

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

RUY DONALD DE ARRUDA CÂMARA GUENZBURGER

**COMPATIBILIZANDO PRINCÍPIOS ÉTICOS E ADMINISTRATIVOS NA RELAÇÃO
MÉDICO-PACIENTE: POSSIBILIDADE OU ILUSÃO?**

**Rio de Janeiro
2008**

RUY DONALD DE ARRUDA CÂMARA GUENZBURGER

**COMPATIBILIZANDO PRINCÍPIOS ÉTICOS E ADMINISTRATIVOS NA RELAÇÃO
MÉDICO-PACIENTE: POSSIBILIDADE OU ILUSÃO?**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de
Sá como requisito parcial para a obtenção do grau
de Mestre em Administração e Desenvolvimento
Empresarial.
Orientador: Prof. Dr. Jorge Augusto de Sá Brito e
Freitas

Rio de Janeiro
2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G927

Guenzburger, Ruy Donald de Arruda Câmara

Compatibilização de princípios éticos e administrativos na relação médico-paciente: possibilidade ou ilusão? / Ruy Donald de Arruda Câmara Guenzburger.- Rio de Janeiro, 2008.

117 f.

Dissertação (Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial) – Universidade Estácio de Sá, 2008.

1. Ética médica. 2. Processo decisório. 3. Análise do discurso.
I. Título.



UNIVERSIDADE
Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ADMINISTRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EMPRESARIAL

A dissertação

***COMPATIBILIZANDO PRINCÍPIOS ÉTICOS E ADMINISTRATIVOS
NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: POSSIBILIDADE OU ILUSÃO?***

elaborada por


RUY DONALD DE ARRUDA CÂMARA GUENZBURGER


e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Administração e Desenvolvimento Empresarial como requisito parcial à obtenção do título de

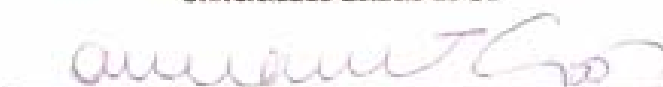
MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EMPRESARIAL

Rio de Janeiro, 17 de junho de 2008.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Jorge Augusto de Sá Brito e Freitas
Presidente
Universidade Estácio de Sá


Prof. Dr. Isabel de Sá Affonso da Costa
Universidade Estácio de Sá


Prof. Dr. Anna Maria de Souza Monteiro Campos
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

DEDICATÓRIA

À minha querida Helô que me estimulou,
fortaleceu,
inspirou,
comprometeu,
empurrou,
envolveu,
ajudou,
sofreu,
comemorou.
Sem você, nada disso teria acontecido, com certeza!

AGRADECIMENTOS

A Jorge Freitas, pela iluminação do caminho.

À Isabel, pela crítica precisa e dedicada.

À Maria Elisabeth, pela contribuição inteligente e amizade de sempre.

Ao meu amigo Edmarson, pelo estímulo nesta empreitada.

A Roberto e Carla, Gustavo e Clara, por existirem e serem como são.

Aos colegas do MADE, companheiros de jornada.

Aos professores, que se esforçaram por transmitir o que tinham de melhor.

A Margarida e Ana, pela alegria, fineza e deferência de tratamento

A verdade é fugidia....
Quando a gente pensa que sim, é não!
Quando a gente pensa que não, é sim!

Ditado comum na Bahia

RESUMO

O autor apresenta os resultados, a metodologia, os aspectos teóricos e o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa, utilizando a estratégia de estudo de caso múltiplo, para investigar e descrever as percepções de oito médicos a respeito de um paradoxo administrativo e de seu impacto nos processos decisórios na área da saúde. Esse paradoxo se expressou por meio da seguinte questão de pesquisa: como os médicos percebem a influência muitas vezes contraditória dos princípios econômicos e éticos presentes no negócio da saúde na sua prática profissional? Os tópicos utilizados para analisar e articular as evidências identificadas foram: a ética, o sistema brasileiro de saúde e o processo decisório. As evidências foram buscadas com a utilização de uma das técnicas de interpretação de discursos, e estes obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, gravadas e transcritas. Inicialmente, foram selecionados padrões expressivos nos discursos, identificados temas e subtemas explícitos nesses padrões, bem como seus significados plausíveis. Os significados foram codificados, e o livro código resultante foi utilizado para construir uma interpretação de cada discurso como um estudo de caso único, tendo como foco a questão de pesquisa. Esse movimento indutivo permitiu encontrar evidências sobre a percepção de cada médico. Num segundo movimento, os códigos foram consolidados para incluir os significados expressos por todos os participantes. Com base na síntese desses códigos foi construída uma interpretação dos significados mais recorrentes do grupo de médicos, destacando-se que a maioria do grupo: (a) atribui maior importância a seu código de ética pessoal do que ao código de ética médica para orientar seu processo decisório cotidiano; (b) considera os contratos com planos e seguros de saúde peças burocráticas; (c) não considera relevante o problema da questão de pesquisa; (d) entende que os intensos e variados conflitos no setor de saúde têm origem em imperfeições estruturais de sistemas e não em contradições entre princípios éticos e princípios econômicos; (e) acredita que a responsabilidade e o saber são características inalienáveis da prática médica. As relações que os médicos percebem com as partes componentes do sistema brasileiro de saúde revelam uma situação de desequilíbrio na regulação dos interesses presentes.

Palavras-Chave: ética, processo decisório, análise de texto.

ABSTRACT

The author presents the results, methodology, theoretical aspects and development of a qualitative research that used the multiple case-study strategy to investigate and describe the perceptions of eight medical doctors regarding an administrative paradox and its impacts on the decision processes in the health care industry. This paradox was substantiated in the following research issue: how do Medical Doctors perceive the influence of conflicting economic and ethical principles, present in the healthcare business within their professional practice? The following topics were discussed in the analysis and articulation of the evidences: ethics, the Brazilian healthcare system and decision process. The evidences were searched using a discourse interpretation technique, and the discourses were obtained through semi-structured interviews, recorded and then transcribed. Initially, patterns were selected in the discourses, explicit themes and sub-themes were identified, as well as their plausible significances. The significances were coded and the resulting code book was used to build an interpretation of each discourse as a unique case-study, focusing the research issue. This inductive move allowed the author to find evidences on the perception of each medical doctor. In a second stage, the codes were consolidated to include the significance expressed by all participants. An interpretation of the most common significances was built, based on the synthesis of these codes, with the following conclusions regarding the opinion/perception of the majority of the group: (a) greater importance was given to their own personal ethical code than to the medical ethics to guide their day-to-day decision process; (b) the contracts with healthcare plans and insurance plans were viewed as just bureaucracy; (c) the research issue was viewed as irrelevant; (d) the intense and complex conflicts in the healthcare industry are caused by the structural imperfections in its systems and not due to the contradiction between ethical principles and economic principles; (e) medical practice is totally related to responsibility and knowledge. The perceived relations with the agents of the Brazilian healthcare system reveal an unbalance in the regulation of the interests within the industry.

Keywords: ethics, decision, text analysis

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 APRESENTAÇÃO.....	11
1.2 O PROBLEMA DE PESQUISA.....	18
1.3 OBJETIVOS.....	18
1.3.1 OBJETIVO PRINCIPAL.....	18
1.3.2 OBJETIVOS INTERMEDIÁRIOS.....	18
1.4 SUPOSIÇÕES INICIAIS.....	19
1.5 DELIMITAÇÃO.....	19
1.6 RELEVÂNCIA.....	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
2.1 ÉTICA.....	24
2.1.1 ÉTICA E ÉTICA EMPRESARIAL.....	24
2.1.2 A ÉTICA MÉDICA.....	29
2.2 SISTEMA BRASILEIRO DE SAÚDE.....	30
2.2.1 EVOLUÇÃO RECENTE.....	30
2.2.2 BREVE HISTÓRICO DO PROFISSIONAL MÉDICO NO BRASIL.....	37
2.2.2.1. O mercado de Trabalho.....	37
2.2.2.2. O impacto da tecnologia.....	43
2.3 O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO.....	46
2.3.1 ASPECTOS GERAIS.....	46
2.3.2 A DECISÃO NA PRÁTICA MÉDICA.....	51
3. METODOLOGIA.....	55
3.1 ESCOLHA DA ABORDAGEM.....	55
3.2 ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO: O ESTUDO DE CASO MÚLTIPLO.....	56
3.3 TIPO DE PESQUISA.....	58
3.4 A ESCOLHA DA SITUAÇÃO E DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.....	59
3.5 COLETA DAS EVIDÊNCIAS.....	62
3.6 TRATAMENTO DAS EVIDÊNCIAS.....	64
3.6.1 ROTEIRO DO PROCESSO INTERPRETATIVO.....	68
3.6.2 EXEMPLO DE PROCESSO INTERPRETATIVO.....	68
3.7 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS.....	69
3.7.1 RELATIVAS À VERTENTE ESCOLHIDA.....	69
3.7.2 RELATIVAS À METODOLOGIA UTILIZADA NO DECORRER DA PESQUISA.....	71
4. ANÁLISE DE RESULTADOS.....	73
4.1 QUALIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS.....	73

4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	73
<u>5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....</u>	104
5.1 CONCLUSÕES	104
5.2 RECOMENDAÇÕES	108
<u>REFERÊNCIAS.....</u>	111
<u>APÊNDICE.....</u>	116

1. INTRODUÇÃO.

1.1 APRESENTAÇÃO

As questões éticas têm se tornado assunto importante no mundo das organizações empresariais. A urgência para investigação dos problemas referentes à ética dos negócios e das empresas colocou-se com ênfase, no mundo capitalista, a partir dos escândalos financeiros corporativos que se abateram sobre organizações transnacionais na década de 90 (JOHNSON, 2004; SROUR, 2000). O sistema capitalista mundial deu-se conta de que a ética pode ter papel decisivo na fatia de participação da empresa no mercado, na distribuição de lucros aos acionistas e na questão da sustentabilidade corporativa. Essa percepção fez com que questões e problemas de fundamento ético se tornassem objeto de atenção e pesquisa em várias disciplinas que dão sustentação às boas práticas de administração empresarial.

Na ausência de uma estrutura teórica ampla, capaz de dar respostas à totalidade dos problemas e dilemas éticos do mundo globalizado, os pesquisadores e gestores organizacionais passam a circunscrever suas respectivas áreas de interesse, buscando terrenos e fronteiras relativamente estáveis.

Assim, as pesquisas e análises sobre questões éticas e suas conseqüências para as organizações e seus negócios parecem estar sendo desenvolvidas de forma segmentada. Esses estudos focalizam desde sistemas políticos e econômicos globais até relações entre empregados e empregador em micro e pequenas empresas. Não obstante essa fragmentação investigativa, a ética e a moral voltaram a ocupar lugar de destaque entre as preocupações das sociedades do século XXI, na medida em que a globalização vem aprofundando suas raízes econômicas e sócio-culturais.

Assim, indagar se “O capitalismo é moral?” fez do ensaio de Comte-Sponville (2005) um sucesso editorial mundial. No Brasil, o tema da ética está presente em livros textos de cursos de MBA e apostilas para capacitação de pequenos empreendedores e freqüenta mesas redondas em programas na TV e entrevistas com filósofos, psicólogos, sociólogos e psicanalistas.

Apesar desse interesse midiático, as pesquisas acadêmicas no Brasil sobre a relação empresa-ética não estão quantitativamente bem representadas nas principais publicações técnicas de administração empresarial; encontram-se, ainda, poucos trabalhos acadêmicos abordando ou mesmo tangenciando o tema. Apenas como exemplo elucidativo, em outra área, um levantamento efetuado sobre os títulos de 862 dissertações de mestrado e teses de doutoramento na área de Saúde e Trabalho, publicadas em todo o Brasil, no período de 1950 até 2002, demonstra que nenhum título sugere o estudo de questões de natureza ética (MENDES, 2003).

Entretanto, em breve pesquisa bibliográfica realizada em periódicos especializados nos Estados Unidos foi possível identificar, desde a década de 90, um interesse crescente pelo tema. Interesse que se manifesta em diversos centros de pesquisas, onde são produzidos conhecimentos de administração, negócios, ética médica, saúde, psicologia, acreditação hospitalar, medicina, bioética, finanças, política e outras áreas de conhecimento e negócios. Essa fartura de publicações representa um sinal da importância desse tema, considerada a visão notadamente pragmática e instrumentalista da pesquisa norte-americana.

Por outro lado, a noção de qualidade de produtos, de serviços e de idéias é também um tema de interesse para todas as organizações da chamada sociedade de consumo. Consumidores e usuários tornaram-se extremamente exigentes em relação à

qualidade dos bens e serviços pelos quais se interessam. A partir de meados do século XX, as organizações empresariais começaram a desenvolver e implantar estratégias competitivas fundamentadas na noção de qualidade. Após evoluir para o nível de conhecimento sistemático, com fundamentação teórica, a questão da qualidade passou a balizar aspectos estruturais das organizações bem como alguns de seus processos decisórios, gerando, equacionando e resolvendo conflitos variados de interesses internos e externos às organizações. Enquanto os interesses conflitantes, gerados pelo compromisso com a qualidade, envolveram apenas aspectos técnicos e econômicos relacionados ao negócio das organizações, foi relativamente simples eleger alternativas e fazer escolhas. Entretanto, na medida em que princípios de ajuizamento ético passaram a freqüentar a pauta dos processos decisórios em grandes corporações, essas escolhas deixaram de ser triviais. A razão é simples: a) a natureza das decisões técnico-econômicas incorpora, principalmente, aspectos objetivos mensuráveis, relacionados à possibilidade de otimização e maximização de funções explicitáveis; b) a natureza das decisões éticas e das ações morais correlatas envolve, principalmente, aspectos qualitativos e subjetivos, ou seja, intangíveis, mais difíceis de serem avaliados em uma comparação técnico-econômica.

Junte-se a isso o fato de que, em alguns setores, como nos de serviços de saúde, a oferta apresenta peculiaridades. Na área de saúde, o cuidado médico é um serviço singular e diferenciado. Singular porque, durante a prestação do serviço, existe uma flagrante assimetria relacional entre o paciente e o médico (WINKLER, 2005), decorrente da diferença de conhecimentos entre os dois e do fato do paciente depender inteiramente do médico para decidir o que fazer sobre sua saúde. Por isso, faz-se necessário um instrumento de mediação médico - paciente, capaz de reequilibrar as

relações de equidade entre o prestador e o receptor do serviço. Esse instrumento é o código de ética médica.

O serviço é diferenciado caso a caso, porque, apesar de cada paciente apresentar importantes características de semelhança fisiológica e psicológica, também possui importantes diferenças individuais. Essas diferenças precisam ser identificadas e consideradas durante a anamnese e o diagnóstico, para realização de um cuidado médico de qualidade. Devido a essas razões peculiares, o serviço de prestação de cuidado médico, na ponta do atendimento, apresenta resistência aos esforços de padronização. Tal resistência cria espaços de desgaste e conflito com áreas administrativas que busquem reduzir custos, ou otimizar eficiência, através da padronização de processos.

Os sistemas de saúde privados ou públicos precisam ser administrados como qualquer outro conjunto de recursos empresariais. Portanto, necessitam, além da qualidade percebida em seus serviços, gerar lucros, no caso de empresa privada e benefícios palpáveis para a sociedade, no caso de sistema público. A palpabilidade desses benefícios fortalece o significado social e econômico das instituições; ela é a garantia de sua sobrevivência e desenvolvimento no futuro.

Nesse quadro, é possível identificar duas vertentes de interesse pela busca de qualidade, tanto para a prestação de serviços de saúde como para a prática do cuidado médico:

- a) a primeira vertente é a do interesse pela qualidade do serviço, tendo em vista a perspectiva do sucesso econômico do negócio. Essa vertente surgiu e se desenvolveu a partir da consciência de que a prestação de serviços de saúde, numa visão globalizada, envolve investimentos muito vultosos, conforme se

depreende do relatório do Sistema de Informação Estatística da OMS - Organização Mundial de Saúde (2007). O sistema global de atendimento à saúde abrange um conjunto de empreendimentos envolvendo subsistemas empresariais de alta complexidade. Os interesses econômicos se espalham por redes hospitalares, indústria farmacêutica, indústria de instrumentos científicos de diagnóstico e intervenção, centros de pesquisas teóricas e experimentais, redes públicas e privadas de ensino, seguros de saúde, assim como produtos e serviços de hotelaria, para citar apenas setores com relações mais explícitas de interesse recíproco.

Esse complexo econômico industrial propõe-se a fornecer como mercadorias (*commodities*), intangíveis, de difícil conceituação, porém de fácil percepção e aceitação. Ele disponibiliza, para o mercado, o bem estar físico e psicológico, a possibilidade de sobrevivência física, o sonho da estética pessoal perfeita e o prazer da ausência de dor. Portanto, promete entregar a seus clientes o bem de maior valor percebido pela humanidade: a felicidade tal como conceituada por Aristóteles ([Séc VI a.C.] 1950), agora percebida como um ato consumatório realizado no prazer imediato. Esse valor fica ainda mais explícito para a parte de nossa sociedade de maior poder aquisitivo.

Com essa perspectiva mercadológica e aquela dimensão econômica, compreende-se porque a área da saúde e as indústrias nela instaladas são reguladas pelos princípios e regras competitivas do moderno sistema capitalista globalizado.

- b) a segunda vertente de interesse pela qualidade do serviço se determina através do conteúdo humanitário, presente nos serviços de saúde e na prestação do

cuidado médico. Ressalte-se que os serviços de saúde e o cuidado médico são atividades sociais que representam um esforço terapêutico consciente do médico, no sentido de regenerar relações biofísico-psicológicas do paciente, eventualmente ameaçadas de dissolução. Essas relações são aquelas que dão sustentação ao fenômeno da vida nos seres humanos. Quando ficam obsoletas ou descoordenadas, ameaçam a existência da nossa vida. Precisam ser recompostas (MORIN, 1997). Sua obsolescência é sentida como mal-estar e ausência de saúde ou doença, duas ameaças temidas pela humanidade. Daí se depreende também a importância da qualidade desses processos para os seres humanos.

Cada uma dessas vertentes de interesse pela qualidade busca seus fundamentos recíprocos em princípios e imperativos de natureza diferente; uma aponta para a eficiência administrativa dos recursos empresariais e para a eficácia financeira dos investimentos nos negócios que se realizam por meio da prestação de serviços de saúde. A outra, aponta para a eficácia terapêutica do atendimento médico.

Em algumas instâncias de planejamento, decisão e operação, esses princípios orientadores da busca da qualidade são conflituosos. Isto porque, a motivação econômica pode ser antagônica à ação promovida pela compassividade (WINKLER, 2005). Existe um antagonismo de valores entre processos orientados pela necessidade de garantir os lucros do negócio e um outros fundados em premissas humanitárias de relacionamento. Parece, então, razoável considerar duas alternativas para compreender como acontece o processo decisório do médico no contexto de sua atividade profissional. Estas alternativas são exclusivas e se colocam quando a qualidade de sua ação estiver influenciada simultaneamente por:

- Exigência de sobrevivência e desenvolvimento do negócio 'serviço de saúde', em ambiente competitivo e
- Compromisso ético inerente ao próprio modo compassivo de ser do cuidado médico (EMANUEL e EMANUEL,1996).

No Brasil, como provavelmente no resto do mundo, os dilemas éticos se apresentam na operação diária das organizações de saúde. Eles não envolvem apenas os clientes do cuidado médico, porém todos os interessados (*stakeholders*) nas organizações (JOHNSON, 2004). Tais dilemas precisam ser mapeados, analisados e articulados de sorte a permitir uma visão mais clara dos compromissos possíveis entre as exigências econômicas da relação médico-paciente e o imperativo humanitário do cuidado com a saúde de cada ser humano.

A relação antagônica de princípios éticos e econômicos, eventualmente presente na prática do cuidado médico e na operação do negócio da saúde, pode ter implicações nos modelos administrativos de planejamento e decisão, na estrutura organizacional, na tipologia dos conflitos que emergem das práticas operacionais de prestação desse serviço e, principalmente, nas estratégias de sobrevivência e desenvolvimento, isto é, na sustentabilidade das organizações ligadas a essa indústria.

Trata-se, portanto, de uma questão de grande abrangência e profundos impactos, tanto sobre os agentes econômicos interessados, como para os profissionais diretamente envolvidos, organizações e clientes (pacientes).

Outro aspecto a ser registrado como característico da indústria da saúde é que o ato consumatório culminante em todo o processo ocorre envolvendo dois personagens fundamentais: de um lado, o médico; e de outro, o paciente. Essa díade formada por médico e paciente constitui o cliente final de toda a indústria do negócio da saúde.

1.2 O PROBLEMA DE PESQUISA

Essa situação de conflito entre princípios econômicos e ética médica é percebida por médicos americanos, no exercício de sua profissão, principalmente no que se refere às suas conseqüências perversas na qualidade do cuidado médico dedicado aos pacientes. Supõe-se que possa haver uma similaridade dessa situação com a dos médicos brasileiros. As poucas referências a esse clima, no caso brasileiro, sugerem uma investigação preliminar sobre como esse problema é percebido por alguns médicos. Por isso foi escolhida a seguinte questão de pesquisa:

Como os médicos percebem, na sua prática profissional, a influência de dois sistemas conflitantes de valores e crenças: os princípios econômicos do negócio da saúde e os princípios éticos do cuidado médico?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Principal

Descrever de que maneira os médicos percebem, na sua prática profissional, como a qualidade de sua ação terapêutica é influenciada por dois sistemas conflitantes de valores e crenças, quais sejam: os princípios econômicos do negócio e a ética do cuidado médico.

1.3.2 Objetivos Intermediários

- Levantar e registrar situações consideradas exemplares pelos participantes da pesquisa, nas quais tenham percebido conflito entre os princípios econômicos que

fundamentam o negócio da saúde e os princípios que orientam e a ética do cuidado médico, dificultando seus processos decisórios profissionais.

- Descrever processos decisórios, vivenciados tanto na prestação do cuidado médico como na gestão de serviços de saúde, nos quais a divergência de princípios éticos e negociais tenha se revelado importante, do ponto de vista do médico.
- Reunir evidências dessas divergências, considerando sua importância para os vários agentes econômicos envolvidos com o negócio da saúde.

1.4 SUPOSIÇÕES INICIAIS

A suposição fundadora da questão de pesquisa é a de que os médicos brasileiros têm conhecimento claro do problema que está sendo examinado, isto é, reconhecem uma determinada situação conflituosa e percebem que existe choque de interesses heterogêneos envolvendo questões de natureza ética e de natureza econômica. Supõe-se, também, que: a) a realização de entrevistas com vários médicos forneça discursos elucidativos sobre o nível de entendimento e compreensão do problema; b) a escolha intencional dos participantes, com base em quatro categorias principais de relacionamento profissional com o trabalho - autônomo, funcionário público, com vínculo empregatício e empreendedor - possa se refletir, de forma diferenciada, na percepção que os participantes da pesquisa têm do tema.

1.5 DELIMITAÇÃO

Considerando a questão de pesquisa, os objetivos, os recursos financeiros para realizar o trabalho de campo e o tempo disponível, a área de origem dos entrevistados ficou restrita ao estado do Rio de Janeiro. O grupo de participantes da pesquisa foi

composto por oito médicos e ela foi realizada entre julho e outubro de 2007. A condição para participação foi a de que estivessem atuando em qualquer dos vários tipos de instituições, voltadas para os serviços de saúde, na área pública e privada, ou clinicando como profissionais autônomos. O período de tempo, para referência das experiências vividas, foi limitado ao intervalo aproximado entre os anos de 1970 e 2007. Esse período pretendeu dar cobertura ao surgimento e desenvolvimento de várias tendências tecnocientíficas, econômicas, culturais, empresariais e políticas que tiveram significativos impactos tanto na prática do cuidado médico, como na gestão do negócio da saúde.

1.6 RELEVÂNCIA

O tema proposto para pesquisa tem importância para a academia porque foca um campo de investigação pouco explorado no Brasil. Essa afirmação se sustenta pela verificação do pequeno número de artigos, dissertações e teses publicadas, não apenas sobre a questão de pesquisa, como também em temática afim ou correlata. Por outro lado, como já mencionado, o volume de publicações norte-americanas nesse campo, desde 1990, indica que o assunto é importante tanto do ponto de vista da pesquisa em si, como para a economia das organizações e profissionais ligados aos serviços de saúde. Registre-se, também, que o interesse americano pela pesquisa da díade ética - empresa está predominantemente centrado na influência de códigos de ética corporativos e sobre o resultado econômico das corporações (LINDFELT, 2006).

A importância para os médicos participantes da pesquisa está na oportunidade de entrar em contato com as próprias percepções, ao tentar revelar suas posições sobre um tema pouco abordado envolvendo dois pontos de vistas diversos,

concomitantes e onipresentes na vida cotidiana desses profissionais. A presente investigação importa para diversas organizações envolvidas diretamente com o cuidado médico, tais como: hospitais públicos e hospitais privados, casas de saúde, clínicas e laboratórios de exames diagnósticos. Importa, também, para aquelas que atuam indiretamente com esse tipo de prestação de serviço, tais como: planos de saúde, centros de pesquisa, laboratórios farmacêuticos, associações de classe, órgãos fiscalizadores e reguladores ligados à atividade fim. Para todas essas organizações, o levantamento e a discussão do tema serão de grande valia, isso porque todas elas precisam, de alguma forma, incorporar, na sua estrutura e estratégias organizacionais, aspectos que levem em conta a visão que os médicos têm de suas relações com essas organizações. Afinal, são estas relações, muitas vezes problemáticas, que parcialmente determinam e instruem a razão de ser dessas organizações, bem como o resultado final da ação dos médicos na sua prática profissional.

Com relação às empresas em geral, o estudo dessas questões e a reflexão sobre os compromissos possíveis entre princípios antagônicos nos processos decisórios, também podem ser úteis para gestores operando em outros setores da atividade econômica que não o do cuidado médico. Existem sugestões (JOHNSON, 2004) para que empresas de qualquer indústria examinem os resultados obtidos com a criação de comitês de ética em hospitais e procurem adaptar essa providência administrativa, bem sucedida no ambiente hospitalar, às peculiaridades de seu ambiente de negócios.

2. REFERENCIAL TEÓRICO.

Teoria era o nome dado pelos reis gregos às embaixadas de sábios que interpretavam palavras enigmáticas da Pitonisa, pronunciadas durante o festival de Apolo.

Uma análise, mesmo superficial, do desenvolvimento da medicina ocidental, no século XX, revela dramáticas mudanças nas práticas, nos recursos tecnológicos de diagnóstico e de intervenção, nas teorias, nos investimentos em pesquisa e no ensino para formação profissional. A partir da segunda metade do século XX, os impactos de novas tecnologias e de descobertas científicas criaram, para médicos e pacientes, expectativas exuberantes de novos tratamentos e esperanças de cura, aparentemente ilimitadas e imediatas; expectativas e esperanças que apenas aumentaram de intensidade até esta primeira década do século XXI. Inicialmente, não havia conscientização dos elevados investimentos envolvidos nas pesquisas e no desenvolvimento tecnológico e farmacológico das áreas da medicina e da saúde.

Entretanto, o crescimento acelerado desses investimentos e seu reflexo nos preços dos serviços, equipamentos especializados e drogas causaram mudanças estruturais neste setor, cabendo ressaltar, no caso brasileiro, em particular: a) responsabilidades assumidas pelos órgãos de estado pela formulação e execução de políticas e ações de saúde pública e prevenção de doenças; b) surgimento de novas áreas de administração de negócios envolvendo saúde e cuidado médico, representadas, por exemplo, por planos de previdência privada, seguro saúde, medicina do trabalho e redes nacionais de hospitais com marcas próprias; c) mudanças nos procedimentos de diagnóstico e práticas terapêuticas, emergência de novos aspectos negociais e transformações nas relações de trabalho do médico, tanto com as

estruturas organizacionais, surgidas para dar sustentação ao negócio da saúde, como com seus pacientes; d) impactos importantes em alguns valores nucleares do profissionalismo e da cultura que, até então, disciplinavam a relação médico – paciente (BOISAUBIN, 2003).

Um dos impactos mencionados no item (d) foi avaliado em pesquisa de opinião nos Estados Unidos, que abrangeu 1.000 médicos conveniados de planos de saúde (PRAEGER, MAKUC e FELDMAN, 1998). Essa pesquisa revelou que dois terços da amostra acreditavam que o impacto da vinculação contratual com os planos de saúde tinha efeitos negativos sobre suas relações com os pacientes, principalmente em termos de ética profissional. Para a maioria dos entrevistados, os planos de saúde dificultavam a determinação ética do médico de colocar o interesse do paciente em primeiro lugar. Isso sabotava as possibilidades de estabelecimento de uma relação de confiança entre médico e paciente. Essa confiança é reconhecida como fundamento terapêutico importante nos processos de cura.

Tanto para sua fundamentação como para a justificativa de relevância, mencionadas na introdução, a questão de pesquisa recomenda a busca de referências teóricas de, pelo menos, três temas considerados importantes para o bom desempenho de processos administrativos relacionados à saúde e para a qualidade do cuidado médico. São eles:

- a) O tema 'ética' contempla um elenco de valores culturais, crenças, princípios e juízos morais que têm, historicamente, orientado o comportamento pessoal dos seres humanos em sociedade (VÁZQUEZ, 2006). Na presente pesquisa será enfocada, particularmente, a ação dos médicos em sua prática profissional, além da emergente necessidade das considerações sobre a ética empresarial.

- b) Transformações recentes do sistema brasileiro de saúde, com destaque para as grandes mudanças nas políticas de atendimento e gestão de recursos, e para o surgimento de instituições voltadas para a execução, coordenação e controle das ações de saúde; impactos nas relações contratuais entre os médicos e estas instituições.
- c) O processo da tomada de decisão, visto de uma forma geral, bem como o mesmo processo aplicado às exigências de saúde.

Torna-se importante investigar as principais formulações teóricas sobre essas noções a fim de que possam facilitar a compreensão ou o entendimento da questão de pesquisa. Aqui, o termo 'entendimento' (*erklären*) está sendo considerado como a capacidade racional de definição ou explicação das relações causais de um fenômeno complexo, de forma analítica, reconhecendo, tanto as relações necessárias entre as partes discernidas do evento, como a sua trajetória de desenvolvimento previsível no tempo (SCHWANDT, 2006). Por outro lado, o termo 'compreensão' (*verstehen*), está sendo assumido como: a capacidade de interpretação de um evento, realizando uma negociação interna de sinais ou informações relevantes percebidos em discursos contextualizados, em registros de memória conscientes e inconscientes, paradigmas lógico-rationais, seqüências de metáforas correlacionadas e emoções pessoais sentidas e percebidas. Ao final, pretende-se a conquista de um conhecimento representativo e válido, com relação ao evento sob observação e análise.

2.1 ÉTICA.

2.1.1 **Ética e ética empresarial**

Vázquez (2006) lembra que a ética examina o comportamento moral dos homens em sociedade. Dessa forma, ela estuda uma forma específica de comportamento

humano. Tal conceituação revela o objeto de estudo da ética, apontando para os costumes ou atos morais, isto é, comportamentos considerados de valor para determinada sociedade.

Os costumes variam de sociedade para sociedade em cada momento sócio-histórico. Eles se estabelecem pelo método da tentativa e erro. Se um modo de agir for considerado adequado para o bem da sociedade é forte candidato a se transformar em um “bom” hábito, sancionado por esta sociedade. Bons hábitos logo se transformam em regras de comportamento social válido. Assim nascem as regras morais, consolidadas pelo costume e fundamentadas na tradição.

Por isso Vázquez (2006, p. 37) declara:

“Se, por moral, entendemos um conjunto de normas e regras destinadas a regular as relações dos indivíduos numa comunidade social dada, o seu significado, função e validade não podem deixar de variar historicamente nas diferentes sociedades”.

Assim, a moral trata de questões práticas envolvendo a decisão de agir em certas situações problemáticas, envolvendo outros indivíduos, além do agente. O problema básico do agente é a dificuldade para escolha da melhor ação a empreender, tendo em vista a regra estabelecida ou a finalidade moral aceita ou desejada pela referida comunidade.

Srouf (2000) argumenta que, como muitos outros instrumentos de regulação social, as regras morais têm por objetivo permitir que as ações dos partícipes de um grupo contribuam para o fortalecimento da sobrevivência e da identidade desse grupo. Estes são os interesses principais dos grupos. E, quando se fala de interesses, na tradição ocidental, está se falando de desejos e vontades. A moral define um espaço decisório onde cada um pode fazer suas escolhas de ação, em conformidade com as

normas de comportamento que escolheu, de livre vontade, para orientá-lo na vida cotidiana. Nesse espaço são cotejados desejos e vontades do agente com desejos e vontades do grupo ao qual é filiado.

Assim, uma escolha, entre um leque de alternativas de ação no espaço moral, envolve sempre um posicionamento em relação a possíveis conseqüências. Não existe escolha neutra. Alguém sempre perde e alguém sempre ganha com sua decisão. A questão básica da moral reside nessa dúvida permanente: a qual princípio ou norma moral deve-se maior lealdade? Quais conseqüências estarão envolvidas na minha escolha moral e até onde vai minha responsabilidade sobre elas? (SROUR, 2000)

Existem situações históricas em que ocorrem mudanças sócio-culturais rápidas e profundas dando origem a problemas de relacionamento, até então inexistentes. Quando isso ocorre, os costumes estabelecidos, sancionados pelas regras morais, não mais conseguem proporcionar soluções adequadas. Em tais circunstâncias, faz-se necessário um determinado tipo de conhecimento para analisar, compreender e encontrar soluções racionais para os problemas. Esse tipo de conhecimento é aquele buscado pela ética (SROUR, 2000).

A ética descreve e pesquisa explicações para os fenômenos relacionados ao comportamento moral. Como produto de seus esforços, estabelece conceitos, supõe, discute e hierarquiza valores psicossociais, investiga métricas para avaliar o comportamento humano, propõe teorias e apresenta maneiras de garantir juízos válidos para os atos morais. A lógica formal é um dos instrumentos utilizados na pesquisa em ética. Com ela se pretende proteger o rigor das pesquisas e a generalidade dos resultados alcançados, construindo inferências logicamente verdadeiras.

Até esse ponto pode-se encontrar algum consenso entre os especialistas da matéria. Daqui em diante, as discussões em torno de abrangência de conceitos, validade de princípios, consistência de teorias, fronteiras epistemológicas entre o campo da moral e o da ética, refletem uma luta muito antiga. Afinal, moral e ética, assim como outros instrumentos de regulação social, podem se constituir em fontes de poder e dominação.

O escopo original da moral e da ética, no campo dos comportamentos individuais, foi ampliado para conter o problema teoricamente idêntico que se coloca para o comportamento de organizações sociais, em seus respectivos espaços de surgimento, sobrevivência e desenvolvimento.

O termo 'idêntico' é mais enconstradiço nessa seara do que o 'análogo'. Vale observar um tipo de diferença estrutural que se explicita por meio de duas questões. Uma delas tem resposta mais fácil no contexto individual do que no organizacional: a) quando um indivíduo deliberadamente pratica uma ação social que considera contrária aos padrões morais, por ele adotados de "livre" vontade, onde se localiza fisicamente a consciência do desvio cometido? b) quando uma organização se permite praticar uma ação considerada incompatível com os valores éticos que ela proclama como seus, onde se localiza a consciência do desvio cometido?

A diferença está na forma como o conceito de consciência pode ser percebido no ser humano e no ser social, enquanto unidades de análise. A consciência do indivíduo é localizada, faz parte de um eu que se autodefine e reconhece seus limites físicos com relativa nitidez; até aqui sou eu, daqui em diante, é o ambiente externo. As organizações têm consciência desigualmente distribuída por todos aqueles nela

interessados (*stakeholders*). Os limites físicos das organizações são porosos e incertos. Seu lugar de delimitação nítida é de natureza institucional.

Essa imperfeição analógica entre o ser humano e o ser social raramente é considerada, para análise de regras morais e princípios éticos reguladores do comportamento organizacional. Ora se considera a organização como o 'Leviatã de Hobbes', com consciência plena de si e de sua missão, atuando em um ambiente que o desafia permanentemente e sobre o qual busca exercer controle, ora a organização é vista como um produto cultural, com um caráter que se manifesta e se expressa através dos indivíduos que dela participam.

Existem, pelo menos, duas teorias éticas igualmente competentes para lidar com o objeto de seu interesse: a teoria deontológica ou do dever; e a teleológica ou da finalidade.

Assim, na presença de um determinado problema moral que exija uma análise ética para escolha de uma linha de ação, a utilização de qualquer uma dessas teorias provavelmente conduzirá a resultados diferentes, igualmente aceitáveis, do ponto de vista lógico. As teorias deontológica e teleológica competem há cerca de 2600 anos, desde que foram propostas e sistematizadas por Aristóteles ([Séc VI a.C.] 1950).

Pena (2004) reconhece a dificuldade que existe ainda hoje para identificar um marco teórico de ética empresarial, capaz de dar sustentação plena para justificativas de processos decisórios, e suas respectivas estratégias, no mundo globalizado das organizações.

Esse autor propõe um referencial para ética empresarial ancorado em três dimensões, que não podem ser concebidas isoladamente: a ética empresarial tem que ser ao mesmo tempo,

“...uma ética da responsabilidade, atenta às conseqüências das ações, uma ética afirmativa do princípio de humanidade, atenta a dignidade do ser humano, reconhecido como interlocutor válido e, uma ética geradora de moral convencional, atenta ao desenvolvimento dos sujeitos na apropriação de determinados bens mediante práticas compartilhadas”. (PENA, 2004, p. 238).

Essas dimensões formariam o tripé conceitual de sustentação dos códigos de ética e dos códigos de conduta das organizações.

2.1.2 A ética médica.

Alguns crêem que ‘o significado de um termo é seu uso’ (BLACKBURN, 1997). Se o aforismo for verdadeiro, existe grande variedade de significados para as expressões ‘código de ética’ e ‘código de conduta’, tal como são utilizados pelas organizações brasileiras. Em algumas organizações, essas expressões são vistas como sinônimas, em outras como manifestações normativas que se complementam. Nesses casos, o código de ética tem por objetivo estabelecer valores e princípios que devem prevalecer em um grupo, com identidade social definida. Aí, o código de ética conforma o caráter (*ethos*) da organização, fundamentando e orientando as regras morais do grupo. O código de conduta, por sua vez, contém as principais regras de comportamento e os valores que a organização entende serem os mais adequados, do ponto de vista moral (*ethos*), nas relações que estabelece com seus vários públicos.

Esse duplo entendimento, envolvendo códigos de ética e de conduta acontece em organizações empresariais, órgãos governamentais, bem como em instituições de direito público e privado.

O atual código de ética médica foi instituído pela Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988, com mais recente revisão em 2004, e declara, em seu preâmbulo:

“O presente código contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem”.

O código está estruturado em 14 capítulos, abrangendo um total de 145 artigos dos quais 27, presentes nos dois primeiros capítulos, respectivamente Princípios Fundamentais e Direitos do Médico, são de natureza facultativa, propondo valores e princípios a serem seguidos e perseguidos no exercício da medicina.

Os restantes 118 artigos são todos de natureza proibitiva, em todas as interfaces nas quais o código considera importantes as relações entre médicos e outros agentes. Todos os 118 artigos começam com a frase: “é vedado aos médicos.” A proporção entre os números de artigos facultativos e proibitivos é notável, se comparada com as de outros códigos de ética ou de conduta pesquisados.

Essa proporção certamente reflete uma percepção de risco de atuação profissional, que merece ser investigada.

2.2 SISTEMA BRASILEIRO DE SAÚDE

2.2.1 Evolução recente

A Constituição de 1988 reconheceu, como direito dos cidadãos brasileiros, o acesso à saúde, orientado pelos seguintes princípios fundamentais: a) universalidade do atendimento; b) resolutividade, i.é, capacidade oferecer solução aos problemas de saúde; c) descentralização da gestão; d) envolvimento da comunidade servida; e e) equidade, ou seja, igualdade de possibilidade de acesso às ações de saúde e serviços correlatos, em todos os níveis de complexidade. Esse conjunto de princípios pretendeu atender simultaneamente à fundamentação democrática da chamada “Constituição cidadã” e resguardar as virtudes éticas que, historicamente, orientaram a atividade de

cura da doença e preservação da saúde. Esses foram os princípios fundadores que inspiraram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Decorridos 20 anos desde sua promulgação, cabe investigar até que ponto o Sistema Brasileiro de Saúde se estruturou para atender essa norma legal e quais instituições, organizações e relações se estabeleceram nesse sistema. É importante averiguar também o que foi possível preservar desses princípios originais e de que maneira essas circunstâncias interferem no modo como os médicos percebem a complexa rede de relações profissionais mantidas por eles com os componentes do Sistema Brasileiro de Saúde, no qual o SUS representa a parte sob gestão direta do Estado.

Os dados da Pesquisa Nacional de Domicílios – PNAD, levantados em 1998 e publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE, 2000) informam que havia, então, 38,7 milhões de brasileiros associados a pelo menos um plano de saúde; ou seja, cerca de 25% da população. Esses números dão uma idéia da importância da chamada “assistência médica supletiva” dentro do processo de transformação por que passa o Sistema Brasileiro de Saúde.

Existem, na assistência médica supletiva, padrões extremamente variáveis de qualidade na prestação de serviços. Esses se caracterizam por sensível fragmentação e descontinuidade na atenção com o cuidado médico prestado à população. Tal característica operacional está presente também, e com maior profundidade, nas redes públicas diretamente ligadas ao SUS, comprometendo, simultaneamente, a eficiência e a efetividade do sistema como um todo. Há, portanto a necessidade de reconhecer, mesmo que superficialmente, os múltiplos aspectos institucionais, organizacionais e negociais que se expressam no interior do Sistema Brasileiro de Saúde. Esse

reconhecimento poderá trazer maior compreensão para as opiniões e percepções dos médicos com relação à questão de pesquisa.

São quatro os formatos básicos de organizações ligadas ao setor de medicina suplementar: a) organizações de autogestão, b) organizações de medicina em grupo, c) seguradoras de saúde, e d) cooperativas de médicos, constituídas para prestar assistência à saúde dos clientes a elas vinculados (MALTA et al., 2004).

Classificam-se como 'de autogestão', os planos de saúde pertencentes aos seus associados e que visam garantir seu acesso e de seus dependentes aos cuidados médicos necessários à recuperação e preservação da saúde. Esses planos podem ser ou não patrocinados por organizações empregadoras de mão-de-obra. Não visam lucro comercial com o negócio da saúde e representavam cerca de 4,7 milhões de beneficiários em 2000 (CIEFAS, 2000; BAHIA, 2001).

As organizações de medicina de grupo atendiam em torno de 40% dos beneficiários da assistência supletiva. Elas surgiram em 1960, a partir dos interesses econômicos e profissionais de proprietários e acionistas de hospitais que organizaram redes de prestação de serviços de saúde, credenciando hospitais, laboratórios de análise clínica e diagnóstica. Essas redes ofereciam seus serviços a empresas por meio de convênios para prestar assistência médica a seus empregados. Esses convênios-empresa foram estimulados, através de subsídios, pela Previdência Social (MÉDICI, 1992).

As seguradoras de saúde constituem um tipo de empreendimento relativamente novo no mercado do Sistema Brasileiro de Saúde. Atendiam, em 2000, a 16% do total de pessoas cobertas por planos privados de saúde. Algumas dessas seguradoras são

vinculadas a bancos e outras a instituições seguradoras tradicionais independentes do sistema bancário (CIEFAS, 2000).

As cooperativas médicas davam cobertura a 25% dos clientes de planos de saúde. Elas se estruturaram por iniciativa de grupos de médicos que se sentiam prejudicados profissionalmente na sua relação com outras organizações de saúde suplementar. Alegavam que, nestas relações, havia sempre o risco de perda de autonomia na sua prática médica e a ameaça de mercantilização do exercício da medicina.

Essa configuração simplificada do sistema se desenvolveu a partir da Constituição de 1988, até a aprovação da chamada “Lei dos Planos” (Lei nº 9.656/98). A legislação se estruturou em uma regulação bipartite: de um lado, o Ministério da Saúde, regulando a produção da assistência à saúde e, de outro, o Ministério da Fazenda, através da Superintendência de Saúde Suplementar – SUSEP, controlando a parte econômico-financeira – reajustes e estrutura das operadoras (CONASS, 2003)

Dada a complexidade dos conflitos de interesses entre os vários agentes que dele participavam, já em 1999 o modelo dava mostras concretas de inoperância. É claro que, numa atividade econômica onde o mercado se encontra em fase de constituição, atendendo uma demanda reprimida de serviços e onde existe uma grande assimetria de poder econômico e informação, surgem dificuldades crescentes para apropriação de custos, avaliação de riscos e precificação dos produtos e serviços ofertados.

Nesse contexto de incertezas e subversão parcial da lei da oferta e da procura, as regras de mercado não se mostram capazes de regulá-lo. Por isso, em 2000, a Lei

9.661/00 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando corrigir e disciplinar esse ramo de atividade.

Vinculada ao Ministério da Saúde, a ANS nasceu com autonomia administrativo-financeira e arrecadação própria. As decisões da ANS são tomadas por uma diretoria colegiada; os diretores têm mandato definido por Lei e poder legal de normatização / regulação de todo o setor, atuando inclusive, na definição de reajustes anuais por faixa etária e na revisão técnica dos planos e seguros oferecidos (CONASS, 2003)

Não existe consenso em relação à forma como a ANS deveria atuar na regulação do setor (BAHIA, 2001). Alguns acreditam que a ANS deveria atuar minimizando as falhas existentes no mercado, de um lado, controlando as operadoras que tendem a oferecer cobertura contratual prioritariamente para os chamados “riscos lucrativos”, isto é, sinistralidades de saúde com baixa frequência de ocorrência ou baixo custo de atendimento e, por outro lado, conscientizando os clientes / usuários desses serviços que procuram se associar aos planos quando já estão cientes de estarem afetados por alguma patologia pré-existente.

No espaço relacional entre as várias instituições que constituem o sistema de saúde suplementar, e os seus clientes, existe um terceiro ator, sem o qual o sistema não pode existir. Trata-se do profissional médico. Ele representa a principal fonte de custos para as operadoras e para os associados / pacientes. Para as operadoras, o médico representa um custo direto, quando apresenta a fatura relativa à consulta médica efetuada. Os exames complementares para diagnóstico e a seleção de procedimentos representam o custo indireto das operadoras. Nessa área de relacionamento, as operadoras desenvolvem estratégias para diminuir seus custos

operacionais enquanto os médicos buscam estratégias para otimizar suas receitas financeiras.

Figueiredo (2002) comenta a existência das muitas críticas sobre o modelo operacional do sistema suplementar de saúde, identificando os interesses que lhes dão origem e os atores sociais que as encaminham. Assim, as medicinas de grupo reclamam de que os prazos para adaptação aos requisitos do marco regulatório são insuficientes e das excessivas exigências sobre serviços e produtos, que redundam em aumentos de custos. As entidades representativas dos interesses dos médicos e os órgãos de defesa do consumidor se insurgem contra a não cobertura de algumas patologias, a interferência dos planos na autonomia para solicitação de procedimentos e a baixa remuneração dos profissionais médicos. As cooperativas médicas questionam a regulamentação que dificulta a existência de pequenos planos e de empresas regionais, bem como os prazos para se adequarem à regulamentação.

O marco regulatório, operacionalizado pela ANS, instituiu exigências para demonstração da saúde financeira das empresas do sistema e definiu limites de cobertura, buscando aumentar as garantias de assistência aos usuários. Entretanto, a atuação da ANS, enquanto órgão regulador, tem se dado de forma desintegrada, seguindo, ao mesmo tempo, três linhas de intervenção desarticuladas. Uma linha focaliza a verificação da saúde financeira das operadoras e sua capacidade operacional de atender aos compromissos contratuais com seus associados. Outra linha dedica-se à fiscalização dos contratos e da relação de consumo observado sob a ótica dos direitos dos consumidores. Finalmente, atua numa terceira linha, preocupada com o preço dos serviços ofertados pelos planos, tanto no seu valor absoluto como na sua variação relativa ao longo do tempo (MALTA et al., 2004).

A prática institucional fragmentada da ANS, operando mais como órgão fiscal do que indutor de ações reguladoras, subtraiu a atenção do sistema de sua missão principal. Essa missão, conforme se depreende tanto do dispositivo constitucional como da lei que criou a ANS, é a produção de saúde. O sistema suplementar de saúde se desenvolveu e está sendo tratado como se fosse, apenas, mais um empreendimento capitalista que precisa se adaptar a um marco regulatório específico. Nessa visão, a saúde passa a ser considerada como um produto que se transforma rapidamente em mercadoria e não em um bem para ser fruído. A *raison d'être* do sistema tem ficado em segundo plano. Tal inversão de valores estratégicos causa impactos perversos em todas as relações sistêmicas, particularmente nas relações médico-paciente, médico-operadora e operadora-agência reguladora.

Esses impactos indesejáveis estimulam tanto as operadoras como os prestadores de serviços de saúde a desenvolver práticas, conhecidas como mecanismos micro-regulatórios, para superar limites impostos pela Lei 9.656/98 e para minimizar contingências adversas de mercado. Dessa forma, são criados protocolos que dificultam a solicitação de procedimentos médicos e de determinados exames; exigências de co-pagamento, pelo associado, para determinadas intervenções ou uso de serviços acima de certa frequência ou custo. A micro-regulação busca essencialmente otimizar o retorno do investimento no negócio da saúde. Constitui-se, então, em uma estratégia de minimização de custos que obedece a lógica da lei da oferta e demanda, desconectada da missão social de prover saúde à população. A idéia central que fundamenta o planejamento e as ações dessas operadoras e prestadoras reside na avaliação dos riscos envolvidos através da probabilidade de ocorrência do evento, combinada com o nível de sinistralidade percebido por esses atores

econômicos. Trata-se da mesma idéia que orienta os cálculos de prêmios para acidentes de automóveis, incêndios em imóveis ou naufrágios de navios (MALTA et al., 2004).

Existe, assim, um amplo espaço relacional entre as partes estruturais do sistema brasileiro de saúde que precisa ser investigado e equacionado para buscar seu aperfeiçoamento. Os protocolos micro-regulatórios das operadoras disparam reações operacionais de defesa nos prestadores que, nem sempre, contribuem para o progresso moral de suas relações. Esses processos causam desgastes cotidianos deixando, freqüentemente, um rastro de incompreensões, ressentimentos e desconfianças recíprocas entre as partes.

Também as relações beneficiário-prestadora e, particularmente, a relação médico-paciente são atingidas por esse tipo de inconformidade sistêmica. Elas precisam ser identificadas, mapeadas, analisadas e corrigidas para que o Sistema Suplementar de Saúde possa se orientar na direção originalmente concebida pela Constituição de 1988, isto é, produção de saúde com qualidade e preço acessível.

2.2.2 Breve histórico do profissional médico no Brasil

2.2.2.1. O mercado de trabalho.

Entre 1960 e 1985, consolida-se o modo de atuação capitalista na prática do cuidado médico e na organização do sistema de saúde privado (CORDEIRO, 1984). Nesse período, o número de leitos privados para internação no Brasil subiu de 23 mil para cerca de 212 mil (MEDICI, 1986; MEDICI et al., 1992; NOGUEIRA, 1986).

É, também, neste período que se consolida a tendência de o médico deixar de exercer seu ofício de forma autônoma, como profissional liberal, para ser absorvido como trabalhador assalariado, com salário mínimo definido, empregos múltiplos de tempo parcial e perda substancial da renda decorrente do seu trabalho (MACHADO, 1995; MEDICI et al., 1992; MEDICI, 1993).

Na primeira metade da década de 80, o processo de industrialização brasileiro aliado à crescente concentração urbana alimentava o crescimento da receita previdenciária. Essa, por sua vez, dava sustentação às crescentes despesas da assistência médica com os assalariados (NOGUEIRA, 1986). Simultaneamente a essas profundas mudanças de perfil de mercado e de recursos para atendimento à demanda, o próprio sistema brasileiro de saúde pública passava por uma transformação estrutural. Tivera início o processo de descentralização do setor de saúde com as Ações Integradas de Saúde (AIS) - elaboradas em 1985 - e seu coroamento, em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este momento de transformações no sistema de saúde brasileiro aumentou a oferta de empregos no setor privado da saúde, pressionado tanto pela demanda do SUS, como pela cobertura dos contratos gerados por planos e seguros de saúde, envolvendo serviços e exames diagnósticos, especializados e de alto custo.

Para avaliar os impactos dessas mudanças e suas tendências sobre a categoria profissional dos médicos, foi efetuada uma pesquisa em 1995, intitulada 'Perfil dos Médicos no Brasil', sob a responsabilidade da Escola Nacional de Saúde Pública, contando com o interesse e a colaboração do Conselho Nacional de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Conselho Federal de Medicina e Ministério da Saúde. A pesquisa teve por objetivo averiguar a forma pela qual os médicos brasileiros

estavam exercendo seu mister, os tipos de relações mantidas por eles com as organizações do sistema de saúde e o levantamento das faixas de remuneração que estavam sendo praticadas. Dentre as principais conclusões recolhidas (MACHADO, 1997; VIEIRA et al., 1998), destacam-se:

- existência de um mercado com cerca de 350 mil postos de trabalho, incluindo o setor público e o privado, para um total de 197.557 médicos ativos, que, em sua maioria, também atuavam em consultórios privados (75%);
- exercício profissional baseado em múltiplos vínculos (cerca de 75% dos médicos possuíam até três atividades profissionais e 24,4% tinham mais de três);
- eram de igual importância para o mercado de trabalho médico as esferas pública e privada e os consultórios particulares, observando-se que 69,7% dos médicos trabalhavam em estabelecimentos públicos, 59,3% na rede privada e 74,7% em consultórios;
- a atividade em consultório particular era exercida mediante convênios ou cooperativas por 79,1% dos médicos, com 16,6% exercendo essa atividade em estabelecimentos de saúde;
- atuação profissional predominantemente hospitalar, tanto no setor público quanto no privado, em todas as regiões do país;
- constituição etária predominantemente jovem, com 65% de profissionais com menos de 45 anos de idade e exercendo suas atividades há menos de 15 anos;
- urbanização acentuada do trabalho médico, ou seja, 65,9% dos médicos atuavam nas capitais, particularmente naquelas mais desenvolvidas social e economicamente;

- trabalho exercido em regime de plantão por quase metade dos profissionais médicos (48,9%), com maior frequência de plantões de 12/24 horas;
- faixas de rendimento variáveis em função da especialidade exercida, sendo as mais bem remuneradas as de radioterapia, medicina nuclear e neurofisiologia clínica (remuneração média: 5 mil dólares), seguidas pelas de hansenologia, endoscopia digestiva, mastologia, cirurgia cardiovascular e radiologia (4 a 4,9 mil dólares), figurando como as de mais baixo rendimento as especialidades de medicina sanitária, sexologia, tisiologia e genética clínica (menos de 1.999 dólares), enquanto as restantes percebem uma renda mensal na faixa de 3.000 a 3.999 dólares.

Em 2004 o Conselho Nacional de Medicina, apoiado pela Associação Médica Brasileira, publicou uma pesquisa sob o título 'O Médico e Seu Trabalho', objetivando verificar a evolução do quadro estudado por MACHADO em 1997. As principais observações foram:

- o total de médicos ativos no país passou de 197.557 para 234.554, apresentando um incremento de 18,7%;
- ampliou-se o exercício profissional baseado em múltiplos vínculos, com 28,2% dos médicos exercendo mais de três atividades profissionais, contra 24,4% na pesquisa anterior; conseqüentemente, aqueles que possuem até três atividades passaram de 75% para 71,8%;
- houve redução do número de médicos que atuam em consultório (de 74,7% para 67%) e no setor privado (de 59,3% para 53,8%), mantendo-se inalterada a

porcentagem dos que trabalham no setor público (69,7%), o qual passou a ocupar, então, o primeiro lugar como empregador;

- a atividade em consultório particular exercida mediante convênios ou cooperativas apresentou pequena redução, passando de 79,1% para 75%;
- a atuação profissional manteve-se predominantemente hospitalar, tanto no setor público quanto no privado;
- a constituição etária predominantemente jovem dos médicos manteve-se praticamente inalterada (63,4% de profissionais com menos de 45 anos de idade contra 65% no estudo anterior);
- houve pequena redução no percentual de médicos que atuam nas capitais, que passou de 65,9% para 62,1%;
- as faixas de rendimento não foram pesquisadas pela especialidade exercida, como no estudo de Machado (1997), mas apenas em termos genéricos; dessa forma, a investigação do Conselho Federal de Medicina - CFM aponta que cerca de um terço dos médicos atribui queda à sua renda nos anos recentes, com mais da metade dos profissionais (51,5%) apresentando renda mensal de até 2 mil dólares, percentual que na pesquisa anterior era de 44,5%.

Estes resultados mostram o impacto das mudanças de políticas de saúde sobre o mercado de trabalho dos profissionais médicos, destacando-se, como fator mais importante, a transferência de atribuições da prestação de saúde pública das áreas federal e estadual para a responsabilidade dos municípios.

Como conseqüência dessa mudança, o total de empregos municipais, para profissionais da saúde cresceu cerca de 85% entre 1992 e 1999. Neste mesmo

período, as áreas federal e estadual diminuíram, respectivamente, em 57% e 10% essa oferta. Em 1999 havia cerca de 1,9 milhões de postos de trabalho ocupados na área da saúde, dos quais 53% privados e 47% públicos. Os médicos ocupavam 23% do total desses postos de trabalho (SILVA e COSTA, 2002).

A gestão executiva no município permitiu atender uma importante mudança no perfil da demanda por atendimento médico. Assim, verificou-se um crescimento significativo no segmento de atenção ambulatorial, principalmente para a categoria dos médicos. Essa inflexão de tendência, em relação ao atendimento médico disponibilizado pelo poder público, tem importantes relações com interesses políticos e empresariais nos municípios, além de refletir profundas reestruturações no ambiente macroeconômico brasileiro e nos mercados globais. A esse respeito, Silva e Costa (2002, p. 276) colocam:

“As principais tendências observadas no mercado de trabalho brasileiro na década de 1990 são o crescimento das ocupações no setor terciário da economia, a precariedade das relações e das condições de trabalho, crescimento do mercado informal, aumento do desemprego, estagnação dos rendimentos médios reais e a progressiva desregulamentação – flexibilização das condições de uso e de remuneração da força de trabalho e mudança nos marcos de proteção e assistência aos trabalhadores”.

Silva e Costa (2002) mostram, ainda, que:

“As mudanças estruturais e de orientação macroeconômica afetaram seguramente os contratos de trabalho, ampliando a informalidade dos vínculos trabalhistas e gerando poucos incentivos às atividades de qualificação de recursos humanos pelos governos e empresas de saúde prestadoras de serviços”.

Um aspecto importante a ser considerado, nesse quadro contextual do mercado de trabalho dos médicos e de suas implicações empregatícias, é a questão da flexibilização crescente dos contratos de trabalho, tanto na iniciativa privada, como no setor público. Os municípios, por exemplo, através de suas secretarias de saúde dão

preferência ao regime de contratação terceirizada de serviços com empresas, cooperativas de profissionais, ou mesmo contratação de profissionais autônomos. Adotam também relações de trabalho com baixa definição contratual nas ampliações de atendimento ambulatorial e em programas como Saúde da Família e Agentes Comunitários. (SILVA e COSTA, 2002, p. 282-283).

A falta de coordenação permanente entre as áreas de educação voltadas para a saúde e as necessidades curriculares e humanas deste setor produtivo causa descompasso entre a demanda do mercado de trabalho e a oferta de profissionais tecnicamente qualificados. Investe-se cada vez menos na formação médica e cada vez mais na especialização. Especialização aqui está significando excelência na interpretação de relatórios quantitativos, preparados por aparelhos e *softwares*, bem como habilidade e destreza para realizar intervenções pontuais em partes específicas do corpo humano.

2.2.2.2. O impacto da tecnologia.

Ao longo de todo o século XX, existiu uma acentuada tendência de mudança do modelo clássico de atendimento médico. Inicialmente praticado no consultório, dispondo de poucos recursos tecnológicos e muito saber clínico, evoluiu para uma forma de cuidado efetuado em hospitais, tendo à disposição aparelhos e exames de alto conteúdo tecnológico, grande variedade de profissionais especializados e sub-especializados. Nessa forma moderna de cuidado, o relacionamento humano entre o médico e o paciente vem demonstrando uma tendência à redução.

A propósito desse movimento, Siqueira (1997, p.10) declara:

“A medicina passa a ser exercida com base em novas regras extraídas do espírito da racionalidade moderna, que produz graves rupturas não só no relacionamento médico-paciente, mas também no atendimento do próprio ser humano doente. Abandona-se a figura do indivíduo doente e encontra-se a doença presente em alguma parte do corpo. O órgão doente transforma-se no objeto exclusivo da atenção médica. Busca-se obsessivamente a instância primordial, mergulha-se fundo na busca do celular, do molecular, do DNA, enfim, do código da vida.”

E acrescenta:

“A intervenção do médico migra do mundo do paciente para um universo impessoal preenchido por equipamentos que pertencem a uma entidade chamada hospital, que é dirigida por uma grande empresa ou pelo todo poderoso Estado. A legitimidade da investigação se transfere do profissional isolado para um complexo de alta tecnologia...” (SIQUEIRA, 1997, p.10)

Nesse novo cenário, comandado por aparelhagens complexas e tecnologias de ponta, o diagnóstico das patologias, outrora atribuição, competência e responsabilidade dos médicos, continua a ser sua responsabilidade, porém atribuição e competência migram para aparelhos digitais. Esses são capazes de medir a intensidades de sinais biológicos, compará-los com as médias estatísticas de um valor considerado normal e, através de processos decisórios de fundamentação matemática, selecionar o conjunto de alternativas de diagnóstico mais prováveis.

Agora o paciente participa cada vez menos como sujeito do diagnóstico. Ele passa a ser um objeto de exames que incorporam alta tecnologia e que têm por objetivo principal, senão único, identificar os eventuais desvios de parâmetros vitais de partes específicas ou subsistemas orgânicos de seu corpo.

Ao desfazer a díade médico-paciente, a medicina tecnológica esteriliza a relação intersubjetiva. Essa relação, historicamente, serviu de fundamento para o que existia de arte na medicina clássica, pois que envolvia perícia, harmonia e empatia. Nessa forma

de existência, ela demandava um tipo específico de código de ética, para intermediar aquela relação dual.

É nesse contexto de transformações rápidas e radicais do ambiente de trabalho e das tecnologias que a questão de pesquisa foi colocada e investigada. O sentido dos discursos analisados reflete o convívio dos médicos com essas condições.

Em decorrência desse quadro evolutivo do mercado de trabalho, os médicos podem assumir vários papéis profissionais, com *scripts* bastante diferenciados.

Como profissional autônomo, o médico tem papéis complementares: o papel de prestador de cuidado médico e o de responsável pela saúde econômica de seu consultório. Nesse último papel, quando vinculado a planos de saúde, quase sempre enfrenta dificuldades crescentes de remuneração, na medida em que estes planos vêm historicamente reduzindo valores pagos por consultas e limitando a recomendação de intervenções e exames especializados. Em algumas instâncias de decisão terapêutica, esses dois papéis podem suscitar dilemas éticos. Nessa condição, atendendo em seus consultórios particulares, os médicos adotam posturas e comportamentos também bastante diferenciados, conforme o sistema de valores pessoais que os orienta na vida privada. Alguns médicos, além de se dedicarem à sua especialidade clínica como profissionais, atuam também como agentes econômicos empreendedores, na qualidade de sócios e gestores de hospitais e clínicas privadas. Na qualidade de sócios de organizações que exploram o negócio da saúde, são questionados por seus colegas com vínculo empregatício, com base no artigo 10º. do código de ética médica.

Como profissionais ligados por vínculo empregatício a organizações privadas dedicadas ao negócio da saúde, os médicos têm mais oportunidades de testemunhar ou participar do tipo de conflito de interesses a que se refere à questão de pesquisa.

Além disso, enquanto trabalhadores assalariados, participam de movimentos sindicais, podendo aderir a movimentos grevistas. É claro que essa peculiaridade, relativamente recente para a categoria, pode suscitar contradição com princípio basilar do código de ética médica: *'primum non nocere'*, resguardado no parágrafo 6º. do código de ética médica. Tais circunstâncias também introduzem diferenças substanciais de *'script'* no papel profissional do médico. Os médicos ligados ao serviço público, no Brasil, sofrem limitações em seus processos de decisão e implantação de alternativas terapêuticas, como decorrência de políticas públicas de saúde perversas ou inexistentes, identificando a falta de recursos financeiros, tecnológicos e administrativos como as causas de seus problemas operacionais.

2.3 O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO.

2.3.1 Aspectos gerais.

Os agentes sociais, individuais ou coletivos, precisam fazer escolhas, as melhores que puderem, na sua prática existencial cotidiana. A excelência da escolha dependerá da habilidade do agente em utilizar processos decisórios adequados ao contexto da situação presente e ao futuro que ele deseja ver acontecer. Cada escolha determina uma ação ou conjunto de ações que, se supõe, aumentará a probabilidade de o futuro desejado acontecer. Quando essa suposição se realiza, diz-se que aquela foi uma boa ação. O qualificativo 'boa', aqui, está se referindo à capacidade de determinada ação para contribuir eficazmente na consecução de um objetivo pretendido (SIMON,1970). Refere-se, portanto, ao aspecto administrativo ou técnico da decisão e não ao seu conteúdo ético.

A percepção do agente que decide depende fundamentalmente dos dados brutos disponíveis, “observações sobre o estado do mundo” (DAVENPORT, 1998; PATTON, 2002), da sua capacidade de discerni-los, ordená-los por relevância e colocá-los em contexto, criando uma informação válida. O valor da informação assim constituída dependerá do interesse de um interlocutor, capaz de identificar seu significado explícito e de interpretá-lo, à luz de seus próprios conhecimentos, memórias, desejos e sentimentos. Nesse processo, o interlocutor descobre novos significados para a informação recebida.

O processo decisório, ao investigar as possibilidades de realização do devir, estabelece as condições de observação crítica da experiência que será testemunhada, contribuindo assim para o aumento do conhecimento disponível.

A necessidade permanente de escolha parece ser uma das fontes originais do conhecimento e, portanto, do poder. O que quer que facilite o processo da escolha tem valor individual e social. As teorias sobre o processo decisório acolhem esse valor ao se desdobrarem por, praticamente, toda a gama de interesses - social, econômico e psicológico - da humanidade.

Gomes (2007, p. 1) define teoria da decisão como “o estudo dos paradigmas subjacentes à decisão e seus fundamentos analíticos” e conceitua decisão como um “processo que leva, direta ou indiretamente, à escolha de, ao menos uma, dentre diferentes alternativas, todas estas candidatas a resolver determinado problema” (GOMES, 2007, p. 2). Independentemente da teoria que dê amparo ao processo decisório adotado, esse autor identifica três dimensões de percepção e avaliação da decisão: a) a satisfação dos valores, onde aquele que decide verifica se a decisão escolhida satisfaz a hierarquia de valores que ele escolheu para orientar sua avaliação

das alternativas de escolha; b) a oportunidade ou velocidade, quando se verifica se a decisão escolhida causou os efeitos desejados no momento devido; e c) o grau de individualidade ou coletividade presente no processo decisório.

Admitem-se dois paradigmas dominantes na teoria das decisões; a teoria da utilidade, desenvolvida por Von Neumann e Morgenstern (1953), conhecida como teoria da utilidade esperada e a teoria dos prospectos, devida a Kahneman e Tversky (1979). A teoria da utilidade esperada tem caráter normativo. Ela fornece normas ou sistemas de regras que devem prevalecer quando aquele que decide pretende utilizar sua racionalidade para tornar máxima a função de utilidade esperada. Utilidade significa uma medida da satisfação decorrente do consumo de um bem ou serviço. Essa medida pode ser expressa por uma função explícita chamada de função de utilidade que precisa ser maximizada pelas escolhas do decisor.

A teoria dos prospectos tem um caráter descritivo. Ela descreve como se escolhe uma, entre várias alternativas, em um ambiente onde o risco é a maior preocupação. O princípio da teoria é que, quando o decisor racional se vê frente a frente com várias alternativas de risco (risco de não atingir o objetivo desejado), ele se propõe a fazer uma ponderação dos custos e benefícios envolvidos em cada alternativa para escolher a de melhor posição.

Outro aspecto importante da teoria da decisão é a questão da racionalidade que deve ou pode estar presente na operação do processo. Um dos modelos prescritivos de tomada de decisão (BAZERMAN, 2004) recomenda as seguintes etapas:

- a) Definir problema
- b) Identificar critérios
- c) Ponderar critérios

- d) Gerar alternativas
- e) Classificar alternativas, segundo os critérios.
- f) Identificar a solução ótima.

A eficácia desse modelo prescritivo teórico pressupõe que as seis etapas foram realizadas de forma racional e consideraram a totalidade das variáveis envolvidas no problema. Ele estipula as regras como as decisões devem ser tomadas e não como elas efetivamente acontecem. Simon (1970), em sua crítica, propõe que se reconheça a racionalidade limitada dos decisores, além de seu acesso restrito às informações disponíveis na prática decisória real. São essas as condições que prevalecem na análise da decisão.

Os pesquisadores das teorias de processos decisórios descobriram, a partir da década de 70, que as pessoas encarregadas de tomar decisões costumam compensar sua racionalidade limitada na escolha de alternativas, utilizando modelos simplificados ou regras práticas para tomar suas decisões. Essas regras são chamadas de heurísticas, pela expectativa de descoberta não lógica que elas propiciam. São atualmente aceitas como atitudes mentais que permitem complementar a presença da racionalidade limitada no processo decisório, desde que os vieses que as acompanham possam ser reconhecidos e considerados criticamente na análise das decisões (BAZERMAN, 2004).

Em uma investigação de campo sobre o processo decisório administrativo em uma organização universitária, Leitão (1997) propõe que “o processo decisório deve ser entendido como uma estrutura de relações ou conexões entre fatores que o influenciam, subordinados a diferentes expressões da razão, associadas a sentimentos e emoções, com espaço particular para a intuição”. Nessa proposta, sugere que, para

se reconhecer a complexidade, no sentido que Morin (1997) atribui ao termo, é necessário investigar tanto o conteúdo como o contexto onde se requer a decisão.

Dando continuidade aos estudos sobre as condições práticas que prevalecem na tomada de decisão em ambiente de organizações empresariais, Leitão (2003, p. 839) investigou junto a 214 executivos suas concordâncias e divergências em relação a uma definição processual abrangente de prática decisória:

“Uma decisão estratégica é um processo complexo e dinâmico de relações entre fatores econômicos, financeiros, tecnológicos, administrativos, políticos, sociológicos, culturais e psicológicos que influenciam a escolha do caminho a seguir para alcançar uma ou mais metas da empresa. Esses fatores são expressões da razão, dos sentimentos e emoções, com espaço possível para a intuição”.

Além dessa definição, Leitão (2003) apresenta alternativas processuais de prática decisória, para serem examinadas e avaliadas pelos participantes da pesquisa, tendo em vista a maneira individual de cada um decidir. Entre as conclusões desse autor destacam-se:

- a) Das dimensões cognitivas consideradas importantes para o processo decisório, foram priorizadas a econômica e a financeira. A condição afetiva no processo decisório teve contestação pouco expressiva;
- b) Dos 214 entrevistados, 62,1% indicou que a definição proposta se ajustava, de forma muito semelhante ou idêntica, a suas práticas pessoais;
- c) Os depoimentos dos entrevistados sugerem que, na visão deles, a definição testada é percebida como restrita aos limites cognitivos da organização econômica, ou seja, fundada na lógica do mercado, que é o mais poderoso condicionante da política cognitiva vigente.; e
- d)

“o que sabemos deste teste, é que a maioria dos depoentes tem baixo grau de consciência de seus valores, implicando a possibilidade de dissociação entre fato e valor. E isto tem sentido em uma sociedade desinteressada dos fins intrínsecos das coisas, fundada em uma racionalidade instrumental econômica, exclusivamente interessada em fatos e não em valores, considerados estes como um aspecto da subjetividade humana, inacessível ao que é analítico e cognitivo”. (LEITÃO, 2003, p. 856)

2.3.2 A decisão na prática médica.

As teorias gerais e as heurísticas referentes a processos decisórios estão integralmente presentes na área de saúde. Não obstante, é relevante ressaltar alguns aspectos peculiares da prática decisória neste setor. São justamente esses aspectos que tornam a escolha de alternativas, seja no exercício do cuidado médico, seja na seleção de políticas de saúde, um processo crucial para garantia de efetividade e qualidade dos procedimentos necessários.

No plano estratégico, as políticas de saúde com chance de sucesso operacional dependem da escolha bem articulada “daquilo que devemos fazer” com a eleição consciente “de como podemos fazer”. Na interface entre essas duas etapas de planejamento reside o maior risco de insucesso. Uma das dificuldades mais expressivas, dentre aquelas que afligem o Sistema Brasileiro de Saúde, é a administração deficiente desse risco decisório.

No plano das escolhas individuais, o paciente precisa decidir em que espaço profissional vai buscar ajuda para cuidar de seu mal estar; será o médico particular autônomo? Ou o médico de convênio, cujo nome ele escolheu no livro de credenciados, com o critério de proximidade de sua residência? Talvez o hospital credenciado mais próximo? Nesse momento de escolha, ele se encontra, provavelmente, fragilizado pelo

incômodo físico ou psicológico que o aflige. Esse estado de espírito contribui para uma exacerbação da percepção do risco envolvido na escolha, por parte do paciente.

Do lado do médico que vai praticar o cuidado, as decisões se exercem a partir da análise de um número variável de diagnósticos possíveis, associados a inúmeros procedimentos terapêuticos plausíveis e promessas variadas de benefícios, prejuízos colaterais e custos financeiros. Esses procedimentos podem, eventualmente, produzir respostas com reduzida margem de certeza. Também para o médico, o risco do erro é percebido como um parâmetro importante na análise das alternativas. (CHAPMAN e SONNENBERG, 2000; HASTIE, 2001; SHEWCHUK e FRANCIS, 1988).

Devido a essa presença permanente e importante da percepção do risco, os profissionais da saúde, tanto médicos como gestores, segundo Eddy (1990), costumam dar mais atenção à execução correta dos procedimentos recomendáveis do que à análise e avaliação dos processos decisórios.

Trata-se de um posicionamento cauteloso razoável, na medida em que muitos dos fatores influentes para o processo decisório em saúde ainda resistem aos esforços de quantificação e ao prognóstico estatístico, seja pela natureza complexa de seus construtos, seja pela inexistência de pesquisas direcionadas para esses objetos.

É comum, no cotidiano dos profissionais de saúde, principalmente médicos, a necessidade de formular juízos situacionais de valor, envolvendo fatores tão heterogêneos que sua avaliação relativa é incomensurável. É o caso, quando se precisa decidir entre a qualidade de vida que um paciente pode desfrutar ou a duração da vida que ele pode vir a ter. Ou, ainda, escolher entre vários pacientes com características pessoais diversificadas (idade, sexo, nível social, econômico, etc.), correndo igual risco de morte: qual deles deverá receber o único recurso terapêutico

disponível naquele hospital? Quem tem mais direito a continuar vivendo? Essa será sempre uma escolha solitária e angustiante para quem a faz (CHAPMAN e SONNENBERG, 2000; HASTIE, 2001; SHEWCHUK e FRANCIS, 1988).

A esse respeito, observa-se na literatura especializada, interesse crescente pela investigação da qualidade das decisões conforme seu posicionamento na terceira dimensão de avaliação de processos decisórios proposta por Gomes (2007): as decisões alcançadas em grupos são superiores àquelas produzidas individualmente? (COSTA NETO e ARAUJO, 2001). Que critérios adotar para avaliar a superioridade de um tipo de escolha em relação à outra? Essa questão se coloca com maior veemência nas práticas clínicas hospitalares, onde as decisões em grupo são mais freqüentes.

É certo que a função utilidade, representativa de situações como essas, não será otimizada considerando-se apenas as métricas de eficácia terapêutica e eficiência no uso dos recursos utilizados. Além de todos os requisitos de qualidade, é necessário avaliar os compromissos bioéticos presentes na decisão médica. Nesse mister, os recursos teóricos disponíveis para análise são as duas teorias éticas propostas por Aristóteles: a deontológica ou do dever e a teleológica, ou dos fins (BRILHART, 1995; COHEN et al., 2000), associadas às premissas e recomendações do código de ética médica.

Guiado por um código de conduta de influência deontológica, Ogden (1996) sugere que as decisões clínicas podem ser percebidas como um processo muito especializado de resolução de problemas. Identifica, então, as seguintes etapas básicas: a) obter informações do paciente que permitam construir uma representação interna pessoal do problema apresentado (anamnese, levantamento de sintomas); b) desenvolvimento de hipóteses de trabalho (diagnósticos); c) procura de evidências para

confirmação ou refutação de diagnósticos; d) escolha de diagnóstico e decisão terapêutica.

Na etapa (d) existem três vertentes de avaliação que precisam ser percorridas para que a escolha do diagnóstico esteja coerente com o objetivo terapêutico e apresente consistência nas ações preconizadas:

- a) os benefícios previsíveis com os procedimentos recomendados devem ser cotejados com os efeitos adversos possíveis (riscos de agravamento, efeitos colaterais, inconveniência para o cliente, ansiedade, etc.);
- b) as melhorias possíveis, em cada alternativa terapêutica, precisam ser contrastadas com os custos que serão incorridos;
- c) com base nos resultados do item (b), a alternativa escolhida deve refletir a melhor relação custo X benefício, de sorte a se garantir práticas médicas com o maior retorno possível, na recuperação da saúde.

Essas três vertentes de avaliação de diagnósticos alternativos estão sempre presentes, explícita ou implicitamente, nas decisões da área de saúde. Elas são válidas para decisões individuais ou de grupos, envolvendo procedimentos destinados a atender um paciente ou grupos de pacientes (CHAPMAN e SONNENBERG, 2000; EDDY, 1990; SHEWCHUK e FRANCIS, 1988).

Permeando todas elas e, por vezes, assumindo relevância em relação a outras variáveis de avaliação, encontram-se os princípios éticos relacionados com o fenômeno da vida e, no caso específico, com a vida humana. À medida que novos recursos tecnológicos, associados a modelos e teorias explicativas da condição humana, atingem a área da saúde, os dilemas da bioética e da ética profissional se tornam mais desafiantes e presentes.

3. METODOLOGIA.

3.1 ESCOLHA DA ABORDAGEM

A questão de pesquisa coloca a necessidade de se conhecer com maior profundidade e extensão a dinâmica do processo decisório do médico, no exercício de sua atividade profissional. Trata-se de um processo complexo, pois envolve a interação de agentes de natureza diversa, tais como, médicos, organizações empresariais, clientes e instituições sociais. Complexo, também, porque essa diversidade implica o embate de valores culturais, crenças e eventualmente, desejos conflitantes ou paradoxais, assim como relações de causa e efeito, não lineares e não permanentes entre esses agentes.

Sobre essas características peculiares, podem-se formular dois tipos básicos de questões para satisfazer a curiosidade humana: questões envolvendo qualidades significativas de fenômenos e questões envolvendo dimensões, métricas e frequências presentes nesses fenômenos.

Quando a questão de pesquisa indaga de que forma (como) um determinado agente social (médico) percebe um conflito entre princípios orientadores de conduta (ética médica e regras econômicas), ela remete imediatamente a outra questão subjacente: qual o significado para o médico e que sentido ele reconhece como capaz de determinar seu comportamento profissional, com base nessa percepção? Sentido e significado são noções subjetivas e, portanto, de natureza qualitativa. Assim, tanto a forma quanto o conteúdo da questão de pesquisa recomendam uma abordagem do tipo qualitativa para exame, escolha, análise, classificação e interpretação das evidências

percebidas (CRESWELL, 2007). Perguntas qualitativas remetem para abordagens qualitativas (GÜNTHER, 2006).

Procurando uma resposta para a questão: “qual a natureza da pesquisa qualitativa?”. Flick et al. (2004) sugerem quatro bases teóricas para revelar essa natureza: a) a realidade vivida e percebida é vista como uma construção social de significados; b) existe uma ênfase rigorosa no caráter processual da pesquisa e na reflexão sistemática sobre os resultados; c) as condições objetivas que limitam e determinam a vida tornam-se relevantes por meio de significados subjetivos; d) o caráter comunicativo da realidade social permite que o refazer do processo de construção das realidades sociais torne-se ponto de partida da pesquisa, isto é, a investigação do processo de construção da realidade, cria novas realidades.

Em reforço à escolha da abordagem qualitativa para a questão de pesquisa, e tendo em vista os objetivos preconizados, convém registrar a definição genérica inicial oferecida por DENZIN e LINCOLN (2006, p. 17): “a pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo”.

3.2 ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO: O ESTUDO DE CASO MÚLTIPLO

Yin (2002, p. 24) apresenta suas recomendações para escolha da estratégia mais adequada de pesquisa qualitativa: “As três condições (para escolha da estratégia de pesquisa) consistem (a) no tipo de questão de pesquisa proposto, (b) na extensão de controle que o pesquisador tem sobre eventos comportamentais efetivos e (c) no grau de enfoque em acontecimentos históricos, em oposição a acontecimentos contemporâneos”.

Na matriz “situações relevantes para diferentes estratégias de pesquisa” Yin (2002, p. 24) correlaciona essas três condições com as cinco estratégias de pesquisa principais, nas ciências sociais. Inspeccionando a matriz fica fácil verificar que o estudo de caso é a estratégia de pesquisa mais recomendável na presente investigação. Isso porque: a) a questão da pesquisa pergunta como determinado evento acontece; b) o pesquisador não tem controle sobre eventos comportamentais; e c) o enfoque se concentra em fatos contemporâneos. Além dessas condições determinantes, “os limites entre o fenômeno estudado e o contexto onde ele se manifesta, não estão claramente definidos” (YIN, 2002 p. 32).

As experiências individuais, vividas e relatadas de forma espontânea, têm um significado explícito, facilmente perceptível e inteligível, em função da linguagem verbal utilizada. O significado explícito do discurso constitui a fonte do entendimento possível, isto é, da aceitação lógica de uma afirmativa. Entretanto, os relatos verbais, além de seu conteúdo explícito, são portadores de significados ocultos, alguns dos quais, podem ser trazidos à luz. Os processos utilizados, para descobrir significados ocultos de sinais ou de conjuntos articulados de sinais, em pesquisa qualitativa, envolvem sempre interpretações e re-interpretações construídas pelo investigador (DENZIN e LINCOLN, 2006). Quando se descobrem novos significados válidos, a partir de interpretações coerentes com um paradigma adotado, pode-se dizer que a compreensão da situação examinada foi ampliada.

Nesta pesquisa, cada médico entrevistado constituiu um caso a ser estudado. Cada um deles foi visto, do ponto de vista analítico, como se fosse um experimento pertencente a um grupo definido de múltiplas observações intencionais (Yin 2002, p. 68). Sob tal perspectiva, foi possível seguir a proposta desse autor no sentido de

considerar o estudo de caso múltiplo dentro da mesma estrutura metodológica do estudo de caso único. O exame dos resultados obtidos com a análise dos vários discursos, devidamente codificados e interpretados, buscou sempre a identificação das evidências contrastantes entre si ou a observação de evidências semelhantes, dentro de uma lógica de replicação, tendo em vista a aplicação de alguma teoria aos casos.

A este propósito, Freitas (2005, p. 208) questiona: “se cada caso é tão diferente de outros de mesma natureza, por que fazer o estudo de caso múltiplo?”, argumentando, em sua resposta: “acontece que a generalização em estudos qualitativos é diferente da generalização em estudos quantitativos”. Em estudo de caso, no qual se pretende uma generalização teórica, por via indutiva, é necessário identificar o contraste entre suas evidências ou sua replicação. Qualquer uma dessas observações analíticas, percebidas em contextos semelhantes ou diversos, pode ser um fator de valorização dessas mesmas evidências e da generalização alcançada.

3.3 TIPO DE PESQUISA

O resultado que se pretende atingir, nesta pesquisa, é a caracterização das percepções de um conjunto de agentes sociais sobre uma mesma problemática profissional, supostamente enfrentada por todos os membros desse conjunto. Caracterizar uma percepção significa identificar e descrever suas qualidades primárias e secundárias relevantes para os entrevistados. Por esse motivo, a presente pesquisa é descritiva.

Como se trata da descrição de percepções, a validade da informação construída será buscada pelo foco constante no propósito da pesquisa, pela procura de possível estruturação lógica entre as evidências que surgem das respostas e pela explicitação

dos tópicos descritivos que são considerados centrais para consecução do objetivo dessa pesquisa (PATTON, 2002).

3.4 A ESCOLHA DA SITUAÇÃO E DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.

Os médicos brasileiros trabalham no setor público, atendendo a clientes do Sistema Único de Saúde (SUS), em hospitais e clínicas privadas e/ou em seus consultórios particulares. Alguns se dedicam em tempo integral ou parcial a atividades de ensino e pesquisa. A maioria participa ou participou de todos esses espaços de trabalho, em algum momento de sua trajetória profissional. Esses profissionais podem ter formas de pensar, julgar, decidir e agir bastante diferenciadas, influenciados que são, por valores, crenças e paradigmas predominantes na cultura dessas organizações.

O relacionamento dos médicos com as diversas organizações e instituições que compõem o sistema brasileiro de saúde é variado e multiforme. Para fins de escolha dos participantes desta pesquisa, pareceu razoável considerá-los pertencentes a quatro grandes categorias, definidas pelo tipo de relação do médico com a sociedade, tendo em vista o exercício de sua profissão: a) profissionais autônomos, regulados, do ponto de vista jurídico, principalmente, pelo Código de Direito Civil, como pessoa física ou jurídica de direito privado; b) profissionais com vínculo empregatício, regulados do ponto de vista do direito trabalhista, principalmente, pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); c) profissionais que têm vínculo empregatício com o serviço público, regulados, do ponto de vista trabalhista, pelo estatuto do funcionalismo público; e d) profissionais envolvidos com empreendimentos empresariais na área de saúde como sócios e/ou gestores, regulados, principalmente, pelo direito comercial.

Tal variedade de relacionamento profissional com o trabalho favorece comportamentos que se distribuem num espectro contínuo de possibilidades. Numa ponta do espectro existem comportamentos predominantemente orientados pelo viés econômico, onde a lógica da eficácia financeira tem forte influência no processo decisório profissional. Aqui, tanto o público alvo de clientes como os recursos para diagnóstico e as práticas de intervenção terapêutica são sensivelmente influenciados pelo foco nessa lógica. Nesse caso, o benefício econômico pessoal, oriundo do exercício da profissão, opera como métrica do sucesso profissional. Na outra extremidade do espectro, encontram-se comportamentos orientados por um sentimento missionário, onde predomina a busca pelo sucesso de conseguir a cura, de promover a saúde ou de adquirir e distribuir conhecimento. Nessa extremidade do espectro estão profissionais movidos mais por princípios éticos altruístas do que por princípios de eficácia financeira. Outras variáveis culturais, tais como confissão religiosa, visão ecológica ou afiliação político-social, também contribuem para determinar a posição do médico nesse espectro. No entanto, essas variáveis não estão sendo aqui consideradas para análise e interpretação das evidências. Elas somente foram levadas em conta quando os entrevistados as colocaram em relevo no contexto de seus discursos.

Cada profissional participante foi qualificado com relação aos dados pessoais fornecidos, que tiveram sua privacidade resguardada, com destaque para o perfil profissional, e para ocupação principal e secundária, na relação com o trabalho. A ocupação do médico na sua relação com o trabalho foi classificada em quatro categorias: cuidado médico como assalariado; cuidado médico como profissional autônomo ou do serviço público; administração de infra-estrutura de serviços de

saúde; administração de equipe ou grupo de trabalho médico. Essas grandes categorias serviram para orientar a intencionalidade da escolha dos entrevistados.

Foram selecionados oito médicos, segundo dois critérios: a) o tempo médio para transcrição de entrevistas com duração de uma hora de gravação foi estimado em dez horas, o que limitava o tempo disponível pelo pesquisador; b) pretendeu-se, em cada uma das quatro categorias mencionadas acima, entrevistar dois médicos, na expectativa de facilitar a replicação de evidências em circunstâncias supostamente semelhantes.

Inicialmente, os médicos foram convidados, através de e-mail, para participar da pesquisa. No e-mail foi explicado o objetivo do estudo, sua importância, assim como o envolvimento de tempo na entrevista. Com exceção de um, os demais médicos contatados tinham algum tipo de relacionamento pessoal com o pesquisador, fosse por relação de amizade, contato profissional ou parentesco. Tendo em vista a aceitação quase unânime para participar, foram enviados, pelo mesmo meio eletrônico, formulários de qualificação e uma garantia de privacidade das informações.

Após a seleção dos oito participantes foram marcadas entrevistas, preferencialmente no consultório do profissional. Em um caso, a entrevista ocorreu em sala reservada de centro de convenções e em outro, na residência do entrevistado. Os oito médicos participantes demonstraram sentir-se honrados com sua escolha e viram seu depoimento como uma oportunidade para se expressar a respeito de um assunto raramente discutido entre eles. O período de entrevistas ocorreu entre os meses de julho e outubro de 2007.

3.5 COLETA DAS EVIDÊNCIAS

As seguintes fontes principais de evidências foram usadas para construir uma resposta válida à questão de pesquisa: a) entrevistas com os médicos, gravadas, transcritas e interpretadas; b) observação direta do local de trabalho, envolvendo mobiliário, equipamentos de uso profissional e de apoio administrativo, design interno, organização espacial, clima receptivo do ambiente; c) observação direta de manifestações expressivas dos entrevistados, abrangendo atitudes corporais, expressões faciais, tiques nervosos, mudanças súbitas de clima afetivo, tom de voz; d) observação direta de artefatos culturais presentes no ambiente de trabalho; e) exame de documentação envolvendo o código de ética médica e o juramento hipocrático (YIN, 2002).

As entrevistas, principal fonte de informações, foram conduzidas com um roteiro semi-estruturado, conforme o modelo apresentado no Apêndice. O roteiro contém questões para estimular a expressividade verbal e questões para mobilização de memória e busca de espontaneidade. Finalmente, foram colocadas questões envolvendo temas afins à questão de pesquisa.

As observações diretas, feitas durante a realização das entrevistas semi-estruturadas, foram registradas em caderneta de campo e referidas, por meio de uma palavra ou expressão simples, ao assunto que o entrevistado estivesse abordando. Muitas das observações, por serem simultâneas, não puderam ser registradas. Apesar disso, foi possível obter um número razoável delas, permitindo fazer a triangulação de evidências com origem diversa daquelas extraídas da transcrição das entrevistas.

Uma condição operacional importante desta investigação qualitativa, sempre presente na consciência do pesquisador, foi a insegurança em relação a sua

neutralidade pessoal. Essa condição, ao mesmo tempo, intelectual, sentimental e *poiética*, conforme o sentido que lhe dão Maturana e Varela (2004), contribuiu para multiplicar os cuidados com a formulação de juízos de valor e generalizações indutivas, essenciais para as visões interpretativistas nas tradições do *Verstehen* (SCHWANDT, 2006). A partir dela, foi possível estabelecer compromissos com a lógica discursiva dos participantes, buscar caminhos empáticos durante as entrevistas, (PATTON, 2002) e reconhecer impulsos criadores de realidades, nos padrões reinterpretados.

Essas preocupações metodológicas sobre as conseqüências da participação do eu investigador constituem o momento de reflexividade (DENZIN e LINCOLN, 2006). Nesse momento, o ser humano está sendo visto como instrumento de pesquisa, objeto e sujeito de conhecimento. Como instrumento de pesquisa, precisa ser conduzido com cuidado e maestria. Como sujeito e objeto de conhecimento, precisa ter garantido seu acesso integral aos benefícios advindos da pesquisa. Sobre a reflexividade no processo interpretativo, Patton (2002, p. 41) informa:

“O analista qualitativo reflete sobre sua própria ‘voz’ e sobre a perspectiva pessoal que adota para contemplar o mundo. A ‘voz’ fidedigna transmite confiança e credibilidade. Sendo impossível uma objetividade perfeita e estando consciente dos possíveis efeitos deletérios da subjetividade sobre os resultados da interpretação, o foco do pesquisador se volta para uma postura de equidistância entre a possibilidade de compreender e a de descrever autenticamente o mundo, em toda sua complexidade. Ele busca sua autenticidade através da auto-análise de suas atitudes enquanto analista, da consciência plena dos jogos de poder presentes na pesquisa e da análise dos efeitos desses saberes, nos resultados alcançados”.

A partir dessa atividade reflexiva sobre a ação metódica, coloca-se a questão da responsabilidade social do pesquisador, ao intervir na reconstrução da realidade e a preocupação com sua responsabilidade ética diante dos dilemas morais que germinam nessas novas realidades. É a partir desses questionamentos que a hermenêutica

filosófica pode complementar a compreensão interpretativista do discurso, na medida em que busca esclarecer as condições nas quais ocorre a compreensão (GADAMER, 1975).

Na sua busca, a hermenêutica filosófica propõe espaços de aceitação da tendenciosidade humana e do preconceito sócio histórico como condição realista para se chegar à compreensão. Não é possível se desligar completamente do preconceito e da tendenciosidade, contudo, é possível reconhecê-los e esterilizar aqueles que prejudicam nossos esforços para compreender os outros e a nós mesmos (GARRISON, 1996).

3.6 TRATAMENTO DAS EVIDÊNCIAS

“Os batedores Kung, habitantes do deserto do Kalahari, são tidos como os melhores seguidores de pistas de animais do mundo. O caçador Kung consegue deduzir muitos tipos de informações acerca do animal que está seguindo; sua espécie e sexo, sua idade, a velocidade de seus passos, se está sozinho ou acompanhado de outros animais, sua condição física, se está saudável ou doente, se e do que está se alimentando, a que hora do dia o animal passou por ali. A espécie, é claro, é identificada pela forma da pegada e pelo excremento. No deserto de Kalahari, os caçadores usam a análise temática ou análise de evidências, para seguir a pista de animais.” (BOYATZIS, 1988, p. 2)

A análise das entrevistas teve por objetivo explicitar o conteúdo do discurso de cada entrevistado para verificar: a) quais temas pareciam ganhar proeminência nas falas transcritas e como eram utilizados, pelos entrevistados, para descrever situações percebidas e lembradas; b) como o entrevistado utilizava esses temas, enquanto códigos expressivos, quando era estimulado a falar sobre assuntos afins à questão de pesquisa ou de algum aspecto a ela relacionado; e c) como o pesquisador utilizou o código expressivo do entrevistado para verificar seu grau de proximidade, entendimento e compreensão da questão de pesquisa, a partir das falas estimuladas.

As transcrições de cada entrevista foram lidas e relidas algumas vezes, identificando-se e assinalando, no texto, recortes de discurso contendo afirmações, lembranças, juízos, crenças, valores, descrição de sensações, emoções ou sua negação e seu não reconhecimento. Os recortes foram selecionados tendo como guia a sensibilidade do pesquisador e como critério de escolha, a hipótese plausível de que pudessem se constituir em padrões expressivos importantes para o entrevistado, na sua leitura da realidade. Os recortes ou padrões foram organizados por ordem de aparecimento na transcrição e tabulados na coluna 'padrões' em uma planilha Excel. Cada um deles foi inspecionado, inicialmente de forma independente dos outros, para tentar identificar temas e subtemas relevantes.

O processo de identificação e seleção desses temas e subtemas não pode ser descrito ou justificado com o auxílio de recursos lógico-formais. Entretanto, algumas definições e cuidados podem ajudar a trazer confiabilidade interpretativa para a escolha feita. O tema foi considerado como um assunto presente no padrão e que ganhasse relevância sob o olhar do pesquisador, apresentando-se como uma idéia forte e explícita.

Na etapa da identificação dos temas, também surgiram subtemas em alguns padrões. Foram considerados subtemas assuntos de menor abrangência do que a dos temas, porém com alguma relação de pertinência a eles. Os temas e subtemas, ainda sem fronteiras de definição claras, foram examinados do ponto de vista de seu possível significado para o entrevistado.

Assim, o propósito subjacente à identificação do significado era permitir, ao pesquisador, instituir um código denotativo desse significado, útil para revelar com

maior riqueza qualitativa o mundo percebido pelo entrevistado. A explicitação de um significado possível para o tema ou subtema foi tabulada na planilha Excel.

Numa releitura da tabela como um todo, foram revisitados os temas já assinalados, quando, então, emergiram novos temas e subtemas, que foram reordenados conforme sua abrangência e relação de pertinência recíproca percebida. A partir dessa revisão, foram selecionados alguns códigos que pudessem ser identificados, com mais facilidade, nas declarações dos entrevistados. Cada código foi associado a um conjunto de temas e subtemas presentes nos vários padrões registrados na planilha Excel. Esses códigos funcionam como símbolos expressivos de significado nos discursos que os entrevistados pronunciaram. O conjunto de códigos expressivos de cada entrevistado formou seu 'livro de códigos' (BOYATZIS,1998). Cada padrão foi então revisitado analiticamente tendo como foco de iluminação cada um dos códigos revelados pelos entrevistados.

Dentre os padrões registrados, classificou-se como tipo (A) aqueles que mais diretamente se relacionavam com a questão de pesquisa. Os padrões do tipo (B) estavam relacionados de forma mais longínqua com a questão de pesquisa. Esses foram importantes porque, estando pouco vinculados ao foco de interesse da dissertação, ajudaram a constituir os códigos expressivos e explicitar seus significados. A seguir, os padrões do tipo (A) foram examinados visando à identificação da presença de outros códigos expressivos, além daqueles que foram identificados neles próprios. Essa identificação levou em conta, não apenas o significado da palavra de código, como os temas e subtemas que estivessem a ela associados. A presença desses códigos expressivos nos padrões permite novas leituras interpretativas, capazes de

revelar significados até então obscuros, sobre a percepção dos médicos entrevistados em relação à questão de pesquisa.

Em continuidade, as várias leituras interpretativas obtidas nos padrões do tipo (A) foram confrontadas, na busca de continuidade significativa, com replicações ou contrastes de evidências, de sorte a viabilizar uma síntese da visão ou percepção que cada médico entrevistado revelou sobre a questão de pesquisa. Nessa etapa analítica, foram utilizadas anotações de campo para validar evidências com triangulação de dados. Até este ponto foram pesquisados e analisados os casos individuais representados pelo depoimento de cada médico.

O estudo de caso múltiplo teve como objetivo identificar generalizações indutivas válidas que permitissem caracterizar uma resposta, de grupo ou subgrupo, à questão de pesquisa. Em outras palavras, significa perguntar: existem percepções sobre a questão de pesquisa que partilhem comunidade com todos os membros, ou com parte importante do grupo de médicos pesquisado?

Na busca desse objetivo procurou-se, a partir dos oito 'livros códigos' constituídos, extrair uma síntese, cujos códigos expressivos pudessem conter relações com os temas mais relevantes de todos os entrevistados. Esses códigos síntese foram então utilizados para fazer uma releitura analítica de todos os padrões do tipo (A) em busca de novas perspectivas, reveladoras do posicionamento dos médicos em relação à questão de pesquisa.

Uma vez identificadas tais perspectivas e as evidências delas decorrentes, essas foram cotejadas em busca da percepção que os médicos têm da questão de pesquisa. Nesse processo analítico procurou-se utilizar categorias e propostas teóricas contidas no referencial, para fortalecer essas evidências.

3.6.1 Roteiro do processo interpretativo.

O objetivo desta etapa do trabalho foi analisar o conteúdo dos discursos visando identificar:

- a) os temas ou padrões que parecem ganhar relevância nas falas transcritas e como são utilizadas por cada entrevistado para descrever situações percebidas e lembradas,
- b) como o entrevistado faz uso desses temas, quando é estimulado a falar sobre algum aspecto relacionado à questão de pesquisa,
- c) as percepções reveladas pelos entrevistados em relação às organizações e instituições das quais dependem, direta ou indiretamente, para exercer sua profissão,
- d) como o pesquisador utilizou o código expressivo do entrevistado para verificar seu grau de entendimento e compreensão da questão de pesquisa, a partir das falas estimuladas,
- e) de que forma as noções, conceitos e concepções mencionadas no referencial teórico se manifestaram ao longo das entrevistas.

3.6.2 Exemplo de processo interpretativo.

Na planilha Excel referente à entrevista com Alfa, foi considerado o recorte da primeira linha e primeira coluna, onde se lê; “Não sei por que escolhi ser médico; acho que por covardia”. Neste padrão ressaltam: o tema ‘escolha’ que estava presente na pergunta formulada pelo entrevistador; e o subtema ‘covardia’, introduzido pelo falante, ambos registrados na coluna dos temas e subtemas. Foram investigadas algumas possibilidades significativas do padrão, conforme a sensibilidade do pesquisador e uma

síntese delas, registrada na coluna 'significado'. Assim foram investigadas as seguintes linhas de possibilidades significativas: a) o receio de errar na escolha, trazendo, como tema recorrente, a indecisão; b) dificuldade de enfrentar o medo das conseqüências do erro, trazendo como temas recorrentes, 'medo' e 'responsabilidade'. A palavra 'escolha' foi considerada como um bom código para denotar o padrão sob investigação, porque despertou no entrevistado uma postura auto-analítica em relação ao tema evocado. Na continuação da investigação, envolvendo outros padrões percebidos no discurso, a palavra código 'escolha' se impôs várias vezes, associada à outros temas e subtemas. Com base nas relações percebidas entre o código 'escolha' e os vários temas e subtemas presentes em outros padrões, constituiu-se o primeiro 'verbetes' do livro código de Alfa. O código 'Escolha' aparece associado aos temas: 'dificuldade de', 'medo de', 'ambição na', 'poder de', 'erro na'. Quando esse código temático é utilizado para iluminar o padrão tipo A da planilha Excel, suscita no pesquisador a percepção de que o sentido de "Eu não me aprofundei nessas coisas éticas" (padrão 39), aponta para uma 'escolha' consciente do entrevistado. Alfa se coloca distanciado em relação a uma das partes importantes da questão de pesquisa, quando menciona 'essas coisas éticas'. Afasta-se movido pelas dificuldades que identifica, quando precisa decidir entre determinadas alternativas. Afinal, a função mais substancial da ética é colocar o indivíduo frente a frente com os problemas relativos às escolhas morais.

3.7 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

3.7.1 Relativas à vertente escolhida.

A limitação analítica do tema percepção, associada à necessidade de uma resposta discursiva para a questão de pesquisa, favorece a admissão de muitos

significados e interpretações, dependendo do paradigma ou esquema interpretativo adotado pelo pesquisador (DENZIN e LINCOLN, 2006 p. 34). Esse esquema interpretativo é formado por valores, crenças e sentimentos do pesquisador em relação ao mundo e, portanto, o direciona quanto ao modo como este deve ser compreendido e estudado.

No caso específico dessa pesquisa, os fornecedores espontâneos de informação são também os médicos e estes, por sua vez, parte integrantes do contexto onde se desenrola a ação. Dessa forma, este estudo de caso percorre todas as limitações e também a falta de limites nítidos que caracterizam a pesquisa qualitativa. Entre as limitações mais importantes, destaca-se a dificuldade de algumas áreas envolvidas com a construção do saber científico reconhecerem validade nos resultados alcançados, aceitarem a atitude não neutra dos pesquisadores e a abertura disciplinar, característica dos métodos da pesquisa qualitativa. No campo da falta de limites nítidos, de acordo com Denzin e Lincoln (2006, p. 20-21) destacam-se as seguintes propriedades originais da abordagem qualitativa:

"não privilegia nenhuma prática metodológica única em relação a outra... não possui uma teoria ou um paradigma nitidamente próprio... não pertence a uma única disciplina... nem possui um conjunto de métodos que seja inteiramente seu... tem um foco multiparadigmático... um compromisso com a perspectiva naturalista e a compreensão interpretativa da experiência humana. Ao mesmo tempo, trata-se de um campo inerentemente político e influenciado por múltiplas posturas éticas e políticas."

Essa multiplicidade de focos, de regras e métodos, característica da estratégia de estudo de caso, sinaliza na direção de uma postura analítica rigorosa em relação às cinco partes componentes do projeto de pesquisa, tal como preconiza Yin (2002, p. 42), quando menciona "as questões de um estudo; suas proposições, se houver; sua(s)

unidade(s) de análise; a lógica que une os dados às proposições; e os critérios para interpretar as descobertas”. Por outro lado, a resposta descritiva que se busca deve: a) representar um avanço no conhecimento do objeto direto da questão de pesquisa. Na presente investigação, tal conhecimento implica a explicitação do tipo e o do grau de percepção dos médicos, em relação ao problema; b) explicitar categorias de eventos e padrões de relacionamento entre eles que, de alguma forma, tenham presença marcante na dinâmica do processo decisório dos médicos.

3.7.2 Relativas à metodologia utilizada no decorrer da pesquisa.

Boyatzis (1998) concebe a análise temática como um processo que é parte integrante dos métodos qualitativos e, particularmente, da análise de conteúdo. Ela busca codificar informação qualitativa com o objetivo de facilitar ao pesquisador seu encontro com o *insight* e com a compreensão do fenômeno social que está sendo observado e interpretado.

A escolha dos temas, a geração e associação dos respectivos códigos denotativos, constitui, talvez, a etapa mais delicada da análise temática. Delicada, porque uma escolha insensível dos temas compromete a interpretação enriquecida do discurso na sua totalidade. Boyatzis (1998 p. viii) afirma que entre os objetivos importantes de sua obra está a intenção de “ajudar leitores a aprender como sentir e identificar esses temas”.

Termos como *'insight'*, 'compreensão' e 'sentir', característicos da linguagem qualitativa já apontam para o tipo e nível de limitação metodológica que o pesquisador precisará considerar e tentar superar. O 'sentir' a que Boyatzis (1998) se refere envolve a capacidade pessoal do investigador para permitir a afluência de seus valores e

crenças pessoais, experiências da sua própria vida e da vida em sua espécie, para fundamentar as melhores escolhas temáticas que precisa fazer.

Portanto, existem tanto limitações metodológicas radicadas na própria interioridade do pesquisador, sempre em busca de sua máxima espontaneidade, como limitações nas pessoas que participam da pesquisa, pois, pela própria natureza de sua participação, têm dificuldade de se beneficiar diretamente, dos resultados da pesquisa.

A validação dos resultados é uma preocupação constante nos estudos baseados em pesquisa qualitativa, particularmente nos estudos de casos, onde a seleção e configuração de evidências admitem flexibilidade interpretativa e ambigüidade expressiva. Nesses estudos, a validade tem um escopo diferenciado em relação àquela buscada nos estudos quantitativos. Seu sentido incorpora significados presentes em termos como, 'integridade', 'autenticidade', 'convergência', 'consistência' e 'credibilidade' . Para superar essa limitação metodológica inerente ao próprio processo investigativo, Creswell (2007, p. 200) sugere a escolha da triangulação de evidências, oriundas de fontes diversas. Da mesma forma que a triangulação, em geodésia, garante a validade das medidas da superfície terrestre, ela busca, em análise qualitativa, trazer precisão e, portanto, validade aos resultados alcançados, dos pontos de vista onde se colocam, o pesquisador, os participantes e o público a quem se dirige a pesquisa.

4. ANÁLISE DE RESULTADOS.

4.1 QUALIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

ENTREVISTADO	IDADE (anos)	TEMPO FORMADO	GRAU MAIS ELEVADO	ATUAÇÃO EM	ACEITA CONVÊNIO?	EMPREGADO?
ALFA	70	45	Residência e Cardiologia Clínica	Consultório	sim	Aposentado
BETA	60	30	Residência Endocrinologia	Consultório Estado	sim	Aposentado e Empregado
GAMA	43	18	Residência Ginecologia	Consultório e empresa	não	Empresário
DELTA	54	28	Mestrado em Cardiologia	Consultório e empresa	sim	Empresário
EPSILON	41	16	Clínica médica	Intensivista	não	sim
IOTA	48	24	PHD Pneumologia	Consultório Hospitais	não	não
ÔMEGA	56	32	Anestesista	Hospital Militar	não	sim
TZETA	58	32	Residência Pneumologia	Consultório Estado	não	Empresário e Empregado

4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

1. Entrevista com Alfa

Atualmente, Alfa pratica medicina como clínico geral e especialista, exclusivamente em seu consultório particular. Eventualmente, é chamado para assistir cirurgias em sua área de especialização.

A entrevista de Alfa permitiu a identificação de 11 códigos denotativos de significados relevantes. O ‘conflito’, um dos mais recorrentes, envolve as principais instituições e organizações que integram o setor de saúde. Alfa relata casos emblemáticos comprovando a existência do problema, isto é, o conflito entre orientações profissionais regidas pelo código de ética médica e princípios orientadores da eficácia financeira dos negócios com a saúde. Os casos relatados envolvem relações profissionais da díade médico–paciente com hospitais, laboratórios de pesquisas farmacológicas, laboratórios de análises clínicas, convênios de saúde, planos e seguros de saúde, formação de custo dos medicamentos pelos laboratórios, pesquisas de saúde e sistema público de saúde. Das 14 referências ao código ‘conflito’, Alfa confirma sua percepção do objeto da questão de pesquisa em oito, nega em quatro e não percebe em dois.

Por exemplo, Alfa relata um caso onde um laboratório de análises clínicas oferecia 10% sobre a fatura de cada cliente que seu tio, médico e seu mentor, mandasse para lá fazer exame. Seu tio respondeu à proposta dizendo que nunca mais iria mandar fazer exame lá: “quando quero decidir o que vou pedir de exames, quero ter certeza que estou pedindo apenas o necessário”. Nesse relato, Alfa aponta, ao mesmo tempo, a atitude que considera eticamente correta diante da situação, e a maneira como aprendeu e consolidou a ética profissional que pratica até hoje. Para Alfa, o processo decisório do médico precisa ser protegido de qualquer interferência que possa comprometer a eficácia da ação terapêutica e causar dano ao paciente. Somente assim o cuidado médico estará eticamente garantido. Essa parece ser a forma de Alfa expressar um dos princípios fundamentais de todos os códigos de ética médica: “*primum non nocere*”.

Em outro momento, onde o relato de caso mostra o ‘conflito’, Alfa comenta que, quando o médico receita um remédio, está fortemente influenciado por um demonstrador do laboratório que veio até ele apresentar o produto, técnica e mercadologicamente. Entretanto, Alfa sublinha que esse mesmo laboratório comanda a pesquisa, faz a divulgação, promove seminários, desenvolve o marketing, vende e patrocina participação de médicos em seminários. Ele faz tudo. O viés resultante não é bom, mata a confiabilidade dos resultados apresentados.

Nessas condições, a decisão terapêutica do médico está fortemente condicionada pelos grandes interesses econômicos, presentes nos negócios com a saúde. Trata-se de uma ação de caráter estratégico da indústria farmacêutica, verticalizando pesquisa, produção, marketing, venda e criação de significado para os médicos.

Essa observação de Alfa sobre o controle estratégico que a indústria farmacêutica exerce sobre as alternativas terapêuticas elegíveis pelos médicos merece uma investigação mais aprofundada, do tipo: será que esse posicionamento estratégico do setor farmacêutico trabalha na direção dos interesses estratégicos dos planos e seguros de saúde?

Ainda dando respaldo à existência do ‘conflito’, Alfa observa que nos congressos científicos, patrocinados pela indústria farmacêutica, a maioria dos pesquisadores e expositores, está ligada a determinado grupo farmacêutico internacional. Raramente este fato é tornado público. Apenas muito recentemente esse cuidado vem sendo tomado em alguns fóruns. Nessas circunstâncias, Alfa entende que existe um viés indesejável de parcialidade na divulgação dos resultados de pesquisas. Em sua entrevista, Alfa relata seis situações onde o conflito é negado ou não percebido por ele,

apesar de todas as evidências de sua existência. Uma análise mais acurada mostra que essa circunstância ocorre sempre que a situação relatada acontece na prática cotidiana de Alfa, com seus pacientes. Para Alfa, tudo parece funcionar como se o conflito pesquisado existisse no contexto onde ele trabalha, mas não na sua prática profissional cotidiana. De certa forma, ele acha que conseguiu se blindar contra esse tipo de problema.

Os significados incluídos no código 'valores' têm grande abrangência e se aplicam a gostar de: justiça, ética, poder, aprendizado, reconhecimento, respeito, tranqüilidade, hierarquização de valores e "cuidado médico é mais importante que dinheiro".

Alfa refere-se pouco ao código de ética médica, reservando um espaço substancial para explicitar valores e crenças que sustentam seu código de ética pessoal. É esse código que utiliza para se orientar no exercício da profissão. Confessa que não se aprofundou muito nessas questões referentes ao código de ética médica. Nos casos que relata, deixa claro que a disponibilidade, por parte do médico, de um código de ética pessoal bem formado facilita o processo de escolha terapêutica, além de diminuir ou mesmo evitar o tipo de conflito mencionado na questão de pesquisa.

Uma das considerações de Alfa, sobre ética médica, aponta para sua dificuldade em conviver com as práticas que observa cotidianamente em alguns colegas de profissão. Ele testemunha os fatos, porém não manifesta sua indignação com veemência. Existe complacência com o fatalismo da situação.

Ao ser perguntado se os médicos percebem um conflito ético ou vêem apenas uma dificuldade econômica na questão de pesquisa, Alfa responde: "Não me aprofundei nessas coisas. Eu acho que não vejo muita preocupação com a ética médica; talvez de

alguns (médicos) ligados a universidades. Entretanto, creio que (esse tema) é um tópico básico”.

De um ponto de vista analítico fica a questão: se Alfa considera assunto importante, por que não se aprofundou? Não se aprofundou, mas conhece o suficiente para dizer que os médicos, de uma maneira geral, não parecem se preocupar muito com essa temática. Percebe o conflito, mas não se envolve ‘com casa de marimbondos’. Alfa desvia o seu comportamento pessoal e profissional do enfrentamento deste problema, com uma postura de compassividade em relação aos pacientes e fatalismo em relação aos colegas de profissão.

Um código expressivo bastante recorrente na entrevista com Alfa é ‘dinheiro’. Ele dá cobertura a vários significados, como, por exemplo: medida de esperteza em relação ao sucesso econômico do profissional; comprovação da existência da ambição, apontando para uma direção contrária à direção da ética; o dinheiro obedece a regras contraditórias em relação àquelas do cuidado médico ético.

Algumas posições de Alfa em relação à questão de pesquisa:

- a) Percebe a presença do conflito, quando ele se manifesta como problema sistêmico do setor de saúde;
- b) Nega ou ignora a presença do conflito, quando ele se manifesta nas relações profissionais cotidianas com seus pacientes;
- c) Os princípios morais, eticamente bem fundamentados, que venham a regular o comportamento individual, são uma boa orientação para o comportamento profissional do médico. Assim, complacência, compassividade e senso de missão constituem referências úteis para amenizar o conflito percebido;

- d) O interesse econômico das organizações e a ganância individual prejudicam a excelência do diagnóstico e a escolha do melhor caminho terapêutico.

2. Entrevista com Beta

Beta trabalha em consultório particular, como clínico e especialista, e como gestor de serviços de saúde no SUS, onde presta serviços há mais de 30 anos. A partir de sua entrevista foram gerados 17 códigos denotativos de significados relevantes. Dentre os mais recorrentes destacam-se: ‘conflito’, ‘ética médica’, ‘ética e moral pessoal’ e ‘escolha’.

O código denotativo mais recorrente na entrevista de Beta é ‘ética médica’. Ele remete sempre para um comportamento justo e compassivo, tal como preconiza o código de ética da profissão, em sintonia com a norma social e cultural. Os casos relatados, nos quais esse código ganha relevância, apresentam estrutura narrativa arquetípica: existe um comportamento socialmente esperado, alguém que se desvia desse comportamento movido pela ganância, imoralidade ou amoralidade e alguém tenta, quase sempre sem resultado, colocar as coisas na direção certa. Em um relato, pelo menos, a ‘ética pessoal’ aparece como remédio ou corretivo para desvios da ‘ética médica’.

Beta percebe com nitidez o conflito decorrente do encontro da corrupção funcional no serviço público de saúde com as demandas da população, carente de cidadania. Em relato emblemático, menciona um problema que viveu ao assumir a direção de um posto de saúde, numa área de periferia urbana, nos seguintes termos: “eu tinha de saber o que estava acontecendo de irregular naquele posto. Já sei! Vou pegar informações na comunidade local. Aí, chamei um tal de Tião Paulão e falei: agora

não sou diretor de posto, sou apenas um médico. Fui entrando por baixo. Daí ele abriu: tem médico que vem com uma sacolinha na mão, chega às oito horas, às nove e meia horas vai embora; tem medo de atender. O cliente diz: ele é dermatologista, mas nem encosta o dedo na gente. É verdade, eu digo. Tem um aí que faz poupança pra ligadura de trompa. A cliente chega, ele vê em que mês está, divide a tal muamba por mês e tem que dar todo mês. Custa três mil pra fazer isso e ele opera em uma Maternidade pública, que é do município. Olha aqui o recibo”.

Esse foi o tipo de conflito vivido e percebido cotidianamente por Beta, ao longo de sua carreira, como médico do serviço público. Ele manifestou, por meio de expressões faciais, gestos e interjeições, sua indignação com os fatos que testemunhou, contando de sua frustração com o resultado pífio das providências administrativas e jurídico-institucionais empreendidas. Dessa experiência, Beta relata, com decepção: “Então, chega uma hora que dá vontade de desistir, fazer vista grossa. Quando eu assumi a direção do AP, que hoje é o hospital RL, tinha um médico que cobrava 500 reais para liberar a cirurgia de catarata. Isso para tirar daquele pessoal pobre, que juntava aquele dinheirinho com o maior esforço. O que ele fazia? Pegava a carteira de identidade do usuário e dizia: Eu só libero depois que me pagar. Aí, ele levava para a clínica dele. Ladrão, ladrão mesmo!... Instruí o processo administrativo, abri uma comissão de sindicância, anexei uma carta mostrando o que ele tinha feito e abri um processo na Polícia civil e outro no Conselho Regional de Medicina contra ele, apresentei uma testemunha, vítima dele. O delegado me chamou depois e disse que a testemunha tinha recebido uma grana do médico. Iria depor a favor dele, dizendo que tudo tinha sido um equívoco. Então, o processo no Conselho não existiu, porque ela retirou a denúncia. E o processo institucional correu, correu, correu e até hoje está

correndo, está por aí mesmo. Não aconteceu nada. Essa é a grande diferença entre o serviço público e serviço privado... O que comanda o serviço de saúde privado é a caneta do dono do negócio. Sou dono do hospital, você trabalha lá, e não estou gostando do seu comportamento, vou demiti-lo hoje, e demito mesmo. Acabou. Se algum atrevido me perguntar por que fiz assim, eu pergunto de volta: Quer ir junto? Vai embora!... Entretanto, se eu sou o diretor de um hospital público, o que posso fazer com quem está se comportando mal? Nada. O que comanda o Serviço Público de Saúde é o estatuto. O estatuto permite demissão? Não? Então não pode demitir, a Lei não permite. É outra regra. O cara pode ser imoral, amoral, antiético e, por vezes, agir de forma ilegal, mas pouco se pode fazer para punir ou corrigir”.

O ‘conflito’ identificado, nos padrões da entrevista de Beta, aponta para dois temas: (a) a identificação de práticas micro-regulatórias utilizadas por alguns médicos, que pedem exames complementares para diagnósticos com objetivo apenas de participar do percentual de faturamento; (b) há internações irresponsáveis para faturar. Isso tem e muito. A todo o momento, mandam pessoas para o CTI, simplesmente para faturar. E aí você começa a perceber uma casa de saúde, onde o índice de infecção hospitalar é alto, porque você não tem tempo de investigar e estudar as causas. A comissão de controle de infecção hospitalar não lhe atende também. Então, o que está acontecendo agora são as cirurgias de vídeo-laparoscopia. O paciente é operado na casa de saúde particular, infectado com uma micro-bactéria e quem paga o tratamento é o governo! “Custa ao governo, em média, seis mil reais cada paciente que chega infectado a um hospital do SUS”.

Nos casos relatados, Beta não descreve condições de conflito tal como se propõe na questão de pesquisa. As questões cotidianas que Beta identifica como sinais

de conflito, no campo profissional, envolvem, principalmente, desvios de conduta que vão desde irregularidades administrativas até crimes contra o patrimônio, contra o indivíduo e contra a cidadania. Quando as relações sociais estão esgarçadas pela corrupção de costumes e pela impunidade, as preocupações com princípios éticos e conduta moral são ofuscadas pelo cuidado com questões de justiça e legalidade. Por isso, Beta está num estágio mais básico de preocupações.

De um ponto de vista mais afastado do cotidiano, Beta percebe o conflito na sua dimensão sistêmica, observando que: ...”quando você entra na faculdade, vê apenas um lado da medicina, que é o lado curativo; o lado de vender remédio; fazer diagnóstico para recomendar remédio. Depois você amadurece, começa a ver o outro lado da medicina, o lado da prevenção da doença. É quando você começa a perceber o quanto fazem a gente de joguete dentro da escola. Lá, te ensinam simplesmente a diagnosticar e vender remédio. Então, você vê essa situação lastimável da saúde no País e passa a estudar mesmo o que é que esta acontecendo. Quando você está na faculdade, você passa cinco anos e meio estudando: como é que a doença aparece, como é que diagnostica e como é que você trata. E você estuda, só por três ou quatro meses, como prevenir a doença. Essa é uma questão que precisa ser pensada! Tanto é que a cadeira de Medicina Preventiva, como a gente chamava, foi, assim, um rio que passou em nossas vidas, né?”.

Ao longo de sua entrevista, Beta revela seu compromisso missionário com a prática da medicina, orientada mais para a prevenção da doença do que para a cura depois que ela se instala. Demonstra sua adesão a uma perspectiva sistêmica e holística da fisiologia humana, recusando-se a tratar exclusivamente de uma doença em detrimento do doente. O código de ética que sustenta sua prática profissional é de

natureza pessoal, ainda que resguarde com zelo alguns artigos do código de ética médica ligados á compassividade e sacralidade do ser humano. Beta não vincula nem relaciona o ganho financeiro advindo do exercício da profissão ao compromisso ético, de cada médico, na garantia de sua total dedicação ao bem estar do paciente.

Algumas posições de Beta em relação à questão de pesquisa:

- a) Não faz referência ao conflito entre princípios econômicos do negócio da saúde e a ética do cuidado médico, na sua relação com o trabalho. Relata casos emblemáticos de conflito entre a ganância financeira de alguns médicos e suas responsabilidades como agentes do governo e funcionários do estado. Portanto, não identifica, no seu ambiente de trabalho do setor público de saúde, o problema da questão de pesquisa;
- b) Acredita que princípios éticos pessoais são de grande valia como orientação na prática da medicina;
- c) Identifica impactos do conflito mencionado na questão de pesquisa, no tipo e na qualidade de ensinamento que é ministrado com prioridade, nas escolas de medicina;
- d) Classifica como causas mais importantes dos conflitos em sua área de trabalho o descontrole administrativo, a má gestão da coisa pública e a impunidade institucionalizada.

3. Entrevista com Gama

Gama pratica medicina em consultório e sala de cirurgia, como especialista, e mantém uma parceria com outros médicos em clínica de sua propriedade. Portanto, explora e administra negócio próprio na área de saúde. A entrevista de Gama gerou 11

códigos denotativos de significados, fartamente distribuídos pelos padrões discursivos escolhidos. Os quatro mais recorrentes foram ‘negócio’, ‘dinheiro’, ‘ser médico’ e ‘emoção’. Os sete códigos restantes parecem formar um pano de fundo sobre o qual se pode visualizar como Gama percebe o problema formulado na questão de pesquisa.

‘Negócio’ incorpora vários significados, revelando seu papel enquanto bússola orientadora de escolhas e ações, tanto pessoais como profissionais. Sob a égide do ‘negócio’, Gama se refere ao ato da negociação de interesses, à possibilidade de ganhos pessoais de diversas ordens, aos ganhos financeiros oriundos do exercício da profissão e da administração da empresa que possui, ao poder presente na negociação, à força que emana da profissão do médico quando lida com a saúde, com a vida e a morte, bem estar, etc. O negócio é visto como uma condição estrutural na vida em sociedade. As trocas entre indivíduos e entre esses e as organizações sociais são complexas apenas quanto aos processos, não quanto aos seus objetivos. Os objetivos válidos do negócio são dois: (a) obter a maior satisfação possível para os *players* e (b) garantir lucro ou vantagem para aquele que detiver o poder de controlar a negociação.

Essa visão estrutural permite estabelecer regras relativamente simples para julgar o acerto de decisões e a justiça das ações, do ponto de vista de uma ética comercial de natureza finalista. Além das vantagens operacionais evidentes desse modo de formar juízo sobre os fatos sociais, existe um ganho adicional que consiste em transformar a questão de pesquisa da dissertação em uma falsa questão. Vantagem, porque significa menos uma questão “difícil” para pensar. Como Gama afirma “médicos têm pouco tempo para pensar” (em algo que não seja exigido pela prática médica objetiva).

O código 'negócio' pode incluir, em seu amplo escopo, todos os outros códigos expressivos. O negócio pode se referir a qualquer transação de interesses, de forma válida e aceitável, desde que não se afaste dos objetivos acima mencionados. Dessa forma, não existe espaço de contradição como sugerido pela questão de pesquisa. Na verdade, nessa ótica, não há contradições entre princípios de epistemologia diversa, mas apenas ineficiências negociais. Quando as coisas não funcionam bem, o contencioso não está em algum paradoxo ético-econômico e sim nos *players* que não conhecem o *ethos* negocial.

'Dinheiro' aparece de forma recorrente, associado ao código 'negócio'. Seja como reserva de valor ou como veículo de trocas, o dinheiro é visto como algo a ser perseguido com denodo e obediência às regras estabelecidas. Ele significa usufruto da liberdade e possibilidade de ultrapassar limites. Além desses significados cotidianos, o dinheiro é percebido como algo que ultrapassa a simples remuneração ou retribuição salarial, assemelhando-se a uma medida de eficácia empresarial.

Em uma parte de seu relato, Gama comenta o fato de alguns médicos receberem participação percentual na fatura de remédios comprados por seus pacientes, da seguinte forma: "Acho razoável que a farmácia te comissione pelo remédio que teu paciente comprou nela, indicado por você. Penso que, se você está fazendo um negócio que contribui, que vá melhorar em qualidade e preço para o paciente, maravilha. Mesmo que nisso você esteja ganhando uma parte. Ele ter um bom remédio (eficaz) e um bom preço, é o objetivo. O que não vale (eticamente) é você prescrever remédios desnecessários pra poder faturar e indicar farmácias que não são boas, pra poder aumentar sua receita".

‘Ser médico’ aponta para vários compromissos e faculdades, destacando-se: meio para configuração de identidade, meio de vida, ter *status* social superior, prestação de serviços, atividade técnica e definição profissional.

Para adequar o código de ética negocial, que abraça, aos significados de ‘ser médico’, Gama trata ‘emoção’ de forma quase anti-séptica. Ele abrange significados discursivos que sugerem: não entrar em contato com a emoção; minimizar o impacto da emoção em processos e decisões; controlar sistematicamente as emoções; considerar a emoção como distração do foco nos objetivos; tratar a emoção como indício de fraqueza e a ausência da emoção como prova de força.

Esse cuidado de articulação firme entre as três bases que servem de sustentação a seus comportamentos profissionais e empresariais (negócio, dinheiro e ser médico) cobra uma contrapartida a Gama. A esterilização da emoção o coloca distanciado da compassividade que inspira o código de ética médica. Isso não significa que Gama não tenha um comportamento profissional ético consistente, em conformidade com as expectativas que prevalecem no século XXI. Significa apenas que ele parte de outra hierarquia de valores e de outros princípios orientadores de comportamento.

No pano de fundo onde Gama demonstra sua percepção dos temas que interessam à questão de pesquisa, destacam-se três códigos expressivos, com nível de recorrência semelhante: ‘responsabilidade’, ‘ação’ e ‘qualidade de vida’.

A ‘responsabilidade’ se refere sempre ao compromisso com alguma regra que deve ser cumprida, para que tudo funcione bem e com os valores sócio-culturais que declara utilizar. Apesar de se orientar, no processo decisório profissional, por uma ética teleológica com base nos objetivos do ‘negócio’, Gama age em conformidade com as

regras que ele reconhece válidas. Sua prática cotidiana é deontológica. Por isso, a 'ação' é muito valorizada. Sua finalidade é a obtenção resultados. A ação se opõe ao pensar e ao sentir, percebidos como perda de tempo, no mundo dinâmico dos negócios. A 'qualidade de vida' se apresenta nos padrões discursivos associada à possibilidade de ganhos com menor esforço, a viver estimulado por desafios, à economia de energia no agir, ao fazer com prazer e, principalmente, a auferir vantagens que não se refiram nem ao ganho monetário nem à boa prática médica. O ganho monetário é prova de *expertise* no negócio e a prática de qualidade, a garantia de sobrevivência em um mercado competitivo.

Algumas posições de Gama em relação à questão de pesquisa:

- a) Gama não a reconhece como real ou importante. O verdadeiro problema está na incapacidade das pessoas e das organizações que trabalham com a saúde, na administração de processos e na obediência às regras que regulam, naturalmente, o mundo dos negócios. Negócios e prestação de serviços médicos não têm áreas importantes de conflito na intersecção da prática da medicina com a prática dos negócios;
- b) Gama privilegia um conjunto de princípios fundamentados numa ética de negócios. Isto lhe permite ignorar e, eventualmente, negar a questão de pesquisa. Acredita que tal postura pessoal pragmática e funcionalista traz benefícios para a velocidade do processo decisório, para a eficácia no atendimento aos clientes e para o sucesso do negócio;
- c) Utilizando esse conjunto de princípios, Gama busca o sucesso empresarial. A eficácia, a eficiência e a qualidade dos serviços médicos passam a ser percebidos como atributos necessários à sobrevivência do negócio. A postura

intelectual é científica, a métrica de avaliação é econômica e o instrumental de ação, tecnológico.

4. Entrevista com Delta

Como empresário, atuando no negócio da saúde, e como profissional médico, praticante da medicina curativa e preventiva, Delta oferece um diagnóstico claro sobre a situação da saúde no Brasil, reconhecendo a existência de impropriedades funcionais, conflitos de interesses, ineficiências e ineficácia no sistema de saúde brasileiro. Ao longo de sua entrevista, nomeia os atores envolvidos e suas responsabilidades, as estruturas operacionais e suas carências, bem como o sistema institucional e suas deficiências. Entretanto, não reconhece o problema da forma como é colocado na questão de pesquisa.

Para Delta não existe conflito substancial entre os comportamentos profissionais sancionados pelo código de ética médica e os princípios econômicos que precisam prevalecer no negócio da saúde. Ele acredita que os conflitos entre os que participam do sistema de saúde, incluindo-se aí a díade médico–paciente, se devem a: (a) assimetria gritante de poder econômico entre os atores que estruturam o sistema de saúde; (b) insuficiência e ineficiência das instituições reguladoras para administrar, com justiça, os interesses subjacentes a esses poderes; e (c) incapacidade política do Estado para cumprir suas obrigações constitucionais em relação à saúde pública.

Nos padrões relevantes extraídos da entrevista destacam-se quatro códigos denotativos de significados com recorrência expressiva: ‘política’, ‘investimento’, ‘remuneração’ e ‘intermediário’.

A 'política' aponta, simultaneamente, para três vertentes de entendimento: (a) a obrigação do Governo no estabelecimento de propósitos e rubricas orçamentárias válidas para a saúde; (b) a arbitragem da luta de interesses entre os *players* do negócio da saúde; e (c) os desvios de comportamento na gestão dos recursos públicos. Nessa última direção, Delta analisa uma situação emblemática quando o Governo coloca as operadoras como anteparo na relação entre a população e o acesso ao serviço de saúde.

Ao fazer essa opção, sem os controles necessários, o Estado se livra do ônus de investir para atender suas obrigações constitucionais, porém deixa sem proteção contratual os usuários dos serviços de saúde, bem como os médicos e prestadores de serviço de saúde, de um modo geral. Estes últimos exercitam seus direitos de forma proporcional ao poder econômico que manifestam no sistema. Nessas circunstâncias, existe uma tendência de as operadoras (planos e seguros de saúde) aumentarem suas mensalidades ou prêmios de forma abusiva, para compensar seus elevados custos e o aumento natural dos riscos de sinistralidade, em populações com idade média crescente. Dessa forma, existirá o risco de que parte dos 40 milhões de usuários de classe média migre dos planos de saúde para os serviços públicos de atendimento. Esta é uma direção oposta àquela que o Estado brasileiro vem implantando. Trata-se, portanto, de uma ameaça de caráter estratégico, em relação ao sistema de saúde, que precisa ser administrada por todos os atores intervenientes, com uma regulação efetiva do Estado.

O 'investimento' dá cobertura a uma condição operacional que permite a realização da boa prática médica. Ele é fundamentalmente percebido como uma responsabilidade do Estado. "Os recursos para investimento não são uma questão de

ética médica, mas sim de política pública”. Em vários padrões discursivos, Delta relata limitações no atendimento à população e aponta para a remuneração média dos médicos, em decadência. No seu julgamento, a causa principal dos conflitos resultantes desses problemas é o investimento insuficiente do Estado.

Sob o código ‘intermediário’ Delta se refere, de forma pejorativa, aos planos e seguros de saúde que atuam prejudicando o desenvolvimento de uma boa relação médico-paciente e, conseqüentemente, da qualidade do atendimento. Planos e seguros foram criados por delegação inadequada do poder público, quando transferiu suas atribuições constitucionais em relação à saúde a grupos não qualificados, sem constituir fiscalização e regulação eficaz. O resultado, na ponta do atendimento médico, é que o usuário que paga o plano se sente mal atendido, porém ainda assim, tem acesso a serviços não disponíveis na rede pública. Além do beneficiário final, também os médicos e prestadores de serviço transferem, compulsoriamente, parte de sua renda para esses intermediários que utilizam cláusulas abusivas em seus contratos de associação.

Para Delta a ‘remuneração’ tem significado claro e objetivo: trata-se de todo pagamento ao profissional médico relativo à prestação de seus serviços. Nessa perspectiva, o exercício da medicina é uma das muitas maneiras de se ganhar a vida. Se alguém com conhecimento, talento e prazer no que faz atende a contento uma demanda da sociedade, deve ser remunerado nessa medida. A prática da medicina é profissional e não missionária. O sentido missionário pode ser adicionado à prática médica, porém não é um atributo primário da medicina. A remuneração, portanto, dá medida do valor social do médico.

Com recorrência média nos padrões expressivos, os códigos 'médico', 'lucro', 'valor' e 'estudo' revelam uma orientação voltada tanto para a visão empreendedora do empresário, como para a eficácia do cuidado médico, característico da profissão. Delta relata muitas situações e tendências onde o código 'médico' aponta sempre para uma vítima do sistema de saúde, tal como ele se encontra estruturado atualmente. Essa condição se revela nos salários aviltados; na remuneração de serviços estabelecida pelos convênios, que é sempre menor; na vulgarização da profissão em termos de *status* social; e na desumanização dos vínculos entre médico e paciente.

O 'lucro' é mencionado como condição tecno-econômica necessária para sobrevivência de qualquer negócio em um sistema capitalista e, também, como benefício adicional, além da remuneração justa devida ao profissional médico. O médico especialista que serve de apoio a todo o sistema de negócios em torno da demanda pela saúde deve, segundo Delta, ter uma participação mais expressiva nos 'lucros' auferidos pela cadeia verticalizada de negócios. Nesse aspecto, está se colocando como profissional médico, prestador de serviços a seus clientes.

O 'valor' refere-se a uma relação dinâmica com o mundo objetivo. Delta privilegia crescimento e progresso econômico como indicador de sobrevivência na arena dos negócios. Assim, está se colocando como empresário e administrador de empresa.

O 'estudo' denota, para Delta, a condição básica de garantia para o crescimento, o progresso social e econômico. É também por meio dele que o médico pode assumir conscientemente suas responsabilidades com a eficácia e a qualidade do atendimento ao cliente. A satisfação profissional reside na comprovação de que o estudo realizado colocou o médico na direção do diagnóstico e da terapia corretos. Nesse sentido, o código 'estudo' pertence também ao rol de significados do código 'valor'.

Algumas posições de Delta em relação à questão de pesquisa:

- a) Reconhece a existência do conflito, porém não lhe atribui importância significativa. Entende que não apenas esse problema, como todos os outros que afligem o sistema brasileiro de saúde, radicam suas causas na inapetência do Estado em relação às suas atribuições constitucionais com a saúde, nas instituições mal definidas e mal estruturadas e na gestão perversa dos recursos públicos.
- b) Entende que tanto o paciente como os médicos e prestadores de serviços de saúde privados são vítimas da incompetência administrativa e da intervenção política perversa do Estado brasileiro em relação às questões da saúde.
- c) Aponta preconceito do Estado em relação às iniciativas de investimento privado em empreendimentos de negócios ligados à saúde. O preconceito se refere à questão do lucro, quando existe interface entre o privado e o público.

5. Entrevista com Epsilon

Epsilon pratica medicina clínica trabalhando apenas como plantonista em hospitais públicos e como médico de família em projetos governamentais. Não trabalha como autônomo e atende clientes particulares apenas em casos de emergência, quando não há alternativa de socorro. Quando isso ocorre, confessa grande dificuldade em estabelecer preço para o atendimento.

Epsilon foi econômico e objetivo em sua entrevista. Relatou poucos casos representativos de sua vivência profissional cotidiana. Colocou-se como depoente cuidadoso e neutro em suas respostas aos estímulos da entrevista semi-estruturada. Manteve sempre as emoções recônditas, exceto quando se referiu a situações cujos

significados foram identificados como pertencentes aos códigos 'dinheiro', 'reconhecimento' e 'salário'. Nesses momentos, expressou ansiedade e incômodo por meio de hesitações na resposta, respiração profunda e expressões de enfado.

Quando questões referentes a dinheiro são mencionadas por Epsilon, apontam para distorções na relação do médico com sua prática profissional. Epsilon observa que, para alguns médicos, o principal objetivo profissional é o dinheiro. Classifica esse tipo de profissional como *dinheirista*, porém ressalva não ser essa uma postura exclusiva da medicina. Pertence à humanidade.

Refere-se à realização profissional como um sentimento decorrente do próprio exercício da medicina que pratica como médico intensivista em unidade hospitalar pública e como médico de família, contratado por uma prefeitura. Em suas palavras: “São pequenas batalhas, pequenas vitórias cotidianas e consecutivas. São pequenas, mas acho que você melhorar a qualidade de vida de alguém e receber um elogio, todo dia (é muito gratificante)...” A recompensa financeira que recebe é estável, como também seu trabalho e incorpora, essencialmente, seus salários em vários hospitais. Comparada com a média dos salários no Brasil considera uma boa recompensa. A escolha que fez de sua relação empregatícia o afasta das pressões e interferências que poderia sofrer se trabalhasse com empresas que visam lucro, no negócio com a saúde. Isso lhe dá uma sensação de autonomia terapêutica e conformidade com sua visão de ética profissional.

O tipo de relação de trabalho escolhido por Epsilon lhe facilita seguir os princípios éticos que adota e praticar uma medicina humanitária, porém o afasta dos dilemas presentes na questão de pesquisa. Em sua entrevista, Epsilon não reconhece, com detalhes, as dificuldades relacionais entre médicos, seguros de saúde, planos de

saúde, cooperativas de médicos, Agência Nacional de Saúde e beneficiários associados, pois esse não é seu espaço de atuação profissional. Quando fala a respeito do conflito entre ética médica e princípios econômicos, refere-se exclusivamente às restrições orçamentárias nas organizações governamentais, que limitam o uso de terapias e medicações de custo mais elevado.

Por intermédio de terceiros, tem conhecimento de que alguns colegas já viveram experiências profissionais, nas quais interesses econômicos amparados por necessidade de lucros nos negócios interferiram na boa prática do cuidado médico.

Algumas posições de Epsilon em relação à questão de pesquisa:

- a) Reconhece a existência do problema da questão de pesquisa, mas alega não vivenciar esse tipo de dilema em seu espaço de trabalho e busca ativamente manter sua prática afastada desse problema.
- b) Para ele, a qualidade do atendimento médico não pode estar atrelada à quantidade de dinheiro que ela pode gerar. Considera essa proposição essencialmente verdadeira e, com ela, evita viver o conflito de que trata a questão de pesquisa.
- c) Em sua opinião, as posturas humanitária e altruísta são qualidades primárias da prática da medicina.
- d) Em sua visão, a ética pessoal compassiva é tão necessária quanto o conhecimento da medicina, para a sua boa prática.
- e) Entende que os convênios de saúde induzem os médicos credenciados a diminuir o tempo de consulta para aumentar suas receitas. Os conveniados recebem atenção mais desumanizada e diagnósticos mais estatísticos do que individuais. No curto prazo, a categoria dos médicos se vulgariza; no médio

prazo, os convênios perdem sustentabilidade. Esse é um problema estratégico para os *players*.

6. Entrevista com Iota

Iota pratica medicina como clínico e especialista, em seu consultório; e em hospitais particulares, como profissional autônomo. Atende em hospital da rede pública estadual e atua na área acadêmica como pesquisador e professor em universidade federal.

Em sua entrevista, foi possível gerar 18 códigos expressivos de significados, dentre os quais cinco se destacam pela sua recorrência e abrangência, a saber: 'responsabilidade', 'conflito', 'ética médica', 'política' e 'valores'.

A cobertura do código 'responsabilidade' é utilizada em uma grande variedade de situações pessoais e profissionais, revelando sua importância *prima facie*, na forma pela qual ele julga e age nas situações em que participa. Iota deixa claros três princípios para orientação da prática médica: (a) a missão da medicina é prevenir a instalação da doença, curar aquele que se sente doente e contribuir para a sensação de bem estar da pessoa humana; (b) o médico é o principal instrumento para realização dessa missão e o cliente ou paciente, a razão de ser da medicina; (c) a díade médico-paciente deve ser o fundamento de todo arcabouço institucional e organizacional do serviço de saúde.

Iota explicita esses princípios em afirmações, juízos e observações que revelam significados, como por exemplo: mesmo que haja interveniência de planos de saúde ou terceiros na relação médico-paciente, essa relação é de plena responsabilidade do médico; para o plano de saúde cumprir com qualidade seu papel, o médico tem que ter

segurança profissional; responsabilidade e competência técnica são os fundamentos da profissão; o sucesso da ação terapêutica depende também do estabelecimento de comunicação empática com o paciente e sua família e do reconhecimento, pelo médico, de sua responsabilidade nesse processo; responsabilidade é essencial.

Ao privilegiar, em seu discurso, a noção de responsabilidade e autonomia de juízo profissional embasado na competência, Iota coloca as duas condições necessárias para reconhecimento dos dilemas éticos e da necessidade inalienável de um código de ética profissional. Quando se refere especificamente ao código de ética médica, em várias situações relacionais, Iota afirma a necessidade de obediência aos seus artigos e ao princípio fundamental: "não se pode causar dano ao paciente, em nenhuma hipótese". Informa, ainda, que o médico deve ter intimidade com as virtudes e vícios do ser humano, desenvolvendo, em si mesmo, compassividade, empatia e aceitação das diferenças.

O conflito, tal como sugerido na questão de pesquisa, é negado por Iota. Ele percebe o conflito na área da saúde e não no processo decisório do médico, quando formula sua recomendação terapêutica. Ele descreve o conflito de maneira bastante genérica, como uma incompatibilidade entre as necessidades de saúde da população e interesses econômicos. Iota não concorda com a existência de conflito significativo entre os princípios econômicos do negócio da saúde e os princípios da ética médica, na decisão terapêutica. O conflito não se dá por causa de princípios, mas devido a processos mal elaborados e mal conduzidos pelas partes envolvidas.

Iota utiliza o código expressivo 'política' para se referir ao poder do Estado de traçar estratégias e implantá-las no setor de saúde. Entende que o responsável pelas condições de qualidade do atendimento médico é o Estado. Essa responsabilidade se

estende por toda infra-estrutura institucional, física e organizacional do sistema de saúde brasileiro. Assinala, entretanto, que as ações de Governo na área de saúde, historicamente, têm sido orientadas por interesses subalternos e espúrios, incompatíveis com os princípios éticos e direitos de cidadania que devem orientar a atividade.

Quando se refere a valores, no sentido sociológico do termo, Iota se coloca de forma pragmática e utilitarista. Procura identificar o que existe de positivo socialmente no sistema de saúde, para utilizar na direção do cumprimento de sua missão institucional. Assim, valoriza significados como: é preciso ser útil, para melhorar o atendimento à saúde; os planos de saúde constituem uma solução válida para viabilizar atendimento médico à população. É claro que será atendimento de massa e impessoal; com relação aos planos de saúde, valoriza o que é útil, enxerga o que é possível e recomenda o que é viável; medicina é compromisso com a missão: prevenir, curar e salvar. Não é mercadoria, apesar de ter valor comercial.

Algumas posições de Iota em relação à questão de pesquisa:

- a) Não reconhece importância causal no conflito que se levanta na questão de pesquisa. Entende que o conflito se dá, principalmente, pela inadequação da infra-estrutura, das políticas, dos recursos e dos processos do setor de saúde em relação às demandas da sociedade, nesse campo.
- b) Valoriza a ética profissional e a responsabilidade como condições indispensáveis para o exercício de medicina de qualidade.
- c) A medicina é uma ocupação social muito diferenciada de todas as outras. O médico é, ao mesmo tempo, um prestador de serviços e um zelador da dignidade humana.

- d) O exercício da profissão de médico precisa ser uma atividade missionária, orientada por valores éticos, busca de conhecimento e prazer de atuar.

7. Entrevista com Ômega

Ômega trabalha como médico especialista e como gestor em hospitais das forças armadas brasileiras. Não exerce medicina em consultório, pois sua especialidade não se coaduna com esta prática. A partir de sua entrevista foram identificados 12 códigos expressivos de significados, dos quais, os mais recorrentes foram: 'honestidade', 'recursos', 'responsabilidade' e 'experiência múltipla'.

Para Ômega, a honestidade é uma qualidade primária para o exercício da boa medicina. Ao longo da entrevista ela dá cobertura a uma grande variedade de atitudes e ações que precisam ser reguladas por exigências de justiça nas decisões, seriedade nos propósitos e virtudes pessoais na busca por qualidade de atendimento.

Com base nesses princípios de ética pessoal, Ômega se coloca em relação à questão de pesquisa associando seus conhecimentos profissionais da prática cotidiana, sua longa experiência como gestor de recursos escassos e uma inclinação pessoal para aceitar desafios profissionais. Para ele, o conflito sugerido na questão de pesquisa não tem relevância significativa. O verdadeiro problema da saúde no Brasil está relacionado a questões de natureza estrutural do próprio sistema, a processos mal elaborados e sem controle efetivo, à má gestão de recursos e processos, a políticas mal formuladas, à corrupção endêmica e, fundamentalmente, à desconsideração de valores e princípios econômicos que precisam estar presentes nos empreendimentos, sejam eles públicos ou privados.

O código 'honestidade' incorpora vários significados, referindo-se a posturas e ações em praticamente todas as esferas de interesse do setor da saúde. Alguns desses significados, Ômega os explicita sob a forma de proposições e comentários envolvendo noções de justiça, confiança, competência, seriedade, virtude, comprometimento e verdade. Por exemplo, nos temas identificados, ele manifesta, entre outros, os seguintes significados para honestidade: (a) a qualidade do atendimento médico passa pela boa gestão administrativa e honesta de recursos; (b) o médico precisa intervir para conseguir boas condições de tratamento; (c) com boa administração, visando o cuidado médico, é possível ter lucro com a medicina, sem conflito; (d) quando o médico cuida e é honesto, é bom gestor (tanto no cuidado, como no custo), não há conflito; (e) dinheiro é uma condição para a boa prática médica. A honestidade e um bom conhecimento administrativo, também. Não é o lucro que prejudica a boa prática, é a ignorância e a desonestidade; (f) a má gestão dos recursos é que interfere na qualidade do serviço médico.

Em nenhum momento Ômega se refere explicitamente ao código de ética médica ou a qualquer um de seus artigos. Entretanto, deixa claro que, sem comportamentos ancorados em valores éticos pessoais, consistentes e estruturados, não é possível se fazer medicina de qualidade. Tomando esse princípio como tácito, aponta para a dificuldade dos médicos brasileiros em considerar as questões referentes a preço e custo e em estender os princípios de economia básica tanto aos processos técnicos quanto aos administrativos. Comenta que essa problemática parece alheia aos médicos, no que se refere à sua especialização profissional. Esse alheamento acaba por submetê-los à tirania de laboratórios farmacêuticos, a contratos de prestação de serviços perversos e a intermediários de vendas de equipamentos, produtos e serviços.

O código 'recursos', um dos mais recorrentes na entrevista de Ômega, abrange praticamente todo evento ou variável que possa ter participação influente em um atendimento médico de qualidade. Ele se refere, sem nomear, aos recursos empresariais clássicos, tais como humanos, financeiros, administrativos, físicos e mercadológicos, porém coloca em destaque: medicamentos, equipamentos, cuidado com o desperdício, remuneração, lucro no negócio da saúde, *expertise*, conhecimento, poder político.

A visão dessa realidade complexa e transdisciplinar encaminha Ômega para soluções de otimização de recursos, racionalização de processos e planejamento de ações, tanto na prestação do cuidado médico como na administração da infra-estrutura organizacional. Trata-se, portanto, de uma perspectiva teórica que abre um leque de oportunidades de interferência na realidade, aparentemente mais rico do que o conflito mencionado na questão de pesquisa.

O compromisso para com o resultado de suas ações se coloca para Ômega em dois princípios: (a) o médico é responsável pelo bom atendimento do paciente e (b) o médico tem que conhecer bem as leis e os códigos que interferem em sua atividade.

Dentro de sua visão pragmática e funcionalista dos problemas da área da saúde, Ômega utiliza o código 'experiências múltiplas' com grande recorrência, para mostrar a necessidade de experiências diversificadas no exercício da medicina. Não basta uma especialização técnica profunda e limitada em determinado campo do conhecimento médico. São necessárias habilidades e experiências em outras áreas do saber e da competência humana.

Algumas posições de Ômega em relação à questão de pesquisa:

- a) Considera a questão de pesquisa uma pergunta cuja resposta não suscita outras questões estimulantes, nem aponta caminhos de transformação da realidade percebida.
- b) Os problemas que se manifestam na área de saúde radicam em causas estruturais, envolvendo processos mal conduzidos, políticas mal formuladas, recursos mal aplicados, objetivos mal estabelecidos e desonestidade de propósitos em várias instâncias.
- c) A ética pessoal é a grande bússola para escolha das alternativas de ação terapêutica e de gestão
- d) Existe uma cultura profissional arraigada no meio médico que precisa ser modificada para se resolver o problema da saúde no Brasil.

8. Entrevista com Tzeta

Tzeta pratica medicina como clínico geral e especialista, em consultório particular, hospital público municipal e estadual. Utiliza recursos diagnósticos e terapêuticos da medicina alopática do mundo ocidental e da medicina chinesa. Dedicar um dia por semana de sua clínica particular para atender pessoas de baixa renda.

Prestou um depoimento vibrante, livre e apaixonado pela sua profissão e pela vida. Expressou-se com firmeza e espontaneidade sobre todos os temas ventilados na entrevista, fazendo questão de descrever circunstâncias, participantes e enredo das situações relevantes. Manifestou os estados de espírito e emoções vinculadas aos casos que relatou, demonstrando bom humor e compassividade, mesmo quando as lembranças não eram agradáveis.

Os códigos denotativos mais recorrentes no depoimento de Tzeta foram 'escolha', 'remuneração', 'ética pessoal', e 'conflito'. O exame das várias situações relatadas, sob a ótica dos conteúdos significativos, presentes nesses códigos, revela que Tzeta tem consciência completa do problema presente na questão de pesquisa. Ele percebe a escolha como um dos momentos mais difíceis e de maior responsabilidade no exercício da medicina. A 'escolha' de alternativas de diagnóstico desemboca na escolha de alternativas terapêuticas amparadas por um processo decisório muito complexo. Dele participam o conhecimento tecno-científico da profissão, as vantagens e desvantagens de cada alternativa, os desejos e anseios presentes e que precisam ser percebidos pelo médico, as oportunidades favoráveis que aquele momento oferece, as avaliações intuitivas nos espaços de incerteza e, finalmente, um conjunto de princípios de ética pessoal fundada na compassividade e no compromisso com o outro. A compassividade e o altruísmo constituem a base do código de ética médica, nos artigos de conteúdo afirmativo.

O código 'remuneração' aponta para recompensa pela prática profissional. Em torno dessa noção, Tzeta estabelece algumas condições operacionais específicas para relação entre remuneração e prática da medicina. Ela deve ser justa, isto é, corresponder ao elevado investimento do médico na sua formação e ao inestimável valor psicológico dos atributos humanos pelos quais é responsável: a saúde e o bem estar das pessoas. Por fim, alerta que o valor monetário que recompensa a prática não pode contaminar o valor ético do ato médico. A remuneração deve ser a que for possível; a prática profissional, a melhor possível.

Relatando casos exemplares, Tzeta ressalta várias noções presentes no referencial teórico, alertando: a remuneração pode ser um instrumento de

desqualificação profissional. Em um desses relatos, conta: “Quando fui pra Macaé disse: nunca mais vou trabalhar com um convênio. Não é só por causa da glosa sistemática e aleatória. É porque a gente tem que estar correndo no atendimento, ou então, ter dois horários. Tem médico que é assim: um cliente de convênio você marca pra daqui a seis meses, e o outro, o particular, marca logo. Eu não acho que isso seja legal. Eu atendo na Prefeitura igualzinho a como atendo no meu consultório particular. Atendo igual. Se tem que levar 40 minutos pra atender aquele infeliz ali, eu vou levar 40 minutos pra atender. Eu vou resolver a parada. Não vou fazer no chute porque é acesso público! E vou ter que atender todos ali. Mas você, quando assume isso, tem que ir lutando com a cultura instituída. É luta renhida.”

A ‘ética pessoal’ é uma opção de consciência e deve orientar comportamentos em todas as relações sociais, inclusive nas relações profissionais. Essa opção de livre vontade coloca limitações de remuneração, além daquelas que o próprio sistema de saúde impõe aos médicos. Tzeta observa que o código de ética médica é conhecido apenas superficialmente, por poucos profissionais, incluindo ele próprio, ainda que alguns pratiquem uma medicina fundada nos postulados éticos fundamentais do seu juramento profissional.

O ‘conflito’ presente na questão de pesquisa é percebido por Tzeta. Médicos têm, algumas vezes, objetivos profissionais diferentes dos objetivos das organizações e instituições de saúde. Tanto nos empreendimentos públicos como privados, os imperativos econômicos e políticos utilizam pressões de poder e, até mesmo, de corrupção, para ultrapassar orientações éticas de caráter pessoal e profissional. Planos e seguros de saúde, orientados estrategicamente por ganhos de curto prazo,

desumanizam a relação médico-paciente, favorecendo o enfraquecimento de princípios éticos pessoais e profissionais.

Algumas posições de Tzeta em relação à questão de pesquisa:

- a) Não apenas reconhece o problema ali delineado, como relata situações onde ele se manifesta, descrevendo práticas, atores e os fatores influentes presentes nos casos relatados.
- b) Os fatores influentes estão contidos nos quatro códigos denotativos que apresentam maior recorrência ao longo da entrevista: 'escolha', 'remuneração', 'ética pessoal' e 'conflito'.
- c) Tzeta atribui especial valor à ética pessoal. Entretanto, se coloca de uma forma diferenciada em relação ao assunto. Explica que a ética pessoal diz respeito a outras áreas da vida que não à área profissional. Ela não significa garantia de excelência profissional, porém representa uma opção de consciência que participa do processo decisório do médico. A opção pela ética pessoal no espaço profissional impõe limitações de remuneração que nem todos estão dispostos a assumir. Por outro lado, poucos conhecem o código de ética médica em detalhes.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.

5.1 CONCLUSÕES

Os médicos entrevistados consideram a escolha como um tema fundamental, tanto na vida pessoal, quanto no exercício profissional da medicina e da gestão na área de saúde. Os oito entrevistados se referiram, de forma recorrente a esse tema, ora como um tópico de preocupação e cuidado, ora como um conjunto de regras a serem obedecidas para se chegar a um resultado profissional de qualidade.

Eles declaram orientar-se mais por uma ética de caráter pessoal do que pelo código de ética médica, nas decisões profissionais. A maioria deles menciona pouco o código de ética médica, porém se refere aos princípios que orientam o juramento hipocrático, envolvendo noções de compassividade, compromisso missionário e sacralidade da dignidade humana do paciente.

Não mencionaram, com qualquer ênfase, os contratos de trabalho que regulam sua relação com seguros, planos ou cooperativas. Pode-se concluir que os mesmos são percebidos como mera formalidade burocrática e que, portanto, pode ser importante desenvolver estudos sobre o potencial regulador desses contratos.

Os médicos reconhecem a existência de práticas micro-regulatórias, tanto por parte dos planos e seguros de saúde, quando instituem glosas sobre o faturamento e estabelecem processos burocratizados, como pelos médicos credenciados, quando estes requisitam exames complementares nem sempre necessários para o aperfeiçoamento diagnóstico. Essas práticas são criadas com a finalidade de otimizar as respectivas receitas pelos *players*. Os custos daí decorrentes são suportados, no

curto e médio prazos, pelos clientes associados (pacientes). Percebe-se certa complacência dos médicos com relação ao tema.

Os entrevistados parecem ter dificuldade em se ver como membros de uma categoria profissional com fortes laços associativos. Demonstram individualidade marcante, em suas análises, não explicitando indignação importante com relação aos proventos aviltantes pagos, pelos convênios e seguros de saúde, a outros colegas de profissão. A vulgarização profissional e a perda de *status* social pelos médicos são percebidas e comentadas como se fossem um problema “dos outros”.

Esses profissionais têm a ética pessoal como referência para orientação de comportamento. Ela é percebida segundo várias perspectivas, destacando-se duas delas: (a) a busca de proximidade com as virtudes humanas, englobando justiça, sabedoria, conhecimento, compassividade, empatia, razão, desprendimento de valores mundanos, etc.; (b) a percepção da instrumentalidade da ética como meio para realizar um trabalho útil e de qualidade, ter sucesso pessoal, profissional ou empresarial, gerando alternativas razoáveis e plausíveis, para decisão tanto da escolha terapêutica como de gestão em saúde. A ética profissional formulada através do código de ética médica é pouco mencionada. Os poucos médicos que se referem ao código abordam mais os princípios que lhe fundamentam do que os artigos prescritivos individualizados.

Eles percebem situações de ‘conflito’ em suas respectivas áreas de atuação profissional. A maioria utiliza a palavra ‘conflito’ para identificar situações nas quais a finalidade da prática médica não foi atingida ou o foi precariamente. De um modo geral, os que partilham essa visão atribuem o conflito a causas estruturais, como instituições, políticas, processos, planos e gestão de políticas de saúde, mal formuladas ou mal implementadas. Nas visões mais simplificadas, o conflito é percebido como uma

alocação inadequada de recursos empresariais às necessidades de saúde da população. Alguns dos médicos com essa perspectiva conceitual negam a significância ou mesmo a realidade do conflito, tal como sugerido na questão de pesquisa, isto é, um paradoxo entre os princípios éticos que orientam a prática compassiva da medicina e os princípios de otimização econômica que orientam os negócios na área da saúde. Outros relatam casos vividos ou testemunhados, em que as condições que caracterizam o conflito estão explícitas, porém eles não conseguem percebê-lo com esse matiz. Estes consideram a questão de pesquisa uma pergunta cuja possível resposta não conduzirá a soluções comprometidas com um critério válido de verdade. Apenas um dos médicos declarou considerar essa questão válida, em seus termos, porque, segundo ele, sua investigação pode permitir lançar novas luzes sobre os fundamentos reais da crise na saúde que aflige o Brasil.

Com exceção de um dos entrevistados, não parecem ter uma visão clara do problema mencionado na questão de pesquisa, contraditando uma das suposições iniciais do projeto original.

Parece que se preocupam mais em definir o termo 'remuneração' como uma compensação justa pelo exercício da profissão. Percebe-se, em alguns, um cuidado excessivo em desvincular o aspecto econômico envolvido na remuneração de sua eventual influência na qualidade do atendimento médico. Naqueles que praticam atividades de gestão empresarial, o tema é visto com maior naturalidade.

Apenas três médicos se referiram explicitamente ao termo 'emoção', sendo que um deles com grande recorrência, falando sobre a dificuldade para se lidar com as emoções, tanto nas escolhas pessoais como nos processos decisórios profissionais. Não obstante, em todas as entrevistas, os médicos, com exceção de um, procuraram,

quase sempre, negar, esconder ou disfarçar os estados emocionais não permitidos, à medida que suas memórias se desenvolviam. Assim, raiva e alegria eram emoções com permissão para afluir. Tristeza e medo eram reprimidos.

Os entrevistados consideram a 'responsabilidade', isto é, o compromisso de responder por resultados decorrentes de sua escolha profissional, como característica inalienável no exercício da medicina. Aplicam esse conceito quando utilizam a teoria teleológica da ética para tentar maximizar a função de utilidade do paciente, e quando utilizam a teoria deontológica para garantir a conformidade de suas ações com as prescrições recomendadas para análise diagnóstica e escolha terapêutica.

Eles percebem o saber como outra fonte inestimável para o exercício de medicina de qualidade. Assim como a responsabilidade, o saber é considerado uma característica inalienável da profissão. Para alguns, abrange conhecimentos técnicos profissionais, capacidade de discernimento de diferenças e respectivas escolhas. Para outros, é visto como condição *sine qua non* para crescimento, progresso social e econômico.

Cinco desses profissionais deixam subjacentes problemas que afetam a díade médico-paciente, comentando apenas seus efeitos, sem se aprofundar em relação às suas causas. Três médicos comentam essa característica singular da prática da medicina e registram a ação deletéria dos convênios e instituições de saúde sobre a estrutura da díade. Eles apontam também a influência da cultura regional sobre a funcionalidade da díade e chamam a atenção para importância da confiança na relação médico-paciente para elaboração de um bom diagnóstico e aplicação de terapêutica eficaz.

Em resumo, as evidências coletadas permitem concluir que cinco dos médicos entrevistados:

- a) não reconhecem, na sua experiência profissional cotidiana, que o conflito a que se refere a questão possa ser responsabilizado, em grande medida, pela divergência de interesses e crises operacionais que afligem a área da saúde.
- b) a questão de pesquisa não é percebida como tal, na medida em que sua solução, tanto pela aceitação como pela negação do conflito ali explicitado, não aponta para soluções viáveis e plausíveis.
- c) acreditam que as causas mais significativas dos problemas envolvendo atores públicos e privados da área de saúde, são de caráter sistêmico, estrutural e ético. Por isso, as soluções visualizadas envolvem providências estratégicas de aperfeiçoamento institucional, otimização de processos, regulamentação, políticas públicas específicas, eficácia de gestão e, até mesmo, mudança de cultura.

5.2 RECOMENDAÇÕES

Ao longo das entrevistas individuais os médicos identificaram e comentaram grande quantidade de impropriedades, inadequações e desvios de finalidade, envolvendo os vários atores que participam do Sistema Brasileiro de Saúde. Ganham destaque a queda de qualidade no atendimento aos clientes, devido à rapidez das consultas médicas e o sucateamento dos recursos de saúde pública que constituem um problema estratégico envolvendo todos os agentes do setor. Alguns dos impactos mencionados são mais evidentes para:

- a) Médicos credenciados: aviltamento crescente de sua remuneração e perda de *status* social.
- b) Hospitais credenciados: aviltamento crescente de sua remuneração.
- c) Pacientes do sistema supletivo: queda de qualidade no atendimento, custos crescentes de mensalidades.
- d) Planos e seguros de saúde: custos crescentes, concorrência predatória, perda de clientes, ameaças à sustentabilidade.
- e) Estado: aumento da demanda sobre os serviços de saúde pública, por migração de clientes dos planos; ameaça à estratégia de privatização do atendimento médico.
- f) Agencia reguladora: descrédito quanto a sua eficácia e, portanto, dúvidas com relação a sua razão de ser.

Dadas essas condições, parece razoável desenvolver estudos visando descrever as dificuldades dos relacionamentos recíprocos entre esses atores, identificar, qualificar, quantificar e valorar as práticas micro-regulatórias e seus custos, reavaliar os instrumentos contratuais e institucionais que podem limitar os conflitos de interesse e propor estratégias de aperfeiçoamento do modelo institucional existente.

Alguns médicos mencionam dificuldades em processos decisórios com dilemas éticos, envolvendo situações-limite como, por exemplo, a escolha de qual paciente vai sobreviver, utilizando o único recurso terapêutico disponível, demandado por muitos. Outros apontam dificuldades de escolha terapêutica, tendo em vista a possibilidade de vieses econômicos poderosos da indústria farmacêutica, em vários campos de pesquisa. Três mencionaram o tema emoção, sem, contudo, relacioná-lo, explicitamente, com o processo decisório.

Por outro lado, todos, com exceção de dois, manifestaram estranheza e mal estar ou envidaram esforços para disfarçar ou ocultar emoções e estados de espírito, consideradas proibidas ou inadequadas (medo, tristeza, insegurança, tensão), durante as entrevistas.

Tais circunstâncias podem sugerir a necessidade de se desenvolverem estudos qualitativos com o objetivo de identificar de que forma os médicos percebem a influência de seus estados emocionais ou afetivos, em relação aos processos decisórios terapêuticos que precisam utilizar cotidianamente, no seu contato com os clientes .

O relativo alheamento dos médicos entrevistados em relação aos contratos que regulam suas relações com outros atores do sistema de saúde, associado à importância desses instrumentos reguladores, aponta para a necessidade de investigação mais aprofundada dos fatores que determinam essa situação.

Um estudo comparativo entre a percepção de médicos brasileiros e americanos sobre a importância do código de ética médica talvez fosse oportuno, na medida em que os resultados aqui apresentados diferem daqueles que foram apresentados nas pesquisas norte-americanas citadas no referencial teórico.

A manifesta preferência dos médicos entrevistados pelas orientações e juízos inspirados no seu código de ética pessoal, em detrimento do código de ética profissional, pode significar alguma inadequação deste último em relação às práticas cotidianas no exercício da medicina, particularmente, no que se refere ao sentido dos artigos 9º. e 10º. Essa possibilidade pode recomendar uma investigação qualitativa da adequação do código de ética profissional às condições atuais de trabalho dos médicos brasileiros.

6. REFERÊNCIAS

ARISTÓTELES. **Os três tratados de ética** – o tratado da alma. Buenos Ayres: El Ateneu, ([Séc VI a.C.] 1950.

BAHIA, L., Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001. Site http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232001000200005&script=sci_arttext, visitado janeiro de 2008.

BAZERMAN, M. H. **Processo decisório**, 5. ed., Rio de Janeiro: Campus, 2004.

BLACKBURN, S. **Dicionário Oxford de filosofia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

BOISAUBIN, V. E. Ethical dilemmas in managed care for the practitioner. In: BONDESON, W. B.; JONES, J. W. **The ethics of managed care professional integrity and patient rights**. Boston: Kluwer, 2003.

BOYATZIS, R. **Transforming qualitative information: thematic analyses and code development**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1988.

BRILHART, B. Ethics in rehabilitation nursing. **Rehabilitation Nursing**, v. 20, n. 1, p. 44-47, 1995.

CHAPMAN, G. B.; SONNENBERG, F. A. (org.). **Decision making in health care: theory, psychology and applications**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2000.

CIEFAS - Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde. **Pesquisa Nacional sobre Saúde nas Empresas**. São Paulo, 2000.

COHEN, J.; ASCH, D.; UBEL, P. Team medical decision making. In: CHAPMAN, G. B.; SONNENBERG, F. A. (org.) **Decision making in health care: theory, psychology and applications**, Cambridge: Cambridge University Press, 2000, p. 267-285.

COMTE-SPONVILLE, A., **O capitalismo é moral?** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**, Brasília: CONASS, 2003. Site <http://www.conass.org.br/pdfs/gestao.pdf>, visitado em 25 de janeiro de 2008.

CORDEIRO, H. A., **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

COSTA NETO, S. B.; ARAUJO, T. C. C. F. **Tomada de decisão em equipe de saúde: estudo de grupo natural de tratamento a irradiados por fonte ionizante**, 2001. Retirado em 04/01/2007 do World Wide Web: <http://www.nemeton.com.br/>.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa – métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

DAVENPORT, T. H. **Ecologia da informação: porque só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação**. São Paulo: Futura, 1998.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (org.), **O planejamento da pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

EDDY, D. M., Clinical decision making: from theory to practice. *Anatomy of a decision. Journal of American Medical Association*, v. 263, n. 3, p. 441- 443, 1990.

EMANUEL, E. J.; EMANUEL, L. L., What is accountability in health care? *Annals of Internal Medicine*, v. 124, n. 2, p. 229 -239, 1996.

FIGUEIREDO, L. F., **O processo de regulamentação dos planos e seguros de saúde**. Oficina Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde Suplementar: Textos de Apoio. ANS / DIPR / GGTAP, Rio de Janeiro, 2002.

FLICK, U.; VON KARDORFF, E.; STEINKE, I., What is qualitative research? An introduction to the field. In: FLICK, U.; VON KARDORFF, E.; STEINKE, I. **A companion to qualitative research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004.

FREITAS, J. A. S. B. **Controladoras estrangeiras e conhecimento organizacional nas controladas brasileiras: estudo de caso nas áreas de varejo de duas organizações bancárias**. Tese de Doutorado (Administração). Instituto de Administração e Gerência (IAG) / Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Rio de Janeiro, 2005.

GADAMER, H. G. **Truth and method**. 2. ed. New York: Crossroad, 1975.

GARRISON, J. A. Deweyan theory of democratic listening. *Educational Theory*, v. 46, n. 4, p. 429-451, 1996.

GOMES, L. F. A. M. **Teoria da decisão**. São Paulo: Thomson, 2007.

GÜNTHER, H., Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 22, n. 2, 2006.

HASTIE, R. Problems for judgment and decision making. *Annual Review of Psychology*, v. 52, p. 653-683, 2001.

IBGE 2000. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Acesso e utilização de serviços de saúde 1998**. Ministério do Planejamento. Brasil. Rio de Janeiro.

JOHNSON, R. B. Hospital ethics review committees and business ethics: what managers can learn. **International Journal of Management**, v. 21, n. 3, p. 286–291, 2004.

KAHNEMAN, D.; TVERSKY, A. Prospect theory: an analysis of decision under risk. **Econometrica**, v. 47, p. 263-192, 1979.

LEITÃO, S. P., Para uma nova teoria da decisão organizacional. **Revista de Administração Pública – RAP**, v. 31, n. 2, p. 91-107, 1997.

_____, A decisão estratégica: um teste conceitual. **Revista de Administração Pública – RAP**, v. 37, n. 4, p. 837-857, 2003.

LINDFELT, L. L. Making sense of business ethics – about not walking the talk. **Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies**, v. 11, n. 1, p. 10-16, 2006.

MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, M. H. (org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 13-33.

_____. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MALTA, D. C.; CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; FRANCO, T. F.; JORGE, A. O.; COSTA, M. A., Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, 2004,

MATURANA, H. R.; VARELA, F.J. **A árvore do conhecimento – as bases biológicas da compreensão humana**. 4. ed., São Paulo: Palas Athena, 2004.

MEDICI, A. C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, p. 409-422, 1986.

_____, Mercado de trabalho em saúde no Brasil: desafios para os anos noventa. **Cadernos RH Saúde**, v. 1, n. 3, p. 41-46, 1993.

_____.; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N., **O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura**. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

MENDES, R. Produção científica brasileira sobre saúde e trabalho, publicada na forma de dissertações de mestrado e teses de doutorado, 1950-2002. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 1, n. 2, p. 87-118, 2003.

- MORIN, E. **O método** – a natureza da natureza. V. 1, Lisboa: Europa-América, 1997.
- NOGUEIRA, R. P. **Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil: 1970-1983**. Brasília: OPAS, Monografias do GAP, n. 1, 1986.
- OGDEN, J. **Health psychology: a textbook**. Buckingham, UK: Open University Press, 1996.
- OMS – Organização Mundial de Saúde - **WHOSIS 2007**, disponível em <http://www.Who.int/whosis/whostat2007healthsystemsna.pdf>, visitado em 27/06/07
- PATTON, M. Q. **Qualitative research & evaluation methods**. 3. ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002.
- PENA, R. P. M., Ética y estrategia en un marco teórico referencial de la ética de negócios. **Revista de Administração Contemporânea - RAC**, ed. esp., p. 229-252, 2004.
- PRAEGER, K.; MAKUK. D. M.; FELDMAN, J. J. **Health**, United States, 1998 with socioeconomic status and health chartbook, United States Government Printing Office, National Center for Health Statistics, 1998.
- SCHWANDT, T. A. Três posturas epistemológicas para investigação qualitativa In DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (org). **O planejamento da pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.
- SHEWCHUK, R. M.; FRANCIS, K. T. Principles of clinical decision making: an introduction to decision analysis. **Physical Therapy**, v. 68, n. 3, p. 357-359, 1988.
- SILVA, P. L. B.; COSTA, N. R. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (org.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: UNICAMP, p. 275-285, 2002.
- SIMON, H. A., **Comportamento administrativo** – estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas. Rio de Janeiro: FGV, 1970.
- SIQUEIRA, J. E. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. **Revista Bioética**, v. 5, n. 1, Simpósio: A Ética da Alocação de Recursos em Saúde: 1997.
- SROUR, R. H. **Ética empresarial**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- VÁZQUEZ, A. S. **Ética**. 27. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

VIEIRA, A. L. S.; AMÂNCIO FILHO, A.; MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N. M. N. (org.). **Trabalhadores de saúde em números**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

Von NEUMANN, J.; MORGENSTERN, O. **Theory of games and economic behavior**. 3 ed. Princeton: Princeton University Press, 1953.

WINKLER, E. C. First principles: substantive ethics for healthcare organizations. **Journal of Healthcare Management**, v. 50, n. 2, p. 109-119, 2005.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**, 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2002.

APÊNDICE

ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

1. Por que escolheu ser médico?
2. Fale sobre as emoções e sentimentos vivenciados na colação de grau.
3. Relate um fato ou situação da vida profissional que tenha lhe marcado.
4. O que você acha da recompensa econômico-financeira que obtém pelo exercício da profissão? (básica)
5. Qual sua posição social, tendo em vista a profissão que exerce? (básica)
6. Qual é o impacto do advento do SUS em sua vida profissional? (complementar)
7. Qual é o impacto do advento dos planos de saúde em sua vida profissional? (complementar)
8. Fale sobre eventuais escolhas de ações terapêuticas que tenham conflitado com imperativos ou princípios de natureza econômica ou institucional. (básica)
(Nota de “*aide mémoire*”) ter presente, para exploração eventual, variáveis sócio-culturais percebidas como importantes para o processo decisório (organizacional ou do médico), tais como: código de ética médica; valores e crenças pessoais intervenientes, princípios éticos relevantes, imperativos de natureza econômica, rotina organizacional; normas institucionais; poder político; políticas (*policy*); estratégia pública e empresarial, etc.
9. No papel de médico gestor, já teve oportunidade de propor ações administrativas que estivessem em conflito com a prática recomendável do cuidado médico? (complementar)

10. Houve alguma decisão terapêutica sua que tenha causado prejuízo econômico à instituição ou a si próprio? (básica)