

# POLÍTICAS SOCIAIS E O DIREITO À SAÚDE: AS LÓGICAS DE AÇÃO DE FRANÇOIS DUBET NA DINÂMICA DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE.

Lízia Medina<sup>1</sup>

Graziella Montes Valverde<sup>2</sup>

## RESUMO

O presente artigo tem como objetivo promover uma reflexão teórica acerca da contraposição de grupos de poder no contexto do processo dinâmico de implantação de uma política de saúde. Buscou-se analisar as ações que emergiram da implementação do *Programa Mais Médicos*, a partir do conceito de experiência social de François Dubet, que compreende o indivíduo a partir da sua experiência social resultante da combinação de diversas lógicas de ação, e de categorias bourdieusianas como *habitus*, campo e poder simbólico.

**Palavras-chave:** políticas públicas de saúde; François Dubet; Pierre Bourdieu.

## ABSTRACT

This article aims to promote a theoretical reflection on the contrast of power groups in the context of the dynamic process of implementing a health policy. We attempted to analyze the actions that emerged from the implementation of the *Programa Mais Médicos*, from the concept of social experience of François Dubet, comprising individuals from their social experience resulting from the combination of different logics of action, and Bourdieu categories such as *habitus*, field and symbolic power.

**Keywords:** public health policies; François Dubet; Pierre Bourdieu.

---

<sup>1</sup> Mestranda em Ciências Sociais - UFJF. Especialista em Direito Público. Graduada em Direito.

<sup>2</sup> Graduanda em Direito, aluna das Faculdades Integradas Doctum/Juiz de Fora.

## 1. Considerações preliminares

A Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988 é o marco do projeto nacional de um estado de bem-estar social inclusivo e universalista. Instaure-se uma nova ordem política. Impõem-se novas obrigações estatais, cumprindo-lhe garantir o desenvolvimento nacional aliado à redução da desigualdade social, a garantia dos direitos sociais e a promoção do bem de todos. O direito à saúde nasce enlaçado ao princípio da equidade no acesso e na utilização gratuita de serviços de saúde pelos cidadãos.

Na conjuntura atual do país, em um cenário de graves problemas qualitativos e quantitativos na prestação dos serviços públicos em geral, o fato é que os brasileiros demandam por uma melhoria substancial dos serviços de saúde pública. Isso aponta um foco de luz para a seguinte problemática: a ainda não universalização do acesso à saúde. O presente artigo tem por objetivo identificar a posição de parte da corporação profissional de médicos na fase de implementação de uma política de saúde que visa aprofundar a universalização do sistema de saúde brasileiro, o *Programa Mais Médicos*. O estudo tem um enfoque multidisciplinar, envolvendo o direito, a ciência política e a sociologia, visto que o estudo de políticas públicas exige a análise das relações entre as decisões políticas do Estado, a economia e a sociedade. O processo de formulação de política pública de saúde, sobretudo quando se trata de política fundada na universalização das ações e serviços de saúde, inclui perceber a dinâmica das relações sociais de poder e os movimentos dos atores diante de uma política que possa atingir seus múltiplos interesses. Nesse contexto, este artigo procura promover uma reflexão teórica acerca da contraposição de grupos de poder no contexto do processo dinâmico de implantação de uma política de saúde, isto é, da resistência de médicos brasileiros ao *Programa Mais Médicos*.

O caminho metodológico escolhido para o estudo foi a revisão bibliográfica de literatura especializada, com ênfase na abordagem sociológica. Assim, desenvolveu-se análise das ações que emergiram da implementação do *Programa Mais Médicos*, a partir do conceito de experiência social de François Dubet, que compreende o indivíduo a partir da sua experiência social resultante da combinação de diversas lógicas de ação (a da integração, a da estratégia, e a da subjetivação), e de categorias bourdieusianas como *habitus*, campo e poder simbólico. Além disso, a metodologia fundou-se na análise de dados estatísticos do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) e do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

O presente trabalho está estruturado em duas partes: a primeira trata das políticas sociais e dos fundamentos teóricos do *welfare state* e situa a política de saúde como integrante do sistema de proteção social no Brasil; na segunda parte, a partir de categorias de François Dubet e Pierre Bourdieu, faz-se uma análise das ações e lutas de setores da classe médica diante da implementação do Programa Mais Médicos

## **2. Proteção Social e Bem-Estar Social**

A análise da realidade concreta das políticas sociais de um Estado ou a comparação entre sistemas de proteção social pressupõe a identificação dos marcos da proteção social, a partir da tipologia dos três principais modelos: assistência social, seguro social e estado de bem-estar social (FLEURY, 2013). A concepção de política social de um dado país relaciona-se à forma de proteção adotada. Os modelos variam em razão de elementos ideológicos, valorativos, organizativos e institucionais, cujos impactos na sociedade são percebidos pelas condições distintas na cidadania.

Originado de um contexto socioeconômico liberal, o modelo de assistência social ou residual caracteriza-se pela ausência de uma relação formal de direito a um benefício, sendo as ações assistenciais promovidas com um caráter emergencial e com um viés caritativo. Os indivíduos pobres assistidos pelo Estado o são justamente pela sua condição de não cidadãos. Portanto, a cidadania é “invertida” (FLEURY, 1994), na medida em que são reconhecidos pelo Poder Público tão somente os indivíduos necessitados. Esse modelo desenvolveu-se em contextos socioeconômicos que priorizaram a autorregulação do mercado, cabendo ao Estado uma intervenção mínima e complementar em termos de provisão.

A segunda forma de proteção social deriva de um contexto baseado na estrutura produtiva<sup>i</sup>, tendo como eixo central a cobertura da classe trabalhadora do mercado formal, condicionando a cidadania a uma relação de contrato de trabalho. Assim, uma massa de desvalidos fica à margem do sistema de proteção. Pautado no princípio da solidariedade, o seguro social conta com um esquema de financiamento de diversos setores do tecido social, com contribuições obrigatórias de empregadores, empregados e do Estado. “Ele inaugura o seguro nacional compulsório, organizado por categorias profissionais, contra o risco de perda da capacidade de gerar renda por acidente, doença, invalidez ou idade” (KERSTENETZKY, 2012, p.5).

Por derradeiro, o modelo de seguridade social<sup>ii</sup> tem como alicerces os princípios da justiça social e da equidade. Os benefícios sociais não se subordinam a caridade ou

contribuição, mas são reconhecidos como direitos sociais, nascendo o conceito de cidadania universal. A ordem social é edificada a partir de direitos sociais universais, a exemplo da saúde, educação, aposentadoria e seguro-desemprego. O Estado assume o papel de devedor social, cuja obrigação é garantir um padrão mínimo de benefícios a todos os cidadãos, como medida para diminuir as desigualdades sociais e promover o bem-estar social. Também chamado de institucional, nesse modelo:

os recursos do sistema são repartidos na medida em que as despesas são cobertas com recursos arrecadados periodicamente (...) gera um compromisso entre gerações, em que adultos atuais pagam os benefícios da geração de seus pais e criam uma dívida para a geração de seus filhos (FLEURY; OUVENEY, 2013, p.34).

A reflexão sobre as políticas sociais perpassa pela análise da interdependência entre Estado, política, economia e sociedade. No contexto das sociedades complexas, demarcadas pela heterogeneidade e diferentes interesses, é crucial o papel do Estado para equacionar os problemas coletivos, mediante a ação concreta de políticas de proteção social. O enfrentamento dos problemas sociais, especialmente da desigualdade socioeconômica e da pobreza, se verifica por meio do intervencionismo público realizado pela maior “invenção política” (KERSTENETZKY, 2012) de todos os tempos: o estado de bem-estar social. Em linhas gerais, o termo *welfare state* ou estado de bem-estar social designa a articulação de um conjunto de programas e políticas públicas direcionadas à provisão de serviços sociais com vistas à promoção da seguridade e igualdades entre os cidadãos. Essas políticas sociais variam no tempo e no espaço, resultando, fundamentalmente, de decisões políticas. Martha Arretche, ao concluir o seu trabalho *Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas* (1995) conceitua *welfare state* como:

um campo de escolhas, de solução de conflitos no interior de sociedades (capitalistas avançadas), conflitos nos quais se decide a redistribuição dos frutos do trabalho social e o acesso da população à proteção contra riscos inerentes à vida social, proteção concebida como direito de cidadania (1995, p.35).

O *welfare state* opera buscando neutralizar os efeitos perversos da modernização, assim, reconhece direitos sociais de cidadania e delinea um conjunto de ações públicas intervencionistas para a provisão de certos bens e serviços sociais com a finalidade de produzir bem-estar social. Os princípios que norteiam as instituições do *welfare* são o universalismo e

não o assistencialismo, e a prevenção das desigualdades, e não a sua minimização (KERSTENETZKY, 2012, p.36).

O estado de bem-estar social é compreendido a partir de distintas perspectivas analíticas e teóricas. As interpretações inerentes à gênese e desenvolvimento do fenômeno orientam-se, por exemplo, por pesquisas empíricas, estudos comparativos, indicadores ou trajetória histórica. A configuração do estado de bem-estar em um dado país oscila de acordo com a ordem política, institucional, econômica e social. Portanto, inexistente uma definição unívoca.

Alguns teóricos compreendem o fenômeno a partir dos movimentos progressivos de ampliação dos direitos. Arretche (1995, p.21) observa uma aproximação entre a teoria marshalliana da evolução progressiva do *status* de cidadania e a concepção de Estado providência de Pierre Rosanvallon. O cientista social inglês desenvolveu um estudo cujo cerne de análise era a perspectiva histórica dos direitos de cidadania – os direitos civis no século XVIII, os políticos no XIX e os direitos sociais no XX - das instituições públicas e os impactos da ampliação da cidadania no tecido social. Marshall (1967) concluiu que havia uma relação causal entre os três elementos da cidadania: os direitos políticos (segundo elemento) seriam um consectário do exercício dos direitos civis (primeiro elemento) e, de igual modo, o advento dos direitos sociais (terceiro elemento) decorreria do exercício dos direitos políticos. Nessa mesma linha, o professor do Collège de France assevera que “o movimento democrático nada mais fará que reivindicar os direitos completos de cidadania para todos os indivíduos, o direito de sufrágio, assim como o direito de proteção econômica” (1997, p.20). A ampliação dos direitos e os movimentos das formas políticas dos Estados se desenvolvem naturalmente em um processo de continuidade e não de rupturas. “O Estado-providência não é senão uma extensão e um prolongamento do Estado-protetor (...) porque se baseiam em uma mesma representação do indivíduo e das suas relações com Estado” (ROSANVALLON, 1997, p.21).

Apesar da carência de um conceito preciso entre os teóricos (SANTOS, 1998), adota-se a concepção de política social que está enlaçada à de cidadania, preconizada na Inglaterra do pós-Segunda Guerra Mundial. O modelo inglês estabeleceu as bases de um modo de intervenção pública enraizada na perspectiva universalista de bem-estar social e demarcou um padrão de mínimo vital para todos, que incluía a assistência social, a previdência e a saúde pública. Conforme a proposição de Theodor H. Marshall (1967), os direitos sociais, assentados no princípio igualitário, incorporam-se ao *status* de cidadania na medida em que cada cidadão tem acesso aos mesmos bens e serviços sociais que os demais. O cientista social denominou o

sistema inglês de “modelo do *status*”. “A cidadania é um *status* concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem o *status* são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao *status*” (1967, p.76). A partir de uma pauta de direitos e deveres, o Estado assume o ônus de desenvolver um sistema de proteção social, dentro do qual as políticas sociais constituem todas as ações, programas, processos e medidas “necessários ao reconhecimento, implementação, exercício e gozo dos direitos sociais reconhecidos em uma dada sociedade como incluídos na condição de cidadania” (TEIXEIRA, 1985, p.1).

No que se refere à proteção social no Brasil, pode-se afirmar que esta foi aprimorada pela Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988, sobretudo em razão das inovações na disciplina normativa da Ordem Social (BRASIL, 1988, Título VIII). Adota-se o modelo de seguridade social, explicitando um “novo pacto social a se construir, fundado na solidariedade, na qual estaria incluído o indivíduo em situação de risco social” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2010, p.61). Neste contexto, insere-se a saúde: “ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania” (FLEURY; OUVÉRY, 2013, p.25).

## 2.1 Bem-estar e Saúde

Enlaçado ao direito à vida, o direito à saúde, consistente em um estado de bem-estar físico e psíquico (GARRIDO CORDOBERA, 2011), é consagrado como indispensável à dignidade da pessoa humana, epicentro da ordem constitucional, correspondendo a uma inarredável obrigação estatal. Para a OMS, saúde significa "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades" (OMS, 1946). Com isso, ressalta-se o valor coletivo e não meramente individual. Outra definição muito citada foi elaborada pela própria OMS, mais especificamente pelo Escritório Regional Europeu:

A medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo (OMS, 2002).

O direito à saúde é previsto em múltiplos tratados internacionais de aplicação nos países parte do MERCOSUL. O Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais, o *Protocolo de San Salvador*, reconhece a saúde como direito social<sup>iii</sup> e estabelece a obrigação dos Estados de concretização social dos direitos previstos no instrumento “a fim de conseguir, progressivamente e de acordo com a legislação interna, a plena efetividade dos direitos reconhecidos neste Protocolo<sup>iv</sup>”. Assim, os Estados signatários do aludido tratado, entre os quais se inclui o Brasil, obrigam-se a desenvolver ações públicas direcionadas à promoção da saúde e bem-estar dos cidadãos. É importante salientar a abrangência da norma citada, cujo comando determina o empreendimento estatal pujante e contínuo de modo a, progressivamente, se obter a plena efetividade dos direitos sociais. Portanto, impõe-se a implantação de políticas de saúde até que se propicie a universalidade, igualdade e integralidade.

O acesso à saúde varia nos países conforme a modalidade de proteção social adotada, podendo ser uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio, ou o usufruto de um direito do cidadão (FLEURY, 2012, p.25). A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagrou a saúde como direito social de cidadania e definiu as linhas-mestras para a construção da política de saúde no país, a qual deve ser orientada a reduzir o risco de doenças e outros agravos e a assegurar o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e aos serviços de saúde<sup>v</sup>. Assim, o modelo público de saúde radica-se nos princípios da equidade e universalidade de acesso.

O acesso universal é a expressão de que todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. (...) Com a universalidade, as condições socioeconômicas da população e a inserção no mercado de trabalho não devem implicar acesso diferenciado a determinados tipos de serviços: as despesas com os riscos de adoecimentos e o financiamento passam a ser repartidos de forma solidária entre grupos de diferentes classes de renda, sendo de responsabilidade de toda a sociedade (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2013, p.367).

No entanto, a realidade brasileira ainda é dissonante do propósito constitucional para a saúde pública. Em pesquisa recente, divulgada em 2013, os dados revelam que, na conjuntura atual do país, a demanda por uma melhoria substancial dos serviços de saúde pública constitui prioridade entre os brasileiros. Trata-se do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)

– Nossos Brasis: prioridades da população,<sup>vi</sup> pesquisa domiciliar realizada em agosto de 2013, em mais de 210 cidades brasileiras, cujo objeto foi replicar as perguntas formuladas pela pesquisa organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), a Meu Mundo (*My World*). O objetivo desta última é captar as prioridades das pessoas para que os líderes globais possam se estruturar e definir uma nova agenda de desenvolvimento para o mundo. Os dados do SIPS – Nossos Brasis indicam que dos 3.810 entrevistados, 87,64% assinalaram a melhoria na prestação dos serviços de saúde como a questão social mais urgente no Brasil.

Dentre os problemas que assolam a saúde pública, destacam-se os relativos ao acesso. Conforme o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS),<sup>vii</sup> pesquisa domiciliar realizada em 2010 junto às famílias brasileiras com o escopo de conhecer suas percepções sobre bens e serviços públicos, incluindo a saúde, divulgada em 2011 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a falta de médicos no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente nas periferias das grandes cidades e nas regiões mais remotas do interior do país, foi apontada como um dos problemas mais prementes da saúde pública brasileira. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil conta com 1,8 médicos por mil habitantes. Em comparação, esse índice é de 4,0 na Espanha, 3,9 em Portugal, 3,7 no Uruguai e 3,2 na Argentina.

Além disso, os médicos brasileiros estão superconcentrados nas regiões Sul, Sudeste e Distrito Federal, sendo que 22 estados situam-se abaixo da média nacional de 1,8 profissionais por mil habitantes. As regiões mais carentes do país, sobretudo os estados do Piauí (0,92), Rondônia (1,02), Pará (0,77), Amapá (0,76) e Maranhão (0,58) sofrem com a falta de médicos. Os dados apontam que a desigualdade regional em termos de distribuição de médicos é muito acentuada. A realidade é de uma verdadeira massa de desvalidos, abandonada à própria sorte nas periferias das grandes cidades e nos rincões do Brasil. “Cidadãos” à margem do *welfare state* propugnado pela “Constituição Cidadã”.

### **3. Construção de uma política de saúde: contraposições de forças sociais**

A ampliação dos serviços sociais com o escopo de universalização do acesso público depende de mudanças estruturais nas políticas sociais, em termos de provisão pública, modelos

gerenciais e incremento de políticas destinadas a ampliar a extensão da cobertura e a proteção. Além disso, a construção de políticas sociais exige o conhecimento das realidades setoriais e envolve estratégias, instrumentos e mediações que promovam a articulação dos diversos grupos de interesses, a exemplo da relação entre gestores, atores políticos e empresas, de modo a minimizar os obstáculos para a materialização dos direitos sociais. As instituições políticas de cada país é que “estabelecem diferentes regras do jogo para políticos e para grupos de interesse, buscando aprovar ou bloquear planos de ação” (IMMERGUT, 1996, p.140).

O estudo do processo dinâmico de uma política pública deve considerar os graus de *governance* e governabilidade do Estado. O termo *governance* é empregado para denotar o modelo de governo “no qual há maior cooperação entre Estado e atores não estatais no interior de redes de decisão mista entre público e privado. Portanto, *governance* é vista como direção e condução política” (TAPIA, 2006, p.15). O conceito de governabilidade ou capacidade governativa refere-se ao processo de produção das *policies* e seu impacto econômico-social. Segundo Jorge Tapia, governabilidade é:

a capacidade de um sistema político de produzir políticas públicas que resolvam os problemas da sociedade, [...] de converter o potencial político de um dado conjunto de instituições e práticas políticas em capacidade de definir, implementar e sustentar políticas (TAPIA, 2006, p.15).

Portanto, todos esses aspectos da dinâmica de construção e implantação de uma política social devem ser observados também quando se trata da política de saúde, visto que esta se encontra na interseção entre Estado, sociedade e mercado. Sônia Fleury e Assis Ouverney (2013, pp. 37-55) sintetizam alguns aspectos essenciais a serem considerados no processo dinâmico da política de saúde: 1) definir os objetivos da política e dos valores que devem orientá-la, guiar as ações públicas e a forma de alocações de recursos; 2) conhecer os problemas setoriais (diagnóstico da realidade) e construir estratégias, instrumentos e ações orientadas para o cumprimento de metas específicas para cada campo de atuação da política, considerando suas fronteiras com a economia, a política e a cultura; 3) a política pode produzir simultaneamente efeitos políticos e econômicos nas relações sociais; 4) compreender as relações de poder que circundam a política de saúde e construir arenas, canais e rotinas do processo decisório para organizar a ação pública; 5) assimilar, contrapor ou compatibilizar projetos sociais dos múltiplos atores sociais e políticos; 6) desenvolver e transformar marcos reguladores,

compostos por referenciais valorativos, políticos, organizacionais e econômicos, que disciplinem ou delimitem a ação dos atores e estabeleçam elos entre a política de saúde e o sistema de proteção social; 7) as práticas de uma política de saúde devem ser construídas a partir de referenciais éticos e valorativos da sociedade, tais como a justiça social e a isonomia, impulsionando uma ressignificação das relações sociais e, conseqüentemente, dos padrões sociais e culturais vigentes.

A ênfase do presente estudo é o processo de lutas por determinados grupos de poder e os conflitos sociais advindos da implantação de uma política pública. A compreensão da dinâmica de uma política pública de saúde pressupõe identificar os grupos sociais, atores e os interesses políticos, sociais e econômicos envolvidos. Como essas relações de poder se articulam diante de uma política de saúde que pode atingir os interesses de um grupo social? Toma-se como exemplo o caso do *Programa Mais Médicos* para se analisar o processo de confrontações de setores da classe médica no Brasil.

A Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, instituiu o *Programa Mais Médicos* com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS), além de, dentre outros objetivos, buscar diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde e fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país. O programa incluiu a abertura de seleção para a contratação de médicos brasileiros para atuarem nos locais que apresentam problemas de escassez de profissionais. Para ampliar o acesso à atenção primária em saúde, previu a contratação de quatro mil médicos estrangeiros para atuarem nos 701 municípios que não despertaram o interesse de nenhum médico brasileiro, com base no Acordo de Cooperação Técnica estabelecido pelo Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

A reação contrária de setores da classe médica à contratação dos profissionais estrangeiros tem se mostrado intensa. Dentro dos estreitos limites deste artigo pretende-se refletir sobre as investidas dos médicos brasileiros para a manutenção da estrutura a partir de estratégias autônomas, mas coordenadas, direcionadas à proteção dos interesses do grupo.

### **3.1. Análise das lógicas de ação de François Dubet: médicos diante de um campo de poder ameaçado**

A análise sociológica do embate travado entre setores da classe médica e o Poder Público federal toma como objeto de estudo o conceito de experiência social construído por

François Dubet (1996) em *Sociologia da Experiência*. O sociólogo francês, professor na *Universidade de Bordeaux II* e diretor de estudos na *École des Hautes Études em Sciences Sociales* (EHESS), compreende o indivíduo a partir da sua experiência social, a qual resulta da combinação de diversas lógicas de ação e sistemas sociais. A subjetivação é uma atividade crítica, o sujeito traceja sua identidade social mediante a articulação de lógicas próprias. A ação é uma prática.

A sociologia da experiência tem em vista definir a experiência como uma combinação de lógicas de ação, lógicas que ligam o ator a cada uma das dimensões de um sistema. O ator é obrigado a articular lógicas de ação diferentes, e é a dinâmica gerada por esta atividade que constitui a subjetividade do ator e a sua reflexividade (1996, p. 107).

A experiência social dos médicos pode ser estudada a partir das três lógicas de ação dubenianas: a da integração, a da estratégia, e a da subjetivação.

A lógica da integração, ideia presente desde a sociologia clássica, considera que o ator é reconhecido apenas quando integrado em sua comunidade social. A “identidade do ator é definida como a vertente subjetiva da integração do sistema” (1996, p.115). Assim, o médico pode ser estudado a partir de seus vínculos no interior da comunidade profissional e dos valores internalizados pelo seu papel na sociedade, difundidos pelo grupo social.

A lógica da estratégia refere-se aos interesses do indivíduo em um determinado mercado em busca de *status*, do poder de influenciar os outros em razão de sua posição social. Esta lógica aponta o exercício de poder do ator no sistema por meio da articulação de estratégias voltadas para praticar influência sobre os outros. Nessa perspectiva, o sujeito se aproxima de Bourdieu, para quem “o *habitus* não é somente um ‘ser’, é também um recurso estratégico: ‘um capital’” (1996, p.122).

Constata-se que dentre as transformações dos elementos da sociologia clássica analisadas em *Sociologia da Experiência*, François Dubet se alinha, em certa medida, com a sociologia prática e reflexiva proposta por Pierre Bourdieu, especialmente na definição da ação como uma prática. “Bourdieu recusa ao mesmo tempo o objetivismo segundo o qual a ação seria a aplicação de um papel já totalmente escrito [...] e o subjetivismo que implica o reconhecimento de um ator livre” (1996, p.76). A prática, para Bourdieu, “é a realização de um *habitus* [...] um conjunto de códigos e de disposições adquiridas de maneira precoce e que o

indivíduo põe em prática na diversidade das circunstâncias” (1996, p.76). Na obra *Razões Práticas Sobre a Teoria da Ação* (2008), Bourdieu define o conceito de *habitus*:

São diferenciados; mas também diferenciadores [...] são princípios geradores de práticas distintas e distintivas [...]; mas são também esquemas classificatórios, princípios de classificação, princípios de visão e de divisão e gostos diferentes. Eles estabelecem as diferenças entre o que é bom e mau, entre o bem e o mal, entre o que é distinto e o que é vulgar, mas elas não são as mesmas (2008, p. 22).

Dentre as estratégias engendradas pela classe médica para opor-se ao programa federal de ampliação do acesso à rede pública de saúde, no plano jurídico, destaca-se o questionamento no Supremo Tribunal Federal da inconstitucionalidade de dispositivos da medida provisória n. 621/2013, que criou o *Programa Mais Médicos*, por meio da propositura de duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs), uma ajuizada pela Associação Médica Brasileira (AMB) (ADI5035), e outra pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Universitários Regulamentados (CNTU) (ADI 5037). Os médicos alegam, a grosso modo, que o programa do governo federal é inconstitucional por afrontar as regras relativas ao exercício da profissão médica no Brasil, especialmente as regras que tratam da revalidação de diplomas e dos requisitos para o exercício profissional.

Outro ponto amplamente veiculado nos meios de comunicação foi a recepção dos médicos estrangeiros advindos de Cuba. A chegada dos primeiros grupos de médicos cubanos em território brasileiro foi hostilizada por médicos brasileiros, os quais receberam os profissionais estrangeiros, já nos aeroportos, com xingamentos, vocalizações discriminatórias e vaias. Declarações xenofóbicas do presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais (CRM-MG), João Batista Gomes, inflamaram ainda mais os debates que circundam a aplicação do programa.

A reação agressiva da classe médica à política pública em análise pode ser reconhecida como a luta dos atores (médicos), portadores de um *habitus* enraizado, diante da possibilidade de alterações nas estruturas de um campo. Para se captar a lógica, a realidade objetiva do mundo social, a Filosofia da Ação, de Pierre Bourdieu, propõe, a partir de uma submersão em uma realidade empírica e de uma análise relacional, o confronto “entre as estruturas objetivas (dos campos sociais) e as estruturas incorporadas (do *habitus*)” (2008, p.10).

O estudo do confronto instalado entre os médicos brasileiros e o Poder Público federal, e do espaço social destes profissionais no contexto da concretização do *Programa Mais*

*Médicos*, deve passar pelo conceito bourdieusiano de campo (campo de poder ou a “classe dominante”), compreendido como:

As relações de forças entre as posições sociais que garantem aos seus ocupantes um *quantum* suficiente de força social – ou de capital – de modo a que estes tenham a possibilidade de entrar nas lutas pelo monopólio do poder, entre as quais possuem uma dimensão capital as que têm por finalidade a definição da forma legítima do poder (BOURDIEU, 2012, p.28).

A gênese de campo pode ser interpretada, conforme o sociólogo Miguel Ângelo Montagner e a cientista social Maria Inez Montagner, como produto de uma “necessidade de situar os agentes portadores de um *habitus* dentro do espaço no qual esse mesmo *habitus* havia sido engendrado sob o pecado original da dominação e que, para tanto, pressupôs um arcabouço estável no qual essa dominação se reproduziria” (MONTAGNER; MONTAGNER, 2010, p. 259).

Os arranjos praticados pelos médicos visando à permanência do campo em sua configuração atual podem ser explicitados pelos indicadores de uma pesquisa recém-divulgada pelo IPEA. Segundo o *Ranking das ocupações*,<sup>viii</sup> estudo organizado a partir de microdados do Censo 2010, a carreira da medicina é a mais bem remunerada (renda mensal média de R\$ 8.459,45) dentre 48 carreiras universitárias e apresenta a maior taxa de ocupação (97,07% dos profissionais estão trabalhando). Como se vê, paradoxalmente, o mar de estabilidade navegado pelos graduados em medicina constitui o seu porto seguro.

Diante desse painel, vislumbra-se o enlace das lógicas dubenianas da integração e da estratégia na busca dos médicos pela manutenção do campo de poder identificado por Bourdieu. Trata-se do espaço dentro do qual os médicos estabelecem relações de aliança para retroalimentar o *status* da carreira e sustentar o *habitus*, de modo a garantir a manutenção de seu capital simbólico. Com efeito, na estrutura e nas entrelinhas do conflito em estudo, vê-se o exercício poder simbólico, “esse poder invisível o qual pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem” (BOURDIEU, 2002, p.7-8).

A terceira e última lógica é a do sujeito, consistente na atuação crítica do indivíduo diante das relações sociais no processo de subjetivação. Cuida-se da possibilidade de parte dos médicos brasileiros se distanciarem das posturas corporativistas, das ideias mercantilistas que tratam a saúde do cidadão como mercadoria.

Com exceção do santo ou do herói, que são menos personagens que símbolos culturais, ninguém vive como sujeito, mas ao mesmo tempo, nenhum ator se reduz a ser apenas o seu Ego ou os seus interesses, nem que seja na atividade crítica que exige a referência cultural à ideia de sujeito. É, de resto, uma das aporias da sociologia crítica que exige, pelo menos, que o seu autor se conceba como sujeito de verdade possível a fim de não invalidar o seu próprio discurso, encerrando-o numa espiral niilista de que ele só escapa pela sua autoridade (DUBET, 1996, p.132).

#### 4. Conclusão

A partir da análise da experiência social dos médicos, sob a perspectiva das categorias de ação de François Dubet, conclui-se que a redefinição das relações de poder é um fator que deve ser considerado pelo Estado ao confrontar-se com os problemas de saúde pública no país. A construção da política de saúde se depara com os diferentes projetos sociais de grupos de poder, a exemplo de parcela da categoria profissional dos médicos. Diante desse quadro, “deve-se estar sempre atento ao fato de que o campo das políticas de saúde é atravessado pelas lutas e enfrentamento de diferentes forças sociais, no processo de constituição, manutenção e contestação dos projetos de direção hegemônica de cada sociedade” (FLEURY; OUVÉNEY, 2013, p.48).

A contraposição de interesses não pode constituir óbice ao Poder Público para a concretização do direito à saúde tal qual consagrado na Constituição da República Federativa do Brasil, devendo o Estado buscar assegurar o acesso universal, igualitário e gratuito. “A norma constitucional não tem existência autônoma em face da realidade, a sua essência reside na sua vigência, ou seja, a situação por ela regulada pretende ser concretizada na realidade” (HESSE, 1991, p.14-15).

O *Programa Mais Médicos* é um exemplo de política de saúde fundamentada no direito universal de acesso dos cidadãos aos serviços e ações de saúde que busca reduzir as desigualdades regionais em termos de distribuição de médicos no país. O projeto social e a efetividade da referida política de saúde depende do enfrentamento da resistência de setores da classe médica ao programa. “As ações e estratégias que emergem da dinâmica de contraposição dos projetos alternativos de política de saúde tanto podem reforçar quanto buscar a transformação desses padrões institucionalizados” (FLEURY; OUVÉNEY; 2013, p. 49).

Como

resultado da pesquisa sublinha-se uma pequena contribuição no campo da gestão pública, sobretudo para a formulação, implementação e execução de políticas públicas de saúde. O Estado brasileiro, para avançar, aprofundar e promover uma transformação social no campo da saúde pública, precisa

assimilar e articular as forças antagônicas ao processo, estabelecendo que a lógica dos médicos, profissionais imprescindíveis para a concretização social da saúde, deve ser a lógica da saúde.

## 5. Referências

ARRETCHE, Martha T. S. **Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: Teorias Explicativas**. *BIB*. Rio de Janeiro, n.39, 1º semestre 1995, pp.3-40.

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas: Sobre a Teoria da Ação**. Tradução de Mariza Correa. 9. ed. Campinas: Papirus, 1996.

\_\_\_\_\_.; **O Poder Simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz. 16.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CONVENÇÃO AMERICANA SOBRE DIREITOS HUMANOS. Protocolo San Salvador. **Protocolo adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais**. Disponível em: [https://www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/e.Protocolo de San Salvador.htm](https://www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/e.Protocolo%20de%20San%20Salvador.htm) Acesso em: 13/03/2014.

DRAIBE, Sônia. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Caderno de Pesquisa n.8**. Núcleo de estudos de políticas públicas – NEPP – UNICAMP, 1993.

DUBET, François. **Sociologia da Experiência**. Coleção Epistemologia e Sociedade. Tradução Fernando Tomaz. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lúcia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 252 p. ISBN 85-85676-06-X. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 12/03/2014.

GARRIDO CORDOBERA, Lidia. *Virtualidades de la salud como derecho humano*. In: **Salud y Conciencia Pública**. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes de Buenos Aires, 2011.

HESSE, Konrad. **A força normativa da Constituição**. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: S.A. Fabris, 1991.

IMMERGUT, Ellen M.. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. In: **RBCS** nº 30, 1996.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Perspectivas da política social no Brasil**.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. **O estado do bem-estar na idade da razão: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MONTAGNER, Miguel Ângelo; MONTAGNER, Maria Inez. A teoria geral dos campos de Pierre Bourdieu: uma leitura. **Revista *Tempus Actas de Saúde Coletiva***. p. 255-273.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde (SUS). In: GIOVANELLA, Lúgia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Constituição**. New York: OMS, 1946.

\_\_\_\_\_. **Informe mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

ROSANVALLON, Pierre. **A crise do Estado-providência**. Traduzido por Joel Pimentel de Ulhôa. Goiânia: Unb, 1997.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. A trágica condição da política social. In: ABRANCHES, S. H.; SANTOS, W. G.; COIMBRA, M. A. **Política social e combate à pobreza**. 4 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

Série eixos do Desenvolvimento Brasileiro. Livro 8. Brasília: Ipea, 2010.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Indicadores de Percepção Social**. 2010. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude)> Acesso em: 27/02/2014.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Indicadores de Percepção Social. Nossos Brasis: prioridades da população**; Brasília: Ipea, 2013. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/131212\\_nossos\\_brasis.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/131212_nossos_brasis.pdf)>. Acesso em: 27/02/2014.

TAPIA, Jorge R. B. Políticas públicas, aprendizado social e direitos nas sociedades modernas: breves reflexões. In: **Teoria e Cultura**. Vol.1. nº 1. Jan/Jun, 2006.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. In: **Caderno de Saúde Pública**. R.J., 1(4):400-417, out/dez, 1985.

---

<sup>i</sup> O modelo alemão se estrutura no contrato de trabalho. Bismarck implantou um modelo considerado autoritário, conservador e corporativo, visto que se baseava na condição de trabalhador. Para mais confira em KERSTENETZKY, 2012.

<sup>ii</sup> Trata-se do modelo inglês ou modelo de *status*, cuja matriz histórica é o Plano Beveridge (1942).

<sup>iii</sup> Artigo 10 - Direito à Saúde: 1. Toda pessoa têm direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social. 2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados-Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir esse direito: a) assistência primária a saúde, entendendo-se como tal à assistência médica essencial ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade; b) extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado; c) total imunização contra as principais doenças infecciosas; d) prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza; e) educação da população com referência à prevenção e ao tratamento dos problemas da saúde; e f) satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.

<sup>iv</sup> Artigo 1º.

<sup>v</sup> Para dar materialidade à política social de saúde, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), implantado no início da década de 1990. A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990) cria o Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 complementou a Lei Orgânica.

<sup>vi</sup> Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/131212\\_nossos\\_brasis.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/131212_nossos_brasis.pdf)> Acesso em: 27/02/2014. Disponível em: <<http://www.myworld2015.org/?lang=pr&page=results>> Acesso em: 27/02/2014.

<sup>vii</sup> Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude)> Acesso em: 27/02/2014.

<sup>viii</sup> Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/radar/130703\\_radar27.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/radar/130703_radar27.pdf)> Acesso em: 20/06/2014.