



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS**  
**CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO**

**ELISÂNGELA DE JESUS FURTADO DA SILVA**

**ENSAIO SOBRE O *ETHOS* PROFISSIONAL DE MÉDICOS EM SAÚDE  
PÚBLICA**

**Belo Horizonte**  
**2016**

ELISÂNGELA DE JESUS FURTADO DA SILVA

**ENSAIO SOBRE O *ETHOS* PROFISSIONAL DE MÉDICOS EM SAÚDE  
PUBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão Estratégica (Pós-Graduação Lato Sensu) do CEPEAD/CAD/FACE da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Especialista em Gestão Estratégica de Recursos Humanos.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a banca examinadora em 13 de dezembro de 2016.

Orientador: Luiz Alex Silva Saraiva

**Belo Horizonte  
2016**

Ficha catalográfica

S856e  
2016

Silva, Elisângela de Jesus Furtado da.  
Ensaio sobre o Ethos profissional de médicos em saúde pública  
[manuscrito] / Elisângela de Jesus Furtado da Silva. – 2016.  
42 f.

Orientador: Luiz Alex Silva Saraiva.  
Monografia (especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais,  
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.  
Inclui bibliografia.

1. Administração. I. Saraiva, Luiz Alex Silva. II. Universidade Federal de  
Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. IV.  
Título.

CDD: 658



**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Faculdade de Ciências Econômicas**  
**Departamento de Ciências Administrativas**  
**Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração**  
**Curso de Especialização em Gestão Estratégica**

ATA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO da Senhora **ELISANGELA DE JESUS FURTADO DA SILVA**, REGISTRO Nº **2015698587**. No dia 13/12/2016 às 17:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Gestão Estratégica - CEGE, para julgar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "**ENSAIOS SOBRE O ETHOS PROFESSIONAL DE MÉDICOS EM SAÚDE PÚBLICA**", requisito para a obtenção do **Título de Especialista**. Abrindo a sessão, o orientador e Presidente da Comissão, Professor Luiz Alex Silva Saraiva, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares de apresentação do TCC, passou a palavra à aluna para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, seguido das respostas da aluna. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da aluna e do público, para avaliação do TCC, que foi considerado:

APROVADO

APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA - PRAZO MÁXIMO DE 60 (SESSENTA) DIAS

NÃO APROVADO

82 pontos ( oitenta e dois ). (trabalhos com nota maior ou igual a 60 serão considerados aprovados)

O resultado final foi comunicado publicamente à aluna pelo orientador e Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 13/12/2016.

Prof. Luiz Alex Silva Saraiva  
(Orientador)

Profa. Fabiane Louise Bitencourt Pinto

## RESUMO

O presente ensaio buscou problematizar o *ethos* profissional de médicos na rede de saúde pública em Belo Horizonte. O foco nos médicos possui relação com a implicação dos mesmos com os serviços curativos, esses que representam maior custo de manutenção dentre os demais ofertados pela saúde pública. O modelo de assistência à saúde adotado pelo Estado para prover o direito a saúde possui princípios e diretrizes que norteiam a conduta tanto de gestores quanto de trabalhadores. A oferta de serviços públicos deve ocorrer, considerando os indivíduos, de forma universal, equânime e integral o que indica um ideal que norteia todo o sistema. Ocorre que entre a formulação de políticas públicas e a efetividade de sua implementação existe um abismo de possibilidades, no qual se insere a autonomia, os costumes e as crenças dos profissionais e que norteiam suas decisões e práticas no trabalho. A análise teórica demonstra que a medicina é uma profissão singular por diversas razões, e que possui um lugar privilegiado se comparada com as demais profissões que atuam no campo da saúde. O *ethos* profissional dos médicos é fruto de uma construção social, numa relação dual em que médicos reivindicam para si poder e dominação e a sociedade que legitima essa dominação. Esses profissionais compartilham determinadas crenças, costumes, alguns que se perpetuam ao longo dos anos e que influenciam a forma como se vestem, como compartilham informações. Todos esses elementos em conjunto colaboram para que médicos se reconheçam ao mesmo tempo em que se diferenciam de outros profissionais, mesmo os que pertençam ao campo da saúde em atividades próximas à medicina. O *ethos* médico, portanto, não diz respeito a um padrão ético, entendido como código considerado o ideal da prática e usado como norteador da tomada de decisão. Antes, porém, *ethos* diz respeito à aspectos reais, em detrimento dos ideais. A confusão entre essas duas dimensões, a ética e o *ethos*, pode levar a romantização da prática profissional, ao preço da miopia analítica. Observar o processo histórico de formação de médicos evidencia algumas características fortes, tais como o tradicionalismo, as relações de poder e dominação, o prestígio social, o apelo vocacional como desejo humanitário, além do perfil dos profissionais apresentar traços elitistas. A compreensão do *ethos* profissional pode colaborar na análise das implicações de mudanças tanto no campo da saúde quanto do currículo da medicina. De forma geral, o *ethos* profissional é um importante meio para compreender crenças, costumes e comportamentos compartilhados no interior das profissões.

## **ABSTRACT**

This essay sought to problematize the professional ethos of physicians in the public health network in Belo Horizonte. The focus on doctors is related to their implication with curative services, which represent the highest maintenance cost among the others offered by public health. The health care model adopted by the State to provide the right to health has principles and guidelines that guide the conduct of both managers and workers. The provision of public services must occur, considering individuals, universally, equitably and integrally, which indicates an ideal that guides the whole system. It happens that between the formulation of public policies and the effectiveness of their implementation there is a gulf of possibilities, which is part of the autonomy, customs and beliefs of professionals and which guide their decisions and practices at work. The theoretical analysis shows that medicine is a unique profession for several reasons, and has a privileged place compared to other professions working in the health field. The professional ethos of doctors is the result of a social construction, in a dual relationship in which doctors claim for themselves power and domination and the society that legitimizes this domination. These professionals share certain beliefs, customs, some that perpetuate themselves over the years and influence how they dress, how they share information. All of these elements together help doctors to recognize each other while differentiating themselves from other professionals, even those in the health field in activities close to medicine. The medical ethos, therefore, does not concern an ethical standard, understood as a code considered the ideal of practice and used as a guide for decision making. First, however, ethos concerns the real aspects rather than the ideals. The confusion between these two dimensions, ethics and ethos, can lead to romanticization of professional practice at the price of analytical myopia. Observing the historical process of medical education highlights some strong characteristics, such as traditionalism, power and domination relations, social prestige, vocational appeal as a humanitarian desire, and the profile of professionals presenting elitist traits. Understanding the professional ethos can contribute to the analysis of the implications of changes in both the health field and the medical curriculum. In general, professional ethos is an important means of understanding shared beliefs, customs, and behaviors within professions.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>1.2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>8</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1 ETHOS COMO ELEMENTO CULTURAL</b> .....	<b>12</b>
<b>2.2 PROFISSÃO: LUGAR DE ETHOS</b> .....	<b>19</b>
<b>2.3 A MEDICINA COMO PROFISSÃO, ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O CAMPO</b> .....	<b>24</b>
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A cultura é um campo revelador ao demonstrar que as pessoas apresentam características singulares próprias de um grupo. Ela também é capaz de evidenciar as particularidades próprias de uma sociedade, já que cada uma apresenta um sistema fechado de características através das quais se torna possível diferenciar uma das outras (BAUMAN, 2012).

Dito isso, há de se compreender que a cultura está presente em todos os lugares, inclusive no trabalho, de onde emergem interessantes conceitos, com o do *ethos* profissional (LARAIA, 2009). *Ethos* pode ser entendido como sendo um arcabouço composto de elementos comuns a uma coletividade, de modo que determinados sujeitos possam se diferenciar dentre os demais, através da observação das características únicas e singulares pertencentes aos mesmos (MAIA, 2008). Esses elementos são dinâmicos no sentido de serem contingenciados pelo contexto histórico, social e cultural.

Entender qual a orientação que sustenta a decisões de um profissional em sua atividade demanda muito mais do que estar a par dos elementos expressos que constituem a formação profissional específica do mesmo. Na prática, o profissional se utilizará de vários meios para tomar decisões. Considerando-se que há sempre uma margem de flexibilidade para a tomada de decisão, o profissional se utiliza de vários recursos para se orientar e um deles diz respeito ao seu *ethos* profissional.

Um das possibilidades de se ilustrar o *ethos* profissional é a observação das diferentes percepções sobre uma mulher sendo atendida em um parto. Ela poderá ser atendida por um médico (a) obstetra ou um enfermeiro (a) obstétrico (a) se estiver em um hospital. De acordo com a visão do (a) médico (a), o mesmo é responsável por fazer o parto, já o (a) segundo (a), assiste o parto. Os dois agentes buscam ofertar segurança, o máximo de conforto e suporte para que mãe e bebê possam passar por esse processo da melhor forma possível, mas o meio que utilizam para isso difere totalmente. Essa diferença de conduta pode ser própria e coerente com o contexto em que o profissional esteja alocado (MAIA, 2008). Se existem diferentes visões sobre um mesmo processo de atendimento, comparando-se profissionais distintos, o mesmo pode ocorrer com profissões idênticas que atuam no contexto privado ou público.

Em se tratando de saúde privada, essa funciona através da lógica capitalista, no qual a oferta de serviços de saúde são um meio de acumulação para os proprietários e logo, busca resultados financeiros sempre crescentes. Toda as decisões terão como pano de fundo essa racionalidade, ou seja, os serviços serão pautados na eficiência produtiva, sendo que a busca de elementos que agreguem valor será constante. Porém, essa orientação precisa de um limite ético na saúde, sendo que há estudos afirmando que médicos que detém determinados equipamentos de exames, solicitam estes sete vezes a mais dos que não dispõe do recurso (SULTZ, 1991).

A saúde pública possui um *modus operandi* próprio de funcionamento, que se distingue do setor privado. No Brasil, O Sistema Único de Saúde possui princípios que orientam a formação de todas as políticas públicas de saúde, além da conduta dos agentes públicos, sendo eles: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social (BRASIL, 1990, p. 4-5). Por esse motivo, o *ethos* dos profissionais no contexto da saúde pública pode diferir dos que estão no ambiente privado.

Entretanto, as diferenças entre o setor público e privado podem não ser tão profundas. Algumas pesquisas têm evidenciado a influência do mercado no ambiente público como, por exemplo, o expressivo crescimento do número de cesarianas feitas nos últimos 40 anos, passando de 15% em 1970, para 31% em 1980 no Brasil (PERPÉTUO, BESSA e FONSECA, 1998). A saúde privada apresenta dados bem mais alarmantes, sendo observados atualmente um índice de 80% de cesarianas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014) enquanto na rede própria do SUS o índice é de 40% (BRASIL, 2015). Existe uma orientação emitida pela Organização Mundial de Saúde que recomenda uma taxa de até 15% para esse tipo de procedimento (WHO, 2010). A institucionalização do parto envolve alta complexidade tecnológica, muitos profissionais além de uma infinidade de insumos farmacoterapêuticos.

No setor privado a saúde é um serviço ofertado por meio de uma assistência que reage aos problemas apresentados por cada sujeito. Já no setor público, as questões de saúde são tratadas na dimensão coletiva buscando-se a atuação no fato gerador dos problemas de saúde preferencialmente antes que estes ocorram. Por isso, a saúde pública possui grande responsabilidade e relevância social, mas tão grande quanto sua responsabilidade, são os desafios em termos de planejamento e duração das políticas públicas no longo prazo.

Com relação aos desafios, a ética pode ser considerada o ensejo de todos os problemas pertinentes a pauta da saúde pública no Brasil. Segundo Cislighi, Teixeira e Souza (2011) a dificuldade na universalização do acesso e a qualidade do serviço são problemas que têm em sua origem, não a carência de recursos, mas sim a gestão. Os novos modelos de gestão adotados significaram na realidade, uma transferência do patrimônio do SUS para a iniciativa privada, atitude coerente com a lógica mercadológica neoliberal. Tal situação se materializa na modificação de hospitais públicos em organizações de direito privado, a criação de entidades privadas paralelas, como as fundações, a terceirização, a adoção de incentivos financeiros para servidores, como prêmio por produtividade entre outros.

### **1.1 Problema de Pesquisa**

O presente ensaio busca problematizar o *ethos* profissional de médicos na rede de saúde pública em Belo Horizonte através da análise do plano de cargos e salários dos servidores da saúde. Para tanto, definiu-se como objetivo geral abordar o *ethos* de médicos que trabalham em centros de saúde de Belo Horizonte. Os objetivos específicos dizem respeito a conceituar o *ethos*, compreender a relação entre *ethos* e profissão além de esboçar aspectos relativos à médicos que atuam na capital mineira em centros de saúde.

### **1.2 Justificativa**

O modelo de saúde adotado pelo Estado para prover o direito a saúde possui princípios e diretrizes que norteiam a conduta tanto de gestores quanto de trabalhadores. Ocorre que entre a formulação de políticas públicas e a efetividade de sua implementação existe um abismo de possibilidades. As discussões éticas apontam que muito pode ser explicado ao se entender quais são os costumes, hábitos e crenças dos profissionais que atuam no sistema, responsáveis diretos pela execução das normas e parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde. A divergência entre as diretrizes, princípios centrais e o *ethos*

profissional pode acarretar a disfunção das políticas públicas de saúde. Daí a relevância do estudo deste tema no contexto da saúde pública.

O estudo do *ethos* profissional pode ajudar a compreender quais são os possíveis princípios e crenças compartilhados pelos médicos em saúde pública e isso é fundamental para se perceber a aderência ou resistência à lógica existente no serviço público de saúde. Essa questão tomou tamanha importância que foi a responsável pela mudança do currículo acadêmico para a formação de médicos (OLIVEIRA *et al*, 2008).

As discussões a respeito da humanização da assistência estão diretamente ligadas ao perfil dos profissionais e isso pode ser observado no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2001, p.14) sendo que capacitar os profissionais para um novo conceito de assistência à saúde que privilegie a vida humana e a cidadania é um dos objetivos. O intuito do programa é criar uma nova cultura na saúde pública, de modo que a oferta de serviços ocorra de forma humanizada, solidária e principalmente ética.

Mudar a estrutura curricular para a formação desses profissionais foi um grande passo no sentido de propiciar ao futuro médico disciplinas preocupadas com a dimensão social, toda via, não seria suficiente pois o conhecimento acadêmico não é a única fonte de formação do perfil profissional. As relações dos profissionais entre si, com os pacientes, com suas famílias e com o restante da sociedade fornecem elementos que irão influenciar no modo que pensam e agem. Dessa forma, sendo o *ethos* profissional constituído pelas características tácitas ligadas a uma determinada profissão. O estudo do *ethos* profissional pode ajudar a compreender quais são os possíveis princípios e crenças compartilhados pelos profissionais e o modo como vivem e experimentam a existência a partir do seu fazer aplicado.

O fruto da análise proposta no presente ensaio poderá contribuir para conhecimento e construção do perfil apresentado na atualidade pelos médicos que atuam em saúde pública. Os resultados do estudo podem agregar a discussão acerca da humanização da saúde, a análise do saber e como fazer de médicos, questões relativas ao prazer e sofrimento no trabalho além de questões institucionais como plano de cargos e salários.

O médico como figura central possui relação com a implicação do mesmo com os serviços curativos, esses que representam maior custo de manutenção dentre os demais ofertados. Este profissional reúne grande poder decisório sobre as condutas e procedimentos que devem ser adotados em pacientes.

A medicina é a mais tradicional das profissões na área da saúde, e talvez por isso, uma das mais resistentes a mudança no setor. Amoretti (2005) aborda várias características tidas por ele como predominantes em médicos de um modo geral e que evidenciam traços individualistas, positivistas, alta especialização, baixo interesse em trabalho em grupo além de críticos ao Sistema Único de Saúde.

A situação descrita por Amoretti pode ter relação com as discussões acerca da formação acadêmica dos médicos. Essas discussões resultaram na recente mudança do currículo da medicina, uma medida que visa adequar os profissionais formados às demandas da sociedade brasileira. A UFMG está entre as instituições que realizaram a mudança. De acordo com informações da própria universidade:

Há certo grau de consenso a respeito da existência de uma crise da saúde no mundo ocidental. Crise da saúde, crise da saúde pública, crise do papel da medicina dentro do contexto saúde/doença, crise das relações entre os médicos, outros profissionais e a população, crise na formação dos profissionais de saúde. Mais do que nunca, é essencial que as instituições de ensino trabalhem, articulando ensino, pesquisa e extensão, para a formação integral do estudante de Medicina, com competência técnica, atitude ética e humanista, que seja ao mesmo tempo um profissional criativo, com senso de responsabilidade social e cidadania, preparado para enfrentar desafios (UFMG, 2014).

As alterações feitas no ensino da medicina não são uma ocorrência isolada. Em 2003 foi implementada a Política Nacional de Humanização do SUS, que visa operacionalizar os princípios e diretrizes do sistema cotidiano dos serviços de saúde, de modo que o gerir e cuidar possam ser transformados positivamente (BRASIL, 2013b).

Tal política agrega uma série de inovações no que se refere ao cuidado com o paciente, como a Clínica Ampliada ou Compartilhada, que consiste em uma ferramenta conceitual que possibilita uma abordagem ampliada do adoecimento e sofrimento, onde são consideradas as particularidades das pessoas e toda a complexidade do processo de saúde e doença (UCHOA; ROSEMBERG, PORTO, 2002). A atenção ao usuário ocorre de forma multidisciplinar e as decisões sobre o tratamento são compartilhadas e comprometidas com a autonomia e a saúde do mesmo.

Esta ferramenta denuncia a intensa fragmentação observada na assistência à saúde e evidencia a intenção de mudança na lógica de atendimento no serviço público. O processo de fragmentação está presente em diversos campos como na formação profissional dividida em diversas disciplinas, no conhecimento científico que se divide em abordagem objetiva e abordagem sistêmica. Pode ainda estar presente nas estratégias

de intervenção que possibilitem ações de promoção e prevenção considerando o vasto território e a complexidade do mesmo (UCHOA; ROSEMBERG, PORTO, 2002).

Outro tipo de fragmentação diz respeito a atenção a pessoa por um determinado profissional de saúde. Na atualidade, não é raro que um dentista somente dê atenção aos dentes, o médico às queixas, nutricionistas à dieta dentre outros tantos exemplos. O cuidado em saúde na visão proposta é que todos os profissionais possam perceber e escutar o usuário em sua totalidade enquanto ser humano já que não se constitui apenas por órgãos. Buscar alternativas que possam se traduzir em qualidade de vida para os usuários implica que as queixas sejam tratadas dentro do contexto social em que a pessoa se encontra, levando em consideração a condição social, psicológica e econômica, ou seja, de forma holística.

Pelo exposto, o estudo do *ethos* dos médicos no contexto da saúde pública demonstra-se como um tema pertinente, pois é possível observar diversas e profundas transformações que juntas, sinalizam que algo com relação ao exercício profissional dos médicos precisa ser analisado. Conhecer o *ethos* dos médicos pode revelar se e o quanto as mudanças realizadas, as discussões sobre a prática médica e as políticas públicas estão sendo efetivas no sentido de contribuírem para a formação de profissionais mais comprometidos com a saúde e o bem-estar das pessoas e não somente com a cura de doenças. A análise também pode contribuir para os estudos de questões psicológicas ligadas ao exercício da profissão.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta sessão está apresentado os principais apontamentos teóricos a respeito do assunto, do tema e do objeto que irão oferecer suporte à monografia proposta. Em primeiro plano, está descrito o conceito de *ethos* enquanto elemento cultural, sendo que Max Weber (1967) e Laraia (2009) foram autores fundamentais para o desenvolvimento deste tópico.

O segundo tópico abordado evidencia a presença no *ethos* nas profissões e a principal contribuição usada no presente estudo é de Henry Mintzberg. É considerado um dos grandes teóricos da Administração, tendo realizado trabalhos na área de estratégia e gerencia, esta última explorada no presente trabalho para abordar o *ethos* profissional.

O derradeiro tópico descreve alguns dos principais aspectos referentes a medicina enquanto profissão. Trata-se de uma atividade extremamente tradicional. Procurou-se apresentar o desenvolvimento histórico além de visões contemporâneas a respeito da prática médica.

### 2.1 *Ethos* como elemento cultural

A busca por entender, explicar e até prever fenômenos da vida social passa por uma via repleta de grandes expectativas, frustrações e principalmente modismos. Algumas concepções emergem como verdadeiras tábuas da salvação, tamanha a crença de seu poder de explicação e generalização, o que possibilitaria a aplicação das mesmas em diversas questões essenciais da sociedade. A euforia causada por novas inferências no campo acadêmico é marcada por intensa aplicação de alguns conceitos, como se fossem verdades absolutas capazes de resolver qualquer problema.

Após a exaustiva utilização da ideia que é caracterizada pelos modismos, as expectativas tornam-se mais modestas, os conceitos novos perdem a popularidade inicial e passam a compor o rol de teorias existente na ciência. Sua aplicação começa a se dar de forma específica e não mais genérica. Assim Geertz (1989) descreve o surgimento da ideia de cultura.

Falando de cultura, a obra *Primitive Culture* do antropólogo britânico Edward B. Tylor é considerada uma das mais importantes. Tylor acreditava que cultura, a partir da perspectiva etnográfica, se refere a um todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelos sujeitos como membros de uma sociedade (Tylor, 1871).

Essa definição é muito utilizada para se explicar o que é cultura, pois se refere a toda possibilidade humana, mas exatamente por ser tão genérica, seu poder de explicação é considerado pobre. Geertz (2008) não chega a discordar desse pensamento, mas afirmou que já se estava em tal nível de reflexão a respeito de cultura que a ideia de Tylor mais confundia do que esclarecia. O autor considerou o trabalho de Clyde Kluckhohn como um dos melhores à introdução da antropologia.

Pode-se inferir que a ideia vaga de Tylor possui uma razão de ser no próprio termo de cultura. Kroeber e Kluckhohn realizaram um estudo profundo em 1952 que descreve 167 definições diferentes para cultura. A pesquisa dividiu as compreensões acerca do tema em sete grupos distintos, começando pela corrente descritiva, histórica, normativa, psicológica, estrutural, genética e por último as definições incompletas. Tantas compreensões diferentes a respeito de um único conceito dimensionam a dificuldade de se chegar a um consenso. Longe de se esgotar as possibilidades, a seguir são apresentadas algumas concepções que contribuem na discussão sobre a cultura.

Ralph Linton, em seu trabalho também publicado em 1952, definiu cultura como sendo a maneira de viver de uma sociedade, ou seja, trata-se de um conjunto de comportamentos comuns. Justamente por sua concepção comportamental, ele acredita que esse conjunto compartilhado seria o padrão cultural existente. Agir conforme os estereótipos existentes de cultura seria determinante para a aceitação de uma pessoa pelas demais na sociedade (LINTON, 1952).

Kluckhohn (1972, p. 28) considerou que, sob a visão antropológica, cultura pode ser entendida como “a vida total de um povo, a herança social que o indivíduo adquire de seu grupo”. Ele afirma ainda que o ser humano possui a particularidade de buscar compreender a si mesmo e seu comportamento é movido por uma busca infundável de porquês. O autor acredita que uma parcela considerável do comportamento humano pode ser compreendida e até prevista, dada a análise do sistema de vida de uma sociedade

(KLUCKHOHN, 1972, p. 29). Talvez a grande questão do autor é restringir a cultura a natureza humana, em uma noção determinística.

Para Franz Boas, um dos pioneiros dos estudos em antropologia a herança não chega a ser o fator mais importante em se tratando de cultura. Embora os primeiros estudiosos concentraram seus esforços em criar relação sinônima entre cultura e história, essa compreensão não consegue explicar porque povos de lugares totalmente diferentes no mundo apresentavam identidades ou culturas similares, o que descarta a necessidade de conexão histórica. Seu argumento é que “quando encontramos traços de cultura singulares análogos entre povos distantes, pressupõe-se, não que tenha havido uma fonte histórica comum, mas que eles se originaram independentemente” (BOAS, 2005).

Quanto aos elementos hereditários, estes somente possuem valor cultural se guardam significação social, como por exemplo, a impressão da marca de uma determinada linhagem na cultura geral (BOAS, 2005). Essa concepção acrescenta que o fenômeno cultural possui certa autonomia, recusando o determinismo do *continuum* simples-complexo tão aclamado pelas teorias ortogenéticas e que fomentaram o desenvolvimento de comportamentos racistas. Aliás, Boas possui diversos trabalhos de importante contribuição ao tema antirracismo.

Ainda de acordo com Boas, existem um conjunto de ideias fundamentais ou universais, e que seu desenvolvimento é condicionado por fatores ambientais e fatores psicológicos, essas duas variáveis seriam as responsáveis por culturas similares, mas não idênticas, dadas as particularidades de cada sociedade (BOAS, 2005).

Para Geertz (2008) a cultura trata de forma essencial sobre a capacidade humana de criar significado para tudo ao redor. Ele, assim como Weber, acredita que o sujeito esteja preso a teias de significado tecidas por ele próprio. Essas teias de significado representam a cultura e sua análise deve ser interpretativa.

Outra visão afirma que cultura diz respeito ao conjunto de informações que as pessoas devem saber ou acreditar de forma aceitável pelos demais membros da sociedade. Tal conceito pertence a Goodenough, tido por Geertz como *locus classicus* da noção objetiva de cultura, enquanto Kluckhohn como representante da abordagem excessivamente subjetiva (GEERTS, 2008).

Sujeitos de diferentes culturas podem ser identificados por características que lhe são próprias, tais como vestuário, alimentação, costumes e língua (LARAIA, 2009). Ainda que as pessoas possuam corpos de constituição semelhante, a forma como deles se utilizam está intimamente ligada com a reprodução de padrões culturais dos grupos aos quais pertencem (LARAIA, 2009). Essa observação de Laraia é interessante porque explica como é possível diferenciar ou associar pessoas a grupos distintos através dos elementos culturais.

White introduz a questão simbólica como elemento primordial para a existência da cultura. Nas palavras do próprio ao definir a faculdade humana de “simbologizar” como “a capacidade de originar, definir e atribuir significados, de forma livre e arbitrária a coisas e a acontecimentos no mundo externo bem como de compreender significados” (WHITE; DILLINGHAM, 2009, p. 9). Ele defende que esta capacidade é a responsável por diferenciar as pessoas dos animais. A organização humana ocorre através da cultura, enquanto que para os animais a biologia é decisiva.

Se a cultura se constitui de símbolos, seu estudo se dá por meio da interpretação dos mesmos. Nesse ponto há convergência entre White e Geertz, sendo que este último desenvolveu a antropologia interpretativa. Ele acredita que as pessoas nascem preparadas para receber qualquer programa, este último entendido pelo autor como sendo a cultura (GEERTZ;1989).

Para interpretar a cultura, Geertz sugere que se inicie tomando-a:

...não como complexos de padrões concretos de comportamento – costumes, usos, tradições, feixes de hábitos -, como tem sido o caso até agora, mas como um conjunto de mecanismos de controle – planos, receitas, regras, instruções (o que os engenheiros de computação chamam “programas” – para governar o comportamento. (GEERTZ;1989, p. 56).

Por um lado, a cultura governa o comportamento através de mecanismos simbólicos e por outro lado, o ser humano procura desesperadamente por ferramentas de controle, para ordenar seu comportamento (GEERTZ;1989).

Bauman aborda a cultura sob três óticas essenciais, sendo a cultura como conceito hierárquico, diferencial e genérica. A noção conceitual hierárquica de cultura prega que a mesma é uma propriedade que pode ser obtida, transformada e moldada, a partir da compreensão que é parte dissociável do ser humano (BAUMAN, 2012).

Já o segundo conceito defendido pelo autor, o diferencial, revela a capacidade de a cultura evidenciar as particularidades entre as sociedades, já que as mesmas apresentam um sistema fechado de características através das quais se torna possível diferenciar umas das outras. Esse conjunto de características é dotado de significados próprios que são compartilhados entre os sujeitos (BAUMAN, 2012, p. 71). Por fim a terceira visão, entende a cultura como sendo algo pertinente a atividade humana como um todo: Dessa forma, esse entendimento lida com os fatores que unem a espécie humana a diferindo de todos os demais seres (BAUMAN, 2012, p. 89).

Neste ponto da discussão, propõe-se um recorte ao tema apresentado. Vistas as características da cultura e sua relação com o ser humano, agora concentra-se a atenção ao fenômeno denominado *ethos*.

Retomando a questão simbólica da cultura, Geertz (2008) associa elementos semelhantes aos de Laraia para descrever o que significa *ethos*. Esse termo resume os aspectos morais e estéticos de uma certa cultura. Dessa forma o “*ethos* de um povo é o tom, o caráter, e a qualidade de sua vida, seu estilo moral e estético, e sua disposição é a atitude subjacente em relação a ele mesmo e ao seu mundo que a vida reflete”.

No campo da sociologia, Weber (1967) entende o *ethos* como sendo um arranjo normativo introjetado, um conjunto de valores parcialmente estruturados que regulam a conduta cotidiana. O autor difere *ethos* e ética ao dizer que esta última etimologicamente refere-se a dogmas morais. A conceituação do termo é abstrata pois estão implicados indicadores de diversos campos como o econômico, religioso e moral. Esta noção foi aplicada ao puritanismo em que as pessoas foram socializadas em suas ações e atitudes em relação ao trabalho, à riqueza, ao consumo e as relações com os outros, *ethos* esse totalmente estranho às economias pré-capitalistas.

Ao explicar a associação entre religião e economia, Weber (1967) parte da implicação individual na constituição do *ethos*, sendo que este funciona como um mecanismo independente para a conduta econômica dos sujeitos. Seu argumento é sustentado ao descrever que a experiência capitalista na China, Índia, Babilônia e Idade Média não foi exitosa em comparação com a experiência capitalista ocidental justamente por faltar àquelas, um *ethos* próprio que propiciasse em determinado momento histórico o desenvolvimento do capitalismo.

Ao observar as orientações de personalidades influentes à época sobre como lidar com o dinheiro, Weber (1967) percebe que não se trata de simples estratégias sendo aplicadas a um meio de subsídio a vida, mas de uma filosofia particular. Sofrer perda de capital não é uma considerada tolice, mas sim uma infração do dever, um pecado. Pela lógica capitalista, a acumulação deve orientar todas as decisões futuras, em qualquer esfera da vida do sujeito.

Benjamin Franklin é evocado por Weber (1967) para traduzir a essência capitalista. Em suas obras, Franklin instrumentaliza o conceito de virtudes, como a honestidade, a pontualidade, a modéstia e a honestidade ao condicionar o uso e intensidade das mesmas ao utilitarismo econômico. Ser honesto demais implicaria em desperdício de recurso, e sua sugestão para essa e outras virtudes é usa-las cinicamente, já que considera mais importante parecer, do que realmente ser honesto, por exemplo.

Ao descrever a organização econômica existente na Inglaterra do século XVIII, Weber (1967) enumera diversas características tradicionais tais como o empreendedorismo, os objetivos, a contabilidade, a margem de lucro e a quantidade de trabalho que o permite identificar o *ethos* capitalista próprio daquele contexto, diferindo-o da experiência percebida em outros locais e épocas.

Assim como Weber, Caniello (2003, p. 32) associa *ethos* a espírito, acrescentando a relação com o povo, descrito pelo autor como *Volksgeist*, sendo este responsável pela tradição de um povo, mas não sendo como algo estático, imutável, mas “como a matriz e a moeda dos processos sociais, pois é a resultante de uma dupla dialética entre a estrutura e a agência e entre a tradição e a mudança”.

Como contribuição para a construção conceitual, Ribeiro (2003) relata que a palavra *ethos* possui origem grega e dois empregos originais, sendo o primeiro relativo a compreensão de que *ethos* é um costume, e o segundo o trata como um hábito. Na língua portuguesa atualmente, segundo o dicionário Aurélio, as duas palavras guardam relação sinônima, pois uma é usada para a explicar a outra.

Já no âmbito político, o *ethos* pode ser considerado o maior elemento coesivo e legitimador da conduta parlamentar, e em contextos de crises na sociedade isso é extremamente importante, já que o Estado precisa expandir e reforçar sua autoridade, como meio de obtenção de obediência (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, p. 769). A noção de *ethos* nesse campo é descrita abaixo:

Parece aqui particularmente importante a questão da institucionalização, isto é, do processo de desenvolvimento multidimensional pelo qual uma estrutura política adquire força e coerência. Um processo que, no caso do Parlamento, significa afirmação de um específico *ethos* político, ou seja, de uma tradição de normas, costumes e convenções informais, nem por isso menos vinculatórios, capaz de se impor a todas as forças políticas, de um certo grau de continuidade e sustentação institucional do pessoal parlamentar, apto a garantir-lhe alguma margem de autonomia, e, finalmente, de uma certa homogeneidade das forças políticas representadas, no sentido de uma adequação da sua estrutura ao modelo parlamentar (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, p. 887).

O vocábulo *ethos* tem sua origem na junção de dois termos gregos, sendo *ethos* (ἦθος – com eta inicial) e *ethos* (ἔθος – com épsilon inicial). Cada palavra tem seu próprio significado. A grafia com *eta* inicial (ἦ) se refere a morada das pessoas e dos animais em geral. A morada indica um lugar permanente e habitual e denota certa proteção. Essa é a raiz semântica que dá ao *ethos* o significado de costume, estilo de vida e prática (RIBEIRO; LUCERO; GONTIJO, 2008).

Davel (1998) realizou um estudo sobre o *ethos* empresarial familiar existente em uma empresa brasileira. Dentre os seus achados, está a identificação de referentes puritanos éticos, e que serviram de base para o estabelecimento e sedimentação de um *ethos* empresarial familiar (1998). A construção do mesmo perpassou a mitificação do fundador como um pai e da empresa como família.

Esse processo se desenvolveu justamente através de elementos simbólicos que foram interpretados pelos funcionários de forma a resignificar o lugar de trabalho. O fundador é tido como um herói, a superação das dificuldades é tida como mágica e a história da empresa é narrada miticamente. A seleção dos primeiros funcionários contribuiu muito para a consolidação da empresa como família, já que se adotou como requisito de contratação, pessoas do sexo feminino e solteiras. As operárias assumiram o papel de filhas do fundador. Esse período da empresa foi marcado por intenso crescimento com a conquista de novos mercados (DAVEL, 1998).

Como nos demais lugares sociais, as organizações reproduzem em menor escala, as características de interação entre os sujeitos observadas na sociedade. Assim sendo, qualquer que seja o motivo do agrupamento humano tendo em comum um objeto, possuirá códigos explícitos e implícitos e que são importantes para criar condições de manutenção e coesão do grupo. Morgan (1996) afirma que através do estudo da cultura,

percebeu-se que diferentes grupos de pessoas podem apresentar diferentes estilos de vida. Marchiori (2011, p. 11) defende que se atentar a cultura existente na organização é uma das maneiras para compreensão de como funcionam e como é, na realidade, a vida que pulsa nas mesmas.

O *ethos* foi objeto de análise em diversas esferas tais como na política, religião, economia, organizações e profissões, esta que será tratada em profundidade a seguir.

## **2.2 Profissão: lugar de *ethos***

A compreensão do que seja a profissão é considerada precária, no sentido de haver escasso alinhamento teórico sobre o tema (HUALDE, 2000). Apesar da falta de consenso, a discussão sobre o tema é antiga. Flexner (1915) estabeleceu que existem seis critérios que permitem distinguir profissão de outros tipos de trabalho. Para ele, a profissão é uma atividade intelectual, pode ser aprendida, é prática, técnica, organizada e altruísta. O profissional se vê como sendo alguém que trabalha de alguma forma para o bem da sociedade.

Originalmente, o profissional é aquele que professa algo, como uma religião. Conforme o trecho de sua obra:

Eles professam conhecer melhor do que os outros a natureza de alguns assuntos, e saber melhor do que seus clientes o que os aflige ou a seus negócios. Esta é a essência da ideia profissional e da reivindicação profissional. Disto decorrem muitas conseqüências. Os profissionais reclamam o direito exclusivo de praticar, como uma vocação, as artes que professam saber, e dar o tipo de conselho derivado de suas linhas especiais de conhecimento (HUGHES, 1994, p. 38).

Assim a profissão abarca os sujeitos que foram capazes de se estabelecer perante a sociedade como profissionais, e, portanto, reivindicam para si o monopólio de atuação em determinadas áreas, através de mecanismos legitimadores da prática que possam também atuar como meio de afastar aqueles que não fazem parte do grupo (HUGHES, 1994, p. 38).

Para Goode (1957, p. 194) a profissão se apresenta como uma comunidade inserida em uma sociedade, onde os membros possuem uma identidade. Na comunidade

os membros compartilham crenças, práticas e linguagens. O limite da comunidade não é físico, mas sim, social. O treinamento é a forma usual de socialização de novos membros. Após a adesão à comunidade, poucos se encorajam a deixá-la.

Para Machado (1996), profissão pode ser entendida como uma ocupação munida de um repertório teórico e prático complexo, este que é adquirido por meio de um curso extenso envolvendo aprendizado e treinamento, e que constitui o agente que passou por esse processo em uma autoridade frente ao leigo.

Além do conhecimento, treinamento e código de ética, as profissões também apresentam um *ethos* peculiar. Segundo Maia (2008):

As categorias profissionais passam por complexos processos de legitimação social e elaboram um *ethos* próprio, ou seja, características e tradições que permitem ao indivíduo se reconhecer e ser reconhecido como pertencente àquela comunidade profissional. Trata-se do intento de construir uma imagem, um vocabulário, uma vestimenta, uma prática e uma visão de mundo e de seu objeto de atuação profissional que garanta o “sucesso”, ou seja, o reconhecimento de ser um bom profissional tanto frente aos seus pares quanto frente ao resto da comunidade social mais ampla.

Todos esses argumentos deixam claros a relação existente entre profissão e *ethos*, já que esse pode ser evocado para denominar características culturais próprias percebidas em certos grupos. Justamente através do estudo do *ethos*, surgiram importantes contribuições que desmitificaram o trabalho de gerentes através de Mintzberg (2010) e das relações entre médicos e enfermeiras por Maia (2008).

O canadense Henry Mintzberg estudou profundamente a natureza do trabalho gerencial. Além de pesquisas anteriores na área (*The Nature of Managerial*, 1973), o autor passou um dia inteiro com cada gerente, 29 no total, analisando a rotina dos mesmos, entre os anos de 1993 a 1997. Os estudados pertenciam a diversos setores compreendendo negócios, governo, serviço de saúde e setor social, além de organizações bancárias, polícia, empresas cinematográficas entre outras.

Dentre as principais considerações da obra, está a noção de que a gestão não é profissão nem tão pouco uma ciência, mas sim uma prática desenvolvida através da experiência e totalmente condicionada ao contexto (MINTZBERG, 2010). O autor mapeou todas as características comuns aos gerentes, não importando o segmento em que se encontravam, características que aqui estão sendo tratadas como componentes do *ethos* profissional. Isso possibilitou a superação de diversos mitos sobre a prática gerencial, como pode ser visto no quadro abaixo:

TABELA 1 - MITOS E FATOS SOBRE O GERENTE E A GESTÃO

FOLCLORE	FATO
<b>O gerente é um planejador reflexivo e sistemático (p. 33).</b>	Inúmeros estudos demonstram que os gerentes trabalham em um ritmo implacável, suas atividades geralmente se caracterizam por brevidade, variedade, fragmentação e descontinuidade, além de ser fortemente orientadas para a ação (p. 33).
<b>O gerente depende de informações agregadas, cuja melhor fonte é um sistema formal (p. 38).</b>	Os gerentes tendem a preferir mídias informais, especialmente a orais e eletrônicas, sendo que a fofoca, o boato e a especulação representam boa parte da dieta informacional utilizada (p. 39-40).
<b>A gestão em geral trata de relações hierárquicas entre superior e seus subordinados (p. 42).</b>	A gestão trata de relações laterais entre colegas e sócios quanto de relações hierárquicas (p. 42).
<b>Os gerentes mantêm controle rígido – de seu tempo, de suas atividades, de suas unidades (p. 44).</b>	O gerente não é maestro nem marionete: o controle, até o possível, tende a ser mais implícito do que explícito, pelo estabelecimento de algumas obrigações que deva cumprir posteriormente e transformando outras obrigações de forma a funcionar em seu próprio benefício (p. 45).
<b>Gerente eficaz possui maior nível de liberdade (p. 46).</b>	O gerente eficaz extrai vantagem de todo e qualquer nível de liberdade que encontra (p. 46).

Fonte: Adaptação de Mintzberg, 2010.

A natureza do trabalho gerencial favorece o desenvolvimento de traços específicos de personalidade, sendo que gerentes tenderão a se sobrecarregar de trabalho, fazer as tarefas de forma abrupta, evitar o desperdício de tempo, participar de algo somente quando for possível mensurar e perceber valor tangível, além de não se aprofundar em questões isoladas. Se o especialista é alguém que sabe cada vez mais de cada vez menos, o gerente vai na contramão, pois sabe cada vez menos sobre cada vez mais, até não saber nada sobre absolutamente tudo (MINTZBERG, 2010).

Os achados frutos desse trabalho indicaram características comuns aos gerentes, de forma que os gerentes, por mais que estejam em diferentes ramos, desenvolvem um *modus operandi* muito próprio que distingue este grupo dos demais gestores. Pode-se inferir que o mesmo fenômeno observado por Mintzberg ocorra em outras profissões tais como direito, engenharia e medicina, esta que é abordada neste trabalho.

Vista a relação entre profissão e *ethos*, propõe-se no presente estudo, que o *ethos* profissional seja as características tácitas ligadas a uma determinada profissão. Aqui cabe ressaltar que nem todas as profissões podem apresentar um *ethos* tão evidente, mas algumas profissões tais como as ligadas à saúde, à segurança e ao direito são bons exemplos. Isso pode se dar em função de que, para o exercício dessas profissões, o modo de se vestir, o vocabulário usado, o modo de se portar, sejam tão emblemáticos que possuem a capacidade de evidenciar os profissionais.

Nas profissões da saúde, o jaleco, as roupas brancas, a excessiva preocupação com limpeza e os termos técnicos podem ser citados como características singulares desse setor. Todavia, não há apenas um *ethos* na saúde, já que o mesmo é construído e processado em consonância com o meio em que se encontra. Desse modo, o *ethos* dos profissionais de saúde que trabalham no setor privado pode se diferir dos que trabalham no público, ou ao menos deveriam, como visto anteriormente através dos interesses completamente distintos de ambos.

Ainda sobre os profissionais de saúde, Maia (2008) descreve aspectos comportamentais entre médicos e enfermeiros e é umas das formas de se perceber o *ethos* específico de profissões que dividem o mesmo ambiente de trabalho. Segundo a autora, médicos veem o parto como um processo com grande potencial patogênico, e por isso demanda uma série de intervenções que possibilitem controlar a mulher e o processo de nascimento, enquanto enfermeiros percebem o mesmo evento como um processo fisiológico, que para ocorrer necessita de uma pequena ou nenhuma intervenção, privilegiando o bem-estar das parturientes e suas emoções.

Essas visões encontram alinhamento com o setor da saúde de forma diferenciada, pois os setores possuem interesses distintos. As diferenças encontradas podem ocorrer por inúmeros fatores tais como a área de atuação se pública ou privada, os interesses institucionais e pessoais, a estrutura salarial, infraestrutura além da dimensão simbólica.

O médico faz ou conduz o parto, porque possui conhecimento e habilidade em oposição a mulher considerada incapaz, dócil, estratificada, um objeto de fisiologia patológica defeituosa. No processo do parto, a mulher é colocada na posição deitada e imobilizada pela medicação, suas pernas devem permanecer abertas para facilitar o domínio visual da situação pelo médico. Como está imóvel, a mulher não consegue participar de modo ativo de seu próprio parto. O médico inicia procedimentos que proporcionam o nascimento. A cesariana implica em um efeito cascata, onde uma intervenção gera outra, aumento substancialmente os riscos e complicações para a mãe e para o bebê (MAIA, 2008).

Já a enfermeira assiste o parto, pois quem faz o parto é a mulher. Seu papel é de oferecer o máximo de conforto utilizando para isso métodos alternativos aos farmacológicos para alívio da dor além de estímulo a posição sentada, que facilita o parto, o que proporciona a mulher o protagonismo da situação (MAIA, 2008).

O modelo tecnocrático de intervenção apresentado pelos médicos encontra suspensão no discurso capitalista, enxergado como um *modus operandi* conveniente ao sistema. Todos os procedimentos envolvidos no parto movimentam um enorme mercado. Já a prática da enfermagem, está alinhada com as políticas públicas que defendem um parto menos artificial, mais humanizado.

Longe de ser apenas uma questão de interesses, essas práticas podem indicar uma das possíveis origens de um grande problema no contexto brasileiro atualmente. No ano de 1985 a comunidade médica internacional considerava como ideal que número de cesarianas representasse 10% a 15% do total de partos realizados (WHO, 2010), porém, o que se tem hoje são condições alarmantes em termos numéricos. No sistema público, o Brasil passou de 15% em 1970, para 31% em 1980 (PERPÉTUO, BESSA e FONSECA, 1998). De acordo com uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (2014), 52% dos partos são cesarianas, sendo que no setor privado o índice alcançou 88% do total de partos realizados.

As implicações envolvidas em práticas tão diferenciadas dizem respeito à sociedade como um todo, dado que a institucionalização do parto tem implicações significativas em termos de custos e riscos de saúde envolvidos. Esses dados sustentam uma discussão ampla sobre sociedade, ética, profissões e *ethos*. A seguir apresenta-se um aprofundamento sobre a profissão médica.

### 2.3 A medicina como profissão, algumas considerações sobre o campo

"Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: Estimar [...] aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes. Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte. Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam. Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução, sobretudo dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados. Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto. Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça." (HIPÓCRATES *in* BERNIK, 2012).

Hipócrates nasceu na Grécia no ano de 460 a.C, viveu durante o período clássico grego e é tradicionalmente considerado o pai da medicina (SMITH, 2006). Diversas obras sobre este campo do saber são atribuídas a ele, contudo o texto acima citado sobressai dentre os demais. O juramento de Hipócrates é proferido por todos os futuros médicos e é considerado um patrimônio da humanidade por seu elevado sentido moral (REZENDE, 2009).

O juramento de Hipócrates evidencia o quão tradicional é a prática da medicina enquanto profissão. Nele é possível perceber vários componentes que configuram a profissão da medicina, tais como poder oriundo do conhecimento, ensinamentos, além da ética própria ao exercício da mesma. Hoje, quase dois mil e quinhentos anos após sua criação, esse juramento marca a conclusão da formação profissional de médicos em todo o mundo, seja na versão integral ou adaptada (BERNIK, 2012).

Porém, não só de formação profissional e juramento se constitui um médico. Bellodi é uma psicóloga que se debruçou sobre as possíveis motivações que levam alguns a se tornarem médicos. Seu trabalho revelou importantes aspectos implícitos relativos a profissão. Segundo a autora, a escolha vocacional se daria pelas raízes históricas, por razões conscientes e atuais ou motivações inconscientes. Nem o próprio indivíduo pode

ser capaz de elencar todos os fatores determinantes para sua escolha, mas conhecer o desenvolvimento da profissão auxilia a descobrir os principais.

Historicamente a prática da medicina esteve ligada ao poder místico da figura do curador. Isso acarretava em grande respeito no campo religioso e prestígio no campo social. Ainda atualmente os estudiosos da área acreditam que a profissão seja fortemente influenciada por suas raízes mágicas. Por muito tempo na antiguidade, o médico era considerado o mediador da relação entre os deuses e as pessoas, sendo que isso significava muitas vezes, que ele detinha mais poder do que o chefe da comunidade (BELLODI, 2003, p. 33).

O toque real descrito por Scliar citado em Bellodi (2003, p. 34) mensura em algum nível a dimensão da importância, ao considerar que “certo é que o toque real era um mecanismo de poder, conferindo prestígio e respeito à monarquia (...). É claro que, em se tratando de reis, o efeito do toque era ainda maior”.

Outro fator inerente ao exercício médico é o desejo humanitário, científico ou econômico que são os fatores que orientam a escolha consciente pela profissão. Um estudo realizado em uma Faculdade de Medicina é usado por Bellodi (2003, p. 34) para demonstrar que a maioria que opta por essa profissão se sente atraído pela possibilidade de “ajudar, curar e ser útil, atuação no campo social e estar próximo das pessoas”.

As motivações inconscientes denotam razões não percebidas pelo médico, mas que o faz buscar aquilo que teme, seja a dor, o sofrimento e ou a morte. As motivações podem estar ligadas a sublimação (tendências primitivas agressivas e sexuais), necessidade de reparação, defesa contra a dependência, a doença, o sofrimento e a morte (BELLODI, 2003).

A Fundação Oswaldo Cruz realizou em 1995 uma pesquisa sobre as características da profissão de medicina no Brasil intitulada “Perfil dos Médicos no Brasil” com dimensão nacional, regional e estadual e a amostra foi de 15488 profissionais inscritos no Conselho Federal de Medicina (MACHADO, 1997). Os principais achados do trabalho foram divulgados na obra “Os médicos do Brasil” sob a coordenação de Maria Helena Machado.

De acordo com os dados da pesquisa, existe um alto número de profissionais ativos, mas esta atuação está concentrada nos grandes centros urbanos, uma vez que

65,9% se encontram nas capitais e apenas 34,1% no interior. Do total dos pesquisados, 69,7% trabalham no setor público, 59,3% no privado e 74,7% em consultórios particulares MACHADO, 1997, p. 92).

Outro dado interessante diz respeito a origem social dos profissionais em questão. Historicamente, há indícios de que era necessário o futuro profissional de medicina tivesse um lastro social, ou seja, era preciso estar vinculado a grandes proprietários de terras ou aristocratas (STARR, 1991). A pesquisa apontou certa diversificação do perfil dos médicos, porém, ainda assim, persistem alguns traços elitistas. A linhagem paterna de grande parte dos médicos da década de 90 eram “médicos, juristas, professores universitários, profissionais liberais, comerciantes bem-sucedidos, empresários, políticos, intelectuais”, o que configura um seletivo grupo social de prestígio e poder econômico (MACHADO, 1997, p. 35).

A maioria dos profissionais tem até quarenta e cinco anos e as mulheres representam quase 50% dos médicos. A metade dos médicos possuem entre três a quatro atividades e o mesmo percentual declara ter consultório particular e convênios, já fizeram alguma residência e mais da metade tem título de especialista. A maioria considera a atividade desgastante pelo excesso de responsabilidade, trabalho e pressão social, além da cobrança por boa qualidade de atendimento e em contrapartida más condições de trabalho aliada a baixa remuneração causam insatisfação (MACHADO, 1997).

No que se refere as características da profissão no contexto brasileiro, Machado (1996) afirma que nenhuma outra profissão exerce o poder autônomo e autorregulado na proporção em que o faz a medicina. Em suma, percebe-se um alto grau de autonomia técnica, intrincado campo científico e total controle sobre o processo de trabalho.

No passado, os médicos consolidaram um monopólio, tornando-se os únicos profissionais com conhecimentos legitimados a tratar as doenças. Dessa forma, todos os praticantes empíricos desse campo foram considerados clandestinos e ilegais. A situação favorável de mercado, a autonomia adquirida e a autorregulação sustentam quase sempre que a opinião do médico prevaleça, num sistema de dominação tal como descrito por Weber. Essa dominação ocorre porque tem-se a figura médica que reivindica esse poder, e por outro lado, tem-se a sociedade que aceita e reconhece a autoridade e consequente, admite a dominação (MACHADO, 1997).

A autonomia é tida como necessária para o exercício profissional da medicina. O médico avalia cada caso de forma particular e sua decisão pode inclusive contrariar interesses ambientais e políticos por exemplo. Todos esses elementos tornam a profissão extremamente atrativa, o que na prática significa que um médico raramente abandona o ofício (MACHADO, 1997, p. 23-24).

Mas a situação privilegiada na qual se encontra a medicina é bem mais ampla do que somente a autonomia. Soma-se a isso o alto valor da orientação dos serviços médicos, imensa possibilidade de crescimento do mercado de serviços de saúde, a tendência do Estado em dar suporte garantindo, inclusive, as vantagens monopolistas já que a saúde está ligada ao bem-estar das pessoas e por fim, a típica falta de organização da clientela. A confusão entre a relação da saúde com a medicina, não é por acaso. Tal concepção é fruto de uma construção social, através de mecanismos ideológicos que conferem ao médico protagonismo no campo da saúde, por mais que hajam inúmeras outras profissões atuando no mesmo campo (MACHADO, 1997).

A intensa especialização é outro ponto forte na medicina. Machado (1996, p. 181-182) adverte que:

... o processo de especialização tem sido um mecanismo estratégico adotado pelas profissões para manter sob controle os avanços e os novos conhecimentos, de modo a assegurar o monopólio do saber e da prática profissional. Neste sentido, a especialização preserva a autonomia, mas, por outro lado, a perda da dimensão da totalidade é inevitável. Criar ilhas de conhecimento e de práticas profissionais altamente especializadas requer o abandono do conhecimento generalista, globalizante.

A medicina se ligou fortemente a um aparato científico, tecnológico e mercadológico que estão por condicionar o local ideal para o exercício profissional: o ambiente urbano. Além disso, mesmo o ensino sendo democrático, os estudantes de medicina são oriundos em sua maioria de classe média ou média superior provenientes da área urbana (SAYEG; 1987). No Brasil, essa tendência se confirma, já que de acordo com dados de 1995, quase 80% dos médicos existentes no país atuavam apenas em 7 dos 27 estados (MACHADO, 1997, p. 37). Os sete estados concentram uma grande fatia do PIB brasileiro e a maior parte das instituições de ensino de medicina.

Com relação ao mercado, observa-se um grande poder de controle da oferta de mão-de-obra. Entre os anos de 1955 a 1990, 156.212 profissionais graduaram-se no Brasil, o que representou um aumento expressivo em relação aos profissionais já

existentes no mercado (MACHADO; 1996, p. 147). Tal ocorrência motivou um movimento corporativo que proibiu a criação de novas escolas, com o intuito de conter o crescimento da oferta de mão-de-obra médica. A proibição perdurou até o ano de 1989 (BRASIL; 1972 p. 8).

A medida não resistiu justamente porque a escassez de médicos impactou diretamente a área da Saúde. Porém, houve novas iniciativas que tinham como propósito expandir a área de atuação da medicina. Em 2002 os médicos pressionaram o governo para que fosse feita uma nova legislação que pautasse o exercício da profissão, pois a vigente na época datava de 1931. Como isso, foi formulado um projeto que tornava exclusivo alguns procedimentos que até

O projeto de Lei 7.703/06, apelidado de Lei do Ato Médico, gerou grande polêmica, tendo em vista que se aprovado, subordinaria atos exclusivos de outras profissões à atuação médica. O projeto foi discutido por mais de uma década, período marcado por intensa mobilização social em desaprovação ao texto do projeto. O ponto de discordância foi a imposição que somente médicos poderiam fazer coleta de sangue, diagnóstico e prescrição de tratamento, o que atingiria de forma negativa enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, além de mais oito categorias de saúde (SAVIOLI, MARIEL; 2013). O projeto foi aprovado, porém foi vetado parcialmente em julho de 2013, sob o argumento do mesmo ferir o interesse público (BRASIL; 2013).

Com dez vetos ao texto original, a presidente Dilma Rousseff sancionou a lei em julho de 2013. A redação final foi considerada uma conquista pelas demais profissões e para a própria saúde pública, já que se aprovada representaria retrocesso na oferta de serviços de saúde (SAVIOLI, MARIEL; 2013).

A derrota do projeto defendido pela classe não encerrou a busca por uma situação privilegiada. Existem iniciativas de ordem local, tendo em vista que a Constituição de 1988 municipalizou a saúde, várias questões referentes a condições de trabalho no âmbito público são tratadas nos municípios.

As campanhas salariais realizadas pelos trabalhadores da área da saúde pública em Belo Horizonte evidenciam que existem duas esferas de profissionais na saúde: os médicos e os demais. Tal afirmação se baseia no fato de que, a mobilização por melhorias salariais e condições de trabalho não ocorre de forma unificada. As greves e paralisações dos médicos são decididas e anunciadas por uma entidade própria, o Sindicato dos Médicos

de Minas Gerais. Já os demais profissionais são representados pelos Sindibel (Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Belo Horizonte).

Um episódio recente que ilustra essa situação são as paralisações anunciadas pela classe médica em 2016 no mês de fevereiro. As reivindicações se referiam a melhores condições de trabalho. Uma reestruturação no plano de carreira da categoria já estava em discussão, sendo que, nas palavras do então Secretário-Adjunto de Recursos Humanos, Gleison Souza, “Iniciamos com eles [os médicos] há alguns meses [a reestruturação] porque houve uma compreensão do governo e da categoria que deveria ser feito um plano específico, com benefícios” (GLOBO.COM, 2016).

A declaração de Gleison evidencia que as negociações trabalhistas podem ocorrer considerando-se uma categoria específica, mesmo que esta compartilhe com outras o mesmo ambiente e condições de trabalho. Médicos não se mobilizam em conjunto com os demais profissionais. Quando julgam necessário, se mobilizam em movimento separado e negociam com o governo suas reivindicações. E novamente, se os médicos julgam possuir necessidades diferentes dos demais profissionais da saúde, do outro está o Estado que concorda com essa posição.

Todavia, para a situação mencionada existe o efeito colateral. Para os médicos, o excesso de trabalho e carga horária, o multiemprego, a baixa remuneração, o excesso de responsabilidade e a cobrança social são fatores considerados altamente desgastantes (MACHADO, 1997). O excesso de trabalho se deve ao fato de que, comumente, um médico possuir mais de uma atividade profissional. Um dos fatores que tem contribuído para isso pode ser entendido no trecho de entrevista de um oftalmologista de 42 anos de Santa Catarina:

O médico perdeu a noção de seu próprio valor e submete-se a uma condição indigna de sua importância para a sociedade. Deve reaprender o significado de sua 'arte-profissão' e ser remunerado à altura que lhe corresponde (MACHADO, 1997, p. 175).

Em 2014 o então prefeito de Belo Horizonte, Márcio Lacerda sancionou a Lei N° 10.753, de 17 de setembro de 2014 que determinou os reajustes remuneratórios aos servidores e empregados públicos da Administração Direta e Indireta do Poder Executivo. A lei determinou que Técnicos de Serviços de Saúde, grupo composto por todos os profissionais com nível superior na área da saúde, com exceção de médicos, e Agente de

Serviços de Saúde que são os profissionais de nível médio e fundamental, tivessem um reajuste total de 7%, divididos em 3,5% em julho de 2014 e 3,5% em novembro do mesmo ano (BELO HORIZONTE, 2014).

Já a classe médica foi tratada de forma distinta e bem mais generosa. O artigo definiu que os todos os médicos ocupantes de cargos e empregos em Belo Horizonte, tivessem um reajuste total de 20%, também dividido em duas parcelas nos meses de julho e novembro (BELO HORIZONTE, 2014). Para quem deseja fazer algum cálculo, adverte-se que não cometa o equívoco de pensar que a diferença é de somente 13% entre os reajustes concedidos. Cabe lembrar, que o vencimento dos médicos é muito superior aos das demais categorias profissionais e que a medida acaba por ser concentradora de renda. Também é válido ressaltar que podem existir outras vantagens que extrapolam a questão salarial, como maior facilidade de ascensão profissional, equipamentos e estruturas de uso exclusivo e maior poder de negociação com os gerentes locais.

No que se refere a questão relativa a salário, de acordo com o Edital 07/2014 para provimento de cargos na área da saúde para a Prefeitura de Belo Horizonte, médico do programa Saúde de Família possui remuneração básica de R\$ R\$ 7.768,34, técnico superior de saúde possui remuneração de R\$ 3.747,88. Neste edital não houve vagas para agente de serviço de saúde, mas os salários mencionados já são suficientes para mostrar que, o segundo cargo mais bem remunerado da saúde representa 48,25% da remuneração médica.

A remuneração recebida pelos profissionais da saúde é uma parte do vencimento total recebido pelo trabalhador. Existem outros valores que são adicionados, dependendo da natureza da atividade e local de trabalho. Um desses adicionais é o Abono de Estímulo à Fixação Profissional. Esse abono classifica as Unidades de Saúde de acordo com sua localização, acessibilidade, dificuldade de lotação de pessoal e prioridade administrativa, ficam classificadas como unidades tipo A, B, C e D (BELO HORIZONTE, 1996).

Na prática, as unidades de saúde classificadas como A são as que estão localizadas em áreas nobres, estão próximas do centro da cidade e a população usuária da unidade são pessoas socioeconomicamente favorecidas. Já o outro extremo são as classificadas como D, que já configura áreas de alta vulnerabilidade social, baixa renda além de índice maior de violência. Para se ter uma noção uma das Unidades classificadas como D é o

Centro de Saúde Novo Horizonte, localizado no bairro Taquaril, este que está entre as três maiores favelas de BH (LEMOS, 2012).

Entendida a natureza do abono, resta conhecer seus valores através da tabela abaixo:

**Tabela 2 - Abono de Estímulo à Fixação Profissional**

CARGO/EMPREGO PÚBLICO EFETIVO	VALOR DO ABONO DE ESTÍMULO A FIXAÇÃO PROFISSIONAL PREVISTO NO § 1º DO ART. 12 DA LEI Nº 9.443/07 PARA A HIPÓTESE DE CUMPRIMENTO DA JORNADA DE 40 HORAS SEMANAIS (em R\$)			
	CLASSIFICAÇÃO DA UNIDADE			
	A	B	C	D
AGENTE SANITÁRIO	0,00	40,00	93,00	133,00
AGENTE DE SERVIÇO DE SAÚDE	0,00	60,00	120,00	173,00
TÉCNICO DE SERVIÇO DE SAÚDE	0,00	66,67	173,00	253,00
TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE	0,00	200,00	500,00	800,00
ENFERMEIRO	0,00	200,00	500,00	800,00
CIRURGIÃO-DENTISTA	0,00	200,00	500,00	800,00
MÉDICO	0,00	400,00	800,00	1.800,00
AJUDANTE DE SERVIÇO OPERACIONAL	0,00	40,00	93,00	133,00
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	0,00	40,00	93,00	133,00
OFICIAL DE SERVIÇO PÚBLICO	0,00	40,00	93,00	133,00
MOTORISTA	0,00	40,00	93,00	133,00
TELEFONISTA	0,00	40,00	93,00	133,00
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	0,00	66,67	173,00	253,00
TÉCNICO DE SERVIÇO PÚBLICO	0,00	66,67	173,00	253,00
EDUCADOR SOCIAL	0,00	66,67	173,00	253,00
ANALISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS	0,00	133,00	333,00	533,00
AGENTE DE SERVIÇOS DE SAÚDE I, II E III	0,00	60,00	120,00	173,00
TÉCNICO DE SERVIÇOS DE SAÚDE I, II E III	0,00	66,67	173,00	253,00
TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE I, II E III	0,00	200,00	500,00	800,00
AUXILIAR DE SERVIÇO ADMINISTRATIVO	0,00	40,00	93,00	133,00
AUXILIAR DE ADMINISTRAÇÃO	0,00	40,00	93,00	133,00
OFICIAL DE GRÁFICA I E II	0,00	40,00	93,00	133,00
AGENTE DE ADMINISTRAÇÃO I, II E III	0,00	66,67	173,00	253,00
TÉCNICO DE NÍVEL MÉDIO I, II E III	0,00	66,67	173,00	253,00
ANALISTA DE SISTEMA ADMINISTRATIVO I, II E III	0,00	133,00	333,00	533,00
TÉCNICO DE RECURSOS HUMANOS I, II E III	0,00	133,00	333,00	533,00

Fonte: BELO HORIZONTE, 2011.

O abono de Estímulo à Fixação Profissional, trata de forma totalmente distinta profissionais que trabalham na mesma unidade, os diferenciando por seu cargo. Médicos em unidades D recebem R\$ 1.800,00, enquanto que na mesma unidade, o menor valor

pago é de R\$ 133,00 para agentes de endemias, agentes comunitárias e auxiliares administrativos por exemplo, o que representa que o menor representa 7,38% do maior. Pensando nos critérios para a classificação das unidades, é no mínimo curioso pensar porque médicos devem ganhar mais de 13 vezes do que quem ganha menos.

A situação privilegiada não se resume somente às questões monetárias. Muitas das unidades básicas de saúde em Belo Horizonte enfrentam problemas com relação a estrutura física, sendo que diversos profissionais não dispõem sequer de uma sala para realizar atendimentos. Isso significa que os atendimentos podem ocorrer nos mais diversos locais possíveis dentro da unidade, como um corredor por exemplo. Há unidades que o atendimento é suspenso por falta de condições mínimas de atendimento, como no Centro de Saúde da Pedreira Prado Lopes em 2016 (SINDIBEL, 2016).

A precariedade na infraestrutura faz com que muitas vezes, os profissionais tenham que disputar os poucos espaços disponíveis. Essa situação é responsável por gerar conflito entre colegas de trabalho. Estes impasses são mediados por gerentes das unidades de saúde através de diversas estratégias como definição de escalas para que todos possam compartilhar os espaços. Porém, vários profissionais se queixam que geralmente, os médicos possuem prioridade de atenção, como relata Machado (1997, p. 22) sobre a prevalência da opinião do médico sobre os demais.

Como fonte sobre a atuação médica, José Geraldo de Freitas Drumond é considerado uma referência visto que é médico, professor e pesquisador no campo da medicina. Dentre suas obras figura uma de interesse para o presente ensaio, denominado “O “*Ethos*” Médico: a velha e a nova moral médica” (DRUMOND, 2005). O livro aborda o exercício da profissão no Brasil, porém, apesar de o título sugerir a análise do *ethos* dos médicos, a obra é um guia ético para o exercício da profissão. Drumond preocupa-se em oferecer todo o conteúdo que possa nortear a prática médica na direção do que é tido como ideal eticamente falando. O trecho abaixo evidencia em qual sentido o uso da ética em seu trabalho foi usado:

Em suma, o homem, cuja gênese está vinculada ao poder dos deuses e dos heróis e ao desafio do poder supremo, deve procurar seguir o caminho da retidão, da justiça e da felicidade, ou seja, o caminho das virtudes. Essa ética das virtudes teria sua origem na intimidade dos deuses com o homem e, depois, iria transformando-se com a evolução do pensamento racional desenvolvido por Sócrates, Platão e Aristóteles (DRUMOND, 2005, p. 56).

O autor inicia seu argumento a partir do conceito de ética. O vocábulo *ethos* chega a ser mencionado ao ser relacionado com a ideia de costume. O princípio do “agir pelo bem comum” (DRUMOND, 2005, p. 63) permeia toda a obra. Dos treze capítulos existentes no livro, seis possuem alguma relação com a ética e não há nenhum que aborde o *ethos*, o que demonstra alguma confusão conceitual. Como já citado, Weber (1957) difere os dois conceitos, já que afirma que o *ethos* é um arranjo normativo introjetado, um conjunto de valores parcialmente estruturados que regulam a conduta cotidiana. Enquanto que Drumond (2005) difere *ethos* e ética ao dizer que esta última etimologicamente refere-se a dogmas morais.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente ensaio buscou problematizar o *ethos* profissional de médicos na rede de saúde pública em Belo Horizonte. O estudo pode ajudar a compreender quais são os possíveis princípios e crenças compartilhados pelos profissionais e o modo como vivem e experimentam a existência a partir do seu fazer aplicado.

O foco nos médicos possui relação com a implicação dos mesmos com os serviços curativos, esses que representam maior custo de manutenção dentre os demais ofertados pela saúde pública. Estes profissionais reúnem grande poder decisório sobre as condutas e procedimentos que devem ser adotados em pacientes. O desgaste crescente na profissão, a alta responsabilidade e a alta expectativa social como apontados por Machado (1997) que se refere a algumas das questões psicológicas relativas a prazer e sofrimento no trabalho, se configuram como outro grande fator de atenção.

O modelo de assistência à saúde adotado pelo Estado para prover o direito a saúde possui princípios e diretrizes que norteiam a conduta tanto de gestores quanto de trabalhadores. A oferta de serviços públicos deve ocorrer, considerando os indivíduos, de forma universal, equânime e integral. No que tange à organização do sistema, esta deve ser descentralizada, regional e hierarquizada. Ocorre que entre a formulação de políticas públicas e a efetividade de sua implementação existe um abismo de possibilidades, no qual se insere à autonomia, os costumes e as crenças dos profissionais e que norteiam suas decisões e práticas no trabalho.

A formulação de políticas governamentais na saúde, tem por objetivo desenvolver o sistema responsável por ofertar saúde a população brasileira. Mesmo com tais esforços, a saúde continua sendo um setor desafiador visto as grandes questões relativas a financiamento frente a escassez de recursos, atendimento à demanda de serviços, infraestrutura precária além do adoecimento gerado pelo trabalho.

A análise teórica demonstra que a medicina é uma profissão singular por diversas razões, e que possui um lugar privilegiado se comparada com as demais profissões que atuam no campo da saúde. O *ethos* profissional dos médicos é fruto de uma construção social, numa relação dual em que médicos reivindicam para si poder e dominação e a sociedade que legitima essa dominação. Esses profissionais compartilham determinadas crenças, costumes, alguns que se perpetuam ao longo dos anos e que influenciam a forma como se vestem, como compartilham informações. Todos esses elementos em conjunto

colaboram para que médicos se reconheçam ao mesmo tempo em que se diferenciam de outros profissionais, mesmo os que pertençam ao campo da saúde em atividades próximas à medicina.

O *ethos* médico, portanto, não diz respeito a um padrão ético, entendido como código considerado o ideal da prática e usado como norteador da tomada de decisão. Antes, porém, *ethos* diz respeito à aspectos reais, em detrimento dos ideais. A confusão entre essas duas dimensões, a ética e o *ethos*, pode levar a romantização da prática profissional, ao preço da miopia analítica.

Observar o processo histórico de formação de médicos evidencia algumas características fortes, tais como o tradicionalismo, as relações de poder e dominação, o prestígio social, o apelo vocacional como desejo humanitário, além do perfil dos profissionais apresentar traços elitistas.

Nenhuma outra profissão no país é tão autônoma quanto a medicina e quase a metade dos médicos brasileiros possuem mais de três atividades profissionais (Machado, 1997). A grande autonomia, a autorregulação e o vasto mercado conferem aos médicos uma situação privilegiada para a definição de salário, mas também significa a exposição dos mesmos a altos índices de responsabilidade e cobrança.

A medicina passou por um processo de monopolização de práticas, através do conhecimento. Se no passado esse processo foi o responsável por tornar ilegais todos os médicos que atuavam de forma empírica, na atualidade a reivindicação do monopólio proporcionou a medicina se consagrar como profissão hegemônica na saúde, evidenciando a existência de uma hierarquia das profissões que atuam no campo da saúde.

Por meio do estudo do *ethos* profissional médico, surgem importantes questões. A primeira delas diz respeito ao ideal estabelecido para um modelo de assistência à saúde pública, frente ao *ethos* de profissionais que atuam nesse campo. A saúde pública está voltada à promoção da saúde, em uma lógica que deveria valorizar o não adoecimento. Já a saúde privada apresenta forte desenvolvimento no campo curativo. Ocorre que grande parte dos médicos desenvolvem atividades profissionais nas duas esferas, o que sinaliza que transitam entre modelos como foco amplamente distintos. Compreender o *ethos* médico indica porque ações como o processo de Humanização da Saúde e da reforma curricular foram necessárias, vistas como formas de proporcionar mudanças consideradas

necessárias visando qualidade na assistência. De outro modo, o estudo do *ethos* pode embasar a análise das implicações de tais ações.

Outra questão importante remete ao fato de que tal como os médicos, o *ethos* profissional é um fenômeno que pode ser observado em outras profissões, tais como o Direito, Engenharia ou Contabilidade para exemplificar. Nelas, o advogado, o engenheiro e contador também podem apresentar um *ethos* próprio e buscam a manutenção da dominação e privilégios adquiridos em relação a outros profissionais que atuam no mesmo campo. Dessa forma, é possível perceber que analisar o *ethos* é um caminho na compreensão de fenômenos de interação social no trabalho.

## REFERÊNCIAS

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n.2, p.136-146, mai/ago. 2005.

BELLODI, P. L. **O clínico e o cirurgião**. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BELO HORIZONTE. Lei nº 7238/1996, de 30 de dezembro de 1996. Dispõe sobre o Quadro Especial da Secretaria Municipal de Saúde, institui o Plano de Carreira dos Servidores da Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, estabelece a respectiva Tabela de Vencimentos. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 31 out. 1996. Disponível em <  
<http://cmbhsilinternet.cmbh.mg.gov.br:8080/silinternet/consultaNormas/detalheNorma.do?id=2c907f76166df5df01166e42f36b74b6&metodo=detalhar>>. Acesso em 13 out. 2016.

BELO HORIZONTE. Lei nº 10.252, de 13 de setembro de 2011. Concede reajustes remuneratórios aos servidores e empregados públicos da Administração Direta e Indireta do Poder Executivo. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 14 set. 2011. Disponível em <  
<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1065670>>. Acesso em 13 out. 2016.

BELO HORIZONTE. Lei Nº 10.753, de 17 de dezembro de 2014. Concede reajustes remuneratórios aos servidores e empregados públicos da Administração Direta e Indireta do Poder Executivo e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 18 set. 2014. Disponível em <  
<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1128857>>. Acesso em 13 out. 2016.

BOAS, F. **Antropologia Cultural**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BOBBIO, N. MATTEUCCI, N. PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Trad. Carmen C, Varriale *et al.*; coord. trad. João Ferreira. Brasília : Editora Universidade de Brasília, 1 ed., 1998.

BRASIL. Ministério da Casa Civil. **Mensagem Nº 287, de 10 de julho De 2013**. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Msg/VEP-287.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Msg/VEP-287.htm)>. Acesso em 16 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanha Promoção da Saúde – SUS**. Partos normais e cesáreas. Disponível em <<http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/assuntos/incentivo-ao-parto-normal/noticias/partos-normais-e-cesareas>>. Acesso em nov. 2015.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Política nacional de Humanização**. 1 ed. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional De Assistência À Saúde. **ABC do SUS - Doutrinas E Princípios**. Brasília, dez. 1990.

BAUMAN, Zygmunt. **Ensaio sobre o conceito de cultura**. São Paulo: Zahar, 2012.

BERNIK, V. Os médicos e o “Juramento de Hipócrates”. **Revista Hospitais Brasil**, out. 2012. Disponível em <<http://www.revistahospitaisbrasil.com.br/artigos/os-medicos-e-o-juramento-de-hipocrates/>>. Acesso em 25 out. 2015.

CANIELLO, Márcio. **O ethos sanjoanense: tradição e mudança em uma “cidade pequena”**. Mana, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.31-56, 2003.

CISLAGHI, Juliana Fiúza; TEIXEIRA, Sandra Oliveira; SOUZA, Tainá. **O Financiamento do SUS: principais dilemas**. In: CONFERÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO CIRCUITOS DE DEBATES ACADÊMICOS, II, 2011, Brasília. Anais... Brasília: IPEA, 2011.

Davel, E. P. B. (1998). **Ethos empresarial familiar e reestruturação produtiva-gerencial: sobre o campo simbólico da chocolates Garoto**. In E. Davel & J. G. M. Vasconcellos (Orgs.). **Inovações Organizacionais e Relações de Trabalho – Ensaio Sobre o Espírito Santo** (pp. 283-346). Vitória: EDUFES.

DRUMOND, J. G. F. **O “Ethos” médico: a velha e a nova moral médica.** Montes Claros: UNIMONTES, 2005.

FLEXNER, Abraham. **Is social work a profession?** Proceedings of the National Conference of Charities and Correction. Chicago: Hildmann, 1915.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUS – FIOCRUZ. **Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas.** 2014. Disponível em < <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>>. Acesso em 25 out. 2015.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas.** 1 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas.** 1 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GLOBO.COM. Médicos da Prefeitura de BH fazem paralisação de 24 horas nesta terça. **G1**, Belo Horizonte, 23 fev. 2016. Disponível em < <http://g1.globo.com/minas-gerais/noticia/2016/02/medicos-da-prefeitura-de-bh-fazem-paralisacao-de-24-horas-nesta-terca.html>>. Acesso em 19 dez. 2016.

GOODE, William J. Community within a community: the professions. **American Sociological Review**, v. 22, n. 2, apr. 1957.

HUALDE, Alfredo. La sociología de las profesiones: asignatura pendiente em América Latina. In: DE LA GARZA TOLEDO, Enrique (coord.). **Tratado latinoamericano de sociología del trabajo.** México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

HUGHES, Everett C. Professions. **On work, race, and the sociological imagination.** Chicago: University of Chicago Press, 1994.

IBAMA-COLADO, E. *et. al.* The ethics of Managerial Subjectivity. **Journal of Business Ethics**, 2006.

KLUCKHOHN, C. **Antropologia: Um espelho para o homem.** Belo Horizonte: Itatiaia, 1972.

KROEBER, A. L. KLUCKHOHN, C. **Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions.** CAMBRIDGE: Museum, 1952.

LARAIA, R.B. **Cultura: um conceito antropológico.** 23 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

LEMOS, T. BH tem 13% da população em favelas, índice superior ao de SP. **Portal PBH**, Belo Horizonte, 23 fev. 2012. Disponível em <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=55789&pIdPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em 13 out. 2016.

LINTON, R. **The Cultural Background of Personality**. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1952.

MACHADO, M. H. **OS médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão**, 1996. Tese (Doutorado) - Rio de Janeiro, 1996, Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro.

MACHADO, M. H. (Coord.). **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MAIA, Mônica Bara. **HUMANIZAÇÃO DO PARTO: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte**. 2008. 185f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais/Gestão das Cidades. Belo Horizonte, 2008.

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. São Paulo: Didática, v. 27, 1991.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

OLIVEIRA, N. A. *et al.* Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. **Revista Brasileira De Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol.32 no.3, 2008.

SINDIBEL. Repleto de goteiras, Centro de Saúde da Pedreira suspende atendimento. **Saiu na Imprensa**, Belo Horizonte, 15 dez. 2016. Disponível em <<http://sindibel.com.br/o-tempo-repleto-de-goteiras-centro-de-saude-da-pedreira-suspende-atendimento/>>. Acesso em 19 dez. 2016.

STARR, P. La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. Trad. Agustín B. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.

SULTZ, Hany. Health Policy: If You Don't Know Where You're Going, Any Road Will Take You. **American Journal of Public Health**, vol. 81, no. 4, abr. 1991.

PERPÉTUO, I. H. O.; BESSA, G. H.; FONSECA, M. C. Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11, 1998, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 1998.

REZENDE, J. M. **O juramento de Hipócrates**. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-04.pdf>>. Acesso em 19 de dez. 2016.

RIBEIRO, L. M. LUCERO, A. GONTIJO, E.D. O ethos homérico, a cultura da vergonha e a cultura da culpa. **Revista Psychê**, out. 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30711292010>> . Acesso em 12 out. 2016.

SMITH, W. Hippocrates. **Encyclopedia Britannica**. Disponível em: <<https://global.britannica.com/biography/Hippocrates>>. Acesso em 19 dez. 2016.

SAVIOLI, C. MARIEL, B. Médicos lamentam e outros profissionais de saúde comemoram aprovação de vetos ao Ato Médico. **UOL**, São Paulo, 22 ago. 2013. Disponível em <<http://noticias.r7.com/saude/medicos-lamentam-e-outros-profissionais-de-saude-comemoram-aprovacao-de-vetos-ao-ato-medico-22082013>>. Acesso em 12 out. 2016.

TEIXEIRA, C. **Os Princípios Do Sistema Único De Saúde**. Disponível em <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)>. Acesso em 19 dez. 2016.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TYLOR, E. B. **Primitive Culture**: Researches into the development of mythology, philosophy, religion, art and custom. Londres: Murray, 1871.

UCHOA, E.; ROSEMBERG, B.; PORTO, M. F. S. **Entre a Fragmentação e a Integração**: Saúde e Qualidade de Vida de Grupos Populacionais Específicos. Informe Epidemiológico do SUS, v. 11, n. 3, 2002.

UFMG - Universidade Federal De Minas Gerais, Ufmg. **Novo currículo Medicina 2014**. Disponível em <<http://medicina.ufmg.br/novocurriculo/>> . Acesso em 23 nov. 2015.

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do Capitalismo**. São Paulo: Pioneira, 1967.

WHITE, Leslie A.; DILLINGHAM, Beth. **O conceito de cultura**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage**. 2010. Disponível em <<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>>. Acesso em 21 out. 2015.