

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
Escola de Comunicações e Artes  
**Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo**  
“Cultura Material e Consumo: perspectivas semiopsicanalíticas”

**DOUGLAS SILVEIRA DE ASSIS**

**QUANDO O JALECO BRANCO PRECISOU ENTENDER DO OCEANO  
AZUL:**

UMA REFLEXÃO SOBRE ALTERAÇÕES SOCIOLÓGICAS, LABORAIS E  
DE SIGNIFICADO PARA A CLASSE MÉDICA EM ESTADO DE  
LIQUEFAÇÃO.

São Paulo

2019

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
Escola de Comunicações e Artes  
**Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo**  
“Cultura Material e Consumo: perspectivas semiopsicanalíticas”

**DOUGLAS SILVEIRA DE ASSIS**

**QUANDO O JALECO BRANCO PRECISOU ENTENDER DO OCEANO  
AZUL:**

UMA REFLEXÃO SOBRE ALTERAÇÕES SOCIOLÓGICAS, LABORAIS E  
DE SIGNIFICADO PARA A CLASSE MÉDICA EM ESTADO DE  
LIQUEFAÇÃO.

Monografia apresentada ao Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, em cumprimento parcial às exigências do Curso de Pós-Graduação-Especialização, para obtenção do título de especialista em “Cultura Material e Consumo: perspectivas semiopsicanalíticas”, sob orientação do prof. D.Sc Eneus Trindade Barreto Filho

São Paulo

2019

ASSIS, Douglas Silveira de. **Quando o jaleco branco precisou entender do oceano azul**: uma reflexão sobre alterações sociológicas, laborais e de significado para a classe médica em estado de liquefação. Monografia apresentada ao Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, em cumprimento parcial às exigências do Curso de Pós-Graduação-Especialização, para obtenção do título de especialista em “Cultura Material e Consumo: perspectivas semiopsicanalíticas”.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Catálogo na Publicação (CIP)

#### Biblioteca da ECA-USP

Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo

ASSIS, Douglas Silveira de.  
Quando o jaleco branco precisou entender do oceano azul:  
uma reflexão sobre alterações sociológicas, laborais e de  
significado para a classe médica em estado de liquefação.  
/ Douglas Silveira de Assis. – São Paulo, 2019. 69 p.  
Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Escola  
de Comunicação e artes da Universidade de São Paulo.  
Orientador: Profª Drª Eneus Trindade Barreto Filho 1.  
Marketing médico. 2. Consumo no mercado saúde. 3.  
Formação médica. I. Título.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha esposa, Cristiane Del Nero. Sem ela o envolvimento com o universo de saúde seria algo fora do meu mundo de reflexão, para o bem ou para o mal. Muito do esforço neste trabalho parte não só de observações iniciais minhas, mas também dela.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os professores da especialização em Cultura Material e Consumo: perspectivas semiopsicanálticas que trouxeram para mim uma nova forma de pensar, engradecendo não apenas meu arcabouço teórico, mas, também, uma maneira de interpretar o mundo. Apesar de entender, por fazer parte de uma primeira turma, o compromisso de estabelecer neste trabalho tanto o fruto quanto o terreno para semear novos estudos que consolidem este oportuno e diferenciado esforço acadêmico, sei que ainda este é apenas o começo para coisas maiores e mais sólidas que potencialmente surgirão.

*“Duvida que o mundo tenha tanto pra esconder? Muito que o mundo esconde, tenho tempo de aprender. Não há estradas que eu não queira percorrer, nem madrugadas que eu não possa atravessar.”*

*Sá e Guarabira*

## RESUMO

A medicina é uma das poucas áreas de atuação onde sua tradição histórica ainda resguarda características nos dias atuais. Se, por um lado, é uma das áreas com maior incorporação tecnológica e dinamismo científico, por outro é inegável a percepção de suas raízes tradicionais no que diz respeito a tratativa e postura dos médicos obedientes ao seu código ético. A tradição médica construiu entre os séculos XIX e XX um verdadeiro projeto econômico da medicina. Esse empenho exitoso, trouxe privilégios de atuação e auto regulação da classe médica.

Entretanto, desde a virada para o século XXI, pode-se perceber que algumas novas questões clássicas do comportamento ético médico entraram na zona de conflito entre estes profissionais. Somado a isso, por mais exitoso que o projeto econômico médico seja, as pressões do modelo capitalista cada vez mais são sensíveis na atuação destes profissionais.

A partir deste cenário, o presente trabalho busca refletir sobre o estado atual deste momento de mudanças, que podem se traduzir em novos desafios profissionais e de compreensão sobre si mesmos enquanto guardiões da arte de curar em tempos de volatilidade dos sentidos.

O recorte escolhido para debate é o da cultura de consumo no ambiente digital e as possíveis mudanças no significado que fatores de comercialização e promoção podem trazer frente a esse universo.

Palavras-chaves: Marketing médico; Consumo no mercado de saúde; Formação médica



## **ABSTRACT**

Healthcare is one of a few areas of expertise in which historical tradition still keep traits in present day. If, on one hand, it is one of the most technological influenced and scientifically dynamic fields, on the other the perception of its traditional roots as far as ethics, stance and the relationship with patients are concerned, is undeniable. Between the 19th and 20th centuries, medical tradition built a true economic project for healthcare. This successful enterprise resulted in privileges on the roles and self-regulation of the medical community. However, since the turn of the 21st century, it is possible to perceive that some new questions brought conflict to traditional medical ethics. Furthermore, as successful as the medical economic project is, the segment is becoming more sensitive to pressures from the capitalist model. In such context, this paper aims to reflect on the current state of the changing paradigm of the healthcare sector, which can translate to new professional challenges and even to the understanding of the medical profession. The chosen angle for this debate is the consumerism culture in a digital environment and the possible changes in meaning that promotion and commercial factors can bring to the medical context.

Keywords: Health marketing; Healthcare Market consumption; Medical degree

## RESUMO

La medicina es una de las pocas áreas donde su tradición histórica aún conserva características en los días actuales. Si, por un lado, es una de las áreas con mayor incorporación tecnológica y dinamismo científico, por otro, es innegable la percepción de sus raíces tradicionales con respecto al tratamiento y la postura de los médicos que obedecen su código ético. La tradición médica construyó entre los siglos XIX y XX un verdadero proyecto económico de medicina. Este esfuerzo exitoso trajo privilegios de acción y autorregulación de la clase médica. Sin embargo, desde comienzos del siglo XXI, se puede ver que algunas nuevas cuestiones clásicas del comportamiento ético médico han entrado en la zona de conflicto entre estos profesionales. Sumado a esto, por más exitoso que sea el proyecto económico médico, las presiones del modelo capitalista son cada vez más sensibles en el desempeño de estos profesionales. A partir de este escenario, el presente trabajo busca reflexionar sobre el estado actual de este momento de cambio, que puede traducirse en nuevos desafíos profesionales y comprensión de sí mismos como guardianes del arte de la cura en tiempos de volatilidad de los sentidos. El enfoque elegido para el debate es la cultura del consumidor en el entorno digital y los posibles cambios en el significado que los factores de marketing y promoción pueden apuntar a este universo.

Palabras clave: marketing médico; Consumo del mercado de la salud; Antecedentes médicos

## Sumário

INTRODUÇÃO .....	1
OBJETIVOS .....	9
JUSTIFICATIVA .....	9
METODOLOGIA.....	11
1. O PROFISSIONAL DE MEDICINA NO BRASIL: UMA BREVE AVALIAÇÃO SOCIOPSICANALÍTICA DA CLASSE .....	12
1.1. Revelando a existência dos signos culturais na medicina .....	12
1.2. Formação, socialização e relação médico-paciente: a construção da semiosfera médica ...	16
2. MAL-ESTAR MÉDICO: OS NOVOS DESAFIOS PROFISSIONAIS .....	29
2.1. O mal-estar freudiano .....	29
2.2. Refletindo sobre mal-estar médico.....	31
2.3. “Destaque-se eticamente da concorrência”: a sublimação do mal-estar médico.....	35
3. O MÉDICO-MÍDIA: A APROXIMAÇÃO DA CLASSE COM A NECESSIDADE DE COMUNICAÇÃO E O FENÔMENO DO EMPREENDEDORISMO.....	43
3.1. Eles não são Stevie Jobs. Mas quem não gosta de uma história empreendedora? .....	45
3.2. Eles não são Dr. Hollywood. Mas quem não gosta de realities shows? .....	48
4. PROGNÓSTICO: MUDANÇAS DE SÍMBOLO AFETARÃO O CONSUMO DE SAÚDE? .....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERENCIAL TEÓRICO.....	56



## INTRODUÇÃO

A formação médica no Brasil tem e mantém uma barreira de acesso ainda elitizada, sendo este um fenômeno social relativamente recente. As duas primeiras escolas de medicina no Brasil somente foram estabelecidas após a vinda da família real para a sua maior colônia, em fuga das invasões napoleônicas em terras portuguesas após 1808, com a criação de escolas nas cidades do Rio de Janeiro e Salvador, ambas inspiradas na orientação médica francesa. Muito embora ainda incipientes e isoladas academicamente do restante do mundo, basta salientar que, inicialmente, o ingresso dos alunos nestas duas escolas demandava como pré-requisito saber ler e escrever, apenas (FILHO, 1995).

Voltando ainda mais na história da medicina brasileira, entre os séculos XVI e XVII, a medicina na colônia portuguesa era exercida pelos novos cristãos - filhos de um pai (ou mãe) cristão e judeu – que, conforme Filho (1995), vinham ao Brasil fugidos da inquisição instalada em Portugal: viviam como ambulantes e ofereciam uma medicina extremamente rudimentar ao ponto de que os saberes culturais indígenas despertavam maior confiança da população que os “médicos de Coimbra” isso porque além da péssima formação, as doenças tropicais não eram estudadas ou conhecidas no velho continente. Fato que, evidentemente, conferia grande desprestígio e descrédito financeiro/social. O crescimento de fato acentuado das escolas de medicina no país somente encontra momento de destaque na metade do século XX e, com isso, cria-se um ecossistema favorável para o ensino, pesquisa e extensão apropriados para o estabelecimento de uma classe médica bem formada e relevante.

O período do século XIX, já com as escolas de medicina do Rio de Janeiro e Salvador, traz consigo uma maravilhosa historiografia documentada, não obstante também cercada de incidentes bizarros na aplicação de uma medicina ainda com laços medievaescos. A citar um dos apanhados de Filho (1995), destaca-se o tratamento realizado pelo Dr. Jacinto Pereira dos Reis para a cura da lepra por meio do veneno da cascavel, retirado do jornal do comércio: o notável médico, diante de um público de sessenta pessoas, pediu para que fosse enviada a casa do enfermo uma gaiola com o ofídio peçonhento. Após um vencer o desafio da cascavel ao avanço científico, já que a cobra insistia em não picar o paciente, ele veio a óbito vinte quatro

horas depois do paciente ser inoculado pelo veneno, efeito completamente inesperado pelo médico.

Apesar das particularidades brasileiras que conferiram passos lentos ao desenvolvimento médico brasileiro, essas atuais barreiras de acesso e prestígio não podem ser entendidas de maneira endêmica: salvo algumas especificidades no desenvolvimento dos modelos europeus e estadunidense na história da formação médica, podemos afirmar que esta é uma constatação universal.

O reconhecimento desta classe enquanto função de destaque socioeconômico, é fruto do empenho coletivo e associativo destes mesmos profissionais, já que a história os condenou durante os primeiros 400 anos após a chegada das caravelas portuguesas à posições de segundo escalão, aproximando-se dos artesãos e pequenos mercadores.

Esta mudança de entendimento e significado na cultura ocorreu de maneira gradativa e ao longo de séculos, algo que Filho (1995) chamou de “um verdadeiro projeto corporativo”, ao narrar o caso brasileiro. Já a medicina, de maneira geral, enquanto área de elevado respeito, precisou passar por fases históricas que contribuíram para seu alicerçar técnico. Dentre alguns dos estopins para o reconhecimento da formação em saúde como um ofício, destaca-se a revolução científica: período na Europa entre os séculos XVI e XVIII onde fundamentaram-se as bases dos referenciais conceituais, metodológicos e institucionais para que a ciência, validada pelo advento do método científico, surgisse e se distanciasse das outras formas de construção de conhecimento e caminhos para se interpretar o mundo (JOHN,1998). O método indiciário problematizado por Ginzburg (1989: 178) para a classe médica tornou-se um paradigma ainda maior, mas necessário, para se construir o conceito das ciências médicas modernas, problematiza o autor de forma a dar exatidão a evolução das ciências médicas à época: “ou assumir um estatuto científico frágil para chegar a resultados relevantes, ou assumir um estatuto científico forte para chegar a resultados de pouca relevância”.

Ou seja, para que a medicina fosse cada vez mais entendida como algo confiável, era preciso seguir rigor e rito que construísse credibilidade de longo prazo, ao invés de uma comunicação mais aproximada do exótico, do religioso e do meramente empírico que permeava essa ciência

ainda em construção. E, é claro, como veremos adiante, da associação desta classe com o Estado, custeando e gerando mercado para atuação destes profissionais (FILHO, 1995).

Essa escolha pela íntima aproximação técnico e científica conseguiu estabelecer um *locus* de categoria ímpar para aqueles que seguiram as escolas médicas, principalmente após 1910 quando o governo estadunidense encomendou o relatório Flexner, que segundo Machado (1995) estruturou a formação médica escalar em consonância com às demandas econômicas do modelo capitalista, organizando grades, currículos de formação, a obrigatoriedade da prática em laboratório e docência em regime integral. Os hospitais e universidades criaram elos na construção de conhecimento e formação profissional. Este marco histórico na formação médica surge como algo positivo, haja visto que havia uma situação caótica de formação naquele país até o momento e, essas mudanças acabaram influenciando todo o mundo (FILHO, 1995).

Sob o ponto de vista do monopólio do conhecimento, tanto o chamado Episódio Flexner quanto a revolução científica serviram para afastar os demais conhecimentos, sejam tradicionais ou religiosos para gerar confiabilidade e solidificar a figura do médico enquanto único protagonista sem intermediários do que é doença, cura e da relação com seu paciente. Da mesma forma, a reorganização curricular também contribuiu para super especializar esta área em diversas vertentes de pesquisa.

Voltando para terras brasileiras, desde 1832 a reserva de mercado médica já estava rudimentarmente estabelecida (FILHO, 1995). Nasce uma representação do perfil médico pautado num binômio: de um lado o conhecimento técnico dos estudos doutrinadores, do treino para o exercício da formação e do outro lado a construção de seus códigos éticos e das normas profissionais.

Talvez, por essa finalidade enraizada no rigor, a história da formação desta classe esteja intimamente relacionada a esse mesmo aspecto tecnicista nas regras que definem os limites sobre a atuação médica, antes dependentes do Estado até o desprendimento do poder público e o alcance da completa auto-regulamentação: no Brasil, desde 1945, estes profissionais são regidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). A nível internacional, outros órgãos zelam pela institucionalização do ofício como a World medical association (WMA), fundada em 1947, e a própria Organização mundial da Saúde (OMS), fundada em 1948, e subordinada a

Organização das nações unidas (ONU). Importante dar grifo a essas datas, pois todas são pós-segunda guerra mundial, momento onde a ciência médica encontra seu apogeu em prestígio e de uma construção imaginária e estruturalista quase eclesiástica da profissão.

A forte institucionalização da profissão tem, por um lado, a defesa dos preceitos ético profissionais e, por outro, a manutenção do controle de atuação de seus representantes. Usando como suporte a análise freudiana, pode-se admitir que o papel destas entidades abre janelas para uma análise de uma metapsicologia deste grupo profissional, já que é “o ser individual como membro de uma tribo, um povo, uma casta, uma classe, uma instituição, ou como parte de uma aglomeração que se organiza como massa em determinado momento, para um certo fim” (FREUD, 2011: 15).

Apesar do perfil sindicalista destas associações, cabe ao Brasil uma análise distinta pela origem corporativista destas instituições, conforme fez Ribeiro (1993). O autor apresenta e generaliza o conceito de corporativismo, onde ocorre “essencialmente, enquanto expressão de interesses ‘egoístas’ e imediatos de categorias profissionais” com o objetivo de articulação de grupos produtivos e entendimento entre seus representantes para o controle social destas massas representadas vis a vis os interesses de controles políticos, culturais e sociais de um grupo maior em consonância com os projetos de políticas públicas de uma nação. Filho (1995) credita a este movimento o formato de prestígio alcançado pelos médicos e, por conseguinte, a busca das classes dominantes por este ofício de formação.

Percebe-se, então, que a ascensão da classe médica pós a organização das associações profissionais, com raízes corporativistas, são a base de um processo exitoso de parceria entre estes e o estado curador/garantidor das políticas públicas, seja na formação, seja na atuação profissional, quando a saúde assume fundamental papel de desenvolvimento social, científico e econômico. Foucault (1978), em retrospectiva, reflete sobre este período onde o aparecimento desta figura de autoridade, como algo que ultrapassa a autoridade técnica e da erudição. A autoridade médica, também é social devido ao seu poder de atuação podendo interferir na vida humana e nos costumes. A medicina nas palavras do autor invade, então no século XVIII outras áreas – para além das enfermidades – o urbanismo, por exemplo. Esta ascensão encerra a finalidade secular das instituições hospitalares, antes um espaço de caridade e conforto de

pacientes pobres em seus últimos suspiros de vida para espaços. O autor define o cenário já fortemente estabelecido como “a economia política da medicina”.

Não caberia neste trabalho dedilhar, a efeito de narrativo todos os demais fatos que condicionaram a forte formação da classe médica no Brasil e no mundo, pormenorizando-os individualmente cada um dos momentos de aceleração ou refração dos privilégios da classe médica, já que existem inúmeros trabalhos publicados com esta finalidade que trazem fontes e dados completos para validar essa afirmação. Portanto, aceitando este recorte, sem se ater a necessidade de aprofundá-los aconselha-se a leitura das publicações da pesquisadora MACHADO (1995) e (1998) que apresentam dados históricos e estatísticos de grande valia nesse quesito. Alguns outros pontos desta historiografia médica estão guardados nos capítulos seguintes, mas atendo-se à contribuição no alcance dos objetivos propostos desta pesquisa.

Apesar do acolhimento médico por meio das políticas públicas geradoras de espaços para formação e oportunidades de atuação profissionais, a classe médica goza de uma característica própria em comparação a maioria das demais classes profissionais. Uma característica específica e praticamente um privilégio histórico de formação: a liberdade de atuação e a autonomia para prestar seus serviços.

O fenômeno médico assalariado é relativamente recente e acelerado apenas durante o século XX. Tradicionalmente, a prestação de seus serviços ocorre de maneira livre e autorregulada. Por esse motivo, médicos atuam harmoniosamente em espaços públicos, privados e em seus próprios consultórios. Neste último, confere-se liberdade e autonomia total para que pratiquem preços que lhes façam valer. Portanto, apesar da explícita serventia pública, o profissional de saúde pode optar em atuar tanto na esfera pública, privada ou autônoma de maneira concomitante e sem conflito de interesses. Um benefício concedido a poucas profissões, até mesmo em comparação com as demais profissões liberais clássicas como advogados, engenheiros, arquitetos, etc. Uma profissão de íntimo interesse público, mas, ao mesmo tempo, sem a forte dependência da esfera pública enquanto campo restrito de atuação como ocorre em algumas outras formações de nível superior com a mesma característica social.

Permaneceria este cenário totalmente favorável para atuação, mas, estreitando a discussão para o fio condutor da pesquisa, a premissa baumaniana de liquidez tem paulatinamente apontado

fatores subversivos a este projeto profissional tão bem estruturado. Neste ponto há um vislumbre com contornos já bem definidos para mudanças e o crescimento de preocupações que intrigam estes profissionais e fragilizam as relações de poder por meio das sociedades que os representam, seja como último recurso garantidor de suas benesses, ou pior, seja como fator limitante para uma atuação mais inovadora e aderente a realidade confrontante. Casos recentes como a regulação da telemedicina<sup>1</sup> proposta pelo CFM ou da queda restritiva do médico divulgar imagens dos pacientes<sup>2</sup> após seus tratamentos são alguns dos conflitos de representatividade que a classe vivencia e que tem a ver com as discussões éticas possíveis extrair conclusões sob o ponto de vista do repertório de Bauman.

O avanço da ciência multidisciplinar para estabelecer novos patamares do estado da arte na saúde cada vez mais esgarça o protagonismo desta formação no rigor e rito científico frente outras áreas como das ciências biológicas (em especial na vanguarda do estudo da genética), da informática (em especial dos algoritmos e das inteligências artificiais), da engenharia (em especial na inserção da robótica para procedimentos cirúrgicos) e das tecnologias da informação e comunicação (em especial para telemedicina acima citada), além de outras formações em saúde (em especial dos odontólogos e profissionais da chamada saúde alternativa) que acabam se apropriando – sempre de maneira controversa – de áreas até então exclusivas a formação e pesquisa médica.

No que tange as condições laborais, cada vez mais estes profissionais encontram-se em estruturas corporativas (públicas ou privadas) e, embora tenham atuação paralela em seus consultórios, a indústria dos planos de saúde os submete ao cumprimento e subordinação das regras do convênio e dos valores por ele estabelecidos. Percebe-se que o cenário até então de intocável estabilidade da autonomia de atuação parece cada vez mais alterado tendendo a uma eminente fragilidade (MACHADO, 1998).

O cenário de transitoriedade da classe médica, ao qual se apresenta de maneira pincelar neste introdutório, salienta problematizar que este ramo de atuação vem paulatinamente sofrendo abalos em suas prerrogativas profissionais - embora em graus próprios, pois seus privilégios

---

<sup>1</sup> Ver: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/02/22/conselho-federal-de-medicina-revoga-resolucao-que-regulamenta-telemedicina.ghtml>, acesso em 10/09/2019.

<sup>2</sup> Ver: <http://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2014/08/em-nota-entidade-orienta-medicos-nao-divulgar-foto-de-pacientes.html>, acesso em 10/09/2019.

ainda perdurem – que são as mesmas pressões de trabalho que as demais classes profissionais enfrentam diante da lógica produtiva capitalista precarizadora, pois comungam do mesmo sentimento de arrochos nos rendimentos e da concorrência entre os mesmos na atuação mercadológica.

O relatório “Demografia Médica” organizado por Cheffer (2018), pesquisador da Faculdade de Medicina da USP, revela alguns dados interessantes que podem servir como índice para este fenômeno: cerca de 1/3 dos egressos dos cursos de medicina consideram o assalariamento como a forma ideal de rendimentos e outros 1/3 ainda acreditam que as fontes mistas (trabalho corporativo e autônomo) de rendimento sejam as mais indicadas. Cerca de 46% optariam por atuar na esfera pública caso as condições de trabalho e rendimentos fossem compatíveis em comparação com a esfera privada.

De rebote, questões comuns do mundo do trabalho passam a ser amplamente comungadas com a classe médica, já que para manter os padrões almejados tanto no aspecto social quanto econômico, há uma grande preocupação sobre a perda na qualidade de vida e precarização das condições de atuação que também aparecem no mesmo relatório: 83% dos médicos entrevistados tem na boa relação entre vida profissional e pessoal o seu grande objetivo de carreira futura. Pode-se inferir que este dado em especial revela algo no campo do desejo lacaniano, e seus significantes tradicionais em confronto com a percepção dos símbolos contemporâneos do que é trabalho e o estilo de vida profissional identificado como sucesso, sempre espelhado no desejo do outro. Na prática, este desejo se traduz muito mais como algo distante que realista, conforme levantaram Garcino et al (2016), em revisão de estudos, mapearam um aumento de casos de depressão e outros distúrbios de ordem física psicológica destes profissionais já inseridos no mercado. Fato que, em confronto com os dados Cheffer (2018), sinalizam uma clara divisão entre o desejo pautado no simbólico do que é ser médico e a realidade de encarar a profissional e se tornar parte dos 44% da classe que convivem com doenças psicológicas.

Já sobre a parceria estatal, ainda apresentando alguns dados de Cheffer (2018), o número de entrevistados que concordam totalmente e parcialmente sobre a atuação e ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto saída para suprir a oferta da saúde pública sinaliza uma possível cisão corporativista da classe e o estado (aproximadamente 53% totalmente favor e

43% parcialmente a favor e 3% totalmente contra), pois há um consenso de 82% que exista uma má gestão dos recursos públicos – fato que contribui para o ingresso descrente deste profissional na saúde pública. Em contrapartida, 63% dos médicos egressos em 2018 também não acreditam que a saída esteja na ampliação dos planos de saúde privados como suporte para a ineficiência do estado.

Perceba que estes dados revelam, antes de uma leitura mercadológica, uma resposta classicista sobre a manutenção da parceria fecunda e segura entre a classe e o Estado com condições de atuação adequadas na esfera pública e, no outro extremo, na perda de liberdade para precificação que os convênios demandam na esfera privada. A sensação é de perda e risco, seja qual for a escolha tomada por este futuro profissional.

Este atual baque para a classe é da ordem do Real lacaniano, pois altera aspectos do simbólico construído ao longo do último século para a classe e invariavelmente subvertem o imaginário tanto dos próprios médicos quanto da sociedade em geral ao qual vale debruçar algumas questões a serem apresentadas a adiante. Quando estremecem as estruturas do simbólico, alteram as estruturas culturais já que não se pode definir em grau ordinal quem precede o outro, pois são pura simbiose. Portanto, cabe especular também que o devir apressado deste novo cenário igualmente alterará (se já não está alterando) a percepção do consumo de serviços especializados de saúde.

Diante deste relativo empasse e transformação de mercado que atinge a interpretação do simbólico médico, tracionam a este universo outros conceitos até então paralelos a ele: a comunicação social (em especial das redes sociais), somada ao empreendedorismo (enquanto saída para o trabalho assalariado precarizado na esfera pública ou sem a liberdade de precificação tomada pelos planos de saúde na esfera privada) que começaram a nutrir o interesse destes profissionais para desempenharem suas próprias estratégias de marketing, visando a captação de pacientes na atuação em seus consultórios e clínicas.

Ora, aproximando provocativamente Kotler de Lacan, sintetiza-se o escopo argumentativo introdutório da pesquisa: sabe-se que a estrutura básica de análise de marketing está contida em seu já famoso quarteto: preço, praça, produto e promoção. Se o próprio médico é o produto, e essas quatro variáveis demandam equalização harmoniosa entre si conforme a administração

de marketing ensina, ao entrar em contato com outros campos que instiguem a questão da promoção, inevitavelmente estamos observando um fenômeno de alteração sobre si mesmos e, ao mesmo tempo, da proposta de valor contida no preço, impactando o consumo. Filho (1995) prescreve o cenário: há uma luta interna e velada desde o momento de formação deste profissional, dividido entre o exercício intimamente ligado ao social de sua formação e a busca por ganhos mais altos. A lógica capitalista iniciada na virada da primeira década do século XX talvez esteja sinalizando seu período mais intenso nos dias atuais para os profissionais da medicina.

## **OBJETIVOS**

O objetivo principal desta investigação é fundamentar questões iniciais que busquem sinalizar um caminho de resposta para o pressuposto de que a popularização do chamado marketing médico nas mídias sociais seja um fenômeno de mudança de signos culturais que esteja movimentando a (auto)percepção desta classe profissional.

Como efeitos secundários ao levantamento, se faz necessário o mapeamento do atual cenário de atuação da medicina no Brasil e, da mesma forma, investigar sob o ponto de vista semiopsicanalítico os signos que permeiam essas transformações.

## **JUSTIFICATIVA**

A midiaticização alcançou o próprio indivíduo que pode expor a si enquanto produto fetichizado do Eu. Souza, Trindade e Souza (2016:13-14) sintetizam esse fenômeno na medida que “a midiaticização se opera nas redes digitais, a partir de uma valorização do eu-mídia. O Instagram, assim como Facebook, institui-se numa lógica de circulação de eusmidiaticizados e de produtos metamidiáticos (...) em torno desses eus: eu-marca, eu-formador de opinião (instituição ou indivíduo) e eu-consumidor”.

No grupo social ao qual esse trabalho se dedica, em especial, há a valorização do ‘eu-marca’ e do ‘eu-formador de opinião’, alicerçado no simbólico de sua própria formação e inevitavelmente fetichizado com exposições egoícas, já que o “eu-marca” assumido pelo médico ao apropriar-se destes ambientes de modo a adentrar na não abertamente declarada arena competitiva do mercado médico comunga, essencialmente, de valores éticos individuais

e não institucionais – estes sim, regidos pela moralidade dos códigos éticos dos conselhos profissionais, em constante embate por parte de seus representados que buscam ressignificar seu “eu-formador de opinião”. As mudanças paulatinas que o mercado médico brasileiro vive com a liquefação de seus privilégios de atuação, demandou novos caminhos para religar na comunicação estes símbolos em transformação.

Com isso, inicia-se, quase que de maneira involuntária, uma nova seara para propaganda médica, com ênfase na atuação destes profissionais autônomos – e não apenas das estruturas corporativas públicas ou privadas de atuação que tradicionalmente já utilizam destes meios de promoção – pelas mídias sociais.

Encontra-se neste cenário o ponto central de reflexão buscada, percebe-se a identificação da mudança na estrutura simbólica do médico, seja na atuação deste fornecedor de serviços de saúde, seja enquanto a preocupação na (re)construção de sua imagem para efeitos de mercado. Fatos que incorporam discussões fecundas para a Publicidade e Marketing aproximando-as de reflexões sobre possíveis mudanças na cultura de consumo do mercado de saúde e da semiopsicanálise destas (re)intermediações mediadas nos ambientes digitais.

Embora, à primeira vista, este seja um assunto com ampla aderência às linhas de pesquisa da comunicação social, percebe-se que a maioria dos pesquisadores que se debruçaram sobre este tema são ligados as linhas de pesquisa da bioética ou da própria medicina, portanto abrir sinergias interdisciplinares é algo ainda em construção neste sentido, espaço ao qual este esforço de pesquisa já acolhe predicados que contribuíam positivamente no avanço destas pesquisas de maneira mais enriquecedora e observadora no amplo espectro de seus acontecimentos.

## **METODOLOGIA**

Para alcançar o objetivo principal deste trabalho, o estudo exploratório por meio de diferentes fontes, das mais variadas áreas de conhecimento, que tragam informações nos campos socio-laboral da medicina em adição a bibliografias que abordem o advento das mídias digitais enquanto plataforma formadora de desejos e alienações atrelados ao processo de consumo será a metodologia principal para buscar sintetizar um entendimento crítico sob o pressuposto de que a novidade da incorporação das ferramentas de comunicação com viés mercadológico adotada por estes profissionais é de fato um sintoma de modificação de significado para a classe médica e, conseqüentemente, nos processos de consumo para o mercado de saúde.

# **1. O PROFISSIONAL DE MEDICINA NO BRASIL: UMA BREVE AVALIAÇÃO SOCIOPSIKANALÍTICA DA CLASSE**

Neste primeiro capítulo apresentaremos uma breve história do desenvolvimento da medicina no Brasil e o objetivo deste apanhado é aprofundar a compreensão de como se deu a construção dos signos culturais desta formação e área de atuação. Vale lembrar, conforme apresentado na introdução deste estudo, que a especialização do trabalho tem origens na revolução industrial no sec. XVIII e que desde a revolução científica no sec. XVI a classe médica já tinha iniciado seu processo de organização para o protagonismo de voz para assuntos relacionados a saúde e que segundo Machado (1998) a medicina é um dos típicos exemplos de profissão que conseguiu ao longo destes adventos desenvolver uma sólida base cognitiva acumulada com um exclusivo e vasto universo de possibilidades no campo do trabalho em junção com uma credibilidade social – fato que demanda uma análise própria para compreendermos as eventuais particularidades aplicadas a este caso.

## **1.1. Revelando a existência dos signos culturais na medicina**

Ao optar-se pelo método semiótico enquanto caminho de observação desta avaliação, é preciso inicialmente explicitar o conceito de signo cultural ao qual objetiva-se a reflexão para que os pontos destacados neste capítulo tenham seu entendimento crítico devidamente norteado. Para isso, recorreremos aos estudos de Américo, (2017), Machado (2003) e Velho (2009) que conseguiram sintetizar as contribuições dos semioticistas russos da Escola Tártu-Moscú (ETM) na construção de um arcabouço metodológico da chamada semiótica da cultura.

A ETM nasce na Estônia soviética da década de 1960, por meio do encontro de intelectuais que comungavam do interesse de estudar o papel da linguagem em manifestações culturais variadas – até antes focadas na linguística e na literatura. Chama a atenção, deste modo, a transgressão proposta que incluiria outros sistemas de signos antes herméticos à antropologia, sociologia, das artes e de outros fenômenos culturais às primeiras citadas, perpassando-as. Este entendimento partiu de um pressuposto claro: a convicção da cultura enquanto linguagem. Imperativo que aguçava os membros deste grupo pela busca na compreensão das linguagens enquanto sistemas de signos no entendimento das regras que as regem, bem como sua ação de uma cultura em constante confronto e construção (VELHO, 2009).

Ainda recorrendo a autora supracitada, o empenho destes semioticistas em estruturar uma metodologia capaz de descrever o mundo das representações para além da língua era o primeiro passo para o reconhecimento de outras formas de expressão fora dos campos da codificação gráfico-visual do alfabeto verbal. O entendimento dos signos culturais se realiza, então, por diferentes vias como o gestual, o visual, o sonoro, o arquitetônico, etc. Conforme este grupo de intelectuais progride em seus experimentos, deixa como legado um fecundo exercício de discussões que adentraram aspectos sociais, filosóficos e tecnológicos como meio de encontrar processos de significação em determinados grupos sociais.

Para a ETM a cultura é processo de inteligência coletiva, com suas regras progressistas e conservadoras que lastreiam as dinâmicas de convívio social dando ênfase aos fenômenos desta consciência compartilhada. Obviamente, induz-se que o método de compreensão cultural proposto está intimamente ligado com as questões do comportamento social enquanto campo de produção de conhecimento: a não-cultura e a cultura, respectivamente informações não processadas e informações que se interliguem em sistemas próprios e organizados. A este último, por conseguinte, afere-se o signo (VELHO, 2009).

Lótman (1922-1993), um dos nomes mais destacados escola Tártu-Moscou, conforme lembra Américo (2017) consolida a noção de “texto da cultura” que ascende ao conceito central de semiosfera - o próprio espaço semiótico aglutinador de todo universo de sentidos e revelador daquilo que poderia ser entendido como cultura em análise que pressupõe como demanda o entendimento de um determinado espaço-tempo.

Compreender que a semiosfera alicerça-se por meio de um encontro localizado no espaço-tempo, reflete outros dois pontos: a presença do outro, onde Lótman se inspira no dialogismo de Bakhtin<sup>3</sup> e o local de validação, mecanismo que interpreta, remixa e (re)organiza a materialidade produtiva não como um depósito e, sim, como sistema em invariável mutação de signos (VELHO, 2007) (AMÉRICO, 2017). Cabe um adendo que seria um terceiro ponto: as fronteiras deste mecanismo. Lótman compreende esta dimensão e a nomina de espaço extrasemiótico que demanda tradução para codificação entre semiosferas distintas num

---

<sup>3</sup> Conforme lembram Scorsolini-Comin e Santos (2010) o pensamento bakhtiniana busca a compreensão aprofundada da alteridade, com base antropológica, onde apresenta uma visão multirreferenciada envolvida num espaço-tempo em constante contato para a construção de relações eu/outro.

movimento que as distingue e aproximam em igual intensidade, na relatividade de observação, para traçar estas rotas de colisão/afastamento (AMÉRICO, 2017).

Este entendimento fruto das observações da ETM nos ajudam a compreender dois pontos interessantes para adentrarmos na análise sociopsicanalítica da classe médica:

- O primeiro é que podemos admitir pelo menos uma bipartição de semiosferas a serem contabilizadas neste estudo: a da própria classe médica em si e a da sociedade geral em relação a classe médica.
- O segundo ponto de contribuição parte da necessidade de entendimento que busque aferir as devidas interseções entre estas duas semiosferas acima citadas frente a ação de espaços extrasemióticos gerando processos de tradução.

Este plano, por incontáveis variáveis disponíveis, será restrito aos recortes da comunicação digital, do empreendedorismo e do chamado “marketing médico” com a devida reflexão no Capítulo 3.

Aconselha-se, desta forma, um devido olhar para este levantamento que categorize aspectos semiopsicanalíticos nestas três esferas, acordando com Lótmán na verificação relativista do observador para extrair resultados de signos distintos conforme adentramos em cada uma destas duas semiosferas e, principalmente, nos potenciais processos de tradução advindos dos espaços extrassemióticos citados no tocante a produção de novos signos.

Pierce<sup>4</sup> (1839-1914) inaugura o campo da semiótica, onde o signo é o ponto de partida deste campo de estudo. Santaella (1983:01) explicita esta íntima relação, ao introduzir a apresentação desta área da ciência iniciando pela sua etimologia, “O nome semiótica vem da raiz grega *semion*, que quer dizer signo. Semiótica é ciência dos signos”. Ainda nas palavras da autora, a ciência das linguagens, mas não a linguística – já que Pierce ultrapassa este campo ao propor

---

<sup>4</sup> Charles Sanders Pierce, filho de pesquisador, seguiu os passos do pai e dedicou sua vida a concepção de uma metodologia universal de investigação para os fenômenos observáveis, sua formação multidisciplinar e heterogênea passou pelos campos da matemática, física, biologia, psicologia, astronomia, filosofia, linguística e história e arquitetura. Com uma produção tão rica quanto sua formação, grande parte de sua produção ainda encontra-se não publicada (estima-se uma produção total de 80.000 manuscritos). Seus estudos são de reconhecida contribuição em diversas áreas.

uma ciência de todas as linguagens (verbais e não-verbais) por nos compreender como seres simbólicos, seres de linguagem.

Apesar de ser uma apresentação, talvez, vaga é a mais assertiva já que trata de um campo vasto o suficiente para não caber em definições herméticas já que anseia em seu bojo abraçar sistemas sociais e históricos de representação do mundo e seus fenômenos de maneira complexa.

Ainda acessando Santaella (1983) a base para o entendimento de Pierce e seu modelo semiótico consiste em, sem soar de maneira pretenciosa, aventurar-se no aguçamento de uma observação sensível para o mundo partindo da identificação dos fenômenos e seus respectivos signos. Não por acaso, atribui-se à semiótica pierciana enquanto fenomenologia – ou seja, de maneira resumida, o estudo daquilo que nos salta a percepção. Posto isso, cabe definir o signo apoiando-se na definição de Santaella (1983) ao interpretar Pierce de maneira direta ao dizer que um signo é algo que represente outra coisa. Isto quer dizer que esta nomenclatura somente é aplicada naquilo que tem o poder de carregar consigo outras representações. Objeto que represente outros objetos, por ocupar seu local de compreensão naquele momento de observação.

Deixando de maneira ainda mais direta, na concepção pierciana, o signo na realidade é identificado na imprescindível demanda de um interpretante que ao empenhar-se na compreensão de um objeto produz nele uma noção de sentido, o signo. Evidentemente a noção de signo, além da ação do interpretante, varia conforme a natureza do objeto. Exemplificando: uma fotografia de satélite tirada com uma super lente é capaz de extrair do interpretante o signo do planeta terra, mas, com os devidos zooms, também produzir signos que retratem os continentes, cidades, bairros, ruas, casas e de uma casa específica que seja onde o interpretante resida. Embora essas imagens sejam representações, não são de fato os objetos que as representa e especificamente cada recorte pode trazer ao interpretante signos próprios conforme quem faça esse exercício de significação.

Enquanto metodologia, ainda conforme Santaella (1983), Pierce fixa a condução do desvendar fenomenológico nas terminologias categorizadas em primeiridade, secundidade e terceiridade. Ressalta-se em Pierce sua delicadeza e percurso de reflexões empíricas que perpassa diversas áreas da ciência para estruturar suas estruturas em tríades, pois o signo – objeto da central da semiótica - também é composto em partes: representamen, objeto e interpretante.

Neste momento cabe resgatar contribuição freudiana de psicologia das massas apresentada na introdução do estudo para amarrar propositalmente de forma genérica a classe médica como um todo enquanto objeto uniforme ocupante de uma semioesfera que será o alvo processamento desta análise, já que sem esse devido grifo seria apenas possível individualizar e relativizar o entendimento dos signos buscados de modo a se tornar um exercício em vão por sua variedade e complexidade de variáveis que pelos objetivos definidos não viriam ao caso.

## **1.2. Formação, socialização e relação médico-paciente: a construção da semiosfera médica**

Conforme apresentado no item anterior, a investigação do signo cultural médico deve partir de três análises em distintas semioesferas: a da classe médica, a da sociedade em relação a classe médica e dos processos de tradução ocorridos nas instâncias extrassemioticas, as quais o recorte se dará ao longo dos próximos capítulos. Por esta razão, este item divide-se em três análises distintas, embora intimamente ligadas: a formação, a socialização e a atuação médica.

Pela formação, buscamos compreender a vivência do estudante de medicina no ambiente acadêmico e as pressões de mercado que possam interferir na construção psicanalítica deste profissional. Parte-se aqui a hipótese para reflexão de que o processo de construção técnico laboral do profissional de medicina talvez seja a primeira “ferida narcísica médica”.

Segundo Roudinesco e Plon (1998), o termo narcisismo é inaugurado em 1887 pelo psicólogo Alfred Binet (1857-1911) que o entendia como uma forma de fetichismo. Dois anos depois Havelock Ellis (1889-1939), o designa para descrever um comportamento perverso relacionado com o mito de Narciso. O narcisismo freudiano, se inspira inicialmente nestas duas primeiras aplicações do termo – principalmente em “três ensaios sobre a teoria da sexualidade” – mas inova quando o realoca na construção de uma hipótese para as bases chamada antropologia psicanalítica que favoreceu o entendimento da formação do Eu (ego).

Para Freud, existem três momentos específicos na formação do ego: um primeiro de introjeção, momento de desassociação onde não existe o Eu formado, apenas o reconhecimento do outro. Um segundo momento de transitoriedade, onde há reciprocidade deste outro com o Eu e, por último, a simbolização – ou seja – a compreensão simbólica do ego que na realidade é o outro

da primeira fase, só que assimilado em eterna dualidade daquilo que o autor chamou de eu ideal e ideal de eu.

A formação narcísica é social e não pulsional justamente por estas duas figuras em dualidade que miram no entendimento daquele outro que fui convencido de que sou eu. O eu ideal está amplamente em busca constante de um imaginário inalcançável pautado pelas forças de expectativa do outro (em geral do narcisismo projetado pelos próprios pais) e o ideal do eu que, por sua vez, é uma espécie de limitação ao narcisismo primário já que se utiliza do simbólico comungado pelo coletivo para a construção do ego.

Em o Totem e o tabu (1913-1914) a desvinculação da centralidade dos aspectos estritamente pulsionais do aparelho psíquico para os exercícios dos efeitos sociais encontra o esforço freudiano para seu trabalho definitivo nesta busca. A compreensão da fábula narcísica freudiana corrobora o mito do Totem e o tabu na medida que em ambos os casos existe a figura refletida no qual é necessário atravessá-la para que surja o protagonismo do ego e o momento da castração.

Compreendendo o narcisismo freudiano como etapa fundamental e irremediável para a construção do nosso aparelho psicanalítico ao qual se dará a construção do ego, podemos chamar – conforme o próprio autor utilizou – de feridas narcísicas todo o momento de ruptura deste processo de construção por meio de uma quebra de símbolos e desvio de referências. À época, visando aproximar o debate psicanalítico das ciências tradicionais, Freud identificou três grandes feridas narcísicas da humanidade: a descoberta do heliocentrismo por Copérnico (1473-1543) que mudou a concepção de que o ser humano era o centro do universo. A teoria evolutiva de Charles Darwin (1809 – 1882) que retirou da teologia o protagonismo para explicar nossas origens, já que não éramos mais invariavelmente criados à imagem e semelhança de Deus e a própria Psicanálise que apresenta a importância da força inconsciente que nos coloca em perspectiva em relação aos nossos atos e na explicação dos nossos comportamentos por esta força existente, não consciente e incontrolável.

Os rituais de passagem da vida escolar para a acadêmica imprimem aos futuros estudantes de medicina uma extenuante rotina de estudos para a aprovação nos processos seletivos destes cursos. Ao ingressarem nas escolas de ciências médicas, os trotes constituem em um ritual extremamente impactante. Embora o trote seja encarado como uma “instituição” já que suas origens estão quase que amalgamadas com a própria universidade desde seus primeiros

registros na França do século XIV, conforme resgata Zuin (2011), cabe um grifo específico a estes ritos nas escolas de medicina.

A carta ao editor “violência e intimidação na recepção aos calouros nas faculdades de medicina: ato que persiste ao longo do ano” publicada na Revista brasileira de educação médica em 2010 é apenas mais destes relatos, nela os Arkeman et al destacam – em formato de teses – 8 pontos que em muito suportam a teoria da ferida narcísica, cabe o destaque na íntegra de todos eles:

- “1. A recepção ao calouro tem como meta principal entre os estudantes que o recebem fortalecer o “espírito de corpo”, fazendo-o a aceitar as regras vigentes, predominando aquela relativa à hierarquia entre calouro e veterano;
2. Este intuito, muitas vezes, é relacionado pelos estudantes à mesma hierarquia existente entre os médicos, e entre professores e alunos;
3. Para ser parte, o calouro “tem que baixar a bola”, uma vez que ele “se acha” por ter passado num curso tão difícil. Manter-se de cabeça baixa e ser chamado de calouro é parte deste ritual;
4. Passar por algumas provações, como, por exemplo, fazer inúmeras flexões comandadas por veteranos, é justificado como necessário, pois o médico tem que ter “couro duro”;
5. Nem todos os calouros se submetem, mas isso tem um preço: não conseguem ser parte do “corpo”;
6. Não são muitos os estudantes que cometem atos violentos e abusos verbais, físicos e psicológicos, mas são muitos os estudantes que se omitem, num silêncio cúmplice e numa atmosfera de “reino do medo”;
7. Alguns professores consideram naturais estes episódios, recordando sua época de estudantes;
8. Intimidações, abusos e assimetrias de poder entre estudantes não se restringem ao período de recepção ao calouro, conhecido como “trote”; são atos que persistem ao longo do ano, nos fazendo imaginar que o bullying — atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação evidente e adotadas por um ou mais estudantes contra outro(s), causando dor e angústia, e executadas numa relação desigual de poder — descrito e relatado no ensino fundamental e médio está presente também no ensino universitário.” (ARKEMAN et al, 2010: 627-628)

Vale a pena refletir estes oito pontos sob a ótica freudiana, o ponto sete – em especial – “Alguns professores consideram naturais estes episódios, recordando sua época de estudantes” pode ser encarado como processo de introjeção narcísica, tal qual os pais cometem seus filhos. Já os pontos um, dois, quatro e cinco apresentam de imediato a estrutura cultural da formação médica

que remete as suas origens já trazidas neste trabalho, tanto na metapsicologia, quanto nas estruturas fortemente rígidas e corporativistas. Por fim, os demais pontos corroboram para passividade dos demais membros do grupo diante de um sistema já consolidado. Continuam Arkeman et al (2010:628) “além das marcas emocionais e psicológicas, por vezes indelévels, que resultam dessas interações violentas para os sujeitos que dela participam, também precisamos nos preocupar com suas repercussões no exercício de sua futura profissão”.

Analisar estes oito pontos, permite encontrar contornos do mecanismo de construção narcísica neste rito de passagem. Sendo o ponto três, “Para ser parte, o calouro “tem que baixar a bola”, uma vez que ele “se acha” por ter passado num curso tão difícil. Manter-se de cabeça baixa e ser chamado de calouro é parte deste ritual”, um indício desta hipótese da “ferida narcísica médica”: a graduação em medicina quer de imediato lembrar que aquele aluno dedicado aos estudos agora não é ninguém. Ribeiro (1999:158) parece concordar com esta hipótese, ao analisar que:

“Pode, o jovem veterano das faculdades de Medicina e Direito, desforrar-se nos calouros da dor que ele próprio sente, e que além do mais sente como uma espécie de traição às promessas que imaginou receber dos mais velhos (vai exercer a “sublime missão de cuidar dos doentes, dos aflitos, dos perseguidos...”). Mas, formado, ele não terá mais o direito de vingar-se nos mais novos, e, no entanto, continuará sentindo essa dor – porque a limitação do trote (por ser carnavalização) é que ele nunca resolve o problema na sua raiz, mas apenas encena sua suspensão em seus efeitos.”

Embora relatos destes rituais de passagem, não sejam exclusividade dos cursos de medicina, Tommasino e Jeolás (2000) centralizam as especificidades destes ao afirmarem algumas características próprias aos ingressos na carreira médica que demandaram de uma disciplina enorme e precoce para conseguirem cumprir longas jornadas de estudos que geram, além da pressão, a competitividade. Ribeiro (1999) levanta um segundo ponto interessante para pensar a formação médica sob o viés psicanalítico, já que desde o início da formação estes estudantes precisam conviver com experiências humanas radicais e que, muitas das vezes ainda não estavam devidamente preparados como a dor, o sangue e o sofrimento não apenas do paciente, mas dos pacientes e familiares, e – principalmente – a impotência perante a morte. Constata o autor:

“No caso dessas profissões, há que rever, (...) a ideia de que só nos desumanizando podemos suportar os extremos do humano. Há algo errado nessa crença, mas ela é tenaz, até porque vem da mais remota antiguidade. Já em nosso tempo (...) as atividades mais dolorosas, as

que mexem mais com a sensibilidade humana, são profissionalizadas e delegadas a pessoas que ficam distantes de nós.”

Embora, gradativamente, as Universidades passaram a intervir diretamente nos processos do trote buscando repelir estes pontos nocivos conforme discutem estudos recentemente publicados como, por exemplo, os de Vegini, Ramos e Finker (2019), Neves et al. (2019) e Ramos e Sousa (2018), todos os autores que se debruçaram na compreensão deste rito de passagem deslocando-se rumo a uma opção mais humanizada e solidária deste, embora concordem em suas análises que certos aspectos mais obscuros dificilmente serão modificados facilmente. A solução proposta por Ract e Maia (2012:505) parece ser a de melhor potencialidade pacificadora ampla dos conflitos éticos durante a graduação em Medicina: “acreditamos que caiba a cada escola, após discussões com os conselhos e sua comunidade acadêmica, elaborar seu próprio código de ética geral e estudantil sob a forma de um documento institucional normativo, mas também – e sobretudo – educativo”.

Para adentrar na segunda análise programada, a da socialização, é preciso aprofundarmos algumas reflexões no que diz respeito aos códigos éticos que norteiam a profissão.

Para o desenvolvimento da notoriedade destes profissionais, alguns pontos foram fundamentais e já apresentados no decorrer deste trabalho: a escolha pelo rigor científico, afastando os demais conceitos empíricos do protagonismo daquilo que é cura e doença; a associação com o Estado enquanto fomentador da formação profissional e do mercado de atuação destes profissionais e o corporativismo de classe.

Cada país desenvolveu uma maneira própria de estabelecer os códigos éticos entre seus profissionais, no caso brasileiro a partir das duas primeiras escolas de medicina, inicia-se a formação efetivamente local dos profissionais de medicina. Tão logo essas estruturas de ensino se fortaleceram, os primeiros arranjos destes profissionais estipulando regras e restrições de atuação foram esboçadas.

Especificamente, conforme data Santos (1995), a partir de 1832 os empenhos em definir limites e de busca pela coesão na atuação dos profissionais de saúde iniciam-se primeiramente pela unificação das atividades de cirurgião, boticário e físico garantindo o direito de atuação profissional restrita a eles para a execução das atividades de saúde. A chamada Lei de 3 outubro regulariza este empenho na medida que garantia o reconhecimento do diploma obtido na

colônia brasileira em todo o império português. Reconhece os títulos de Doutor em Medicina, farmacêutico e de parteira, caindo o título de “sangrador”. Mas, o mais importante, limita a apenas as pessoas que obtiverem as titulações supracitadas a arte de curar.

A conquista da lei de 3 outubro é fruto de um advento anterior, em 1829 surge a primeira associação médica brasileira na cidade do Rio de Janeiro: a Sociedade de Medicina. Coube a ela, ainda resgatando a historiografia de Santos (1995), auxílio na estruturação da faculdade de Salvador e aproximação com o poder imperial. Tanto que em 1835 as relações com o império já eram tão fecundas que, a sociedade elevava-se a categoria de Academia imperial e, um pouco mais tarde, em 1887, aparece a Sociedade de Medicina e Cirurgia na mesma cidade. O exemplo dos profissionais fluminenses vigorou em outros estados, Pernambuco (1841) e Bahia (1848), que fundaram suas próprias sociedades. Muito embora, descreve Monte (2009) as discussões éticas da profissão no Brasil ainda não detinham uma discussão e espaço para reflexão próprios, tanto é verdade que em 1867 importou-se o código de ética da associação Médica estadunidense para o Brasil – país que o inaugurou na medicina moderna ocidental, haja visto que na China este quesito já era bem alicerçado desde o século VII.

Já o sindicalismo médico inicia-se em 1927, no mesmo contexto das movimentações do campo para as cidades, seguido dos movimentos trabalhistas, sendo o Sindicato dos médicos brasileiros a primeira associação de profissionais liberais fundada no país. A este órgão é indicada a primeira proposta de um Código de ética moral para os profissionais. Mas, somente em 1945 com a criação do Conselho Federal de Medicina e o decreto-lei 7.955 surge o primeiro Código de deontologia médica (SANTOS, 1995).

A concretização da lei, não obstante ao avanço corporativista buscado desde 1927, cria divergência entre os profissionais desgostosos com seus termos. Tanto que em 1951 os divergentes migram para a recém-criada Associação médica Brasileira (AMB) cuja pauta principal seria a revogação dos termos propostos pelo CFM. De maneira geral, os avanços contidos na legislação aprovada auxiliaram na diminuição intervencionista do Estado no exercício da profissão, que seria, agora, autorregulado com sistema de julgamento por pares em comitês éticos. O aumento do poder político do Conselho Federal, de reboque, demanda o crescimento dos conselhos regionais aos quais caberiam a fiscalização, registros dos profissionais, zeladoria dos princípios éticos e dos mecanismos de penalizatórios (SANTOS, 1995).

O período da ditadura militar no Brasil foi marcado pela polarização da classe. Santos (1995) descreve o Movimento de Integração e Renovação Médica (REME) como parte dos profissionais contrários ao cenário político, algo que teve direto embate dos membros conservadores e mais associativos com o governo da época. O conselho regional de Medicina do estado de São Paulo (CREMESP) descreve em seu website este momento<sup>5</sup> no artigo “Os médicos e a ditadura militar” ao qual narra o empenho de alguns profissionais, principalmente atuantes nas periferias de São Paulo, contra o regime. Este mesmo artigo descreve a participação médica para os primeiros movimentos populares de protesto em busca da democracia política no país e relaciona a estes fatos a constituição do Sistema único de Saúde na constituição de 1988. Muito embora, também, destaque a participação de profissionais coniventes ao regime que participavam durante sessões de tortura reanimando torturados desacordados ou, até mesmo, por médicos legistas na falsificação de documentos emitidos que alterassem a causa mortis, destaca-se da matéria os seguintes excertos:

“As condutas de 56 legistas paulistas identificados pelo Grupo Tortura Nunca Mais foram, mais tarde, julgadas pelo Cremesp, mas as penas de cassação impostas acabaram anuladas ou suspensas por decisões da Justiça Federal. Apesar de impedido no seu papel julgante, o Cremesp tornou-se a única instituição fiscalizadora do exercício profissional a processar e condenar seus próprios pares por ações e omissões durante a ditadura militar.

Além dos legistas, outros médicos participaram dando assistência à tortura, reanimando as vítimas, de forma que os maus tratos pudessem continuar. Relatos de alguns sobreviventes, recolhidos de inquéritos militares em São Paulo, Rio de Janeiro e Recife, são reproduzidos nesse texto. Os médicos – muitos não identificados pelas vítimas – não foram sequer julgados”.

O trabalho do REME durante o regime militar, além das mudanças políticas, fecundou ampla modificação nas estruturas políticas dos conselhos e revisões dos códigos éticos – alcançados apenas em 1984 (resolução CFM nº 1.154/84) e consolidados na Constituição Federal de 1988, orientado a questões de princípios e ideais do serviço médico tendo como foco a relação do médico e a sociedade. Mas, na mesma medida, também versa sobre questões de classe harmonizando as relações entre os pares, compromisso com o desenvolvimento científico e

---

<sup>5</sup> Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=803>, aceso em 15/09/2019 às 22:30.

autonomia nas condições do exercício profissional nas esferas público privadas (SANTOS, 1995).

Apenas em 2010 acontece uma nova alteração do código ético, Monte (2009:424) reflete um fato importante para a condução da leitura crítica deste fato e que será melhor aprofundada nos capítulos seguintes: “o estabelecimento dos códigos de ética médica decorre muito mais de exigências sociais, políticas, culturais e até econômicas da sociedade na qual a medicina é praticada do que de exigências próprias da profissão”. A virada do século XXI certamente carrega em seu horizonte significativas bases de reflexão sobre o serviço médico e dos limites éticos de seus profissionais, pois, os processos de tradução das semiosferas nunca se deram de forma tão acelerada nestes anos de crescimento exponencial da chamada era da informação.

Fazendo este devido grifo sem a preocupação de aprofundar neste mérito por ora, cabe sinalizar outro fato: desde esta primeira modificação de 2010, outras foram criadas em 2018 e constantes ratificações e atualizações foram realizadas. Ferraz (2011:203) ao analisar o código de 2010 concluiu que apresentava “importantes defeitos de forma e conteúdo que acabam tornando-o inadequado ao fim precípua de um código de ética médica (CEM): estabelecer de forma clara, acessível e coerente os preceitos éticos da profissão não só aos médicos, mas à sociedade como um todo”.

Soares, Shimizu e Garrafa (2017) apontam outro quesito de divergência e repetidas atualizações nas normas éticas voltado às suas origens principialistas inspiradas no modelo estadunidense pautada pela autonomia em contraste com mudanças na América Latina que convergem para a inter, trans e multidisciplinaridade com foco para a saúde coletiva e defesa dos mais vulneráveis. Os autores refletem, também, sobre a atuação do profissional de acordo a esses códigos de modo a destacar um aspecto importante neste sentido:

“Considerando a aplicação da ética ao exercício profissional em saúde, é possível entender o motivo de se elencar certas virtudes. No mundo atual, globalizado, complexo e plural, a virtude mais importante é a aceitação do outro, de acordo com o contexto ambiental, cultural, político e econômico. Isso implica reconfiguração conceitual e prática do conceito de virtude encarado como conjunto que engloba justiça, solidariedade, responsabilidade e autenticidade, para conferir igualdade política e iguais oportunidades econômicas e sociais.

Virtudes estimulam o indivíduo a agir corretamente por convicção, e não por obrigação. Então, para evitar que vícios influenciem a atitude do profissional, os códigos de ética, de fundamentação deontológica, transformam em deveres as virtudes inerentes à profissão. O código de ética das profissões, portanto, materializa exigências legais às quais

todos os profissionais devem obediência sem questionar o porquê, pois, do contrário, serão punidos. O código de ética profissional impõe face prescritiva à teoria ética normativa deontológica.

No entanto, profissionais agem também de acordo com a consciência individual, correspondente a relativização moral ou corporativismo simplista que pode ter origem no processo de formação e, posteriormente, mais fortemente nas trocas sobre regras do código deontológico com colegas médicos e não médicos no cotidiano da prática do cuidado em saúde. Outros fatores também podem influenciar, como valores próprios à religião professada e ao contexto geral cultural, hoje, em geral, expresso na mídia.

A obediência ao CEM é, portanto, relativa, e depende dessas trocas judiciais, interprofissionais, muitas vezes conflituosas, e com pacientes ou familiares. Depende igualmente dos valores sociais expressos pela mídia, que podem provocar movimentos de afirmação ou negação, com respostas dos conselhos profissionais que vão do silêncio à sindicância com arquivamento de processo ou advertência, ou punição mais severa com cassação definitiva do registro. No atual momento histórico de reconhecimento da autonomia privada dos sujeitos, o CEM preceitua equilíbrio com a autonomia privada do médico.

Profissionais de saúde no Brasil lidam com revisões periódicas de seus códigos e testemunham revisões de diferentes sistemas de códigos e leis para outros aspectos da vida pessoal e profissional. Essas revisões foram retomadas com o processo de redemocratização do país, e tornadas campo de conflitos em razão do desenvolvimento das profissões, da ciência e da tecnologia, e da hegemonia do capital em sua face atual neoliberal que monetariza a vida.

Cada mudança no sistema de códigos profissionais deve refletir, portanto, a maturidade corporativa profissional para compreender as mudanças mais gerais nos códigos de leis que devem proteger toda a nação. Deve também dialogar com conhecimentos oriundos das humanidades para que, em bases democráticas, garanta a constituição do laço social, ampliando os direitos e a proteção necessária dos mais vulneráveis. No entanto, a deontologização do conjunto dos dilemas éticos relacionados ao desenvolvimento acelerado e mercadológico das tecnociências parece exagerada e é criticada como vontade de monopólio da decisão. A redução dos problemas éticos a questões de ética profissional não mais se justifica”. (SOARES, SHIMIZU E GARRAFA,2017:246)

Infere-se que o momento atual das relações entre os profissionais de medicina brasileiros, tendo em vista o pressuposto de conceitos éticos comungados desde a formulação dos primeiros conselhos ainda no século XIX, encontra um momento de grande reflexão sobre estes limites e embate político filosófico das tradições relativas a esta profissão pela perspectiva do bom convívio da classe.

É bem verdade que o consenso sobre as normas éticas nunca foi alcançado, conforme já explicitado acima. Entretanto, as questões econômicas vem aparecendo com maior frequência nas alterações e novas propostas do CEM. Se antes as discussões estavam mais pautadas na relação de exclusividade de mercado e da (des)associação com o Estado em busca da autorregulação, agora aspectos até então recentes surgem como demandas de institucionalização da relação entre o médico e o público em momentos antes ou depois do exercício médico.

Por exemplo, Junior (2019) comenta que, dentre os destaques do novo Código de ética médica, a incorporação de temas relativos às redes sociais – antes regulados por resolução específica. Igualmente, acrescenta-se no capítulo de Direitos humanos a especificação de que o médico deve ter para seus colegas de profissão respeito, consideração e solidariedade fato que não aponta apenas um ambiente cordial entre os médicos, mas uma busca mais efetiva de uma medicina humanizada. O próprio Conselho federal de medicina (2019:07) destaca na apresentação do atual CEM as mudanças mais significativas, as quais vale trazê-las à leitura:

“O novo texto, em vigor a partir de 30 de abril de 2019, atualizou a versão anterior, de 2009, incorporando abordagens pertinentes às mudanças do mundo contemporâneo. Temas como inovações tecnológicas, comunicação em massa e relações em sociedade foram tratados.

(...) Entre as proibições, ficam vedadas ao médico a prescrição e a comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes (de qualquer natureza) cuja compra decorra de influência direta, em virtude de sua atividade profissional. A regra reforça o compromisso ético da categoria com o bem-estar e a saúde dos pacientes, coibindo interações com fim de lucro, incompatíveis com os princípios da boa medicina”.

Estes parâmetros do CEM apesar de estimulados pelo novo contexto de mercado e formação, não são bem uma novidade. A chamada “perda de referência profissional” já era prevista por Santos (1995), um cenário mais competitivo entre os profissionais por alguns motivos como escassez de condições adequadas de atuação – tanto é verdade que o novo código confere ao médico o direito de recusa do exercício da medicina em qualquer instituição (pública ou privada) sem condições de trabalho dignas, colocando em risco a saúde dos pacientes – somada com a especialização precoce orientada pelas demandas do mercado em busca de áreas com maior rentabilidade, muito embora destoante das demandas de saúde das populações mais vulneráveis, ou seja, de um lado os profissionais precocemente formados buscam

especializações sofisticadas visando um retorno financeiro maior, do outro agrava-se o problema da saúde no país pois estas especializações não vão de encontro às “demandas reais da saúde”.

Com isto posto, credencia-se a discussão para a última análise proposta: a da relação médico-paciente. Enorme quantidade de material versa sobre este tema, e de maneira evidente pois a arte médica aparece justamente no momento em que este profissional se encontra com o paciente. Escapando da análise ampla que este tema propõe ao optar pelo crivo do marketing, Lovelock e Wirtz (2006) compreendem o exercício médico na categoria “serviços profissionais”, onde há excessiva customização e ampla aplicação tecnológica. Na medida que o fornecedor do serviço (médico) somente “produz seu produto” durante/mediante o contato com o paciente – as chamadas variabilidade e inseparabilidade, umas das características comuns a todo o setor de serviços

O sintoma preconizado por Santos (1995) nos parágrafos anteriores, parece ter sido ampliado fortemente nos últimos anos. Caberia um estudo próprio apenas para levantar o estado da arte neste sentido, haja visto que a discussão neste aspecto encontra terreno propício em diversas áreas de estudo. No entendimento do autor supracitado, ao analisar o cenário médico ainda na metade da década de 1990, é o mercado de trabalho que estabeleceria grandes desafios para o profissionalismo médico já que a lógica de rendimentos distintos para atividades consideradas menos complexas criaria uma tensão para que estes profissionais buscassem as opções mais rentáveis – fato que podemos comprovar hoje, haja visto o relatório de demografia médica de 2018 (que aponta (1) a concentração dos profissionais nos grandes centros urbanos; (2) 62,5% médicos com pelo menos um título de especialista; (3) 40% dos médicos com a mesma especialização (Pediatria, clínica médica, Cirurgia geral, Ginecologia e obstetrícia); (4) ampla expansão do número de vagas nas escolas privadas de medicina a partir de 2013, principalmente (43% do total delas) nas capitais CEFFER, 2018);

Evidentemente esta dinâmica por si só impacta significativamente a relação médico-paciente pois afere-se aspectos da lógica mercantilista desde a formação do profissional até a preparação e atuação profissional destes. Ceffer (2018:80) aponta que aos egressos de medicina este é um ponto claro, pois “recém-formados acham que a qualidade da atenção ao paciente é prejudicada – pelo menos em parte – pelo pouco tempo que o médico dispõe no SUS e em planos de saúde”. Na outra ponta, se o mercado de atuação caminha para as lógicas sólidas de produção capitalista, a formação também demandaria revisão, no sentido da humanização, já

que estrita cientificidade ao qual os estudantes demandam absorver durante a formação contribui, de certo modo, no afastamento de aspectos mais sensíveis no que tange a compreensão empática do paciente.

A matéria “Medicina da Unicamp cria projeto para ensinar empatia e compaixão a alunos” publicada na versão online Folha de São Paulo<sup>6</sup> em 14/05/2015 sinaliza este último ponto ao qual vale destacar estes trechos:

“No início do curso, Rafael Gomes queria ser como Hunter ‘Patch’ Adams, médico americano cuja história virou filme, conhecido por seu estilo baseado no afeto e na proximidade com os pacientes.

Com o tempo, viu que o mais provável seria virar um dr. House, personagem do seriado homônimo que sabe tudo de medicina, mas quer distância de gente

‘Na faculdade, nossa visão poética é destruída. Aprendemos que ser bom médico é saber resolver problemas’, diz Gomes, 31, formado no ano passado pela Unicamp”.

Este conjunto de indícios, para os fins deste trabalho, são suficientes para estabelecer um cenário pouco problemático das relações médico-paciente. Opta-se, então, na limitação de exposição destes, visando não se aprofundar na imensa e riquíssima discussão que este assunto encontra de maneira mais ampla, já que o escopo do trabalho se limita nos processos de consumo e comunicação dos serviços médicos aos quais oportunamente serão apresentados e discutidos nos capítulos seguintes. Muito embora, reconhecendo que o entendimento mais aprofundado dos objetivos do trabalho demandaria a compreensão ainda mais atenta a este tópico.

Esta breve análise dos três parâmetros (formação, socialização e relação médico-paciente) nos permite interpretar algumas conclusões a respeito da semiosfera médica. A construção de uma figura de autoridade técnica e corporativista, garantiu lócus de destaque e seguridade social e econômica em harmonia com os poderes do estado e sociedade que gradativamente vem cedendo em alguns destes aspectos balizares de sua concepção simbólica na medida que a intra competição, a revisão acentuada das demandas corporativistas como mecanismo de controle da ética profissional e o distanciamento das demandas sociais aparecem como signos comuns em

---

<sup>6</sup> Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2015/05/1628575-unicamp-cria-projeto-para-ensinar-empatia-e-compaixao-a-futuros-medicos.shtml>, acesso em 14/10/2019 às 02:25.

qualquer uma das instâncias analisadas. Monte (2009:415) localiza essa discussão sob uma percepção psicanalítica apresentando o conceito de motivação ao qual vale refletir se há sobre as mudanças motivacionais nos pontos apresentados:

“A teoria psicanalítica de Freud (1856-1939), por sua vez, enriqueceu a noção de ética introduzindo a ideia de motivação, concebida a partir da associação com a emoção. Ao introduzir a ideia de inconsciente e excluir os comportamentos inconscientes do campo moral, este autor evidencia que a motivação para a ação nem sempre decorre de um processo puramente racional, como apontavam todas as perspectivas discursivas sobre a ética que o antecederam. As ideias de motivação e do inconsciente implicam em aceitar que escolhas e comportamentos podem ser impostos ao indivíduo autocraticamente, já que podem estar obedecendo a forças inconscientes irresistíveis”.

A metapsicologia médica atual é preocupantemente – se formos admitir um enfraquecimento do viés eclesiástico da profissão – pois está intimamente conduzida e liderada exclusivamente pelas dinâmicas do mercado, cada vez mais e mais do que nunca. E cabe aqui um outro adendo: o processo de liderança, neste sentido afasta-se dos aspectos de segurança que seriam mais cabíveis a psicologia das massas de Freud. Já que o cenário é de perfeita insegurança para os médicos, mesmo daquilo que é debatido em seus modelos de atuação nas instâncias auto regulatórias.

Parece, então, que as alterações motivacionais estão muito mais próximas de uma análise do ideal de eu médico em transformação pela cultura de atuação médica. Embora haja esforços de recondução deste sentido notadamente prejudicial para a tradição da profissão (no sentido da humanização das relações, das políticas públicas tanto na formação quanto no espaço de atuação e dos códigos éticos), parece ter sido aberta uma caixa de pandora na qual os médicos ainda não precisaram – até então – contemplar seu conteúdo.

## **2. MAL-ESTAR MÉDICO: OS NOVOS DESAFIOS PROFISSIONAIS**

O conceito de mal-estar, sob o ponto de vista freudiano, é trazido ao público por meio do livro “O mal-estar na civilização”, apresentado ao mundo em 1929, no qual o autor buscava responder algumas questões balizares para a compreensão da formação em sociedade e como estes processos poderiam carregar consigo aspectos comuns na formação do nosso subconsciente.

Neste segundo capítulo, utilizaremos o termo mal-estar provocativamente para construir a análise proposta sem se descolar completamente dos parâmetros freudianos, mas permitindo também o uso mais literal do termo para evidenciar pontos que potencialmente podem carregar ações de sublimação, sentimento de culpa, não-satisfação e o próprio questionamento das estruturas de liderança para a sociedade médica. Ou seja, o mal-estar médico não será analisado estritamente sob o ponto de vista psicanalítico, mas, também, se servindo de contribuições do ponto de vista jurídico, laboral, comunicacional e do consumo.

Cabe, ainda, na medida de apresentação do capítulo, tecer um interessante paralelo ao próprio Freud e sua atuação médica nos esforços iniciais para o entendimento das pacientes histéricas. Dedicado a essa o forçou a buscar respostas fora dos cânones médicos da época. Em 1895 com a publicação sobre os estudos da histeria, Freud e o também médico Josef Breuer de certo modo inauguram a psicanálise. Mas, se dividem desde então. Breuer – cuja importância inicial para Freud foi não apenas profissional e científica, mas também financeira – permanece convicto de que o quadro seria explicado pela neurofisiologia e Freud parte para a busca nas raízes sexuais das psiconeuroses, em hipótese extrínseca diametralmente oposta ao universo médico, mas completamente intrínseca aos seus propósitos investigativos (FREUD, 1996b). Este excerto da biografia do autor nos permite refletir que, em determinados momentos, o questionamento das estruturas da classe médica pode ser não apenas necessário, mas deveras profícuo. Portanto, ressalta-se novamente o uso do termo mal-estar em sua complexidade tanto psíquica quanto no levantamento de fatores explícitos.

### **2.1. O mal-estar freudiano**

A publicação de totem e tabu explica na metáfora sociológica as bases para a construção do aparelho psicanalítico na medida que a eliminação do Pai natural foi um caminho para a formação da sociedade que, após este ato, demandou a formação de códigos de leis visando

inibir o instinto de violência. Entretanto, essa culpa originada na morte do líder, encontra-se recalçada em nosso inconsciente e – mesmo com a evolução mais sofisticada dos povos ainda se encontra ali guardada. Isso vale para as questões de motivação sexuais, cujas pulsões são suprimidas conforme estes códigos sociais se aperfeiçoam. Parte deste conjunto inicial (sexo e violência) as premissas que permitiram a Freud investigar os fenômenos psicanalíticos em resposta às neuroses que acompanhava na clínica (FREUD, 1996b).

Com a publicação de “Além do princípio do prazer” os conceitos de pulsão de vida e morte são apresentados e reorganizados, mas, principalmente, conecta-se ainda mais as questões da cultura influenciando a esfera psíquica por meio do pacto civilizatório como objeto central de resistência para a busca da felicidade individual, já que carrega consigo mecanismos de culpa, frustrações e exigências comportamentais que se suprimem. Nas palavras do autor “o programa que o princípio do prazer nos impõe, o de sermos felizes, não é realizável, mas não nos é permitido – ou melhor, não nos é possível – renunciar aos esforços de tentar realizá-lo de alguma maneira” (FREUD, 1996b).

De maneira geral os estudos sobre o mal-estar na civilização buscam embasar uma compreensão sociocultural para os problemas de ordem psíquica. Já que apresenta a nossa cultura como fenômeno marcado pela violência, um incontrolável e inseparável atributo humano, que afasta quaisquer hipóteses mais positivistas e humanistas de nossa evolução social.

Tem então o cenário freudiano do mal-estar: o convívio com essas questões consideradas tabus em nossa cultura e que, por serem indissociáveis em nosso inconsciente são a origem de todos os problemas para uma vivência plena. Diz Freud (1996b) explicando esse mecanismo onde “o fato de que para se defender de certos estímulos desprazerosos provindos de seu interior o eu não empregue outros métodos além daqueles que utiliza contra o desprazer oriundo do exterior torna-se assim o ponto de partida para consideráveis distúrbios”.

Cabe, neste momento, explicar que o mecanismo da sublimação aparece neste contexto como formas de mascarar este desejo reprimido utilizando-se de outros artifícios não literais a estes. Ou seja, nossa sociedade é formada pela retração destes impulsos que nos são primários, mas a influência cultural nos limita atingi-los e como saída construímos ressignificações sublimatórias para constantemente satisfazê-los recorrentemente. Quanto mais o processo de culturalização avança, o mal-estar exponencia-se. Diz Freud (1996b:23), no objetivo de circular seu entendimento sobre cultura:

“Como se sabe, a cultura humana – me refiro a tudo aquilo que a vida humana se elevou acima de suas condições animais e se distingue da vida dos bichos; e eu me recuso a separar cultura [kultur] e civilização [zivilisation] – mostra dois lados ao observador. Ela abrange, por um lado, todo o saber e toda a capacidade adquiridos pelo homem com o fim de dominar as forças da natureza e, por outro, todas as instituições necessárias para regular as relações dos homens entre si, em especial, a divisão dos bens acessíveis.”

Esta troca pela repressão das instâncias de violência e sexualidade pelos processos culturais obviamente existe uma contrapartida. Em metapsicologia das massas e análise do Eu, Freud as apresenta sob o ponto vista de duas entidades quase que unânimes durante quaisquer análises histórico sociais: a religião e a armada.

Nos casos específicos das instituições religiosas, faz a seguinte análise de contrapartida.

“A religião prejudica esse jogo de escolha e adaptação ao impor a todos, do mesmo modo, o seu caminho para a obtenção da felicidade e para proteção contra o sofrimento. Sua técnica consiste em depreciar o valor da vida e desfigurar a imagem do mundo real de modo delirante, o que tem como pressuposto a intimidação da inteligência. A esse preço, mediante a fixação forçada num infantilismo psíquico e a inclusão num delírio coletivo, a religião é bem sucedida em poupar muitos seres humanos da neurose individual”. (FREUD, 1996b:316)

Perceba que as instituições culturais seculares, como as religiosas, apresentam um importante salvo-conduto para solicitar em seus códigos de leis artificiais a submissão de seus seguidores na medida que por meio deste contexto é alcançável um caminho no qual as frustrações e neuroses encontrem um espaço de abafamento. Mas não para por aqui, este alívio psíquico de fato insere-se como fator limitante da liberdade agora condicionada em seus estatutos, continua Freud (2011:316) “a tentativa de desligamento é desestimulada ou severamente punida, ou está sujeita a condições bem determinadas” e, de certo modo, ao que evidencia o autor, também promovem frustrações por mais que amenize outras.

## **2.2. Refletindo sobre mal-estar médico**

Compreender as bases defendidas por Freud na leitura do mal-estar da sociedade e as propostas defendidas no conceito da psicologia das massas fornece uma bússola analítica para ejetarmos algumas proposições para a classe médica brasileira.

Primeiro, resgatando análises do primeiro capítulo deste trabalho, precisamos ter em mente que os signos de competição e violência fazem parte do processo de entrada no meio médico acadêmico. No que diz respeito a atuação profissional a estrutura ética dos conselhos impõe garantias e, ao mesmo tempo, deveres que podem ser encarados como um mecanismo de controle – tal qual a igreja e os exércitos acima descritos e, por fim, a relação entre os médicos distanciadas ou fora das preocupações centrais dado lugar a questões mercadológicas, mas, acrescentando-se a análise, talvez psicanalíticas, na medida que Freud diagnostica o afastamento como forma de prevenção das frustrações.

Procurando encontrar na metapsicologia médica hipóteses de padrões de sublimação para os impulsos de agressividade e sexualidade, as normas éticas nos indicam alguns pontos de curiosa aderência. O Conselho Federal de Medicina (2019) dentre suas disposições veda aos profissionais:

- Praticar concorrência desleal com outro médico;
- O exercício mercantilista da medicina;
- Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza. mercantilização da atividade, mecanismos de remuneração por indicação;
- Exercer simultaneamente a medicina e a farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela prescrição e/ou comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional;
- Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos.

Ora, se conforme o apresentado até o momento, existe uma clara fagocitose do mercado médico pelas práticas capitalistas, em paralelo a isso o estímulo a competição ocorre de maneira completamente inversa a este cenário.

Vale destacar que, estes princípios baseados na boa fé e função estritamente social da profissão, na prática são reconhecidamente relativizados– sendo a força do capital princípio motriz para a criação de nuances interpretativas ou simplesmente negligenciadas pela classe como um todo.

Não é segredo que existe uma íntima relação dos médicos com a indústria farmacêutica, por exemplo.

Ribeiro e Juruena (2013:09) expõem esse contrassenso ético vivido na prática pois “a indústria formulou maneiras de conseguir convencer o médico e assim, ele passaria a prescrever mais aquele medicamento e por fim a cadeia se completa, iniciando na indústria e terminando no paciente, aumentando seus lucros, objetivo final de qualquer empresa capitalista”. Os autores sugerem que esta associação dos profissionais com a indústria afeta o processo de indicação dos fármacos, onde nem sempre há a indicação do melhor e sim dos mais cômodos ao médico.

A reportagem online divulgada no portal Gauchazh no dia 07/05/2017 “Como os médicos são assediados pela indústria farmacêutica para prescrever medicamentos<sup>7</sup>” explica como os profissionais sofrem pressão do capital farmacêutico: os propagandistas – profissionais da indústria farmacêutica que atuam como uma espécie de promotores dos produtos fármacos aos médicos – em suas visitas aos profissionais conseguem, além de induzir persuasivamente a indicação dos produtos da companhia que representa, verificar se cada um dos médicos que fazem parte da sua conta estão prescrevendo ou não estes medicamentos. Incentivos são dados, desde brindes, jantares, viagens e amostras grátis. A reportagem narra o caso onde a indústria fármaco custeou a viagem de um profissional para congresso, esses custos – é claro – retornam para a empresa na prescrição dos medicamentos.

Este caso ilustrativo depõe contra a moralidade resoluto do código ético em seus princípios. Pois, o poder do capital, neste caso, consegue dissolver estes conceitos tão caros a este ofício. Basta verificar que dentre os conselhos das especialidades médicas, a maioria dos apoiadores são empresas do segmento fármaco ou de equipamentos médicos.

Compreender que esta ética médica está suscetível as forças externas do capital, sinaliza a compreensão das forças internas da classe médica e a aplicação dos códigos éticos. Se, desde o acesso a formação o médico passa por fases de alta competitividade, seria no momento do exercício profissional que estas características sumiriam?

Com esta reflexão posta, caberia buscar aspectos de sublimação para a sexualidade. Haja posto que aspectos da violência foram devidamente relativizados e provocados. Para isso, é importante trazermos à tona o conceito freudiano de narcisismo das pequenas diferenças. O

---

<sup>7</sup> Disponível em <https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2017/05/como-medicos-sao-assediados-pela-industria-farmacautica-para-prescrever-medicamentos-9788194.html>, acesso em 10/10/2019 às 17:20.

autor busca, neste conceito, identificar que comportamentos de rivalidade são mais comumente observados entre indivíduos que comunguem características. A garantia de sua posição frente aos outros similares inicia o processo de repulsa, perseguição e punição. Da mesma forma, em uma massa homogênea, desperta o desejo de fortalecer marcadores de identidade própria. Por isso a sexualidade no contexto da sociedade médica talvez seja sublimada neste caminho.

O primeiro indício para tal está, novamente no código de ética médica, dentre seus princípios confere ao próprio médico o dever de denunciar seus pares, onde destacam-se:

- O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos;
- [É vedado] Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.
- Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Comenta o CFM (2019:48) “buscou-se reforçar a necessidade de uma simbiose dos médicos com as comissões de ética e, em especial, com o Conselho Regional de Medicina, reforçando a necessidade de o médico denunciar as inadequadas condições de trabalho”. Perceba que, se por um lado aspectos da atuação médica no mercado são pautadas por questões de não mercantilização da profissão e concorrência leal e o próprio par é agente ativo de seguridade destes precedentes, não seria a denúncia – neste caso específico – uma sublimação da sexualidade por meio da repulsa competitiva também imposta?

Dados do CREMESP<sup>8</sup>, por exemplo, apontam para um aumento de 75% das denúncias no ano de 2007. Em casos específicos, onde a irregularidade está associada a imagem do profissional, ganham ainda mais destaque no número de denúncias, como expõe a reportagem “Denúncia contra médicos na TV cresce 142%” publicada no Folha ilustrada<sup>9</sup> no dia 08/06/2006.

---

<sup>8</sup> Disponível em [http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Imprensa&acao=crm\\_midia&id=361,m](http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Imprensa&acao=crm_midia&id=361,m), acesso em 14/10/2019 às 18:00.

<sup>9</sup> Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq0807200604.htm>, acesso em 14/10/20019 às 18:04.

A exposição do médico fora dos limites educativos inflige o código ético e perturbam o equilíbrio da classe. Com o crescente culto a saúde a demanda por profissionais de saúde nos veículos de comunicação certamente acompanha neste sentido, e os embates éticos são naturais na medida de ampliar a reflexão sobre este momento, algo esperado por Garrafa (2009) já que o autor compreende que uma parte dos conflitos morais nas ciências da vida e da saúde emerge de contextos apresentados pela evolução tecnológica.

Mas, antes de qualquer (re)leitura dos códigos éticos, vale refletir também sobre a característica da escassez produzida pelas mídias de massa. Se todos os médicos tivessem a oportunidade de se exporem nestes veículos, talvez, existiria um abrandamento ético tal ocorre na relação com a indústria fármaco? E mais, a personalização do profissional nestes veículos não desperta inconscientemente impulsos de violência (na busca pela punição) e sexuais (no sentido de prazer, ao praticar a denúncia)?

Conduzir os questionamentos a esta esteira é por si só um percurso interessante para debatermos o serviço médico enquanto processo de consumo. Se existe uma maior concorrência entre os profissionais, qualquer ação que não esteja fantasiada pela impessoalidade do informe médico – ao qual o profissional sequer pode divulgar seus telefones de contato – seria uma concorrência desleal ou uma forma cada vez mais necessária de conseguir garantir uma parcela deste concorrido mercado?

A conclusão provocativa neste momento indica que há um mal-estar médico na medida que para a garantia da homogeneidade da classe, pares precisam – apesar do acirramento competitivo – retrain estes pontos visando um equilíbrio artificial do exercício médico que apresenta exceções claras.

### **2.3. “Destaque-se eticamente da concorrência”: a sublimação do mal-estar médico**

Usando como régua de análise as questões de acesso e exercício no mercado apoiando-se no conceito de narcisismo das pequenas diferenças e o papel das sociedades médicas na garantia de proteção de garantias e coerção de desvios, um fato novo aparece como complicador deste arranjo potencialmente caótico: o crescimento da internet e o advento da popularização das redes sociais.

Mas, antes, é interessante dar luz ao fenômeno da estetização do consumo a este universo aparentemente hermético aos vetores de mercados pelos seus princípios éticos. Lipovetsky e

Serroy (2010) descrevem de maneira muito assertiva a adoção dos aspectos estéticos ao consumo, embasando-o de maneira histórica desde a antiguidade até os dias atuais. Para os autores, a ideia da arte/ do estético enquanto produto de consumo passa por três fases de desenvolvimento distintas:

- A produção de artefatos religiosos ritualísticos que possuíam estética própria, mas pouca percepção de consumo ou posse e sim de interação com estes objetos dentro das tradições de cada sociedade durante determinado rito;
- O momento onde os espaços de fé são erguidos e ornados com o mecenato dos artistas. Ou seja, momento onde a produção estética é condicionada não mais estritamente como parte elementar do rito mas pela demanda estético decorativa e comunicacional, com a valorização do papel do artista e a propriedade deste acervo concentrada nas instituições religiosas;
- A alteração do espaço contemplativo das produções artísticas para os museus. Espaços de consumo destas obras icônicas cuja propriedade passa a ser comungada por todos da sociedade;

O museu enquanto espaço de consumo populariza a noção de estética concentrada antes nas demandas de produção da igreja. O surgimento de uma primeira classe burguesa na Europa favoreceu fortemente a busca pela estética enquanto bem de consumo e, a partir dessa cisão, nunca mais retrocedemos no sentido de desassociar aspectos estéticos de nossa cultura material. Dando continuidade a análise de Lipovetsky e Serroy (2010), a partir da revolução industrial os processos estéticos se alinham aos fabris, e garantem o acesso massivo de bens de consumo pensados não apenas em sua funcionalidade, mas nos sentimentos e mensagens que eles emitiriam.

Analisar o crescimento capitalista pós revolução industrial por esta ótica permite compreender a evolução do mercado em suas estratégias de diferenciação seja na publicidade, seja nas estratégias de segmentação e posicionamento de marketing, e até mesmo nos fenômenos psicológicos ligados ao consumo e aos “templos de adoração” deste (lojas de departamentos, shopping centers, parques temáticos, complexos hoteleiros, dentre outros) . Pois, na cultura material, tão importante quanto o benefício central, são os benefícios ampliados e a mensagem que eles passam para a sociedade.

Posto isso, como exercício ilustrativo paralelo, podemos avaliar o mercado de moda. Anualmente centenas de coleções são colocadas no mercado criando e resgatando tendências que impactam nos comportamentos de consumo. O fenômeno da moda é um dos maiores indicativos de um segundo fenômeno, a espiral de acesso à vanguarda do estético.

Quando uma nova coleção é lançada o ineditismo e frescor desta nova tendência é limitado às classes mais abastadas, gera-se o efeito de exclusividade e requinte que, de rebote, conduz a coleção anterior para a classe mais abaixo à superior e a anterior a esta para a classe ainda mais abaixo desta. Este circuito gera uma sensação de apropriação do estético independente da classe social, e dinamiza o que os autores chamaram de hiperconsumo estetizado que irriga todas as parcelas do mercado.

Mas, as implicações dos autores não se limitam apenas na relação entre as pessoas e os objetos de consumo, pois entendem que de fato este fenômeno das estetização é parte de uma nova cultura que modifica as percepções sobre nós mesmos conforme explicam os autores:

“o público cada vez mais se quer e se pensa como ator, adota atitudes destinadas às mídias que o filmam. Hoje, os indivíduos se pensam em termos de imagens, e eles próprios se põem em cena nas redes sociais ou diante das câmeras. Os campeões esportivos não são mais apenas filmados em estádio: eles mudam sua maneira de ser em função da câmera que os filma. Os candidatos aos reality shows têm cada vez menos atitudes ‘naturais’: apesar de orientados para fazer audiência, mesmo assim são atores animados por estratégias para vencer os adversários, ganhar dinheiro, tornar-se uma ‘celebridade’. (...) Na verdade, na era do capitalismo artista hipermoderno, há sem sombra de dúvidas uma instrumentalização pelos indivíduos do mundo espetacular da tela” (LIPOVETSKY E SERROY, 2010:266-267).

O capitalismo artista de Lipovetsky e Serroy ajuda na análise deste item do trabalho na medida que denuncia o fenômeno da estetização do consumo em todas as instâncias de nossa cultura. No mercado médico, por exemplo, vimos nos últimos anos a incorporação dos conceitos da hospitalidade e hotelaria no ambiente hospitalar; as maternidades transformando o parto em um verdadeiro evento; a mudança dos consultórios para um design de interiores cada vez mais descolado e aconchegante, distanciando-se do padrão uniformemente branco, até mesmo os médicos passaram por estetizações dos seus materiais de trabalho: toucas e máscaras coloridas e estampadas, jalecos em crochê ou com cortes mais modernos e demais equipamentos de biossegurança ganharam personificações para atender estes ímpetus de diferenciação e vaidade. Algo que sempre existiu, mas movimentou-se para a figura do próprio profissional, Kottler e Keller (2012) destacam que aspectos da cultura de diferenciação – principalmente na década de

1980 – eram absolutamente normais. O intuito desta lógica era pendurar no consumo signos próprios para o consumidor, como o fenômeno das canetas Montblanc ou dos relógios Rolex era uma constante no universo dos profissionais liberais, pois simbolizavam naqueles objetos de consumo uma forma de destacar o poder e sucesso de determinado profissional.

É evidente que, por ser uma área conservadora em diversos aspectos, estas mudanças na imagem dos profissionais são graduais e sempre acompanhadas de amplo embate. Mas, não caberia, também, dizer que estes fenômenos sejam avanços e, sim, sintomas desta sociedade descrita pelos autores.

Olhando em retrospectiva, pode-se admitir que para a criação da sua praça um médico dependia de uma simples soma de 3E's (para tornar esse empirismo Kottleriano) Endereço, Especialidade e Espaço de atendimento. Aos endereços mais nobres, limitavam-se os profissionais das especialidades mais lucrativas que tinham ali um espaço formatado com uma verdadeira pirâmide médica: diplomas pendurados nas paredes, recepção agradável e demais comodidades como estacionamento próprio e manobrista. Por mais que estes espaços sofisticados remetessem ao conceito de superioridade, ainda eram muito produzidos na lógica de tangibilização da história daquele profissional, como dito anteriormente.

Hoje essa lógica passa a ser pensada no paciente, muitas clínicas formatadas para as classes mais abastadas incorporaram o conceito de spa aos seus negócios, as especialidades se fundem em espaços de especialização cada vez mais multidisciplinares visando a comodidade do paciente e avaliação coletiva dos casos clínicos, já as recepções antes limitadas a tradicional leitura de revistas durante a espera da consulta, agora oferecem verdadeiros buffets saudáveis aos pacientes e implementando nos processos alta tecnologia para aprimorar ainda mais experiência da visita a este profissional. As salas de atendimento são assinadas por arquitetos que buscam passar uma mensagem de sofisticação que – algumas vezes – até retira da parede os tradicionais diplomas ali pendurados em nome do design elegante.

Por outro lado, a espiral capitalista também trabalha na outra ponta, o fenômeno das clínicas populares carrega consigo além de uma mudança de preço para atendimentos particulares, tornando-os acessíveis às camadas não atendidas pelos planos particulares, uma mudança estética: espaços decorados com grafites, incorporação tecnológica nos processos de agendamento, somada a uma comunicação leve e divertida para mascarar uma massificação.

Estas análises empíricas das mudanças de espaço do exercício médico em clínicas talvez não fossem viáveis anteriormente, não nesta velocidade. O que se sabe, pela lógica da administração de marketing, é que conforme aumenta a concorrência, redobram-se os esforços de personalização e inovação na prestação do serviço em seus benefícios ampliados. A comunicação, na era da informação, é a nova Montbanc já que substituíram-se os signos de status e poder para o próprio profissional protagonista da arte médica.

Este ponto é a linha tênue da ética médica a qual esbarramos neste momento ainda nas franjas desta fronteira: a comunicação que tornou-se ferramenta de status, mas, ao mesmo, de potencial concorrência desleal e mercantilizadora da atividade. Neste momento há intenso debate nos conselhos médicos sobre “como se destacar eticamente da concorrência” sem ferir estes princípios éticos?

Não é por acaso que a última atualização do Código de ética dá destaque as questões da divulgação médica nas redes digitais, o processo de criação de status por meio da comunicação confunde as esferas profissionais e pessoais, antes de qualquer coisa. Martin Buber (1895 – 1965) em sua famosa obra *Eu e tu* publicada em 1923 nos empresta uma forma básica de compreender o problema advindo dessa liquefação do personagem e do indivíduo médico. A contribuição do autor é uma das mais importantes para a construção da chamada sociologia do diálogo. Para Buber podemos estabelecer dois tipos de relações dialogais, as que ele definiu como do tipo EU-TU e as do tipo EU-ISSO.

Nas relações EU-TU existe a intersubjetividade, na medida que o encontro é ocasionado pela verídica intermediação sem a antecedência dos interpretantes e signos sociais. É o diálogo pleno, na visão de Buber, por assim dizer. O autor chega a este modelo muito inspirado na observação das relações dos fiéis com o divino. No pressuposto das relações dialogais buberianas pode-se afirmar que se ele (Deus) me conhece no íntimo, é possível de fato me abrir a ele e, por não me julgar, sei que me ouvirá sem questionar quem verdadeiramente sou e a mensagem de resposta será recebida por mim de maneira afetiva, pois sou dele a imagem e semelhança.

Compreendendo este modelo de relação dialogal na oração, Buber parte para encontrá-la fora deste ambiente. E a codifica em alguns pressupostos básicos de observação: a necessidade da presença (ou seja, a atenção centrada na interlocução) e o esforço/responsabilidade de encontrar no outro a semelhança de você – algo que ele simplificou ao precedente para o Eu é o

encontro/existência de um TU. Quando este esforço é dado por ambas as partes durante o processo de interlocução, há o que o autor chama de esfera de sentido. Um momento onde as relações são verdadeiramente intensas e transformadoras, haja visto que o encontro não é projetado e sim sentido e vivido.

Em contrapartida Buber admite que vivemos raros momentos de intersubjetividade, pois na maioria das vezes lidamos com a intersubjetivação – as chamadas relações EU-ISSO. O ISSO buberiano nada mais é que a relação onde os pressupostos do encontro já sejam esperados. Por exemplo, durante uma aula já é esperado do professor e alunos comportamentos específicos naquele espaço dialogal. Ou, ao paciente já são esperadas posturas do encontro com o médico. A relação EU-ISSO de Buber é aquela em que o encontro não ocorre entre as pessoas, e sim entre seus signos sociais.

Importante destacar que o autor não compreende estas duas modalidades em rivalidade, para ele a intersubjetivação é necessária no desenvolvimento de nossa sociedade, a provacação buberiana está muito mais na reflexão sobre a perda das relações EU-TU, pois sem elas viveremos em um mundo apenas na busca de respostas já significadas, sem momentos de ligação plena com o outro, sem esperar nada de especial do TU e, conseqüentemente, do próprio EU.

Conforme os processos de comunicação médica se aceleram e confundem a esfera do pessoal e profissional, uma série de conflitos podem ser catalizados. Apesar de inegavelmente ser uma janela de visibilidade formidável, expandir uma relação EU-ISSO para além do momento de atendimento pode trazer grande sofrimento para o profissional já que uma nova instância de intersubjetivação se faz presente.

Admitindo que todo esse esforço faz parte de uma nova dinâmica de mercado mais acirrado, alinhada a uma questão de status profissional. Outro risco está no formato destas intermediações, pois, conforme já explicado no narcisismo das pequenas diferenças, se o concorrente começar a se relacionar com os seguidores com vídeos, uma série de outros profissionais seguem o exemplo, se outro expõe os filhos ou família criando uma espécie de *storytelling* médico Big Brother, outros também o seguem. A comparação entre likes, seguidores, comentários elogiosos é constante e motivo de inveja e retaliação (a nova Montblanc é muito mais poderosa porque não fica guardada no bolso). Ou seja, há uma eminente perda de limites motivados apenas pelo efeito manada numa pulsão de desejo

freudiano clássico, onde nada cessa, apenas sublima-se e retorna. Parece que este espaço de comunicação seria capaz de potencializar relações mais verdadeiras, mas isso não se traduz no horizonte: o papel do médico é institucionalizado demais para desarticular-se do EU-ISSO. Muito embora, e aí está o contrassenso, espera-se destes esforços não apenas retorno para o ego do profissional (EU-ISSO), mas, também do indivíduo em sua essência (EU-TU).

Este é dos pressupostos que validam a análise deste cenário como reflexão oportuna, por mais institucional que seja a construção da imagem médica ela nunca conseguirá se esfacular do seu pressuposto individualizado carregado de uma psique própria. Enquanto na publicidade as discussões mais atuais são sobre personificação de marcas e construções de valores sociais nestas pessoas jurídicas, os médicos que se aventuram a praticar alguma medida de concorrência e diferenciação precisam se institucionalizarem enquanto marcas, abrindo mão ou simplesmente controlando seus valores sociais caso queiram obter a aprovação do mercado.

No limite, pode-se concluir que não há benefícios advindos da midialização médica. Apesar do esforço para discutir temas de saúde seja algo a se comemorar na medida que incrementa-se a informação médica disponível para o público leigo, numa espécie de cauda longa para informação médica. Na realidade, é uma consequência da falência do modelo idealizado na função social e assistencialista do médico – aos quais seus feitos exitosos fariam por si só, ou sequer deveriam ser enaltecidos tal qual prega as boas ações no texto bíblico – frente a um novo modelo auto recompensatório e com ampla possibilidade de dependência de feedbacks positivos. Interessante conjecturar uma das vedações do código ético médico (CEM) a esta discussão, já que não é permitido ao médico recebimento prêmios, menções, títulos ou quaisquer outros fatos que o sinalize como “médico de destaque”, seja pelos serviços prestados, pela excelência etc. Esse pequeno afago proibido ao ego do médico, não se aplica nos mecanismos de interação – que causam sensações de premiação e competição similares – nos meios digitais de comunicação.

Destacar-se da concorrência eticamente seguindo estritamente o CEM é algo possível, a grande pergunta a se fazer é o quanto seguir essas diretrizes para satisfazer os desejos de mercado e do próprio ego? Não está claro a que medida cada uma das coisas são buscadas e, até mesmo, se há de maneiras de diferenciar estas ações de publicidade médica aos anseios de alimentação do ego.

Esta é uma questão que se encaixa nas reflexões goffimiananas de rituais de interação, haja visto que na terminologia do autor a preservação da fachada - proteção da autoimagem - é sempre um fator primário para estimular as condutas dos encontros intermediados, por mais que existam maneiras de manipular as regras sociais e seus códigos, é a preocupação com a forma que o outro enxerga o eu que baliza o sucesso ou não desta fachada. Em outras palavras, as formas de se destacar eticamente da concorrência nada mais são que as formas de se colocar em contato e avaliação do outro sem que haja deterioração desta fachada e, mais do que isso, seja esta ação uma forma de angariar de maneira natural valores positivos como o respeito e melhores posições em determinado círculo social. Haja visto que o CEM é apresentada de maneira muito ampla aquilo que determina como vedações, as complicações nestes novos empenhos são eminentes. Principalmente pela questão ambiguidade pessoal e profissional mixadas nestes esforços confundido códigos sociais e profissionais.

### **3. O MÉDICO-MÍDIA: A APROXIMAÇÃO DA CLASSE COM A NECESSIDADE DE COMUNICAÇÃO E O FENÔMENO DO EMPREENDEDORISMO**

A análise potencialmente pessimista refletida no capítulo anterior não diminui o fato de que a exposição médica nos mecanismos digitais se tornou uma forma de resposta para a competitividade na classe médica. Panahi, Watson e Partridge (2016) investigaram 24 médicos de diferentes países que sejam ativos nestes ambientes e identificaram alguns fatores de incentivo para estes profissionais a estenderem sua atuação profissional às redes digitais, para a maioria dos investigados os pontos positivos seriam (1) estreitar o relacionamento com os demais colegas de profissão; (2) ampliar a rede de contatos; (3) troca de saberes; (4) rede para educação continuada; (5) benchmarking e (6) branding.

Interessante e provavelmente natural que a classe médica se apodere dos mecanismos digitais principalmente para os 4 primeiros pontos trazidos pelos autores acima citados. Chama atenção, no entanto, os dois últimos (benchmarking e branding) por não serem termos comumente encontrados nos vocábulos de saúde.

O mesmo estudo também identificou alguns pontos que se traduziriam como desafios a esta movimentação da classe a destacar (1) proteção e confidencialidade de casos, (2) falta de participação ativa; (3) dificuldade para encontrar tempo de dedicação a estas ferramentas e (4) confiabilidade das informações.

Nikiphorou e Berenbaum (2017) ponderam a questão ao afirmarem que apesar dos riscos potenciais, a entrada da classe médica aumentou amplamente a comunicação e interação entre médicos e pacientes. Para eles a falta de limites claros sobre o uso das mídias sociais entre estes atores apresenta as maiores ameaças significativas de confidencialidade do paciente e invasão de privacidade para ambas as partes, portanto ainda há que se discutir formas de encontrar um equilíbrio neste assunto.

Mapelli (2019) apresenta outro ponto que vale acrescentar a discussão, com o advento da comunicação os usuários destes meios naturalmente vão trocar entre si informações – inclusive as médicas – portanto a presença destes profissionais nestes ambientes não apenas se torna algo necessário como vital, tanto para ampliar a potencialidade na divulgação de informações quanto

na curadoria destes conteúdos postos em discussão e, conseqüentemente, ampliar sua reputação profissional no ambiente digital.

Possivelmente o interesse destes autores na investigação dos processos de comunicação médica nos mecanismos sociais sejam apenas o início de um amplo campo de discussão pelo simples fato de que, conforme explica Martorell (2017:123), “nessas relações entre o progresso biomédico e os direitos humanos encontram-se também os progressos tecnológicos extrínsecos ao setor de saúde, mas que são apropriados pelas práticas biomédicas.” Para o autor ainda estamos num momento de muita imaturidade no manejo destas ferramentas e que, quando a pensamos sob o ponto de vista da ética profissional, encontraremos ainda mais empecilhos e precariedade de códigos éticos modelares. Esta constatação é verídica, pois dentro dos últimos anos o Conselho Federal de Medicina já alterou as regras para redes sociais por algumas vezes, muito embora ainda não tenha atendido a totalidade as expectativas aguardadas por parte de seus representantes.

O ponto de vista de Martorell (2017) nos remete aos primórdios da popularização da internet, onde muito foi debatida a chamada netiqueta, uma forma de tentar institucionalizar aspectos de bom convívio entre os internautas. Todavia, sabe-se que o desenvolvimento das redes ocorreu de maneira bem diferente conforme remonta Diniz (1999:80):

“O ambiente próximo da anarquia, em que se desenvolveu a Internet, foi altamente positivo para a troca de informações e para o desenvolvimento de relações entre pessoas de todos os cantos do planeta. A comunidade de usuários da Internet cresceu sob regras de conduta não explicitadas, mas que ajudavam a controlar a participação dos usuários, num ambiente sem Governo centralizado; mas as regras informais, que ainda hoje predominam na Internet, não são suficientes para tocar negócios on-line”.

Em linhas gerais, podemos de fato somar mais exemplos de “anarquismo” na organização atual das redes que de estruturas formatadas e já institucionalizadas. Entretanto, boa parte dos autores da cibercultura que se dedicaram a compreender estes anos de crescimento da internet pós 1996 até a primeira década dos anos 2000 acreditavam que princípios de inteligência coletiva como defendeu Pierre Levy seriam suficientes para encontrar a verdade por trás desse processo caótico de formação de um capital social digital. Cabe, hoje, compreender que este entendimento foi deveras positivista e que conceitos como pós-verdade e fake news se tornaram temas relevantes não só para a academia como para sociedade de maneira geral. Parece, neste sentido, que a rápida organização do debate acerca destes temas para a classe médica demande uma certa urgência e rapidez na medida que a informação veiculada tenha um caráter próprio.

Outro quesito de extrema importância é a incorporação do método de comunicação. Os meios digitais abriram segmentos próprios e atualizaram parâmetros, por exemplo, da educação a distância (EAD) da telemedicina e do chamado marketing digital e suas funções – onde a publicidade se encontra. Muito embora autores discordem desses segmentos por entenderem que a Educação, medicina e o Marketing – para ficar nos exemplos citados – não se diferenciem em seus métodos apenas porque se utilizam das tecnologias digitais como caminho de produção.

Acontece que, empiricamente, percebe-se que o advento do chamado marketing médico está intimamente associado a popularização do marketing digital. E o pressuposto para esta hipótese está no acesso, Qualman (2011) a explica na medida que os artefatos de produção de conteúdo se igualam nestas ferramentas, promovendo uma inédita oportunidade de visibilidade. Então, por mais que aspectos educacionais na tratativa digital entre os profissionais sejam muito benéficos, nenhuma exposição estará desassociada do aspecto promocional.

A medicina, conforme exposto na breve histografia brasileira apresentada nos itens anteriores, sempre conseguiu fincar seus privilégios de mercado ao longo dos tempos. Mas, conforme narram Lipovetsky e Serroy (2015:395) existe um novo fenômeno em cena:

“nossa época não pode mais ser pensada fora do culto à saúde, atestado ostensivamente pela expansão dos gastos médicos, pela multiplicação das consultas, dos exames e das análises. Cada vez mais o referencial da saúde se associa a múltiplas esferas da oferta mercantil: o habitat, a moradia, o lazer, o esporte, a cosmética, a alimentação – todos esses domínios são mais ou menos redefinidos por promessas sanitárias. Não basta estar com boa saúde, trata-se de identificar os fatores de risco, passar por exames de prevenção, mudar o modo de vida em benefício de modelos saudável e higiênicos. É a época das medidas preventivas através de todo um conjunto e práticas esportivas, alimentares, higiênicas (evitar alimentação gordurosa, comer frutas e legumes, fazer exercícios físicos, não fumar). Enquanto as mídias alertam permanentemente as populações para os riscos que correm e dão uma porção de conselhos médicos, as conversas cotidianas são invadidas pela temática da saúde, da alimentação saudável, da forma.

Parece que, estar fora desta mudança cultural é estar desalinhado com as expectativas da própria sociedade. Mas, igualmente, estar fora das demandas de mercado. Diferente de questões de saúde previsíveis em dados estatísticos, X% da população sofrerá de tal doença ou Y% dos homens ou mulheres a partir de tal idade precisam realizar determinados exames, o cenário atual é de construção cultural da saúde enquanto desejo de consumo.

### **3.1. Eles não são Stevie Jobs. Mas quem não gosta de uma história empreendedora?**

Outro aspecto de nossa sociedade em amplo debate atual é o empreendedorismo. Cogita-se vários caminhos positivos e negativos para este interesse crescente, aos quais não caberiam neste trabalho a análise. Mas, pinçar o crescimento do tema empreendedorismo enquanto fenômeno de uma crise do capitalismo neoliberal na sua força de gerar mercado de trabalho, conforme Manson (2017:35) analisa, parece sintetizar todas correntes divergentes de pensamento:

“O crescimento do mundo desenvolvido é lento. Os Estados Unidos só se recuperaram arrastando consigo uma dívida Federal de 17 trilhões de dólares, ienes, libras e agora euros em papel-moeda ainda estão em circulação. As dívidas familiares no Ocidente permanecem não salgadas. Cidades-fantasma inteiras de propriedade especulativa – da Espanha à China – continuam não vendidas. A Zona do Euro – provavelmente o constructo econômico mais importante e mais frágil do mundo – permanece estagnada, gerando um nível de atrito político entre classes e países que pode levar ao seu esfacelamento.

A menos que futuro proporcione uma riqueza espetacular, nada disso é sustentável. Mas o tipo de economia que está emergindo da crise não pode produzir tamanha riqueza. Portanto estamos num momento estratégico, tanto para o modelo neoliberal como para o próprio capitalismo.”

A passagem de Manson é provocativa, mas capaz de encontrar apoio tanto dos contrários, quanto dos favoráveis ao “fenômeno empreendedor” na medida que aponta uma necessidade de revisão do capitalismo e dos modelos produtivos onde, somente a partir deste ponto, nascem as diferenças. Ao longo deste trabalho a questão da competitividade, concentração profissional e assalariamento médico já foram insistentemente grifadas ao longo dos capítulos por ser um ponto central nas discussões objetivadas e, mais uma vez, podem ser indicadas como sintomas do empreendedorismo médico.

Para além das questões econômicas, pode-se afirmar que vivemos numa era de culto ao empreendedorismo: start ups, fintechs, empresas unicórnios e outros termos que se originam no Vale do Silício e são incorporados em nosso cotidiano de maneira romantizada na cultura. O filósofo brasileiro Leandro Karnal, certa vez ministrou uma palestra<sup>10</sup> bem interessante neste sentido intitulada “A teologia do empreendedorismo”, na qual traçou paralelos a uma construção religiosa ao tema. Ao enquadrar o termo no universo dogmático religioso, imediatamente é possível estabelecer questões freudianas da psicologia de grupo (proteção, coerção, direcionamento e regras próprias).

Em paralelo a isso a classe médica sempre conseguiu, seja na associação com o Estado, seja na iniciativa privada, ampla oportunidade de atuação. Entretanto, conforme aumenta a

---

<sup>10</sup> Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=CDkrkhvOvY>, acesso em 12/10/2019 às 19:56.

especialização, muitos são conduzidos para o trabalho autônomo e buscam oferecer seus serviços de maneira particular em seus consultórios ou em clínicas próprias buscando maior liberdade de precificação e aumento de rendimentos.

Estes projetos, em geral eram executados no feeling do profissional, já que se não houvesse o empenho do mesmo em aprender o básico sobre gestão e abertura de um negócio por conta própria, dificilmente ele tramitaria por estes assuntos durante a formação universitária. O autor de empreendedorismo Fabio Zugman cunha o termo “empreendedores esquecidos” que virou título de livro homônimo, uma espécie de cartilha básica para profissionais liberais do setor de serviços: médicos, advogados, arquitetos, etc. Cabe uma reflexão ao termo, pois esse esquecimento dado a essas profissões tradicionalmente liberais conforme Zugman acolhe em sua obra, não é bem fruto do descaso e sim um descobrimento destes para a importância da compreensão de teorias de gestão empresarial por conta do aumento da concorrência.

Mas não somente a mudança da concorrência implica nesta descoberta do empreendedorismo, o paciente dos serviços médicos também mudou sua forma de buscar e acessar estes profissionais. Tradicionalmente, ao médico, bastava um anúncio nos classificados da revista de bairro e o cadastro nas páginas amarelas ou do guia do convênio médico para que ele fosse localizado. Na consulta, os momentos de contato se limitavam ao atendimento e retorno. Hoje, para citar algumas, ele pesquisa no Google e encontra o site dos médicos já organizados por geolocalização ou em sites terceiros de agendamento médico como o Doctorália<sup>11</sup>, avalia as redes sociais do profissional para compreender se a linha de atendimento dele é a buscada, busca por recomendações ou reclamações registradas online. São novas possibilidades e novas competências as quais os profissionais de saúde precisam estar preparados para prosperarem.

Parece, neste momento, que o advento do médico empreendedor soma-se aos signos comuns a essa cultura: o risco, o empenho, o evangelismo dos cases de sucesso, para citar alguns. O que vem à tona por meio desses processos de tradução para a classe médica é o sentido de fragilidade e proatividade para a condução de suas carreiras frente aos objetivos profissionais e financeiros prometidos em comparação com a rotina assalariada precarizada, aos padrões de ganhos esperados ou nas condições de trabalho, seja na iniciativa pública ou privada. A metáfora do oceano vermelho defendida por Kim e Mauborgne (2008) nunca esteve tão presente nos paradigmas médicos.

---

<sup>11</sup> <https://www.doctoralia.com.br/>

### **3.2. Eles não são Dr. Hollywood. Mas quem não gosta de realities shows?**

Desde que Debord cunhou o termo sociedade do espetáculo em 1967, o fetichismo da cultura capitalista estava exposto e dissecado de maneira convincente naquelas teses. Para o autor a espetacularização da cultura é um ponto comum em todas as instâncias, já que a teatralidade e a representação se tornaram máximas na arena-mercado. Resume Debord (1997:14) “o espetáculo não é um conjunto de imagens, mas uma relação social entre pessoas, mediada por imagens”. Para o autor essa objetificação das relações na perda de sua autenticidades, é a matéria-prima para o fenômeno. Poder-se-ia resgatar Buber e a intersubjetivação na relação dialógica EU-ISSO ao revistar Debord e afirmar que as relações entre os signos culturais venceram ou, em melhor instância, encontraram seu momento de ápice.

Por compreender a sociedade do espetáculo como parte do modelo capitalista, obviamente o autor faz uma crítica aos modelos de produção existentes, pois o modelo de consumo nada mais é que a resposta a este. Fato que remete a uma construção cultural que anestesie o consumidor diante deste cenário, passivamente, sem questionar.

“A alienação do espectador em favor do objeto contemplado (o que resulta da sua própria atividade inconsciente) se expressa assim: quanto mais ele contempla, menos vive; quanto aceita reconhecer-se nas imagens dominantes da necessidade, menos compreende sua própria existência e seu próprio desejo. Em relação ao homem que age, a exterioridade do espetáculo aparece no fato de seus próprios gestos já não serem seus, mas de um outro que os representa por ele. É por isso que o espectador não se sente em casa em lugar algum, pois o espetáculo está em toda parte.” (DEBORD, 1997: 24)

Evidente que, no ponto de vista do autor, a sociedade espetáculo ao formatar/financiar as relações na cultura emoldura padrões melhores aceitos e, portanto, para se adequar a ela, deve-se abrir mão daquilo que não for carregado de certa perfeição. Mesmo que forjada. A passagem de Lipovetsky e Serroy (2010) sobre o culto a saúde valida este ponto. O mercado formata o novo padrão de saudável, por mais impraticável que seja, e ejeta nas pessoas um novo estilo de vida – abre e destrói mercados, na concepção mais Schumpeteriana de destruição criativa possível – por mais cheio de virtudes que esse movimento possa ser, já diria Marx que o capital se apropria de lutas populares e as transforma em produtos. Do ponto de vista social, Debord (1997:18) ainda considera que:

“A primeira fase da dominação da economia sobre a vida social acarretou, no modo de definir toda a realização humana, uma evidente degradação do ser para o ter. A fase atual, em que a vida social está totalmente tomada pelos resultados acumulados da economia, leva a um deslizamento generalizado do ter para o parecer, do qual o “ter” efetivo deve extrair o seu prestígio imediato e sua função última. Ao mesmo tempo, toda a realidade individual tornou-se social, diretamente dependente da força social, moldada por ela. Só lhe é permitido aparecer naquilo que ela não é.”

Cabe aqui uma digressão importante: ser e ter no que diz respeito ao culto do saudável são pontos completamente díspares. Ser saudável não demandaria o pressuposto de ter atitudes saudáveis, mas, se não for assim, como criar este valor na sociedade? Pior, a alienação neste aspecto mexe diretamente com a saúde física e mental, tanto na tentativa incessante de ter quanto na incapacidade de ser ou ter.

O imbróglio da sociedade do espetáculo demanda um esforço narrativo, criativo e convincente o suficiente para que esse constructo de sentido tenha sentido. O autor elenca, nesse aspecto, o papel da publicidade enquanto dinamizador deste processo. Vale, neste ponto, localizar o ano de publicação da obra, 1967 e a morte do autor em 1994, momento onde a internet ainda estava em vias de popularização e fenômenos mais recentes como as redes sociais digitais ainda não eram parte do cotidiano.

Sibilia (2008) consegue dar prosseguimento no diálogo debrodiano na medida que apresenta um estudo intimamente associado aos mecanismos de comunicação digital estabelecidos pós popularização da internet. Embora, também, para isso, beba da fonte goffmaniana ao usar o termo performance em suas análises. A atenção ao termo é explicada por ela na passagem a seguir:

“Nos últimos tempos, porém, o conspícuo vocábulo tem transbordado amplamente os limites da esfera artística. Apesar do persistente estrangeirismo de sua sonoridade em territórios ibero-americanos, também aqui tem se convertido em uma palavra-curinga que costuma operar como certo sinal de época: um termo capaz de impregnar todos os âmbitos com a rica ubiquidade de sua polissemia. Assim, hoje, quando se fala em performance, pode-se fazer referência ao desempenho profissional de uma determinada pessoa, por exemplo, aludindo à perícia capaz de lhe render uma boa atuação em áreas como os negócios, os esportes ou até mesmo na espetacularização da vida cotidiana. De fato, é nesse último e curioso campo onde ocorrem algumas das performances que despertam mais interesse no mundo contemporâneo.” (SIBILIA, 2015:354)

Para a autora a performance constitui-se em uma espécie de ideologia nova que entra na dinâmica de ser e ter identificada por Debrod. Mas, vai além, Sibilia (2015) admite que esse esforço possa ser uma espécie de gozo performático que apresenta inesgotável esforço de

realização viabilizando uma exibição ao extremo. Considera a autora que, a autopromoção – antes vista como algo de mal gosto ou requinte, movimenta-se para o polo oposto.

Traçando um paralelo, das mídias, como a história do Rock'n'Roll. Parece que vivemos no mesmo cenário inglês da década de 1970. O sucesso de bandas inalcançáveis em termos de produção é técnica como Pink Floyd, Yes e demais grupos do chamado Rock Progressivo foi fundamental para um novo estilo mais ready-made – numa apropriação de Duchamp – para encubar o Punk Rock. Ou seja, se as mídias de massa possuíam barreiras de entrada por conta da seletividade e escassez, as mídias sociais digitais possibilitaram a ampliação e embarque massivo a este fenômeno da performance e, estando na mídia, valida-se.

Ainda refletindo conforme Sibilía (2015), viver é um ato de performar pois criamos nossas narrativas conforme a audiência que nos assiste. Mais uma vez, é necessário voltarmos a Buber. Partindo dessa afirmação, constata-se pelo viés buberiano que fatalmente este modelo de existência nunca encontre uma plenitude pois está em constante intersubjetivação. Por isso, talvez, a autoria classifique essa busca como de fato um gozo performático.

Esta análise permite ir mais além, as relações EU-ISSO sempre se dá entre os atores sociais intermediados pelos signos culturais. Por exemplo, a relação entre o médico e o paciente é EU-ISSO por natureza, já que os papéis deste são esperados. Na sociedade do espetáculo, o que se busca é uma nova concepção do EU-ISSO, por meio de uma narrativa intersubjetivizada do meu EU. Sibilía (2015:358-359) parece concordar com esse ponto “nessas novas práticas midiáticas e artísticas, não se trata tanto de encenar uma ficção ou de simular ser alguém que, na realidade, não se é, nem tampouco de vestir uma máscara mentirosa. O que de fato ocorre nesses atos é a invenção de um corpo e uma subjetividade reais”.

De fato, conforme o consumo de conteúdos nas chamadas redes sociais digitais aumenta exponencialmente a sensação de veracidade nestes ambientes diminui, entretanto destes mecanismos de conversação só aumenta. Ou seja, infere-se que não há questionamento ético ou moral para aspectos de veracidade. Na verdade, espera-se algo do fantasioso e do artificial, mas com um enredo estrategicamente pensado de modo a prender nossa atenção seja qual for o chamariz.

Para os profissionais da saúde, aos quais dedica-se especial análise neste trabalho, percebe-se que o esforço de compreensão técnica e capacidade de atendimento – fatos que somente

poderiam ser comprovados durante o momento da consulta, por conta da característica inseparabilidade do setor de serviços – se liquefazem nesse jogo de ter e ser, da performance.

Para tanto, os profissionais que investem nessa narrativa do culto ao saudável, associam-se ao modelo performático enquanto vitrines de seus próprios saberes colocando à lona a sabedoria popular que afirma “em casa de ferreiro, espeto de pau”. Muito embora, saiba ou coloque-se em suspensão este modelo de vida, já que conforme apresentado em capítulos anteriores estudos indicam 44% dos médicos convivendo com problemas psicológicos frutos de seu exercício profissional.

Mais que o modelo reality show, empiricamente percebe-se também um esforço de tornar a discussão médica acadêmica midiática. Embora, Panahi, Watson e Partridge (2016) tenham identificado a troca de saberes entre os profissionais de saúde nas redes sociais digitais entre os fatores de atratividade destes, no fundo – sabe-se – que esse empenho também possa fazer parte deste jogo performático. Tal qual Dr. House encena a cada episódio da série homônima.

Outro ponto que vale a reflexão está contido nas questões autor regulatórias da profissão, na medida que os processos de zeladoria ética é incentivado pelos/entre os próprios profissionais. No imperativo da performance, Sibilia (2015:359) entende esse mecanismo partindo de um pressuposto básico de existência:

“Eis uma possível explicação da insistência na ‘interatividade’ dos formatos mais atuais; particularmente, da performance. Porque esta apenas existe se alguém estiver olhando – ou, melhor ainda, admirando e batendo palmas. Seja em tempo real ou diferido, como ocorre nos casos das filmagens ou projeções, inclusive na crescente quantidade de material desse tipo que circula pela internet. Algo é evidente, porém: se esses cobiçados olhos que (me) olham jamais comparecerem, não haveria performance alguma. Tudo isso leva a formular uma conclusão inquietante, embora óbvia: somente se performa para o olhar alheio”.

Refletir por base neste aspecto, condiciona tintas mais fortes para questões indiciárias do mal-estar médico expostas no Capítulo 2. Seria o mecanismo de denúncia uma forma bifurcada para impetrar o ideal de eu já construído ou uma sublimação violenta a quem melhor performa – alcança maiores olhares – que eu?

Independente das respostas, os sintomas convergem para o fato de que existe uma espetacularização do profissional de medicina e validam, de certa forma, algumas das reflexões anteriormente postas para discussão.

#### **4. PROGNÓSTICO: MUDANÇAS DE SÍMBOLO AFETARÃO O CONSUMO DE SAÚDE?**

A medicina está dotada de princípios éticos-morais próprios e que as relações entre estes profissionais e seus consumidores (pacientes) demanda comprometimento com aspectos

íntimos de confiança, sigilo e credibilidade (MACHADO, 1998). Portanto estudar este mercado sem o devido distanciamento entre os demais serviços especializados e dos bens de consumo incide no risco de generalizações que não se aplicariam a esta classe profissional pelo produto que entregam a sociedade estar diretamente relacionado com o cuidado com a vida e a saúde. Entretanto, cabe novamente destacar, conforme ainda adverte a autora supracitada, existe uma séria tensão deste monopólio pela reconhecida perda de autonomia de sua atuação, como a deterioração das condições de trabalho, somado o assalariamento crescente que provoca redefinições nas formas de inserção do médico e, conseqüentemente novas variedades de formas e vínculos de trabalho.

Um exemplo típico destas novas formas de trabalho é a consignação do espaço de atuação clínica, onde o profissional subloca uma sala já preparada com a vantagem de já encontrar uma estrutura de atendimento formada, talvez uma carteira de pacientes já ativa, ao custo de deixar em média 40% de seus rendimentos provenientes de consultas e procedimentos para o locador deste espaço. Na esfera pública o cenário também de precarização, aponta Machado, Oliveira e Moyses (2010) uma estimativa de precarização entre 20% a 30% dos profissionais inseridos no contexto de Saúde da Família, ocasionando insegurança na prestação do serviço, somada a alta rotatividade e dedicação.

Por meio das análises até então trazidas é permitido pincelar alguns movimentos de atração e distanciamento das semiosferas destacadas no presente estudo:

1. A relação entre os médicos está em íntimo conflito por forças de tradução das extrasferas de significado;
2. As redes sociais são não apenas uma resposta para a questão laboral, mas, também, uma condicionante da cultura de consumo;
3. O culto ao saudável força os profissionais de saúde a se tornarem protagonistas deste movimento;
4. A entrada performática destes profissionais aos mecanismos de redes sociais digitais, cria uma narrativa fantasiosa sobre a ciência médica e, porque não, de si mesmos;
5. A saúde, ampliando a questão de acesso para o bem-estar social, precisa ser analisada fortemente sob o ponto de mercado de consumo, já que produz desejos e mexe com o imaginário consumidor;
6. A realidade laboral do profissional, apesar das precarizações sinalizadas, pode ter nesta boca de cena digital, uma forma de sublimação para o mal-estar médico escondido na coxia e

colocado em cena por meio de um acirramento ainda maior no controle ético entre os profissionais;

7. O marketing médico, em última instância, para além de uma movimentação do mercado, é um sintoma sobre a (re)construção do médico no seu ideal de eu.
8. Questões relacionadas ao código de ética médica demandarão grande revisão nos próximos anos para atenuar seus limites no que diz respeito as restrições de publicidade médica – principalmente conforme aumentar a adesão de outros profissionais a estas ferramentas. Ou, caso não seja mudada a letra, pelo menos um abrandamento em seus mecanismos de investigação de condutas éticas neste sentido;
9. O signo do médico, da medicina quase eclesiástica nas boas ações, de certa forma enfraquece gradativamente. Se no serviço público, local onde a assistência se dá de maneira “mais altruísta” a precarização ocorre, os profissionais buscarão sempre especializações mais rentáveis e que, de certa forma, precisam dos predicados enunciados nos itens anteriores para encontrarem demanda de consumo;
10. A performance médica nas redes sociais, enquanto mecanismo de sublimação, parece nos sinalizar que ainda estamos diante do início deste fenômeno e, por isso, pode ser um novo agente para o aumento de problemas de ordem psicológica, haja visto que esta área é cercada desde seu ingresso pela alta competição e hierarquização.

A partir destes dez pontos sinalizados, cabe refletir ainda como este contexto afetará a estrutura de consumo para o mercado de saúde. A narrativa conduzida ao longo do trabalho diz que sim. Possivelmente o processo de atendimento médico deve, ao longo dos próximos anos, ser cada vez mais pautado no aspecto da experiência projetada. Se a saúde se tornou não apenas um direito, mas um objeto fetichizado, àqueles que conseguirem construir uma estrutura alinhada a tal terão melhor reconhecimento por parte do público consumido.

Muito embora, seja necessário fazer um recorte para esta previsão. Machado (1995) entende que os serviços de saúde, por terem especial valor para a sociedade, demandam proteção, atenção e controle do estado para que eles sejam entregues com presteza à sociedade. Possivelmente, então, este movimento condicione pressões legislativas no tocante de reestabelecer uma ordem para que a alienação do consumo fetichizado seja de certo modo compelida.

Outro ponto de reflexão final, em contraponto aos itens listados, é também trazido por Machado (1995) a diferença entre perfis de médicos conforme suas especializações. Para a autora existem três tipos de grupos sociológicos: os de formação cognitivas (clínica médica, pediátrica etc); as técnicas ou

de habilidades (especialidades cirúrgicas) e os intermediárias (cardiologia, gastroenterologia, etc). Estas classificações foram realizadas tendo como parâmetro o grau de envolvimento que este profissional estabelece com o paciente. Ou seja, nos grupos de formação cognitiva e nos intermediários estas mudanças de signo serão maiores que no grupo técnico ou de habilidades que demandam um contato menor com o paciente e, por isso, talvez vivenciem estes efeitos de maneira mais tardia – ou nem os vivenciem. Este é um ponto importante para não compreender essa massa enquanto um conjunto completamente uniforme, com os mesmos desafios e influências na cultura de consumo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Compreender a medicina enquanto objeto da cultura de consumo é um desafio devido as bases sólidas construídas para que o saber médico fosse não apenas pautado no rigor científico, mas, também, na retidão daqueles que tiveram o privilégio de exercê-lo. Aproximar universos tão distintos, na medida

que a saúde é um direito universal, já o consumo – por sua vez – carrega consigo questões econômicas típicas do modelo econômico capitalista, como a exclusão, a alienação, a fetichização, a crise, a obsolescência programada, do descarte, do excesso, entre outros predicados que retiram a imaculada imagem desta carreira é correr em terreno arenoso, pois poucos são os esforços de outros autores para tal.

O esforço deste trabalho não consiste na identificação clara de resposta, neste sentido, compreende-se o mérito na reflexão desta dualidade posta em cena: a medicina enquanto signo de alteridade e sensibilidade para o outro em contraposição aos anseios e movimentações de cenário partindo sob o ponto de vista metapsicinalítico da classe em eminente liquefação dos primeiros.

Quais mudanças enfrentarão estes profissionais em um futuro próximo? Como o Conselho Federal de Medicina se atentará a esses sinais? São novos indícios aos quais demandariam novos esforços de pesquisa. Por isso, nestes exemplos de questionamentos encontramos um novo mérito deste esforço de pesquisa: incentivar novos pesquisadores a compreender os desdobramentos deste cenário. Há mais a ser respondido que o evidenciado durante a concepção da pesquisa. Isto, evidentemente é um dos fatores limitantes que podem tanto correr na esteira esperada, ou seja, fomentar novas hipóteses e linhas de pesquisa, mas, também, frustrar quem já percorreu por estes caminhos iniciais problematizadores.

De todo modo, durante o trabalho, constata-se que esta ainda é uma discussão encapsulada em linhas de pesquisa muito limitadas. O esforço de chegar aos dez pontos destacados no Capítulo 4, mais que prognósticos, são caminhos de partida sugeridos para que essas novas investigações ocorram.

A interdisciplinaridade para o melhor entendimento deste objeto de pesquisa é fundamental, pois não se trata apenas de uma questão da bioética, ou do campo jurídico. Trazê-la para o universo do consumo, e da psicanálise, mesmo com as reconhecidas limitações de tempo e pesquisa na discussão de um trabalho monográfico, provaram-se efetivas enquanto dinamizador de novos pressupostos até então não levantados por estes campos supracitados. Da mesma forma, caso este assunto seja abordado em temas do consumo, o diálogo com essas outras áreas permanece fundamental.

## REFERENCIAL TEÓRICO

AMÉRICO, Ekaterina Vólkova. O conceito de fronteira na semiótica de Iúri Lotman. *Bakhtiniana*, São Paulo, v. 12, n. 1, 2017. p. 5-20.

ARKERAN, Marco; CONCHÃO, Silmara; HOTIMSKY, Sônia; BOARETTO, Roberta. carta ao editor Violência e intimidação na recepção aos calouros nas faculdades de medicina: ato que persiste ao longo do ano. *Revista brasileira de educação médica*, v. 34, n. 4, 2010. p. 627-628.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro, J. Zahar, 2001.

BUBER, Martin. **Eu e tu**. São Paulo, Centauro, 2001.

CASTELLS, Manuel. **A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura – A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999

CHEFFER, Mário (org). **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo, FMUSP, cremesp, CFM, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica CFM nº 2.217 de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Conselho Federal de medicina, 2019.

DEBORD, GUY. **A Sociedade do Espetáculo**. Rio de Janeiro, Contraponto, 1997.

DINIZ, Eduardo Henrique. Comércio eletrônico: fazendo negócios por meio da internet. *Revista de administração contemporânea*. v. 3, n. 1, 1999. p. 79-86

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. Muito barulho por nada? Uma análise do novo código de ética médica. *Revista de Direito Sanitário*, v. 12, n.1, 2011. p. 189-204.

FILHO, Lycurgo de castro Santos. Alguns aspectos da história da medicina brasileira. In: **Profissões de saúde** [livro eletrônico]: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

FOUCAULT, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. In: **medicina y história: el pensamiento de Michel Foucault**. Washignton D.C, OPAS/OMS, 1978.

FREUD, Sigmund. **Psicologia das massas e análise do eu e outros textos**. Tradução: Paulo César de Souza, São Paulo, Companhia das letras, 2011.

Freud, S. **O mal-Estar na civilização**. Rio de Janeiro, Imago, 1996a.

Freud, S. **Totem e tabu e outros trabalhos Civilização**. Rio de Janeiro, Imago, 1996b.

Garrafa, V. Reflexões Bioéticas Sobre Ciência, Saúde e Cidadania. *Revista Bioética*. v. 7, n. 1, 2009. P. 1-6.

GINZBURG, Carlo. **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história**. Tradução: Frederico Carotti. São Paulo, Companhia das letras, 1989.

GIRARD, Sabado Nicolau. O perfil do “emprego” em saúde no Brasil. *Caderno de saúde pública*. v. 2, n. 4. p. 423-439.

GOFFMAN, Erving. **Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face**. Tradução de Fábio Rodrigues Ribeiro da Silva. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011

GRACINO, m; ZITTA, A. L.L.; MANGILI, O.; MASSUDA, E. M. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110.2016. p. 244-263.

JOHN, Henry. **A revolução científica e as origens da ciência moderna**. Tradução: Maria Luiza X de A. Borges; Revisão técnica: Henrique Lins de Barros. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.

JÚNIOR, Edmilson de Almeida Barros. **Código de ética médica comentado e interpretado** – Resolução CFM nº 2.2217/2018. Timburi, Cia do Ebook, 2019.

KALLEBERG, A. L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.24, n.69, 2009, p.21-30.

KIM, W. Chan e MAUBORGNE, Renée. **A Estratégia Oceano Azul**: Como criar novos mercados e tornar a concorrência irrelevante. Lisboa, Actual Editora. 2008.

KOTLER, Philip. KELLER, Kevin L. **Administração de marketing**. Tradução: Sônia Midori. São Paulo, Pearson, 2012.

MACHADO, Irene. **Escola semiótica**: a experiência de Tártu-Moscou para o estudo da cultura. Cotia, Ateliê Editorial, 2003.

LIPOVETSKY, Gilles; SERROY, Jean. **A estetização do mundo**: viver na era do capitalismo artista. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

LOVELOCK, C.; WIRTZ, J. **Marketing de serviços**: pessoas, tecnologia e resultados. São Paulo, Person Prentice Hall, 2006.

MACHADO, Irene. Concepção sistêmica do mundo: vieses do círculo intelectual bakhtiniano e da escola semiótica da cultura. São Paulo, *Bakhtiniana*, v. 8, n. 2, 2013. p. 136-156.

MACHADO, Maria Helena (org). **Profissões de saúde** [livro eletrônico]: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

MACHADO, Maria Helena (cord.). **Os médicos no Brasil** [Livro eletrônico]: um retrato da realidade. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1998.

MACHADO, M. H.; CAMPOS, Francisco Eduardo ; GIRARDI, S. N. . Fixação de Profissionais de Saúde em Regiões de Necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 01, 2009. p. 13-24

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane dos Santos; MOYSES, Neuza Maria Nogueira. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PESQUISAS EM RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, I, Rio de Janeiro, 2010. p. 1-11.

MAPELLI, Giovanna. Actividades de imagem en las páginas facebook de pediatras españoles: el caso “Lucia, mi pediatra”. *Sociocultural pragmatics*. V, 7, n.1, 2019. p.43-69.

MARTORELL, Leandro Brambilla. Uso de mídias sociais: um caso de urgência e emergência para profissionais de saúde. *Revista brasileira de odontologia legal*. v. 4, n.1, 2017. p. 122-130.

MCLUHAN, Marshall. **Os meios de comunicação com extensões do homem**. São Paulo: Cultrix, 1964.

MAZZOLA, Renan Belmonte. **Discurso e imagem**: transformações do cânone visual nas mídias digitais, 2014. 145 f. Tese (Dissertação em linguística e língua portuguesa). Faculdade de Ciências e Letras, Unesp, Araraquara, 2014.

MONTE, Fernando Q. Ética médica: evolução história e conceitos. *Revista Bioética*, v, 17, n. 3, 2009. p. 407-428.

NEVES, Raúny; CARVALHO, Maria; OLIVEIRA, Henrique; SCHROER, Rodrigo; MORALES, Larissa; VEIDZ, Felipe. Trote solidário. In: Seminário de extensão universitária da região sul, 37, Florianópolis, *Anais...*, 2019. p. 1-6.

NIKIPHOROU, Elena; BERENBAUM, Francis. Patient-physician interaction on social media: the physician point of view. *European medical journal*. v. 2, n.1, 2018. p.40-42

PANAHI, Siriuos; WATSON, Jason; PARTRIDGE, Helen. Social media and physicians: exploring benefits and challenges. *Health informatics journal*, v. 22, n.6, 2016.

QUALMAN, Erik. **Socialnomics: Como as Mídias Sociais Estão Transformando a Forma Como Vivemos e Fazemos Negócios**. Rio de Janeiro, Saraiva, 2011.

RACT, Ana Luiza Pereira; MAIA, José Antonio. Reflexão sobre quatro versões do código de ética do estudante de medicina. *Revista Bioética*, v. 20, n. 3, 2012. pp. 502-506

RAMOS, Carlos Eduardo; SOUSA, Caobe Lucas Rodrigues. A persistência do trote universitário e da violência no contexto educacional. *Inter-ação*, v. 43, n. 2, 2018. p. 393-4011.

REGO, Sérgio. O processo de socialização profissional na medicina. In: **Profissões de saúde** [livro eletrônico]: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

RIBEIRO, José M. Arranjos neocorporativos e defesa de interesses dos médicos. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, 1993. pp. 05-20.

RIBEIRO, R. J. O trote como sintoma: a dor de lidar com a dor alheia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*.v.3, n.5, 1999, p. 153-160.

RIBEIRO, Lucas Gaspar; JURUENA, Mário Francisco. Médicos, indústria farmacêutica e propaganda: que relação é essa?. *Saúde & Transformação social*. v. 4, n.1, 2013.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. **Dicionário de psicanálise**. Tradução: Vera Ribeiro, Lucy Magalhães. Rio de Janeiro, Zahar, 1998.

SAUSSURE, Ferdinand. **Curso de linguística geral**. Tradução: Antônio Chelini, José Paulo Paes, Isidoro Blikstein. São Paulo, Cultrix, 2006.

SANTOS, Pedro Miguel dos. Profissão médica no Brasil. In: **Profissões de saúde** [livro eletrônico]: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

SANTAELLA, Lúcia. **O que é semiótica**. São Paulo, Brasiliense, 1983

SANTAELLA, Lúcia. **Redes sociais digitais: a cognição conectiva do Twitter**. São Paulo: Paulus, 2010.

SCORSOLINI-CONIN, Fábio; SANTOS, Manoel Antônio dos. Bakhtin e os processos de desenvolvimento humano. *Revista brasileira Crescimento humano*. v. 20, n. 3, 2010. p. 745-756.

SIBILIA, Paula. **O show do eu: a intimidade como espetáculo**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2008.

SIBILIA, Paula. Autenticidade e performance: a construção de si como personagem visível. *Revista fronteiras – estudos midiáticos*, v. 17, n. 3, 2015.

SOARES, Francisco José Passos; SHIMIZU, Helena Eri; GARRAFA, Volnei. Código de ética médico brasileiro: limites deontológicos e bioéticos. *Revista Bioética*, v. 27, n.2, 2017. p. 244-254.

SOUZA, Livia Silvia de; TRINDADE, Eneus; SOUSA, Rafael Covanzi de. Tendências do consumo midiático: #taeq e as táticas da saudabilidade em circulação na rede. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, XXXIX, 2016, São Paulo.

TOMMASINO, Kimiye; JEOLÁS, Leila Sollberguer. O trote como um ritual de passagem: o universal e o particular. *Revistas mediações*, v. 5, n 2, 2000. p. 29-49.

VEGINI, Neusa Maria Kuester; RAMOS, Flávia Regina Souza; FINKLER, Mirelle. Representações sociais do trote universitário: uma reflexão ética necessária. *Texto & Contexto enfermagem*. v. 28. 2019. p. 1-14.

VELHO, Ana Paula Machado. A Semiótica da cultura: apontamentos para uma metodologia de análise da comunicação. *Rev. Estud. Comun.* Curitiba, v. 10, n. 23, 2009. p. 249-257.

ZUIN, Antônio Álvares Soares. O trote universitário como violência espetacular. *Educação e Realidade*, v. 36, 2011. p. 587-604.