A evolução das relações entre os médicos franceses e o estado de 1880 & 1980

Claudine Herzlich

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

HERZLICH, C. A evolução das relações entre os médicos franceses e o estado de 1880 & 1980. In: MACHADO, M.H., org. *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, pp. 75-89. ISBN: 978-85-7541-607-5. Available from: doi: [10.7476/9788575416075.005](https://doi.org/10.7476/9788575416075.005). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/t4ksj/epub/machado-9788575416075.epub>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

A evolução das relações entre os médicos franceses e o estado de 1880 a 1980¹

Claudine Herzlich

A negociação de um status social com o Estado

Se quisermos compreender a história da medicina francesa ao longo do século XIX e início do século XX, é necessário que se faça referência à mudança radical desencadeada pela Revolução Francesa de 1789. Antes desta data, a medicina era organizada com base no modelo da corporação. Esta organização era muito rígida, mas também oferecia muita proteção à prática profissional individualizada. Mas do ponto de vista dos revolucionários, todas as corporações tinham que ser abolidas,² porque, alegava-se, não deveria haver nenhum intermediário entre o bem individual e o bem coletivo. Os interesses de grupos específicos tinham de desaparecer. A Revolução também fechou todas as escolas de medicina. *Daqui por diante, ninguém está autorizado a praticar a medicina ou mesmo a ensiná-la*, determinava um decreto daquele período. Entendia-se que os próprios pacientes deveriam julgar o valor e a competência de seus médicos.

Entretanto, por volta de 1803, foi aprovada uma lei que restabelecia as escolas de medicina e restaurava o *status* da profissão médica. Mas o

1 Este artigo, "The evolution of relations between French physicians and the state from 1880 to 1980", foi originalmente publicado em *Sociology of Health and illness — A Journal of Medical Sociology*, v. 40 nº 3, London, nov. 1982, p. 241-53. É uma versão ligeiramente revisada de uma "Special University Lecture", proferida na Universidade de Londres, na Escola de Higiene e Medicina Tropical, em 12 de maio de 1981, dirigida pela professora Margot Jefferys, Bedford College, London University. Tradução de André de Faria Pereira Neto (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz). Revisão de Maria Paula Frota (PUC/RJ).

2 Ver Huard, P. *Sciences, médecine et pharmacie de la Révolution à l'Empire*, Paris, Dacosta, 1970; Huard, P. Imbault-Huard, M. J. "Concepts et réalités de l'éducation et de la profession médico-chirurgicales pendant la révolution", *Journal des savants*, nº 2, April/June 1973; Foucalt, M. *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963

Estado, naquela época, não desempenhava qualquer papel regulador da prática médica: a profissão médica era então uma profissão inteiramente *liberal* e não gozava de nenhuma proteção legal. Por outro lado, a profissão existia em um vácuo. Sua situação era caracterizada ao mesmo tempo pela *ausência de qualquer monopólio e pela ausência de um verdadeiro mercado médico*. Não havia monopólio porque o conhecimento médico tinha pouco prestígio e porque não existia até então nenhuma distinção entre o conhecimento do médico e o do leigo. Conseqüentemente, os médicos estavam expostos a uma ampla e variada concorrência. Com eles competiam não apenas os curandeiros, mas também as freiras e mesmo certas pessoas tão capacitadas quanto os médicos para o exercício dos cuidados com a saúde.³ Não existia, por outro lado, um verdadeiro mercado médico, na medida em que esses profissionais tinham uma clientela muito restrita: o preço que podiam cobrar pelas consultas variava enormemente, e era quase sempre muito baixo e insuficiente para sua sobrevivência.⁴ Por esta razão, surgiu um problema que continuou existindo por todo o século XIX: a separação dos médicos em dois grupos bastante distintos. A profissão médica incluía um grupo de ricos proprietários de terra, que não precisavam de sua prática para sobreviver, e indivíduos de origem social humilde para os quais a medicina representava um meio de vida e de ascensão social.⁵ Este segundo grupo cresceu durante o século XIX e formou a base da profissão tal como ela é organizada atualmente.

A ação coletiva, que vinha sendo gradativamente organizada, enfrentou numerosas dificuldades e seus ganhos foram obtidos com extrema lentidão. Com freqüência surgiam problemas imprevistos, como a alteração de leis provocada por acontecimentos políticos: havia debates in-

3 Ver, por exemplo, Léonard J. *Religieuses et médecins au XIXe siècle*, *Annales, économies, sociétés, civilisations*, 1977, n° 5, p. 887-907; Goubert J. P. "L'art de guérir, médecine savante et médecine populaire dans la France de 1970", n° 5, p. 908-26.

4 A importância da estrutura do mercado de assistência médica como restrição relevante à prática médica foi primeiramente apresentada em Paul Starr, "Medicine, economy and society in nineteenth-century America", Patrícia Branca (ed.), *The Medicine Show*, New York Science History Publications, 1977, p. 47-66; e em Ivan Waddington, "The development of medicine as a modern profession", M. Piatelli-Palmarini (ed.), *A Social History of the Bio-medical Sciences*, Franco Maria Ricci, Milan, Italy (no prelo).

5 Léonard, J., Darquenne, R. e Bergeron, L. "Médecine et notables sous le Consulat et l'Empire", *Annales, économies, sociétés, civilisations*, 1977, n° 5, p. 858-65; ver também Léonard, J. *La vie quotidienne du médecin de province au XX^e siècle*, Paris, Hachette, 1977; e *La France médicale du 19^e siècle*, Paris, Gallimard-Julliard, collection Archives, 1978.

termináveis e incontáveis projetos de reforma.⁶ Entretanto, é evidente que essa ação era organizada precisamente em torno de um problema que se desdobrava na constituição de um mercado que criasse uma demanda social para o tratamento de modo a assegurar aos médicos uma renda suficiente e, a partir daí, na obtenção do monopólio deste mercado através de um *status* exclusivo garantido pelo Estado.

A necessidade da assistência médica para os pobres e a profissionalização da medicina

Uma análise do problema do acesso aos serviços médicos pelos pobres e pela classe trabalhadora pode nos ajudar a entender a ação da categoria médica e suas diferentes estratégias. Deve-se distinguir, por exemplo, o caso do pobre rural daquele do pobre urbano: para cada grupo, diferentes soluções foram propostas. Para os pobres do meio rural, uma solução foi finalmente colocada em prática em certas regiões, depois de muito debate, com a utilização do *médico do distrito*, ou seja, de um médico funcionário público, pago pela prefeitura ou pelo governo estadual,⁷ que oferecia tratamento médico gratuito para pobres e uma certa área geográfica. Outra solução, tanto na área rural quanto nas cidades, foram os consultórios de beneficência (*bureaux de bienfaisance*) financiados pela filantropia pública e privada. Estas organizações de caridade estabeleciam um contrato com um ou mais médicos que concordavam em tratar dos pobres mediante baixa remuneração, em geral definida de acordo com um sistema *per capita*. Deve-se também distinguir os problemas do pobre indigente dos problemas da classe trabalhadora. Para estes últimos, foram sendo progressivamente criadas, a partir, mais ou menos, de 1850, as *sociedades de beneficência mútua*, financiadas conjuntamente por trabalhadores e empregadores. Neste caso, o médico era contratado pela sociedade, e pago por ela, segundo vários sistemas.

Em cada um desses casos, portanto, o médico não mais lidava apenas com o paciente, pois ele se relacionava com um terceiro elemento, tal

6 Ver Léonard, J. *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, Paris, Aubier, 1981; e Weisz, G. "The politics of medical professionalization in France — 1845/1848", *Journal of Social History*, 1978, v. 12, p. 3-30.

7 Em francês, *département*, que constitui a divisão político-administrativa do território nacional.

como a prefeitura, o *consultório de beneficência* ou a *sociedade de beneficência mútua*, que estabeleciam um contrato de serviços e proviam os pagamentos. A relação médico/paciente deixou de ser um negócio puramente individual. Com esta primeira introdução da dimensão coletiva na prática médica, duas reações logo tornaram-se evidentes entre os médicos, as quais considerarei como uma tendência que apontava para a *medicina liberal* e, outra, para *uma entrada no jogo social*.

A primeira tendência tornou-se visível entre os médicos de elite, ricos proprietários de terra que atribuíam enorme importância à sua liberdade individual e, acima de tudo, à sua liberdade de fazer caridade aos pobres. Toda *caridade legal* — termo usado por aqueles que se opunham à participação organizada dos médicos no tratamento dos pobres — era ruim, porque implicava a idéia de que o pobre indigente tinha *direito a um tratamento*, ao passo que os médicos desejavam o poder de decidir sobre sua ação filantrópica. Segundo esta perspectiva, eles expressavam seu medo de submeterem-se às “demandas abusivas” dos pobres e dos trabalhadores. Também temiam que estes sistemas levassem a uma forma de trabalho assalariado ou de emprego público. Por esta razão recusavam qualquer idéia de contrato coletivo e resistiam a qualquer institucionalização do mercado e proteção da prática médica através da intervenção do Estado. A medicina deveria permanecer como arte liberal, praticada individual e livremente.

A segunda tendência, por outro lado, aparecia freqüentemente entre os médicos de origem social modesta. Eles também temiam ser explorados, por exemplo, pelas *sociedades de beneficência mútua*. Esta denúncia repetiu-se durante todo o século XIX. Mas estes médicos estavam conscientes do fato de que, embora pagassem honorários muito baixos, os pobres e a classe trabalhadora representavam uma apreciável expansão do mercado médico. Parecia impossível não aceitar tal situação: o problema consistia em obter condições favoráveis aos médicos. Com esta idéia em mente, alguns deles começaram, em torno da metade do século XIX, a elaborar projetos de previdência social e seguro saúde, dando a todos os trabalhadores acesso ao tratamento médico. Eles também favoreceram a criação de um ministério da saúde, e alguns deles até mesmo aceitaram a idéia de um controle estatal da prática médica. É bastante esclarecedor observar que os mesmos médicos de origem social modesta que concordaram em abandonar parte de sua liberdade individual na relação médico/paciente como o preço pago para expandir o mercado, também exigiam que o monopólio de sua prática fosse reconhecido. Em

sua opinião, já que os médicos cuidavam dos pobres, tarefa que consideravam uma atribuição pública, o Estado deveria, em contrapartida, garantir o seu monopólio profissional: toda atividade — *diagnóstico ou tratamento* — praticada por outra pessoa que não o médico, deveria ser declarada ilegal e punida. Esta é a tendência que denominei *entrada no jogo social*. Ela adota a noção de relações codificadas, no âmbito de um mercado protegido, entre a comunidade e a profissão médica organizada, cujo monopólio é reconhecido.

A oposição entre estas duas tendências não foi sempre clara. Por exemplo, as divisões no interior do grupo médico às vezes mudavam de acordo com um problema particular que estivesse surgindo. Entretanto, se acompanharmos esses acontecimentos através do século, é claro que a segunda tendência, que representava apenas uma minoria em 1850, gradativamente torna-se dominante. A partir de 1880, o debate torna-se mais intenso e evidencia-se mais explicitamente um conflito entre os médicos e o Estado.

No final do século, o governo da Terceira República desejou decretar uma série de leis sociais destinadas a melhorar o conjunto da classe trabalhadora. Como na maioria dos países capitalistas, essa legislação social representava uma resposta ao que ficou conhecido como a *questão social*, mas pode também ser vista como uma tentativa de responder às pressões socialistas que começavam a se fazer sentir. É impossível analisar aqui os intensos conflitos que envolveram essa legislação, mas deve-se ressaltar o fato de muitas dessas leis terem relação com o acesso ao tratamento médico e com a maneira como este tratamento deveria ser financiado. Por si só, isto revela uma mudança positiva no *status* social da medicina e no maior prestígio dos serviços médicos que, a partir de então, tornaram-se um direito de todo cidadão, a ser provido pelo Estado. Sabemos que esta evolução resultou da ação combinada de diversos fatores: por exemplo, o crescimento do padrão geral de vida facilitou, gradualmente, o acesso ao médico. Entretanto, o maior prestígio da medicina deveu-se, sobretudo, ao papel menos expressivo da Igreja e ao crescimento de uma cultura *urbana*, na qual as idéias de ciência e progresso ocuparam importante lugar. Foram essas idéias que inspiraram os promotores das primeiras leis sociais no final do século passado. As primeiras leis decretadas relativas à assistência médica para o indigente são de 1893 e aos acidentes de trabalho, de 1898. A legislação posterior referente à assistência médica aos soldados mutilados é

de 1920 e, finalmente, em 1928 e 1930 foi elaborada a legislação referente à previdência social.⁸

Cabe observar que, no começo da década de 1890, a profissão médica não se opunha à idéia de legislação social. Primeiramente, a maioria dos profissionais de medicina identificava-se com os ideais republicanos e alguns deles assumiam uma posição política de esquerda. Era, portanto, inadequada a oposição sistemática a todas as leis sociais. Em segundo lugar, um crescente setor da profissão médica, majoritariamente composto por profissionais jovens, de origem social modesta, estava consciente de que o direito ao tratamento médico financiado para todos os grupos sociais representava uma ampliação potencial de seu mercado. A partir de então, estes médicos passaram a atuar como o núcleo ativo e dinâmico da categoria.

A profissão médica tornou-se, durante este período, um grupo de pressão extremamente eficaz, em particular através dos inúmeros médicos membros do parlamento⁹ e da ação coletiva da profissão, que, nesse período, enfatizava dois problemas intimamente relacionados pelos médicos em seus argumentos. Os médicos lutavam, mais intensamente que nunca, pelo reconhecimento de seu monopólio e domínio no campo da saúde. Durante este período, em 1892, eles finalmente obtiveram a lei desejada pela então maioria dos médicos: ela reorganizava e garantia a prática da medicina, criando o que chamamos hoje de *profissão* médica. Nesta lei, o monopólio médico foi finalmente reconhecido: toda prática ilegal da medicina, tanto por curandeiros como por freiras, passou a ser, a partir dessa época, severamente punida. Ela também determinou a extinção dos oficiais de saúde (*health officers*), médicos de segunda classe, cuja prática era considerada nefasta para o prestígio profissional. Mais do que isso, os médicos obtiveram autorização para se reunir em sindicatos visando negociar coletivamente todos aqueles problemas que, referentes aos honorários, certamente seriam levantados pelas novas formas de prática médica criadas pelas leis sociais.

Simultaneamente, no que pode ser chamado um “processo de intercâmbio”, os médicos deixaram claro que iriam cooperar com as leis sociais e “entrar no jogo social” das relações coletivas, mas apenas sob certas

8 Sobre a história da legislação social na França, ver especialmente Hatzfeld, H. *Du paupérisme à la sécurité sociale — 1850/1940*, Paris, Armand Colin, 1971.

9 Ver Dogan, M. “Les filières de la carrière politique en France”, *Revue Française de Sociologie*, 1967, n° VIII, p. 468-92, e os trabalhos de Léonard, J.

condições que eles podiam impor em troca de sua cooperação, e que configuraram a prática médica na França. Elas incluíam a *livre escolha* do médico pelo paciente; *a liberdade do médico em atender ou não ao chamado de um pobre indigente ou de um trabalhador*; e um sistema de remuneração por serviços que excluía toda contribuição ou sistema de pagamento *per capita*. Estabelecendo estas condições, os médicos puderam então combinar as vantagens anteriormente reivindicadas pelas duas tendências da profissão. Eles “integraram-se ao jogo social” e obtiveram, desta maneira, as vantagens de um mercado mais amplo e de um monopólio médico. Entretanto, no âmbito da estrutura coletiva, então aceita, os médicos continuaram livres para determinar as condições da relação médico-paciente. Em outras palavras: em um mercado organizado e um monopólio protegido também havia um espaço onde o médico podia atuar livremente, o da relação médico-paciente.¹⁰

A ideologia liberal e o desenvolvimento da profissão médica: uma vitória por meios simbólicos

A vitória dos médicos foi, em grande parte, uma vitória alcançada por meios simbólicos. A vitória de uma ideologia que mais tarde revelou-se uma das melhores armas da profissão. Os médicos impuseram as condições, mas as impuseram em nome de *princípios* que, assim alegavam, constituíam os verdadeiros e eternos princípios da medicina: o caráter individual e irrestrito da relação médico-paciente considerada como a legitimação da prática privada. Quando se estudam os escritos médicos do período, fica-se impressionado com a intensidade do debate, com a multiplicidade de livros e artigos que tentaram estabelecer os “verdadeiros princípios da prática médica”. Durante esse período foram também publicados numerosos tratados de ética médica¹¹ que discutiam estes prin-

10 Foi-me sugerido que uma situação muito semelhante existiu na Grã-Bretanha em relação às negociações entre o governo e a profissão em torno de Ato Nacional de Seguro Saúde de 1911. Este talvez seja um tópico interessante para um estudo comparativo.

11 Por exemplo: Brouardel, P. *Le Secret médical*, Paris, 1887; Brouardel, P. *L'exercice de la profession médicale et le charlatanisme*, Paris, 1899; Juhel-Renoy, *Vie professionnelle et devoirs du médecin*, Paris, Doin, 1892; Legendre, P. e Lepape, G. *Le médecin dans la société contemporaine*, Paris, 1902; Martin, E. *Précis de déontologie*, Paris, Masson, 1914; Morache, G. *La profession médicale, ses droits, ses devoirs*, Paris, Alcan, 1901.

cípios e embasavam a ideologia da medicina liberal (*la médecine libérale*). Os argumentos sucediam-se em três frentes distintas.

Primeiro, os argumentos favoráveis à liberdade de ação na relação médico-paciente situam-se no contexto da ideologia liberal, que predominava na França naquela época. Entretanto, cabe ressaltar que a ideologia médica pode ser diferenciada da doutrina puramente liberal: a liberdade exigida pela profissão médica, no conjunto das leis sociais, não era a liberdade unicamente individual do profissional isolado, como existira cinquenta anos antes. Tratava-se da autonomia de um grupo profissional, no sentido em que utilizamos atualmente o termo: a autonomia de um grupo organizado. Contudo, a semelhança de vocabulário com o de uma doutrina estritamente liberal assegurava uma receptividade favorável junto à burguesia francesa.¹²

Segundo, os médicos eram capazes de impor sua visão como a que melhor incorporava a essência e a tradição da medicina. Eles estavam, neste caso, tipicamente engajados em um processo de *construção social da realidade*, por serem capazes de impor sua própria retórica como a definição da verdadeira essência da medicina. Consideremos, por exemplo, o caso da *livre escolha* dos médicos pelo paciente. Os médicos insistiam em afirmar que ela representava um de seus mais antigos, valiosos e tradicionais princípios. Na verdade, pode-se dizer, ao contrário, que, para os médicos franceses, a livre escolha, antes da Revolução, era privilégio de pacientes ricos e poderosos, membros de uma aristocracia e quase sempre com um *status* social mais alto que o do médico. Para o médico, “livre escolha” era mais um constrangimento do que um princípio que valesse a pena reivindicar. Mas, como o mercado médico no final do século XIX tendia a ser constituído por membros de uma classe social inferior, a liberdade de escolha não era mais uma ameaça à profissão médica e podia então ser reivindicada como um princípio básico.

Terceiro, é durante esse período que a aproximação da liberdade dos médicos e do interesse dos pacientes — *uma idéia cujo sucesso posterior nós conhecemos* — aparece reiteradamente nos escritos médicos. Mais uma vez, *livre escolha* é uma noção chave. De fato, é fácil encontrar ambigüidades. Por exemplo, no caso da lei referente a acidentes de tra-

12 Há uma suposição (ver os trabalhos de Eliot Freidson e de Michel Foucault) segundo a qual o vínculo do médico à sua liberdade de prática e à relação puramente individual com seu paciente derivam da própria natureza do trabalho médico. Pretendo mostrar que, no caso francês, pelo menos, estas orientações são parte de um contexto ideológico mais amplo da França do século XIX tanto quanto um reflexo da qualidade específica da atividade médica.

balho, interessa ao trabalhador que sofreu um acidente recorrer a um médico escolhido por ele, no qual tenha confiança em lugar de consultar um médico escolhido e pago pela empresa em que trabalha. Quanto a esse ponto, cabe ressaltar que os argumentos de certos grupos de esquerda médica eram semelhantes aos dos sindicatos de trabalhadores.¹³ Mas, no conjunto, fica claro que a *livre escolha* favorece primeiramente ao médico. Por exemplo, no caso das relações entre médicos e sociedades de beneficência mútua, exigir livre escolha do médico pelo trabalhador, como idéia oposta à de um contrato exclusivo estabelecido entre a sociedade e vários médicos, contribui para manter o acesso ao mercado da classe trabalhadora aberto a todos os médicos de uma localidade particular.

Dois conflitos entre o estado e a profissão médica

O período de 1880 a 1910 mostra-nos, portanto, a formação da profissão segundo seu modelo moderno, e a formalização das tendências médicas em uma ideologia bem definida. O período de 1920 a 1930 irá nos mostrar, no que diz respeito ao conflito sobre a previdência social, como esta ideologia cristaliza-se em uma doutrina desenvolvida, e poderemos avaliar sua eficácia na vitória da profissão médica. Entre 1950 e 1960, outro conflito surge, conhecido como o do *entendimento direto*,¹⁴ mas a ideologia médica liberal tinha então perdido seu impacto e, nessa época, havia uma progressiva restrição da autonomia profissional. Fazendo-se uma breve análise dos dois conflitos, o essencial é mostrar por que, no primeiro caso (a batalha pela previdência social), os médicos venceram, e por que, no segundo caso (em 1960), eles perderam.

Em 1920, o Estado desejava criar um sistema de previdência social que cobrisse as despesas médicas de uma grande parte dos trabalhadores assalariados (aqueles cujo salário não atingisse um certo teto). O plano inicial do governo era estabelecer um sistema de pagamento a ser efetuado por uma terceira parte e contratos coletivos entre os escritórios de previdência social e os sindicatos médicos. Os médicos, inicialmente divididos, lentamente mobilizaram-se e recusaram-se a aceitar o sistema. Eles constataram que, neste sistema, uma parte considerável do mercado médico escaparia da relação livre entre médico e paciente, pela qual tinham lutado

13 Ver Raoux, F. *Naissance de la corporation médicale*, dissertação não publicada, 1979.

14 Hatzfeld, H. *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Editions Ouvrières, 1963.

tanto. Para eles, a própria noção de profissão liberal estava agora ameaçada: eles enfrentaram a batalha e ganharam. As leis de 1928 e 1930 mantiveram o sistema de pagamento direto do médico pelo paciente. Todo médico, segundo o que ficou conhecido como *princípio de contrato direto*, tinha liberdade para determinar o valor de seus honorários para cada paciente. Todos os pacientes eram reembolsados com uma quantia idêntica pelo escritório da previdência social, qualquer que fosse a sua despesa.

O período de 1950 a 1960 representa o segundo período conflitante. Em 1945, a previdência social foi estabelecida, o que significou uma generalização da previdência social para todos os empregados assalariados, e lentamente para toda a população. No início, entretanto, o sistema de 1930 estava ainda em funcionamento: o paciente pagava ao médico diferentes honorários, de acordo com o preço estabelecido por cada médico, e a soma fixada através da qual o paciente era reembolsado representava, portanto, uma proporção variável de sua despesa. Não existia então uma real equidade no acesso dos diferentes grupos sociais ao tratamento médico. Durante a década de 1950, o Estado recusou-se a continuar aceitando esta situação e propôs um *acordo negociado*¹⁵ que estabelecia tarifas médicas através de uma negociação coletiva periódica. Deste modo, o *acordo direto* chegou ao fim. Novamente os médicos lutaram, mas desta vez perderam. Pelo decreto governamental de 12 de maio de 1960, o Estado estabeleceu, de forma autoritária, um acordo quanto à estrutura da remuneração, renovada em 1971, 1976 e 1980.

Em ambos os conflitos, os médicos empreenderam uma intensa batalha, baseados em argumentos liberais. Em ambos os casos também, eles usaram ao máximo o prestígio do capital simbólico que haviam adquirido. Em 1930, podemos observar a eficácia deste tipo de retórica e a vitória da profissão médica; em 1960, notamos seu fracasso. Cabe considerar algumas das razões que levaram a esses resultados antagônicos.

O sucesso de 1930

Entre 1920 e 1930, os médicos puderam aperfeiçoar seus argumentos, dando-lhes uma forma concreta. Em 1927, os sindicatos médicos definiram o que eles denominavam *regulamentação médica*, dando assim uma forma aos princípios e estabelecendo o termo *medicina liberal*. Os

15 Em francês, *convention* ou *conventionnement*.

princípios desta regulamentação e a noção de *medicina liberal* foram mais tarde reunidos em um código de ética médica e adquiriram força de lei quando incorporados à legislação de saúde. Uma segunda razão contribuiu para os vários desdobramentos favoráveis aos argumentos médicos. A noção de relação individual livre, baseada no exemplo do mercado livre, era ainda aceita como modelo de relação social para vários setores da sociedade francesa: pequenos comerciantes, fazendeiros, homens de negócios, que, como empregadores, desejavam opor-se a ela. Devido a seu alto *status* social, os médicos lideraram o ataque, mas contavam com o apoio de grupos sociais de menor prestígio. Em terceiro lugar, se os médicos tinham condições de encontrar aliados, seus opositores, por outro lado, estavam divididos: os dois principais sindicatos de trabalhadores divergiam, de fato, quanto a previdência social. Um deles concordava com essa iniciativa. O outro opunha-se porque ela era considerada uma legislação reformista. Finalmente, a posição do Estado foi ambígua. Ele quis promover a lei da previdência social, mas estava provavelmente mais interessado no valor simbólico da lei do que em sua aplicação efetiva. Diante da determinação da categoria médica, os políticos decidiram fazer importantes concessões no sentido de obter um acordo por parte dos médicos, mesmo se tais concessões funcionassem em detrimento dos reais interesses do segurado.

A derrota de 1960

Em 1960, a situação foi totalmente revertida. Trinta anos mais tarde, os médicos utilizaram exatamente os mesmos argumentos. Mas agora seus discursos soaram anacrônicos e não receberam mais adesões favoráveis de outros grupos sociais. Um segundo fator foi que os sindicatos de trabalhadores e de outros assalariados estavam nesse momento comprometidos com o estabelecimento da previdência social e não autorizariam os médicos a pôr em risco o sistema, com sua resistência. Na verdade, constitui um paradoxo que o prestígio da medicina tenha desempenhado um papel desfavorável para os médicos, na medida em que eles se opunham àquilo que se havia tornado um dos mais importantes valores sociais — o acesso de todas as classes sociais ao tratamento médico. Um terceiro fator foi a mudança na atitude do Estado: com o crescimento da previdência social, que se havia tornado a principal agência de pagamento de serviços de saúde, o Estado estava agora vitalmente interessado em con-

trolar os custos destes serviços. Nós sabemos, além do mais, quão importante este problema tornou-se após 1960. Finalmente, os próprios médicos estavam divididos: se, no início, a categoria por inteiro era muito hostil aos projetos do governo, um segmento foi lentamente sendo convencido a aceitar o *acordo negociado*. Isto foi particularmente verdade no caso dos clínicos gerais da zona rural, cujas clientela detinham modestas fontes de recursos. Estes médicos encaravam o *acordo negociado* como uma maneira de reembolsar satisfatoriamente seus pacientes e, portanto, como uma maneira de aumentar a demanda por cuidados médicos e melhorar seus próprios ganhos.¹⁶ Assim, devido à necessidade de manter seu mercado, uma mudança de atitude foi produzida em um setor da categoria médica. Os médicos das áreas urbanas, por outro lado, particularmente os especialistas que contavam com uma clientela privilegiada, permaneceram firmemente contrários ao acordo negociado.

Este último ponto revela os limites impostos à autonomia profissional e as razões que levavam à situação de dependência dos médicos com relação à previdência social. Esta dependência tornou-se cada vez mais evidente, apesar das aparentes vitórias da ideologia liberal. A previdência social tornara-se o mecanismo regulador de todo o mercado de serviços médicos: portanto, a maioria dos médicos agora dependia da previdência social para a sua renda. Naturalmente, esta dependência não se aplicava ao próprio desempenho médico. Do ponto de vista técnico, os médicos tinham total controle sobre o tratamento a adotar: a liberdade terapêutica não foi tocada. Mas sua liberdade econômica foi indubitavelmente limitada.

Medicina na França antes de 1960: uma visão geral

Uma questão importante que apresentei neste artigo refere-se a como os ajustes que caracterizam o sistema de saúde francês foram alcan-

16 Pode-se indagar por que a categoria não se dividiu igualmente na década de 1920, quando o mercado da assistência médica era ainda consideravelmente mais limitado e o número de pessoas pobres era ainda maior. Mas, naquele tempo, a maior parte dos médicos tinha consciência do risco de que o mercado médico viria a perder a livre relação entre médico e paciente: os médicos teriam que se submeter a honorários fixos — o que mais temiam — e reduzidos. Eles lutaram — e venceram — para obter simultaneamente uma aplicação do mercado e a liberdade na fixação das remunerações. Em 1960, este sucesso nas duas frentes não foi mais possível.

çados. Isto é, como uma prática médica independente, ainda majoritariamente privada, coexistiu com a instituição da previdência social, a qual introduziu a mediação pública na relação individual médico-paciente. A análise apresentada sugere que as relações entre o Estado e os médicos, bem como os papéis da legislação social referente à profissão médica deveriam ser vistos em toda a sua complexidade. A partir aproximadamente de 1880, os líderes da profissão aceitaram certos vínculos com o Estado e com instituições públicas em troca do reconhecimento do *status* médico e de uma garantia do monopólio da profissão. Mas, por outro lado, o *status* então obtido permitiu à profissão médica limitar — pelo menos até recentemente — o escopo desses vínculos e as obrigações que deles resultaram. Partiram, então, desses ajustes mútuos, as bases da autonomia profissional: hoje, entretanto, a independência da profissão médica está em vias de ser reduzida.

A idéia de um *mercado médico* parece ter desempenhado um papel central nesses acontecimentos. No início, os médicos concordaram em cooperar com a legislação social, visando ampliar seu mercado. Mas, na medida em que se tornaram dependentes desse mercado regulamentado pelo Estado, sua autonomia foi enfraquecida. Também procuramos mostrar que a ideologia da medicina liberal pode ser considerada como a mais importante arma da profissão nesses conflitos que foram, em grande parte, simbólicos. Entretanto, a ideologia médica não deve ser considerada *in abstracto*, distanciada das relações sociais nas quais se insere e das quais depende para sua efetivação. Dois pontos parecem ser importantes neste caso: se examinarmos a evolução da estrutura social da profissão, notaremos a importância da dinâmica das relações entre diferentes setores da categoria médica. Os médicos eram unidos ou não? Quais as clivagens que os dividiram diversas vezes? Em todos estes conflitos que opuseram os médicos ao Estado, especialmente quando se tratava de impor uma retórica médica, este elemento de solidariedade de grupo foi decisivo. Deveríamos assinalar que as relações entre médicos e Estado também envolveram outros atores e grupos sociais, opositores ou aliados da profissão médica, sem levar em conta sua situação em um contexto social mais amplo.

Situação atual e conclusões

É possível concluir explicando rapidamente como a situação mais ou menos se manifesta hoje. De 1960 a 1980, os médicos franceses len-

tamente aceitaram o sistema de acordos negociados. Em 1978, 98% deles haviam aceito este tipo de acordo e, embora sua liberdade econômica fosse inquestionavelmente restringida, este sistema de fato os favoreceu economicamente. A renda do médico cresceu principalmente durante o período seguinte ao primeiro acordo, negociado em 1960. Entretanto, em 1980, quando chegou a hora de renegociar os acordos, surgiram novos conflitos. Hoje, na França, como em muitos países ocidentais, o controle dos custos do sistema de saúde e o que é conhecido como *déficit da previdência social* tornaram-se problemas da maior importância: isto explica a completa mudança na concepção estatal de reembolso das despesas médicas. O governo francês tentou recriar um setor da prática médica independente cujo custo não constituísse, do mesmo modo, uma carga para o orçamento coletivo. A alguns médicos foi mais uma vez dada a liberdade para estabelecer os preços de suas consultas, das quais apenas uma pequena porcentagem era reembolsada pela previdência social. É interessante notar que este sistema foi bem recebido por especialistas do meio urbano; por outro lado, muitos médicos, especialmente clínicos gerais, recusaram esta liberdade. No outono de 1980, os sindicatos médicos mais importantes mobilizaram-se para *defender a previdência social*.

Com as mudanças políticas que se seguiram às eleições presidenciais de maio de 1981, esta política não foi abolida. A autonomia profissional, porém, é ainda mais diretamente desafiada hoje em dia do que o foi no passado, e não é mais simplesmente uma questão relacionada com a independência econômica do médico. O controle dos gastos com saúde vai muito além do problema do controle dos honorários médicos e, como em inúmeros países, o Estado está tentando estabelecer vários procedimentos que racionalizariam e tornariam homogênea a atuação médica nos diagnósticos, prescrições e tratamento. A idéia de *perfis médicos* que permitem o estabelecimento de padrões para a prescrição e o tratamento, assim como as tentativas de reduzir a quantidade das prescrições como um todo, são, ambos, meios de controle de custos. Parece provável que a consequência fosse a limitação da liberdade do médico em praticar a medicina de acordo com seu próprio julgamento clínico.

Entretanto, esses regulamentos são certamente mais fáceis de serem criados do que implementados e, até agora, os médicos têm tido várias maneiras de evitar as tentativas de restringir suas atividades, especialmente quando inexistem sistemas de controle. Por outro lado, se a liberdade individual de cada médico corre o risco de ser diminuída, a autonomia profissional como um todo não está necessariamente reduzida. Os pa-

drões que permitem a racionalização do desempenho profissional podem ser, em última análise, promovidos apenas pelos próprios médicos, e particularmente pela elite médica científica que trabalha nas escolas médicas e hospitais universitários. A profissão médica enquanto tal permanece, através de sua elite acadêmica, a única entidade autorizada a definir o que é uma boa prática médica. Mas este último aspecto talvez possa acentuar as clivagens que, mais que nunca, dividem a categoria médica, basicamente entre a elite e os clínicos gerais. Temos visto que esta situação não tem sido favorável à profissão médica. Sua coesão e seu domínio parecem ter caminhado sempre de mãos dadas.