnecessárias decorrentes do não cumprimento do tratamento e (ou) do uso inadequado do medicamento.

É o Conselho Federal de Medicina (CFM) organização que representa os médicos de todo o Brasil o principal responsável pelo Ato Médico, e que, juntamente com a Associação, a Federação, o Sindicato, e outras instituições médicas estão mobilizados politicamente para que seja aprovado o Projeto de Lei do Ato Médico.

O CFM posiciona-se contra algumas características do SUS (Sistema Único de Saúde), que teria trazido diversos prejuízos ao atendimento da população, na visão da entidade. O SUS é criticado pelo CFM principalmente por ter gerado um grande número de demissões de médicos. Na verdade, as crises identitárias, não raramente, vinculam-se às mudanças estruturais (ciência, tecnologia, conhecimento, mundo do trabalho) pelas quais passam as sociedades contemporâneas; na perspectiva da Sociologia do Conhecimento e da Ciência, tais crises advêm de uma mudança na “base existencial da sociedade”. Na qual há um posicionamento da representação hegemônica de sua profissão, excluindo e isolando outras profissões.

Hoje, são outros os tempos, as práticas no campo da saúde mudaram, seguem a nova diretriz curricular que envolve a interdisciplinaridade na saúde, não havendo mais espaço para que uma única profissão — cuja autoridade pode estar calcada mais na tradição que propriamente no saber técnico — domine o campo da Saúde.

Vive-se hoje uma situação em que diversas profissões da área da Saúde tentam definir seu campo de atuação. A atual sobreposição de atividades profissionais, oriunda da fragmentação cada vez mais intensa do conhecimento e, sobretudo, do conhecimento especializado, tem feito com que, por um lado, emergjam novas profissões e, por outro, as já existentes, reconfigurem-se, reacomodem-se, remodelem-se e disputem espaços de aplicabilidades.

Compreender o campo agônico existente atualmente no exercício das profissões de Farmácia, Enfermagem e Medicina, suas ações e reações, buscando manter, ampliar, pertencer, estar na agenda; vinculando seu exercício com as expectativas da sociedade e dessa forma possibilitar sua legitimização perante os cidadãos e, ao mesmo tempo, obter a justa retribuição e importância parecem ser os desafios de hoje dos Conselhos Profissionais. O significado de campo agônico é compreendido aqui, não como um campo de contendas entre inimigos, mas de lutas entre competidores legitimados que lutam por posições e espaços conquistados através de disputas reconhecidas. Conforme explica Mendonça (2003):

O ponto fundamental da noção filosófica de agonismo — que a diferencia radicalmente da de antagonismo — não é a competição, ou a disputa (que o antagonismo apropriado pela Teoria Política também supõe), mas a existência de regras que fazem com que os adversários partam para sua luta de um ponto comum, de modo que a disputa não ocorra com o fim de destruir o oponente, mas pela legitimidade de um discurso em detrimento de outro. Era um espaço competitivo, político, no qual se buscava reconhecimento e diferenciação da futilidade da esfera privada.

As relações de forças agônicas almejam unir esforços, para que seus interesses sejam contemplados, configurando-se em uma nova forma de relacionamento entre os atores envolvidos.

Há consenso de que ao Conselho cabe promover encontros e debates que busquem não só as discussões de questões de ordem técnica, como também, as discussões que se referem às políticas que envolvem as atividades farmacêuticas,

médicas e de enfermagem, discutindo a inserção do farmacêutico, do enfermeiro e do médico nos serviços públicos de saúde, como também no SUS e a preocupação destes com os assuntos políticos. Cabendo-lhe também a obtenção do reconhecimento do profissional de saúde por parte da sociedade e pelos gestores públicos, como figura de vital importância no desenvolvimento de políticas públicas consistentes, que possam garantir melhores condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; facilitando o acesso da população aos serviços de saúde, ao tratamento e ao medicamento com qualidade e segurança. E para que o setor público atinja essa situação, significa promover a racionalização e descentralização dos recursos aplicados e a redução de perdas.

Esse conjunto de relações ampliado pela inclusão de novos atores — atores que são condutores de organismos estatais — que participam na formulação e implementação de políticas públicas, que impactam diretamente nos fazeres de cada um desses atores sociais acabam por se tornar produto de uma disputa de forças com vistas a obter a colaboração através de interesses articulados e que produzem novos problemas que anteriormente não existiam, como por exemplo, a questão da legitimidade, de estabelecimento de fronteiras e de identidades gerando situações de instabilidades em que devem adaptar-se, abandonando certezas, dividindo o poder, abrindo-se para novos saberes oriundos de esferas distintas da sociedade.

Se por um lado este momento histórico-cultural traz benefícios e esperanças para as pessoas, por outro lado, traz consigo conseqüências danosas ao processo de envolvimento pessoal e suscita dilemas éticos até então não sentidos. Toda instituição é produto das ações dos indivíduos, resultantes da forma como pensam o mundo, suas crenças, suas concepções e valores. A partir desse pressuposto, pode-se dizer com Kirschner (2002), que as instituições são uma construção social e podem ser analisadas como objetos das Ciências Sociais. Através da lente sociológica põem ser colocados à descoberto elementos existentes nas instituições que não seriam prontamente perceptíveis de outro modo.

Como os Conselhos Profissionais são espaços onde ocorre o exercício do poder, presente em cada interação social, gerando regras e estruturando relações, e disputas por esse poder, conforme salienta Foucault (1977), se faz indispensável, para uma análise explicativa ampliada dessas organizações, atribuir a devida importância às relações que elas possuem.

Não há dúvida sobre as mudanças que vêm ocorrendo no setor de Saúde no país, tanto nos caminhos percorridos pelas profissões, quanto nas relações estabelecidas por essas e suas instituições representativas — como é o caso dos Conselhos Profissionais — o Governo e a sociedade.

A preocupação sobre o rumo das profissões da saúde tem sido, inclusive, tema de eventos internacionais como foi o caso do “Simpósio da Liderança da Aliança Mundial das Profissões da Saúde” realizada pela Aliança em 2004, em Genebra, Suíça em que participou o Ministro da Saúde no Brasil, Humberto Costa, que discutiu entre outras, a questão dos avanços das pesquisas em genética e a preocupação da disseminação da AIDS, principalmente na África. O evento mostrou que mudanças profundas vão ocorrer com as profissões da saúde com a genética apontando como agente detonador dessas mudanças. As profissões terão que abrigar mais conhecimentos e uma apurada visão social (CFF, 2004).

4.4 CONSIDERAÇÕES

O advento da Nova Constituição que incluiu pela primeira vez a participação da sociedade descobriu o tamanho dos problemas a serem superados. A crise na área da Saúde, na verdade, nunca encontrou solução. Mas ao ser inserida uma maior participação dos diversos setores da sociedade civil, e a proposta de descentralização dos recursos, trazendo maior autonomia aos municípios na tomada de decisões, foi transposto um degrau acima na direção de sua efetiva concretização.

Se por um lado essas melhorias são desejáveis, por outro lado, aumentam o abismo social, brasileiro já existente somando-se como mais um elemento causador da clivagem social existente e distanciando a contemplação dos propósitos da Constituição de 1988 referentes a uma Saúde igualitária e extensiva a toda população.

A sociedade civil ao exigir políticas públicas mais eficientes, tornou-se um elemento de pressão, o que acabou por refletir-se tanto nas leis produzidas pelo Estado, quanto no cotidiano dos profissionais que trabalham na Saúde e nos seus respectivos Conselhos Profissionais, formando um campo agônico na Saúde,

composto pelo conjunto destas relações que se integram umas com as outras e interagem entre si.

Para que se possa conhecer a complexidade do mundo real é indispensável alargar os horizontes do conhecimento, libertando amarras, sem restringir-se a um único saber possível. Permanece o desafio de mudança de paradigma do profissional de saúde, com formação focada em uma base epistemológica analítica, que conduziu o profissional a uma postura de distanciamento do seu objeto e um desvinculamento da realidade social em que se insere como ator — cidadão e profissional — da saúde.

Ao ser exposta a configuração atual do cenário da Saúde brasileira, apontando como se dão, através dos processos históricos de construção e desenvolvimento das identidades profissionais de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina; é possível a percepção das disputas pela legitimação e pelas fronteiras de atuação dessas profissões, através de jogos de poder, das quais participam seus respectivos Conselhos Profissionais.

Percebe-se que coexistem objetivos e interesses encobertos pela manta legal dos Conselhos Profissionais, motivações ainda não bem conhecidas, mas com alguns pressupostos como: ampliação do poder político, hegemonia e domínio corporativista.

5 OS CONSELHOS PROFISSIONAIS DE FARMÁCIA, ENFERMAGEM E MEDICINA: COMPARAÇÃO E ANÁLISE DE CONTEÚDO COMO PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 INTRODUÇÃO

5.1.1 O delineamento da pesquisa

Neste capítulo são descritos os métodos e as técnicas empregados na pesquisa para a obtenção de dados empíricos e um efetivo conhecimento da atual realidade dos Conselhos Profissionais de Farmácia, Enfermagem e Medicina. A pesquisa utilizou o método comparativo e descritivo através de uma abordagem qualitativa, aplicando como técnica de tratamento e interpretação de tais dados, a análise de conteúdo.

A pesquisa teve como objetivo principal conhecer e compreender como estão se dando presentemente as relações entre os três Conselhos, citados no parágrafo anterior, e os demais atores sociais da Saúde (especificamente a sociedade civil, o Estado e os profissionais Farmacêuticos, Enfermeiros e Médicos que são vinculados a estes Conselhos respectivamente), após a mudança paradigmática ocorrida na área da Saúde, devido à instituição da Nova Constituição Brasileira, em 1988.

A Constituição de 1988 tornou-se um marco na Saúde, devido ao grau de importância das mudanças implantadas nesta área, causando uma remodelação das relações estabelecidas entre os Conselhos, os profissionais, a sociedade civil e o Estado, que ainda, não são suficientemente conhecidas. As transformações ocasionadas pela Nova Constituição, produziram e ainda produzem um ambiente de equilíbrio delicado, onde os atores sociais convivem com interesses diversos, originando disputas dentro do campo agônico da Saúde. Ao ser considerado que cada um destes Conselhos (de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina) deve, por um lado, cumprir as exigências legais determinadas pelo Governo e atender às expectativas da sociedade civil no que concerne à Saúde e, por outro lado, necessita, também, lidar com as questões advindas dos profissionais ligados a cada um destes Conselhos; torna-se importante desvendar como acontecem, na prática, estas relações. Os Conselhos Profissionais, de algum modo, formam um elo entre a sociedade, os profissionais técnico-científicos que executam, na prática, as ações de

atendimento à saúde da população e o Estado; produzindo uma teia de relações que interliga e faz interagir estes atores sociais que nem sempre possuem os mesmos objetivos. Conhecer constituir estes “Novos Conselhos” de práticas reconfiguradas, compôs o objeto de pesquisa desta dissertação. A hipótese da pesquisa parte da suposição de que estes três Conselhos possuem dinâmicas diferentes na forma como conduzem, e executam a fiscalização dos profissionais pertencentes a eles, e que também, atuam de forma distinta na maneira como lidam com as demandas produzidas pela sociedade civil e pelo Estado.

A pesquisa empírica foi realizada com profissionais ativos das áreas dos Conselhos Profissionais investigados, ou seja; com profissionais Farmacêuticos, profissionais Enfermeiros e profissionais Médicos, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. A escolha dos profissionais entrevistados seguiu alguns critérios previamente estabelecidos pelo pesquisador; descritos mais adiante neste capítulo.

Dada as diferentes dimensões do objeto de pesquisa — os três Conselhos vinculados à área da Saúde — optou-se por uma combinação de métodos e técnicas, os quais acreditou-se serem complementares, no sentido de atender aos objetivos da pesquisa. Este conjunto de métodos teve por finalidade tanto coletar dados empíricos, quanto de possibilitar a compreensão e interpretação dos dados provenientes da empiria, extraindo deles ulteriores explicações que contribuíssem para o conhecimento proposto por esta dissertação. Na pesquisa, foram utilizados os seguintes métodos e técnicas que deram sustentação à pesquisa: entrevistas semi-estruturadas, análise de conteúdo, e método comparativo através de uma abordagem qualitativa.

O viés qualitativo possibilita analisar a natureza de um fenômeno social complexo em maior profundidade, colocando em descoberta a interação de certas variáveis, para que seja possível a compreensão dos processos dinâmicos vividos por grupos sociais ou instituições sociais, como são no caso, as relações descritas anteriormente entre os Conselhos Profissionais de Farmácia, Enfermagem e Medicina, seus profissionais, a sociedade e o Estado.

Devido ao caráter intrínseco do objeto de análise das Ciências Sociais ser diferente das outras ciências — tais como a biologia e a química que lidam com elementos externos e objetivados — é necessário também, lidar com emoções, valores e subjetividades em função da diferença fundamental entre seus objetos de análise. Uma pesquisa em Ciências Sociais necessita, portanto, o uso de um

método que seja capaz de abranger as subjetividades do sujeito pesquisado; quer sejam elas conscientes ou inconscientes; declaradas ou não, e que possa ao mesmo tempo, garantir o rigor necessário à uma pesquisa científica (GOLDENBERG, 2003).

5.1.2 Dimensão empírica e coleta de dados

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas com profissionais farmacêuticos, enfermeiros e médicos, sem distinção de gênero, de Porto Alegre, pertencentes a diferentes instituições — públicas ou privadas — com tempo de atividade superior a dez anos de exercício profissional, de forma que houvesse uma certa maturidade política adquirida através da experiência profissional e pessoal do indivíduo envolvido na pesquisa. Os sujeitos, obrigatoriamente deveriam pertencer a dois grupos arbitrariamente separados. A escolha foi focada em dois grupos distintos: o primeiro formado por aqueles profissionais que têm exercido funções eminentemente técnicas, em hospitais, emergências, postos de prestação de serviços assistenciais direcionados a população em geral, sem vinculação política especialmente dirigida para a categoria profissional como atividade fim, não possuindo experiência de participação prévia ou concomitante em órgãos de classe; e o segundo grupo, composto por profissionais ligados (atualmente ou no passado) a órgãos de classe produtores e executores de atividade política — como conselho, sindicato, federação ou associação profissional, ou seja, profissionais vinculados a instituições que possuíssem algum caráter representativo de classe profissional. A estes dois grupos denominou-se respectivamente — apenas para efeito de análise desta pesquisa — grupo técnico e grupo político, doravante assim designados na pesquisa.

Foram entrevistados quatro profissionais de cada uma das três profissões (farmacêuticos, enfermeiros e médicos), sendo dois pertencentes ao grupo político e dois ao grupo técnico conforme a classificação feita acima.

Os profissionais que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido³ (Apêndice B), que foi lido, explicado, e assinado

³ Conforme norma do Conselho Nacional de Saúde (1996), o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes/reso_96.htm.

pelos mesmos e pelo pesquisador, permanecendo uma cópia com o participante e outra com o pesquisador.

O grupo político foi representado pelas letras em maiúsculo OC (órgão de classe) seguidas pela letra da profissão e um número. O grupo técnico foi designado pela letra maiúscula correspondente à sua profissão e seguido por um número.

Ficaram assim denominados: **FOC1; FOC2; EOC1; EOC2; MOC1; MOC2**, representando o grupo político — farmacêuticos, enfermeiros e médicos de órgãos de classe — e, **F1; F2; E1; E2; M1; M2**, representando os farmacêuticos, os enfermeiros e os médicos que não pertencem a órgãos de classe. Os profissionais entrevistados foram em número suficiente até o momento em que foi identificada a ocorrência da repetição das informações — ponto de saturação da amostra — indicativo de que foi atingido o conhecimento necessário para a realização da análise. Foram entrevistados doze profissionais, sendo que destes, seis participantes eram mulheres e seis eram homens, com idades que variaram entre 30 a 65 anos.

Criou-se um roteiro de entrevistas individuais semi-estruturadas como instrumento de coleta de dados (as perguntas formuladas estão disponíveis no Apêndice C, conforme consta no roteiro de entrevista), o qual foi aplicado aos profissionais Farmacêuticos, Enfermeiros e Médicos que atuam em Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. Este roteiro de entrevistas foi elaborado com vistas a atender os objetivos da dissertação, bem como testar a hipótese da pesquisa.

As perguntas foram separadas em três blocos de macro-temáticas: **bloco A** com questões relativas à situação geral da profissão com um todo no Rio Grande do Sul atualmente, tendo como marco histórico a Nova Constituição Brasileira; **bloco B** questões atinentes ao poder, tanto dos profissionais individualmente, quanto aquele exercido pelas corporações — órgãos de classe — buscando identificar sua dimensão e representatividade política junto ao Governo e o terceiro bloco, chamado **bloco C**, com questões respectivas a convivência com as outras profissões de Saúde: disputas corporativas, confrontos com profissões afins, demarcações de fronteiras e a realização de trabalhos multidisciplinares dentro das instituições ou dirigidos à comunidade, em geral.

5.1.3 Tratamento dos dados

Os dados — objetivos e subjetivos — obtidos das falas emitidas nas entrevistas semi-estruturadas da pesquisa empírica foram reinterpretados, seus elementos identificados e destacados, resultando em unidades de significados.

As unidades de significados foram classificadas em categorias conforme as questões abordadas pelos profissionais e de acordo com os objetivos da pesquisa. As categorias extraídas das unidades de significados foram preparadas e processadas, para que depois fossem analisadas de maneira a auxiliar a compreensão, a explicação e a inferência a que aspira a análise de conteúdo. Os dados categorizados foram então, comparados uns com os outros, revelando as particularidades, disparidades e subjetividades de cada um dos Conselhos Profissionais pesquisados (farmácia, Enfermagem e Medicina).

O método comparativo, segundo Lakatos e Marconi (1995) permite analisar o dado concreto, previamente categorizado, deduzindo a partir dele os elementos constantes, abstratos e gerais a fim de atingir o grau de compreensão do fenômeno social que a pesquisa objetivou alcançar.

5.2 CONHECENDO OS NOVOS CONSELHOS PROFISSIONAIS DE FARMÁCIA, DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA: UMA ANÁLISE DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS

Conforme já foi mencionado na introdução do capítulo, as categorias que emergiram dos dados processados, permitiram visualizar — na percepção dos profissionais entrevistados — a postura de cada um dos Conselhos Profissionais, que compuseram o objeto empírico da pesquisa, frente às demandas dos seus próprios integrantes, da sociedade civil e do Estado.

Na análise, realizou-se um esforço no sentido de harmonizar a dimensão teórica com a dimensão empírica, comparando-se os dados categorizados de cada Conselho com os dados dos outros dois Conselhos investigados. Os dados categorizados, ao serem cotejados, tornaram possível o conhecimento da visão de cada Conselho Profissional referido, colocando a descoberto os comportamentos, os discursos, as peculiaridades, as dessemelhanças e as idiosincrasias de cada um dos três Conselhos. A comparação, assim feita, permitiu a percepção das diferenças

e das semelhanças contidas nas práticas discursivas de um, em relação aos outros dois, possibilitando ao pesquisador assumir uma postura crítica diante dos resultados encontrados.

A análise foi norteada pelas seguintes categorias dispostas no Quadro1, nas quais foram destacados alguns temas pertinentes:

QUADRO 1 – Categorização dos dados e seus temas

Categorias	Tema
1-A visibilidade dos Conselhos Regionais (Farmácia, Enfermagem e Medicina), na percepção dos seus profissionais - as diferentes conquistas e remunerações econômicas	Valorização Prestígio e “Status”
2-Ações fiscalizadoras dos Conselhos e Controle social	Percepções dos profissionais
3-Influência da legitimização do saber de cada profissão, nas diferentes posturas assumidas pelos Conselhos, em relação aos seus profissionais	Relações de saber-poder
4-Representação política dos Conselhos com o Estado e a sociedade civil	Poder X Fazer
5-Fatores que favorecem a supremacia de um Conselho em relação aos outros dois Conselhos investigados	Credibilidade Autoridade Visibilidade,
6- Fatores que predispõem às disputas pelas fronteiras na dimensão corporativa	Coerção Conflito

5.2.1 A Visibilidade dos Conselhos Regionais (Farmácia, Enfermagem e Medicina), na percepção dos seus profissionais: as diferentes conquistas e remunerações econômicas.

A categoria da visibilidade dos Conselhos trouxe para discussão aquelas questões que falam da auto-estima profissional. Tanto o valor que o profissional atribui à sua própria profissão, quanto ao reconhecimento que é feito pela sociedade de uma forma geral. Os assuntos abordados pelos sujeitos dentro dessa categoria foram: valorização, autonomia profissional, reconhecimento profissional, disponibilidade de tempo, valorização econômica, conhecimento técnico.

Tomando-se as falas separadas por profissão, aparece uma clara distinção entre os pronunciamentos feitos pelos profissionais vinculados aos órgãos de classe profissional e os dos agentes técnicos; bem como as diferenças entre o que cada profissão considera como valor profissional.

Observa-se nas falas de **F1** e **E1**:

(...) continuam existindo os cursos de pós-graduação vão formar o profissional especialista. Então, dentro da área de farmácia hospitalar, tem curso de especialização em oncologia e alimentos, por exemplo. (...) depois de ter sua formação generalista, o profissional vai buscar uma especialidade dentro de sua área de atuação (F1).

A enfermagem vem lutando, lutando muito para conseguir um espaço enquanto profissão de conhecimento, enquanto profissão científica (E1).

Tanto **F1** quanto **E1** colocam o conhecimento científico como um valor profissional. A especialização profissional em cursos de pós-graduação, como formas de legitimação do saber tornam-se uma fonte de valor atribuído a cada profissão.

Foi possível perceber nessa categoria de análise, elementos de diferenciação na visibilidade dos Conselhos. O tema que diz respeito à valorização profissional passou a tornar-se um aspecto importante a ser considerado nas profissões com o exercício da cidadania, porque a sociedade passou a ser mais questionadora. Deste modo, então quanto mais avançado e especializado o conhecimento na área da Saúde e tido como verdadeiro nessa sociedade, maior será o valor dado àquela profissão.

MOC1 reforça a questão do conhecimento como uma qualidade profissional:

*A gente constata no dia a dia que a profissão médica está bem. Com nível alto de conhecimento, tem boa de execução do seu trabalho, em que pesam as limitações havidas em ambulatórios da periferia e coisas do tipo. Mas acredito de uma maneira geral que a qualidade e as possibilidades do exercício profissional são boas (**MOC1**).*

Já na fala de **E2**, percebe-se outro tipo de valorização: a questão corporativa da Enfermagem, da sua solidez, como profissão:

*Acho que a enfermagem no Rio Grande do Sul conseguiu ganhar espaço, de entrar, na prática, muito mais do que em outros lugares. Acho que a enfermagem aqui, realmente conseguiu conquistar espaço e está valorizada. (**E2**)*

Com a redemocratização os sindicatos são fortalecidos, recrudescem os movimentos sociais, proliferam as ONGs, e demais organizações voltadas para as questões dos direitos humanos, nos quais se inclui o direito a saúde. Abre-se um novo espaço político, um espaço que é público, mas fora do âmbito Estatal.

Nesta categoria, também foi abordada a desvalorização econômica, recorrente nas três profissões pesquisadas, conforme diz **F1**:

*(...) A parte financeira não está lá muito gratificante, porque esse é um momento de nivelamento no nosso País, as pessoas estão trabalhando muito e ganhando pouco. (...) o farmacêutico, o enfermeiro, o médico, o nutricionista, o assistente social, hoje, por exemplo, estão na faixa salarial entre R\$800,00 a R\$1.200,00 que é a faixa e paga o mercado (**F1**).*

Há uma permanente disputa pelo mercado de trabalho. As sociedades modernas do sistema capitalista tornaram-se extremamente competitivas. Há concorrência, no cenário agônico da saúde pós-constituente, formado pela inclusão de um maior número de atores sociais aos benefícios de Saúde, bem como pelo advento de novas profissões nesta área, e novas tecnologias, além das pressões políticas ocasionadas pelo exercício da cidadania, e que se refletem em uma maior cobrança aos profissionais.

FOC1 relaciona o fator de imprescindibilidade e de especificidade do ato profissional técnico com o valor de remuneração econômica. Desta forma, observa-

se que, quanto mais imprescindível e específica à ação do profissional, tanto maior será o seu poder de barganha e a remuneração percebida em consequência:

(...) na farmácia hospitalar, se o farmacêutico não está para fazer a distribuição, a dispensação para cada leito não é feita; porque o enfermeiro não tem essa obrigação. No laboratório, se o farmacêutico não está, não sai o exame, se na indústria de medicamento (que é o maior piso salarial da categoria que é de R\$ 2.540) se ele não está; a produção pára. Onde o farmacêutico é imprescindível; é reconhecido o piso e pagam até muito mais que o piso (FOC1).

Constata-se, aqui também, a influência do mercado nas remunerações dos profissionais, portanto, a competitividade vincula-se diretamente ao saber especializado, que é uma forma do profissional colocar-se com alguma vantagem na disputa pelo mercado.

(...) Então vou cumprir minhas horas, desempenhar meu conhecimento: cuidar dos armários, da entrada e da saída dos medicamentos, do esclarecimento, do uso correto do medicamento junto à população. Vou fazer campanha de farmacovigilância, fazer um muralzinho, falar sobre verminoses, “n” atividades farmacêuticas que existem para quem quer trabalhar e quer mostrar seu conhecimento (FOC1).

A fala expressa por **FOC1** tem um teor discursivo idealístico, desvinculado das práticas cotidianas dos estabelecimentos comerciais farmacêuticos, nos quais a principal meta é o lucro obtido da venda indiscriminada de medicamentos, onde o profissional farmacêutico é visto, na maioria dos casos, como um entrave, já que na quase totalidade das empresas (farmácias, drogarias, revendedoras, distribuidoras) raramente o proprietário é um farmacêutico. São estabelecimentos comerciais que visam o lucro e o proprietário é um comerciante e quer retorno do capital investido. Os empresários não estão identificados como profissionais da Saúde, sua identidade está ligada ao comércio, não a saúde. Neste caso, para o comerciante, o conhecimento técnico só é valorizado na medida em que possa vender mais, o que é diretamente incompatível com a formação e a ética farmacêutica.

O aspecto econômico também aparece na fala de **E1** e **E2**:

(...) havia uma instituição que pagava para um enfermeiro há três anos atrás, R\$ 2.500 e hoje, paga R\$1500 por 40hs para o enfermeiro. Mas têm outras que pagam melhor, como a prefeitura, o município. Nos hospitais é uma lei de mercado. (E1)

(...) a parte da valorização profissional; o RS é um Estado que remunera relativamente bem, em comparação com outros Estados do Brasil. (E2)

O sistema de economia industrial-capitalista e a globalização; tornou o mundo mais competitivo e o campo de trabalho mais disputado. Somados ao fato incontestável que têm aumentado as taxas de desemprego no mundo todo como fruto dessas mudanças, socioeconômicas e políticas. São questões que refletem a ordem econômica contemporânea e servem como pano de fundo da sociedade moderna global. Essa questão aparece na fala de **M1**:

(...) A grande maioria, principalmente os recém formados estão sofrendo enormes dificuldades para conseguir se inserir no mercado de trabalho e levar uma vida profissional digna e justa. Houve uma desvalorização na parte econômica (M1)

Um maior número de pessoas com um menor número de empregos ofertados; o mercado de trabalho está mais concorrido e exigente e o salário está menor suscita a necessidade de uma maior especialização, como um recurso diferencial na competição, através da capacitação. Constata-se que algumas profissões na Saúde são melhor remuneradas do que outras, embora ambas possuam o mesmo grau de certificação técnica. Pode-se dizer que tal incongruência está associada ao valor que a sociedade dá a um determinado ofício e a remuneração representa o valor social atribuído àquela profissão. Em uma sociedade capitalista onde todo sistema econômico sustenta-se através do lucro, os bens materiais são enaltecidos e valorizados, sendo relacionados ao sucesso e a competência profissional.

Na fala de **M2** é abordada a questão da competitividade, a disputa no mercado de trabalho:

No ponto de vista financeiro é uma coisa bem clara que a nossa profissão está muito difícil, pois a desvalorização econômica está sendo muito grande. E acho que isso tem vários motivos; um deles é que a nossa profissão, aqui no Rio Grande do Sul, tem muitos profissionais, muito mais do que se precisa e, além disto, muito mal distribuídos no Estado. Como tem muitos se torna competitivo, com muita concorrência. (...) As instituições pagam o que querem porque, se alguém não quiser trabalhar, outro vai querer pela metade do valor. Nosso Conselho tem lutado muito nesse sentido, eu vejo isso! Mas acho que tinha que ser uma luta mais ferrenha porque na realidade é uma luta que há todo um aspecto econômico e o Conselho terá que se impor (M2).

Com a popularização das universidades e o aumento de profissionais de grau superior, dentre eles o médico, o campo de trabalho tornou-se muito mais concorrido, **M2** preocupa-se com a desvalorização do médico revelada pela questão econômica.

FOC1 destaca outro ponto de visibilidade da profissão, devido ao maior tempo disponível do farmacêutico quando comparado com o do médico. E, ao mesmo tempo, valoriza o seu conhecimento específico do medicamento como vantagens à população:

*(...) O atendimento é tão corrido na rede pública que o médico muitas vezes não fica 2 minutos com o paciente. Quem tem esse espaço maior pra conversar, para esclarecer todo o uso correto do medicamento é o farmacêutico, ele está muito mais ligado ao medicamento (...) Estão comprando os medicamentos corretos que são extremamente necessários para o município e que atendam a comunidade local, isto é importante. Isso tudo em cima do conhecimento do medicamento, do uso correto. Porque um leigo não vai saber, não vai explicar deixar o paciente do SUS esclarecido. Muitas vezes o médico não tem esse tempo (**FOC1**).*

Já na fala de **(F2)**, em contraponto ao anterior aparece todo descontentamento e insatisfação com os rumos que estão tomando a profissão de farmacêutico:

*Eu tenho uma visão ambivalente, no meu ponto de vista; a profissão farmacêutica por um lado, está bem valorizada porque nos hospitais os farmacêuticos são requisitados, nas equipes de saúde são requisitados, abriu um espaço muito grande profissional, nas clínicas, farmacêuticos clínicos. Profissionalmente estão supervalorizados, mas socialmente, monetariamente a gente ganha menos que faxineira, a gente não tem piso decente, a gente não tem representatividade (**F2**).*

F2 demonstra um paradoxo, pois que ao mesmo tempo surgem novos campos de atuação farmacêutica, o que denota valorização do seu saber, há uma desvalorização econômica da classe farmacêutica.

A profissão de farmacêutico não possui o mesmo prestígio que as outras profissões na saúde para a sociedade e isto se reflete na remuneração econômica inferior a das profissões de médico e de enfermeiro. Ou seja, o conhecimento científico do farmacêutico, dependendo da área de atuação não tem o mesmo “status” das outras duas profissões.

Mesmo dentro da profissão farmacêutica existem ramificações mais especializadas, como a biotecnologia e as áreas de pesquisa científica e industrial. Nestas áreas a profissão está bem valorizada e remunerada, porém são poucos os espaços nestas condições.

Na profissão médica, em que se observa que o sentido de valor é complementemente diferente do relatado por **F2**, a preocupação está mais relacionada com a proteção.

Diz **MOC1**:

*(...) O código da ética médica, como popularmente se diz, ele tem antes uma parte que é a parte de deontologia, que são as partes relativamente aos direitos dos médicos, também. Nós temos que ter consciência dos direitos e dos deveres, nós não temos só deveres, temos direitos também. Nós temos o direito de nos negarmos a atentar contra a vida humana, por exemplo. Nós temos o direito de nos negarmos a participar, como ato médico, da tortura, por exemplo. Isso é um direito, nós somos preservados por isso (**MOC1**).*

Percebe-se pela fala de **MOC1** que a estima profissional do médico é boa. O foco de suas preocupações dirige-se, não para o reconhecimento de suas qualidades técnicas, mas para a garantia das condições de trabalho adequadas.

Salienta-se o fato de que as três profissões pesquisadas, respondem de maneira semelhante à questão de desvalorização econômica, existem insatisfações relacionadas a esta questão, porém há indícios de que elas não estejam ocorrendo pelas mesmas causas.

5.2.2 Ações fiscalizadoras dos Conselhos e controle social

Essa categoria reporta-se ao poder fiscalizatório dos Conselhos Profissionais e ao Controle Social realizado pela sociedade civil, através dos Conselhos e Conferências de Saúde. É analisada a maneira como cada Conselho conduz e aplica as penalidades aos seus profissionais e as instituições nos quais os eles trabalham quando são encontradas irregularidades. O teor desta categoria de análise, aponta um importante elemento de diferenciação entre os Conselhos de Farmácia, Enfermagem e Medicina. Nesta categoria foram abordadas questões como: Controle Social, Papel de Fiscalizador do Conselho, Fiscalização, Instrumentos de Fiscalização, Inspeção, Autuação, Punição, Contrato de Trabalho,

Ação Conjunta de Fiscalização e proteção das condições de trabalho; trazidas pela percepção dos profissionais vinculados a cada Conselho Profissional.

Em sua função pública, os Conselhos Profissionais devem regular e fiscalizar o exercício profissional, realizado dentro dos padrões éticos, conforme o código de deontologia profissional e o conjunto de leis do País. A fiscalização do exercício profissional é uma atribuição indelegável dos Conselhos Profissionais e o poder fiscalizatório que estes Conselhos dispõem suscita questões que precisam ser habilmente conduzidas, por que ele é frequentemente associado a abusos, e sempre existe o risco de, muito facilmente, ultrapassar a tênue linha que separa o educador do tirano, podendo prestar-se a caprichos, perseguições e diferenças pessoais. A história brasileira demonstra bem isto, no período que antecedeu a redemocratização do País.

A coerção é um dos mecanismos usados na disputa pela obtenção de poder. A obediência às regras deve-se, a um consenso, são de acordo mútuos porque garantem segurança a sociedade e permitem a convivência em sociedade. A obediência às regras deve-se ao temor de represálias, através da punição pela força física ou moral, ou pela recompensa.

O seguimento das leis prescritas traz algum tipo de vantagem à sociedade, como por exemplo, a segurança do exercício da profissão. Toda a atividade profissional exercida tanto por Farmacêuticos, quanto por Enfermeiros e Médicos, no Brasil, está sob a jurisdição do Conselho Federal de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina, respectivamente, que regulamentam e disciplinam o seu exercício.

Contudo, cada fiscalização é exercida de maneira diferente, de acordo com o Conselho em questão:

Conforme pode ser percebida nas falas de **FOC1; FOC2; F1:**

(...) A gente vê tudo, agente vê se tem medicamentos vencidos, a gente confere se tem medicamentos expostos nas prateleiras que estão proibidos para a venda pela Vigilância Sanitária. Principalmente se tem ou não farmacêutico e se tem farmacêutico a gente fiscaliza se ele está prestando assistência ou não, a ação farmacêutica, pois a soma destas ações é a atenção farmacêutica. (...)a gente faz uma média de treze inspeções por ano. São fiscalizadas as atividades, todas, drogaria, farmácia, laboratórios, indústrias, todas as atividades (FOC1).

(...) nossa fiscalização se dá em empresas que deveriam ter registro no Conselho de Farmácia, mas não tem, então em função desta irregularidade são autuadas. Também as empresas que estão sem Responsável Técnico (RT) ou sem o RT substituto para cumprir todo horário de assistência farmacêutica e também as empresas que estão regulares. Vai-se exatamente para ver o exercício profissional. (...) Temos também inspeções para ver especificamente a assistência, então é fiscalizado basicamente, a documentação, a presença e a ausência do farmacêutico. Nós temos, por praxe, levantar a situação na inspeção, de acordo com o que se encontra, tem uma rotina já de encaminhar essas situações tanto para Vigilância Sanitária como para o Ministério Público ou para Polícia Federal, principalmente se envolve uma questão de controlados (FOC2).

(...) Além de verificar a presença do farmacêutico, é feita também a orientação, em função da Vigilância Sanitária não fazer visita, só faz mediante denúncia ou para fechar o estabelecimento, então o Conselho ainda orienta o farmacêutico sobre o que deve ser feito dentro da legislação. (...) então em relação a estas coisas o Conselho extrapola (F1).

As falas acima denotam, claramente, que a fiscalização exercida pelo Conselho de Farmácia é presente, intensa, rigorosa e meticulosa.

Com relação aos limites impostos às profissões de forma a contemplar os direitos relacionados à cidadania:

(...) hoje temos o TAC (termo de ajustamento de conduta) que prevê 12 horas no mínimo de assistência e a partir do ano que vem (2007) todo horário de funcionamento contará com atividades farmacêuticas (FOC1).

Pode-se perceber que **FOC1** relaciona a aplicação da Lei 5991 de 1973, através do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), à valorização profissional.

A Lei 5991 de 1973, até 1998, nunca foi cumprida. Em 1998, através de denúncia ao Ministério Público, foram firmadas entre os Ministérios Público Federal e Estadual, as secretarias estadual e municipal da Saúde, o Conselho Regional de Farmácia, o Sindicato dos Farmacêuticos e o Sindicato dos Proprietários de Farmácias, o primeiro Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), ao se constatar que a grande maioria das farmácias e drogarias não contavam com a presença do farmacêutico no número de horas exigido pela Lei 5991/73 e, portanto estavam ilegais. O Termo de Ajustamento de Conduta foi instituído por etapas, uma por ano, em que houve um aumento progressivo do número de horas do farmacêutico na farmácia. Tanto **FOC1**, quanto **FOC2** e **F1** salientam a importância da Lei que impõe a

presença do farmacêutico em tempo integral. Consideram essa questão como uma vitória da profissão, como um fator de inclusão e de prestígio à profissão de farmacêutico:

(...) Não é uma coisa isolada. E essa briga já vem há muito tempo pelo reconhecimento. O TAC é uma vitória. (FOC1).

(...) isso em função do termo de ajustamento de conduta quando se começou a exigir que o farmacêutico trabalhasse principalmente nas farmácias e drogarias por um determinado período. 1998 foi um marco dentro da caminhada dos farmacêuticos do estado do RS quando foi então firmado o termo de ajustamento de conduta pelo Ministério Público do Estado, Vigilância Sanitária, Conselho Regional de Farmácia, Sindicato dos Farmacêuticos, Vigilância Sanitária de Porto Alegre (FOC2).

(...) e tem toda uma legislação em cima disto, a Vigilância Sanitária Estadual, Municipal e Federal exigindo a presença do farmacêutico, e isso não vai mudar (F1).

Julga-se por isto que o valor atribuído ao maior número de horas da presença do farmacêutico na farmácia, seja um valor que o próprio Conselho considera fundamental à profissão de farmacêutico.

Na Enfermagem, as falas se dividem entre as preocupações com as condições de trabalho oferecidas pelas instituições, e com a ausência do Conselho, como se constata em **EOC1; E1; E2:**

(...) Eu acho que o Conselho deixou muito colocado na mão do sindicato. Por exemplo: sobrecarga de trabalho. Tem que fiscalizar o enfermeiro, tem que fiscalizar a instituição. Ele não pode permitir que um enfermeiro tome conta de 80 pacientes. Aí o enfermeiro não é científico, ele “apaga incêndio” ele não consegue avaliar um doente. Tocar no doente, avaliar o doente. O quê que o enfermeiro faz? Fica “rodopiando” (desculpa o termo) dentro de um posto de enfermagem atendendo tudo, menos o doente. Por quê? Porque faltam profissionais. O quê que o Conselho faz a respeito disso? Às vezes vai à instituição, passa três, quatro fiscais, olham uma escala de trabalho; acho que está faltando isto, fiscalizar a instituição e não permitir a sobrecarga de trabalho (E1).

(...) O trabalho da fiscalização são as visitas de rotina. (...) E existe a parte de denúncias e para isso fica um enfermeiro fiscal só atendendo essa parte, por telefone ou por e-mail (...) Então ele vai atrás dessa denúncia. (...) Busca-se uma parceria com a Vigilância Sanitária do município e Estado, (...) passou a ser critério da Vigilância Sanitária, principalmente a questão da presença do enfermeiro (EOC1).

Eu acho que essa fiscalização poderia ser um pouco mais atuante (...) a gente recebe uma visita anual do Conselho. (...) Fiscalizam o ambiente em si, vêem as condições de trabalho que a gente proporciona aos profissionais. Dificilmente eles detectam alguma irregularidade, mas a gente sabe que têm profissionais trabalhando em sub-condições de trabalho e não existe fiscalização(...) Falta de material, falta de qualidade de ambiente de trabalho, as pessoas trabalham às vezes com jornadas dobradas, superiores ao permitido ou um grande número de pacientes por profissional. Ou pouco profissional para o número de paciente existente, existe uma regra aplicada para este cálculo. (E2)

Na Medicina, podem-se encontrar outras percepções; como é o caso das falas de **M1** e **M2** que consideram o Conselho bom; e nos pronunciamentos de **MOC1**; **MOC2**, que vinculam o Conselho à proteção profissional.

Porém, todos os médicos entrevistados possuem uma imagem positiva do seu Conselho que, se por um lado, poderia atuar melhor em algumas áreas, por outro lado, não interfere na autonomia do profissional, não obstaculiza o exercício profissional no seu andamento normal. Todos os profissionais vêem o Conselho de Medicina como um órgão a favor do médico.

A fiscalização do Conselho Regional se exerce fundamentalmente sobre o médico. Agora existe um mecanismo, inclusive em nome do bem público, em que eles interdita a possibilidade do exercício profissional em determinados locais onde realmente não há condições de trabalho médico. (...) O próprio Conselho interdita o hospital por falta de condições básicas para o exercício médico. Isso é feito por denúncia (MOC1).

(...) O CREMERS é um órgão essencial na vida política do médico porque é um. Órgão fiscalizador que teoricamente estaria do lado do médico, teoricamente tem um respaldo porque na prática nunca precisei, nunca fui fiscalizado. Só tive contato com o Conselho quando fiz meu registro na hora atuar (M1).

Como todos os Conselhos, o CREMERS age por denúncias, por informações recebidas – não necessariamente denúncias – por visitas periódicas que são feitas às instituições e pela interação que existe entre o Conselho e as suas comissões de ética que existem dentro do hospital, que na verdade é o Conselho dentro do hospital (MOC2).

Eu acho que o Conselho faz ações muito boas. É um Conselho bom, tem muitas coisas positivas, investe muito em várias áreas (...) O que eu não vejo no Conselho, e acho que o Conselho poderia atuar mais, é na questão de como os hospitais estão lidando com as condições de trabalho do profissional médico. Principalmente na grande Porto Alegre, no interior do Estado (M2).

Pode-se observar as diferenças do sentido dado à fiscalização em cada Conselho. Percebe-se claramente na fala de **E2**, como também, nas falas de **MOC1** e **MOC2** a preocupação com as condições adequadas ao trabalho profissional no sentido de proteção ao profissional, o que não acontece no Conselho de Farmácia, segundo as falas de **F2**, **F1**, **FOC1**, **FOC2**.

Destaca-se que **MOC1** quando fala em denúncia, está se referindo ao próprio médico que avisa o seu Conselho, ou seja: existe uma relação de confiança e cumplicidade entre o profissional e o Conselho.

As falas de **MOC1** e de **MOC2** a seguir, denotam um grau de independência profissional, proporcionada pelo seu Conselho, quanto aos aspectos éticos atribuídos ao exercício da profissão médica dentro das instituições, conferindo proteção à atuação dos profissionais e condições apropriadas de trabalho:

*(...) O CREMERS em âmbito de Estado do RS tem as delegacias do Conselho, me parecem que são 26 delegacias. Em cada local onde tenha mais de cinco médicos exercendo a profissão, existem as comissões de ética médica. (...) A comissão é eleita pelos médicos que trabalham naquele local. Essa comissão de ética Médica é diretamente subordinada ao Conselho de Medicina, não deve nenhuma explicação ao diretor da instituição, ao presidente do hospital, é totalmente independente. Essa comissão é o braço avançado do Conselho nos locais de trabalho. (...) De uma maneira geral o Conselho não tem que apoiar ou punir pelo simples fato do exercício profissional, ele tem é que observar as condições de trabalho das pessoas e ver se o comportamento do profissional do médico está de acordo com os postulados que regem a profissão (**MOC1**).*

*(...) todos os problemas, os fatos inerentes do exercício da medicina que ocorram no hospital, quando existe alguma distorção, são relatados a comissão de ética. E a comissão de ética se reporta ao Conselho Regional (...) A partir destas distorções são acionados os mecanismos de fiscalização, de sindicância, como autarquia que defende a comunidade e o bom médico (**MOC2**).*

Também na fala de **EOC1** e observa-se a questão de preservar a autonomia profissional:

*(...) Existe uma resolução que fala sobre o dimensionamento de pessoal e essa resolução é o nosso parâmetro, mas é óbvio que o enfermeiro fiscal ele tem aquele bom senso de saber o porte da instituição, o tipo de paciente que recebe, o qual o grau de dependência. O enfermeiro tem sempre certa autonomia (**EOC1**).*

O excessivo disciplinamento aplicado pela fiscalização do Conselho Farmacêutico mostra situações de constrangimento profissional de acordo com **FOC1** e **F2**. **F1** fala da restrição dos contratos impostos pelo Conselho, interferindo na liberdade da profissão:

(...) Semana passada foi feita uma visita com o MP a um município, foram 42 drogarias visitadas, uma prisão e sete interdições, porque o Conselho não interdita, quem interdita é a Vigilância Sanitária, e a prisão é feita pelo Ministério Público. O proprietário saiu algemado da empresa. Era leigo, não tinha farmacêutico. Havia tráfico de entorpecentes na drogaria. Tinham dois armários de controlados, sem Nota Fiscal, provavelmente oriundos de carga roubada com medicamentos entorpecentes. (FOC1).

A fiscalização, feita pelo Conselho, pelo menos comigo, foi uma verdadeira catástrofe. (...) Era assim que o Conselho, na gestão anterior, atuava: nós éramos cinco farmacêuticas, as cinco estavam presentes. eu era a Responsável Técnica e o hospital foi autuado porque eu não estava dentro da farmácia. Eu estava no hospital, dentro da sala de quimioterapia, que é uma sala limpa, que exige todo um procedimento para que sejam evitadas contaminações, eu estava toda paramentada e não podia interromper. Eu estava presente no hospital, eu e mais quatro farmacêuticas. Fiquei furiosa não fiz justificativa nenhuma e dirigi as reclamações para a Presidente do Conselho daquela época, perguntando se ela achava que eu estava brincando de “farmacinha”. Eu fico pensando se o farmacêutico tem que ficar sentado na farmácia esperando o fiscal do conselho chegar. Não sei o que o Conselho pensa que a gente tem que fazer. Eu sei o que o farmacêutico faz; agora o Conselho é que não sabe (F2).

(...) O farmacêutico faz prestação de serviços, pode fazer contrato de quatro, de seis ou de 8hs, são esses contratos que podem existir (F1).

Ressalva-se que somente no Conselho Farmacêutico houve este tipo de reclamação quanto ao excesso de rigor, chegando mesmo, ao abuso de poder.

Também, apenas neste Conselho foram abordadas as questões relativas ao contrato de trabalho e carga horária.

Quanto à forma de aplicação das penalidades, igualmente são distintas, tanto na intensidade, quanto na freqüência, de acordo com cada Conselho.

Expressas nas falas de **FOC1; FOC2; EOC1; E1; EOC2; MOC1:**

(...) As punições dependem do número de ausências, hoje três ausências consecutivas num prazo de 24 meses pode se instaurar um processo ético-profissional para aquele farmacêutico que tem três ausências não justificadas, não precisam ser consecutivas, segundo

a resolução 417 de 2004 no artigo 26⁴ que é clara nesse ponto. (...) Então a gente está aceitando atestado, mesmo sabendo que pode ser uma maneira do farmacêutico mentir no atestado, mas agente não pode falar isso (...) Então esse profissional tem sim que ir para a ética e pode hoje levar no mínimo três meses e no máximo um ano de suspensão **(FOC1)**.

(...) Trabalhamos em conjunto com a Vigilância Sanitária. (...) A gente já fez muitas inspeções cujo objetivo era interditar o estabelecimento. (...) A gente tem pastas onde é colocada toda a vida do profissional tanto as inspeções positivas como as negativas, a gente não tem só aquelas onde foi encontrado um problema, mas todas as visitas relacionadas aquele profissional ficam arquivadas. A gente chama de pasta HP (histórico profissional) a empresa também tem sua pasta, forma um perfil do profissional e um perfil da empresa. (...) Ações programadas com a Vigilância, com a Polícia Federal então, nos casos de prisão. Inclusive muitas vezes é solicitada a participação do Conselho pelo delegado de polícia ou pelo promotor pedindo fiscais do Conselho para acompanhar uma ação **(FOC2)**.

(...) a notificação é feita em cima das irregularidades encontradas, no caso como, por exemplo, o exercício ilegal de profissão, realizando atividades que não seria da competência em que ainda muitas vezes – agora menos – são encontrados leigos na função. (...) Nós temos a questão bem complicada do auxiliar de enfermagem, ainda em muitos locais do interior, fazendo parto, coisas que não podem. (...) Então todo local que tiver profissional de enfermagem e ações de enfermagem, o Conselho fiscaliza. (...) Ocorre algum processo ético **(EOC1)**.

(...) Para mim é um órgão fiscalizador, para ver se “os caras” estão legais e quando faz uma fiscalização, é muito ínfima. Também atua no processo ético. Não fiscaliza se o enfermeiro está presente. (...) Há uma exigência legal de ter enfermeiro, mas não estabelece quantos enfermeiros tem que ter, nem controla horário. Não temos nada. Quem tem que controlar isso aí, ou pelo menos é entregue na mão, é o sindicato. **(E1)**.

Na prática não tem intervenção do Conselho. Vieram aqui um dia fazer uma palestra, mas não fiscalizam mas não tem nenhuma intervenção do COREN aqui no Hospital. (...) Não multam, não aparecem. **(EOC2)**.

(...) Os Conselhos só se movem mediante denúncia (...). O Conselho por si mesmo provocado por denúncia ele vai fiscaliza o local que tem denúncias e proíbe o exercício profissional naquele local. Eu acredito que o Conselho é muito seguro nisso **(MOC1)**

A coerção é uma das formas de exercício de poder, ela torna-se um instrumento utilizado para dirimir conflitos, através da imposição da autoridade de

⁴ Resolução do Código de Ética Farmacêutica, nº 417 de 2004 no artigo 26 do Conselho Federal de Farmácia.

um grupo dominante sobre o outro. No Brasil, por ocasião do regime militar, onde foram cometidos atos arbitrários, que feriram profundamente os direitos humanos, pode-se constatar isto, contudo, toda vez que essa coerção é excessiva, ou abusiva, procede-se uma reação contrária, de maneira que fosse abolida, gerando mudanças.

A coerção imposta de forma exagerada, exercida pelo Conselho de Farmácia, como mostra a fala de **(F2)** provoca uma reação de oposição, uma força contrária, que opõe resistência:

*O CRF do RS esteve muitos anos, nas mãos de um segmento muito esquerdista, muito radical, ortodoxo, muito ligado à política radical esquerdista. Foi uma perseguição total ao farmacêutico. Porque a palavra perseguição? Um farmacêutico, foi fazer um exame em um hospital de Porto Alegre, tinha requisição do exame, tinha comprovante. A Fiscalização foi na farmácia e autuou porque ele no estava, pois não podia estar no hospital e na farmácia ao mesmo tempo. O Conselho não aceitou a justificativa e o profissional foi chamado na polícia federal por crime de falsidade ideológica. Ele justificou a sua ausência com a requisição médica, com os exames, ecografia, tomografia, essas coisas assim. Mesmo assim o Conselho não aceitou justificativa e ele foi parar na polícia federal que até se escandalizou quando ele contou. Isso foi há quatro anos. **(F2)**.*

Conforme o exemplo relatado por **F2**, o autoritarismo de uma ação, pode ter um efeito completamente ao contrário do desejado. O excesso de autoridade pode produzir em um momento imediato uma aparente submissão, mas logo adiante, certamente produzirá rebelião, indignação e revolta. Principalmente se ferir o sujeito no que tem de mais precioso, ou seja, na sua autonomia e nos seus direitos como cidadão.

Também a indiferença e o descaso, podem conduzir a uma desobediência às regras impostas conforme diz **E1**:

*(...) muitas pessoas não pagam à anuidade porque acham que o Conselho não atua. Então há uma confusão de Conselho e de Sindicato (...) Agora, que ele poderia fazer mais, acho que sim, fiscalizar mais, acho que sim **(E1)**.*

Com a redemocratização do País, se pressupõe também a participação política, o exercício da cidadania pela sociedade civil e uma descentralização do poder político do estado. O processo de descentralização da Saúde, só se tornou possível no Brasil com o desenvolvimento da tecnologia informacional, chegada no

País, tardiamente após a abertura econômica. A descentralização almejada é aquela que seja capaz de estabelecer uma relação de equilíbrio entre as dimensões administrativas, econômicas e políticas. O controle social realizado pela sociedade civil, sobre o Estado é comentado por **EOC2**:

*(...) Acho que avançou muito a saúde após 88, por força do controle social, participação da comunidade, direito de decidir. (...) Todo financiamento da saúde tem que passar pelo Conselho de Saúde Municipal. Isso é uma coisa que avançou bastante porque tem mostrar que está aplicando o dinheiro para que possa receber o dinheiro. Há uma prestação de contas (**EOC2**).*

Normatizar condutas é uma das funções mais importantes da sociedade, e com a Constituição de 1988 este controle passou a ser possível. O exercício da cidadania provocou um movimento gradativo de participação, controle e pressão sobre os Conselhos, ao exigir que seus direitos sejam efetivamente cumpridos:

*(...) A gente recebe também várias denúncias elas vêm tanto, por e-mail, através do nosso site onde há um espaço para isto, quanto por telefone, ou a pessoa vem aqui ou são feitas denúncias nas próprias inspeções. Neste caso, então fazemos uma inspeção um pouco mais detalhada (**FOC2**).*

*Como todos os Conselhos, o CREMERS age por denúncias, por informações recebidas – não necessariamente denúncias – por visitas periódicas que são feitas às instituições e pela interação que existe entre o Conselho e as suas comissões de ética que existem dentro do hospital, que na verdade é o Conselho dentro do hospital (...) Encontrada alguma distorção são acionados os mecanismos de fiscalização, de sindicância, como autarquia que defende a comunidade e o bom médico (**MOC2**).*

Os movimentos sociais contribuíram como grupos de pressão quando da formação da Assembléia Nacional Constituinte e possibilitaram que a Saúde recebesse o espaço que efetivamente recebeu na Constituição de 1988, quando, pela primeira vez, foi prevista a participação da sociedade nos Conselhos e Conferências de Saúde. A participação da sociedade nas políticas públicas pressupõe um avanço na construção de uma sociedade democrática e determina alterações na relação que passa a ter o cidadão com o Estado. Como se pode constatar na fala de **MOC1**:

(...) Agora com a reforma da saúde, na Constituição de 88 algumas coisas ficaram bem constituídas na Comissão Municipal de Saúde o Conselho tem assento, na comissão estadual de saúde o Conselho tem assento; assim como tem nas outras comunidades, não só na comunidade médica, mas também na comunidade local. (MOC1).

Pode-se considerar que a atuação do COREN é apática e ausente. A análise das relações do CRF pelo olhar dos seus profissionais; apresenta inconsistências sobre o que entendem como fiscalização e vigilância profissional. A percepção desta fiscalização é experimentada diferentemente por sujeitos da área ligada aos órgãos de classe dos sujeitos da área técnica. Os profissionais pertencentes aos órgãos de classe vêem o tipo de fiscalização exercida pelo Conselho como correta e competente, adequada aos pressupostos da profissão, e os membros técnicos, a percebem como autoritária e excessiva restringindo a liberdade e autonomia profissional. A discordância está presente na forma como são feitas as fiscalizações e como são aplicadas as penalidades. Isso revela a existência de um conflito entre as áreas de fiscalização e as áreas técnicas propriamente ditas. O Conselho de Farmácia dirige suas ações para a fiscalização do profissional e do estabelecimento. Em nenhum momento ao longo de toda a pesquisa, apareceu a preocupação do CRF com as condições de trabalho oferecidas ao profissional farmacêutico. Por outro lado o farmacêutico não sente sua atividade como sendo imprescindível para o funcionamento da instituição da qual faz parte.

Constata-se pela análise das falas dos profissionais que pertencem à classe dos farmacêuticos, dos enfermeiros e dos médicos, de que o comportamento dos Conselhos Profissionais de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina respectivamente, **não agem** da mesma maneira no modo como fiscalizam seus profissionais; confirmando a hipótese desta pesquisa.

Percebeu-se que a trajetória dos Conselhos Profissionais, moldada segundo um padrão autoritário, lhes confere excessiva formalidade e distanciamento das práticas diárias dos profissionais de saúde. Os problemas e as suas soluções são tratados de forma linear e conservadora, não levando em conta a complexidade existente na sociedade moderna.

5.2.3 A influência da legitimização do saber de cada profissão, nas diferentes posturas assumidas pelos Conselhos, em relação aos seus profissionais.

Nesta categoria são discutidas as questões que estão diretamente vinculadas com a posição que cada um dos Conselhos — de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina — ocupa na sociedade, e de que forma eles participam para fortalecer ou não essa posição; seja enaltecendo o saber técnico, específico de cada profissão; seja atuando como protetor das condições do trabalho, salvaguardando as boas práticas e os interesses dos seus profissionais de agentes capazes de causar danos à qualidade dos serviços prestados. As sociedades estão em contínua mudança, são produtos das interações entre os atores. Os Conselhos Profissionais são instituições sociais que respondem aos papéis assumidos e desempenhados pelos diversos atores, individuais ou coletivos, renovando-se a cada instante, em um constante processo de transmutação, moldando-se de acordo com as oportunidades e constrangimento, porém sempre buscando seus interesses.

Esta categoria diz respeito à participação do Conselho Profissional quanto aos aspectos corporativistas na construção do saber e do poder da profissão a qual se vincula. As temáticas surgidas nesta categoria foram: Legitimação do Saber, Proteção ao Profissional, Atuação do Conselho, Campo de Atuação, Espaço profissional, Doutrinação, Formação Profissional e Comissões Éticas.

Os Conselhos Profissionais da biomedicina atuam como atores sociais coletivos e são partes integrantes da sociedade, que respondem às suas pendências, às políticas estatais e ao mercado, em um processo dinâmico composto por ações, reações e estratégias. Nestas ações estão embutidos vários elementos que compõem o esquema relacional dos Conselhos, dentre eles o poder. As subjetividades presentes no poder disciplinar e fiscalizatório dos Conselhos, (ou na sua ausência) revelam os discursos produzidos, bem como, expõem os aspectos que dizem da sua penetração e influência junto às políticas governamentais.

Os Conselhos Profissionais participam na construção do espaço social das profissões; promovendo, divulgando na sociedade a imagem da profissão, nas ações voltadas para a comunidade local onde o respectivo Conselho está inserido; através de palestras, declarações, entrevistas nos jornais, na televisão. Participando

de debates sobre temas polêmicos que interessam à população; como a gravidez na adolescência, os cuidados na prevenção de doenças degenerativas, campanhas contra o fumo. Organizando ações de Saúde em eventos junto a sociedade, como por exemplo, a operação verão promovida pelo Conselho Regional de Enfermagem, produzindo um agir discursivo foucaultiano. Os discursos estão muito vinculados ao saber-poder.

Observa-se na fala de **F1** e **FOC1** a constituição de novos espaços de saber e na divulgação do Conselho:

*(...) Posso falar da FENAFAR (Federação Nacional dos Farmacêuticos) que ela foi uma das pioneiras e puxou essa briga para cobrar o farmacêutico na atenção básica(...) e conseguiram essa conquista hoje da portaria 698 de 2006⁵ (**FOC1**)*

*(...) A partir dessa visão de formação do profissional generalista, abre-se um campo de trabalho em todas as áreas de trabalho do profissional farmacêutico sejam análises clínicas, indústria, atenção farmacêutica, alimentos. Então há uma perspectiva, um aumento de novas possibilidades. Nos países adiantados da Europa e o EUA nenhuma farmácia funciona sem a presença do farmacêutico e na verdade há um estímulo para o profissional ser o dono da farmácia. (...) Então o que o Conselho está fazendo? Ele está publicando seus informes via internet, informativos, jornal dizendo quais são as funções do Conselho e qual é a contrapartida do profissional, que tem a obrigação de cumprir sua profissão (**F1**).*

Nas relações de saber-poder constatam-se elementos de verdades que são concebidas em um momento particular, não podem ter a pretensão de abarcar toda a verdade. Porém, se ela funcionar o suficiente para o saber a que se aplica, ou seja: enquanto cumprir a exigência do seu poder, ela continuará sendo aceita. O poder de falar verdadeiramente acerca de um determinado conhecimento, de um saber autorizado, está relacionado à visão de mundo que se tem em uma determinada época. São os saberes reconhecidos pela sociedade que moldam as diversas profissões de Saúde, dentro do modelo biomédico e do discurso epistemológico que molda os saberes indispensáveis à constituição da ciência, como diz **E1**, **E2** e **EOC1**:

⁵ Portaria 698 de 30 de março de 2006, da ANVISA sobre a inclusão da assistência farmacêutica na atenção básica à população.

(...) A medicina fica com a terapêutica com o diagnóstico e a enfermagem fica como objeto de trabalho o cuidado científico (E1).

E quando se trata de Saúde pública tu tens muito enfermeiro atuando. O enfermeiro ganhou um espaço muito grande em Saúde pública aqui no Rio Grande do Sul. Têm melhorado, eles tem nos últimos anos promovido eventos, de treinamento palestras cursos e divulgam entre os hospitais (E2).

A enfermagem, eu diria, é desde 96 pra cá, 10 anos para cá, uma profissão emergente. Abriu um grande número de faculdades de enfermagem no Estado Rio Grande do Sul, hoje já são 30, fora as escolas técnicas e ainda existe mercado de trabalho justamente em função das novas políticas de saúde a partir da criação do Sistema Único de Saúde (EOC1).

Com Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986 há uma redefinição sobre o que significa “ter saúde”, que passa a abranger, não somente a ausência de doença, como também, a qualidade de vida do indivíduo em tudo que o cerca. São considerados aqui os aspectos que se referem a emprego, moradia, transporte, meio ambiente, lazer. É um conceito integralizador e incluyente, e o Sistema de Saúde e as Políticas de Saúde deverão como tal considerá-la.

Inicia-se um novo momento na Saúde em que se encontram subjacentes as questões da legitimidade, de estabelecimento de fronteiras e das identidades profissionais. Os saberes são elementos de estratégia política utilizados em relações de poder, alguns saberes emergem e são legitimados pela sociedade em detrimento de outros que desenvolvem determinados comportamentos como partes de um discurso creditado. Os Conselhos Profissionais buscam legitimar o conhecimento conferido a profissão específica a qual pertencem, tal discurso acaba tornando-se um mecanismo de hierarquização profissional ao considerar um saber mais importante (ou prioritário) do que outro. Estes saberes, ao terem seus discursos legitimados na Saúde, geram elementos de diferenciação de valor os quais são atribuídos às profissões. Consta-se aqui que este posicionamento com relação à questão das atribuições passou a ser incorporado a partir da Constituição de 1988, dadas as pressões que passaram a ser exercidas pela participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas de saúde, cobrando uma maior eficiência dos serviços prestados.

(...) E, além disso, o Conselho de Medicina tem suas câmaras técnicas, que são médicos de determinadas especialidades que

constituem a câmara técnica. Se você quer saber alguma coisa a respeito da possibilidade de determinados atos, você pode consultar a câmara técnica que vai dizer se aquilo é possível, se não é possível quais são as implicações do ponto de vista ético-profissional (MOC1).

Os Conselhos Profissionais colaboram para legitimar o saber das profissões as quais representam, nisso estão presentes todos os instrumentos possíveis, dos quais os Conselhos se apropriam para proteger e amparar tecnicamente as profissões, conforme constatado por **MOC1**; **MOC2** e **M2**:

(...) As pessoas são eleitas pela categoria médica e sendo órgão colegiado existe uma quantidade de opiniões, uma quantidade diversa de atitudes em relação a determinados e dali saem um consenso do que é melhor (MOC1).

(...) Sabe-se que todos os problemas, os fatos inerentes do exercício da medicina que ocorram no hospital, quando existe alguma distorção, é relatado a comissão de ética. E a comissão de ética se reporta ao Conselho Regional (MOC2).

(...) O que eu não vejo no Conselho, e acho que o Conselho poderia atuar mais, é na questão de como os hospitais estão lidando com as condições de trabalho do profissional médico. Principalmente na grande Porto Alegre, no interior do Estado (M2).

Porém o modo de agir dos Conselhos são diferentes uns dos outros, conforme as falas de **F2**; **E2**, **EOC2**; **MOC1**; **M2** nas quais se podem constatar suas posturas singulares:

O Conselho deveria ser um órgão de defesa (de defesa não, que é o sindicato), mas deveria ser um órgão aglutinador, de fiscalização, não de perseguição, de retaliação (F2).

(...) fiquei sabendo pela minha chefia que eu estava em débito com o COREN, uma multa eleitoral. Estão me cobrando várias multas inclusive dos anos que votei, sem saber que eu estava inadimplente porque nunca veio ninguém, nenhuma carta. Esse foi o contato que tive com meu Conselho. (EOC2).

(...) Então o COREN vem mais como uma forma de cobrança, de colocar as questões do que de participação (E2).

(...) o Conselho de Medicina é muito austero, é um órgão colegiado, é uma autarquia do governo, mas não é uma autarquia cujas pessoas não são nomeadas por influências. (...) Eu acredito que o

Conselho de Medicina é muito bem estruturado e fornece muita segurança ao exercício profissional. (MOC1).

(...) Acho uma falha muito grande do Conselho, se fechar. Precisa ter pessoas que tenham essa visão porque na maioria, principalmente na área médica a visão é muito fechada, não se abre muito, é uma característica e isso se reflete no nosso Conselho. O Conselho é muito conservador neste sentido (M2).

Nota-se que os discursos estruturados pelos Conselhos, não são iguais. As características de cada Conselho segundo a relação que ele possui com seus profissionais e a sociedade de uma forma geral, contribuem para formatar as características sociais de cada profissão. Elas mostram-se de uma forma predominante em quatro tipos: protecionista/apoio; autoritária/impositiva; flexível/tolerante e ausente/indiferente. As características podem estar igualmente combinadas, conforme a posição ocupada pelo profissional entrevistado, se do grupo político ou do grupo técnico.

5.2.4 Representação política dos Conselhos com o Estado e com a sociedade civil

Nesta categoria são trazidos aqueles aspectos que dizem sobre as relações mais específicas estabelecidas entre os Conselhos e o Estado, o acesso dos mesmos às esferas governamentais; como também sua relação com as outras profissões, tratam-se de questões que estão relacionadas ao poder-fazer dos Conselhos. Observam-se nessa categoria ações de divulgação, comunicação e poder, bem como, críticas feitas pelos profissionais quanto à atuação do SUS e as dificuldades, encontradas, na prática, do processo de descentralização da Saúde.

Dirigindo-se o olhar para as questões políticas, são encontrados os seguintes assuntos trazidos pelos profissionais entrevistados; representação política, cidadania, regulamentação, SUS, ações conjuntas com os outros Conselhos, influência política e comunicação. A inserção política dos Conselhos pode ser constatada de acordo com os depoimentos de **FOC1, FOC2, EOC2, MOC2 e M2**:

(...) Nós não temos uma força política no congresso, no legislativo, no executivo e até mesmo no judiciário para criar uma lei como tem

hoje em Portugal, onde só é permitido abrir uma farmácia quem é farmacêutico, leigo não pode ser proprietário. **(FOC1)**.

(...) A composição legal do Conselho Municipal de Saúde não exige que seja farmacêutico, tem que ser profissional de nível superior que trabalhe no município. Existe a composição do usuário (que representa a sociedade civil) e um representante de nível técnico, vai desde pessoas de associação de moradores, ou pessoas que participam de um grupo de diabéticos, de hipertensos, são aqueles usuários do sistema de saúde. **(FOC2)**.

O Conselho investe muito em várias áreas; na área política, até nos aspectos das faculdades, das universidades, da remuneração; o Conselho tem se envolvido nessas áreas, ele se posiciona. Existem coisas maiores do que o Conselho, que é o poder econômico, mas ele se posiciona e luta **(M2)**.

(...) A questão da política é muito subjetiva porque hoje não temos no Senado, por exemplo, e na Câmara Legislativa, farmacêuticos como deputados federais. Então nos temos um projeto que está tramitando há anos no Congresso Nacional que é para cobrarmos o registro de uma drogaria de uma farmácia, que é o carro chefe, de ser só do farmacêutico não ter leigos no nosso ramo de profissão (...) E está lá tramitando, e a gente não tem essa força política a nível nacional porque a maioria da bancada da Câmara Legislativa é ruralista e médico. Então por que hoje o médico tem o Ato Médico? A briga com todos os outros profissionais da área da saúde e eles tentando defender os direitos deles? Eles conseguem isso porque têm uma força, uma força política em nível do Brasil, em nível nacional. **(FOC1)**

(...) Através da Associação dos Farmacêuticos e Sindicato de Farmacêuticos do RS, obtivemos uma vitória em 2006 que foi a aprovação federal da inserção do profissional farmacêutico na PSF (Programa de Saúde da Família) que obrigatoriamente deve fazer parte da equipe; mostrando o papel do farmacêutico como essencial pelo CFF. O grande problema está exatamente na importância que as prefeituras dão ou não ao farmacêutico **(FOC2)**

(...) Tem representante do Sindicato dos Enfermeiros e tem representante do Conselho de Medicina e de Farmácia também. Sempre tem profissional médico, profissionais farmacêuticos e enfermeiros participando do Conselho de Saúde Municipal e também técnicos (...) Os Conselhos Profissionais participam na comissão de fiscalização dos hospitais no Conselho Municipal de Saúde **(EOC2)**.

Os preceitos igualitários do SUS, da universalidade, da integralidade e da equidade da Saúde não estão conseguindo serem atendidos em sua totalidade; e a Saúde segue com sua problematização histórica, palco de diferenças sociais, de acordo com a declaração de **M1; M2; MOC2:**

Quem puder pagar tem uma assistência melhor no sentido de ter melhores equipamentos, melhores condições e quem depender do subsídio do governo padece mais porque não há o repasse adequado de verbas. É exatamente isso (M1).

O valor pago pelo SUS ao médico é muito pequeno, da consulta, da cirurgia, o valor é mínimo. E hoje em dia todo mundo tem direito. Quem tem dinheiro, quem não tem dinheiro, quem tem convênio, quem não tem convênio. Se der qualquer complicação na cirurgia, o que acontece no interior? Tem que ficar com o paciente 4, 5 dias ganhando o mesmo valor pago pela cirurgia. Os médicos não querem atender paciente do SUS e eu não tiro a razão deles, independente de todo aspecto social, porque é a profissão deles é que está em jogo (M2).

(...) Pelo governo e, pelo SUS não possuir hospitais no RS, e não existir regulamentada uma profissão de médico no Estado RS, um plano de cargos e salários, um plano de carreira no RS, então as coisas são feitas de forma amadorística e todas elas improvisadas. (...) Não existe, olhando do ponto de vista médico, uma profissão de médico instituída. (...) Não existe um concurso para médico, não existe um plano de cargos e salários. (...) Na prática não existe dinheiro, não existe fundamentalmente políticas de saúde no País que possam determinar a realização, ou a execução deste SUS como fala a Constituição (MOC2).

Como se pode constatar nas falas **M2**; e **MOC2**, não foram previstas todas as complexidades que a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) deveria atender no cumprimento das suas diretrizes básicas legais. Sobre a imagem do SUS é possível perceber outras dificuldades:

(...) Até 1988 existia o contribuinte dos sistemas previdenciários públicos, a partir de 88 foi estendida a toda população a assistência médica como direito de todos e dever do Estado. Porém, nunca houve uma complementação, ou uma reposição dessa verba porque existia uma massa laboral no País, ao redor de 16 milhões de habitantes, naquela ocasião que contribuía para os institutos. E de repente, esta massa, que trabalhava passou a assumir o encargo de toda assistência médica no País porque o Governo não colocou a sua parte, deveriam ter redimensionado recursos (MOC2).

(...). Eu trabalho em um hospital particular, credenciado pelo SUS e todo dia, TODO DIA, chegam camionetes e ônibus do interior, lá é ambulatório, são procedimentos mais eletivos. Para se ter uma idéia; às vezes as pessoas chegam com hérnia inguinal que poderiam ter sido operadas no interior, às vezes chegam com sinais de pele, as pessoas vêm de muito longe para serem atendidas porque no seu local de origem não tem infra-estrutura nenhuma para o profissional de saúde atender (...) É muito mais fácil as prefeituras que recebem verba do Governo Federal, do Governo Estadual para investir, investirem em comprar ambulâncias para trazer o paciente para

Porto Alegre. Então, é todo um conjunto de coisas que dificulta muito a área da saúde em termos de SUS (M2).

A descentralização financeira e administrativa do SUS, de acordo com MOC2 e M2, não tem funcionado como deveria. Os médicos relacionam as dificuldades às causas políticas e estruturais.

Nessa categoria foram trazidas as questões de âmbito político; o poder de conseguir determinadas posições, o poder de fazer, de decidir, de opinar e intervir no curso da confecção de uma determinada política, como também, as dificuldades encontradas na sua implantação, por exemplo, as dificuldades enfrentadas pelo SUS.

5.2.5 Fatores que favorecem a supremacia de um Conselho em relação aos outros dois Conselhos investigados

Esta categoria reporta-se à gênese das profissões; que explica em parte a hierarquização feita pela sociedade na visibilidade das diferentes profissões de saúde. Os assuntos abordados pelos sujeitos da pesquisa nessa categoria, foram: supremacia, desvalorização, desconhecimento, afastamento, retraimento, ausência, soberba, constrangimento e hegemonia.

Os Conselhos profissionais participam na formação da identidade profissional e, ao mesmo tempo, estão identificadas com elas. Neste quesito, buscou-se identificar a presença ou a ausência de ações dirigidas ao profissional e/ou à comunidade por parte do Conselho Profissional que tivessem por objetivo a integração e o fortalecimento da identidade profissional que se encontra colada à própria identidade dos Conselhos Profissionais de Farmácia, Enfermagem e Medicina.

A qualificação das profissões de Farmácia, Enfermagem e Medicina, como disciplinas científicas foram construídas socialmente através de um longo período de tempo. Gradualmente, ao longo dos anos e das transformações por que passava o mundo, os saberes foram estabelecendo-se como discursos autorizados, porém não ao mesmo tempo e nem na mesma hierarquia de valoração.

Tanto a Enfermagem, quanto a Farmácia continuam na luta pelo reconhecimento dos seus saberes, ao depararem-se nas suas práticas diárias com o papel de supremacia exercido pela Medicina, conferido historicamente pela sociedade. Sua certificação passou pela legitimação dos seus discursos dentro de uma “epistémê” de hegemonia médica. A indefinição quanto aos seus limites de atuação torna-se fonte de disputas por autoridade, autonomia e espaço profissionais provocadas por questões identitárias. Sobre o discurso legitimado, como destaca **FCO1; F1e F2:**

(...) O próprio Ministério Público (MP) reconheceu integralmente que é fundamental a presença do farmacêutico (FOC1).

(...) Ah, paciente do médico! A nutrição hoje quem faz é a nutricionista, a orientação farmacológica é o farmacêutico, a enfermagem é a enfermeira, são todos profissionais (F1).

(...) A FENAFAR junto com algumas outras instituições em nível nacional, junto com o Conselho Federal de Farmácia, foram que puxaram essa briga junto ao Ministério Público em Brasília, As entidades farmacêuticas: os sindicatos, Farmag, a associação, o Conselho Regional, o Conselho Federal. Todo mundo (FOC1).

(...) é uma profissão difícil, é uma faculdade difícil é uma profissão nobre, foi a primeira faculdade no Rio Grande do Sul. (F2).

A visão de mundo que impera nas ciências da saúde está construída no modelo biomédico. O modelo biomédico está fundamentado em uma ótica mecanicista, funcionando na perfeita interação entre as partes, tal e qual uma engrenagem. Sobre isto diz **M1:**

(...) Eu acho que o médico não está acima dos outros profissionais. Acho que o médico faz parte de uma engrenagem que para funcionar adequadamente ela tem que estar muito bem encaixada isso sempre com um objetivo comum que é o bem estar do paciente (M1).

A configuração atual do cenário da Saúde brasileira aponta para uma nova forma de se fazer saúde. É necessário, entender como se dão, através dos processos históricos de construção e desenvolvimento das identidades das profissões de Farmácia, Enfermagem e Medicina; as disputas pela legitimação e as fronteiras de atuação dessas profissões, através de jogos de poder, das quais

participam seus respectivos Conselhos Profissionais e estão vinculadas a fatores que se referem à credibilidade dos mesmos.

Sabe-se que o nascimento da enfermagem ocorreu em uma época de hegemonia masculina, em que as mulheres eram socialmente subordinadas aos homens, quando não possuíam, nem mesmo a totalidade dos seus direitos civis. Ao trabalharem com os médicos (homens) colocavam a si próprias em uma posição inferior, correspondendo ao papel de submissão e abnegação próprias da vida religiosa. Assim durante muitos anos a enfermeira trabalhou, lado a lado, com o médico que representava duas figuras hegemônicas: Masculino e Médico.

A fala de **E1** e **EOC1** contém a preocupação de reafirmar a Enfermagem como profissão científica, distanciando-se da época histórica do início da profissão quando os cuidados aos enfermos eram prestados pelas irmãs de ordens religiosas, atividade que posteriormente viria a se constituir como a profissão de Enfermagem.

A Enfermagem ainda busca atualmente o reconhecimento do seu saber científico e a valorização profissional. Procurando libertar-se do estigma de subordinação e do caráter feminino que permanecem colados desde os primórdios da sua formação profissional.

Sobre essa questão diz **E1 e EOC1**:

(...) não é mais o cuidado por cuidar, é um cuidado científico, humanizado sim, enxergando a pessoa como um todo, mas com muito conhecimento (E1).

Havia muito aquele mito em torno do ato médico e toda aquela questão que o Conselho Federal de Medicina inclusive alegava que o enfermeiro não poderia prescrever o enfermeiro não poderia solicitar exames. (EOC1)

O estigma da submissão se tornaria, mais adiante, um obstáculo ao reconhecimento e a legitimação do saber científico da profissão de enfermeiro, induzindo até o presente à idéia da enfermagem subordinada ao médico, incapaz de independência profissional e de um saber legítimo, gerando conflitos nas equipes multidisciplinares de Saúde na sua busca pela definição das fronteiras de atuação.

Como coloca **E2**:

O Rio Grande do Sul é um Estado onde tem projetos envolvendo a enfermagem, têm enfermeiras em funções que antes era visto só por médicos, aqui é diferente (E2).

Quanto à profissão médica pode-se contatar que o desenvolvimento da profissão médica aconteceu por caminho diverso. A profissão médica foi a primeira profissão reconhecida, a mais antiga e a que serviu de molde para todas as profissões na área da saúde. Todas elas, de alguma maneira derivadas da Medicina. Este motivo somado ao fato de que foram os médicos os professores que formaram os primeiros farmacêuticos, os primeiros enfermeiros, os primeiros odontólogos; foram determinantes para a preeminência da profissão médica, O médico era o referencial, logicamente uma posição socialmente concedida de superioridade e distinção.

Os médicos, desde então, permanecem como se deles dependessem todas as outras profissões e a sociedade. O detentor do “verdadeiro” conhecimento e dos critérios que devam ser estabelecidos na organização do trabalho em saúde.

Com relação à autoridade da medicina observa-se que ao longo da história, desde o seu principio, a Medicina pertence à classe dos discursos oficiais autorizados pelo Estado. É ele, o Estado, quem certifica o certificado médico. A Medicina possui um poder institucionalizado que, por muito tempo contribuiu para a hegemonia médica e a aceção no imaginário comum, de um poder mágico, sobrenatural, envolto por uma “aura mística” e infalível.

Contudo, na fala de **M1** observa-se que a profissão de Médico já não possui a proeminência de outrora. Muito embora existam disparidades conforme a instituição e a especialidade escolhida, dentro da Medicina, para trabalhar. Sobre isto diz **M1** ao se deparar com a perda de parte de um poder que até então a profissão gozava:

Na média geral a profissão de médico está muito mal valorizada. Em péssimas condições de trabalho, mas isso depende de cada especialidade. Na minha especialidade – anestesia – ainda se consegue um bom padrão de vida para quem trabalha por livre iniciativa em hospitais de primeira, mas nas outras não. (M1)

A proposta da emenda constitucional 25 relativa ao Ato Médico (Lei do Ato Médico PL 25/2002) denota exatamente isso, uma reação à perda do poder, do qual a medicina sempre foi depositária, observa-se na fala de **E1**:

O Ato Médico nada mais é do que uma profissão, chamada medicina, dominando as outras profissões, ou tentando dominar (E1).

(...) Na realidade o Ato Médico é uma coisa do médico. Não é querer discriminar as outras profissões, ou tirar funções de outras

profissões, ou achar que as outras profissões estão entrando na área do médico. Nisso eu vejo uma falha do Conselho (M2).

Na fala de **M2** estão subjacentes às questões que motivaram o Projeto de Lei chamado de Ato Médico (discriminação de outras profissões e defesa dos limites da profissão médica). Como também **MOC1**, que deixa implícito nas entrelinhas que o médico “deveria” ter um lugar privilegiado de poder.

Diz **MOC1**:

O Conselho de Medicina deveria ter mais assento nas políticas públicas nos órgãos colegiados como têm os advogados. Os advogados têm um quinto constitucional. Ou seja, em todos os órgãos colegiados, a OAB tem direito por lei a um quinto de indicação de advogados. Isso é que é verdadeira corporação de ofício. (...) O Conselho de Medicina pode participar das reuniões dos colegiados, não que seja uma coisa obrigatória, muitas vezes até não é nem convidado. São órgãos de governo, mas como uma autarquia o Conselho Federal de Medicina está bem junto do poder público, em Brasília. O Conselho Federal tem assento nisso aí, ele tem acesso, mas uma participação mais efetiva moldes da OAB, não. (MOC1).

Embora outras profissões sejam reconhecidas atualmente, ainda é a Medicina que ocupa o topo da pirâmide na hierarquia social quando se trata de representar as posições oficiais nas políticas referentes aos assuntos em saúde. A Medicina detém ainda a autoridade para definir e tratar a saúde e a doença e seu juízo, acerca destas questões, é intensamente valorizado pela opinião pública.

Nas falas que se seguem, observa-se a questão econômica e associada ao **prestígio** e ao “**status**” desfrutado por uma profissão na sociedade. Percebe-se, em **MOC2** que o reduzido valor pago pelo SUS ao procedimento médico realizado é visto como uma depreciação à profissão, e aparentemente, um descaso com a Saúde em um sentido mais amplo:

(...) O médico trabalha em condições subumanas, em que ele atende pessoas e recebe honorários do sistema público da saúde com 6 meses a 10 meses de atraso, um valor que é ridículo. Por exemplo; um médico que faz uma dissecação de veia em um recém nascido recebe R\$ 7, 50, uma consulta ao sistema público de saúde remunera o médico R\$ 2,55 e assim por diante (MOC2).

Os baixos valores pagos pelo SUS pelos procedimentos médicos são percebidos pelo profissional como uma desvalorização do seu trabalho e do seu saber. Destaca-se o fato de que apenas os profissionais médicos reclamaram da remuneração feita pelo SUS, portanto depreende-se que esta profissão recebia

anteriormente salários superiores às outras, e que, agora, se ressentia ao ver-se no mesmo plano hierárquico das outras profissões, ou seja: no entendimento do profissional de medicina encontra-se desvalorizado já que se considerava como hierarquicamente superior às demais profissões de saúde. Este fato reflete diretamente na posição ocupada pelo Conselho de Medicina, constando-se que há efetivamente um princípio de perda na hegemonia médica. Até a alguns anos atrás, observava-se que o salário do médico era muito superior ao dos outros profissionais de Saúde. Atualmente, com a gradativa implantação do SUS, há uma tendência ao nivelamento de salários para todos os técnicos de nível superior do Sistema de Saúde.

A principal característica da Medicina, ainda hoje, é sua preeminência. Embora possa se observar que lentamente suas bases começam a enfraquecer, o prestígio de seus discursos legitimados continua a demonstrar uma autoridade quase absoluta nos assuntos relacionados à saúde, valorizado pela opinião pública e pelo Estado. De fato, constata-se que a Medicina já não ocupa o mesmo lugar de domínio sobre as outras profissões, que ocupou em épocas passadas.

MOC2 relaciona a perda da hegemonia médica aos preceitos igualitários contemplados pela Nova Constituição Brasileira:

Bem, a profissão de médico no Estado RS sempre, e principalmente após a constituição brasileira de 1988 dita cidadã, que estendeu a saúde para todos como um direito e um dever do Estado continua de forma precária (MOC2).

As forças hegemônicas que se perpetuam no campo da saúde e institucionalizam o conhecimento, têm a participação do Estado, o que explica a geração e a subsistência dessas relações de poder. O Estado através das leis de Saúde Pública institui as normas, os regulamentos, os certificados, contribuindo para validar o discurso médico hegemônico. Como exemplo recente para mostrar como essa institucionalização acontece, pode-se citar o projeto de lei chamado Ato Médico, em que o Conselho de Medicina busca domínio, através da política, da lei sobre as demais profissões de saúde, conforme a fala de **F1**:

(...) A questão do Ato Médico é a parte política da história, estão desde 2002 tentando passar o projeto, já passou por várias comissões, então vocês vêem o poderio da coisa, mas será uma lei

para não ser cumprida, porque todos nós; farmacêuticos, nutricionistas, enfermeiros temos a nossa legislação. (F1)

Os discursos aparecem não só nas práticas profissionais, como também nas leis que as regulamentam, nas suas declarações, nos seus conceitos; e o seu conjunto forma todo saber de um certo tempo. Um saber de base epistemológica cartesiana, apoiado no modelo biomédico.

Em relação à profissão farmacêutica, pode-se observar também, outros fatores que interferem na visibilidade de uma profissão e que contribuem para uma hierarquização do saber técnico, colocada por **F1** e **F2**:

(...) Hoje já há uma tendência para 40h. Nós estamos buscando 30h, é uma luta das profissões da saúde, alguns já conseguiram como o médico, e o odontólogo. Essa seria uma valorização, e uma redução da carga horária (F1).

Os farmacêuticos têm que sujeitar a tirar pó no balcão, chegam a colocar nos jornais “com prática em vendas”. O Conselho poderia ajudar, valorizando a profissão (F2).

A fala de **F2** sobre o desconhecimento por parte da sociedade do papel a ser realizado pelo farmacêutico, é devido, em parte, pela descaracterização da profissão farmacêutica ocorrida entre as décadas de 50 e 60 quando, segundo Santos (1999), chegaram ao Brasil grandes laboratórios internacionais da indústria farmacêutica. A alta tecnologia destes laboratórios suplantou a indústria nacional em que existia uma dependência científica e tecnológica neste setor. Este fato passou a tornar insignificante a produção artesanal de medicamentos existente no País até então.

A figura do farmacêutico como o profissional tecnicamente qualificado tornou-se descaracterizada, sem nenhuma outra função a realizar em uma farmácia, senão a de um mero vendedor de produtos — os medicamentos. A farmácia passou a assumir, então as funções de drogaria — um estabelecimento tipicamente comercial de produtos industrializados. Distanciando-se cada vez mais, do trabalho através do qual a profissão farmacêutica construiu sua identidade social. A dispensação de medicamentos descaracterizada como prática profissional transformou-se em um simples ato comercial de venda sem nenhuma necessidade do saber científico aplicado. O farmacêutico encontra-se em um dilema: de um lado, as pressões produzidas por um sistema econômico capitalista de comércio caracterizado pela

grande voracidade pelo lucro pressionado pelo apelo ao lucro, traduzido em vendas e, do outro lado, sem apoio para prestar assistência farmacêutica de uma forma ética e responsável.

O espaço de atuação do farmacêutico, nessa farmácia, ficou reduzido, e seu saber desqualificado, restringiu-se à Responsabilidade Técnica, função privativa da profissão, assumida como responsabilidade formal, não real, emprestando o farmacêutico o seu nome, para satisfação da exigência legal. Como mostra **F1**:

(...) Hoje existe todo um movimento para resgatar o profissional farmacêutico para fazer o processo de atenção farmacêutica, não é vender o medicamento no balcão, é ter o consultório, é orientar para o uso correto do medicamento (F1).

Quanto à contribuição dos Conselhos frente ao objetivo de integração e fortalecimento da identidade do Conselho e dos profissionais é colocada a perspectiva expressa por **E1**:

Não existe um trabalho de união. Sinto o Conselho afastado das ações de saúde, afastados das universidades completamente (E1).

Segundo **EOC2**, o Conselho desenvolve algumas ações junto a comunidade, mas o Conselho de medicina conforme **MOC1**, não realiza esse tipo de ação, embora **MOC2** informe que existam palestras promovidas pelo Conselho:

O Conselho tem feito feiras na semana da enfermagem para a comunidade. No ano passado foi feita uma feira de cuidados gerais da saúde na semana de enfermagem, em feiras de artesanato. (EOC2)

(...) não são previstas ações junto à comunidade. Então, na verdade, essas ações na comunidade são mais feitas pela Associação Médica do RS. (MOC1)

A gente recebe as comunicações do Conselho Regional de Medicina convidando para encontros com a comunidade. (...) Encontros abertos em que participam o Conselho de Farmácia, o Conselho de Enfermagem em ações de saúde (MOC2).

O Conselho Medicina ao estabelecer as câmaras técnicas tem mais a preocupação de informar ao médico, no sentido de proteção e controlar as instituições para que forneçam as condições adequadas de trabalho para os profissionais, do que propriamente fiscalizar o profissional em si.

O Conselho de Enfermagem preocupa-se mais com a questão de participação, informação, treinamento e as condições de trabalho dos profissionais.

5.2.6 Fatores que predispõem às disputas pelas fronteiras na dimensão corporativa

Essa categoria remete para os seguintes assuntos abordados nas entrevistas: coerção através da política e das leis, hegemonia, perda de poder, cooperação profissional, resistência, conservadorismo, discriminação, multidisciplinaridade, reciprocidade e complementaridade.

Com a Constituição de 1988 e as Conferências de Saúde, abre-se a possibilidade de participação de outros profissionais de saúde, em um espaço de controle social que, até então, era de domínio único dos médicos. A participação de outros profissionais nessa esfera gera uma situação de instabilidade, sentida pelos profissionais médicos como uma ameaça à sua hegemonia. Eles precisam adaptar-se a essa nova ordem, abandonar certezas, dividir o poder e abrir-se para novos saberes que são oriundos de esferas distintas da sociedade.

As relações entre esses profissionais, que muitas vezes executam ações superpostas ou complementares no seu cotidiano, acabam por ocasionar práticas concorrentes e originando disputas corporativas. O profissional atuando dentro da equipe multidisciplinar não está mais isolado em seu saber, mas em permanente contato com a equipe, com o usuário dos serviços de saúde e com o meio no qual está inserido.

A seguir são transcritas as concepções dos próprios profissionais, e as suas experiências quanto ao trabalho em conjunto realizado em equipe na Saúde:

Acredito que é um ganho para a população e para os profissionais, a inserção da equipe multidisciplinar porque é uma complementaridade, a gente discute, um complementa o trabalho do outro e consegue ver o todo do paciente em relação à prevenção, em relação a paciente já com a doença instalada, em todos os termos é só ganho (EOC2).

(...) na Inglaterra onde estudei há muitos anos atrás, havia uma senhora, paciente do médico, meu professor, que tinha angina. E por morar no terceiro andar e o marido ser paraplético (e ela tinha que sair para fazer todas as coisas e tinha que subir dois ou três lances de escadas) quando ela subia as escadas sentia dor anginosa. Ela

pedia ao médico que ele mandasse uma carta para a prefeitura local para que ela pudesse morar num lugar plano, no térreo Passou uns 4 ou 5 meses e o médico perguntou se ela tinha conseguido a casa, ela respondeu que sim, que agora estava tudo bem: “estou morando num lugar térreo, não tenho mais angina, a casa fica em um lugar próximo da farmácia, a farmacêutica já sabe as coisas que tenho que fazer, a enfermeira vai de vez em quando, assistente social me acomodou bem, inclusive meu marido pode sair, eu o levo na cadeira de rodas até a praça”. Este é um exemplo de atitude poliprofissional. Nós temos várias áreas de ação e podemos interagir e trabalhar uns com os outros (MOC1).

Por um lado, há interesse entre os Conselhos Profissionais em manter um acordo de cooperação e ajuda mútua, para poderem atingir seus objetivos mais facilmente, sejam eles de subsistência ou proteção de si próprios ou da profissão na sociedade, porém, por outro lado, querem manter sua autonomia e poder.

Sobre o conflito com o Médico diz **F2** e **EOC1**:

Nós já tivemos alguns problemas sérios, tanto com o Sindicato Médico quanto com o Conselho de Medicina. Graças a Deus eles foram superados. Hoje em dia nós temos uma parceria muito boa com o CREMERS. Tanto o parto, como os exames, como a consulta de enfermagem, a prescrição de enfermagem, elas estão garantidas por uma lei federal, que é a lei que regulamenta a nossa profissão. Eles não têm como fugir disso. O Conselho de Medicina, a profissão de medicina, ela não é regulamentada por lei, por isso se criou tanto essa fantasia do ato médico. Eu acho que é um direito deles, eles. Desde que eles não invadam a seara alheia. Eu acho que tem lugar para todo mundo. A confusão é devido ao limite, só que hoje em dia todas as profissões trabalham em equipe, em equipe multiprofissional, multidisciplinar, e as coisas não têm o porquê de serem assim. Essas profissões só se criaram porque existia um vácuo. (EOC1).

(...) Há dois, três anos atrás quando uma grande rede de farmácias, aqui em Porto Alegre, fez um programa de farmacêutico clínico, o Sindicato ou o Conselho dos Médicos foi lá e puf, boicotou o programa, puxou o tapete e acabou com o programa. (...) O programa era no sentido de orientar, esclarecer a população no sentido de fazer a intercambialidade entre o medicamento genérico e o de marca. E daí os farmacêuticos foram proibidos de fazer esta orientação na rede, porque a entidade médica disse que o farmacêutico não podia. (F2).

A Medicina sente-se ameaçada, visualizando indícios da perda da sua posição de domínio perante as outras profissões.

A busca pela identidade de cada uma destas profissões e também pelo de terem seus fazeres muito próximos no dia a dia, uma das outras, disputam posicionar-se em áreas que não têm seus limites claramente definidos. Criando um estado de permanente conflito.

Os atritos entre as áreas dos profissionais de Saúde são vivenciados no seu cotidiano, e assumidos pelos seus Conselhos, foram agravados pelo fato da Constituição de 1988 ter previsto a equipe multidisciplinar do SUS.

Na equipe multidisciplinar de saúde, do SUS, há mais de uma dezena de profissionais, todas elas profissões, com exceção da profissão médica, já contam com um elenco de leis que define suas atribuições, o que acabou sendo usado para apresentação de um Projeto de Lei no Senado, chamado de “Ato Médico”.

Quanto à atuação em equipes multidisciplinares previstas pelo SUS, diz **E2**:

*(...) Minha opinião é respeitada como enfermeira e quando não é acatada tem muito mais a ver com o perfil pessoal do médico, do que da classe. Porque a gente tem médicos que vem, dividem as dificuldades que eles têm, acatam sugestões e tem médicos que “eu sou o dono do paciente, eu sei, eu faço, eu aconteço” e pronto. Essa diferença pessoal está vinculada à própria experiência que ele já teve com outros profissionais e tem muito a ver com a escola, com a formação dele. Ele vem de uma formação de que ele é onipotente, ele é o que vai indicar todo o tratamento e, muitas vezes não aceita, não se abre para mudança. Acho que isso é a nível nacional, uma cultura geral, não específica do Rio Grande do Sul (**E2**).*

Novas profissões e novos saberes, novas tecnologias, juntamente com uma nova postura da sociedade referente aos questionamentos quanto ao seu direito à saúde, como também, um novo conceito de Saúde, que conduzem à perda da hegemonia médica. São mudanças com bases epistemológicas, que não acontecem sem a presença de conflitos e disputas. Trata-se de um jogo político, de disputa pelo poder, em que as novas posições, ocupadas por outros atores provocam reações. A perda de poder não é aceita passivamente, existem resistências, conforme é expresso por **EOC2**:

(...) Várias enfermeiras, que eram gerentes, coordenadores de postos de saúde — não só enfermagem—, mas também sociólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, odontólogos, foram tirados dos cargos de gerência dos postos de saúde. Depois que assumiu o governo atual tiraram as gerências dos profissionais não-médicos e

colocaram médicos; por acharem que eram os profissionais adequados para administrar os postos (EOC2).

Tal evento pode trazer significados que estão ocultos, ou encobertos a primeira vista, só perceptíveis através de um exame mais minucioso.

Aparecem confrontos com as outras profissões afins, que competem pelo mesmo território, por demarcações de fronteiras e pelos trabalhos multidisciplinares dentro das instituições que são dirigidos à comunidade.

A implantação do SUS, com suas novas propostas de organização na área da Saúde, conforme constatou-se na realidade, tornou-se uma arena para novas lutas sociais, pois, confrontou interesses divergentes entre a sociedade e os grupos hegemônicos, que há muito tempo perpetuavam-se no sistema de Saúde até então.

Todavia, se existe, de um lado, a disputa pelo espaço profissional, por outro lado, também existe uma questão maior, que é a luta pela área da Saúde como um todo, de uma forma mais ampla. Nesse caso, as profissões da Saúde unem-se na reivindicação de melhores condições de trabalho, de melhores remunerações e em defesa de uma maior aplicação de investimentos do Governo, nessa área. Existe aí um trabalho de cooperação, uma união destas profissões como um todo.

Também quando a questão da visibilidade da Saúde, na mídia e na sociedade em geral; existe essa união. Em última análise, unem-se para garantir benefícios mútuos. São exemplos deste tipo de atitude de cooperação, como argumenta **F1**:

Nunca consegui trabalhar desvinculado das outras profissões, não posso trabalhar sem o apoio de uma enfermeira montando o sistema de distribuição, não posso trabalhar se eu não tiver o médico fazendo a prescrição do produto padronizado. Dentro do hospital se a equipe de saúde não funciona as coisas não andam para o paciente (F1).

(...) e isso que era uma coisa de muita resistência por parte do médico, ele começou a sair fora e foi ver os congressos, as pessoas não são cegas, e os profissionais vêem que em qualquer hospital de grande porte, qualquer congresso se fala em equipe multiprofissional (F1).

(...) são pessoas que detêm o poder. Têm médicos que se acham os donos do paciente, isso está mudando muito, mas ainda há ranços (F2).

O projeto chamado de Lei do Ato Médico define o Ato Médico e condiciona à autorização do médico o acesso aos serviços de saúde pelas outras profissões. O Ato Médico estabelece uma hierarquia entre a Medicina e as demais profissões da área da saúde, tornando privativos da classe médica todos os procedimentos diagnósticos e indicações terapêuticas relacionados ao paciente, como também, as atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos. (PL 25/2002). Este projeto de lei suscitou reações contrárias das outras profissões de saúde. De acordo com **F1**; **FOC2** e **E1**:

*(...) Dentro do hospital fala-se de prontuário médico, quê prontuário médico? O prontuário é do paciente e dentro deste prontuário tu tens o atendimento médico, de enfermagem, de nutrição. (...) Ah a nutrição! A nutrição hoje quem faz é a nutricionista, a orientação farmacológica é o farmacêutico, a enfermagem é a enfermeira, são todos profissionais (...) hoje tem mestres, doutores em enfermagem, em nutrição, em farmácia; não têm por que ser uma área exclusiva do médico. O médico, hoje, faz parte de uma equipe de saúde onde a função dele é prescrever, e tem que prescrever certo senão o farmacêutico vai dizer que está errado. Porque o paciente é da equipe multidisciplinar, não é do médico (**F1**).*

*(...) O Ato Médico que reivindica ao médico que o médico pode fazer todos os procedimentos, da prescrição, da anamnese do paciente e é considerado pelo CREMERS que esse ato é realizado por outros profissionais como a enfermagem, o CRF é contra o Ato Médico (**FOC2**).*

*Multidisciplinar! Quer dizer vários profissionais atuando. Mas o que se luta hoje é o interdisciplinar. Porque multidisciplinar o quê que é: és tu farmacêutica, é o enfermeiro, é o psicólogo, é o fisioterapeuta, é o médico cada um fazendo sua parte, sem ligação. O que se quer hoje, e isso incomoda porque aí é tu atuando, passando por todas as disciplinas fazendo uma interface, uma ligação, é uma interdisciplinaridade, isso é que tem que ser lutado (**E1**).*

A qualificação de outras profissões como disciplinas científicas no campo da saúde, assim como a busca pelo reconhecimento de seus saberes, embora ainda dentro de uma epistémê de hegemonia médica; concomitante com a indefinição da sua identidade junto às demais profissões dentro do campo biomédico, produz uma arena de conflitos entre as profissões, cujos limites encontram-se borrados e imprecisos. O exercício diário das práticas profissionais se interpõe e se complementa às atividades uns dos outros, dentro na equipe multidisciplinar de

saúde, principalmente à dos médicos. Essa situação acaba gerando uma competição pela legitimidade e autonomia dos saberes no campo da saúde.

Surgem espaços de diálogo e negociação, em que são definidos de forma mais ampla, as posições e os limites de cada profissão: o farmacêutico, como o profissional do medicamento, o enfermeiro como o responsável pelos cuidados ao paciente e a execução do tratamento e o médico como diagnosticador da patologia, prescritor do tratamento e cirurgião quando for necessário, embora essa divisão ainda não possua completa aceitação de todos.

Atualmente o pessoal discute muito, briga muito, mas acho que isso é uma questão de espaço, porque estamos começando a amadurecer, mas no momento que isso ficar maduro vamos usar bem os nossos espaços e vamos interagir perfeitamente bem e poder oferecer para o paciente e aproveitar tudo que o outro pode dar para o paciente. (MOC1)

As equipes multidisciplinares são fundamentais, respeitadas as áreas de atuação de cada um quer dizer; não é certo o médico fazer o que não lhe compete assim como não é certo, também outras pessoas fazerem o que não lhes compete dentro dos seus limites definidos em lei. Como existem as leis que regulamentam todas as profissões e os seus próprios Conselhos que delimitam e balizam essas atuações. (MOC2)

De uma forma ou de outra todas as profissões de Saúde são derivadas do braço da Medicina, e no seu exercício fazem interface com ela, gozando de maior ou menor autonomia de ação em sua área de trabalho, na dependência da legislação e regulamentação vigentes. Em todas as discussões que tem havido em torno das equipes multidisciplinares; de quem pode e, de quem não pode fazer o quê; a inclusão ou não de uma profissão nas equipes de atendimento à população, do SUS como a PSF (Programa da Saúde da Família), são frutos da mesma busca pela identidade profissional e a necessidade de definir as fronteiras corporativas, que possuem as profissões.

A configuração atual do cenário da Saúde brasileira aponta para uma nova forma de se fazer saúde. É necessário, para que se tenha a compreensão dos processos históricos de construção e desenvolvimento das identidades das profissões de Farmácia, Enfermagem e Medicina; as lutas pela legitimação e as

fronteiras de atuação dessas profissões, para que possa compreender as disputas que estão em jogo.

É importante salientar que os Conselhos de Saúde são atores sociais coletivos que participam ativamente na legitimação dos saberes farmacêuticos, enfermeiros e médicos bem como, atuam no sentido dado as políticas públicas, relevando alguns aspectos em detrimento de outros, que influenciam através dos seus discursos a mídia e a opinião pública e, finalmente que possuem um papel fundamental na visibilidade da profissão que fiscalizam.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer e compreender, pela perspectiva das Ciências Sociais, como estão se dando atualmente as relações dos Conselhos Profissionais de Farmácia, Enfermagem e Medicina, com o Estado, com a sociedade civil e com os profissionais (farmacêuticos, enfermeiros e médicos, respectivamente) que pertencem a esses Conselhos, após as alterações provocadas na área da Saúde pela Constituição de 1988.

Com a Constituição de 1988, realizada como parte do processo de redemocratização brasileira, importantes mudanças são instituídas na área da Saúde. Por ser a Saúde, uma das áreas de maior demanda social no Brasil, as pressões advindas das instituições sociais — diferentes órgãos estatais, organizações não governamentais e a sociedade civil em suas múltiplas formas de organização — são intensas. Os Conselhos Profissionais que representam as inúmeras profissões de saúde são instituições que integram, junto com outros atores sociais, o campo da Saúde.

Após a redemocratização do Brasil e a mudança paradigmática ocorrida na Saúde, a partir do final da década de 80, o País vivencia um novo ambiente político-econômico-social, reconfigurando o campo da Saúde, do qual foram destacados, como recorte desta pesquisa, três Conselhos Profissionais dessa área, a saber: o Conselho Regional de Farmácia, o Conselho Regional de Enfermagem e o Conselho Regional de Medicina, todos situados em Porto Alegre. Esses Conselhos, bem como todos os outros atores sociais que estão vinculados à Saúde, foram diretamente afetados pelas políticas públicas, resultante da inclusão de maior número de atores sociais nos benefícios de Saúde, garantidos pela Constituição de 1988. Assim, os Conselhos de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina tiveram que reajustarem-se a esse novo momento do País, remodelando suas práticas, na busca por contemplar as exigências e expectativas dos novos atores sociais envolvidos no campo da Saúde. A pesquisa foi impulsionada pelos questionamentos que surgiram, tendo em vista que os Conselhos Profissionais da área da Saúde necessitam lidar, por um lado, com o Estado, através da formulação de leis, regras e normas de políticas de saúde; com a sociedade civil, mais informada e consciente quanto aos seus direitos

de cidadania e; por fim, com os profissionais vinculados a esses Conselhos, que também possuem necessidades específicas, como a preservação do espaço corporativo, a empregabilidade e a subsistência da profissão.

As mudanças na Saúde, ocorridas a partir da Constituição de 1988, tiveram efeitos que perduram até o presente momento. Todos os atores que estão ligados à Saúde, de alguma forma, tornaram-se atores sociais em uma arena de disputas, conflitos e confrontos, que obrigaram os diversos atores sociais da Saúde — dentre eles os Conselhos Profissionais de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina — a reajustarem-se às novas condições que decorreram, de alguma maneira, do novo estado de ordem que foi imposto pela Nova Constituição e que fez aflorar a conscientização e os direitos da cidadania.

Os atuais Conselhos são diferentes de quando foram criados, no Brasil, há mais de 30 anos. Hoje, com o País, redemocratizado, com uma nova Constituição que amplia de forma contundente os direitos sociais, um novo momento político-social é vivido pela sociedade civil.

Por ser a Saúde uma área complicada e de grandes diferenças sociais, porém, de grande importância para a população, a Saúde brasileira ainda é um aspecto central e prioritário na ordem social do País. A área da Saúde tem merecido atenção especial dos mais diversos setores da sociedade: organizações civis, universidades, a mídia e os sucessivos governos. Seguidamente, observam-se notícias na mídia (reportagens, entrevistas, palestras, seminários e, etc.) sobre as questões de Saúde, sempre com grande repercussão. Dado justamente ao fato da Saúde ser problemática e de tanta importância para o cidadão, cujas políticas de saúde repercutem intensamente na vida cotidiana de milhões de brasileiros, julgou-se relevante que aí fossem verificadas diversas constatações interessantes originárias das disputas e da acomodação dos fazeres dos Conselhos Profissionais.

Antes de qualquer coisa, é importante ressaltar uma dificuldade apresentada logo no início da pesquisa, e que se reporta à identificação de uma postura reacionária dos Conselhos de Medicina e de Enfermagem em desacordo com o espírito democrático que vem buscando o País, em sua trajetória histórica de lutas e movimentos sociais realizados pelos diversos segmentos da sociedade civil, em busca da abertura política na década de 80 e, que acabou por resultar na redemocratização e em uma Nova Constituição no Brasil, em 1988; cuja principal

característica, foi justamente a contemplação dos direitos humanos, da liberdade política, da participação da sociedade, da abertura e descentralização dos poderes.

A pesquisa *a priori* pretendia entrevistar somente profissionais e profissionais membros dos Conselhos profissionais, a fim de que se obtivessem duas percepções, conforme fosse a posição de onde falava o sujeito: uma com perspectiva vista pelo profissional de “dentro para fora”, do interior do Conselho para a sociedade (representando o Conselho olhando seus profissionais) e, a outra, que faria a direção inversa; de “fora para dentro” (representando o olhar do profissional em direção ao seu Conselho). Essa idéia inicial teve que ser reajustada em virtude do indeferimento do Conselho Regional de Medicina da Solicitação de Pesquisa (documento que foi entregue a fim de se obter a autorização para a realização da pesquisa com seus membros). Como também foi indeferida a solicitação para a emissão de um documento comprobatório oficial do Conselho Regional de Medicina, para que constasse como anexo da dissertação, da recusa em permitir a participação dos médicos, membros do Conselho, na pesquisa. Embora, junto com a Solicitação de Pesquisa estivesse anexada a carta de apresentação com a aprovação oficial do projeto emitida pela Instituição Universitária na qual a pesquisadora está vinculada.

Essa postura inicial do Conselho Regional de Medicina, de indeferimento à solicitação para a realização da pesquisa no interior da instituição, acabou por se confirmar no decorrer da pesquisa como um atributo peculiar dessa instituição. De fato, a pesquisa trouxe como conclusão que o Conselho Regional de Medicina tem como característica ser um Conselho isolado da comunidade, fechado às outras profissões, austero e conservador, embora seguro e protetor quanto ao profissional médico, representando uma postura que está implícita na tradição do Conselho Regional de Medicina.

Também o Conselho Regional de Enfermagem, em um primeiro momento permitiu a pesquisa, e chegou-se mesmo a entrevistar um dos membros do Conselho, para logo em seguida, ser comunicado por telefone, pela direção do Conselho Regional de Enfermagem, que estava vedada a pesquisa no interior daquela instituição. No caso do Conselho de Enfermagem o indeferimento está muito mais relacionado com a omissão e o distanciamento que esse Conselho possui, também nas relações estabelecidas com seus profissionais, comprovando

uma dificuldade em impor-se e assumir posições, conforme se constatou através da pesquisa.

O indeferimento da Solicitação de Pesquisa, por parte do Conselho Regional de Medicina, bem como o indeferimento parcial do Conselho Regional de Enfermagem, foram contornados, substituindo-se o profissional membro do Conselho Profissional, por profissionais que tivessem tido (no passado) ou que ainda possuem uma posição “política”, ou seja: experiência em instituições que abrangessem como finalidade, atividades dirigidas à classe profissional específica (Sindicatos, Associações, Conselhos, Federações). Entretanto, esses profissionais não foram considerados como porta-vozes da instituição a que pertencem (ou pertenceram). Eles falaram unicamente como cidadãos profissionais que são dentro de um País democrático que possui liberdade de expressão.

Na realização da pesquisa, os dados obtidos e analisados permitiram comparar os diferentes Conselhos, e classificá-los conforme os tipos de relações que estabelecem com seus profissionais, com o Estado e com a sociedade civil. A pesquisa trouxe à tona as diferentes formas usadas, pelos Conselhos, para lidarem, com os outros atores sociais desse campo, observados no modo como eles fiscalizam seus próprios profissionais, como interferem na esfera governamental, como promovem a interlocução com a sociedade civil e como satisfazem sua dimensão político-corporativista. São atuações políticas, peculiares a cada um dos três Conselhos pesquisados, usadas como estratégias para obter vantagens no contexto atual da Saúde. Pode-se afirmar que os tipos de posições assumidas pelos Conselhos, refletem as principais disputas enfrentadas pelas profissões de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina e estão referidas às questões que se relacionam com os limites e a identidade profissional, e que, continuamente são empregadas para garantir o poder conquistado pela profissão, sua permanência na sociedade e seu espaço corporativo.

Verificou-se, através da pesquisa, que a fiscalização e as sanções impostas aos profissionais na dimensão ética mostram evidências de maior ou menor flexibilidade de acordo com cada Conselho. Na qual foi possível confirmar também, a existência ou não, de atitudes protecionistas próprias de cada categoria profissional.

Constatou-se na análise que cada Conselho possui uma maneira diferente um do outro, no modo como executa as ações pertinentes à regulação profissional,

verificou-se que o diferente agir de cada Conselho está diretamente relacionado à identidade da profissão que representa, assim afirma-se que o maior prestígio conferido pela sociedade à profissão médica é a mesma deferência que possui o Conselho de Medicina. Essa valorização transparece nas suas ações, na forma como se posiciona, nas atitudes que são tomadas por ele em relação aos seus profissionais, à sociedade e ao Estado. As diferenças entre os Conselhos devem-se à forma como cada profissão se constituiu ao longo da história e que obedeceu a uma hierarquia que foi socialmente construída.

A pesquisa mostrou que no campo agônico das diversas profissões de Saúde; no caso, de Farmácia, Enfermagem e Medicina especificamente, por intermédio de seus respectivos Conselhos Profissionais, lutam por validar seu conhecimento, ocupar uma determinada posição, pertencer a um espaço corporativo, que seja considerado privativo da profissão e ter seu saber legitimado, reconhecido pelos seus pares e pela sociedade na qual atua. A análise dos dados comprovou que os Conselhos Profissionais de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina preocupam-se tanto com a definição das regras, dos interesses e da ampliação dos espaços ocupados pelas profissões e pelas entidades institucionais que representam e da qual pertencem; quanto com o estabelecimento de estratégias de cooperação no campo da Saúde como um todo.

Constatou-se que a profissão médica é a que possui maior prestígio, apesar de ter se confirmado uma certa perda hegemônica, demonstrada pela tendência ao nivelamento, tanto salarial quanto de cargos de coordenação no SUS, às outras profissões de mesmo grau de formação técnica (embora ainda existam diferenças entre as profissões) e pela nomeação de outras profissões para a chefia de postos de saúde; cargo que antes era ocupado unicamente por médicos. Nas instituições privadas, ainda é o médico que ocupa cargos mais altos, como por exemplo, na direção técnica de hospitais, provando que a Medicina ainda é a profissão de saúde mais valorizada pela sociedade. Também na esfera estatal, a Medicina goza de maior força política, tem maior número de médicos, do que as outras profissões de saúde, ocupando cargos eletivos nas diversas esferas governamentais; no âmbito municipal, estadual e federal, ocupando lugares políticos privilegiados como secretários de saúde, ministros da saúde, senadores e etc., que oportunizam uma ação direta sobre as políticas a serem aplicadas no município, no Estado e no País, respectivamente.

A fiscalização exercida pelo Conselho de Medicina aos médicos é praticamente inexistente, o “objeto” principal de fiscalização do Conselho de Medicina são as instituições onde o médico atua, e não o médico em si. Essa fiscalização focaliza prioritariamente as condições oferecidas pela instituição de forma a garantir que os médicos tenham condições adequadas ao seu trabalho. De uma forma geral, constatou-se que o Conselho Médico age de modo protecionista, de apoio, em relação ao médico.

No Conselho de Enfermagem confirma-se outro tipo de posicionamento que oscila entre uma atuação ausente em alguns aspectos e/ou deficiente. Constatou-se que, em certos posicionamentos, ainda são encontrados resquícios do estigma de subordinação à Medicina, oriundos do contexto histórico da gênese dessa profissão, e que possui, do mesmo modo que o Conselho de Medicina uma preocupação com as questões corporativas. Verificou-se que o Conselho de Enfermagem fiscaliza, principalmente em relação aos limites profissionais, se os atos considerados privativos dos enfermeiros estão sendo efetuados por outros profissionais, como técnicos e auxiliares de enfermagem, ou até mesmo por leigos. A importância dada à proteção dos atos privativos da Enfermagem, também está vinculada à história da constituição da Enfermagem como profissão; tal é a relevância dada à divisão das atividades, que se encontram distribuídas em categorias onde estão descritas pormenorizadamente. Na descrição das atividades dos enfermeiros é detalhada, quem pode ou não pode realizar determinada prática. As atuações feitas às instituições onde trabalham os enfermeiros, por fiscalização ou por denúncia, pelo Conselho de Enfermagem são em sua maioria vinculadas às questões referentes aos procedimentos executados por outro profissional, que não o enfermeiro, de forma corporativa.

O Conselho de Enfermagem não verifica se o Enfermeiro está ou não presente no momento da fiscalização, mas sim se os seus atos estão sendo executados por outros que não estão autorizados a fazê-lo. A queixa dos enfermeiros é que o Conselho não cuida como deveria do número excessivo de pacientes para cada enfermeiro, não cobra da instituição este limite, como também não se impõe frente à instituição, em defesa do enfermeiro. Constata-se aqui uma menor segurança para impor sua autoridade, em um hospital, por exemplo, do que o Conselho de Medicina.

O Conselho de Farmácia fiscaliza de forma completamente diferente da fiscalização procedida pelos Conselhos de Medicina e de Enfermagem. O ponto relevante, na fiscalização realizada pelo Conselho Farmacêutico, está relacionado com o seu “objeto” de fiscalização. Enquanto o Conselho de Medicina tem como foco a instituição onde o médico trabalha e as condições de trabalho proporcionadas, e, no Conselho de Enfermagem, o alvo é evitar que as atividades privativas do Enfermeiro sejam realizadas por outros profissionais, em uma clara visão corporativista; no Conselho de Farmácia, o objetivo é fiscalizar o próprio profissional, principalmente sua presença física no número de horas determinado, cuja declaração é enviada anualmente, por ocasião da renovação do alvará da empresa em que o farmacêutico trabalha. Todo início de ano, para que as empresas (instituições hospitalares, laboratórios de análises clínicas, indústrias de medicamentos, os diferentes estabelecimentos comerciais farmacêuticos e etc.) possam renovar seu alvará na prefeitura, é necessário que o Conselho Regional de Farmácia emita o Certificado de Regularidade do farmacêutico, informando à Vigilância Sanitária que o referido estabelecimento possui um farmacêutico responsável técnico e, que o mesmo, cumpre o horário estipulado. Esse documento é obrigatório, e o farmacêutico deverá enviar seus dados anualmente para o Conselho, mesmo que não haja nenhuma alteração no cadastro.

Outro ponto que se sobressaiu sobre a fiscalização do Conselho de Farmácia foi relacionado à resistência encontrada ao cumprimento da Lei 5991 de 1973. Pelo fato dessa lei nunca ter sido cumprida integralmente, desde sua criação, foi resgatada, em 1998, — através de uma denúncia ao Ministério Público — e estabelecido um prazo para que tal situação fosse regularizada. O cumprimento a essa lei tem sido alvo de constantes discórdias e altercações entre os profissionais farmacêuticos, o Conselho e as instituições em que os profissionais trabalham, criando um conflito entre os mesmos e os empresários leigos que são os proprietários dos estabelecimentos farmacêuticos (que também devem se adequar à lei). O problema, já constatado pelo Conselho, é tratado por esse de forma linear, não levando em conta a complexidade das questões existentes no conflito. O Conselho age de forma rigorosa, processa, cassa, interdita e prende, mas não resolve, porque não considera os elementos subjetivos que não são perceptíveis na forma linear como é olhada a questão.

Por conta do excessivo rigor com que é aplicada à fiscalização, o Conselho Farmacêutico tem sofrido um grande desgaste nas suas relações com os profissionais. A coerção que tem sido aplicada a essa questão tem tornado o ambiente de trabalho do farmacêutico um palco de tensões e combates diários, uma vez que existem vários interesses envolvidos; de ordem legal, econômica e social.

A postura do Conselho Farmacêutico é evidenciada através dos depoimentos dos profissionais como tendo um caráter maniqueísta, rígido, autoritário, rigoroso ao extremo, e que não são levados em consideração que o profissional farmacêutico é um cidadão com direitos garantidos pela Constituição, é um profissional da saúde, especializado, regularmente registrado e habilitado por esse mesmo Conselho a exercer a profissão. A contínua resistência, ao longo de anos, ao cumprimento da Lei 5991/73 denota causas não facilmente perceptíveis, relacionadas à própria gênese e contexto histórico-social da formação do profissional farmacêutico. Que teve seu saber descaracterizado, pela entrada, no Brasil, de grandes indústrias internacionais produtoras de medicamentos que deixaram à margem as fábricas brasileiras de tecnologia atrasada. Houve a desvalorização social do profissional farmacêutico e perda de identidade na trajetória da formação da profissão. Nessa época, a profissão farmacêutica é desarticulada do seu saber, tornando-se, tão somente um balconista vendedor de medicamentos. Tal problema seria merecedor de uma análise mais profunda, não se restringindo a um olhar superficial, linear, porém a uma investigação que levasse em conta toda complexidade dos fatores envolvidos. Indagados sobre o assunto, tanto os profissionais, quanto os membros de órgãos de classe não conseguem encontrar um denominador comum para esclarecer as causas da origem do problema.

Constatou-se que a fiscalização exercida pelo Conselho de Farmácia é rigorosa, muito presente e altamente autoritária e que não houve, em momento algum preocupações quanto às condições de trabalho oferecidas pela instituição onde o profissional farmacêutico trabalha.

A hipótese geral da pesquisa foi baseada no fato de que apesar dos Conselhos de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina pertencerem, os três, à área da saúde, e estarem sujeitos às mesmas leis do País, com códigos de ética semelhantes, eles agem diferentemente na forma como conduzem, executam e fiscalizam os profissionais pertencentes a eles, e também atuam de forma distinta na maneira como lidam com as demandas produzidas pela sociedade civil e pelo

Estado. Essa hipótese foi confirmada; de acordo com a pesquisa, percebeu-se que as formas como os Conselhos de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina elaboram e executam suas práticas no cotidiano não são iguais. Os motivos que levariam a essa diferente forma de agir dos Conselhos constituíram-se nas hipóteses secundárias da pesquisa. A primeira hipótese secundária era de que essas diferentes atitudes dos Conselhos estariam vinculadas, em parte, ao processo sócio-histórico-cultural através do qual foi formatada e construída a respectiva profissão, o que foi constatado como verdadeiro. Foi comprovado que cada Conselho Profissional reage diferentemente a um mesmo estímulo — das leis, do mercado, das pressões da sociedade, do surgimento de profissões afins, das disputas por quinhões do campo de atuação da Saúde — e que esta resposta está vinculada, de certa forma, ao processo sócio-histórico-cultural através do qual foi formatada e construída a respectiva profissão. Essas diferenças têm seu alicerce fundado no contexto histórico em que se originaram as profissões de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina e que se refletem na forma como é edificada a relação entre os seus Conselhos, os profissionais, o Governo e a sociedade nos diversos campos profissionais específicos dessa área. Os Conselhos refletem a própria identidade da profissão e ao conduzirem suas políticas, suas estratégias, não só reproduzem, como moldam a identidade profissional. Neste aspecto eles tornam-se um referencial para os profissionais que se reconhecem (e são reconhecidos, na sociedade) pelos discursos produzidos pelos seus Conselhos, que englobam na sua dinâmica política, a construção social da profissão que representam.

São exemplos que corroboram a hipótese mencionada no parágrafo acima: a questão da descaracterização do farmacêutico pelas indústrias multinacionais e sua conseqüente desvalorização, a existência de uma Lei que torna obrigatória a manutenção de um profissional farmacêutico nos estabelecimentos farmacêuticos durante todo período de realização das atividades do dito estabelecimento, discutida anteriormente, bem como a questão da preocupação do Conselho de Enfermagem em diferenciar o saber científico da Enfermagem das outras profissões e a postura de subordinação ao médico, que ainda pode ser constada em alguns momentos, na Enfermagem; e, por último, o prestígio, a autoridade e a preeminência desfrutados pelo Conselho de Medicina, da mesma forma que seu distanciamento da sociedade, demonstrando um comportamento de inacessível, de superioridade em relação aos outros dois Conselhos pesquisados.

Conforme as exposições feitas anteriormente, concluiu-se o que foi efetivamente confirmado pela pesquisa: os três Conselhos pesquisados possuem uma dimensão corporativista, buscam reservar e ampliar os espaços profissionais, garantir a inclusão da profissão nas equipes do SUS e através de diversas estratégias, como a realização de campanhas e palestras, estão continuamente firmando a posição da profissão na sociedade e legitimando o conhecimento específico da profissão. Essa questão responde a segunda hipótese formulada por esta pesquisa, em que se acreditava que os Conselhos Profissionais reagiriam frente aos constrangimentos e às expectativas relacionadas à profissão, como: perda de poder e hegemonia, buscando conquistar, articular e intermediar interesses e garantir o espaço profissional, fortalecendo-se corporativamente através da sua legitimação na sociedade. A terceira hipótese da pesquisa referia-se à dimensão política dos Conselhos, sugerindo que seus interesses não se encontram restritos à regulação e à fiscalização das profissões que tutelam, e no seguimento das normas ditadas pelo Ministério da saúde, mas que também, almejavam favorecer seus interesses através da participação nas políticas públicas. Essa hipótese também foi confirmada pela pesquisa, conforme foi verificado. Os Conselhos estão presentes junto às atividades do Governo Federal, Estadual e Municipal, participando de conselhos técnicos, das Conferências Nacionais de Saúde, dos Conselhos de Saúde e outras atividades de assessoramento, de forma a obter a participação da profissão nas equipes de saúde, nas campanhas e nos programas do Governo, assim como conseguir que sejam aprovadas leis que favoreçam as profissões as quais representam.

A influência da mudança paradigmática da Saúde, após o advento da Constituição de 1988, na remodelação dos Conselhos, corresponde à confirmação da quarta hipótese da pesquisa. Essa hipótese atribuía à redemocratização, à Nova Constituição e ao pleno exercício da cidadania como causa da reconfiguração do campo da saúde e da remodelação dos fazeres dos Conselhos Profissionais de Farmácia, Enfermagem e Medicina. Essa hipótese foi efetivamente comprovada: todos os profissionais entrevistados fizeram a mesma constatação de que houve mudanças nas profissões e na área da Saúde a partir da segunda década de 80 e que esta reconfiguração dos Conselhos foi devida ao fato da necessidade de haver um acomodamento dos papéis e fazeres dos Conselhos, de forma a contemplar as mudanças e as expectativas corolários destes eventos.

A sociedade, de plena posse dos seus direitos de cidadania, passou a participar ativamente nos rumos da Saúde. Os cidadãos junto com as entidades que os representam estão mais conscientes, mais informados, mais atuantes, não estão passivamente à mercê de decisões impostas pelo Estado, ou pelo mercado, mas amadureceram como cidadãos, no sentido de participar, acompanhar e interferir nas decisões governamentais. Acompanham as notícias da Saúde pela mídia, opinam, exercem pressão, através do voto e da opinião pública e através do controle social, fiscalizam o Governo na execução das políticas aplicadas nessa área.

Percebe-se que os três Conselhos pesquisados possuem traços corporativistas, fechados quanto às outras profissões e a sociedade de uma forma geral. Observou-se que essa postura está muito ligada às características tradicionais das instituições brasileiras.

São esses paradoxos que ainda podem ser encontrados aqui. A democracia apregoada, os preceitos igualitários do SUS, brandidos como bandeiras — sendo este um órgão que é diretamente subordinado ao Ministério da Saúde e ao Presidente do País —, porém possuidores de instituições obsoletas, conservadoras, enrijecidas e distantes da sociedade. Conforme foi constatado, os Conselhos Profissionais pesquisados, não são democráticos, não se aproximam suficientemente dos seus profissionais, são poucos (ou não existem) encontros de integração entre os membros do Conselho e os seus profissionais, são pouco flexíveis em suas posturas e possuem resistência ao trabalho conjunto com as outras profissões da saúde. Encontram-se, de certa forma, cristalizados em um autoritarismo da qual a sociedade lutou tão intensamente para se desvencilhar.

O indeferimento do Conselho Regional de Medicina, bem como, a negativa parcial do Conselho Regional de Enfermagem (comunicação apenas verbal, para constar, mas não gerar prova) foram tratados como dados e submetidos à análise, uma vez que as práticas dos atores sociais são discursos e que igualmente comunicam. Os referidos documentos encontram-se disponíveis nos Apêndices A (Solicitação de Pesquisa) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Feitas essas ressalvas, pode-se concluir que com relação às diferentes posturas adotadas pelos Conselhos, as constatações obtidas pela pesquisa realizada, tanto pelo exame das informações através de uma análise de conteúdo, quanto pela comparação das semelhanças e das diferenças contidas nas “práticas

discursivas” dos Conselhos Profissionais de Farmácia, Enfermagem e Medicina e através dos depoimentos realizados pelos seus profissionais, a pesquisa possibilitou a verificação e a confirmação das hipóteses da dissertação, colaborando para o conhecimento de como esses Conselhos Profissionais interagem com os diversos atores sociais, inseridos em um determinado momento e espaço social. São essas as constatações possibilitadas pela pesquisa, embora se tenha ciência da influência na pesquisadora das suas próprias subjetividades e que a atenção é dirigida apenas para certos aspectos do problema, os que pareceram de maior relevância para a pesquisadora em função de suas pressuposições.

Para concluir, constatou-se que a expectativa quanto ao Conselho Profissional, dos profissionais de saúde e de suas organizações de forma geral, é que sejam capazes de acompanhar as mudanças ocorridas na sociedade após a redemocratização e os avanços do exercício da cidadania. Adaptar-se aos novos tempos, no exercício profissional e na Saúde, mudando paradigmas.

A fiscalização do exercício profissional — atribuição dos Conselhos — não pode ser um fator de desestímulo ao profissional, mas antes um motivador. Os Conselhos Profissionais de Saúde têm uma importante missão qual seja: estabelecer uma política que leve em conta a complexidade da sociedade moderna, voltada para a orientação e prevenção da Saúde, em que possa prosperar um Conselho identificado com o seu profissional, abrindo-se as mudanças da sociedade moderna e capaz de interagir com os diversos saberes pluridisciplinares.

Foi identificado que os Conselhos Profissionais analisados apresentam ainda “traços” da ditadura, colados a eles, que permanecem em uma atitude conservadora, distante e autoritária. O mundo mudou. As mudanças, hoje, acontecem rapidamente, já não há espaço para arrogâncias, ideologias e posturas cristalizadas. Afirma-se que os desafios a serem transpostos pelos Conselhos Profissionais, de acordo com as expectativas dos seus profissionais e da sociedade, pertencem à ordem de questões que se acham vinculadas a aspectos que digam respeito a uma maior aproximação do Conselho junto aos seus profissionais e à população, deixando-se conhecer, trabalhando em parceria com seus profissionais e com as outras profissões, não como extremos oponentes de um mesmo caminho, mas flexibilizando-se, acompanhando agilmente as transformações, adaptando-se a elas, conhecendo a profissão em todos seus aspectos, não atendo-se apenas ao conhecimento técnico, porém vislumbrando a profissão em um contexto

transdisciplinar, de vários saberes possíveis e complementares, democratizando e rejuvenescendo a Saúde, também através das ações dos seus Conselhos.

O que se pode considerar atualmente, segundo o que foi constatado pela pesquisa e que é comum aos Conselhos Profissionais investigados, é que eles buscam, em última análise, estabelecer e guardar fronteiras, delimitando a profissão e buscando, se possível, ampliar seu poder e campo de atuação. Isto porque o campo da saúde tornou-se extremamente competitivo nas últimas duas décadas, outras profissões de saúde de nível superior têm sido criadas e disputam a legitimação do seu saber. Elas possuem dificuldades para sua regulamentação, que estão relacionadas aos direitos, às atribuições, deveres e limitações dos seus profissionais nos respectivos espaços de atuação, bem como há existência de conflitos com as outras profissões da Saúde, especialmente com a profissão médica.

REFERÊNCIAS

- ALTHOFF, Geraldo. **Projeto de Lei nº 25/2002**. Disponível em: < <http://www.chapauniaoerenovação.hpg.ig.com.br/2502.html>>. Acessado em 15 de set. 2005.
- ANDERSON, Perry. **Considerações sobre o marxismo ocidental**. Porto: ed Afrontamento, 1976. 156p.
- ARRETCHE, Marta. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 14 nº 40, jun.1999.
- BARROS, José. **Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?** Brasília: UNESCO, 2004. 270p.
- BOBBIO, Norberto. **O Futuro da democracia**. Santa Ifigênia, SP: Ed. Paz e Terra, 2002. 207p.
- BONAVIDES, Paulo. **Ciência política**. São Paulo: Malheiros Editores, 2002. 498p.
- BONELLI, Maria da Glória. **Os médicos e a construção do profissionalismo no Brasil**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acessado em 11de nov. 2005.
- BOURDIEU, Pierre. **O Poder simbólico**. Lisboa/Rio de Janeiro: DIFEL/Bertrand Brasil, 1989.311p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n.3 de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em enfermagem**. Brasília: Ministério da Educação, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>> Acessado em 07de nov. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. In: **Conferência nacional de saúde, 8ª**; 1986, Brasília, DF. Anais...Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- _____. In: **Conferência nacional de saúde, 11ª**; 2000, Brasília, DF. Anais...Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2001.
- _____: **Conferência nacional de saúde12ª**; 2004, Brasília, DF. Anais...Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2005.
- _____. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/> acessado em 29 outubro 2005.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88>> Acessado em 20 de jul. 2005.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Editora Cultrix, 1999. 447p.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede: a era da informação: economia, sociedade e cultura**; v.1. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1999.

CASTRO, Antonio. **Trabalho, Tecnologia e Globalização: a necessidade de uma reforma sindical**. São Paulo: LTR, 2006.

COHEN, Percy. **Teoria Social Moderna**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1970.

COHN, Amélia; WESTPHAL Márcia; ELIAS, Paulo. Informação e decisão política em saúde **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v 39 n1, Fev.de 2005

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA. Moção de Repúdio. **Revista Galênicas**. Porto Alegre, CRF n 17, p. 7dez-jan., 2004.

_____. Disponível em: <<http://www.crfma.org.br/>> acessado em 14 de jan. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Sim ao Ato Médico** disponível em: <http://www.atomedico.org.br/index2.asp?opcao=pls> acessado em 28 de out. 2005.

CORTES, Soraya. Técnicas de coleta e análise qualitativa de dados. In: NEVES, Clarissa; CORRÊA, Maíra B(org). **Pesquisa Social Empírica: métodos e técnicas**. Porto Alegre: UFRGS, 1998. 200p.

DINIZ, Eli. A transição política no Brasil: uma reavaliação da dinâmica da abertura. **Dados**, v.28, n°3, 1985.

FALLETI, Tulia. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. In: CORTES, Soraya V. (org). **Sociologias: sociedade e políticas públicas**. Porto Alegre: UFRGS, 2006. 378p

FLORENTINO, Fátima. **Enfermagem e medicina: relações de saber e de poder**. Passo Fundo: UPF, 2006. 127p.

FORGET, Danielle. **Conquistas e resistências do poder (1964-1984): a emergência de um discurso democrático no Brasil**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994. 216p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

_____. **A arqueologia do saber**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

FREIDSON, Eliot. **La profesión médica**. Barcelona: Editora Península, 1978. 375p.

FRIEDBERG, Erhard. **O poder e a regra: dinâmicas da ação organizada**. Lisboa: Instituto Piaget, 1993. 412 p.

GIDDENS, Anthony. **A Constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989

_____. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991. 177p

_____. **Sociologia**. Porto alegre: Artmed, 2005. 598p.

GIDDENS, A. & PIERSON, C. **Conversas com Anthony Giddens – o sentido da modernidade**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000.

GOLDENBERG, Miriam. **A arte de pesquisar**. 7 ed. Rio de Janeiro: Record, 2003. 107p.

HOEFLER, Rogério. Quem paga pelos brindes? **Rev.Pharmacia Brasileira**. Brasília-DF, v. 42 p. 59-63 mai-jun 2004.

KIRSCHNER, Ana , MONTEIRO, Cristiano F. Da sociologia econômica à sociologia da empresa para uma sociologia da empresa brasileira. **Revista Sociedade e Estado**. v. 27 n. 1 p. 79-103 jan.-jun. 2002.

LAKATOS, Eva; MARCONI, Marina. **Metodologia Científica**. 2 ed.São Paulo: Atlas, 1991. 249p.

LOPES, José. Terceiro Setor: a organização das políticas sociais e a nova esfera pública. **Rev. São Paulo em perspectiva**. São Paulo, n18 v 3, p.57-66, 2004

MACHADO, Roberto. **Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Foucault**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988

MARTINS, Júlia; et. al. Transformações históricas na assistência de Enfermagem. **Revista Enfermagem Atual**. São Paulo: EPUB, n. 16, p.19-24, jul.-ago. 2003.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. 220p.

MENDONÇA, Daniel. A noção de antagonismo na ciência política contemporânea: uma análise a partir da perspectiva da teoria do discurso. **Rev. Sociologia Política**, n. 20, Jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acessado em: 21 de out.2006.

MENDONÇA, Daniel de. **Tancredo Neves: da distensão à Nova República**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1991. 145p.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. 128p.

NETO, Theodomiro. **Segurança Urbana: o modelo da nova prevenção**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; Fundação Getúlio Vargas, 2005.

OJEDA, Beatriz. **A tecedura das relações saber-poder em saúde: matizes de saberes e verdades**. Porto Alegre, Pucrs, 2004.

PASTORE, José. Os conselhos profissionais. **O Estado de S. Paulo**, 17 ago. 1999. Disponível em: <http://www.josepastore.com.br/artigos/.htm>. Acessado em 24 de out. 2005.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. Biblioteca Central Ir. José Otão. **Orientações para apresentação de citações em documentos segundo NBR 10520**. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/biblioteca/citacoes.htm>>. Acessado em: 02 de jul.2006.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989. 156p.

REX, John. **Problemas fundamentais da teoria sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973.

RODRIGUES, Léo. **Introdução à sociologia do conhecimento, da ciência e do conhecimento científico**. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2005.143p.

RODRIGUES, Léo. A Universidade como organização moderna: os desafios contemporâneos não são apenas epistemológicos. In: SILVEIRA, Flávio (org.). **Organizações e Sociedade: identidade, poder, saber e comunicação na contemporaneidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.115 p.

SANTOS, Boaventura. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. São Paulo: Cortez, 2000. 348p.

SANTOS, Jaldo. **Sobre o projeto de lei do Ato Médico**. Disponível em <http://www.universiabrasil.com.br/html/materia/materia_fcba.html> acessado em 15 de jan. 2006.

SANTOS, Hermílio. Perspectivas contemporâneas para a constituição de redes de políticas públicas. **Rev.Civitas**, Porto Alegre,v.5, n.1, p. 59-68, 2005

SANTOS, Manoel. **Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino**. Ribeirão Preto: Holos, 1999.

SERRES, Michel. **Filosofia mestiça**. Tradução: Maria Ignes Duque Estrada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993. 190p.

SCHNEIDER, Sérgio; SCHMITT, Cláudia. O uso do método comparativo nas ciências sociais. In: NEVES, Clarissa; CORRÊA, Maíra B(org). **Pesquisa social empírica: métodos e técnicas**. Porto Alegre: UFRGS, 1998. 200p.

SCHOSTACK, Josué. **Limites das atribuições e responsabilidades entre farmacêuticos e médicos e o processo de Atenção Farmacêutica necessário à sociedade**. Porto Alegre, Pucrs, 2002.

SILVA, Marcelo. Sociedade civil e construção democrática: do maniqueísmo à abordagem relacional. In: CORTES, Soraya (org.). **Revista Sociologias: sociedade e políticas públicas**. Porto alegre: UFRGS, n. 16, jul.-dez. 2006.

SKIDMORE, William. **Pensamento teórico em sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

SOBOTTKA, Emil. Porque se faz políticas sociais no Brasil? Notas sobre estratégias de legitimação nos últimos dois governos federais. **Rev.Civitas**, Porto alegre, v.6, n.1, p. 79-93, jan. - jun. 2006.

_____ Organizações civis: Buscando uma definição para além de ONGs e "terceiro setor". **Rev.Civitas**, Porto alegre, v.2, n.1, . p. 81-95, 2002.

_____ Movimentos sociais e cidadania no Brasil hoje. **Rev. Vértices** Porto Alegre, v.43, n.172, p. 193-203, 1998.

STEIN, Ernildo. **Epistemologia crítica da modernidade**. 3. ed. Ijuí: UNIJUI, 2001. 107p.

TAKI, Edson . Políticas públicas de saúde: uma breve reflexão. **Pharmacia Brasileira**. Brasília-DF, v. 40 p. 20-21, nov/dez 2003 – jan. 2004.

TOURAINÉ, Alain. **O que é a democracia?** Petrópolis: Vozes, 1996. 286p.

ANEXOS

ANEXO A

LEI DO ATO MÉDICO

Projeto de Lei do Senado Nº 25 de 2002

Define o ato médico e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - Ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para:

- I. a promoção primária, definida como a promoção da saúde e a prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia;
- II. a prevenção secundária, definida como a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;
- III. a prevenção terciária, definida como a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos.

Parágrafo único - As atividades de prevenção de que trata este artigo, que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem indicação terapêutica, são atos privativos do profissional médico.

Art. 2º - Compete ao Conselho Federal de Medicina, na qualidade de órgão normatizador e fiscalizador do exercício da medicina no País, nos termos do artigo anterior:

- I. fixar a extensão e natureza dos procedimentos próprios dos profissionais médicos, determinando, quando necessário, o campo privativo de atuação desses;
- II. definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos.

Art. 3º - As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos devem ser unicamente exercidos por médicos.

Art. 4º - A infração aos dispositivos desta lei configura crime de exercício ilegal da Medicina, nos termos do Código Penal Brasileiro

Art. 5º - O disposto nesta lei não se aplica ao exercício da Odontologia e da Medicina Veterinária, nem a outras profissões de saúde regulamentadas por lei, ressalvados os limites de atuação de cada uma delas.

Art. 6º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Justificação

A Medicina é uma profissão conhecida desde a Antigüidade, cujos registros remontam ao início dos tempos históricos. Até o Renascimento, existiam, unicamente, duas profissões de saúde: a Medicina e a Farmácia. Passado algum tempo, surgiu a Odontologia. No século XIX, a Enfermagem. No século XX, surgiram diversas profissões na área da saúde, tais como a Fisioterapia, a Fonoaudiologia, a Biomedicina, e outras, quase todas atuando em atividades que, no passado, eram exclusivamente médicas.

A proliferação dessas profissões vem gerando a necessidade de as instâncias responsáveis pela normatização e fiscalização do exercício da medicina recorrerem ao conceito e à extensão do ato médico, entendido como o procedimento específico do exercício dessa atividade, como forma de delimitar o campo de atuação do profissional médico.

Por este motivo, torna-se necessário estabelecer uma clara categorização legal dos procedimentos médicos, permitindo a identificação precisa dos atores participantes de tão nobre atividade profissional, no que concerne às suas responsabilidades para com o indivíduo e com a sociedade.

Nesse sentido, o escopo deste projeto tem por base a diretriz estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº 1.627/2001. Pelo inatacável mérito do projeto que ora submetemos à apreciação do Senado Federal, cujo objetivo é exatamente a caracterização legal dos procedimentos médicos, conclamamos nossos pares a aprová-lo.

Sala das Sessões, 27 de fevereiro de 2002 - Geraldo Althoff.

APÊNDICES

APÊNDICE A

**Ao Ilmo.
Presidente do Conselho Regional de Medicina
Sr.**

SOLICITAÇÃO DE PESQUISA

Venho por meio deste ofício, solicitar autorização do Senhor Presidente do CREMERS, com o intuito de realizar entrevistas com membros deste Conselho, profissionais médicos, necessárias para conclusão de meu Mestrado, conforme projeto anexo.

Juntamente a esta, deixo a carta de declaração da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul na qual obtive a qualificação do referido projeto.

Agradeço a atenção, e coloco-me a inteira disposição para maiores esclarecimentos.

Porto Alegre, 29 novembro 2006.

Ceres Pizzato Favieiro
mestranda

Fones: 33432192

99596363

E-mail: cerespfaviero@terra.com.br

APÊNDICE B:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Como aluna do curso de pós-graduação do Mestrado em Ciências Sociais Organização e Sociedade, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas - da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, estou realizando a pesquisa: *CONSELHOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SUAS TRANSFORMAÇÕES, A PARTIR DA NOVA CONSTITUIÇÃO, QUE REMODELOU O ESTADO E A SOCIEDADE CIVIL: UM ESTUDO COMPARADO ENTRE OS CONSELHOS DE FARMÁCIA, DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA.*

Informamos que os dados coletados serão utilizados para a elaboração do Relatório Técnico para a conclusão do Curso de Mestrado e, posteriormente, para publicações científicas.

Temos como objetivo conhecer e compreender, através de um estudo no âmbito das Ciências Sociais quais são os interesses que têm pautado as ações dos Conselhos Profissionais na área da saúde — especialmente frente às diversas modificações que vem sofrendo este campo após a promulgação da Constituição de 1988 — e suas relações com seus respectivos profissionais, com a sociedade civil e com o governo.

Quanto aos procedimentos metodológicos para coleta de dados, optamos por realizar entrevista gravada, que após a transcrição dos dados e a defesa do Relatório Técnico, será totalmente apagada no prazo de cinco anos. Os dados de identificação pessoal do entrevistado, especialmente seu nome serão

descaracterizados, de maneira a manter o modo confidencial e anônimo, respeitando os princípios éticos. Para tanto, solicitamos seu consentimento, autorizando-nos a entrevistá-lo. Colocamo-nos à disposição para esclarecimento de eventuais dúvidas através do telefone 33432192.

Salientamos que os participantes do estudo manifestarão, previamente, sua anuência à participação na pesquisa através da assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido, conforme o que se segue:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui orientado, de forma clara, detalhada e livre de qualquer constrangimento e coerção, a respeito dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos aos quais serei submetido para a realização do presente Projeto de Pesquisa. Fui igualmente informado quanto à garantia de receber respostas a qualquer pergunta e/ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa; quanto à liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à minha pessoa; quanto à segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações que dizem respeito à minha privacidade. Afirmo, também, que fui esclarecido de que receberei uma cópia da transcrição da entrevista para conferir os dados; de que haverá destruição posterior da fita utilizada para registrar a minha entrevista e, também, de que os dados recolhidos servirão apenas para estudo e divulgação com fins científicos. Declaro, ainda, que assinei este Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e que recebi uma cópia do documento.

Eu _____, abaixo assinado, autorizo a utilização dos dados para elaboração e a divulgação do estudo proposto.

Porto Alegre, ___/___/___

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome da pesquisadora: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Dados de identificação:

Profissional: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Faixa Etária: 25-35 () 36-45 () 45-55 () 56 em diante ()

Profissão: _____

Tempo de Profissão: _____

Local de trabalho: Instituição de Órgão de Classe () Farmacêutico ()

Enfermagem () Medicina () Outro

Cargo: _____

Tempo de atuação na área _____

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Público alvo A (profissionais do grupo político)

Público alvo B (profissionais do grupo técnico)

Grupo A – Elementos Gerais

1. No seu ponto de vista como se encontra a profissão de Farmacêutico (ou Enfermeiro, Ou Médico), especificamente no Estado do Rio Grande do Sul? (Em face das mudanças produzidas na saúde provocadas pelas novas leis da Constituição Brasileira de 1988 e a prática da cidadania).

Grupo B – Poder dos Conselhos

2. Dê sua opinião sobre como são feitas, na prática, as ações de fiscalização do Conselho de Farmácia (Enfermagem, Medicina) previstas em lei?

3. Existe algum tipo de avaliação quanto ao desempenho dos Conselhos que seja direcionada aos seus respectivos profissionais? A população **conhece de uma** forma geral as atividades realizadas pelos Conselhos?

4. Você tem conhecimento como seu Conselho Profissional lida com o governo, eles possuem uma via de comunicação? Como fazem quando precisam alguma coisa, algum esclarecimento sobre as leis, quando tem alguma dificuldade ou mesmo para fornecer alguma sugestão?

Grupo C – SUS e Equipe Multidisciplinar

5. Existe algum Projeto em comum com seus profissionais, entre o Conselho e seus profissionais e/ou com profissionais de outra área, fora aqueles pertinentes às obrigações legais? Como, por exemplo: ações de saúde para a comunidade, campanhas de vacinação?

6. Qual sua opinião sobre a equipe multidisciplinar, da qual também fala o SUS?