

Transformações no Trabalho Médico*

Changes in Medical Work

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho¹
Mônica de Andrade Nascimento²
Fernando Martins Carvalho³

PALAVRAS-CHAVE

- Medicina Ocupacional;
- Trabalho;
- Médico.

KEY-WORDS

- Occupational Medicine;
- Work;
- Physicians.

RESUMO

O trabalho médico objeto deste estudo será tratado como processo de trabalho estruturado historicamente em realidades sociais concretas. O objetivo deste trabalho foi descrever e criticar as transformações ocorridas na organização do trabalho médico no último século, de um modelo taylorista/fordista para um "modelo japonês". Conclui-se que o contexto atual se apresenta desfavorável ao médico na qualidade de trabalhador e à sociedade como usuária dos serviços de saúde.

ABSTRACT

As the object of this study, medical work will be treated as a work process historically structured within concrete social realities. The objective was to describe and critically analyze changes in the organization of medical work in the last century, from a Taylorist/ Fordist model to a "Japanese" model. The authors conclude that the current context is unfavorable to physicians as workers and to society as users of health services.

Recebido em: 31/03/2004

Reencaminhado em: 05/11/2004

Reencaminhado em: 08/04/2005

Aprovado em: 25/02/2005

*Parte da tese de doutorado "Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador", desenvolvida no Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia (UFBA).

¹Doutor em Medicina (UFBA). Professor Assistente, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

²Mestre em Neuropsiquiatria (UFBA). Médica Psiquiatra do Hospital São Rafael. Professora Assistente, Curso de Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

³Professor Titular, PhD in Occupational Health, London University. Pesquisador 1B do CNPq, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

INTRODUÇÃO

A visão da medicina e do papel do médico que predomina nas sociedades é construída dentro de realidades sociais concretas e se modifica de forma dinâmica para se ajustar às transformações históricas do processo de produção econômica. Em outras palavras, a estrutura econômica determina o lugar e a forma de articulação da medicina e dos médicos como categoria profissional na estrutura social¹. Portanto, a concepção da medicina decorre das relações que esta estabelece com as diferentes "instâncias" que integram a estrutura econômica e social².

No início do século passado, os médicos possuíam respeitabilidade e grande prestígio social, conseqüência de uma relação direta com os pacientes e de um processo artesanal de trabalho (individualizado e autônomo) baseado na confiança, no respeito e no sigilo profissional.

A assistência à saúde, que se caracterizava como atividade artesanal, transformou-se progressivamente, no sistema de produção capitalista, em uma mercadoria socialmente valorizada, coisificando o trabalho médico. Os médicos passaram a se submeter às regras desse sistema, desenvolvendo suas atividades em serviços públicos (estatais) e privados (lucrativos e não lucrativos). Dessa forma, foram submetidos às regras impostas aos demais trabalhadores de qualquer empresa capitalista – instabilidade no emprego, ritmo intenso de trabalho, jornadas de trabalho prolongadas –, somadas às particularidades do trabalho médico, como aliviar a dor e o sofrimento, e ter a morte como situação rotineira^{1,2,3}.

Este trabalho descreve as transformações na organização do trabalho médico no sistema de produção capitalista em geral e no Brasil em particular. Dessa forma, busca contribuir com a reflexão crítica sobre a categoria médica e suas atuais condições de trabalho.

AS DIMENSÕES DO TRABALHO

Neste estudo, entende-se o trabalho como uma atividade humana essencial. O trabalho é um processo de interação entre o homem e a natureza em que o homem, com a sua ação intencional, mede, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ao atuar por meio desse movimento, o homem busca modificá-la e, ao fazê-lo, modifica sua própria natureza^{4,5}. A intencionalidade é o que diferencia o trabalho humano do realizado por outros animais. A existência de uma consciência, de uma liberdade, não apenas a motivação pela sobrevivência.

Marx⁴ assim descreve essa intencionalidade: "O que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera.

No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e portanto idealmente (...) é exigida a vontade orientada a um fim...")".

Para o mesmo autor, o trabalho humano apresenta duas dimensões: o "trabalho abstrato" ou quantitativo, dispêndio de força de trabalho do homem no sentido fisiológico, e nessa qualidade de trabalho humano abstrato produz mercadoria; e o "trabalho concreto" ou qualitativo, dispêndio de força de trabalho humano sob forma especificamente adequada a um fim e nessa qualidade de trabalho concreto produz valor de uso^{4,5}.

Assim considerado, o trabalho útil, criador de valor de uso, constitui um estímulo que desenvolve as capacidades físicas e mentais do ser humano. O trabalho, dessa forma, passa a ser entendido como fonte de satisfação e prazer. Assim, essas dimensões do trabalho humano devem ser pensadas de forma inseparável.

No sistema de produção capitalista, o "trabalho abstrato" é apropriado pelo capitalista que remunera o produtor do trabalho (trabalhador), para que este possa recuperar a energia física utilizada em sua execução. Dessa forma, o trabalho é coisificado, transformando-se em mercadoria. Ao apropriar-se e separar as dimensões do trabalho humano (trabalho concreto / trabalho abstrato), o sistema de produção capitalista retira o sentido do trabalho para o trabalhador, a identidade do produtor, que não mais se identifica no objeto do seu trabalho (produto), gerando alienação do trabalho⁵. Portanto, alienação é a dissociação entre atividade e sujeito, imposta pelo modo de produção capitalista. O produtor não mais se identifica no produto do seu trabalho, ele se transforma em objeto, é coisificado. O trabalhador passa a identificar sua atividade como estranha, não pertencente a ele.

A MEDICINA COMO PRÁTICA DE TRABALHO

Entende-se por prática de trabalho a transformação de um objeto em outro mediante gasto de trabalho humano, com a utilização de determinados meios e instrumentos. Portanto, a prática médica é constituída por três componentes básicos: objeto, meios ou instrumentos de trabalho e atividade ou trabalho propriamente dito⁶⁻⁹.

O objeto do trabalho médico constitui-se no corpo humano em sua composição anatomofisiopsicológica. Este corpo, porém, não é simplesmente, um amontoado de células, de tecidos ou de reações bioquímicas. Trata-se de um corpo humano, que, vivendo em sociedade, é investido de valor (força de trabalho)⁶⁻⁹.

Os meios ou instrumentos de trabalho constituem-se em um conjunto de coisas que o trabalhador interpõe direta-

te entre ele e seu objeto de trabalho, para a realização do trabalho propriamente dito. No caso da medicina, entre esses instrumentos identificam-se os que servem para a apropriação do objeto (conhecimento das patologias, raciocínio clínico, exames complementares), os que cooperam com a transformação desejada (bisturi, pinças, agulhas, medicamentos, etc.) e ainda os que não participam diretamente do processo, como o local de trabalho, mas que são fundamentais ao exercício profissional (sala, hospital, etc.)^{6,7,8}.

O trabalho propriamente dito caracteriza-se como energia humana empregada no processo de trabalho. No caso do trabalho médico, o dispêndio físico e intelectual, produto da atividade humana, que pode ser recuperado com repouso e boa alimentação. Esse trabalho necessita de dispêndio intelectual, o que coloca o médico na categoria dos intelectuais (trabalhadores intelectuais). A monopolização do conhecimento implica, em última análise, uma diferenciação do médico na estrutura social^{6,7,8}.

A MEDICINA E O MODELO TAYLORISTA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Neste trabalho, adotou-se o conceito de organização do trabalho como o conjunto de normas e regras que definem o modo como se executa o trabalho num ambiente de produção de bens materiais ou de serviços. A organização do trabalho refere-se à divisão técnica e social do trabalho, ou seja, à hierarquia interna dos trabalhadores, ao controle por parte da empresa do ritmo e pausas de trabalho^{10,11}.

Entende-se que, no sistema de produção capitalista, a organização do trabalho humano constitui um instrumento fundamental para a racionalização e maximização da utilização da força de trabalho, no sentido da produção de mercadorias e serviços⁴.

Mudanças significativas ocorreram na organização do trabalho humano nos últimos cem anos, conseqüência do grande desenvolvimento científico-tecnológico e da concentração em um mesmo espaço (fábrica) de força de trabalho e equipamentos. Dessa forma, a organização do trabalho humano passou a vivenciar um modelo de controle e regulação denominado Organização Científica do Trabalho (OCT), que adotou uma metodologia científica em substituição aos métodos empíricos de regulação do trabalho no interior das unidades fabris¹⁰⁻¹³.

Na sociedade industrial moderna, esse período é identificado por diversos autores como o de consolidação e desenvolvimento de uma forma particular de organizar o trabalho em geral, e o trabalho médico em particular. Essa nova forma de organização – denominada taylorismo/fordismo – vai

marcar essa etapa do desenvolvimento do capitalismo, como um novo padrão de organização do trabalho e, em sua forma ampliada, da sociedade, e sintetiza as novas condições históricas, constituídas pelas mudanças tecnológicas, pelo novo modelo de industrialização caracterizado pela produção em massa e pelo consumo de massa¹⁰⁻¹³.

Esse novo modelo de organização do trabalho impôs ao trabalhador um rigoroso sistema de controle e avaliação de desempenho, lastreado em prescrições de produtividade individual e coletiva. Caracteriza-se pela concentração de recursos no interior de uma mesma organização; separação entre trabalho intelectual (planejamento) e trabalho físico (execução), sendo o controle e a fiscalização das atividades realizados pelos planejadores; estímulo à divisão de saberes e práticas no interior das organizações (especialização); divisão da organização em setores com objetivos comuns (departamentos) com comando único; e adequação do trabalhador à tarefa executada, para garantir maior eficiência e produtividade^{10,13}.

Essas transformações ocorridas no plano geral repercutem na prática e no saber da medicina, que, de um modelo artesanal, de controle individualizado da própria força de trabalho, assume elementos estruturais dessa racionalidade científica, tanto no plano particular como no plano social ampliado: o mecanicismo (metáfora do corpo humano como máquina); o biologicismo (redução do ser humano ao componente biológico); o individualismo (focaliza sua ação sobre o indivíduo e seus aspectos bioquímicos, fisiopatológicos e anatómicos, negando-lhe seus componentes psicossociais); a especialização (fragmentação de saberes e práticas dentro da medicina); a exclusão das práticas alternativas (realiza uma competente articulação com o Estado, constituindo a única prática terapêutica legalmente instituída); a concentração de força de trabalho em saúde (concentração de força de trabalho e equipamentos em um mesmo ambiente – o hospital); tecnificação do ato médico (utilização de instrumentos de trabalho cada vez mais sofisticados para realizar suas ações); ênfase na medicina curativa (foca a doença e não a saúde)^{14,15,16}.

Assim, se foi possível aplicar a atenção à saúde (aqui compreendida como produção de mercadoria socialmente valorizada) à lógica da produção capitalista, tornou-se também possível gerenciar aqueles que produzem essa mercadoria (os médicos), sendo o hospital o espaço privilegiado para implementar esse novo modelo de organização do trabalho médico^{14,15,16,18}.

Pode-se afirmar que o trabalho médico assumiu um modelo de organização taylorista/fordista. Com o reordenamento do trabalho médico, a dimensão científico-tecnológica da medicina tornou-se predominante, orientando global ou par-

cialmente os processos de trabalho atuais e impondo um novo padrão de formação escolar, ancorado na estrutura altamente tecnicizada do hospital-escola, valorizando por meio de mecanismos formais e informais a aquisição de conhecimentos científicos e a integração ao mercado de trabalho através da especialização^{15,16,17}.

No Brasil, essas transformações da organização do trabalho passam a ocorrer de forma ampliada a partir da segunda metade do século 20, quando da instalação de empresas transnacionais norte-americanas, que implantam e difundem o modelo taylorista/fordista de organização do trabalho. Nesse período, também se consolidou o sistema previdenciário brasileiro, garantindo assistência médica e farmacêutica aos trabalhadores incorporados às empresas nacionais e transnacionais, formalmente regulados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Esse acesso a benefícios sociais garantiu a neutralização das resistências dos trabalhadores, por meio de aumentos salariais, política de pleno emprego, estabilidade e benefícios ofertados pela empresa privada, entre eles a assistência médica^{16,17,18}.

Nos países capitalistas centrais, o modelo ampliado de organização da sociedade incorporou o Estado como agente dinamizador de políticas sociais, que passou a garantir um padrão de qualidade de vida exigido pelos movimentos de trabalhadores. No Brasil, o Estado vai desempenhar uma função apenas regulamentadora, não atuando diretamente para incorporar os trabalhadores excluídos desse modelo de regulação do trabalho assalariado. Dessa forma, as políticas públicas formuladas e implementadas têm o objetivo de apenas reduzir tensões sociais^{11,12}.

A MEDICINA E O CAPITALISMO GLOBAL

O padrão de desenvolvimento capitalista baseado no modelo taylorista/fordista começou a dar sinais de desgaste na década de 1970, devido a perdas significativas de produtividade na economia, principalmente nos Estados Unidos, em consequência da intensificação das lutas trabalhistas por novos ganhos de remuneração, levando a aumento de custos para o capital. Para responder a essas demandas, elevou-se o preço dos produtos e serviços, gerando uma crescente onda inflacionária que, por sua vez, recomeça o processo^{10,12}.

O capital passou a investir em novas tecnologias que gerassem aumento da produtividade (informática/robótica/comunicação), o que, por sua vez, resultou em desemprego estrutural – desemprego produzido por transformações nas relações de produção do sistema capitalista e não por problemas conjunturais, como guerras ou fenômenos naturais. Entretanto, o pacto taylorista/fordista entre capital e trabalho

implicava a amortização dessa crise por parte das ações e benefícios sociais ofertados pelo Estado de bem-estar social, materializados no auxílio-desemprego ou em programas de auxílio social. Assim, essa rede de proteção social impediu o desmoronamento desse padrão de gestão e organização do trabalho e da sociedade^{10,12}.

Mudanças nos padrões de organização do trabalho fundadas na “cultura da qualidade” passaram a ser difundidas internacionalmente pelas empresas japonesas. Essas empresas incorporaram grande densidade de novas tecnologias (informática/robótica) e operaram uma transformação nas formas de concorrência intercapitalista. A qualidade e a diferenciação dos produtos tornaram-se determinantes nas novas bases de competitividade. Essas mudanças afetaram profundamente o sistema de organização do trabalho taylorista/fordista, considerado rígido, e apresentaram, como alternativa, esquemas mais flexíveis de produção^{10,12}.

Paralelamente a essas transformações no modelo de organização do trabalho, esgotou-se a capacidade de investimentos sociais do Estado, impossibilitando suas ações de amortização da crise social, gerada por novas formas de organização do trabalho, novas tecnologias e competição internacional. Como consequência, amplia-se o desemprego estrutural, levando à fragilização das resistências dos trabalhadores, que deslocam suas reivindicações de aumento de salários para a manutenção do emprego^{10,12}.

A crise gerada nos anos 70 aprofundou-se nos anos 80, e um novo padrão de organização do trabalho se consolidou nos anos 90. Este padrão é caracterizado pelo enfraquecimento das resistências dos trabalhadores e do papel do Estado na elaboração e implementação de políticas sociais. A consequência desse processo é o desemprego e a exclusão social de grandes parcelas de trabalhadores assalariados, que só conseguem se incorporar ao sistema produtivo através de formas precárias de contratação. Esse quadro de referência sugere, para Druck¹⁰, o fim do padrão taylorista/fordista e a consolidação de um novo modelo de organização do trabalho, denominado “modelo japonês”.

O “modelo japonês” de organização do trabalho se caracteriza por ser um sistema de relações muito hierarquizadas entre empresas de portes diferentes (grandes, médias e pequenas). Essas empresas apresentam importante diferenciação interna. No caso das grandes empresas, estabilidade no emprego, força de trabalho qualificada, remuneração fixa e variável, esta atrelada a aumentos de produtividade, organização do trabalho baseada na gestão da qualidade total e na participação dos trabalhadores, a fim de envolver o trabalhador na busca por produtividade e redução de custos. Nas pe-

quenas e médias empresas, que formam a rede de subcontratação, encontram-se todos os tipos de trabalho. Em geral, são marcadas por instabilidade e precariedade na contratação dos trabalhadores, que, por sua vez, apresentam baixa qualificação profissional e são submetidos a condições precárias de trabalho, baixos salários e controle rigoroso para alcançar os padrões de qualidade e produtividade exigidos¹⁰.

No Brasil, a crise do fordismo apresenta-se de forma mais aguda devido ao reduzido alcance das políticas de proteção social desenvolvidas pelo Estado, cujas ações podem ser classificadas como de compensação social, especialmente para os trabalhadores excluídos do sistema formal de produção/consumo. Essas ações estatais caracterizam-se por consumir poucos recursos e pela baixa qualidade dos serviços ofertados, entre eles o de saúde^{9,10,12}.

Na década de 1980, em plena agudização da crise social no Brasil gerada pela exaustão do modelo taylorista/fordista, implementou-se na ordem jurídico-institucional (Constituição Federal de 1988)¹⁹ um sistema de saúde que pode ser considerado um passo fundamental à consolidação de um Estado de bem-estar social no Brasil. Em plena contra-mão histórica, quando tomamos como referência as sociedades capitalistas centrais, onde o Estado de bem-estar social se encontrava em xeque, em conseqüência da nova ordem capitalista internacional.

MANEIRAS DE INTEGRAÇÃO DO MÉDICO AO MERCADO DE TRABALHO NO BRASIL

Esse quadro de referência preliminar oferece elementos necessários à compreensão das modificações recentes do trabalho em medicina e de como este está associado às transformações ocorridas no sistema de produção capitalista, as quais influenciam as ações de agentes privados e as políticas de saúde elaboradas e implementadas pelo Estado.

O controle sobre a clientela, a posse dos meios materiais de trabalho e a liberdade na fixação do preço do trabalho mediante negociação com o consumidor direto são os principais critérios utilizados para identificar a posição do médico no mercado de trabalho como de autonomia típica ou prática liberal. Entretanto, mudanças ocorridas no modo de produção do cuidado médico promoveram uma crescente separação entre o produtor direto e uma parcela significativa de seus meios de produção, e a substituição da troca entre produtor e consumidor pela venda da força de trabalho, no âmbito de um sistema de produção estatal ou privado de serviços de saúde. Essas mudanças transformaram a forma de integração do médico no mercado de trabalho, atualmente caracterizada pela perda progressiva da autonomia profissional^{6,7,8,9,14,18,20}.

Hoje, identificamos cinco padrões básicos de inserção do médico no mercado de trabalho: autônomos típicos; autônomos atípicos; assalariados; empresários; e trabalhadores autônomos (contratação precária). O que ocorre com maior frequência é a combinação dessas formas de inserção⁹.

Em estudo realizado por Donnangelo⁹ (1975) na cidade de São Paulo – onde se instalaram os setores mais dinâmicos do capitalismo brasileiro, implantando-se primeiramente o modelo de organização do trabalho taylorista/fordista –, os resultados apontaram o assalariamento dos médicos na década de 1970, ainda que associado a outras formas de inserção no mercado de trabalho.

Em 1995, vinte anos após o trabalho pioneiro de Donnangelo, realizou-se uma ampla pesquisa nacional, denominada “Perfil dos Médicos do Brasil”, que retrata as mais recentes e principais características desse profissional e de seu mercado de trabalho. Nela se destacam^{1,20}:

- a existência de um mercado com cerca de 350 mil postos de trabalho (setores público e privado) para um contingente de 183.052 médicos em todo o país. Considerando que mais de 74,7% destes exercem atividades em consultórios, isto significa que o seu mercado se constitui em quase 500 mil postos de trabalho, equivalendo a 2,7 empregos/atividades por médico;
- atividade profissional predominante em instituições hospitalares, nos setores tanto público como privado, em todas as regiões brasileiras;
- no consultório particular, 79,1% dos médicos trabalham com convênios e/ou cooperativas, sendo significativo que 16,6% dos médicos exerçam essa atividade inseridos em estabelecimentos de saúde;
- urbanização do trabalho médico, ou seja, 65,9% dos médicos atuam nas capitais brasileiras, em especial nas mais desenvolvidas social e economicamente. Esta concentração contribui para uma relação de 3,28 médicos por mil habitantes nas capitais e 0,53 médicos por mil habitantes no interior;
- das 65 especialidades reconhecidas à época, dez sobressaem no mercado de serviços médicos (as quais englobam 62,1% do total dos médicos brasileiros);
- cerca da metade (48,9%) do contingente médico trabalha em regime de plantão, com maior frequência de plantões de 12 e/ou 24 horas.

Os resultados apontaram urbanização, especialização, redução da remuneração, multiplicidade de vínculos empregatícios, participação crescente de mulheres na categoria médica, elevada participação de plantões entre as formas de traba-

lho, informalização crescente das relações de trabalho. Isso indica que o mercado de trabalho médico no Brasil vem reproduzindo a tendência geral da economia contemporânea de utilizar cada vez mais o expediente da flexibilização da contratação da força de trabalho. Esse estudo permitiu constatar as mudanças qualitativas e quantitativas ocorridas no mundo do trabalho médico²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mercado de serviço de saúde contemporâneo constitui-se de vários segmentos que se articulam e que, juntos, acolhem a força de trabalho sob variadas formas de relação e de acesso ao trabalho. Logo, a constituição e a reestruturação do mercado de trabalho em saúde do país espalham-se nas generalidades da reestruturação produtiva e dos mercados, na globalização do mundo capitalista e de suas especificidades em realidades econômicas periféricas, como no caso do Brasil.

Como conseqüência, os médicos vêm sofrendo com a redução da remuneração, ampliação das jornadas de trabalho, contratações precárias, controle e fiscalização de sua atividade, perda da autonomia profissional, entre outras transformações, que vêm reduzindo o prestígio da categoria perante o investidor privado, o Estado e a sociedade.

Ao se adotar o entendimento materialista de determinação da estrutura econômica sobre os demais componentes da sociedade, apontam-se as transformações dialéticas ocorridas na sociedade capitalista e, como conseqüência destas, as transformações verificadas no trabalho médico. De um modelo artesanal (autônomo), este se modifica para um modelo taylorista/fordista (perda da autonomia com assalariamento) e mais recentemente para o "modelo japonês" (perda da autonomia com flexibilização das relações de trabalho). Dessa forma, buscou-se identificar e explicar as transformações ocorridas no mundo do trabalho médico, apontando as diversas formas de inserção do médico no mercado de trabalho.

Essas transformações na organização do trabalho médico e as novas formas de inserção do médico no mercado de trabalho apontam dificuldades que a categoria médica enfrenta na atualidade e indicam possíveis implicações sobre o ensino médico (escola médica), que deverá se adaptar a essa nova situação estrutural.

A forma como se organiza o trabalho médico na sociedade impõe ao ensino médico suas próprias leis e funcionamento. Assim, o ensino médico acaba reforçando esta situação até certo ponto, pois a educação médica tem certa autonomia, que leva à geração de contradições com as demandas surgidas na prática médica. Disto decorre que a escola médica se converte no centro de convergência de diferentes interesses.

Se a prática médica impõe a especialização como forma de inserção no mercado de trabalho, isso influencia a formação escolar e o currículo da escola médica, que, em geral, se adaptam a essa situação. Entretanto, dentro dos limites impostos pela realidade, é possível haver criatividade e inovação. Quanto a esta alternativa, deve-se reconhecer uma autonomia relativa da escola médica em propor novos modelos de exercício profissional, atuando de maneira conflitante e dialética, e, assim, transformadora do real.

Este trabalho, ao refletir criticamente sobre as transformações ocorridas no mundo do trabalho e do trabalho médico em particular, pode subsidiar os médicos e demais profissionais de saúde na transformação da realidade atual, que, a nosso ver, é desfavorável, pois impede o adequado exercício profissional da medicina.

O século 21 impõe grandes desafios em todas as esferas da sociedade, nos campos da ciência, da economia, da política e no campo social. Um dos desafios do setor saúde será construir uma agenda que formule políticas para a força de trabalho do setor, tanto no sentido de transformações nas instituições formadoras, neste caso a escola médica, como no perfil do mercado de trabalho médico.

REFERÊNCIAS

1. Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
2. Nics LF. Managed Care. Médicos HC/FAMUSP. 1998; 1(2): 97-105.
3. Pitta A. Hospital, dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1990.
4. Marx K. O capital – crítica da economia política. v. I. São Paulo: Nova Cultural; 1996. 496p. (Coleção Os economistas)
5. Garcia JC. La categoria trabajo en la medicina. Cuadernos Médico Sociales; 1984; 23: 5-17.
6. Paim JS. Marco conceitual para análise da prática médica. Salvador (BA): FAMED/UFBA; 1992. [Texto didático da disciplina MED-209 - Introdução à Medicina Social do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA].
7. Mendes Gonçalves RB. Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico. [Dissertação] São Paulo: Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo, 1979.
8. Schraiber LB. O trabalho médico e a clínica na medicina moderna. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde; 1992. p.1-41.

9. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade. O médico e o seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
10. Druck MG. Terceirização: (des)fordizando a fábrica. Salvador (BA): EDUFBA; 1999.
11. Dejours C. Por um novo conceito de saúde. Rev Saúde Ocupacional. 1986; 14(54): 7-11.
12. Schraiber LB *et al.* El reto de la educación médica frente a los nuevos paradigmas económicos e tecnológicos. Educación Médica y Salud. 1994; 28(1): 20-52.
13. Schraiber LB. Profesión médica representación, trabajo y cambio. Educación Médica y salud. 1991; 25(1): 58-71.
14. Schraiber LB. O médico e o seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: HUCITEC; 1993.
15. Arouca AS da S. O trabalho médico, a produção capitalista e a viabilidade do projeto de prevenção. Encontro com a Civilização Brasileira. 1978; 1: 132-155.
16. Mendes EV. A evolução histórica da prática médica. Suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo horizonte: PUC-MG/FINEP; 1986.
17. Novaes HM. Ações integradas de Saúde nos Sistemas Locais de Saúde S.L.O.S. São Paulo: PROAHSA; 1990. (Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios)
18. Conselho Federal de Medicina. Os médicos e a saúde no Brasil. Brasília (DF): CFM 1998.
19. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): República Federativa do Brasil; 1988.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Trabalhadores em Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP; 1998.
21. Machado MI-L. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças, RAP. 2000; 34: 133-146.

Endereço para correspondência:

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
Universidade Estadual de Feira de Santana
BR 116 – Km 03 – Campus Universitário
44031-460 – Feira de Santana – Bahia
e-mail: lua@uefs.br

Mônica de Andrade Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana
BR 116, Km 03 – Campus Universitário
44031-460 – Feira de Santana – Bahia
e-mail: mon.ica@zaz.com.br

Fernando Martins Carvalho
Rua Reitor Miguel Calmon, s/nº, Vale do Canela
40110-100 – Salvador – Bahia
e-mail: fmc@ufba.br