

ARTIGOS

Ética e subjetividade no trabalho médico

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Mônica de Andrade Nascimento

Fernando Martins Carvalho

Este artigo discute o trabalho médico, apontando sua dimensão social-relacional e sua dimensão científico-tecnológica. Nos últimos cinquenta anos, mudanças na organização do trabalho médico transformaram o modo de produzir o cuidado médico. Observa-se uma valorização da dimensão científico-tecnológica, como valor ético maior. Os médicos, como indivíduos, vivenciam no seu trabalho um espaço para o julgamento subjetivo, pois o mesmo caracteriza-se como interindividual. A tensão no trabalho médico ocorre entre a objetividade da ciência e a individualidade do caso, sendo que a criatividade orienta a intervenção. Logo, o cuidado médico é uma intervenção sobre cada indivíduo, a cada vez, obrigando à síntese da norma com o particular. É proposta uma reflexão sobre os valores da ação médica, baseada no cuidado, no momento de sua execução. Deve-se revalorizar a dimensão social-relacional e como consequência adotar uma preocupação ética como parte integrante da produção e utilização das tecnologias em medicina.

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Professor assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), doutorando em Medicina, membro do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UEFS) e conselheiro do CRM-BA

Mônica de Andrade Nascimento

Professora assistente do curso de Medicina da UEFS, médica psiquiatra do Hospital São Rafael (Salvador, BA) e mestre em Neuropsiquiatria

Fernando Martins Carvalho

Professor titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA, Ph.D. em Saúde Ocupacional pela London University e pesquisador 1B do CNPq

Unitermos: ética, subjetividade, trabalho médico

Introdução

Pretende-se, neste artigo, tecer algumas reflexões sobre o trabalho médico. Entende-se que o mesmo caracteriza-se como aquele desenvolvido por um indivíduo sobre um objeto/sujeito, o paciente, utilizando instrumentos específicos e obtendo como resultado a prevenção, alívio, cura ou reabilitação. Diferentemente de outras atividades humanas, o objeto do trabalho médico apresenta-se como sujeito, portador de uma história, vida relacional, acumulando e trocando informações e experiências, sendo modificado e modificando o médico durante a execução do seu mister.

Aponta-se que o trabalho médico, na atualidade, apresenta-se tensionado, entre uma dimensão social-rela-

cional e uma dimensão científico-tecnológica. Transformações sociais ocorridas nos últimos cinqüenta anos levaram a uma valorização da dimensão científico-tecnológica, consagrando-a como valor ético maior. O conhecimento médico avolumou-se, respaldado em intensa atividade científica, seja nas pesquisas básicas, seja nas pesquisas clínicas.

O presente artigo busca identificar essa tensão, conseqüência, no plano mais singular da supremacia do discurso técnico-científico sobre o discurso humanístico na medicina e no plano mais geral, das transformações ocorridas na organização dos serviços de saúde, quer no seu componente público ou privado, que fomentou uma aliança entre a dimensão científico-tecnológica da medicina e a necessidade de racionalização e otimização das ações de saúde.

Discute-se a possibilidade de articular a dimensão social-relacional com a dimensão científico-tecnológica da medicina, buscando-se a reafirmação da atividade médica pautada no cuidado. Afirma-se que o cuidado médico é sempre uma intervenção que incide sobre cada indivíduo, a cada vez, obrigando à síntese da norma com o particular. Essa abordagem, portanto, pretende romper o dualismo, compreensão que considera as coisas separadas, e propor a idéia de dualidade que busca uma compreensão integral da realidade, identificando os seus componentes como dimensões da complexidade (1).

Por fim, propõe-se revalorizar o que foi desvalorizado, a dimensão social-relacional, e

sugere-se uma reflexão ética como parte integrante da produção e utilização das tecnologias em medicina.

A medicina como prática de trabalho

Neste trabalho entende-se por prática 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 dito (2-7).

O objeto do trabalho médico constitui-se no ser humano, em sua composição biopsicossocial. Este objeto, porém, não é simplesmente um amontoado de células, tecidos ou reações bioquímicas. Trata-se de um ser humano, possuidor de subjetividade e que vivendo em sociedade é investido de valor. Logo, possuidor de uma dimensão objetiva (biológica), subjetiva (psicológica) e social (política) (2-9).

Os meios ou instrumentos de trabalho constituem um conjunto de coisas que o trabalhador interpõe, diretamente entre ele e o seu objeto de trabalho, para a realização do trabalho propriamente dito. No caso da medicina, dentre esses instrumentos destacam-se os que servem para a apropriação do objeto (o conhecimento das patologias, o raciocínio clínico, os exames complementares), os que cooperam com a transformação desejada (bisturi, pinças, agulhas, medicamentos, etc.) e ainda os que não participam diretamente do processo, mas

ARTIGOS

que são fundamentais para o bom exercício profissional (respeito, sigilo, confiança, etc.) (2-8).

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, pode ser recuperado com repouso, boa alimentação, lazer. Este trabalho necessita de dispêndio intelectual, o que coloca o médico na categoria dos trabalhadores intelectuais. O conhecimento médico caracteriza-se como um conhecimento específico, monopolizado pelos membros da categoria médica, diferenciando, dessa forma, o médico na estrutura social (2-8).

Outro elemento importante para o entendimento do trabalho médico é a divisão técnica e social do trabalho, que corresponde à sua divisão dentro de um processo de produção. No caso do trabalho médico, esta divisão levou a afirmação das especialidades médicas, que se constituem em saberes e práticas específicos, apropriados por sujeitos definidos (especialistas) e não por toda a categoria profissional. Logo, tal divisão condiciona o fracionamento intensivo e extensivo dos agentes, constituindo as especializações e superespecializações das categorias profissionais e a extensão das equipes de saúde (2-9).

Singularidades do trabalho médico

Utilizando-se como ponto de partida de nossa reflexão os elementos constitutivos da

prática médica, anteriormente apresentados, deve-se pontuar uma pequena diferença entre o trabalho médico e os demais trabalhos humanos.

O trabalho médico caracteriza-se como aquele desenvolvido por um indivíduo sobre um objeto, o paciente, utilizando instrumentos de trabalho e obtendo como resultado a prevenção, alívio, cura ou reabilitação. Diferente de outros trabalhos humanos, o objeto do trabalho médico não é inerte, desprovido de iniciativa, por isso o denominamos de objeto/sujeito – o que demanda diferentes habilidades por parte do médico para o desenvolvimento de sua atividade. O médico ao interagir com o paciente, modifica-o e é também modificado (8-10).

Nesse sentido, podemos dizer que o trabalho médico envolve, de certa forma, a produção de conhecimento novo, representando, assim, um ato de criação técnica e de investigação acerca dos componentes do paciente, em situações concretas. O acúmulo dessa produção, que em termos de conhecimento caracteriza a dimensão empírica da medicina, termina por conformar a conhecida experiência clínica pessoal de cada profissional (8-11).

Para Schraiber, “com a qualidade de antiga prática curadora, a medicina, em certo sentido tão antiga quanto a própria humanidade, sempre se valeu desse saber que se acumula e nasce da experiência vivida”. No espaço-tempo singular da relação com o paciente, a medicina caracteriza-se como uma prática

que envolve juízos complexos e decisões arriscadas, revelando certa subjetividade (8).

Operar esses juízos e decisões exige certa criatividade. Logo, assume-se que o trabalho médico possui uma dimensão subjetiva, seja para o médico, que articula a racionalidade científica com a experiência pessoal e vice-versa, seja para o paciente, portador de subjetividade, que articula à sua experiência pessoal a orientação médica, aderindo ou não a mesma, exercitando portanto a sua autonomia (8-13).

Para obter a adesão às suas condutas diagnósticas e terapêuticas, o médico, na realização do seu trabalho, necessita do ponto de vista subjetivo: alcançar a confiança do paciente. Dessa forma, pode-se considerar a confiança como valor máximo no trabalho médico e elemento nuclear de sua qualificação moral, tornando-se símbolo do caráter subjetivo e pessoal da prática (8-11).

Assim, pode-se considerar o trabalho médico como singular, o que não o torna nem mais nem menos valorizado que os demais trabalhos humanos, mas simplesmente diferente.

O trabalho médico inicia-se por uma “confissão” por parte do paciente, denominada de anamnese, e prossegue mediante minuciosa observação “armada” por parte do médico, denominada exame físico. Considera-se “armada” pois utiliza-se de técnicas e instrumentos projetados especialmente para essa atividade, que potencializam os sentidos humanos. Encerra-se em informações, orien-

tações e prescrições que buscam alcançar determinado objetivo: a prevenção, o alívio, a cura ou a reabilitação.

Entende-se que essa relação é intersubjetiva, ou seja, envolve a subjetividade de dois indivíduos, que em dado momento, em determinado espaço, encontram-se em uma situação singular, que exige do médico elevada concentração na sua atividade para poder entender as diversas dimensões integradas nesse encontro.

Identifica-se a assimetria dessa relação na procura do paciente – portador de uma necessidade, sofrimento, desejo – por seu médico, que reinterpreta estes dados como doença. Na linguagem médica a necessidade, sofrimento, desejo transforma-se em entidade nosológica, sendo dessa forma reconhecida pelo médico, o que permite a definição diagnóstica e a opção terapêutica. Entretanto, a eficácia desta última requer novas retraduições, adequando a conduta ao paciente (8-11).

A dimensão social-relacional da medicina

Como consequência dessas singularidades, a medicina apresenta-se como uma atividade humana impregnada de valores morais, considerados especiais pela maioria das sociedades, destacando-se a compaixão, a solidariedade e a tolerância (14,17,22).

Portanto, a medicina traz na sua essência uma dimensão, aqui denominada como

ARTIGOS

social-relacional, fruto da interação entre dois indivíduos num espaço-tempo singular, onde o objetivo de um deles, o médico, no exercício do seu trabalho, caracteriza-se pela articulação da objetividade científica com a experiência pessoal, na complexa tarefa de mover-se intelectual e tecnicamente do plano geral para o plano particular e vice-versa. E de um outro indivíduo portador de uma necessidade, sofrimento e/ou desejo, que ao procurar o médico, ambiciona o alívio, a cura, a reabilitação e/ou o acolhimento (14-17).

Pode-se afirmar, portanto, que o médico é portador de uma autoridade técnica (dimensão científico-tecnológica) e, se o quiser, de uma autoridade moral (dimensão social-relacional). A combinação dessas autoridades dependerá da mediação de um valor moral, a confiança. Entretanto, a confiança do paciente no médico só se concretizará com a contrapartida do desempenho profissional, baseado na responsabilidade dos riscos da autoridade técnica e da qualidade da complexa decisão assistencial (7,8).

Para obter a confiança do paciente e a adesão à sua orientação diagnóstica e terapêutica, o médico necessita construir uma autoridade moral, centrada não apenas na razão científica, ou seja, na autoridade técnica de agente da ciência. O profissional precisará ser identificado pelo paciente como detentor da melhor conduta, a mais adequada àquela situação particular. Para tanto, o profissional precisa articular a norma (representada pela dimensão científico-tecnológica), que materializa-se em rotinas de trabalho, à criativi-

dade, representada pela habilidade em reinterpretar a norma ao caso, mediada pela experiência pessoal (7-10).

A ética no trabalho médico reveste-se em valor fundamental, ferramenta do trabalho, significação adicional que detém significado peculiar neste artigo. Dessa forma, o médico precisará compreender a sua representação para o paciente, transformando-se em autoridade técnica e moral.

A dimensão científico-tecnológica da medicina

Mudanças significativas ocorreram na organização do trabalho médico nos últimos cinquenta anos, resultantes do grande desenvolvimento científico tecnológico e da institucionalização da assistência, que se desloca do consultório individual para as instituições hospitalares modernas. Assim, o trabalho médico passa a vivenciar a tensão entre a autonomia do modelo artesanal e a heteronomia da ordem social e institucional no interior dos hospitais e serviços de saúde (7,17,18,20-22).

Na sociedade industrial moderna, esse período é identificado por alguns autores como o de consolidação e desenvolvimento de uma forma particular de gerenciar e organizar o trabalho humano em geral e o trabalho médico em particular, denominada de taylorismo/fordismo. O taylorismo/fordismo vai marcar essa nova etapa do desenvolvimento do capitalismo, enquanto novo padrão de gestão e organização do trabalho e, em sua

forma ampliada, da sociedade, e sintetiza as novas condições históricas constituídas pelas mudanças tecnológicas e pelo novo modelo de industrialização caracterizado pela produção em massa e pelo consumo de massa (7,27).

Essas transformações ocorridas no plano mais 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 (entendimento dos fenômenos que estuda, numa perspectiva material), o biologicismo (fundamenta o seu saber na experimentação, característica das ciências biológicas), o individualismo (passa a focar a sua ação sobre o indivíduo e seus aspectos bioquímicos, fisiopatológicos e anatômicos, negando-lhe os 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-se como 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), a tecnificação do ato médico (utilização de diversos instrumentos de trabalho cada vez mais sofisticados, para a realização das suas ações) e a ênfase na medicina curativa (culto à doença e não à saúde) (7,19).

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 a implementação desse novo modelo de gestão e organização do trabalho médico (3,11-13).

Pode-se afirmar, então, que o trabalho médico assumiu um modelo de organização taylorista/fordista. Com o reordenamento do processo produtivo, a dimensão científico-tecnológica da medicina tornou-se predominante, orientando, global ou parcialmente, os processos de trabalho atuais (11-13,17).

A dimensão científico-tecnológica do trabalho médico impôs um novo padrão de formação escolar ancorado na estrutura altamente tecnificada do hospital-escola. Valorizou, através de mecanismos formais e informais, o conhecimento técnico-científico, a aquisição de habilidades e o trabalho especializado inerente a esse padrão, estimulando a busca de integração no mercado, através das especialidades. Desvalorizou, através de mecanismos formais e informais, o desenvolvimento de atitudes ancorado em valores morais de compaixão, solidariedade e tolerância, levando a uma transformação da atividade médica (19-22).

Assim, a prática clínica precisa estar intimamente associada à pesquisa básica e, sobretudo, à pesquisa clínica. O objetivo é gerar melhor atendimento a custos mais baixos. Dessa forma, o médico reduz a subjetividade e a

ARTIGOS

incerteza da sua prática profissional, adotando como critério de decisão parâmetros rigorosamente construídos com ênfase nos aspectos científicos, na otimização dos benefícios e minimização de riscos e custos na aplicação dos recursos existentes.

Esse processo gerou ganhos tecnológicos de elevada magnitude em termos de resultados diagnósticos e terapêuticos. Entretanto, a maneira normativa e prescritiva de orientação do raciocínio e do trabalho do médico reduz a subjetividade e criatividade deste, afastando-o do paciente.

Tensão e ruptura na prática médica

Mudanças significativas ocorreram na organização do trabalho médico, que transformaram profundamente o modo de produzir o cuidado. Mesmo assim, apontamos que esses profissionais, simultaneamente técnicos da ciência e sujeitos da sociedade, vivenciam em seu cotidiano de trabalho um espaço para o julgamento de natureza subjetiva, pois este caracteriza-se como uma relação interindividual e singular.

A tensão entre as dimensões do trabalho médico evidencia-se entre a objetividade da ciência e sua aplicação técnica como regra geral, base da certeza e segurança do cuidado. Mas, uma vez individualizado ao caso, será a criatividade o elemento que orientará a intervenção. Logo, o cuidado é sempre uma atitude que incide sobre cada indivíduo, a cada vez, obrigando à síntese da norma com o particular.

O trabalho médico, na atualidade, é valorizado socialmente por seu saber técnico-científico, materializado na precisão dos métodos diagnósticos e no arsenal terapêutico disponível. A desvalorização na sua capacidade relacional, na perda de respeito e confiança entre médicos e pacientes, resulta, em grande parte, das novas formas de organização do trabalho, quer no seu componente público ou privado, que se constituem em obstáculos para o desenvolvimento da dimensão social-relacional.

A intersubjetividade do trabalho médico, quando da interação com o paciente, exige mais que conhecimento científico e habilidades tecnológicas: exige atitudes. As quais devem ancorar-se nos valores de compaixão, solidariedade e tolerância, necessários ao exercício da boa prática médica e ao sucesso terapêutico. O paciente deposita confiança no médico que o ampara, o acolhe e não apenas o atende (1,8,23).

Usando como metáfora o mito do cuidado apresentado por Boff (2001), que entende que o ser humano é essencialmente cuidado, e que o cuidado se caracteriza como uma atitude de zelo, de desvelo, de responsabilidade, de compaixão pelo outro, a medicina deve se constituir em uma prática do cuidado, em uma atitude de acolhimento (1,23).

No espaço-tempo singular do consultório, é possível, ao nosso juízo, articular o saber médico mais avançado e a precisão técnica com uma atitude de acolhimento, ancorada em valores morais de solidariedade e compaixão.

O cuidado deve ser o elemento norteador, através da preocupação com o outro, com a sua saúde, com o seu sofrimento, com a sua dor. Dessa forma, pode-se resgatar os valores ancestrais da medicina e reconstruir o respeito e a confiança do paciente no seu médico.

Nossa abordagem, portanto, desloca-se para a questão ética na prestação do cuidado médico. Propomos uma reflexão sobre os valores que orientam o cuidado médico no momento de sua execução. Dessa forma, propomos revalorizar a dimensão social-relacional e como consequência, propomos uma preocupação ética como parte integrante da produção e utilização das tecnologias e da organização do trabalho médico, no interior dos serviços de saúde.

A prioridade do trabalho médico deve ser o cuidado com o paciente. No espaço-tempo singular dos consultórios, poder-se-ia articular as dimensões social-relacional e científico-tecnológica com o objetivo de responder e/ou minimizar os problemas do paciente. Para atingir este objetivo faz-se necessário o deslocamento da maior valorização ética da dimensão científico-tecnológica para a dimensão social-relacional, direcionando a prioridade do trabalho

médico para o ser humano e transformando todos os demais recursos em instrumentos para a sua realização.

Para a relativização da dimensão científico-tecnológica são necessárias mudanças na organização do trabalho e dos serviços de saúde, em seus componentes público e privado, bem como da escola médica. Esta deverá priorizar a dimensão social-relacional e privilegiar o ser humano em detrimento da dimensão científico-tecnológica, que deve ser enfocada como elemento instrumental e utilitarista, que passa a ter sua aplicabilidade direcionada à resolução dos problemas e necessidades do ser humano, controladas pelo trabalho médico.

Por fim, nossa reflexão propõe o deslocamento do debate sobre as dimensões do trabalho médico para o plano da ética. Este deve estar alicerçado no princípio do cuidado do médico para com o seu paciente, no momento de sua execução. Propomos uma reflexão sobre os valores respeito, compaixão, solidariedade e tolerância. Dessa forma, sugerimos revalorizar a dimensão social-relacional e, como consequência, indicar um direcionamento ético como parte integrante da produção e utilização das tecnologias em medicina.

RESUMEN

Ética y subjetividad en el trabajo médico

Este artículo discute el trabajo médico, apuntando su dimensión social-relacional y su dimensión científico-tecnológica. En los últimos cincuenta años, cambios en la organización del trabajo médi-

ARTIGOS

co transformaron la forma de producir el cuidado médico. Se observa una valorización de la dimensión científico-tecnológica, como un gran valor ético. Los médicos, como individuos, vivencian en su trabajo un espacio para un juzgamiento subjetivo, puesto que el mismo se caracteriza como interindividual. La tensión en el trabajo médico ocurre entre la objetividad de la ciencia y la individualidad del caso, siendo que la creatividad orienta la intervención. Luego, el cuidado médico es una intervención sobre cada individuo, cada vez, obligando a la síntesis de la norma con el particular. Se propone una reflexión sobre los valores de la acción médica, basada en el cuidado, en el momento de su ejecución. Se debe revalorizar la dimensión social-relacional y, como consecuencia, adoptar una preocupación ética como parte integrante de la producción e utilización de las tecnologías en medicina.

Uniterminos: ética, subjetividad, trabajo médico

ABSTRACT

Ethics and subjectivity in medical work

This article discusses medical work pointing out its social-relational dimension and its scientific-technological dimension. In the last fifty years, changes in the organization of medical work have transformed the way in which medical care is produced. A heightening of the value attributed to the scientific-technological dimension as the major ethical consideration has been observed. Doctors, as individuals, live within a space for subjective judgment in their work which itself is of an inter-individual nature. Tension arises in medical work between the objectivity of science and the individuality of the cases with creativity orientating the intervention. Thus medical care is an intervention in regard to a certain individual, on a certain occasion, and demands a synthesis of the general norm and the particular application of it. A reflection is proposed on the values involved in the medical action, based on care, at the moment it is carried out. The social-relational dimension should be re-valued and as a consequence preoccupation with ethics should become an integral part of the production and utilization of technologies in medicine.

Uniterms: ethics, subjectivity, medical work

BIBLIOGRAFIA

1. Boff L. Saber cuidar. Petrópolis: Vozes, 1999.
2. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.
3. Gonçalves RBM. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1979.
4. Paim JS. Marco conceitual para análise da prática médica. Salvador: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, 1992. (Texto didático da disciplina MED-209. Introdução à medicina social).

5. Schraiber LB. O trabalho médico e a clínica na medicina moderna. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde, 1992. p. 1-41.
6. _____. Profesión médica representación, trabajo y cambio. Educación Médica y Salud 1991;25(1):58-71.
7. Nascimento Sobrinho CL. Trabalho e saúde dos médicos. In: Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo. Desgaste físico e mental do cotidiano médico. São Paulo: Simesp, 2002. p. 36-49.
8. Schraiber LB. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. Divulgação 1996 jul.:(12):45-50.
9. Ribeiro JM. Trabalho médico: ciência, arte e ação na conformação da técnica [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1995.
10. Ribeiro JM, Schraiber LB. A autonomia e o trabalho em medicina. Cadernos de Saúde Pública 1994;10(2):190-9.
11. _____. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. Cadernos de Saúde Pública 1995;11(1):57-64.
12. _____. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.
13. Schraiber LB, Medici AC, Goncalves RBM. El reto de la educación médica frente a los nuevos paradigmas económicos e tecnológicos. Educación Médica y Salud 1994;28(1):20-52.
14. Moretto RA, Mansur OFC, Araújo J Jr. Humanismo e tecnicismo na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica 1998;22(4):19-25.
15. Siqueira JE. A arte perdida de cuidar. Bioética 2002;10(2):89-106.
16. Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Bioética 2002;10(2):51-72.
17. Druck MG. Terceirização: (des)fordizando a fábrica. Salvador: EDUFBA, 1999.
18. Nascimento Sobrinho CL, Formigli VLA. Organização, financiamento e gestão dos serviços de saúde no Brasil. Salvador: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, 2001. (Texto didático da disciplina MED-209, Introdução à Medicina Social).
19. Mendes EV. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte: PUC-MG/Finep, 1986.
20. Machado MH. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. RAP 2000;34: 133-46.
21. Trabalhadores em saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fiocruz/Ensp, 1998.
22. Conselho Federal de Medicina. Os médicos e a saúde no Brasil. Brasília: CFM, 1998.
23. Boff L. Princípio de compaixão e cuidado. Vozes: Petrópolis, 2001.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mônica de Andrade Nascimento
 BR 116, Km 03, Campus Universitário,
 Feira de Santana, BA - Brasil, CEP 44031-460
 e-mail mon.ica@zaz.com.br.