
FERNANDO RUIVO

Faculdade de Economia da Universidade
de Coimbra

A CONSTRUÇÃO DE UM PROJECTO PROFISSIONAL: O CASO DA MEDICINA

129

A profissão médica e o seu discurso ocupam um lugar preponderante na sociedade. Um dos factores que contribuíram para essa situação reside nos elementos que proporcionaram o sucesso profissional da medicina e ajudaram a manter a sua ideologia de serviço, bem como o seu peso de neutralidade e independência social. A aceitação do acto médico recolhe muita da sua

força do modo como o projecto profissional combinou esses elementos. Natureza do serviço prestado, tipo de clientela, tipo de mercado, base cognitiva e produção de produtores conjugam-se num monopólio de competência profissional. As recentes transformações colocam, no entanto, o problema da renegociação do estatuto social da profissão.

Hoje em dia, as profissões constituem a imagem que a sociedade gostaria de fornecer sobre ela própria. Ou, por outras palavras, os discursos dominantes que produzem sobre o seu funcionamento são o espelho onde a sociedade desejaria vê-se olhada. Mas os espelhos, como, entre outros, nos ensinou Jorge Luis Borges, são animados por «fundos ilusórios», por mecanismos que manipulam e constroem a imagem que se deseja ver transmitida. Deste facto deriva a necessidade de submeter a análise aquilo que se esconde por detrás da retórica das profissões, as condições da sua emergência, bem como as circunstâncias em que decorre a sua eventual manutenção ou alteração.

Isto será tanto mais importante, se tivermos em conta o facto de as profissões não se alicerçarem num dado momento apenas pela sua capacidade de responder a determinadas necessidades sociais ou de as saber criar, mas também pelo motivo de contribuírem ou, de qualquer modo, se relacionarem com os universos simbólicos em cujos parâmetros as sociedades se organizam e as práticas se legitimam. O que significa que a consolidação de alguns corpos profissionais corresponde a novas formas de estar e pensar em sociedade, que os discursos e práticas corporativas podem ser próprios

ou consentâneos a determinadas alterações paradigmáticas. Assim foi no que diz respeito ao direito, cujo modelo liberal do século XIX pressupunha uma capacidade igualitarizante dos cidadãos através da sua elevação a parte igual do contrato, postulando a auto-regulação da sociedade por oposição ao estado absolutista. Assim foi com a medicina, a qual, no decurso do século XVIII, opera a transição da preocupação dominante com a salvação das almas para a da saúde dos corpos, à sua maneira recolocando o homem no centro do seu universo.

O modo como esta transição se materializa é-nos relatado por Foucault: «Os anos anteriores e imediatamente posteriores à Revolução viram nascer dois grandes mitos, cujos temas e polaridades são opostos: mito de uma profissão médica nacionalizada, organizada à maneira do clero e investida, ao nível da saúde e do corpo, de poderes semelhantes aos que este exercia sobre as almas; mito de um desaparecimento total da doença numa sociedade sem distúrbios e sem paixões, restituída à sua saúde de origem» (1977:35).

A atentar no tratamento iconográfico que ambos os mitos, contraditórios, irão continuar a sofrer, o processo de consolidação corporativa da medicina e do seu controle da doença ainda terá, porém, um longo caminho a percorrer. Na realidade, nas representações pictóricas da relação morte-médico, como aponta Illich (1977:187), até ao século XIX é sempre a morte a conduzir o jogo com o médico e o doente. Só já bem avançados no século XX essa representação se altera, patenteado um médico mais interveniente nesse jogo ou relação, o qual arrebatava o doente na luta com a própria morte. Até lá, está já no entanto lançada a grande condição para a realização de um «projecto profissional» (Larson, 1977:6), isto é, de um conjunto de actos relativamente coerentes e harmónicos entre si, tendo em vista a obtenção de determinados resultados no âmbito da expansão profissional (mesmo que os seus actores disso não tenham total consciência). Essa condição consiste num corpo de profissionais, dotado de crescente organização e de um conjunto de conhecimentos especializados, visando a resolução de determinados problemas — neste caso, os resultantes da doença.

Na sua actuação global, a profissionalização da medicina virá, aliás, a desempenhar um papel de grande relevo no processo de uniformização da vida social, tarefa que nunca deixou de assumir até à actualidade, sendo a esse nível crescente o seu impacto. Se, a determinado nível, a unificação/homogeneização é conferida através da ideia de poder central, do seu direito e da sua linguagem, a outro nível, o trajecto das práticas médicas, ao mesmo tempo que isola e classifica

formas sociais de doença, cifra-se na enunciação dos parâmetros do comportamento normal, tanto físico como mental, bem como, indirectamente, das instituições passíveis de o enquadrar.

Pouco a pouco, aliás, o discurso da medicalização irá invadindo outras esferas paralelas, emprestando-lhes as representações do seu objecto teórico. Foi o caso do modelo constitutivo das ciências sociais (em todo o século XIX serão recorrentes as alusões aos males da sociedade e à necessidade de proceder à sua cura, as referências à sociologia como medicina que obviaria às disfunções do corpo social). Foi o caso do discurso jurídico (a tutela das situações de crise, as políticas penais preventivas), do discurso económico (a reanimação da economia), enfim, do discurso político em geral.

131

A influência ou preponderância do discurso médico sobre a sociedade e outras disciplinas é, assim, um fenómeno suficientemente assinalado. Pensamos que de entre os factores que contribuíram para esta situação um deles poderá residir nos elementos que produziram o sucesso profissional da medicina, lugar onde se cruzam e conjugam muitas das ficções ideológicas das sociedades contemporâneas.

Efectivamente, devemos questionar-nos sobre as condições que proporcionaram o facto de a medicina ter sido levada a transformar-se numa espécie de arquétipo em relação a todas as outras ocupações profissionais. A par com as profissões ligadas ao direito, com o devido realce para a advocacia, no decurso do seu processo de consolidação social a medicina foi-se firmando como um tipo ideal de ocupação, apresentando os atributos constitutivos e elementos essenciais que, em alguma medida, as outras ocupações deveriam também exhibir. Na medida em que o seu exemplo fosse seguido de forma bem vincada, mais notável seria o funcionamento da sociedade ao pautar-se igualmente pelos traços modeladores para que apontavam as comunidades profissionais.

Tratava-se de acentuar o papel equilibrador das profissões no seio da sociedade, o seu contributo para o consenso social e a ordem moral. Bem presentes nos discursos corporativos, pelo menos nos dominantes até um determinado período, podiam, assim, encontrar-se as seguintes características básicas: o altruísmo da actividade, acentuando a dimen-

são do serviço prestado; a actuação com vista ao bem comum, frisando a orientação para o colectivo da acção profissional individual; o comportamento segundo uma rigorosa ética profissional. Tais atributos justificavam, em certa medida, a detenção de um conhecimento teórico altamente especializado, cujo controle e poder seria, em termos do seu emprego com vista ao interesse da sociedade, fiscalizado pelo próprio corpo ou organização colegial dos profissionais (1). A desigual detenção de conhecimentos era assim socialmente reabilitada em função de uma eventual democratização do acesso aos resultados no momento da aplicação.

Todos estes elementos, continuando embora a constituir parte integrante do conhecimento do senso comum relativo à profissão, têm vindo a ser postos em causa na sua centralidade ao fenómeno, não só pela literatura sociológica especializada, mas, inclusivamente, por alguns movimentos radicais de opinião florescentes nos anos sessenta e setenta (os quais culminaram nas várias correntes daquilo que se veio a designar escola da anti-medicina). A sua crise no interior do imaginário social muito, aliás, nos diz sobre as transformações a que a profissão médica tem sido submetida.

A crítica que sobre eles incidiu demonstrou bem a importância que detinham para a manutenção de uma determinada visão da sociedade. Não é por acaso que o tratamento a que o tema é sujeito pelas correntes funcionalistas da sociologia se limita, na maior parte dos casos, a uma transposição para o discurso sociológico da própria retórica profissional, isto é, das definições que os profissionais se atribuem. A ideia de sociedade que se lhes encontra subjacente é a inerente a um modelo de índole liberal em que as práticas profissionais individualistas e privadas se consubstanciariam num *laissez-faire*.

Desta visão deriva a carga de neutralidade positiva que se pretende emprestar a este fenómeno profissional. São categorias neutras, diz-se, porque se movem no interior da sociedade civil, contribuindo para a sua auto-regulação (daí a sua positividade) sem conotações com a esfera do político. Ora, torna-se difícil desmentir o facto de as organizações profissionais da medicina, tal como em outras profissões, terem vindo a desempenhar um papel na ordenação política da sociedade ao proporem, em diversas situações, determinados modos de inserção da profissão nessa mesma ordenação. O discurso profissional tende, no entanto, a evitar toda e

(1) Uma interessante síntese destas questões pode ser encontrada em Johnson (1972).

qualquer referência explícita às suas relações de poder na sociedade. Procura assim ocultar o facto de a profissão constituir uma fonte de poder e autoridade, bem como disfarçar os modos como os utiliza para produzir a sua aceitação.

Uma boa parte dessa reivindicação de neutralidade pode ser levada a cabo mediante aquilo que se encontra no próprio cerne da actividade profissional: os conhecimentos sistematizados e testados, os quais ao serem aplicados se transformam num serviço ou bem. Quanto mais científicos forem considerados esses conhecimentos, como é o caso da medicina, mais legitimada e autónoma tende a profissão a ser considerada. Subjacente a isto encontra-se uma determinada concepção de ciência: a de uma ciência autónoma apenas sujeita a critérios de validação internos, produzida por uma comunidade científica auto-controlada por um determinado conjunto de valores e normas. Mas também este modelo de ciência tem vindo a ser posto em questão⁽²⁾. E, efectivamente, acredita-se hoje que tal descrição pouco se ajusta à prática científica real. O fenómeno da industrialização da ciência, que se regista com maior intensidade a partir da década de sessenta, incidindo tanto no domínio da aplicação como no da organização da ciência, nomeadamente com a sua elevação a força produtiva, o questionar dos seus conteúdos e as manifestações de crise, vieram definitivamente responder de forma negativa aos protestos de neutralidade do conhecimento científico.

Por outro lado, a referência à sua condição de sociedade civil e de reguladora dos excessos de poder político procura precipitar o universo profissional na esfera de um mercado puro e, dentro dessa lógica, numa situação de independência perante o Estado. Ora, se é verdade que em determinados contextos históricos a profissão médica se consolida mediante um processo de conquista (melhor seria dizer criação) de mercado, na maior parte dos casos (muito especialmente no continente europeu) tal processo decorre em moldes algo diferentes. Quer isto dizer que a formação das profissões se encontra muito ligada à consolidação do Estado moderno: a centralização, a unificação e a constituição de monopólios sobre as várias funções anteriormente dispersas não podia deixar de correr simultaneamente à profissionalização, cuja espontaneidade foi, em grande parte, amparada pelo Estado. Este irá assim canalizar a substantificação das práticas mais concorrentes para a sua legitimação: obriga-as a determinada racionalidade, atribui-lhes lugares centrais de exercício, prescreve a aprendizagem de saberes exclusivos.

⁽²⁾ Para uma visão global desta matéria, cf., Santos (1978).

A história da profissão médica é, assim, em muito, a história do seu intervencionamento por parte do Estado. Para o compreender bastará atentar nos seguintes factores. Em primeiro lugar, o monopólio de competência de que a profissão se reveste é atribuído ou oficializado pelo Estado, o qual, invocando em primeira linha a protecção do circuito de consumidores, protege a profissão da disseminação de mercados paralelos concorrentes aos dos profissionais da cura oficial. Em segundo lugar, essa mesma competência é adquirida de forma exclusiva no âmbito das instituições que integram o monopólio estatal da educação. E em terceiro lugar, mesmo a ausência ou rarificação de políticas sociais no domínio da saúde por parte do Estado, dada a natureza do bem em questão, não deixam de constituir uma forma específica de política social. Este último aspecto é muito significativo na história do enquadramento político-legislativo da saúde em Portugal.

Não obstante a expansão das reivindicações do direito à saúde e as tendências para a funcionarização da profissão médica ultimamente em curso, esta continua a ser olhada como um fenómeno natural pouco questionável, imaneente e inato à própria natureza das coisas em sociedade, e não como algo de socialmente adquirido e construído. «Croire à la médecine serait la suprême folie, si n'y pas croire n'en était pas une plus grande», afirmou Proust. Nisto reside uma boa parte da sua capacidade persuasiva: acreditar ou morrer. Tal não deve, no entanto, impedir-nos de escrutinar os vários elementos em volta dos quais se estruturam conjugadamente a crença e a profissão, na medida em que aquela recolhe muito do seu peso da habilidade com que esta soube combinar os componentes que lhe servem de base material.

Não é fácil definir saúde. Ausência de sintomas que caracterizam a doença, completo bem-estar físico, mental e social ou mera noção estatística, são alguns dos significados que lhe podem ser emprestados. O discurso sobre a saúde dirige-se a um dever-ser dos indivíduos, o estado de saúde, pelo que se pode revelar extremamente inconclusivo. Talvez por essa razão, entre outras, a saúde constitui uma das mais fortes dimensões do mundo actual. E enquanto necessidade vital e universal, a sua afirmação alcança um enorme consenso social, pelo que os bens que os seus cuidados proporcionam têm um potencial quase ilimitado de expansão.

A natureza do bem a que a profissão médica dá acesso é, assim, uma primeira grande condição favorável à construção do seu projecto profissional: trata-se de um bem universal e, além do mais, pouco visível porque pessoalizado.

Esta situação de pessoalização marca definitivamente a posição da profissão. Ao contrário de outros tipos de trabalho, muitas profissões produzem bens intangíveis, isto é, «o seu produto só formalmente é alienável e encontra-se inextricavelmente ligado à pessoa e à personalidade do produtor» (Larson, 1977:14). Será difícil encontrar outra ocupação que não a médica onde este facto seja levado às suas últimas consequências. Numa época em que se vão perdendo de vista determinados rituais de pacificação ligados à religião e aos seus mediadores profissionais, a sacralização do acto médico e a salvação que pode proporcionar encontra muita da sua força no carácter pessoal e relacional da prestação do bem. É neste cenário que a «manipulação psicológica» da doença (Levi-Strauss, 1974:211), atinge a sua grande eficácia simbólica e o médico recolhe o seu prestígio pessoal: trata-se de um combate, ou da sua simulação, onde se prescrevem operações cuja relação imediata com o mal a curar não é directamente inteligível por uma das partes da relação — o doente.

Comparativamente com as profissões jurídicas, por exemplo, a actividade médica não sofre ainda da ambiguidade e grandes discrepâncias que sobre aquelas impendem. Ao contrário da justiça, o seu valor não é conflitual, acrescentando que médico e paciente se encontram de acordo com os fins a atingir, o que nem sempre acontece entre advogado e cliente⁽³⁾. De qualquer modo, como nos chama a atenção Abel (1979:85), o reconhecimento da necessidade de cuidados médicos coexiste com a incerteza acerca do modo como estes podem melhor ser satisfeitos, o que provoca uma determinada ambivalência perante os médicos: se os pacientes colocam uma grande confiança no seu médico particular, o mesmo já não acontece em relação ao corpo médico em geral, o qual é olhado com uma certa desconfiança.

Isto leva-nos à questão das características da clientela da profissão. É universal e não-especializada, isto é, não controla o conhecimento que lhe é administrado. Devido à base individual e privada da relação médico-doente, os consumidores encontram-se atomizados e isolados de qualquer juízo profissional conflitual sobre o seu estado de saúde. O fórum onde se desenrola a acção curativa é, assim, extremamente restrito, sendo difícil encontrar parâmetros comparativos devido à

⁽³⁾ Cf., Rueschemeyer (1964).

impenetrabilidade da prática e à própria predisposição emocional da clientela. A desorganização desta é, pois, uma das suas marcantes características, pelo que a responsabilização jurídica da actividade médica tem sido praticamente inexistente até há pouco.

Em consequência dessa sua base individual e privada, a aceitação do acto médico passa pelo apelo a factores inter-pessoais, os quais despoletam uma estratégia de persuasão por parte do médico e manejam os elementos subjectivos da doença. A constituição de um crédito social bem alicerçado não se restringe porém apenas à utilização de atributos marcadamente tradicionais, irracionais e carismáticos. Para obter uma situação de monopólio de credibilidade pública torna-se necessário «criar as bases não-contratuais do contrato» (Larson, 1977:15), isto é, persuadir de forma mais consistente a opinião pública sobre a natureza do curador e a curatividade das suas práticas. O que passa pelo recurso a outras características, racionais e institucionais, que a moderna medicina conjuga, as quais se podem resumir em torno da ideia de unificação.

Em primeiro lugar, a já referida unificação pela organização profissional. É através dela e da sua hierarquia que se prepara a imagem da profissão perante os olhares externos, se homogeniza o seu corpo social. Este «princípio do reagrupamento» (Clavreul, 1978:245) possibilita a criação de um ideologia profissional solidária para os casos de confrontação, bem como para a negociação da sua posição social no interior da sociedade, efectuando as reinterpretações necessárias à sua continuidade.

Em segundo lugar, a unificação dos critérios de validade da própria prática, isto é, a uniformização dos conhecimentos que detem e do treino a que é submetida segundo parâmetros de legitimação baseados na superioridade técnica e científica. Só nesta medida o monopólio de credibilidade social pode manter-se, amparado por um monopólio profissional de competência penalmente avalizado pelo estado tanto na esfera da oficialização como na da intervenção do sistema educativo, isto é, desde que a profissão detenha um estatuto de exclusividade prática e cognitiva no campo da medicina. As consequências deste facto em termos do mercado profissional consistem, naturalmente, numa redução radical da competitividade.

Só a profissão médica se encontra pois habilitada a declarar oficialmente sobre a saúde e a doença. A sua base cognitiva exclusiva, conhecimentos muito codificados e cientificamente conotados, constitui o ponto de partida do reconhecimento público do bem profissional que proporciona, ao mesmo tempo que a produção dos produtores desse bem, os

médicos, alcançou formas institucionais, sob o seu controle, que fecham o círculo da criação do mercado profissional.

Mas se este projecto se encontra consolidado, a posição social dos médicos tem sofrido sérias transformações nas duas últimas décadas, as quais transportam consigo algumas contradições no âmbito do discurso médico e colocam o problema da renegociação do estatuto profissional e social. Tais transformações derivam do crescimento de novas fontes de autoridade externa à profissão, tais como a sua inserção no modo burocrático de organização, a crescente regulação estatal e a profunda renovação do conhecimento e tecnologias médicas. Aliados à expansão da distribuição de bens relativos à saúde, estes factos conduzem a que «a medicina, ainda hoje encarada como acção individual, está a transformar-se num serviço social» (Miller Guerra, 1969:639). Ora, esta funcionarização da profissão entra em contradição com a ideologia de serviço que, de certo modo, lhe continua inerente.

137

Com vista o obter credibilidade social, a ascensão da profissão fez-se também mediante o apelo a determinadas estruturas ideológicas, entre as quais avultaria a da solidariedade e a do serviço à comunidade. Vimos atrás a importância de que tais noções se poderiam revestir para uma visão pacífica e liberal da sociedade. No entanto, estes ideais apenas serviam uma etapa transitória das finalidades que se propunham obter: criar ou conquistar mercado, afirmar o carácter distinto da sua mercadoria profissional. Na medida em que esta mais se afirmasse, estes resíduos da emergência profissional, do valor de uso e de independência das relações capitalistas, tenderiam a ser postos de lado. Em alguns contextos nacionais, todavia, perduraram para além das expectativas, continuando a demarcar o estatuto social da profissão.

A naturalização da profissão médica tem vindo, consequentemente, a oscilar entre dois polos distintos: por um lado, e predominantemente até determinado período, continuou a inclinar-se para o ideal de serviço, com toda a panóplia de princípios deontológicos liberais que o estruturavam; pelo outro, deixou, mais recentemente, tentar-se por uma concepção mais comum, análoga à de qualquer outra ocupação em que o bem ou serviço se encontrasse plenamente mercadorizado.

Os princípios liberais, bem como a ideologia de serviço, têm, porém, vindo a ser colocados em situações de crise pelas mais recentes tentativas de ordenação estatal no que diz respeito ao direito à saúde⁽⁴⁾ e o próprio corpo médico efectua

(4) Cf., Arnaut *et alii* (1979). Para as propostas de modernização dos médicos nos anos sessenta, cf., Miller Guerra (1964).

Fernando
Ruivo

reivindicações equiparadas às de qualquer outro profissional. Acresce que alguns sectores têm demonstrado grande porosidade às transformações e mostrado a sua apreensão quanto ao modo de concretização da sua futura inserção social. A ambiguidade desta situação, no que diz respeito à ideologia médica, consiste afinal na manutenção paralela e contraditória da afirmação da componente de serviço e da assunção de características inerentes à funcionarização da profissão. ■

**Referências
Bibliográficas**

- | | | | |
|--|------|---|-----|
| Abel, R. | 1979 | «The Rise of Professionalism», <i>British Journal of Law and Society</i> , 1. | |
| Arnaut, A.;
Mendes, M. e
Miller Guerra | 1979 | <i>Serviço Nacional de Saúde</i> , Perspectivas e Realidades. | |
| Clavreul, J. | 1978 | <i>L'Ordre Médical</i> , Paris, Seuil. | 139 |
| Foucault, M. | 1977 | <i>O Nascimento da Clínica</i> , Rio de Janeiro, Forense. | |
| Illich, I. | 1977 | <i>Limites para a Medicina</i> , Lisboa, Sá da Costa. | |
| Johnson, T. | 1972 | <i>Professions and Power</i> , Londres, Macmillan. | |
| Larson, M. S. | 1977 | <i>The Rise of Professionalism — A Sociological Analysis</i> , Berkeley, University of California Press. | |
| Levi-Strauss, C. | 1974 | <i>Anthropologie Structurale</i> , Paris, Plon. | |
| Miller Guerra | 1964 | «A profissão médica e os problemas da Saúde e da Assistência», <i>Análise Social</i> , 7-8. | |
| Miller Guerra | 1968 | «Tradição e modernidade nas Faculdades de Medicina», <i>Análise Social</i> , 22-23. | |
| Santos, B. S. | 1978 | «Da Sociologia da Ciência à Política Científica», <i>Revista Crítica de Ciências Sociais</i> , 1. | |
| Rueschemeyer, | 1964 | «Doctors and lawyers: a comment on the theory of the professions», <i>Canadian Review of Sociology and Anthropology</i> . | |