



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

RITA DE CÁSSIA GABRIELLI SOUZA LIMA

**CONCEPÇÕES DE MÉDICOS DE FAMÍLIA NO BRASIL E NA ITÁLIA SOBRE
AUTONOMIA E SOLIDARIEDADE: IMPLICAÇÕES ÉTICAS PARA O CUIDADO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Florianópolis – SC
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

RITA DE CÁSSIA GABRIELLI SOUZA LIMA

**CONCEPÇÕES DE MÉDICOS DE FAMÍLIA NO BRASIL E NA ITÁLIA SOBRE
AUTONOMIA E SOLIDARIEDADE: IMPLICAÇÕES ÉTICAS PARA O CUIDADO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Florianópolis – SC
2008

RITA DE CÁSSIA GABRIELLI SOUZA LIMA

**CONCEPÇÕES DE MÉDICOS DE FAMÍLIA NO BRASIL E NA ITÁLIA SOBRE
AUTONOMIA E SOLIDARIEDADE: IMPLICAÇÕES ÉTICAS PARA O
CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis – SC
2008

Ficha Catalográfica

S729c Souza Lima, Rita de Cássia Gabrielli

Concepções de médicos de família no Brasil e na Itália sobre autonomia e solidariedade : implicações éticas para o cuidado na atenção primária de saúde / Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima; orientadora Marta Inez Machado Verdi . – Florianópolis, 2008.
184 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2008.

Inclui bibliografia

1. Médicos de família – Brasil. 2. Médicos de família – Itália.
3. Concepções de saúde. 4. Cuidados primários de saúde. 5. Ética.
6. Política de saúde. I. Verdi, Marta Inez Machado.
- II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. III. Título.

Catálogo na fonte por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

Entendendo a vida como um espaço de construção desenhado por nós, gostaria de registrar que esta pesquisa é fruto de um sonho antigo guardado com muito carinho, por muitos anos, à espera do momento adequado para se materializar.

Tenho consciência de que, embora tenha sido desenvolvida em seu tempo, pressupôs inúmeras renúncias, dentre elas, especialmente, a minha ausência no convívio diário com as estrelas da minha vida: meus filhos.

A eles, André, Bruno e Danilo, expressei meu profundo pedido de desculpa pelos momentos de silêncio e reclusão. A eles, com amor, dedico este estudo.

Agradecimentos

À minha avó, Adelina, pelos lindos exemplos, sedimentados em minha infância e ainda presentes em minha mente, de dedicação, de generosidade, de responsabilidade e de amor para com o Outro em sua longa e notável trajetória em Saúde Pública;

Aos meus pais, por tudo que fizeram por mim; por terem-me apresentado, na infância, o direito ao sonho e o dever para com a realidade e, sobretudo, pela paciência para com meu insistente e precoce anseio por autonomia;

À Universidade Federal de Santa Catarina, pelo acolhimento e confiança, a minha gratidão;

À professora Marta Verdi, orientadora, por ter acreditado nesta minha empreitada, pelas ricas contribuições, e pelos momentos agradáveis compartilhados;

À Pró-Reitoria da Pós-Graduação e ao Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina pela oficialização deste estudo na Itália;

Ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Santa Catarina, pela apreciação e aprovação;

Ao querido Carlo Gabrielli, *una dolce creatura*, pelo carinho e amor com que me recebeu na Itália, pelos incontáveis e-mails de carinho, de perseverança, de ajuda e de coragem, e pela paciência em revisar, obsessivamente, as transcrições italianas;

Aos membros da banca de qualificação, professora Sandra Caponi e professor Marco da Ros, pelas expressivas contribuições e pelo estímulo a esta pesquisa;

Aos médicos de família brasileiros, sujeitos desta pesquisa, sem os quais o sonho não se teria materializado;

Aos médicos de família italianos, sujeitos desta pesquisa, que pronta, gentil e carinhosamente receberam-me na Itália;

À Secretaria Municipal de Florianópolis, na representação de Marynes Terezinha Reibnitz, Assessora de Desenvolvimento Institucional, pela oficialização da pesquisa neste município;

Ao meu irmão, Cláudio e, novamente, a minha mãe, pela disponibilidade e pelo carinho em cuidar da minha vida econômica enquanto eu me dedicava a esta pesquisa;

Ao Dr. Cicogna, diretor sanitário de uma sub-região de Roma, pelas inúmeras contribuições prestadas, pessoalmente e por via eletrônica, e pela delicadeza em construir previamente um universo de sujeitos interessados em participar desta pesquisa;

À Gianfranco Cavaleri, médico de família italiano, pela gentileza em conceder-me informações sobre a relação entre a medicina de família italiana e o Serviço Sanitário Nacional (SSN) e por ajudar-me a construir a outra amostra italiana;

Ao Dr. Gramiccia, diretor sanitário de um distrito da Província de Roma, à Dra. Rossetti, responsável sanitária de uma USL da Província de Roma, à Dra. De Arcangelis, diretora distrital de uma Província de Roma e à Dra. Palazzotto, assessora de um Centro de Assistência Domiciliar da Província de Roma, pelas entrevistas concedidas;

À Mônica Maggio, médica da *Guardia Medica*, em Roma, pela receptividade, contribuições e inúmeras risadas compartilhadas;

À Efigênia, sempre presente em meus momentos de angústia com paciência de “Jó” e uma palavra amiga; e a Marisa, pela confiança em me emprestar, durante dois anos, a única cópia de sua tese;

Ao prof. Fermin Roland Schramm pela prontidão em conceder-me uma entrevista e por enviar-me seus últimos trabalhos, muitos dos quais ainda em fase de revisão;

À Denise Hadlich, por ter cuidado com tanto carinho de meu espaço de trabalho em meus momentos de desespero diante de inúmeros papéis, livros e revistas;

À professora Karen G. Peres pela presteza em atender às minhas inquietudes epidemiológicas;

À Ana Saccol, amiga e especialista em apuros tecnológicos e regras da ABNT, a minha gratidão pela disponibilidade diária e pelas transcrições de entrevistas brasileiras; à Anna Palma, amiga, pelo estímulo e pelo carinho; à Carol, colega da especialização, pela paciência em construir tabelas em altas horas das noites;

À Laura e à Luciana, por me mostrarem que, ao final, parece que tudo dá certo;

Ao professor Antônio L. A. Radicchi, da UFMG e a Luis Felipe Mattos, do Hospital Conceição, Porto Alegre, pelos trabalhos enviados;

Ao Léo Deméter, funcionário da Prefeitura Municipal de Extrema, MG, Brasil, pelo envio de arquivo de fotos do município;

Ao meu filho de coração, Alex, pelo carinho incondicional e pela disponibilidade para revisar este trabalho em curtíssimo espaço de tempo;

Aos membros da banca de defesa, por terem aceitado ler e julgar este trabalho;

Ao apoio financeiro da CAPES.

Pedindo licença à bioeticista Débora Diniz e fazendo uso de suas palavras “*somos escravos das moralidades que nos ensinaram a crer em nossa humanidade*”, agradeço a todas as pessoas aqui mencionadas e àquelas que minha condição humana esquecera, por terem-me ajudado a defender este mestrado em tempo moralmente aceitável.

E aos especiais, aqueles que cuidaram de mim, cada um em seu tempo, para que eu pudesse, durante vinte e um meses, viajar pelo cuidado do Outro:

Querido Carlo e querida Dê. Este espaço é para vocês. Porém, é infinitamente pequeno para expressar a minha gratidão. Com certeza, sem o colo, o afeto, o estímulo, e a paciência de vocês em meus momentos de intolerância e mau-humor, eu não teria chegado ao final desta viagem. Obrigada. Obrigada.

SUMÁRIO

Projeto de Pesquisa Ampliado.....	14
1 Introdução.....	16
2 Objetivos.....	22
2.1 Geral.....	22
2.2 Específicos.....	22
3 Atenção Primária de Saúde no Brasil e na Itália	24
3.1 Medicina de Família na Itália.....	27
3.1.1 Retrospectiva Sociohistórica à luz de Giorgio Cosmacini.....	27
3.1.2 O Médico de Família Italiano e o Serviço Sanitário Nacional (SSN).....	31
3.2 Medicina de Família no Brasil.....	38
3.2.1 O Médico de Família Brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF).....	38
4 A Bioética como uma necessidade no campo da Saúde na Pós-Modernidade.....	51
4.1 A Bioética da Proteção como referencial analítico.....	58
4.2 Respeito à Autonomia.....	63
4.2.1 Respeito à Autonomia e a Epistemologia de Canguilhem.....	65
4.2.2 Respeito à Autonomia e relações de poder.....	66
4.2.3 Respeito à Autonomia e o campo social Médico de Família e Sujeito.....	68
4.2.4 Respeito à Autonomia e o Cuidado de Si.....	70
4.2.5 Autonomia e Responsabilidade: delineamento na Atenção Primária Italiana à luz de Ivan Cavicchi.....	73
4.3 Princípio de Solidariedade e o cuidado na Atenção Primária.....	75
5 Percurso Metodológico.....	80
5.1 Abordagem Metodológica.....	80
5.2 Percurso Metodológico na Itália.....	81
5.2.1 Identificação e localização de sujeitos de pesquisa.....	81
5.2.2 Condições e seqüência das entrevistas.....	85
5.2.3 Os sujeitos de pesquisa.....	88
5.2.4 A coleta de dados	91
5.2.5 Transcrição, organização e análise dos dados	92
5.3 Percurso Metodológico no Brasil	94
5.3.1 Identificação e localização de sujeitos de pesquisa	94
5.3.2 Condições e seqüência das entrevistas	96
5.3.3 Os sujeitos de pesquisa.....	98
5.3.4 A coleta de dados.....	100
5.3.5 Transcrição, organização e análise dos dados.....	101
5.4 Aspectos Éticos.....	105
6 Referências.....	107
7 Artigos Científicos.....	115
7.1 Conflitos éticos no processo de trabalho de Médicos de Família, Região Lazio, Itália.....	116
7.2 A Solidariedade na Medicina de Família no Brasil e na Itália: refletindo questões éticas e desafios contemporâneos.....	136
7.3 Concepções de Médicos de Família brasileiros e italianos sobre a	

autonomia do sujeito: implicações éticas para o cuidado na Atenção Primária de Saúde.....	157
---	-----

Apêndices

Anexo 1 – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética

Apêndice A – Roteiro de Entrevista – Médicos de Família – Brasil

Apêndice B – Roteiro de Entrevista – Médicos de Família – Itália

Apêndice C – Roteiro de Entrevista – Diretores Serviço Sanitário Nacional (SSN), Itália

Apêndice D – Consentimento Livre e Esclarecido – Brasil

Apêndice E – Consentimento Livre e Esclarecido – Itália

Apêndice F – Entrevista realizada com o bioeticista Fermin Roland Schramm

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Distribuição dos distritos da Região <i>Lazio</i> , segundo a Agência Sanitária Local, ASL, Roma, 2007.....	83
QUADRO 2: Caracterização quanto ao sexo, ano e tempo de formação. Médicos de Família. Província de Roma, Itália, 2007.....	90
QUADRO 3: Distribuição dos Centros de Saúde por Regionais e Áreas Adscritas. Florianópolis, 2007.....	95
QUADRO 4: Caracterização quanto ao sexo, ano e tempo de formação. Médicos de Família. Florianópolis, Brasil, 2007.....	99
QUADRO 5: Caracterização das categorias prévias e de categorias extraídas das falas dos sujeitos de pesquisa brasileiros e italianos	103

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Extrema, MG, O início de uma vida, 1980.....	15
FIGURA 2: A relação de dependência na autonomia e sua inexorabilidade.....	21
FIGURA 3: Oficialização da pesquisa, Florianópolis, SC, Brasil, 2007. Oficialização da pesquisa, Província de Roma, Região <i>Lazio</i> , Itália, 2007.....	23
FIGURA 4: <i>Università degli Studi di Roma “La Sapienza”</i> , Roma, Itália.....	23
FIGURA 5: <i>Azienda Sanitaria Locale</i> . Roma, Itália.....	23
FIGURA 6: <i>Ciencia y caridad</i> , 1897.....	50
FIGURA 7: Os Sonhos não envelhecem.....	79
FIGURA 8: Buscando o sujeito autônomo na voz de médicos de família brasileiros e italianos.....	114

PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO



*De tudo ficou um pouco (...)
Pois de tudo fica um pouco.
(Drummond)*



FIGURA 1: Extrema, MG, Brasil, O início de uma vida, 1980.
FONTE: Prefeitura Municipal de Extrema, MG, Brasil, 2008.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Este estudo ocupa-se de conhecer as concepções de médicos de família brasileiros e italianos sobre as questões da autonomia do sujeito¹, em seu processo de cuidado, e sobre a solidariedade na relação entre médico de família e sujeito, para apreender como esses princípios éticos são vivenciados na prática médica da Atenção Primária. Pretende, conjuntamente, pensar os dispositivos de biopoder da biopolítica contemporânea para buscar prováveis implicações éticas advindas das produções discursivas para o cuidado nesse nível de atenção.

A motivação para tal emerge do processo de amadurecimento pessoal vivido desde o final da Graduação em Odontologia, no início dos anos oitenta, até os primeiros dez anos de exercício profissional. Os seis anos iniciais de prática em odontologia haviam sido dedicados à área privada e conduzidos sob o referencial do modelo flexneriano, hegemônico na formação em odontologia em universidades brasileiras. Esse período inicial de atividade profissional transcorreu com base em tecnologias duras e sem questionamentos sobre o modelo de formação.

Com o ingresso na rede pública, após o período inicial de seis anos na rede privada, as atividades passaram a ser exercidas em ambas as áreas, e da convivência diária com profissionais cirurgiões-dentistas em uma corrida frenética por especializações, e com profissionais de diferentes especialidades médicas, emergiram inúmeros questionamentos. Dois anos após as primeiras atividades como cirurgiã-dentista ambulatorial, o convite para coordenar o Setor Odontológico do Departamento de Saúde exacerbou os questionamentos vividos até então, redimensionando-os para dois pólos de indagações.

De um lado, as perguntas latentes na dinâmica de trabalho passaram a ser: Quem chega à unidade? Um consciente? Um inconsciente? Um sujeito social e político? Um conflito? Um dente doente? Um órgão doente? Um corpo doente? Um ser humano autônomo em busca de ajuda e dono de sua vida?

Em uma outra ponta do fio, outras perguntas: Quem o recebe? Um saber? Uma autoridade legitimada pelo saber? Um sujeito autorizado para decidir o processo de cuidado do outro? Uma representante do Estado com um papel normativo a cumprir na proteção da vida do sujeito? Um ser humano capaz de se colocar no lugar daquele que a ele se apresenta

¹ *sub-jectum* o que resulta da relação [e] do corpo a corpo entre viventes e dispositivos (AGAMBEN apud SCHRAMM, 2007).

vulnerável? Uma pessoa com habilidades para agregar ao seu “compêndio interno biomédico” demais dimensões do humano? Uma pessoa disponível, de fato, para o outro?

Esses inúmeros questionamentos convergiam para a conscientização de limitações impostas pelo modelo flexneriano – institucionalizado no Brasil por meio da Reforma Universitária de 1968, em um período de ditadura imposto pelo golpe militar de 1964, marcado pela ruptura de valores e pela representação de serem os cirurgiões-dentistas e os médicos especialistas porta-vozes legitimados pelo saber científico para decidir os caminhos a serem percorridos pelo sujeito em seu processo saúde-doença, em seu processo de viver.

Observava no processo de trabalho vivenciado com os cirurgiões-dentistas, o ginecologista, o pediatra, o cardiologista, o endocrinologista, o dermatologista e o psiquiatra que o sujeito, com frequência, era considerado não um ser humano que pensa, sente e sofre, mas um expectador passivo de ações positivistas, cartesianas e fragmentadas.

Um corpo doente, um dente doente, um paciente, um indivíduo desapropriado de seu processo histórico, de sua unidade familiar, desprovido de seus registros, de sua individualidade e liberdades como também de suas subjetividades. Enfim, um ser (a) sujeitado de seu ser sociopolítico e do comando de seu cuidado. É importante ponderar que nesse serviço não havia o profissional médico de família.

Os profissionais (nós), ancorados no modelo flexneriano, abordavam o problema pontual trazido pelo sujeito, valendo-se de técnicas odontológicas, de recursos medicamentosos e da negação de seu processo de desenvolvimento. O sujeito, por sua vez, traduzia essa realidade, embora sedimentada sobre a relação desigual, como um processo natural. Percebia-se, nessa convivência, que os profissionais (nós) realimentavam um imperativo egóico², com o propósito de dar significância a essa relação iníqua, circunscrevendo-a, desse modo, sob o domínio da necessidade.

A relação desigual, historicamente percebida, parece ser sustentada no referencial do sujeito em reconhecer o cirurgião-dentista e o médico como autoridades detentoras de um saber soberano. Segundo Caponi (2007, p. 1), esse fato pode ser fruto do sujeito ter internalizado que *“tudo que o médico [e o cirurgião-dentista] fala [m], em princípio, parece estar autorizado”*.

² Imperativo egóico, no sentido lacanianiano, de uma ordem interna do *“sujeito representado por um significante”*, ou seja, por um elemento significativo do discurso (consciente ou inconsciente) que determina os atos e as palavras (ROUDINESCO, 1998, p. 171).

A escolha pelo sujeito médico de família foi realizada com base em algumas considerações, dentre elas, a hegemonia médica em saúde; a trajetória histórica da construção do campo – medicina de família; a inserção da categoria no Brasil e na Itália, seu aporte teórico e de experiência na área saúde da família. Ponderando, portanto, essas deferências e entendendo a categoria de médico de família a mais representativa nos modelos de atenção adotados pelos dois Estados.

Ambos os sistemas de saúde entendem a prática de medicina de família como a porta de entrada em saúde pública. No Brasil, a proposta instituída pelo sistema de saúde brasileiro para o médico de família determina uma atuação em um campo clínico ampliado embasado na integralidade, no vínculo, na produção social de saúde e, portanto, na participação do processo de vida da comunidade.

Dessa forma, o médico de família, uma vez partícipe do processo de viver do sujeito em seu tecido social, talvez possa lhe oportunizar a (re) apropriação de sua historicidade, o despertar de sua autonomia adormecida e, ao mesmo tempo, desempenhar o papel de facilitador na compreensão e identificação de seu processo saúde-doença. Tem, com base na proposta estatal, a possibilidade de disponibilizar recursos para ajudá-lo a reconhecer-se dono de seu processo de viver e sentir-se detentor do direito de conduzir suas escolhas com responsabilidade, mediante seus valores e potencialidades inerentes.

Para pensar essas questões, algumas temáticas correlatas ao objeto serão revisadas, a saber: concepção de saúde, relações de poder (biopoder), função social do médico de família enquanto porta-voz autorizado e o cuidado de si. Serão visitadas também a Atenção Primária, o exercício da medicina de família e sua relação com os sistemas de saúde em ambas as realidades. A partir dessa revisão os princípios éticos – autonomia e solidariedade – serão buscados nas produções discursivas dos sujeitos de pesquisa e as prováveis implicações éticas advindas desses discursos serão discutidas.

O referencial de análise eleito para o presente estudo é uma ferramenta do âmbito da Bioética Geral, a Bioética da Proteção, que se ocupa de:

“Além de compreender e solucionar conflitos morais, (...) visa proteger a qualidade de vida dos humanos e, no caso específico da saúde, garantindo a qualidade de assistência, considerando tanto a saúde como o exercício das liberdades [de] condições igualmente necessárias para garantir esta dimensão essencial da existência que é a qualidade de vida” (SCHRAMM, 2007. p. 13).

A Bioética da Proteção apresenta-se como uma possibilidade para a reflexão do papel de médicos de família na qualidade de sujeitos morais, na autonomia do sujeito, em seu processo de cuidado. Com base em suas proposições, pode se constituir em um

instrumento de balizamento para a compreensão de implicações éticas advindas das relações entre médicos de família (agentes de uma política de Estado) e sujeitos (pacientes³), bem como as conseqüências das referidas implicações para o *ethos*⁴.

Entendendo saúde como um exercício de liberdade, a intenção em desenvolver este estudo no Brasil e na Itália reside no interesse em conhecer as referidas concepções em duas realidades democráticas distintas em seus Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) para saber como os médicos de família, enquanto agentes de uma política de Estado, pensam a autonomia do sujeito no cuidado e a relação solidária na prática, após trinta anos de compromisso assumido, em Alma-Ata, com a garantia de saúde para todos no ano 2000.

Além disso, embora distintos temporalmente em seus processos históricos, ambos os países encontraram-se ideologicamente em três momentos relevantes da história: em um primeiro momento de restrição da liberdade de suas sociedades, período fascista italiano e getulista brasileiro; em um segundo momento de clamor por liberdade, em suas Reformas Sanitárias, no período compreendido entre finais dos anos setenta (70) e finais dos anos oitenta (80), e na contemporaneidade global, em suas políticas públicas em saúde de prevenção ao risco.

Ainda como um fator de grande monta para ponderar o interesse em aproximar esses países, em uma das faces do cuidado na Atenção Primária, a autonomia, consiste na possibilidade de trazer para o cenário atual da saúde pública brasileira uma outra realidade também em processo de reorganização da Atenção Primária, com uma particularidade relevante: essa prática médica, ainda que com fragilidades e momentos de concessão, resiste desde o século XVII em ser especialista “da pessoa”⁵.

Os médicos de família brasileiros e italianos estarão representados por profissionais que exercem as suas atividades na Atenção Primária em Florianópolis (Brasil) e na Atenção Primária na Província de Roma (Itália).

Com o propósito de elucidar a construção desta dissertação, cabe assinalar que sua conformação estrutural obedeceu ao regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Em um primeiro momento, apresenta-se o Projeto de Pesquisa Ampliado, composto de introdução, objetivos, revisão de literatura, percurso metodológico e referências. Posteriormente, a análise dos dados, discussão e considerações serão apresentadas em três

³ O termo paciente será usado ao longo deste estudo por ser tradicionalmente reconhecido no campo da saúde para referir o sujeito, mas estará grifado, uma vez ser esse reconhecimento dissonante das concepções da pesquisadora e da proposta deste estudo.

⁴ Na visão aristotélica corresponde a costume, caráter (NEVES, 1996).

⁵ Grifo nosso

artigos científicos, que serão submetidos, respectivamente, às Revistas *Igiene e Sanità Pubblica* (Itália), *Interface* (Brasil) e *Cadernos de Saúde Pública* (Brasil).



FIGURA 2 – Foto de Francesco Cascioli
FONTE: BERLINGUER, G., 1997.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral desta pesquisa é analisar as prováveis implicações éticas presentes em produções discursivas de médicos de família acerca do respeito à autonomia do sujeito, em seu processo de cuidado, e da solidariedade, na prática da medicina de família, em duas realidades: Brasil e Itália.

2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos são:

- Identificar as concepções de médicos de família, em Florianópolis (Brasil) e em Roma (Itália), pertinentes ao respeito à autonomia do sujeito, em seu processo de cuidado, e à solidariedade, na prática da medicina de família.
- Discutir as significações presentes, nas duas realidades, para buscar a prática quanto ao respeito do princípio da autonomia do sujeito, em seu processo de cuidado, e da solidariedade, na prática da medicina de família.
- Compreender os efeitos de biopoder da biopolítica brasileira e da biopolítica italiana na materialização da autonomia do sujeito, em seu processo de cuidado.
- Apreender as possíveis implicações éticas advindas das produções discursivas dos médicos de família relativas ao respeito à autonomia e à solidariedade.

*Sujeito (...) singularidade (...) complexidade (...)
integralidade (...) inserção sociocultural (...)
considerando a dinamicidade
existente no território
(BRASIL, 2007a).*

*Sujeito (...) família (...) comunidade (...)
cuidados levados o mais próximo
possível de onde as famílias
vivem (ITÁLIA, 2008 a).*



FIGURA 3: Oficialização da pesquisa em Florianópolis, SC, Brasil.
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SC, Brasil.



FIGURA 4: *Università degli Studi di Roma "La Sapienza"* (construção de parte da amostra italiana, Roma, Itália).



FIGURA 5: *Azienda Sanitaria Locale H5*, Roma, Itália (oficialização da pesquisa em um dos distritos estudados).

ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

NO BRASIL E NA ITÁLIA

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO BRASIL E NA ITÁLIA

De acordo com o Ministério da Saúde Brasileiro e o Ministério de Saúde Italiano, os Cuidados Primários em Saúde são ofertados em consonância com a Declaração de Alma-Ata, resultado da I Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, realizada em setembro de 1978, em Alma-Ata, capital do Cazaquistão, organizada pela Organização Mundial de Saúde e o Unicef. Acordou-se, nessa Conferência, que o eixo das políticas públicas em saúde deveria ser a Atenção Primária (BRASIL, 2008a; ITÁLIA, 2008a).

O referido evento contou com a presença de 134 países e 67 organismos internacionais e resultou em um compromisso mundial para com a construção de políticas públicas em saúde comprometidas com a garantia de saúde para todos no ano 2000, a partir de uma concepção de saúde, não como ausência de doença, mas completo bem-estar físico, psíquico e social (BRASIL, 2008a).

Ambos os Estados, Brasil e Itália, viveram momentos relevantes, no âmbito da Saúde Pública, na década de 70, período em que se desenhara o lema mundial declarado em Alma-Ata, Saúde para todos no ano 2000. O Brasil engatinhava para uma Reforma Sanitária, embrião do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido constitucionalmente em 1988 enquanto a Itália conquistava sua Reforma Sanitária e o Serviço Sanitário Nacional (SSN). Ambos os movimentos sanitários e os sistemas de saúde serão percorridos no desenvolvimento desta revisão.

No Brasil, o modelo Atenção Primária é representado pela Atenção Básica que, a partir de 2006, passou a ser norteadada pela Política Nacional de Atenção Básica, instituída pelo Ministério da Saúde mediante a Portaria n 648/GM de 28 de março de 2006:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilização sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (BRASIL, 2007a. p 7).

Na Política Nacional de Atenção Básica, o sujeito é considerado em sua singularidade, em sua complexidade, em sua integralidade e em sua inserção sociocultural. O eixo da atenção deve ser dirigido para a promoção de sua saúde, para a prevenção, para o tratamento de doenças, e para a redução de danos ou de sofrimentos correlatos ao processo saúde-doença (Ibidem, 2007a).

Com o propósito de refletir o compromisso para com a Atenção Primária firmado em Alma-Ata, em 1978, o Brasil realizou, em 2003, com a presença de doze (12) países, o Seminário Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Nesse evento, o governo brasileiro, na representação de seu secretário-executivo do Ministério da Saúde, Gastão Wagner Campos, expressara que a Saúde Pública Brasileira estava cumprindo alguns pontos acordados em Alma-Ata, dentre eles “a responsabilidade sobre a saúde da população”⁶ (BRASIL, 2008b).

Já o Estado Italiano estrutura a Atenção Primária em consonância com *The Charter for General Practice/ Family Medicine in Europe*⁷, desenvolvida, na década de 90, por representantes europeus da Organização Mundial de Saúde (STARFIELD, 2002. p. 52).

Essa Carta, eixo nuclear das ações em Atenção Primária na Itália, reconhece o papel desse nível de atenção em saúde essencialmente no VI item expresso na Declaração de Alma-Ata:

“Os Cuidados Primários em Saúde são cuidados essenciais em Saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de desenvolvimento, no espírito de auto-confiança e auto-medicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem um primeiro elemento de um continuado processo de Atenção em Saúde” (ITÁLIA, 2008a).

Os profissionais que atuam na Atenção Primária na Itália são médicos de família, pediatras e médicos da vigilância médica. Vigilância Médica é um serviço público realizado por via telefônica, durante todos os dias do ano, através do telefone 118. O atendimento é feito com base em informações médicas para cada caso específico e, quando necessário, o médico desloca-se até a residência do requerente.

Com o propósito de demonstrar em que nível de atenção em saúde a Atenção Primária na Itália está situada, será exposto a seguir, os Níveis Essenciais de Assistência instituídos no sistema de saúde italiano mediante Decreto 23/02/02. Esses níveis foram organizados em três grandes áreas:

I- Assistência Sanitária Coletiva em ambiente familiar e de trabalho: compreende todas as atividades de prevenção referentes à coletividade e ao indivíduo (vigilância dos efeitos de poluição, riscos de acidentes de trabalho, saúde veterinária,

⁶ Grifo nosso

⁷ Alvará para a prática de medicina de família na Europa (tradução nossa).

vigilância na área alimentar, prevenção de doenças infecto-contagiosas, vacinação, programas de diagnóstico precoce e medicina legal);

II- Assistência Distrital: serviços sanitários e socio sanitários oferecidos no território, desde a medicina de família até a assistência farmacêutica, da medicina especializada ao fornecimento de próteses, dos programas domiciliares aos anciãos e portadores de doenças graves (consultórios de médicos de família, tóxico-dependentes, saúde mental, reabilitação) aos serviços territoriais em consultórios, estruturas semi-residenciais e residenciais;

III- Assistência Hospitalar: em pronto-socorros, em internação hospitalar, em hospital-dia e cirurgia-dia, em estruturas de internação prolongada e de reabilitação. (ITÁLIA, 2008e).

Esses níveis são considerados essenciais e são garantidos, alguns gratuitamente e outros mediante o pagamento de *ticket*⁸, a todos os cidadãos italianos. Como foi possível perceber, os Cuidados Primários, na Itália, encontram-se no Segundo Nível Essencial de Assistência.

Pensando na relação entre saúde e desenvolvimento, no ano passado, 2007, o governo argentino promoveu uma Conferência Internacional, “De Alma-Ata à Declaração do Milênio”, com a presença da OMS e de outras organizações internacionais, com o propósito de abordar saúde como um direito necessário para o desenvolvimento humano. O Resumo Executivo “Para um Cuidado Integral de Saúde para todos e por todos”, parte do item “A saúde para o desenvolvimento humano” diz:

“O desenvolvimento humano é o propósito fundamental das políticas públicas no mundo do Século XXI. Fundamenta-se no imperativo de lutar contra a pobreza e a exclusão, assegurando a igualdade de oportunidades e o desenvolvimento das capacidades das pessoas e de suas comunidades. A saúde é um direito humano que deve ser garantido a todos e é, ao mesmo tempo, uma responsabilidade e um dever que deve ser assumido por todos: organismos públicos, empresas privadas, organizações comunitárias e cidadãos. Enquanto a saúde está condicionada por diversos, variados e variantes determinantes sociais, culturais e ambientais, a responsabilidade por seu cuidado excede amplamente a atenção médica reparadora centrada na doença”. (SCHRAMM, 2007. p. 6)

Com base nesse item “A saúde para o desenvolvimento humano”, discorrido no Resumo Executivo dessa Conferência Internacional realizada na Argentina, a relação entre desenvolvimento humano e capacidades humanas apresenta-se como um imperativo. Reportando à Amartya Sen (2007. p. 30), vê-se que “*aumentar as capacidades humanas está na dependência da promoção da liberdade individual*” e a capacidade de uma pessoa depende de vários fatores, dentre eles, a possibilidade de escolher, entre diversos tipos de vida, aquela

⁸ Política de co-participação dos cidadãos para assistência de média complexidade (Itália, 2008g).

adequada ao seu *human functionings*⁹, cujos aspectos desse funcionamento são elementares, como, por exemplo, escolher “*gozar de boa saúde*” (SEN, 2007, p. 28). A saúde que lhe convém. Dito de uma outra forma, o desenvolvimento humano depende da capacidade de exercer autonomia.

Para facilitar o entendimento do processo histórico brasileiro e do processo histórico italiano, bem como compreender similaridades, influências e diferenças, uma vez que ambos os processos são expressivamente distanciados em seus tempos históricos, a revisão bibliográfica sobre a Atenção Primária, Medicina de Família e o Sistema de Saúde na Itália antecederá àquela que corresponde ao marco contextual deste estudo: o Cuidado na Atenção Primária no Brasil.

3.1. Medicina de Família na Itália

3.1.1 Retrospectiva Sóciohistórica à luz de Giorgio Cosmacini

Em seu livro *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Cosmacini (2005), médico e filósofo, percorre ambas as histórias desde o século XIV até a emergência do século XXI.

O autor refere que os primeiros movimentos para a construção do médico de família italiano, inicialmente chamado médico municipal¹⁰ foram observados no século XVII, não obstante ser esse período palco da revolução científica de Galileu, cuja influência na medicina leva à construção de uma epistemologia mecanicista.

Embora detentora de um sólido poder, essa nova medicina positivista não impediu que um grupo de médicos continuasse acreditando na clínica assistida ao lado do doente em seu leito, na prática embasada na escuta, no olhar e no toque; na medicina de base.

Essa vertente médica italiana adentrara o século XVIII com uma postura diferente dos demais médicos, uma vez que resistira à sedução do novo modelo de ciência experimental, embasado em pressupostos matemáticos e físicos. Esses médicos, com base em uma proposta diferenciada para a prática, desejavam exercer as atividades profissionais não nos centros de poder e bem-estar, representados pelas figuras do rei, papa e nobres, mas em áreas periféricas.

⁹ Funcionamento humano (Michaelis, 2000.p. 1187).

¹⁰ *Médico condotto* (original); a partir do século XIX chamado médico de família.

A escolha sinalizara uma resistência aos atraentes chamados da medicina urbana. Imbuídos do desejo de retornarem às respectivas cidades de origem ou de migrarem para áreas periféricas, após a formação nas universidades italianas, assim fizeram, resistindo ao poder sedutor do novo modelo de organização social apresentado ao mundo pela Revolução Inglesa – o capitalismo. Esses profissionais representaram o embrião de médicos municipais, os futuros médicos de família do século XIX.

Com o final do processo revolucionário francês e o avanço da ciência, no início do século XIX, ocorreram profundas mudanças na categoria médica como um todo, pois as esferas de pensamento alargaram-se sobremaneira.

Para a medicina distanciada de centros urbanos, não foi diferente. A invenção do estetoscópio, em 1816, por Laënnec, ocasionara uma turbulência no exercício dessa prática. Para que o novo instrumento fosse adotado, fazia-se necessária uma mudança na concepção de clínica médica, já que seu uso reconhecia a doença como um problema interno local solucionado mediante auscultação. Muitos médicos de família reconheceram o estetoscópio como um instrumento “ridículo” que poderia comprometer a reputação, a “intuição clínica” e a sensibilidade médica.

A sociedade italiana também resistira em aceitá-lo. As famílias discordaram e desconfiaram do novo instrumento; viram-no como uma arma e intimidaram-se diante da possibilidade de proximidade física em uma região de seu corpo nunca antes visitada pelo médico. Aqueles que concordaram com o uso, assim o fizeram por acreditarem em seu potencial, não para diagnóstico, mas terapêutico.

A aceitação por parte dos italianos ocorrera após um quarto de século. Com a incorporação do novo instrumento de diagnóstico e a influência de Tommasini, médico clínico de Bologna que divulgara os conceitos de inflamação e irritação, a Itália começou a pensar na construção de uma prática médica nacional, uma vez que o cenário era de unificação nacional.

Os médicos atuantes nas comunidades começaram a visitar os cidadãos e camponeses, não mais como um profissional que aconselhava e executava o exame físico por meio do toque, olhar, inspeção da urina, do pulso e da temperatura. Apresentavam-se agora com um novo instrumento de diagnóstico, capaz de sobrelevar a importância dos sintomas somáticos em detrimento da subjetividade dos sintomas referidos pelo sujeito.

Uma vez instituído o novo processo, a antropologia médica do doente cedeu à tecnologia médica de sua doença. O papel do médico municipal, que na representação das comunidades rurais era o mesmo que o do padre, passou a oscilar entre “o claro escuro de um

encontro e de um desencontro”. O encontro de uma entre as menos remuneradas categorias profissionais com uma entre as mais pobres classes sociais; o desencontro entre duas culturas e mentalidades diferentes. No primeiro caso, ele começara a ser percebido pela sociedade como interlocutor primário de um modo comum de existir; no segundo, era considerado um interlocutor não confiável, e às vezes reduzido a um objeto de sátira.

Com o passar do tempo, ainda no século XIX, a representação desse profissional no imaginário social passou a ser daquele que, como resultado do progresso sanitário e médico, dispunha-se a trazer, não somente alívio e cura, mas saúde e bem-estar. As famílias começaram a se afastar da assistência recebida de mulheres curadoras e barbeiros, categorias nascidas no século XV para prestar assistência aos pobres, e passaram a se dirigir a esse profissional, o qual passara a exercer sua prática como médico “de” família,¹¹ cujo eixo era levar às famílias orientações quanto a necessidade de cuidados higiênico-sanitários, uma vez ser a saúde um bem social e a doença um dano social.

Assim, a medicina de família assumiu uma função antropológica e social em um sistema que, naquele período, era ordenado, equilibrado e fundado sobre a ética da educação e do consenso disciplinado. Gradativamente, passou do sistema beneficente-assistencial para um sistema de assistência pública, no qual seu compromisso não era somente combater clinicamente a doença, mas lutar socialmente contra a causa-miséria a fim de se constituir em um operador social.

Para o médico de família italiano, no contexto histórico-social do século XIX, o órgão doente estava em um indivíduo doente e o indivíduo doente vivia em um ambiente que estaria na dependência de suas condições materiais, mentais e sociais de existência.

Todavia, essa medicina cedeu aos encantos do século XX. As conquistas médico-científicas, sobretudo da microbiologia, anestesia e anti-sepsia, inauguraram no século XX uma nova ordem: higiene aplicada à saúde pública ao lado de uma promissora tecnologia diagnóstica e terapêutica. A cultura médica, até então, fortemente humanitária e laica, que compreendia o somático como humano e o humano como social, sofreu as influências das recentes descobertas científicas. Adjetivos da prática, como ginecologia, oculista, otorrinolaringologista e cirurgião, transformam-se em substantivos. Adentrou-se, portanto, no século XX, com o propósito de construir o médico ideal, aquele tecnicamente preparado, humanamente participante e civilmente empenhado.

¹¹ Grifo nosso

Grande parte dos médicos rurais deslocara-se para as cidades e passou a se dirigir às famílias burguesas, ou seja, houve um deslocamento do foco de atenção, outrora dirigido às classes humildes, para a classe alta. Com base em seus atributos, uma vez que os referidos profissionais representavam o sábio, o amigo e o confidente, aqueles com os quais se estabelecia uma relação humanizada, de confiança e de liberdade discursiva, a classe alta os havia requisitado. A esses atributos humanitários da medicina de família, somaram-se outros: a evolução da ciência, o avanço tecnológico, e presença de uma consciência afetiva oriunda de uma “população sentimentalizada”.

Após a primeira guerra mundial, o regime fascista havia decidido pelo controle da medicina de família e determinara que o exercício profissional constituir-se-ia em um instrumento de divulgação dos ideais fascistas em núcleos familiares. Essa conduta, associada à nova política higiênico-sanitária, instituída para enfrentar as epidemias do pós-guerra, e que transformara a medicina social, exercida por um longo período ao lado da medicina corporativa (mutualismo), em uma única medicina corporativa (mutualismo centralizado), fragilizou os médicos de família. Em resposta à determinação do regime fascista, os médicos de família isolaram-se para refletirem quanto ao novo papel político-social a eles imputado. Essa política, segundo Stefanutti (apud COSMACINI, 2005, p. 430), transformou o médico de família em empregado.

Ao final da segunda guerra mundial, ainda que apequenada e isolada, a medicina de família, conjuntamente com as demais áreas médicas, cedeu aos milagres revolucionários terapêuticos. Aqueles que haviam construído seu eixo de prática sob um olhar antropológico, fundamentado não na terapêutica, mas no cuidado, cederam aos encantos dos fármacos e deslocaram-se da prática do cuidado da pessoa para uma prática terapêutica. No novo cenário revolucionário, houve um deslocamento epistemológico: a medicina social, outrora “raiz da árvore do saber transformara-se em ramo do saber”.

Em 1968, pouco mais de duas décadas após o final da segunda guerra mundial, a Itália viveu uma Reforma Hospitalar¹², que ocasionou um rompimento na estrutura formada por médicos de família, agentes sanitários e assistentes domiciliares. Hospitais autônomos foram inaugurados, em substituição às instituições públicas beneficentes, e desincorporados das Agências Sanitárias Locais (ASL), desfazendo-se, assim, a estrutura da Saúde Pública Italiana. Pouco antes dessa Reforma ser instituída, Giovanni Berlinguer havia elaborado um

¹² Reforma Hospitalar Italiana, promulgada em 1968, por meio da Lei n 132 12/2/68, oportunizou a entrada dos hospitais autônomos em substituição às instituições públicas de assistência e beneficência (ITÁLIA, 2008f).

plano, o Plano Berlinguer, que priorizava os Cuidados Primários em Saúde. Um plano que operacionalizaria a Atenção Primária por meio da territorialização, criação de Unidades Locais de Saúde (USLs) com o objetivo de distribuir assistência e superar o princípio de seguridade, não de doença, mas de seguridade social, mediante ações higiênico-preventivas e ambientais. Todavia, o Parlamento havia optado pela Reforma Hospitalar e a proposta de Giovanni Berlinguer vai materializar-se somente após dez anos.

3.1.2 O Médico de Família Italiano e o Serviço Sanitário Nacional (SSN)

Estudos europeus realizados nos anos 70, ante a evolução do perfil demográfico da população; a necessidade de repensar o sistema de prestação de serviços sanitários; o papel da inovação tecnológica no campo médico (revolução biológica, especializações, desenvolvimento do setor diagnóstico e terapêutico) e a evolução da despesa sanitária (agravo sobre os balanços nacionais, inflação, crescimento dos custos dos serviços), exigiram novas estratégias de enfrentamento à nova realidade, em saúde, no contexto da Europa (CAVICCHI, 2005).

Segundo Berlinguer, Teixeira, Campos (1988), o cenário era também insustentável em razão da influência do modelo neoliberal, do endividamento do mutualismo¹³, e da doença como ganho secundário. Além disso, a família italiana, impulsionada pelo novo modelo de organização social, transformara-se, configurando um novo desenho estrutural que resultou em um aumento de exigências sociais. Para Trimarchi (2005), os médicos de família passaram a observar uma mudança radical das características antropológicas da sociedade italiana. Houve um expressivo e peculiar aumento na demanda de atendimento: os sujeitos passaram a dirigir-se aos médicos mesmo na ausência de qualquer enfermidade.

¹³ Modelo de seguridade facultativo, fundamentado na tradição societária de socorro mútuo, criado pelos operários italianos diante da nova realidade urbana industrial dos séculos XVIII e XIX (GUZZANTI, 1999). Torna-se personalidade jurídica em 1886, valendo-se o Estado do argumento de que a saúde era um bem comum e assim o sendo deveria estar submetida a um efetivo controle (Idem, 1999). A seguridade, até então facultativa, é substituída pela seguridade obrigatória por meio de duas prerrogativas: uma iniciativa cooperativa com base na contribuição voluntária dos trabalhadores associados, e outra corporativa proveniente das contratações de trabalho e expressas em contribuições equivalentes entre trabalhador e patrão (BELLUCCI, apud COSMACINI 2005). Esse modelo, reinventado pelo governo fascista, que decidira que órgãos centrais (inicialmente, a partir de 1943, Instituto Nacional de Assistência aos Trabalhadores, INAIL; posteriormente, a partir de 1946, Instituto Nacional de Seguridade contra Doenças, INAM) passariam a representar as caixas mútuas (Itália, 2007b; Itália, 2007c), ainda manteve-se vigente na Constituição de 1948, vindo a findar somente na década de 70, após a conquista da Reforma Sanitária 78, e a regulamentação do Serviço Sanitário Nacional (SSN) mediante a Lei 833/78 (Idem, 1999).

Todavia, a Itália nesse período encontrava-se socialmente organizada e fortalecida na representação de seus sindicatos, associações profissionais e de categorias. O cenário de coesão social permitiu a reformulação do sistema: o país finalmente rompeu com o sistema de mútuas e viveu uma ampla mobilização social para a necessária Reforma Sanitária em busca do *welfare*. Da mobilização de forças sociais pela Reforma Sanitária 78, nasceu o Serviço Sanitário Nacional (SSN), na ebulição da saúde pública mundial, três meses após a I Conferência para os Cuidados Primários de Alma-Ata (BELINGER, TEIXEIRA, CAMPOS, 1988).

Retomando Cavicchi (2005), vê-se que a Reforma Sanitária Italiana 78, embora atrasada, havia proposto finalidades importantes e condizentes com os estudos socio sanitários realizados pelas sociedades industriais ocidentais que demonstraram profundas transformações na oferta e demanda em saúde, não somente na Itália, mas em demais países europeus.

A saúde, portanto, havia sido colocada no centro da reflexão e ação para a construção de um sistema pautado na universalidade do acesso à assistência à saúde, representando um avanço para os setores mais frágeis da sociedade italiana. O discurso era direito, saúde e garantia de assistência a todos (Idem, 1998), por uma democrática universalidade (FERRERA apud CAVICCHI, 2005).

O Serviço Sanitário Nacional (SSN) foi regulamentado por meio da Lei 833/78, comprometido em seu art. 1 com uma moderna consciência sanitária. Entre seus princípios doutrinários foram contempladas a universalidade, a equidade e a solidariedade (ITÁLIA, 2008g). A descentralização, princípio organizacional proposto por Giovanni Berlinguer, na década anterior, no período em que o Estado optara pela Reforma Hospitalar, finalmente fora materializada (GUZZANTI, 1999). Assim, a partir da criação do SSN, a Atenção Primária passou a ser gerida pelo território.

Novamente com base em Cavicchi (2005, p. 19), foi possível observar que, embora os princípios inspiradores se mostrassem promissores por muitos estudiosos da época, a Reforma 78 foi necessária ao enfrentamento do caos do sistema de seguridade vertical (mutualismo), e mais que “causas de”, os princípios se fundamentaram em “condições para” adequar a demanda sanitária em um contexto de profundas transformações sociais.

A questão era: como ofertar os serviços diante do aumento da demanda e do endividamento do sistema de mútuas? A Reforma havia sido instituída, não com base na demanda expressa e na estrutura de oferta, mas na disponibilidade e indisponibilidade de

recursos. Logo, ela se realizara em relação direta com a evolução da economia do país (Idem, 2005).

A materialização da Reforma 78, nos dez anos sucessivos, foi limitada por duas questões fundamentais: a primeira se refere ao fato de a Itália ter tido seis diferentes governos pertencentes às duas maiores forças políticas concorrentes, e a segunda diz respeito às conseqüências do processo de industrialização que trouxe na sua essência o ideário de abertura de portas estatais ao mercado (COSMACINI, 2005).

A força do capitalismo em sua face neoliberal impulsionara o Estado a diminuir a regulação sobre as políticas sociais e econômicas e o sistema predominantemente público, *Welfare*, passou para um sistema *Welfare misto*, cuja estrutura se daria sob três eixos: público, mercado e terceiro setor¹⁴ (ITÁLIA, 2006a).

A saúde encontrava-se submetida aos três atores que compunham o palco dos anos 80: mercado, indústria e tecnologia. O Estado se aproximara do mercado na tentativa de dar conta da nova realidade; a indústria revolucionara as fábricas, as casas e o trabalho; e a tecnologia construía uma demanda de necessidades que fora rapidamente incorporada pela sociedade.

Ao examinar a legislação nos dez anos posteriores à Reforma 78, percebe-se que medidas urgentes na saúde tinham sido algumas das principais pré-ocupações do executivo, diferentemente do período de trinta anos compreendido entre a promulgação da Constituição de 1948 e a Reforma de 1978, quando os atos legislativos se resumiram em um total de vinte e seis (CAVICCHI, 2005).

Após dez anos da emergência do SSN, um olhar especial foi dirigido ao sistema de saúde; um olhar não direcionado às questões que permeavam a Reforma e que requeriam ajustes e aperfeiçoamento, mas um olhar direcionado à necessidade de encontrar saídas para gerir a despesa. Em 1987, uma pesquisa de opinião feita com cento e quarenta *experts* do Centro de Estudos do Ministério da Saúde apontou para a necessidade de reorganização da estrutura, com o objetivo de propiciar uma boa convivência entre o Estado e o mercado (Idem, 2005).

O estudo havia concluído que a despesa sanitária era uma manifestação decorrente de fenômenos demográficos, epidemiológicos e ambientais, e que derivava do consumo da assistência sanitária, ou seja, do SSN. Poderia advir, portanto, do aumento da

¹⁴ Setor *non profit*, formado por cooperativas sociais, associações e fundações de direito privado, sociedade de mútuo auxílio, organizações de voluntariado e associações de promoção social (ITÁLIA, 2006c).

demanda expressa de assistência médico-sanitária por parte dos cidadãos ou de limitações da disponibilidade estrutural da oferta (CAVICCHI, 2005).

Retomando a categoria médica aqui estudada, médicos de família, cabe assinalar que, nos primeiros quatorze anos após a Reforma Sanitária 78, mantiveram-se como médicos municipais, representantes do serviço público municipal.

Em 1992, com a Reforma *De Lorenzo-Garavaglia*, esse *status* mudou. Os médicos de família, anteriormente servidores públicos municipais, paralelamente à construção de um novo modelo de gestão sanitária, chamado *Aziendalizzazione*¹⁵, decidiram, por meio de seu sindicato, pela medicina privada. A partir de 1992, tornaram-se profissionais liberais conveniados ao SSN; a medicina de família passara, então, a compor o sistema privado de atenção em saúde (ITÁLIA, 2008b).

A Reforma *De Lorenzo-Garavaglia* havia sido gerada por um pensamento político que priorizava a construção de um modelo de gestão sanitária que já vinha sendo pensado, desde a Reforma Sanitária 78, como a via institucional para se intervir na despesa e acomodar o consumo sanitário aos recursos existentes, bem como a via para uma maior autonomia das Regiões (Regionalização) por meio de gestão de diretores gerais, sanitários e administrativos (CAVICCHI, 2005; MAPELLI, 1999).

A nova proposta de gestão sanitária carregava muitos conflitos oriundos de disputas de poder entre pessoas envolvidas com diferentes pontos de vista. O Decreto Legislativo 502/92, que institucionalizara esse modelo de gestão, não mencionava o *status* social do produto que a *Azienda*¹⁶ pretendia alcançar como resultado. A questão se traduzia em: a crise era do Estado ou do papel do Estado? (CAVICCHI, 2005).

Na Reforma 78, a saúde era um fim que estava na dependência dos valores dados anteriormente a esse fim. No novo modelo de gestão sanitária, a saúde passou a ser um resultado que dependeria de valores econômicos adquiridos posteriormente aos fins, ou seja, a saúde passaria a depender da disponibilidade de recursos. Com a Reforma 92, o que era fim se transformara em meio, e o meio enquanto tal propusera seus próprios fins, que nada mais eram que valores econômicos (Idem, 2005).

O efeito dessa estratégia de ação afastou do campo do real o compromisso do Estado em priorizar a Atenção Primária, mas o país, ao adentrar o século XXI, voltou-se para a medicina de território (ITÁLIA, 2007a).

¹⁵ Administração Sanitária (Tradução nossa); modelo de gestão regionalizada, comandada por diretores gerais, sanitários e distritais (CAVICCHI, 2005).

¹⁶ Estrutura administrativa (Tradução nossa).

Já como especialidade clínica para os Cuidados Primários, a medicina de família passou a representar, no início do século XXI, a principal estrutura do Serviço Sanitário Nacional no contato direto com as pessoas. Segundo as definições da Wonca Europe 2002¹⁷, essa prática médica contempla cuidados longitudinais, abordagem humanizada, centrada no sujeito, orientada para o indivíduo, família e comunidade, e as dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial são ponderadas (ITÁLIA, 2006b.).

Em 2006, o Plano Sanitário Nacional 2006-2008 conferiu primazia a esse nível de atenção, por meio do qual o Estado italiano se comprometera, dentre inúmeras medidas, com a reorganização da Atenção Primária. Para tal foi decidido que 51% dos recursos do Estado seriam destinados ao território. (ITALIA, 2006c).

Em 2007, o Conselho de Ministros¹⁸ aprovou o projeto “Ganhar Saúde”, apresentado pelo Ministério da Saúde, cuja proposta consistia em um programa de tutela da saúde dos cidadãos, acordado entre níveis institucionais e governo, para promover estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamento com o fito de enfrentar os principais fatores de risco (fumo, álcool, alimentação incorreta e sedentarismo), “garantindo de modo sustentável o serviço sanitário em seus aspectos econômicos e de eficácia”¹⁹. O Estado italiano tem consciência de que não pode condicionar diretamente as escolhas individuais de seus cidadãos, mas tem a ciência de poder “promover como mais fáceis, as escolhas saudáveis, e menos fáceis, as escolhas nocivas”²⁰ (ITÁLIA, 2008c).

Para a atual administração do SSN, na Região *Lazio*, o médico de família italiano deve ser considerado a primeira referência do núcleo familiar, um verdadeiro filtro nos confrontos, não somente no segundo nível de assistência, mas também em outros níveis, uma vez que ele representa o primeiro ponto de escuta para o cidadão italiano (CICOGNA, 2007).

A relação de vínculo começa, se a família assim o desejar, aos seis (6) anos de idade. A partir dessa idade, o cuidado da criança pode ser transferido do pediatra para o médico de família. Contudo, há também liberdade para que a criança continue a ser cuidada pelo pediatra até os quatorze (14) anos, e em casos de pedido familiar justificado, às vezes é permitido que a criança permaneça sob a responsabilidade do pediatra, até os dezesseis (16) anos (ROSSETTI, 2007).

¹⁷ Sociedade Européia de Medicina de Família www.csermeg.it/

¹⁸ *Consiglio dei Ministri*: órgão colegiado que compõe o governo italiano (ITÁLIA, 2006c).

¹⁹ Grifo nosso

²⁰ Grifo nosso

O cuidado, na categoria da medicina de família, é exercido em consultório particular, cinco dias por semana, e em domicílio, quando necessário, e o número de horas disponibilizadas para atendimento ambulatorial depende do número de pacientes cadastrados para cada médico. Cada distrito existente nas sub-regiões da Região *Lazio* abarca alguns municípios, equitativamente. Os cidadãos italianos têm o direito a escolher o médico de família que deseja para seu cuidado em qualquer município pertencente ao distrito em que vivem, não sendo necessário, portanto, que a escolha médica esteja vinculada ao município em que os cidadãos residem (ROSSETTI, 2007).

O delineamento *per capita* da prática dessa categoria médica se dá sob um teto máximo de mil e quinhentos (1500) pacientes para cada médico e o número de médicos conveniados ao SSN por município está, portanto, diretamente relacionado ao número de habitantes. Nem todos os médicos possuem um elenco composto pelo número máximo de mil e quinhentos pacientes, uma vez que o profissional pode construir o seu universo de sujeitos de acordo com a sua vontade e disponibilidade, e ambos os sujeitos, médico de família e paciente, podem cancelar o convênio em qualquer tempo. Cabe mencionar que o médico de família deve justificar ao SSN o motivo do cancelamento e que ele também pode realizar a medicina privada (uma vez ser este profissional liberal conveniado ao SSN), embora haja a supremacia da medicina pública, ofertada pelo SSN (CAVALERI, 2007).

A lógica de um teto máximo de mil e quinhentas pessoas parece razoável, já que esse limite é construído em um universo de pessoas não doentes, mas saudáveis. Dentre os vinte, vinte e cinco pacientes atendidos diariamente, dez normalmente são consultas agendadas e os demais, em sua maioria, portadores de doenças crônicas, que se dirigem ao consultório para reavaliar prescrições sistemáticas. Os vencimentos dessa categoria médica são fixos: cada médico de família recebe quatro (4) *euros* por paciente adscrito, independentemente de o sujeito ter ou não solicitado atendimento médico. O consultório é particular e todas as despesas estão sob a alçada do médico de família, excetuando-se receituários, que são fornecidos pelo SSN (Idem, 2007).

Recentemente, realizou-se em vinte e dois de março de 2008, na cidade de Roma, uma Conferência promovida pelo Ministério da Saúde, com a participação das regiões, operadores sanitários, forças sociais e associações de moradores, para apresentação e discussão conjunta do novo projeto ministerial de medicina de território “Casa da Saúde²¹”,

²¹ Grifo nosso

cujo estudo havia sido iniciado em 2006, e que consiste, segundo Livia Turco, Ministro da Saúde, em uma proposta de construção de um Governo Clínico Territorial (ITÁLIA, 2008d).

Aos médicos de família foi proposto um pacto de direitos e deveres: transformar o eixo da Atenção Primária em um sistema de Governo Clínico Territorial, formado por eles próprios (credenciamento de seus consultórios), médicos distritais, especialistas ambulatoriais, enfermeiros, assistentes sociais, recursos humanos da área de reabilitação, no qual trabalhariam também pessoal técnico-administrativo distrital, com a participação comunitária (Idem, 2008d).

A “Casa da Saúde”, em caráter experimental, corresponderia a um conjunto de atividades organizadas em um espaço físico específico nos distritos para acolher o cidadão italiano em suas necessidades socio sanitárias e para promover a interdisciplinaridade. O funcionamento seria ininterrupto, 24 horas/dia, as necessidades nos três níveis de atenção seriam atendidas e referenciadas, e o enfoque seria dirigido à integração multidisciplinar para assistência domiciliar e educação, quanto ao autocuidado, no que tange às doenças crônicas (Idem, 2008d).

A “Casa da Saúde” viria ao encontro da necessidade de se efetivar a assistência domiciliar, que vem sendo exercida de duas maneiras: os médicos de família, em consonância com os cuidados longitudinais de sua proposta de trabalho orientada para a família, visitam as famílias para as quais dirige o cuidado na medida da necessidade, e também participam, se assim o desejarem, de um programa de Assistência Domiciliar, CAD, Centro de Assistência Domiciliar.

O CAD foi criado na Itália na década de 90 e efetivado, de fato, no ano 2000. Consiste em uma proposta sistemática para o cuidado domiciliar, ofertada pelo segundo nível de assistência e destinada às pessoas que habitam em zona rural, que se encontram limitadas em sua locomoção por questões sociais, físicas ou psíquicas. É de competência do território, sua sede é distrital, e a dinâmica segue o seguinte desenho: as famílias que residem em zona rural e possuem em seus núcleos familiares pessoas comprometidas em sua capacidade de locomoção, por questões sociais, etárias, físicas ou psíquicas, dirigem-se ao CAD para solicitar o cadastramento para atendimento programado domiciliar. Para que o cadastramento seja viabilizado, o CAD designa um médico de família para avaliar as necessidades da pessoa para a qual o cuidado programado domiciliar está sendo requerido (PALAZZOTTO, 2007).

O médico de família constrói a programação para a prática de cuidado, na qual ele também é membro atuante, informa a programação para o CAD e solicita, de acordo com as especificidades de cada caso, assistentes sociais, enfermeiras, fisioterapeutas e/ou médicos

especialistas. Nem todos os médicos de família participam dessas atividades programadas; eles têm a liberdade de escolher entre participar ou não. Esse programa detém inúmeras positivities, mas demanda um maior investimento de recursos para que os resultados possam ser mais expressivos, no que diz respeito à diminuição de internações hospitalares, redução de gastos excessivos e não necessários, e preservação de atendimento de qualidade ao paciente (PALAZZOTTO, 2007).

Foi realizada, em 2007, uma pesquisa pela empresa SWG-Itália, requerida pelo Ministério da Saúde italiano para aferir o grau de satisfação da sociedade quanto aos serviços prestados pelos médicos de família. Os dados demonstraram que 78% dos cidadãos italianos do norte da Itália, 76% do centro e 70% do sul estão satisfeitos com os serviços prestados pelos médicos de família italianos; 20% do norte, 23% do centro e 29% do sul não estão satisfeitos e 2% do norte, 1% do centro e 1% do sul disseram não saber. No compito geral, 75% dos italianos estão satisfeitos, 24% não estão satisfeitos e 1% disse não saber (ITÁLIA, 2008g).

3.2 Medicina de Família no Brasil

3.2.1 O Médico de Família brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF)

O médico, nomeado no Brasil, médico de família, detém especificidades em seus diferentes tempos históricos.

A medicina brasileira, entre os séculos XVI e XVII praticamente inexistia. Os primeiros cuidados prestados aos colonos pobres e índios foram proporcionados pelos jesuítas, pois Portugal, no início do processo de colonização do Brasil, não dava a mesma atenção à saúde dos colonos pobres e índios que dispensava às suas outras colônias. Os médicos aqui chegados nestes dois séculos eram em sua maioria

“(...) indivíduos medíocres, de pouco saber, cuja arte não ia além de pequenos rudimentos (...) não podiam ser mesmo homens de muitas luzes (...) servir na longínqua colônia americana era viver numa espécie de exílio, era não acumular haveres, não ter clínica farta e rendosa.” (GOMES, apud LOPES, 2005. p. 151).

O século XVIII foi um período glorioso ao Brasil; inúmeros palácios e conventos foram construídos. Contudo, com relação à saúde, não havia ainda compromisso para com o seu povo. Somente com a vinda de D. João VI e a Corte Portuguesa, no século

XIX, a saúde começara a ser pensada. As duas primeiras escolas de medicina, em Salvador e no Rio de Janeiro, mantiveram-se exclusivas por quase um século, e ao final do século XIX foi criado um terceiro curso de Medicina, no Rio Grande do Sul (LOPES, 2005).

Com a Independência do país no século XIX e a saída da corte portuguesa do Brasil, os cursos de medicina passaram a ser influenciados pela medicina francesa, portanto, foi sob a influência da medicina social européia, que se edificou a Universidade Brasileira, no âmbito médico (Idem, 2005).

No início do período republicano brasileiro, final do século XIX, a ciência e as ações médicas eram pouco desenvolvidas no Brasil. A atenção para os males dessa época era realizada nas residências por médicos, cirurgiões, barbeiros, curandeiros, parteiras e curiosas. O espaço social de atenção era a residência e a família havia sido escolhida como o eixo da prática médica para controlar a alta mortalidade e estimular a natalidade (MANDU, 2002). O profissional médico era nomeado “médico de família” em função de prestar assistência às pessoas em suas residências.

Diferentemente da Itália, essa medicina de família iniciara suas atividades no seio da família não por estar comprometida com a população de pequenos municípios, mas por exercer sua prática no núcleo familiar. Eram médicos clínicos liberais que atuavam na família, e não médicos municipais.

Em um cenário político de grandes transformações sociais e econômicas para a inclusão do modo de produção capitalista, o governo da Primeira República na emergência do século XX voltara-se para a construção das primeiras políticas públicas de saúde. Era interessante ao país desconstruir a imagem de um povo ignorante e sujo para uma imagem atrativa capaz de fomentar investimentos estrangeiros (VERDI, 2002).

Para tal, o presidente Rodrigues Alves decidira pela criação de três reformas: a reforma do porto do Rio de Janeiro, com o propósito de viabilizar condições adequadas para receber países interessados em estabelecer relações comerciais com o Brasil; a reforma urbana, ainda que para tal conquista desconsiderasse as diferenças sociais; e a reforma sanitária para vencer as epidemias e preservar a política de exportação do café, carro-chefe da economia nacional. O exercício da medicina, nesse início de século, era controlado por instâncias centrais (VERDI, 2002) e pela medicina privada, e o modelo de prática médica domiciliar se manteve, nos mesmos moldes, até os anos 30 (MANDU, 2002).

Nesse período, década de 30, surgiu no Brasil a Medicina Comunitária, com base em um modelo americano instituído, em 1915, pelos EUA. Esse modelo de ação comunitária americano, inicialmente, priorizara *a organização da comunidade para sua*

efetiva participação nas ações em saúde, a educação em saúde, a saúde da criança e o controle de doenças evitáveis (ROSEN, 2006. p. 338).

A essas ações paulatinamente foram se aglutinando outras, como, por exemplo, a visita médica em escolas, em comunidades. Esse modelo propunha que os atores sociais pensassem as relações existentes entre os serviços e uma dada população definida, delimitada. Da expansão dessa ação em saúde comunitária emergiu o Centro de Saúde, um serviço de vizinhança, um serviço distrital (Ibidem, 2006).

Desse modo, o modelo de Medicina Comunitária importado pelo Brasil foi fruto de um movimento ideológico americano fundamentado na participação de profissionais médicos na comunidade, e em um novo modelo de relação entre Estado e Sociedade. Todavia, essas ações comunitárias não resistiram à hegemonia do modelo sanitarista campanhista adotado pelo governo brasileiro, nem ao aumento de oferta da assistência previdenciária; os centros de saúde criados no Brasil distanciaram-se da proposta de integralidade regional e educação comunitária (CARVALHO, 1995).

Em 1950, também sob a influência norte-americana, surgiu a Medicina Preventiva nas escolas médicas brasileiras. Os EUA haviam elaborado uma proposta de política externa para a América Latina, por meio da qual ofereciam ajuda financeira para aqueles que desejassem realizar pesquisas na área de prevenção. Os objetivos dessa política eram a prevenção de futuros conflitos sociais, bem como a construção de “*quadros técnicos, científicos e políticos*”, capazes de firmar a excelência do *way of life*²² americano, ou seja, capazes de atestar a excelência de política de bem-estar social americana (TAMBELLINI, 2003. p. 50).

Por meio de convênios internacionais preconizados por organizações internacionais multilaterais como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e também de fundações americanas de fomento de pesquisa (tais como Rockefeller e Kellog), abriu-se um caminho de possibilidades para estudantes financiarem pesquisas mediante bolsas de estudo (Ibidem, 2003).

O requisito era construir uma formação médica que impulsionasse uma nova consciência profissional ancorada em ações preventivas. Dentre as ações imanentes dessa nova consciência, destacou-se a introdução do conceito ecológico de saúde e doença por Departamentos de Medicina Preventiva no Brasil (ESCOREL, 1999).

²² Caminho da vida (Tradução nossa).

Esse fomento americano em pesquisa para estudantes brasileiros, médicos e outros profissionais, manteve-se durante a década de 60, na qual o Brasil encontrava-se dividido entre uma nova proposta americana, a adesão ao modelo flexneriano, e a construção de propostas alternativas de transformação social (TAMBELLINI, 2003).

Essa polarização entre diferentes estilos de pensamento diante do projeto americano gerou grande impacto no setor saúde, e se instaurou a idéia de impossibilidade de adequação para os que viam ‘essa saúde’²³ como um indicador de falência, na medida em que devia acompanhar o modelo fundado pelo regime capitalista (Idem, 2003).

Nessa década, anos sessenta, a medicina privada brasileira norteava seu eixo de prática ainda nos moldes europeus, ou seja, as universidades formavam seus médicos com base na medicina social européia. A fragmentação inexistia e a ênfase (...) centrava-se na ação de médicos generalistas e de família (DA ROS, 2006. p. 50). Esses médicos eram chamados “de família” porque atuavam à luz do modelo europeu; na realidade, eram médicos generalistas que não fragmentavam o ser humano em peças anatômicas.

A Medicina Comunitária ressurgira, ainda em 60, após trinta anos dos primeiros movimentos para uma Medicina Comunitária no Brasil, em decorrência dos efeitos impulsionados pela medicalização. Iniciou-se com o intuito de ampliar a cobertura e melhorar a assistência da população rural, mediante o qual o médico se aproximaria mais da população e de seus problemas (ESCOREL, 1999). As relações Saúde e Sociedade começaram a ser repensadas.

Com o golpe militar de 64, “financiado e pensado em conjunto pelo governo dos EUA e pelos militares brasileiros” (DA ROS, 2006. p. 51) ante ao prenúncio de perigo de vigência de democracias contestadoras, politicamente organizadas, e da Revolução cubana recém eclodida, o modelo flexneriano foi imposto às Universidades Brasileiras, por meio de decreto (DA ROS, 2005).

Esse modelo havia sido inaugurado nos EUA, em 1910, pela Faculdade de Medicina *Johns Hopkins*, pertencente à Fundação Rockfeller, após um trabalho realizado pela equipe de *Flexner*, contratada pela *Carnegie* e pela *Rockfeller Foundation*

“ao custo de 300 milhões de dólares, para investigar e produzir um documento que encaminhasse a retirada de subsídios governamentais para a maioria das faculdades que não tivessem um pensamento semelhante a de *J. Hopkins*.” (DA ROS, 2005; p. 63).

O Brasil resistira cinquenta anos para importá-lo. A razão para esse distanciamento entre a inauguração do modelo nos EUA (1910) e no Brasil (1964) residia no

²³ Grifo nosso

fato de a cultura sanitária brasileira, em seu período higienista, não assimilar a cultura americana, uma vez que estava vinculada à lógica do modelo europeu de medicina social (DA ROS 2005).

Com a Reforma Universitária 68, os cursos de medicina adotaram o modelo flexneriano, um modelo positivista, biologicista, centrado no hospital, fragmentado, e até excludente, haja vista que “*sugeria a exclusão de negros e mulheres dos cursos de medicina*” (Ibidem, 2005. p. 64).

Como é possível perceber, a formação médica para uma medicina de família centrada em uma medicina social, na totalidade da pessoa e em seu entorno, estava longe de se materializar.

Em resposta a essa imposição do modelo flexneriano às universidades brasileiras, emergiram alguns movimentos contra-hegemônicos para uma formação médica que priorizasse aspectos sociais e antropológicos, dentre eles: discussões sobre a temática entre professores paulistas, a criação do Internato Rural pela Universidade Federal de Minas Gerais, a criação do Instituto de Medicina Social da UERJ, a Primeira Residência em Saúde Comunitária no Rio Grande do Sul, e especialmente, o Movimento Sanitário Brasileiro, relatados a seguir.

Diante das imposições advindas com a Reforma Universitária 68, professores de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo se organizaram em um movimento contra-hegemônico priorizando a necessidade de adoção de métodos claros de formação médica voltados para a realidade brasileira e para a dinâmica social brasileira. Esse grupo recebera apoio de membros contra-hegemônicos da própria OPAS e começaram a ler trabalhos que refletiam questões para além do campo médico e da saúde, desaguando em estudos de Ciências Humanas e Sociais. Muitos Departamentos de Medicina Preventiva passaram a incorporar, em sua denominação, o termo social (TAMBELLINI, 2003).

Nessa época, década de 70, paulistas e cariocas fundaram o Instituto de Medicina Social da UERJ, um marco histórico na medicina. A Medicina Preventiva avançara, “sem trair seu objeto”, para uma Medicina Social voltada para a prática social, posteriormente renomeada no âmbito acadêmico como Saúde Coletiva. Esse movimento entre paulistas e cariocas foi o embrião da Reforma Sanitária Brasileira e sua atuação se deu juntamente com a sociedade brasileira (Idem, 2003. p. 52).

Em 1971, após um diagnóstico realizado pelo Núcleo de Assessoramento Pedagógico (NAP) sobre a situação do ensino médico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a partir de entrevistas realizadas com alunos

e professores, e paralelamente aos encontros estudantis realizados no Diretório Acadêmico Estudantil dessa universidade, para pensar soluções para o modelo pedagógico vigente, mudanças curriculares importantes foram sinalizadas nessa Faculdade de Medicina.

Após três anos,

“a idéia de um Internato Rural emergiu [nesta universidade, a partir] de uma experiência voluntária de um grupo de doze alunos que se deslocaram para a região do Vale do Jequitinhonha durante as suas férias escolares de 1974 e atuaram na rede de serviços de saúde das pequenas cidades e povoados rurais do Centro Regional de Saúde de Diamantina. Nascera, assim, o Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG e a implantação efetiva desse modelo, vigente durante dezessete anos, ocorreu em 1978” (RADICCHI, 1996. p. 11).

Também, na década de 70, foi criada na Unidade Sanitária Murialdo, em Porto Alegre, uma nova proposta para contrapor à formação médica, com base em outros determinantes do processo saúde-doença, e não somente determinantes biológicos, e na compreensão de se ponderar nesses determinantes, o tecido social, o espaço social de vida de sujeitos-pacientes. Surgiu a Residência em Saúde Comunitária, pioneira nesse modelo de residência, voltada para uma formação médica comprometida com o ser humano. Posteriormente, demais residências similares surgiram no Brasil (DA ROS, 2006).

Percebe-se que, paulatinamente, a década de 70 começou a sinalizar mudanças na formação do ensino médico e, conseqüentemente, de demais áreas da saúde. A necessidade de transformação partira de um grupo de alunos, em Minas Gerais, e de uma Unidade Sanitária, em Porto Alegre.

No período em que o Brasil ainda vivia sob o regime repressivo da ditadura militar, o qual adotava a política de saúde mercantilista que privilegiava o complexo médico-industrial, fortalecido desde 1964, eclodiu um movimento médico-social transformador no âmbito da saúde: o Movimento Sanitário. Um movimento pautado em uma nova construção do saber para as práticas em saúde, tendo como referencial um pensar a prática para as classes trabalhadoras e populares (DA ROS, 2006; ESCOREL, 1999), influenciado, ideologicamente, pelo Movimento Sanitário Italiano 78.

É importante considerar neste momento que, a partir da década de 80, especificamente de 1981 a 2001, a Residência em Saúde Comunitária passou a ser denominada Medicina Geral Comunitária, sendo reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), e a partir de 2001, foi novamente renomeada passando a ser reconhecida como Medicina de Família e Comunidade (CNRM)²⁴ (LOPES, 2005):

“(...) especialidade médica que presta assistência à saúde continuada, integral e abrangente para os indivíduos, suas família e comunidades; integra ciências biológicas,

²⁴ Resoluções CFM 1232/86 e 1634/2002.

clínicas, comportamentais; abrange todas as idades, ambos os sexos, cada sistema orgânico e cada doença. (...) campo do conhecimento médico comprometido e orientado por princípios de atuação que rompem com a prática biomédica tradicional, enfrentando efetivamente as dificuldades na prestação do cuidado à saúde dispensado hoje.” (LOPES, 2005. p. 97).

O Movimento Sanitário foi o embrião da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, um momento histórico da saúde pública brasileira, articulada pela sociedade civil, profissionais da saúde, intelectuais e políticos para, conjuntamente, pensarem as questões ligadas à garantia universal da Saúde como um Direito. Dessa união de esforços, o Direito à Saúde como um Direito de Cidadania foi reconhecido constitucionalmente em 1988.

A Constituição de 1988 representou, portanto, um grande avanço no campo da saúde, inaugurando, no plano institucional, uma outra concepção de Saúde como resultante de Determinantes Sociais e reproduzindo um sonho da sociedade brasileira ao propor o Sistema Único de Saúde (SUS). Ela representou um marco histórico para a Saúde Pública, até então imersa em um modelo setorial de saúde, privilegiado pelo regime militar e vinculado à lógica de privatização neoliberal centralizada no complexo médico-industrial.

O Estado brasileiro iniciou, por meio do SUS, um processo de construção social com vistas a edificar um novo espaço de construção de saúde. De caráter público e único para todo território nacional, o Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido em um capítulo da Constituição de 1988, elegera como pilares doutrinários os princípios da universalidade, da assistência integral (integralidade) e da igualdade de assistência (equidade) e como princípios organizacionais a regionalização, a hierarquização, a descentralização, a resolubilidade e a participação da comunidade.

Para garantir a universalidade desse direito, comprometeu-se, dentre outras medidas, com um novo paradigma sanitário embasado na vigilância à saúde e com uma gestão social, em consonância com a nova concepção de determinantes do processo saúde-doença, expressa no Artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90²⁵ (BRASIL, 1990).

A proposta de gestão social foi configurada pela estratégia de descentralização, um modelo que visava a aproximar a gerência dos espaços de ação. Os municípios passaram a responder pela gestão dos serviços.

Ainda que esse Sistema de Saúde tenha sido apresentado, no plano jurídico, como uma proposta fortemente promissora em “tempos difíceis²⁶”, nos anos 90, deu sinais de

²⁵ “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL 2007a).

²⁶ Grifo nosso

fragilidade. A conquista da redemocratização era um fato, mas essa década é assinalada pelo ápice do *apartheid* social brasileiro e por um governo marcado pela notável capacidade perdulária de alienar seu patrimônio aos interesses de multinacionais.

Em um cenário Estatal de agenda reduzida, contrastes sociais profundos, concentração ainda significativa de analfabetos, alto índice de mortalidade infantil nas regiões Norte e Nordeste e de acelerado desemprego, “tempos ditos modernos²⁷” deflagrados pelo modelo neoliberal insistiram em seduzir o Brasil com o propósito de sedimentar o seu legado de reprodução do capital e supremacia de valores individuais. (VIANA e DAL POZ, 2005).

É nesse contexto sociopolítico que o SUS deu seus primeiros passos no processo a ser construído para garantir ao cidadão o Direito Universal à Saúde. Engatinhara-se com coragem, expressara sua luta já nos movimentos iniciais, mas as limitações impostas pelo campo do real começaram a configurar um distanciamento entre o SUS idealizado e concebido pela Reforma Sanitária e o SUS capaz de configurar-se.

Uma limitação relevante referia-se ao sistema suplementar (privado) que começara a mostrar sinais de expansão no início da década de 80 e que adentrara fortalecido, paralelamente ao SUS, na década de 90. Um sistema importado do modelo norte-americano, que se consolidou como uma opção para quarenta milhões de brasileiros descontentes com a proposta estatal e em condições de custear modelos outros que julgassem por bem (MENDES, 2002).

As modalidades de adesão do sistema de saúde suplementar possuem duas vias, uma voluntária e uma outra compulsória, sendo a primeira resultado da escolha individual dos cidadãos e a segunda atrelada ao vínculo empregatício. Dessa forma, é provável que as motivações e escolhas em um e outro caso tenham sido e sejam diferentes (Idem, 2002).

A expansão desse modelo de sistema de saúde privado deu sinais que o SUS conquistado pela sociedade não se materializaria como universal, mas, de modo fragmentado, dirigido para os três quartos da população brasileira (140 milhões) que representam a grande massa da sociedade brasileira: os pobres. Essa previsão parecia arriscada e remetia ao pensamento de Lord Beveridge “*políticas públicas exclusivas para pobres são políticas pobres*” (BRASIL, 2008c).

²⁷ Grifo nosso

Contudo, o SUS caminhava. Com base em experiências anteriores²⁸ dotadas de positivities e diante do alto índice de mortalidade infantil nas regiões Norte e Nordeste, o Ministério da Saúde, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF, criou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS –, implantado inicialmente no Norte e Nordeste e posteriormente em todo Brasil (BRASIL, 2007b).

Esse programa apresentou à atenção integral uma nova dinâmica: os agentes comunitários, pessoas da própria comunidade treinadas e capacitadas por profissionais de saúde, assumiram a incumbência de orientar o autocuidado na comunidade e fomentar as transformações necessárias com vistas à produção social de saúde. A resolubilidade e o impacto desse programa foram rapidamente reconhecidos.

Em 1993, diante de dificuldades vivenciadas na construção da gestão social municipal, um grupo de secretários havia pedido apoio financeiro ao Ministério da Saúde para a operacionalização da Atenção Básica. Essa solicitação levou o Ministro da Saúde a convocar uma reunião com secretários municipais, técnicos, consultores internacionais e especialistas da Atenção Primária para discutir as limitações e fragilidades vividas no processo de descentralização (VIANA e DAL POZ, 2005).

Desse encontro, somado aos resultados bem-sucedidos do PACS e à ênfase dada à municipalização pela Norma Operacional Básica 93²⁹, que recomendara três distintos níveis de gestão para o município escolher aquele que se adaptaria à sua capacidade, resultou uma nova proposta política que objetivou reforçar o SUS na construção de seu processo: o Programa Saúde da Família.

Fundado na mesma lógica de três países – Canadá, Cuba e Inglaterra – o Programa Saúde da Família no Brasil elegera a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem da atenção em saúde (BRASIL, 2007b). Fundamentou-se na concepção de que oportunizar os serviços de saúde na própria comunidade poderia contribuir para a produção social de saúde. Uma proposta em que o médico “de” família seria um membro da equipe de trabalho para o Cuidado na Atenção Primária.

A criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 foi fruto da necessidade de reorganização da Atenção Básica para oportunizar a garantia de oferta das

²⁸ PIASS/76 Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento e o Projeto Ceará 1987 de remodelação da atenção primária.

²⁹ Cabe sublinhar que a NOB 93 apresentara-se como um instrumento para impulsionar a descentralização em várias dimensões, mas somente a assistência ambulatorial e a assistência hospitalar foram contempladas com repasses financeiros. Houve avanços, em termos numéricos, a partir desta NOB, uma vez que 62,9% dos municípios foram habilitados em alguma forma de gestão (semiplena, parcial ou incipiente), porém, como somente 4,6% habilitaram-se na forma avançada de gestão (semiplena), no que concerne a sistemas municipais, o incremento da responsabilidade descentralizada não foi expressivo (BRASIL, 2008d).

ações e serviços nesse nível de atenção. Completou no primeiro semestre de 2007 treze anos de existência com uma trajetória de crescimento e expansão em direção à ampliação do acesso e universalização da Atenção Básica.

Esse programa, hoje reconhecido não mais um programa, mas uma Estratégia, foi elaborado, segundo o Ministério da Saúde, em substituição ao modelo tradicional institucionalizado à luz flexneriana que era

“Baseado na doença, atuando exclusivamente sobre a demanda espontânea, com ênfase na medicina curativa, tratando o indivíduo como objeto de ação, com baixa capacidade de resolver os problemas de saúde, com saber e poder centrado no médico, geralmente limitado à ação setorial, com desvinculação do pessoal de serviço com as comunidades e de relação custo-benefício desvantajosa” (BRASIL, 1996 apud VIANA E DAL POZ, 2005. p. 235).

A Estratégia de Saúde da Família surgiu, então, como uma necessidade para o despertar de uma transformação na organização da Atenção Básica, com o dever de centrar sua atenção na família, a qual é compreendida por meio de sua ambiência para propiciar a ampliação da compreensão do processo saúde/doença, uma vez ser este resultado da interação de diversos fatores do dia-a-dia que permeiam o cotidiano das pessoas em sociedade. Deve ponderar a família como eixo norteador e, assim, deve abrir um horizonte de trabalho que permite uma ação eficiente e satisfatória para promover “saúde em família”³⁰ diretamente nas comunidades.

Cabe destacar que a intenção dessa Estratégia, cuja direção norteou-se não para a doença, mas para a produção social de saúde, será expressa em gesto na medida em que os profissionais da equipe de Saúde de Família, valendo-se dos princípios do respeito e da igualdade, como também de criatividade, senso crítico, capacidade de viver mudanças e novas escolhas, estejam disponíveis para (re) significarem os óculos teóricos tradicionais hegemônicos com o fito de construir uma prática humanizada, ética, de qualidade e efetivamente comprometida com a comunidade. Paralelamente aos deveres da equipe, para que essa proposta, de fato, seja materializada há um *conditio sine qua non*³¹: o efetivo comprometimento da gestão para com os princípios doutrinários da estratégia.

Em 2003, realizou-se, no município de São Paulo, SP, uma pesquisa sobre ética na Atenção Básica com médicos e enfermeiros, para conhecer os conflitos éticos que permeiam esse nível de atenção em saúde e pensá-los conjuntamente a alguns fundamentos bioéticos que pudessem dar suporte às decisões que se fizessem necessárias ao enfrentamento de questões éticas. Os resultados sinalizaram que as questões bioéticas vividas no campo

³⁰ Grifo nosso

³¹ Condição indispensável (Tradução nossa).

social da Atenção Básica, no âmbito geral, são inquietudes supostamente triviais construídas sob um manto sutil, mas com conseqüências funestas para a assistência prestada à sociedade usuária, dentre elas, as práticas paternalistas e, como tal, descomprometidas com o respeito à autonomia do sujeito em seu processo de cuidado (ZOBOLI, 2003).

Com base nesse estudo e na reflexão anterior sobre a Estratégia Saúde da Família, percebe-se que esse processo de reorganização da Atenção Básica demanda, também, planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações que respondam às necessidades da família dentro da sua comunidade, mas, sobretudo, demanda uma estratégia de aproximação entre a bioética e a biopolítica, determinação e vontade política, uma vez que essas questões estão para além da estrutura organizacional das equipes de trabalho e da proposta no plano jurídico.

Segundo a Política Nacional Atenção Básica (BRASIL, 2007), cada equipe de Saúde da Família deve ser composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (máximo de 750 pessoas por agente). Todos os integrantes devem cumprir uma jornada de trabalho de 40 horas semanais e a média recomendada por equipe é de 3.000 habitantes. As equipes de saúde bucal podem ser incorporadas mediante dois modelos e a unidade de saúde da família pode atuar com uma ou mais equipes (BRASIL, 2007a).

Segundo o Ministério da Saúde, essa proposta, apresentada em 1994 como um Programa de Saúde da Família para a reorganização da Atenção Primária, apresenta visibilidade política desde sua implantação.

Cada equipe de Saúde da Família contempla as seguintes especificidades: deve realizar na sua área de abrangência cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações previamente pactuadas com a comunidade e dirigidas aos problemas de saúde e preservar uma postura pró-ativa frente ao processo saúde-doença (Idem, 2007a).

Para cada equipe há uma Unidade Básica de Saúde (UBS) cadastrada no Ministério da Saúde, composta por um consultório médico, sala de cuidados básicos de enfermagem, sala de vacinas, equipamentos e materiais adequados para gerar resolubilidade da Atenção Básica em saúde (Idem, 2007a).

Os profissionais de Odontologia podem ser incorporados às equipes de saúde da família, desde que os gestores municipais apresentem planejamento prévio. As equipes de saúde bucal podem ser formadas por dentista e atendente de consultório odontológico como também pela inserção à equipe de técnico de higiene dentária.

O Programa Saúde da Família – hoje chamado Estratégia Saúde da Família – é financiado pelo Ministério da Saúde e pelo Banco Mundial (Bird), organismo internacional que financia projetos brasileiros desde 1949. Em 2002, o Bird apoiara a iniciativa brasileira de expandir essa política ativa para cidades com população superior a 100.000 habitantes, como também de ampliar o preparo de profissionais da saúde com vistas à adequação destes às especificidades do programa e de criar sistemas de avaliação e de monitoramento (BRASIL, 2007c).

Dando continuidade a esse processo de expansão de reorganização da Atenção Básica, consolidou-se o PROESF – Programa de Expansão Saúde da Família – mediante a verba pactuada entre o Brasil e o Banco Mundial na ordem de US\$ 550 milhões sendo que 50% virão do Banco Mundial e 50% estarão sob a competência do governo federal. O período para expansão desse modelo corresponde ao período compreendido entre 2002 a 2009 (BRASIL, 2007d).

Ao final de 2006, o Brasil avaliou a cobertura populacional desse programa e obteve os seguintes resultados: 46,2% da população brasileira (85,7 milhões de pessoas) estão cobertas por Equipes de Saúde da Família; 39,8% estão cobertas por Equipes de Saúde Bucal (74,9 milhões de pessoas) e 59,1% da população brasileira (109,7 milhões de pessoas) estão cobertas pelo PACS (Idem, 2007d).

No que concerne ao financiamento do SUS, uma nova proposta foi lançada (modificando a proposta de financiamento regulamentada pela Lei 8.080/90, mas ainda não materializada) em 2000, mediante a Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/00, que determinara o provimento de recursos com base na co-participação da União, Distrito Federal, Estados e Municípios. Para a União, os gastos na área da saúde deverão ser iguais aos do ano anterior corrigidos pela variação do PIB; aos Estados cabe destinar 12 % de suas receitas e aos municípios, 15% de suas receitas (BRASIL, 2008g).

A maior parte de sua história, a modernidade viveu na e da auto-ilusão.

(Bauman, 1999, p. 245).

O fim da modernidade? Não necessariamente (...) a modernidade está muito conosco.

(Bauman, 1998, p. 101).

Os problemas éticos dependem não do instrumento (...) mas do uso que o homem faz do instrumento.

(Cavicchi, 2005, p. 109).

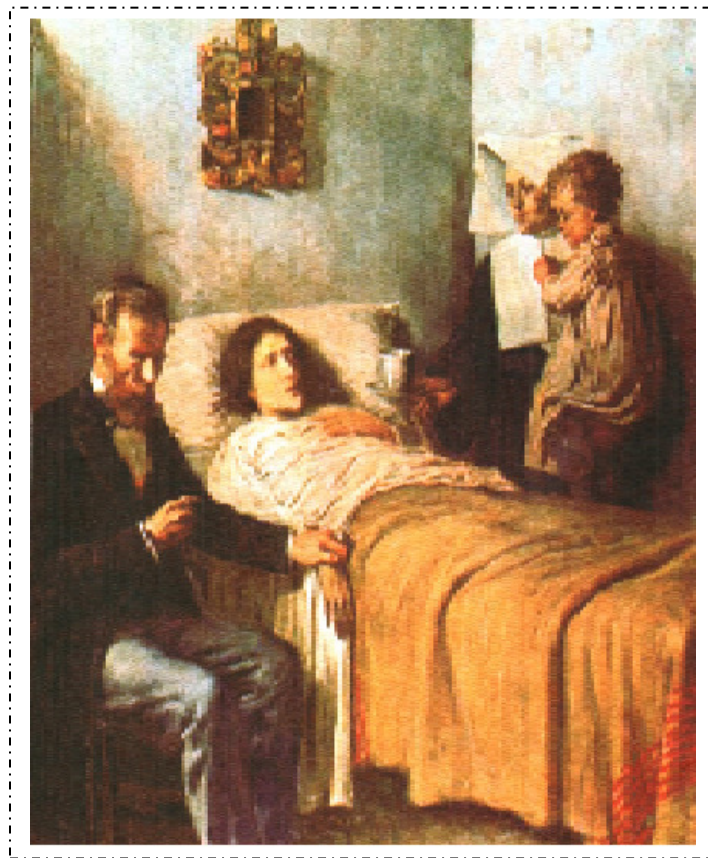


FIGURA 6 - Pablo Picasso *Ciencia y caridad*, 1897

FONTE: Furnari, M. G., 2005.

A Bioética como uma necessidade no campo da saúde na Pós-Modernidade

4 A Bioética como uma necessidade no campo da Saúde na Pós-Modernidade

O projeto moderno consolidado com a Revolução Industrial, construído sob a pretensão em ser “moderno”³², acarretara um grande custo à humanidade. A tentativa de compreensão desse custo a ser pago, por aqueles que escolheram a modernidade como doutrina estrutural, pode ser oportunizada ao se considerar a modernidade como um lar pretensioso.

Um lar em que os filhos aprenderam com pais dominadores e detentores a desejar a necessidade, a universalidade, a transparência, a certeza do mundo e a ordem. Doce ilusão. A mentalidade moderna surgiu de um outro entendimento. Em uma linguagem, consciente ou não, os pais, no uso dessas expressões, passavam a seus filhos a contingência, a particularidade, a indecisão, o provisório e a ambivalência, respectivamente. Ao serem educados a viver na necessidade, os filhos identificaram-se na contingência; ao apreenderem a universalidade, avistaram a falta de saída sobre o que fazer com o que não era universal em sua particularidade; na tentativa de viver a transparência ensinada, descobriram a limitação em seu poder de decisão; ao compreenderem seus pais em uma relação de comando e como aqueles que, em definitivo, vieram ao mundo para substituir todos os outros pais, encontraram-se com o provisório, e ao conhecerem a ordem mostrada por seus pais, construíram a ambivalência (BAUMAN, 1999).

A pretensão desses pais prepotentes, construtores da nova ordem, a Ordem Moderna, edificada por meio de referenciais próprios auto-suficientes, pode ser observada já no início da elaboração do projeto moderno. A Assembléia Constituinte francesa, na Revolução Francesa, em 1791, estabeleceu a legitimidade do soberano em suspender a constituição (o direito) em casos de conflitos extremos que colocassem em risco a ordem, a segurança da sociedade. Qualquer medida alegada pelo soberano, para “o bem comum”³³, poderia ser provisoriamente tomada (AGAMBEN, 2007b). Essa condição, uma exceção à regra, ficou conhecida, na França, como estado de sítio. Como se pode perceber, os pais da modernidade rapidamente mostraram a lógica de suas aspirações.

Ainda que sabedores do inevitável nascimento, nesse lar, de uma filha perdulária, a contingência, a modernidade (pais) não freou seu ideário de construir um novo mundo, pautado em suas certezas. Essa filha conviveu com difíceis circunstâncias no seu processo de crescimento, mas mantivera-se leal aos seus pais. Essa decisão de assim se

³² Grifo nosso

³³ Grifo nosso

manter deveu-se ao fato de ter internalizado a força de sua legitimidade: nascera à luz da autoconfiança de seus genitores que lhe diziam ser ela algo que causa extremo desconforto e para dela escapar o caminho seria tornar-se uma norma imputada para se livrar da diferença (BAUMAN, 1999). Essa tirania paterna gerou graves repercussões na vida de seus filhos, que passaram a buscar novas e insaciáveis necessidades, como um mecanismo de defesa contra a permanente contingência, acarretando danos sociais irreparáveis à humanidade no século XX.

Desse modo, os filhos da modernidade chegaram à pós-modernidade (ou talvez ainda modernidade) extremamente “*à vontade sob condições de necessidade e infelizes diante da contingência*” (Ibidem, 1999. p. 246-247). Mantendo-se em consonância com os princípios paternos, abraçaram (e abraçam) sua sina como um destino, um destino construído sobre uma ordem imposta a uma humanidade desordenada por natureza, que Freud já havia pensado em sua obra *O mal-estar da civilização*. Uma verdadeira negociação. Uma troca, com ganhos e perdas. Renuncia-se ao princípio do prazer e se gesta o princípio da realidade (BAUMAN, 1999). Porém, “*há dificuldades inerentes à natureza da civilização [leia-se modernidade] que não se submeterão a qualquer tentativa de reforma*” (BAUMAN, 1998. p. 8).

Talvez a emancipação dessa filha perdulária (contingência) fosse não se esquecer dela, mas aceitar que

“há outros lugares e outras épocas que podem ser, com igual justificação (ou igual ausência de uma boa razão), preferidos pelos membros de outras sociedades e que, por mais diferentes que sejam, as opções não podem ser discutidas em relação a nada mais sólido e impositivo do que a preferência e determinação de apegar-se ao que se prefere” (BAUMAN, 1999. p. 248).

Parece provável que a auto-ilusão (origem e espaço de construção da vida moderna) tenha sido a fonte das belas e horríveis construções edificadas pela humanidade em seu percurso moderno e pós-moderno (Ibidem, 1999). Construções silenciosas e gritantes. Belas e horríveis. Belas e perversas.

Dentre as construções silenciosas e perversas, pode-se pensar a consolidação do estado de exceção (estado de sítio francês). No século XX, nos cenários nacionais das duas grandes guerras mundiais, essa condição técnica governamental, que deveria ser provisória, tornara-se regra.

A primeira guerra mundial havia sido o “laboratório” em que o estado de exceção se consolidara como paradigma de governo. A Alemanha, com o fim da República de Weimar e a instauração do regime nazista, suspendeu a Constituição vigente e criou uma condição técnica absolutista dentro do Estado, uma condição legal, ainda que construída sob a

suspensão da própria ordem jurídica. O estado de exceção, no governo nazista, foi o instrumento que possibilitou a instauração do totalitarismo (AGAMBEN, 2007b. p. 19).

Na Itália fascista, o estado de sítio francês e o estado de exceção alemão eram (e ainda o são) conhecidos por decretos de urgência, que nada mais são do que decretos com força de lei, promulgados pelo executivo, a partir da força da norma e, ao mesmo tempo, a partir da suspensão desta (Ibidem, 2007b).

Com a queda das democracias européias, no período da segunda guerra mundial e, especialmente, ao final desta, essa expansão dos poderes executivos, o estado de exceção, destinado para situações de crise, surge como uma ditadura constitucional. A democracia parlamentar é substituída pela democracia governamental. Em alguns países, como França e Alemanha, essa ditadura constitucional está presente explicitamente no corpo da constituição; em outros, como Itália, Inglaterra, Suíça e Estados Unidos, essa regulamentação está implicitamente presente. Percebe-se que a cultura política ocidental, paulatinamente, distanciara-se de seus princípios (AGAMBEN, 2007b). No Brasil, o estado de exceção é conhecido como medidas provisórias, amparadas constitucionalmente (BRASIL, 2008e).

Na contemporaneidade, a política transformou-se em biopolítica e o estado de exceção é o local onde opera a biopolítica. O neoliberalismo instituiu como uma necessidade para sua preservação a inclusão da vida natural nos mecanismos de poder estatal, e essa politização, nas palavras de Agamben (2007^a. p. 16), da “vida nua”, é o núcleo do poder soberano em estados neoliberais; a tradução do potencial dominador dos pais do projeto moderno.

Uma das possibilidades encontradas para compreender e procurar saídas consensuais com base em argumentos racionais para as ações humanas e para seus efeitos advindos da auto-ilusão moderna da “árvore genealógica³⁴” da civilização moderna no campo da saúde foi o surgimento da Bioética, movimento cultural e político nascido entre os anos 50 e 60.

Municiado de referencial teórico e de disposição para pensar a racionalidade prática no espaço social de interação de agentes, pacientes, autores e destinatários, atores sociais, este campo do saber, a Bioética, emergiu no âmbito da saúde para tentar responder aos conflitos e dilemas advindos da tensão entre sujeitos na dinâmica social, a partir de uma proposta reflexiva “*racionalmente coerente e pragmaticamente eficiente*” ocupada dos

³⁴ Grifo nosso

aspectos morais das ações humanas e de seus efeitos. Uma proposta cujas ferramentas são a racionalidade e a razoabilidade; o saber teórico para amparar o argumento e o saber prático para amparar a aceitabilidade da ação. Uma proposta capaz de argumentar e fornecer justificativas racionais para as escolhas e tomadas de decisões morais em casos e situações concretas (KOTTOW apud SCHRAMM [S. I.: s.n] p. 13). Uma proposta laica para ancorar, no campo da saúde, a conduta dos filhos que “optaram pela fidelidade aos pais”³⁵.

Não é difícil compreender a razão imputada às sociedades neoliberais de “*anseios transcendentais*”. Diante da necessidade de aceitação da filha pródiga, a contingência, o palco contemporâneo das sociedades democráticas e complexas é carregado de “*anseios transcendentais*” para os quais a bioética também deve dirigir sua atenção, dentre eles: conflitos do *ethos*, em uma dimensão de transcendência horizontal como, por exemplo, “*anseios relativos aos desejos e às frustrações; à vida e à morte; à corporeidade e ao sofrimento; às relações intersubjetivas; à relação com a alteridade e à divindade; à salvação e à perda, entre outros*” (SCHRAMM, 2007).

A Bioética é um campo de saber cujo terreno de atuação chama-se a relação Eu-Tu. Seu berço é o interior do espaço entre o Eu e o Outro; um amplo espaço por ocupar o Eu e as armadilhas que se colocam diante do Eu, e que devem ser evitadas para um viver ético; um estreito espaço ocupado somente por duas pessoas, o Eu e o Outro, desde que disponíveis para “*deixar do lado de fora suas normas e convenções mundanas (...) despidos de (...) adornos sociais, de status e distinções sociais*”; um estreito espaço porque representa um encontro moral no qual o Eu e o Outro são Um (LEVINAS apud BAUMAN, 1998. p. 62).

Por outro lado, esse campo é também compreendido como uma disciplina de caráter eminentemente prático e operativo, já que também se propõe a participar do processo de escolha humana (GRACIA apud ZOBOLI, 2003).

O primeiro movimento para o nascimento da Bioética apresentara-se à humanidade como uma exigência, em resposta às atrocidades das pesquisas em campos de concentração nazista. Diante da constatação de que os prisioneiros na Segunda Guerra Mundial tinham sido “*acontecimentos biológicos*”, usados em campos de concentração em experiências médicas, o Tribunal de Nuremberg julgou, em 1946, vinte e três indivíduos, dentre eles, vinte médicos, e oito meses após revelou a sentença (de morte para sete julgados) e um documento, o Código de Nuremberg (BRASIL, 2008e).

³⁵ Grifo nosso

Esse Código se constituiu em princípios reguladores das relações entre médicos e pacientes, e entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa; dentre esses princípios, estava contemplado o consentimento informado para participação em pesquisa científica. Infelizmente, nos primeiros vinte anos, as diretrizes norteadoras do Código de Nuremberg não sensibilizaram os médicos; houve pouca cobertura da imprensa, uma vez que se compreendeu que o controle ético proposto por Nuremberg dirigia-se apenas aos médicos nazistas (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Na década de 60, foi possível entender que, de fato, o Código de Nuremberg, aprovado em 1948, não teve repercussão no campo do real. As intenções curativas da prática médica se materializavam em pesquisas atrozes, os abusos praticados sobre as populações vulneráveis eram desumanos, dentre eles: em 1963, no Hospital Israelita de doenças crônicas de Nova York, pesquisadores injetaram células cancerosas vivas em idosos doentes; entre 1950 e 1970 pesquisadores de Nova York injetaram vírus de hepatite em crianças com retardo mental; e no mais longo e conhecido estudo com abuso dos sujeitos de pesquisa, entre 1930 e 1972, um estudo no Alabama (Tuskegee) feito com quatrocentos sífilíticos pertencentes a uma comunidade negra deixou quarenta pessoas em observação sem tratamento (Idem, 2002).

Para resguardar as comunidades vulneráveis das atrocidades médicas, a Associação Médica Mundial estabeleceu um compromisso a ser cumprido em pesquisas clínicas e na relação entre médicos e “pacientes” por meio da Declaração de Helsinque, em 1964, a qual, posteriormente, sofreu modificações. Observou-se, com base nessa Declaração, a necessidade de se instituir normas para que os médicos seguissem padrões humanos na relação com seus “pacientes” e em pesquisas científicas. Cabe assinalar que o consentimento informado foi mantido (COSTA; DINIZ, 2001).

Todavia, em 1966, Henry Beecher publicou vinte e dois relatos nos quais demonstrara a fragilidade do consentimento informado. Esse pesquisador havia observado que muitos dos sujeitos de pesquisa eram internos em hospitais de caridade, adultos, deficientes mentais, crianças com retardo mental, idosos, pacientes psiquiátricos, recém-nascidos e presidiários. Para esses sujeitos, esse consentimento não tinha nenhum significado. Beecher trazia, portanto, para o meio científico e acadêmico, as atrocidades da ciência e a constatação que a dignidade humana também era ferida pela medicina não somente em eventos de guerra (DINIZ, apud COSTA; DINIZ, 2001).

Oficialmente, a Bioética foi apresentada ao mundo, em 1970, pelo médico oncologista Van Rensselaer Potter, como uma necessidade para estabelecer uma nova abordagem para temas pertinentes que estariam colocando em risco a sobrevivência humana.

Em seu livro “Bioethics. Bridge to the future”, Potter propõe esse neologismo, Bioética, como “a ponte entre a cultura tecnológica e científica e a cultura das humanidades” (POTTER apud SCHRAMM, [S.I.: s.n.] p. 14).

Para esse oncologista, o início da década de 70 representava um perigo para a humanidade face ao (des) comprometimento para com as questões ambientais, sendo a separação entre ciência e humanismo o ponto de partida para os problemas relacionados às condições de vida do homem. Esse momento histórico exigia reflexão sobre o processo de viver em suas dimensões biológicas, sociais e ambientais (DALL´AGNOL, 2004).

Embora Potter estivesse ocupado de questões multidimensionais ligadas à condição humana, posteriormente outros pesquisadores conferiram à Bioética um significado essencialmente biomédico. Em 1978, após esse reducionismo da visão potteriana, o Instituto Kennedy apresentava um novo olhar Bioético valendo-se dos princípios da autonomia, da beneficência e da justiça extraídos do Relatório Belmont, documento este elaborado por um grupo de especialistas americanos cujo enfoque refere-se às questões éticas relacionadas à experimentação com seres humanos (GARRAFA, KOTTOW & SAADA, 2006).

O Relatório Belmont, publicado em 1978, foi fruto de uma comissão formada no Congresso Norte-Americano realizado, em 1974, com o propósito de identificar os princípios básicos que deviam nortear as pesquisas em seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina. Embora o relatório tenha ponderado muitos princípios como relevantes, decide por eleger respeito pelas pessoas, beneficência e justiça, os prioritários (DALL´AGNOL, 2004).

Esses princípios foram analisados de maneira mais criteriosa por meio da obra de Beauchamp e Childress, Princípios de Ética Biomédica, que inauguraram um marco importante na história da Bioética, uma vez que apresentaram ao mundo, em 1979, a Bioética Princípalista – também chamada biomédica – cujo embasamento é sustentado pelos princípios do Relatório Belmont somados ao da não-maleficência (GARRAFA, KOTTOW e SAADA, 2006).

Os princípios dessa Bioética são considerados “*prima facie*”, ou seja, cada um deles tem seu valor enquanto ponderações morais maiores não estão presentes (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002. p. 50).

Beneficência, autonomia, justiça e não-maleficência são “*diretrizes gerais que deixam um espaço considerável para um julgamento em casos específicos e (...) proporcionam uma orientação substantiva para o desenvolvimento de regras e políticas mais detalhadas*” (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002. p. 55).

Na década de 90, a Bioética Principlista havia conquistado notoriedade mundial. Todavia, esse reconhecimento encontrara movimentos de resistência, já que o caráter universal de seus princípios começara a ser criticado por países da Europa, da América Latina, e mesmo pelos EUA. Essa bioética começou a ser apreciada desfavoravelmente por apresentar-se limitada para responder universalmente à diversidade de contextos sociais e culturais (GARRAFA, KOTTOW; SAADA, 2006) em tempos globais.

Aproximando-se essa Bioética das questões cotidianas vividas na Atenção Básica, em um primeiro momento, ela parece desenhada como um instrumento atraente para orientar as ações nesse nível de atenção, pois sua configuração é norteada por princípios estabelecidos supostamente capazes de compilar, em um único corpo, doutrinas potenciais ao enfrentamento de implicações éticas que perpassam o cotidiano dos Cuidados Primários em Saúde (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 1998; SCHRAMM apud ZOMBOLI, 2003).

Contudo, os problemas bioéticos vividos no universo da Atenção Básica (Primária) demandam um investimento frontal nas mais variadas dimensões, e não somente referentes àqueles que venham a ser compreendidas mediante os princípios *prima facie* da Bioética apresentada por Beauchamp e Childress.

Ademais, os problemas bioéticos são constituídos em espaços de tensão em uma configuração não pré-determinada, mas sob uma configuração *temporal, relacional e potencial*. Assim, não é provável que “*princípios fixos e válidos para todos em todos os lugares*” contemplem os enfrentamentos exigidos aos homens em interação, uma vez que as relações humanas demandam flexibilidade e adaptação (PEGORARO, 2002. p. 12).

O que se observa, portanto, nesta breve síntese, é que os caminhos escolhidos pela civilização moderna e pós-moderna predestinaram os homens a uma espécie de armadilha por eles e para eles construída: a modernidade (os pais) decidiu trocar “*um quinhão de suas possibilidades de felicidade por um quinhão de segurança*” e à pós-modernidade (aos filhos) parece que restou a opção de trocar “*um quinhão de suas possibilidades de segurança por um quinhão de felicidade*”. Na modernidade, renuncia-se ao princípio do prazer e se abraça ao princípio da realidade; na pós-modernidade, luta-se ferrenhamente para conquistar as novas necessidades, mas a presente contingência impede a felicidade sobre as conquistas (BAUMAN, 1998. p. 8).

No campo da saúde, a Bioética vem para tentar desconstruir essa lealdade (embora os ganhos e perdas dos filhos estejam em posições diferentes dos pais) e (re) significá-la, constituindo-se em um recurso, uma ferramenta, de preferência sem delineamento

prévio, para acompanhar as ações humanas e seus efeitos (dentre eles, os efeitos da biopolítica).

A Bioética vem sempre surgindo e não há um caminho delineado para que a humanidade a perceba. Vivê-la nas ações humanas pressupõe criá-la e “perseguir o horizonte humano” (PEGORARO, 2002. p. 62); na sua essência, a Bioética é também “o nascer cotidiano” (BERLINGUER, 2000). Um instrumento significativo para balizar as escolhas advindas da auto-ilusão da modernidade.

4.1 A Bioética da Proteção como referencial analítico

Pensar numa bioética da proteção, que acolha os seres vulnerados, respeitando-os em sua alteridade (...) e defendendo-os quando e requeiram (que impede atitudes “paternalistas” nos atos de proteção) ou, até, amando-os de maneira incondicional.

(SCHRAMM, 2006).

A Bioética começou a desabrochar, no Brasil, na década de 90. As questões brasileiras no âmbito sanitário, especialmente o “*problema da injustiça social e de seus efeitos sobre a saúde e a qualidade de vida de indivíduos e populações humanas*” (SCHRAMM, 2006. p. 189), apontaram a necessidade de o Brasil (e demais países latino-americanos) construir uma ferramenta própria para o enfrentamento de seus conflitos cotidianos no campo da saúde.

Um dos referenciais advindos nessa busca por um novo horizonte foi a Bioética da Proteção. Em finais do século XX e início do século XXI, surgiu essa ferramenta da bioética geral, a partir de “*pesquisadores latino-americanos preocupados em aplicar e adaptar o saber ético aos conflitos e dilemas morais da Saúde Pública*” vividos nos países da América do Sul e Caribe (SCHRAMM & KOTTOW apud SCHRAMM, [S.I.: s.n.]; SCHRAMM apud GARRAFA, KOTTOW, SAADA, 2006).

O termo “proteção”, no campo da Bioética da Proteção, corresponde semanticamente àquele que representa o significado mais arcaico de ética: o termo grego *ethos*, “o lugar próprio do homem, o que é específico do homem” (NEVES, 1996); “*guardida (para animais), morada (para humanos)*” (SCHRAMM, [S.I.: s.n. p. 17]) e, posteriormente, “*costume*”, “*caráter*”, atributos aristotélicos (Idem, 1996), conforme já mencionado.

Bioética e Proteção. Dois termos afins, mas vale ressaltar que, embora o neologismo “bioética” e o termo “proteção” tenham afinidades semânticas, “*nem toda bioética é protetora e nem todo meio de proteção é um meio legítimo da bioética*” (SCHRAMM, [S.I.: s.n.]).

Essa parte da ética aplicada, Bioética da Proteção, constituiu-se em consonância com o Princípio da Proteção, dever do Estado em dar proteção aos seus cidadãos diante de agentes externos, de eventos catastróficos naturais, de calamidades e de epidemias. Coaduna com a posição de que um Estado democrático tem o dever de proteger seus cidadãos contra agressões externas, bem como o de proteger os seus cidadãos vulnerados. O delineamento desse campo da ética aplicada deu-se, desde seu surgimento, sobre a problemática do “*direito ao acesso aos serviços de saúde e à assistência sanitária [e d] a equidade do tratamento*” (SCHRAMM, 2007).

Atualmente, a Bioética da Proteção vem agregando ao seu objeto reflexões quanto ao papel do Estado em intervir na vida de cidadãos não vulnerados, além de também estar se aproximando de um diálogo com estudos sobre biopolítica e biopoder, ainda que ciente de ser esse diálogo permeado de conflitos relacionados com a interpretação dos fatos, como também de conflitos “*sobre as estratégias para a superação de um estado de coisas presentes*” (Idem, 2007).

Aproximando a assertiva de Agamben (2007b. p. 15), “*as escolhas terminológicas nunca podem ser neutras*”, do pensamento acima citado [ciência de conflitos] “*sobre as estratégias para a superação de um estado de coisas presentes*”, é provável que “*estado de coisas presentes*” se refira ao estado de exceção, já que este é o espaço de atuação da biopolítica.

Conforme já exposto, o estado de exceção define sua configuração permanente na própria ordem jurídica de sociedades globais. Na leitura dos governos globais, o estado de exceção é um modo de administrar a casa, voltado para a “manutenção da ordem e impedimento da desordem, do caos³⁶”. Essa condição, com força de lei, é ancorada na vigência da *oikonomia*³⁷, uma espécie de dispositivos dos dispositivos, o dispositivo de controle regido pela estratégia de subsunção. Dentre os vários subsistemas que subsumem, está o subsistema saúde (SCHRAMM, 2007).

³⁶ Grifo nosso

³⁷ Um conjunto de práticas, saberes, medidas e instituições cujo escopo é gerir, governar, controlar e orientar, em um sentido que se pretende útil, os comportamentos, os gestos e os pensamentos dos homens (AGAMBEN apud SCHRAMM, 2007).

Cabe assinalar que a subsunção foi uma estratégia biopolítica construída pelos pais do projeto moderno e uma herança recebida pelos filhos pós-modernos, como um instrumento necessário para o controle da ordem político-social.

No mundo clássico, não havia um termo que pudesse explicar o significado daquilo que os pais e filhos – modernos e pós-modernos – entendem por “vida”. “Vida”, para os gregos, era expressa por *zoé* (vida comum a animais, homens e deuses; viver, vida reprodutiva) e *bíos* (modo de viver individual e coletivo; viver bem), ainda que *zoé* fosse ponderada como um bem, já que o simples fato de estar vivo é um bem. A simples *zoé* era excluída da *polis*, a comunidade política era unida e mantida pelo “*viver segundo o bem*” individual e coletivo, pela *bíos* (ARISTÓTELES apud AGAMBEN, 2007^a. p. 10). A *zoé* estava localizada à margem do ordenamento; com o projeto moderno, ela passa a “*coincidir com o espaço político*” (AGAMBEN, 2007a p. 16).

Na vigência do dispositivo *oikonômico*, “*autenticamente política é somente vida nua*”, somente *zoé* (Ibidem, 2007a. p. 113). Em tempos globais, à medida que a biopolítica consolida-se, ela amplia os limites do estado de exceção.

A biopolítica dos Estados Neoliberais adentrou o corpo dos sujeitos e de suas vidas. Ela parece estar deslocando-se de seu papel protetor para o papel de interventor em questões garantidas pelo direito e de competência do indivíduo. Um exemplo visível desse deslocamento é a biopolítica de prevenção ao risco, a qual, vestida sob a roupagem necessária do amparo e controle da ordem, adentra questões que dizem respeito ao domínio privado, como se essas questões fossem o caos. Desse modo, o efeito sobre a sociedade do modo de agir da ‘casa’³⁸, o estado de exceção, seria, nas palavras de Schramm, uma “*condição existencial de suspeição generalizada*” e desaguaria na suspensão dos Direitos Humanos Fundamentais: “*a princípio, seríamos todos, até prova do contrário, terroristas potenciais*” (Idem, 2007).

A Bioética da Proteção tem-se debruçado sobre esse “caos travestido de ordem”³⁹. Esse campo de ética aplicada tem-se preocupado com duas questões:

“garantir o acesso a um padrão de sistema de saúde efetivo e garantir um desenvolvimento das capacidades humanas e a expansão das liberdades pessoais, que são constituintes essenciais [da libertação] das pessoas” (AGAMBEN, 2007).

É oportuno, neste momento, tecer algumas considerações no domínio pragmático dessa parte da ética aplicada, Bioética da Proteção, sobre os conceitos de

³⁸ Grifo nosso

³⁹ Grifo nosso

vulnerabilidade e vulneração, para compreender o diálogo que essa bioética deseja estabelecer com o campo da biopolítica das práticas sanitárias contemporâneas. Um diálogo com os estudos do biopoder acerca dos abusos do dispositivo biopolíticos.

O conceito de vulnerabilidade admitido por eticistas e bioeticistas e presente em documentos importantes nacionais e internacionais como, por exemplo, na Resolução 196/96 e na Declaração de Helsinque parece ter-se naturalizado em uma lógica que não pondera a diferença outrora revelada em Aristóteles entre “*potência*” e “*ato*” (SCHRAMM, 2006. p. 192).

Vulnerabilidade, na qualidade semântica do termo latino “*vulnus*”, representa a potencialidade de vir a ser, é uma possibilidade humana de vir a ser “ferido, mas não necessariamente o será”. Vulneração é a condição de estar limitado *de facto* em suas capacidades objetivas e subjetivas, de encontrar-se em um estado concreto de limitações de suas capacidades e essa aproximação semântica, aparentemente inócua, gera efeitos importantes no papel interventor e nas decisões do Estado, uma vez que o campo do real de uma população vulnerável é diferente do campo do real de uma população de vulnerados (Ibidem, 2006. p. 192-193).

A proposta da Bioética da Proteção seria a de ponderar a vulnerabilidade como “*uma característica universal de qualquer humano; dos animais (...) e dos sistemas vivos como os ecossistemas*” e a vulneração como situações materializadas. A apresentação dessa proposta, a de distinção semântica entre os dois termos, é acompanhada da reflexão de que se poderia argumentar de modo razoável que, neste mundo contemporâneo de sociedades globalizadas, não se conseguiria distinguir o potencial daquilo que se apresenta de fato. Dito de outro modo, todos seriam potencialmente vulneráveis em ato; um argumento razoável quando se pensa em termos de Ética Global, mas “*pode ser também a consequência do estado de exceção*” (SCHRAMM, 2006, p. 194), o dispositivo dos dispositivos.

Na realidade, um dispositivo é formado por um *pars construens* (como, por exemplo, a igualdade de cobertura aos serviços em saúde) e por um *pars destruens* (como, por exemplo, adentrar o domínio privado). Um dispositivo de proteção moralmente legítimo, para Schramm (2007), deveria ter por objetivos:

- a) proteger a todos contra danos evitáveis (*proteção negativa*) e proteger os Direitos Humanos Fundamentais, como o exercício da autonomia pessoal (*proteção positiva*) e
- b) propiciar as condições objetivas para (...) [a] libertação daqueles sujeitos que não podem exercer suas capacidades, necessárias (...) [à] libertação e, possivelmente [nas palavras de Kottow (2007)] “amparando os vulnerados enquanto não chega, se é que chega, a justiça tantas vezes proclamada.” (SCHRAMM, 2007).

A questão que se coloca é como emergir limites para as biopolíticas de prevenção instituídas por Estados Nacionais neoliberais. Destrói-se a liberdade política em nome da qualidade de vida. Sob o véu da proteção de amparar seus cidadãos contra efeitos naturais e proteger seus cidadãos vulnerados, é aplicada uma biopolítica “*liberticida*” (SCHRAMM, 2007). Dispositivo oikonômico, estado de exceção, prevenção ao risco, o direito à privacidade e à liberdade individual. Como aproximá-los?

Schramm (2006) aproxima desses conceitos aqui discorridos o conceito apresentado por Jacques Derrida (apud SCHRAMM, 2006) de “*hospitalidade incondicional*” como possível “*pharmakon*” contra a exclusão e discriminação, desdobramentos da biopolítica. Hospitalidade incondicional seria, para Schramm (2006, p. 196):

“uma resistência à instauração de uma biopolítica global baseada numa suposta necessidade de comportamentos individuais considerados saudáveis de acordo com o “paradigma” dominante do momento, mas que, de fato, é um modelo construído sobre uma confusão entre dados de um evento e probabilidade de um evento, e entre potencialidade e atualização” (SCHRAMM, 2006, p. 196).

O paradigma dominante, mencionado acima, instituiu uma nova lógica para o direito à saúde: “*a saúde não é mais, em última instância, um direito do cidadão e um dever do Estado, mas, ao contrário, um dever do cidadão e um direito do Estado*” (Ibidem, 2006, p. 197).

Parece ser esse novo paradigma um “imperativo sanitário” sobre os quais as políticas de saúde conjuntamente aos progressos da biotecnociência podem ser entendidas como:

“uma rápida conversão das liberdades em necessidade e dos direitos em deveres [pois] o indivíduo, que pode intervir sobre os riscos dos quais seria intrinsecamente portador, [tem] novas obrigações ético-políticas e jurídicas consigo e com os outros, (...) obrigações as quais ele deverá se sentir cada vez mais [instado] a responder, informando-se e informando, prevenindo [e] entregando-se com confiança ao novo saber-poder biopolítico” (MARZOCCA, 2006 apud SCHRAMM, 2006, p. 197-198).

Na perspectiva da Bioética da Proteção, a proposta deste estudo, conhecer e identificar as concepções de médicos de família sobre a autonomia do sujeito em seu processo de cuidado para um novo desenho de cuidado, dialógico e no domínio da liberdade, que possa vislumbrar a materialização das potencialidades do sujeito, é relevante uma vez que é:

“(...) a única saída para que o ‘mamífero humano’ (o ‘humano demasiado humano’ como o chamava Nietzsche) se torne mais dono de seu nariz (e não do nariz dos outros), mais autônomos, pois somente com este ‘upgrade’ de competência poderá evitar que seja cancelado da face da terra por erros cometidos e que poderiam ser evitados” (SCHRAMM, 2008, p. 3).

À luz desse olhar, a ação entre médico de família e sujeito, ancorada na decisão unilateral exclusivamente no saber médico, não seria moralmente questionável se essa decisão fosse previamente pactuada entre as partes, sujeitos “*competentes cognitivamente e moralmente*” e embasada na confiança depositada pelo paciente no saber-fazer médico, ainda que em uma “*sociedade de autênticos indivíduos, as decisões sobre suas vidas deveriam ser tomadas pessoalmente*” [em outras palavras] “*viver ou morrer é em última instância uma experiência em primeira pessoa*” (SCHRAMM, 2008. p.1).

No que concerne ao papel da cultura de prevenção ao risco na autonomia do sujeito, com base em pressupostos racionais e razoáveis, o risco de essa biopolítica obstaculizar esse direito, depende do modo como esse dispositivo de prevenção atua. Se as políticas são construídas de modo autoritário ou dialógico. A questão, uma vez ponderada a casuística e suas especificidades, é pontuar se as políticas de prevenção se dirigem para comportamentos de riscos evitáveis que possam estar atingindo maleficamente terceiros ou se trata de política paternalista voltada para a esfera pessoal que diz respeito a cada um (Ibidem, 2008).

Na vigência do dispositivo *oikonômico*, o dispositivo dos dispositivos das sociedades globais, a medicina ocupa um posto estratégico ao colocar-se como um instrumento contra o caos e a desordem e na lógica da indústria farmacêutica. Esse instrumento operacionaliza a indução do autocontrole das ações humanas remetendo as sociedades ocidentais a uma condição de “*pecar porque nos comportamos mal*”, ao contrário de sobrelevar questões complexas do campo individual e coletivo como, por exemplo, [a] “*poluição [bem como] o estresse da vida urbana*” (GORI&DEL VOLGO apud SCHRAMM, 2007).

4.2 Respeito à Autonomia

Um imperativo ético não é um favor que podemos ou não conceder uns aos outros.
(Freire, 2004. p. 59).

Com base nesse pensamento acima, foi possível observar que a autonomia ganha corpo, na área da educação, como um imperativo ético.

O respeito à autonomia, princípio ético fundamental da dignidade humana, não foi contemplado no Relatório Belmont, apresentado ao mundo em 1979. Esse Relatório havia

ponderado o respeito às pessoas, mas não o “*o respeito à capacidade da pessoa livremente deliberar e escolher*” (DALL’AGNOL, 2004. p. 95-96). Esse princípio foi apreciado de forma mais ponderada, como um princípio, por intermédio da Bioética Principlista, já mencionada.

Respeitar a autonomia do Outro significa respeitar a possibilidade desse Outro fazer uso de sua determinação, agir como autônomo, agir como sujeito e agente⁴⁰ de sua vida; compreendê-lo com o direito de ter um modo próprio de pensar, fazer escolhas e orientar as suas ações mediante seus valores e crenças (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002; SEGRE; COHEN, 1999); respeitar a capacidade de reflexão crítica do Outro sobre a estrutura motivacional do agir, para este ser e continuar sendo “*uno che sceglie*”⁴¹ (DWORKIN apud NERI, 2005. p. 56).

Pressupõe não somente uma “atitude respeitosa”, mas uma “ação respeitosa”, haja vista que atitude significa uma tendência à, e ação, o resultado de uma conduta humana. Além disso, está condicionado não somente a respeitar a decisão do Outro, mas a contribuir no sentido de que esse Outro seja capaz de fazer as suas escolhas autonomamente. Assim, respeitar a autonomia do próximo significa “*tratá-lo de um determinado modo que o torne capacitado a agir autonomamente*”; demanda aptidão e maturidade (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002. p. 143).

Respeitar o outro “*é descobrir palavras e gestos que dêem à representação dessa expressão um caráter convincente*” (SENNETT, 2004. p. 237); é reconhecer cada pessoa como um sujeito de direitos e, concomitantemente, considerar como um dever o compromisso assumido para com ela no que concerne aos seus direitos (TUGENDHAT apud DALL’AGNOL, 2004); “*é o empenho de reconhecer, nos outros homens, ou em si mesmo, uma dignidade que se tem o dever de salvaguardar*” (ABBAGNANO, 2007. p. 1.009).

Algumas temáticas que parecem estar imbricadas com a questão da autonomia do sujeito em seus Cuidados Primários serão brevemente revisadas a seguir.

⁴⁰ Aquele que atua no campo social e sabe que tem um sistema de preferências (THIRY-CHERQUES, 2006).

⁴¹ Que escolhe (Tradução nossa).

4.2.1 Respeito à Autonomia e a Epistemologia de Canguilhem

A doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida.
(Canguilhem, 2006, p. 138).

A motivação que despertou o interesse para conhecer as concepções de médicos de família quanto à autonomia do sujeito em Cuidados Primários em Saúde não encontra fundamentação no pressuposto da Declaração de Alma-Ata, saúde como completo bem-estar físico, mental e social, para todos no ano 2000, mas na epistemologia de Canguilhem, cuja contribuição é relevante para a compreensão das questões que permeiam a prática da medicina de família.

A abordagem de sua epistemologia será discorrida com base em seu livro “O Normal e o Patológico”, resultado da reedição de sua tese de doutorado e de novas considerações, tese esta fundamentada na história da ciência do século XIX e construída sob uma idéia singular de normal e patológico.

Canguilhem viu o século XIX como o período no qual se consolidara o pensamento hegemônico, quase um fundamento doutrinário garantido pela ciência, de que os fenômenos vitais, Normal e Patológico têm valores opostos, e é sobre a desconstrução desse olhar que sua tese se ancorou.

A fundamentação da dinâmica do processo de doença, à luz de Canguilhem, está na concepção totalizante da medicina hipocrática: doença como a perturbação no equilíbrio do homem, que não se encontra em uma parte, mas “*está em todo homem e é toda dele*”. O ato clínico terapêutico dirige-se não para determinantes construídos cientificamente, mas para o restabelecimento de uma norma vital subjetiva, concebida como valor para o sujeito; dirige-se para a normatividade da vida, para o teor das normas dentro do qual a vida se torna estável (*Ibidem*, 2006, p. 10).

Com base no conceito de Normatividade, observa-se que não há, para Canguilhem, fatos Normais e Patológicos em si. Norma normal, na sua concepção, não é absoluta, corresponde à estabilidade e variabilidade da vida comparada a uma outra norma já existente. Assim, o Normal não tem a rigidez conferida pela medicina hegemônica que o pondera como ausência de patologia. O Normal tem a “*flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais*”; desse modo, “*os limites entre o Normal e o Patológico tornam-se imprecisos*” (*Ibidem*, 2006 p. 135).

Portanto, a epistemologia de Canguilhem vem ao encontro do respeito à autonomia do sujeito, uma vez que aponta disposição em compartilhar o processo de Cuidado do Outro “*com o estado normal que o homem vivo deseja restaurar*”. Essa epistemologia concebe o homem normal como “*homem normativo, o ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas [...] e uma norma única de vida é sentida privativamente e não positivamente*” (CANGUILHEM, 2006. p. 98-99). Essa epistemologia concede ao médico a possibilidade de reavaliar as suas normas, as concepções de saúde e doença e a prática. Uma epistemologia que rompe o positivismo flexneriano.

Com base nesse aporte de Canguilhem, entende-se que pensar o sujeito autônomo e apropriado de seu processo na relação médico de família e sujeito é considerar o potencial de fecundidade do sujeito, sua singularidade e seu universo de significações; é valorizar o seu direito de escolha no seu processo terapêutico; é compartilhar um diálogo em relação de igualdade; é superar o modelo biomédico; é perceber-se responsável consigo e com o outro; é usar da criatividade para estabelecer relações positivas de dependência; ainda que seja também reconhecer as próprias limitações, a pluralidade e a heterogeneidade.

4.2.2 Respeito à Autonomia e relações de poder

A meu ver, você foi o primeiro a nos ensinar – tanto em seus livros como no domínio da prática – algo de fundamental: a indignidade de falar pelos outros.

(Deleuze à Foucault, 2007, p. 72).

A autonomia, etimologicamente, é derivada do grego “autos” (próprio) e “nomo” (regra, governo, lei), cujo uso inicial se referia ao autogoverno das cidades-estado na civilização grega (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002). Na perspectiva de Canguilhem (2006), é relativa, relacional, complexa, dependente e necessária para a auto-recuperação do organismo humano.

Sua construção se dá por meio de redes de dependência desprovidas de sujeição e para que essas redes sejam estabelecidas é importante lembrar que toda relação social se expressa na prática mediante relações de poder, e que a relação entre médico e sujeito não é somente uma relação de dominação de ordem médica sobre a sociedade, mas também de dominação do Estado sobre as classes não hegemônicas (CANGUILHEM, 2006).

Foucault (2005, p. 175) demonstrara, em sua obra “Microfísica do Poder”, que não há poder. O poder existe em ato, em relação, em um sistema de redes; o poder existe em exercício, em fluxo. “*Não se dá, não se troca nem se retoma, mas se exerce*”. A constituição humana se dá sobre relações de poder e é sobre essas relações que o saber é produzido. Desse modo, o poder detém potencialidades e subjetividades.

Todavia, ainda que detentor de positivities, o poder é comumente percebido em sua forma repressiva. A dinâmica do poder é passível de ser analisada em uma aproximação de duas óticas: uma ótica na qual o poder é órgão de repressão, e em uma ótica na qual a análise do poder é feita em termos de confronto e de guerra. O primeiro modelo parte de reflexões de outros pensadores para os quais o poder é algo que reprime os indivíduos (FOUCAULT, 2007).

Foucault respondera a essa análise do poder pensando os mecanismos de repressão ao lado da sua percepção de ser o poder uma “*guerra prolongada por outros meios*”. Para ele, as relações de poder na pós-modernidade podiam ser pensadas como relações estabelecidas sobre um véu onírico do exercício do poder político. “*Se é verdade que o poder político acaba a guerra*”, sobre a conquista da paz, o poder político inscreve uma guerra silenciosa que nada mais é do que um modo de reforçar e perpetuar relações de força. Dessa guerra silenciosa emergiram, por exemplo, as desigualdades econômicas e o controle dos corpos (Ibidem, 2007, p. 176).

Cabe ponderar que o controle dos corpos foi um dos primeiros efeitos do poder da modernidade. A partir do investimento sobre o corpo, sobre o biológico, o poder médico foi exercido sobre os corpos, um poder de vigilância; um biopoder, portanto.

A vida, a partir do projeto moderno, foi politizada. A vida biológica tornou-se o fato “*politicamente*” decisivo. Em outras palavras, a política transformou-se, sob o estado de exceção, em biopolítica. Com o projeto moderno, “*o homem [passou a ser] um animal em cuja política está em questão a sua vida de ser vivente*” (FOUCAULT apud AGAMBEN, 2007a, p. 125-127).

Vale sublinhar que há uma diferença entre o pensamento foucautiano e de Agamben sobre a caracterização do projeto moderno. Para Agamben, não é exatamente a inclusão da *zoé* nas políticas estatais de Estados Nacionais globais que caracteriza a política contemporânea, nem tampouco o fato de a vida ser, em tempos globais, um objeto de poder estatal. Para esse filósofo, a *zoé* não nascera com a modernidade, ela é muito antiga. A questão primordial, para Agamben, é que, na medida em que o provisório tem-se tornado regra geral, na medida em que o espaço de vida nua, antes à margem da ordem, tem sido

incluído com força de lei (estado de exceção), não se distingue mais “direito”, de “fato”, nem *bíos de zoé* (AGAMBEN, 2007a. p. 16).

Ao referir sobre Os Intelectuais e o Poder, Foucault expressara que, na década de 70, os intelectuais perceberam que as bases não precisavam deles para falar, nem desejavam falar por eles. Sabiam dar vozes aos seus pensamentos, mas havia uma barreira: um sistema de poder que invalidava esse discurso e esse saber, um poder que circulava por todo tecido social, e não somente sobre as instâncias superiores. Um sistema em rede do qual faziam parte os intelectuais e a representação de serem eles agentes de produções discursivas para a construção de uma consciência. (Ibidem, 2007).

Com base nessa breve reflexão, foi observado que o sistema de poder formado pelos intelectuais invalidava o discurso e o saber das massas, por meio do uso moralmente questionável da autoridade que o saber conferia a esses intelectuais. Transformava-se a autoridade legitimada pelo saber científico em um poder autoritário, um campo ainda presente na contemporaneidade, no âmbito da saúde pública. Um campo presente na Atenção Básica. Uma estratégia biopolítica.

4.2.3 Respeito à Autonomia e o campo social Médico de Família e sujeito

Não há nada que não se possa dizer, e pode-se
dizer o nada.
(BOURDIEU, 1996, p. 28).

A busca na literatura por subsídios que pudessem aproximar a percepção foucaultiana acima, um sistema de poder formado por intelectuais invalida o discurso das massas, do objeto desta pesquisa deságua em um estudo de Pierre Bourdieu, “A economia de trocas linguísticas”, realizado na França em 1960, fundamentado em proposições singulares para transformações sociais (BOURDIEU, 1996).

Para a compreensão dos objetivos deste estudo, compreender como os médicos de família, no Brasil e na Itália, concebem a autonomia do sujeito em seu processo de cuidado e como vêem a solidariedade na relação entre médico de família e “paciente”, para com base nessas proposições pensar o biopoder e conhecer as implicações éticas imbricadas no Cuidado da Atenção Primária, faz-se pertinente discorrer sobre o campo social no qual médico de família e sujeito interagem e sobre as relações simbólicas que se processam nessa dinâmica (Idem, 1996).

Considerando o biopoder um efeito do exercício de poder político no âmbito dos corpos, bem como a histórica representação no imaginário coletivo de que o médico detém um poder soberano e que seu discurso é a tradução da verdade, o aporte de Bourdieu pode contribuir para a reflexão dessa temática.

Para esse sociólogo, filósofo de formação, as trocas lingüísticas são relações estabelecidas especialmente sob relações de poder simbólico e interações simbólicas; relações de força, lutas simbólicas constituintes das produções discursivas. São carregadas de positividade, e uma vez elementos de tensão formadores de discursos, demandam estratégias de enfrentamento. Nessas estratégias de enfrentamento, por sua vez, implicam a função social do locutor, e a possibilidade de esse locutor ser um agente social e estar registrado enquanto tal em um determinado campo social depende da quantidade e do tipo de capital presente na realidade social (BOURDIEU, 1996).

Os capitais que legitimam o porta-voz autorizado, locutor autorizado para produzir enunciados performativos são:

a- Capital cultural: o saber, informações e habilidades, produzidas e transmitidas pela família e pelas instituições escolares;

b- Capital social: acesso social; relacionamento;

c- Capital simbólico: síntese de capital cultural, social e econômico (THIRY-CHERQUES, 2006, p. 39).

Desse modo, os atores sociais são registrados em um dado campo social a partir de determinados capitais e quanto mais próximos estiverem os atores da apropriação de determinados capitais, mais espacialmente inseridos estarão em campos sociais (Idem, 2006). A legitimidade para a função social, para fazer uso do enunciado performativo é dada pela competência lingüística, pelo saber específico. É nessa disposição, com base na autoridade que lhe é conferida pelo saber médico, que o locutor materializa sua função social; dito de outra forma é nesse domínio que ele se torna um agente social.

Diante do exposto, foi possível apreender que o médico de família é um porta-voz autorizado pela instituição saber científico, para expressar enunciados performativos. Com base nesse atributo que lhe é conferido pode, na qualidade de porta-voz legitimado, deflagrar positivities na autonomia do processo de cuidado do sujeito para que este possa instituir as novas normas que lhe convém.

Assim, a relação de forças simbólicas entre médico de família e sujeito estaria sendo processada em uma relação de alteridade, entre dois sujeitos morais, em um espaço

ético de construção do Eu-Tu. Poder instituir as normas que lhe convém, poder delinear a sua normatividade é poder cuidar de seu Cuidado, poder Cuidar de Si.

4.2.4 Respeito à Autonomia e o Cuidado de Si

O fim principal a ser proposto para si próprio deve ser buscado no próprio sujeito, na relação de si para consigo.

(FOUCAULT, 2005. p. 69).

Ao reaproximar o objeto às temáticas anteriormente explicitadas, um outro domínio de Foucault emerge para compor esta reflexão: o Cuidado de Si.

Em História da Sexualidade 3 – O Cuidado de Si, Foucault discorreu sobre o período compreendido entre o fim das cidades-Estado e o surgimento da monarquia, para apresentar o surgimento de dois elementos estruturais originados do novo modelo de organização social: a publicidade da existência e a verticalidade (FOUCAULT, 2005).

Ele percebeu, com base nesse percurso, que o estabelecimento da monarquia ocasionara profundas transformações sociais, mas alguns elementos das antigas cidades-Estado haviam sido preservados, dentre eles, o fato do centro de o pensamento monárquico não se encontrar em um modelo de administração direta, mas em um modelo articulado e apoiado sobre os poderes locais com o propósito de, posteriormente, poder recolher tributos e conquistar aliados (Idem, 2005).

Embora esse novo modelo de sociedade tenha-se constituído na presença de novos fatores econômicos e políticos, de confiscos de bens e de inter-relação entre fortunas, prestígios e poder, o elemento relevante na reflexão moral deste fenômeno – o desaparecimento das classes dirigentes – refere-se às mudanças que se observam nas “condições de exercício do poder” (Idem, 2005.).

Dentre tais mudanças nos primeiros séculos, destacava-se, especialmente, a necessidade de o governo romano obter aliados, funcionários no exército, procuradores financeiros e governadores de províncias, para conseguir “*administrar o mundo*” (SYME, 1576 apud FOUCAULT, 2005. p. 91).

No período antecessor às monarquias helenísticas, ainda quando os governos eram autônomos, organizados em cidades-Estado, a ética era admirada em uma estética de vida em consonância com o *status*. Ética “*implicava em uma articulação bem estreita entre o*

poder sobre si e o poder sobre os outros”. A partir das novas funções conferidas às elites, emerge um outro modo de relação com o *status* e nesse novo modo de organização social fundam-se novas regras político-sociais, diferentes daquelas existentes em cidades-Estado (FOUCAULT, 2005. p. 91).

Desse novo modelo societário, no qual “*a definição entre o que se é, o que se pode fazer, e o que se é obrigado a realizar*” se transforma em um problema, emergem a publicidade da existência e a verticalidade, e com elas dois novos fenômenos: a afirmação de uma identidade detentora de superioridade sobre os outros e, ao mesmo tempo, o reconhecimento do sujeito como senhor de seus atos (Ibidem, 2005. p. 91).

As transformações observadas nos períodos helenístico e romano desaguarão em um retraimento político, mas também em uma relativização, em uma nova construção do ator moral e em uma nova relação entre atividade política e destino pessoal. O homem passara a assumir a condição concomitante de governante e governado (exceto o príncipe) em virtude das novas regras do jogo político, compostas por ordens dadas e recebidas.

Um novo ator moral surgira da relevância dada para a necessidade de o homem se guiar por sua razão pessoal. Ainda que a virtude continuasse importante como expressão de uma cidade feliz e bem governada, esse novo modelo societário requeria a compreensão de que, para governar o outro, deve-se usar a mesma racionalidade de governar-se a si próprio.

A nova relação entre atividade política e destino pessoal dizia respeito à perda da importância das estruturas políticas das cidades e leis e o reconhecimento da condição *sine qua non* de governar-se a si próprio, já que as decisões passaram a ser fundamentadas muito mais nos homens, na maneira como materializavam a autoridade e na sabedoria que manifestavam em jogos políticos e transações.

A atitude em ação política requer uma atitude de respeito e a não negação do princípio geral de que “*o que se é não se é pela posição ocupada, pelo cargo exercido, pelo lugar em que se está*” – *acima ou abaixo dos outros*. O que se é e o cargo que se ocupa para atingir determinada finalidade devem ser orientados pelo princípio da singularidade, expressão de cada um, e também pela forma em que o princípio da singularidade aparece em todos e pelo vínculo comunitário que ele estabelece entre os indivíduos (Ibidem, 2005, p. 99).

Percorrendo os escritos de Borges (2003), depara-se com uma análise dessa autonomia do Cuidado de Si à luz do pensamento foucaultiano em um outro tempo histórico – na modernidade – e suas aproximações com a teoria kantiana.

Observa-se, no trabalho desse autor, a presença relevante das bases do pensamento kantiano, ainda que nem sempre de modo harmonioso, na compreensão de

Foucault quanto à construção dessa autonomia. Embora Foucault não desnaturalizasse a razão moderna, fez críticas a ela com base na sua percepção de que a modernidade não produzira habilidades para realizar a universalidade e a autonomia; na sua visão, ela não se apropriara de instrumentos adequados na busca de sua emancipação (BORGES, 2003).

Essa crítica se referia à instrumentalidade para realizar a autonomia de modo universal, a saber: a razão unitária. Foucault, ao analisar o conhecimento e a razão, encontrara particularidades que o distanciava do olhar unitário na produção de um sujeito transcendental da metafísica clássica. Seus óculos viam a razão de forma “*fragmentada, específica, particular e perspectiva*” (Ibidem, 2003. p. 58).

Dentre as questões que aproximam esses dois filósofos, cabe destacar a semelhança entre o projeto crítico da atualidade de Foucault e a ontologia kantiana. Ambos os pensamentos são uma crítica ao momento em que se vive. Foucault escavara em textos kantianos que os homens “*devem ser capazes de (...) ousar, de se aventurar no exercício de seu próprio entendimento (...) para atingir (...) o esclarecimento*” (Ibidem, 2003. p. 59).

Kant vê a menoridade como uma ausência de ousadia, uma dependência fruto da preguiça e covardia de alguns homens que preferem a dependência ao próprio entendimento, mas há também outros fatores externos que fazem com que uns se constituam tutores de outros, cristalizando desse modo, nos dependentes, a menoridade. Todavia, Kant não avança nessas causas externas e satisfaz-se com a sua máxima “*É tão cômodo ser menor*” (Ibidem, 2003. p. 60).

Retomando parte do objeto deste estudo, a autonomia nos Cuidados Primários em Saúde e a solidariedade na relação entre médico de família e sujeito na realidade brasileira, pensando-a conjuntamente com a reflexão acima e contextualizando-a na Estratégia Saúde da Família, pode-se pensar que é provável que o processo sócio-histórico-cultural do Brasil seja um fator externo que confira a menoridade aos seus usuários e a tutela aos médicos de família. A questão, nesse contexto, talvez não seja um “*não querer a maioria, mas um não saber*”⁴², que lhes é um direito e, ao mesmo tempo, um dever.

Um dever, reaproximando de Foucault (2005), como o dever para com o autocuidado, como um ideal ético a ser alcançado pelos homens em qualquer tempo histórico. O médico de família, ao ajudar o usuário no processo de construção do seu esclarecimento, estaria exercendo seu sujeito moral, uma vez que desse modo estaria cumprindo um dever e potencializando as relações sociais.

⁴² Grifo nosso

Nesse dever há também uma outra face. O dever de cuidar de si para cuidar do outro, como também o dever de refletir acerca da tutela exercida sobre o usuário, historicamente construída para, a partir dessa elaboração, dar respostas à sua própria autonomia em seu processo de trabalho e contribuir para um novo presente: uma época de esclarecimento rumo a um horizonte autônomo para si e para os outros.

Ambos os pensadores, cada um em seu tempo, pensam a necessidade de o homem conquistar sua autonomia em seu tempo presente. Foi possível perceber que, embora Foucault tenha feito críticas ao período iluminista, fez uso desse período para construir o seu modelo de não-sujeição para que o homem perseguisse e impusesse a si mesmo o próprio presente. Perseguir e impor o presente em uma leitura na qual o homem pudesse ver o seu momento atual como um caminho para iniciar o processo que o levará à maioria (BORGES, 2003).

Dessa reflexão, emergem as questões para um futuro estudo: Os usuários do SUS e do SSN querem a maioria? Se afirmativo, como o usuário poderia ousar na busca pelo esclarecimento, na busca pela sua autonomia em uma realidade historicamente construída sobre o obedecer? Ainda se afirmativo, como se libertar da tutela? Como desconstruir a sujeição do Outro? Qual o papel do capital econômico nessa construção?

Essas respostas talvez estejam no sujeito menor de idade, aquele que deve ser refletido em todo tempo presente, e que deve tornar pública a sua razão.

Trazendo o universo italiano para essa reflexão sobre a responsabilidade de se atingir a maioria, foi possível apreender que o usuário italiano do Serviço Sanitário Nacional começa a reconhecer o poder negociável que tem em suas mãos e começa a entender o direito à saúde como algo exigível. Parece que está emergindo o exigente e morrendo o paciente (CAVICCHI, 2007).

4.2.5 Autonomia e Responsabilidade: delineamento na Atenção Primária Italiana à luz de Ivan Cavicchi

Em “*Autonomia e Responsabilità: un libro verde per medici e operatori della sanità pubblica*”⁴³, Ivan Cavicchi relata que inúmeros estudos na área sociológica e demais

⁴³ Autonomia e Responsabilidade: um livro verde para médicos e operadores sanitários (Tradução nossa).

áreas têm mostrado, nas últimas décadas, a transformação da figura social do paciente (CAVICCHI, 2007).

Para o autor a representação “paciente”, na Itália, já mudou há muito tempo, mas o importante, na sua ótica, não é demarcar temporalmente quando essas mudanças ocorreram, mas como se pode deduzir de tais transformações outras transformações, ampliando a compreensão de que tais transformações não representam as costumeiras questões sociológicas, mas rupturas profundas, rediscussões culturais e revoluções paradigmáticas (Idem, 2007).

O termo “paciente”, expresso em três dimensões, representa uma organização político-social de um modelo de *welfare*, de assistência, de medicina e de saúde pública representadas pelo termo tutela, e tem uma eficácia semântica quase única. O paciente é aquele que concede a tutela de sua cura aos tutores e às políticas sanitárias, aceitando, desse modo, ser ajudado de modo caridoso e paternalístico em uma hierarquia tutor-tutelado, capaz-incapaz.

As dimensões sobre as quais o autor se refere são a dimensão moral, a dimensão natural e a dimensão científica. No que se refere à dimensão moral, “*o paciente é aquele que deve suportar as conseqüências morais da doença cuja causa, antes de ser natural é moral*”. Na dimensão natural, é “*aquele que deve aceitar as leis da natureza e, sobretudo, o seu destino de mortalidade*” e na dimensão científica é “*aquele que é reduzido à doença, aquele que é objeto do conhecimento científico e estudado como tal*” (Ibidem, 2007. p. 11).

Para o autor, o paciente se emancipou dessa dimensão moral-natural-científica, desse modelo de tutela paternalística. Hoje ele passou a se conceber um sujeito exigente; exigente no sentido de cobrar o seu direito à saúde como um direito exigível. Um exigente por reconhecer a sua autoridade sem, contudo, mostrar-se arrogante. Um exigente responsável pela sua vida. Um exigente para o qual o direito à saúde é expresso como uma exigência política, diferentemente do passado, no qual o direito à saúde se revelava ao paciente na forma de doação, caridade, proteção tutelar e bondade.

Ainda nessa obra, Cavicchi revela que, considerando a saúde como um bem, a garantia de saúde é diferente quando dirigida para o paciente e para o exigente. Para o paciente, recursos técnicos, profissionais, hospitais, diretores gerais, assessores e fármacos eram um bem, já que, de uma forma ou de outra, curavam. O bem para o exigente contempla suas preferências, suas expectativas, sua noção de respeito e dignidade; desse modo, o bem saúde se transformara em um bem ético. Para o exigente, saúde é um bem com dupla

dimensão: uma das dimensões desse bem está na instituição como uma realidade científica e organizacional; a segunda dimensão é resultado da proposta que o exigente faz a si mesmo, na contemporaneidade, de tornar-se um sujeito com direito a ter preferências.

Para o exigente a questão emergente é “*garantir condições básicas de liberdade, justiça, respeito e dignidade que permitam à pessoa em tratamento ir ao encontro de um próprio modelo de bem-estar*”. Ele é um cidadão que continua a ser cidadão se doente, diferentemente do paciente que se sujeitava a abrir mão dessa condição, ao mesmo tempo em que aceitava a concepção de bem da instituição como a sua própria concepção (CAVICCHI, 2007. p. 17).

4.3 PRINCÍPIO DE SOLIDARIEDADE E O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Na literatura contemporânea há um vasto universo de concepções de solidariedade correlatas à atenção em saúde em distintas produções científicas. A maior parte desses discursos expressa a compreensão de solidariedade, não em um domínio de liberdade, mas em um domínio de necessidade como sinônimo de compaixão, caridade.

Entendendo a solidariedade como um princípio vivido entre sujeitos morais, portanto, no domínio da liberdade, o qual nas palavras de Sennett (2004. p. 145) é um princípio percebido nas questões cotidianas, quando o “*Eu e o Outro tiveram a mesma experiência*”, e nas palavras de Caponi (2000. p. 44-45) “*o princípio ético mais desejável e refere-se a seres dotados de linguagem e liberdade*”, achou-se por bem revisar brevemente aquele valor humano, que para muitos autores é chamado solidariedade, mas que, para outros, representam compaixão.

Para Aristóteles (apud ABBAGNANO, 2007. p. 181), compaixão era “*a dor causada pela visão de algum mal destrutivo ou penoso que atinge alguém que não mereça e que pode vir a atingir-nos ou a alguém que nos seja caro*”.

A compaixão, ao lado da caridade, encontra suas raízes na história da assistência médica. Com a conquista do mundo mediterrâneo, Roma apropriara-se do legado médico grego e das idéias sanitárias helenísticas adequando-as de acordo com a sua conveniência. Inicialmente, no início do período imperial, a medicina encontrava-se nas mãos de sacerdotes, escravos e homens livres. Com a criação de um serviço público, foram contratados médicos conhecidos como médicos principais para prestar assistência aos pobres, e outros foram nomeados para a prática privada e para atender a casa imperial. (ROSEN, 2006).

Após a queda do Império Romano do Ocidente em 476 d.C. e com o início da Idade Média, os médicos eram, em sua maioria, clérigos, e lhes era conferido o direito de exercer a medicina como caridade. Não recebiam salários, uma vez que a igreja lhes garantia o sustento, mas podiam receber presentes. Com o passar do tempo, começaram a chegar médicos leigos que necessitavam de salários para viver: parte desses médicos passou a compor uma categoria chamada medicina municipal e prestava assistência aos pobres; outra parte atendia a particulares e cobrava de acordo com as tabelas das guildas⁴⁴. Nos séculos XVI e XVII, advindos com o fim da Idade Média, a assistência médica lidara com inúmeras epidemias e a prática era exercida quase que de modo similar ao período medieval, uma prática assalariada sob valores caridosos (ROSEN, 2006).

Já com relação aos dois séculos sucessores, foi observado que as políticas assistenciais foram construídas explicitamente com base em uma ética compassiva fundada em uma “*lógica da compaixão*”. Essas políticas assistenciais eram coercitivas e controladoras, representavam verdadeiras estratégias de biopolítica de controle dos corpos e não eram questionadas, porque se apresentavam como humanitárias e auxiliares. Em virtude de se apresentarem sob uma concepção de bem-estar, os sujeitos internalizavam-nas em seu imaginário como naturais. Desse modo, esse biopoder foi sendo paulatinamente inscrito nas relações médicas como verossímil e detentor de um valor moral (CAPONI, 2000. p. 9-15).

Em Nietzsche (apud CAPONI, 2000. p. 18) encontra-se um modelo de entendimento dessa crença que leva seres humanos a compreenderem ações compassivas como uma conduta moralmente correta: ao realizarmos um ato de caridade, “*pensamos muito mais em nós mesmos que nos outros*”. A dor percebida está não no Outro, mas no Eu. Assim, parece provável que essa escolha pela ação compassiva estrutura-se em um mecanismo de defesa do próprio Eu.

Essas políticas assistenciais controladoras fizeram-se presentes por todo século XIX e as práticas fundavam-se não em relações de troca, mas em ações de “dar” e “receber”. As relações, por exemplo, entre “a mulher consagrada⁴⁵” e os pobres e, posteriormente, entre a enfermeira e os pobres, fundavam-se sob atos de doação e recebimento (CAPONI, 2000).

Para De Gerando (apud CAPONI, 2000):

Há três relações principais entre os homens: dar, receber, trocar. A última supõe a igualdade ou a independência recíproca daqueles que permutam: as outras duas pressupõem a desigualdade, a necessidade de um lado, o supérfluo de outro. A caridade é, pois,

⁴⁴ Associação de mutualismo formado na Idade Médica entre as corporações de operários (MICHAELIS, 1998, p. 1064).

⁴⁵ Dama de caridade (...) reconhecidas como portadoras de dons divinos pelos seus atos (CAPONI, 2000, p. 15).

o meio pelo qual uma relação entre indigência e abundância se mantém basicamente justa”. (DE GERANDO apud CAPONI, 2000. p. 25):

Contextualizando esse pensamento para a relação entre médico de família e sujeito, e considerando a caridade fundada sob uma prática coercitiva, observa-se que a solidariedade no Cuidado compreendida como caridade, no domínio da necessidade, potencializa a dependência, instaura-se como uma ação moralmente questionável e obstaculiza a autonomia. Retomando o Cuidado de Si e aproximando-o da tecnologia pastoral, tecnologia de controle dos corpos materializada pelo biopoder nos séculos XVII e XVIII, percebe-se a inoperância do Cuidado de Si na presença de estratégias biopolíticas de controle dos corpos, políticas estas presentes na contemporaneidade.

Este estudo pretende conhecer, conjuntamente às concepções sobre o respeito à autonomia do sujeito, a solidariedade na Atenção Primária na representação de médicos de família, por entender a solidariedade, assim como a autonomia, um princípio base da atenção em Cuidados Primários em Saúde, um princípio vivido entre sujeitos iguais.

A Atenção Primária é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Serviço Sanitário Nacional (SSN). Desse modo, o sujeito que a ela se dirige assim o faz para procurar soluções para um problema novo que ele está enfrentando. Um problema desconhecido por ele e pelo médico de família, operador do cuidado, que o acolhe.

É um direito do sujeito, se assim o desejar, fazer uso desse espaço com a liberdade que lhe é conferida como um direito de cidadania. Usá-la para expressar-se, desvelar-se, e usá-la para decidir a norma necessária e desejada para si.

A expressão “porta de entrada” remete a uma porta especial de entrada, a uma casa especial de saúde e ela deve contemplar em seu significado algumas representações especiais do imaginário social “casa”. Casa como um espaço ético. Casa como acolhimento. Casa como liberdade. Casa como solidariedade.

A relação solidária seria, portanto, o instrumento para a materialização da produção de saúde, a partir do encontro entre dois sujeitos morais, um encontro tão importante, o primeiro contato do sujeito com aquele que pode ajudá-lo a compreender seu problema.

Para tal, pressupõe duas premissas: o desejo do sujeito em viver esse encontro com autonomia e do médico em abrir a sua valise e fazer uso de sua tecnologia leve, aquela com a qual o Cuidado é produzido em relação, aquela que alcança visibilidade em ato (MERHY, 2000). Aquela expressa em uma poesia feita por um médico:

Ouvir...de verdade...ouvir a melodia do ser;
Perceber o tema, a essência do humano viver,
Discernir a dissonância do seu doentio padecer,
Sintonizar o poder de seu sadio querer.
Entender, compreender...bem querer...
Empatizar, se identificar...bem afinar...
Para então...e só então...
Falar, dialogar, diagnosticar,
Sugerir, agir, intervir,
Tratar, medicar, operar...
Com clara firmeza...e suave delicadeza,
Com profunda certeza e...harmonia beleza,
Reavivando a verdade, científica, fria, dura,
Com estética artística...com bondade...com ternura.

(WILHELM KENZLER, 2002. **A Arte de Curar** [S.I.:s.n]).

Metodologia?
Escreve o que tu fez.
(DA ROS, 2008.)



FIGURA 7 – Os sonhos não envelhecem. Histórias do Clube da Esquina.
Capa: Emerson de Souza, Vito Natale e Márcio Borges.
FONTE: BORGES, M. São Paulo: Ed. Geração, 1996, 358 p.

PERCURSO METODOLÓGICO

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Abordagem Metodológica

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratório-descritiva realizada em dois Estados: Brasil e Itália.

Tendo em vista que seu objetivo foi conhecer as possíveis implicações éticas advindas das concepções dos médicos de família, para o cuidado na Atenção Primária, sobre autonomia do sujeito em seu processo de cuidado e solidariedade, a pesquisa qualitativa mostrou-se adequada, já que permite “*desvendar a profundidade, especificidade e complexidade dos sujeitos e seu contexto sócio-cultural*”, buscando nesse teor elementos pertinentes e atuantes na construção das referidas implicações. (DRUMMOND, 2002. p. 77).

Em outras palavras, a partir das concepções sobre autonomia e solidariedade, ou seja, a partir da “*idéia [que esses profissionais formulam] da sua própria atuação e status*”⁴⁶ (MICHAELIS, 1998. p. 551), buscou-se os significados da experiência em medicina de família na delimitação deste estudo, para se conhecer prováveis implicações éticas (MINAYO, 2004).

Foi uma pesquisa de cunho exploratório, já que objetivou conhecer a realidade com base na interrogação direta e de caráter descritivo, uma vez que se situou no universo da ética descritiva, como uma pesquisa de cunho não normativo (ZOBOLI, 2003).

Os sujeitos de pesquisa foram representados por profissionais médicos de família atuantes na Atenção Primária em Florianópolis (SC, Brasil), e na Atenção Primária da Região *Lazio* (Província de Roma, Itália).

A escolha do número de sujeitos para representar cada Estado foi realizada com base em uma “*previsão empírica*”, dado que a pesquisa qualitativa “*exclui o critério numérico para garantir validade aos dados*” (FARIAS, 2007. p. 47).

Optou-se, inicialmente, por quinze (15) médicos de família italianos e quinze (15) médicos de família brasileiros. À amostra italiana adicionou-se uma médica da *Guardia Medica*⁴⁷ e cinco (5) representantes do Serviço Sanitário Nacional (SSN) da Província de Roma, Região *Lazio*, a saber: dois (2) diretores sanitários, dois (2) responsáveis sanitários distritais, e uma (1) assessora de um Centro de Atendimento Domiciliar.

⁴⁶ condição ou modo de ser, especialmente em sentido sociológico, como pertencente a determinado extrato social (ABBAGNANO, 2007. p. 1088).

⁴⁷ Serviço Telefônico de Vigilância Médica (Tradução nossa).

Ao final da coleta brasileira, decidiu-se excluir um sujeito de pesquisa brasileiro; desse modo, a amostra deste estudo foi composta por trinta e cinco (35) sujeitos de pesquisa.

O anonimato dos sujeitos foi garantido pelo uso de codinomes. Os sujeitos de pesquisa brasileiros estão representados por membros formadores do Clube da Esquina, movimento sociocultural mineiro que emergiu na década de 60, e os sujeitos de pesquisa italianos estão representados por formadores e seguidores do Neo-realismo italiano. Ambos os movimentos eclodiram em resposta à necessidade de resistir à restrição de liberdade.

Diante do fato do percurso metodológico italiano ter antecedido o percurso metodológico brasileiro, achou-se por bem, para facilitar a sistematização e a lógica sequencial que deve ser mantida ao se discorrer um percurso, iniciar este item pelo percurso italiano.

5.2 Percurso Metodológico na Itália

5.2.1 Identificação e localização de sujeitos de pesquisa

Para compor a amostra italiana adotou-se como critério de inclusão a atuação na Atenção Primária na Itália e, por razões de conveniência, na província de Roma, Região *Lazio*⁴⁸, em dois distritos específicos. O interesse em entrevistar médicos de família atuantes no mesmo território se deu em virtude da pesquisadora desejar analisar os espaços sociais de trabalho dos sujeitos de pesquisa.

A coleta foi realizada em 2007 e o processo para viabilizar a composição do conjunto de sujeitos de pesquisa será descrito a seguir.

Primeiramente, a pesquisadora fez um estudo prévio sobre o Serviço Sanitário Nacional (SSN) para compreender as bases norteadoras da Atenção Primária, bem como identificar as estratégias da organização desse nível de atenção à saúde na Região *Lazio*.

Com base nesse estudo, foi entendido que o SSN é organizado sob dois níveis de responsabilidade de governo: nível central (Estado) e nível regional (sistema privado⁴⁹).

⁴⁸ Região central da Itália formada por cinco províncias, sendo uma delas a de Roma.

⁴⁹ Corresponde ao terceiro setor, também nomeado *non profit*. São organizações privadas – associações, fundações, entidades e cooperativas – que desenvolvem atividades de interesse coletivo no campo social e civil, e que excluem a finalidade do lucro em seus estatutos. Isto significa que reinvestem as vantagens; em troca,

Dentre os órgãos em nível central (Estado), a Agência Nacional para os Serviços Sanitários (ASSR) é a entidade nacional com personalidade jurídica, de direito público, submetida ao controle do Ministério da Saúde, com a função essencial de desenvolver estratégias de colaboração nos confrontos no âmbito de saúde entre as Regiões e Províncias Autônomas (ITÁLIA, 2008j).

Além disso, a ASSR é também responsável pelo suporte operativo às Regiões, que havia sido definido pelas Conferências Estado-Regiões, Estado-Cidade e Autonomias Locais, realizadas em 19/06/2003. Esse suporte contempla o monitoramento das despesas; os níveis de assistência; a organização dos serviços sanitários; a qualidade e o credenciamento; a inovação e a experimentação de novos modelos de gestão; a documentação, a informação e a comunicação; e cada uma dessas temáticas está sob a responsabilidade de um diretor geral (Idem, 2008j).

Conforme já mencionado, a Itália, em 1992, optou por um novo modelo de gestão sanitária, *aziendalizzazione*. Esse modelo buscou a regionalização do sistema por meio da abertura ao sistema privado, que se tornou um grande parceiro do Estado. Em nível regional, o sistema privado (terceiro setor) é quem responde pela organização do sistema, na representação de empresas privadas não lucrativas (MENDES, 1999).

Essas empresas, nomeadas Agências Sanitárias Locais (ASL), são as responsáveis pela legislação de tutela da saúde, em seus diversos desdobramentos, e pela gestão dos gastos e instituição de critérios de financiamento. São entidades sub-regionais de personalidade jurídica de serviço público, que tem por função organizar e distribuir os serviços em seus três níveis de assistência (Idem, 2006c).

Assim, para cada sub-região, há uma Agência Sanitária Local, ASL, e um diretor sanitário responsável. As sub-regiões são divididas em distritos, os quais são responsáveis pela distribuição dos serviços de base, no segundo nível essencial de assistência (Atenção Primária), e ações no âmbito da prevenção, cura e reabilitação para cidadãos italianos em todas as faixas etárias. Os distritos atuam em estreita colaboração com os municípios, e em cada distrito há uma Agência Sanitária Local distrital (ASL distrital) (ITÁLIA, 2008e).

As ASL distritais são coordenadas por responsáveis sanitários. Também dotadas de personalidade jurídica pública, com autonomia organizativa, administrativa, patrimonial, contábil, gerencial e técnica, são agências responsáveis pela organização da

gozam de um regime fiscal fácil e de facilidades burocráticas. As atividades por elas exercidas, no campo da saúde, anteriormente à Reforma *De Lorenzo Garavaglia*, eram da alçada do setor público (ITÁLIA, 2007e).

assistência sanitária no próprio âmbito territorial (incluindo-se aqui as especialidades médicas, a média complexidade). São complexos territoriais que compreendem departamentos administrativos, consultórios de especialistas (média complexidade) e hospitais regionais ou inter-regionais (alta complexidade) (ITÁLIA, 2006c).

Foi possível perceber que as Unidades Sanitárias Locais (USL), criadas pelo Serviço Sanitário Nacional em 1978 para responder à descentralização das ações e ao princípio de unicidade, ganharam uma nova-identidade a partir da regionalização do sistema em 1992. Em outras palavras, as ações em saúde, sob a responsabilidade dos municípios (ou por um conjunto de municípios), por meio das Unidades Locais de Saúde (USL) e anteriormente vinculadas ao Estado, encontram-se, hoje, sob a alçada de Agências reguladoras privadas regionais e distritais (ASL).

Na Região *Lazio* a dinâmica atual do SSN é assim compreendida:

Essa Região, como as demais da Itália, recebe suporte operativo da Agência Nacional para os Serviços Sanitários (ASSR). Ela é dividida em oito sub-regiões denominadas A-Roma, B-Roma, C-Roma, D-Roma, E-Roma, F-Roma, G-Roma, e H-Roma, e essas sub-regiões são divididas em distritos. Em cada sub-região, há uma Agência Sanitária Local (ASL), dirigida por um diretor sanitário, e em cada distrito há uma Agência Sanitária Local Distrital (ASL distrital), dirigida por um responsável sanitário (ITÁLIA, 2006c).

A Região *Lazio* é composta, portanto, por oito (8) Agências Sanitárias Locais (ASL) e trinta e seis (36) Agências Sanitárias Locais distritais (ASL distrital), assim distribuídas (ITÁLIA, 2007a):

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS DISTRITOS DA REGIÃO LAZIO, ROMA

Agências Sanitárias	Distritos	Local
ASL-A Roma	I, II, III e IV	Roma
ASL-B Roma	V, VII, VIII e X	Roma
ASL-C Roma	VI, IX, XI, e XII	Roma
ASL-D Roma	XIII, XV, XVI	Roma e território de Fiumicino
ASL-E Roma	XVII, XVIII, XIX e XX	Roma
ASL-F Civitavecchia	F1, F2, F3 e F4	Respondem por vários municípios
ASL-G Tivoli	G1; G2; G3; G4; G5 e G6	Respondem por vários municípios
ASL-H AlbanoLaziale	H1, H2, H3, H4, H5, H6	Respondem por vários municípios

Fonte: Itália, 2007. ASL Roma.

Para oficializar a solicitação desta pesquisa na Província de Roma, a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC, encaminhou, por meio eletrônico e fax, um pedido oficial aos diretores sanitários das oito (8) Agências

Sanitárias Locais (Quadro 1). Esse pedido contou com a ciência, interveniência e apoio da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFSC e foi acompanhado de uma carta de apresentação elaborada pela orientadora e pela pesquisadora. No pedido oficial, estavam explicitados os objetivos, tipo de pesquisa e metodologia.

A escolha das sub-regiões que fariam parte do presente estudo foi conduzida de acordo com a ordem de chegada das respostas ao pedido de realização da pesquisa. As duas primeiras que se mostraram disponíveis foram, portanto, as eleitas para este estudo. Para facilitar a compreensão, a primeira sub-região a dar o consentimento será nomeada SR-1, e a segunda chamar-se-á ao longo do percurso SR-2.

O diretor sanitário da SR-1 forneceu o site da Agência Sanitária Local (ASL), sob sua responsabilidade, para que a pesquisadora pudesse localizar os médicos de família conveniados nessa sub-região. Verificou-se nesse site que existiam oitenta e seis (86) médicos de família cadastrados. Para viabilizar o convite, foi enviada a cada um desses médicos uma carta de apresentação da pesquisa, via correio. Contudo, não houve condições para que os interessados respondessem a tempo, uma vez que a viagem à Itália estava previamente marcada e o período exigido para o recebimento dessas cartas era de, no mínimo, vinte dias. Uma resposta foi recebida antes da data de embarque via e-mail, e quatro foram recebidas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública no período em que a pesquisadora se encontrava na Itália.

O segundo diretor sanitário a responder favoravelmente se mostrara disponível para contatar os profissionais interessados em participar da pesquisa em qualquer um dos distritos pertencentes à sua sub-região, nomeada neste percurso SR2. Diante dessa disponibilidade, a pesquisadora optou, por razões de conveniência, por um distrito específico e pediu a esse diretor que convidasse sete (7) médicos de família, que prontamente assim o fez. De posse do elenco construído por esse diretor sanitário, a próxima etapa foi confirmar o convite a esses médicos, bem como acordar a escolha do local, data e horários para a realização da coleta de dados.

A confirmação do convite a esses médicos de família foi feita mediante contato via fax, no qual a pesquisadora agradeceu a disponibilidade e se comprometeu a visitar os consultórios tão logo estivesse em Roma.

Assim, a pesquisadora havia conseguido, ainda no Brasil, uma resposta favorável de um médico de família (SR-1) e um elenco composto por sete (7) médicos de família (SR-2). Vale sublinhar que havia uma indicação brasileira sobre um possível informante-chave a ser contatado em Roma.

5.2.2 Condições e seqüências das entrevistas

O primeiro sujeito de pesquisa a ser visitado em Roma foi o médico de família da SR-1 que havia respondido favoravelmente à pesquisa. Mediante contato telefônico, esse profissional sugeriu que fosse agendado um encontro, não no consultório onde ele exerce as atividades na Atenção Primária, mas na *Università degli Studi di Roma “La Sapienza”*, local de suas atividades como voluntário em um programa para dependentes químicos.

Percebeu-se, de imediato, seu interesse em participar e colaborar, pois tão logo finalizada a entrevista, ele se mostrou prestativo para auxiliar na indicação de médicos que atuavam no mesmo distrito, sugerindo aqueles que provavelmente, sob seu olhar, disponibilizar-se-iam a participar da pesquisa. Desse modo, foi por ele construído um elenco de sete (7) médicos que foram convidados, mediante contato telefônico, e concordaram em fazer parte da pesquisa.

Uma vez realizada essa primeira entrevista na SR-1, seguiu-se uma ordem de trabalho: os médicos visitados sequencialmente foram os indicados por esse primeiro entrevistado (7), ou seja, pertenciam à mesma área (SR-1). Essa decisão foi tomada após se perceber, mediante o estudo realizado na primeira semana, que os espaços sociais em estudo eram distintos em seus processos históricos.

Com o intuito de se apropriar de questões contemporâneas relacionadas à Atenção Primária, foi decidido que o diretor sanitário dessa sub-região e o responsável sanitário distrital também seriam convidados a participar da pesquisa. Esses sujeitos concordaram em dar seus depoimentos, e desse modo, essa amostra SR-1, ao final, totalizara dez (10) sujeitos de pesquisa.

Todas as entrevistas foram antecedidas pela apresentação da pesquisa, dos objetivos, da metodologia e da apresentação do Termo de Consentimento. Com relação a essa amostra (SR-1), cabe assinalar que somente um médico de família não concordou em assinar o Termo de Consentimento. Esse detalhe não acarretou nenhum problema, uma vez que, ao final da coleta, a pesquisadora soube, mediante depoimento do diretor sanitário da outra sub-região estudada, que esse tipo de pesquisa não tem obrigatoriedade de ser autorizada pelo Comitê de Ética Italiano, conforme as normas de ética em pesquisa vigentes na Itália.

Tão logo finalizada essa etapa, procedeu-se ao segundo momento: coletar os dados dos sete (7) médicos de família pertencentes à SR-2, aqueles previamente convidados pelo Diretor Sanitário dessa sub-região. Da mesma forma que na amostra italiana anterior, outros sujeitos foram agregados a esse universo: o diretor sanitário da SR-2, o responsável

sanitário distrito do território estudado e a assessora do Centro de Atendimento Domiciliar (CAD) desse distrito. Esses três (3) sujeitos convidados deram resposta favorável. Assim, essa segunda amostra italiana fez, também, dez (10) sujeitos de pesquisa.

O terceiro, e último, momento desta coleta foi dirigido à coleta do depoimento do informante-chave, uma médica da *Guardia Medica*⁵⁰ de Roma. Estabeleceu-se contato telefônico com essa profissional e acordou-se um encontro para a entrevista. Ao final, a amostra italiana totalizou vinte e um (21) sujeitos: dez (10) sujeitos de pesquisa pertencentes à SR-1, dez (10) sujeitos de pesquisa pertencentes à SR-2 e um (1) informante-chave.

Vale ressaltar que todos os médicos de família (7) da SR-2, e também o informante-chave, concordaram em assinar o Termo de Consentimento. Porém, conforme já narrado, ao final da coleta, o diretor sanitário da SR-1 informou que “*esta pesquisa não necessita da aprovação do Comitê de Ética da Região Lazio porque não comporta perigos ou consequências para os participantes e os colegas haviam aderido voluntariamente*” (CICOGNA, 2007).

A primeira cidade visitada, aquela pertencente à SR-1, é jovem, com grande extensão territorial e uma população de aproximadamente 100.000 habitantes. É um município heterogêneo, foi projetada por arquitetos e fundada estrategicamente, no século XX, para dar suporte ao desenvolvimento industrial. Naquele período, era uma região agrícola muito fértil para a produção de grãos, e após formar-se sob bases industriais, tornou-se sede da região. Atualmente, é palco de uma vida muito agitada, de um verdadeiro centro urbano. As atividades profissionais nessa cidade revelam o ritmo frenético que desenha o cotidiano dos italianos romanos. Os médicos de família possuem seus consultórios particulares, mas associados à medicina de grupo.

A segunda, uma cidade de origem latina, etrusca e volsca⁵¹, tem sua história iniciada no século VI. Foi uma das poucas cidades autônomas da Região *Lazio*, na Idade Média, a conservar vida própria. No século XVIII, proclamou a república e no século XX, viu-se destruída pela Segunda Guerra Mundial. Reconstruiu-se com coragem e hoje se apresenta como uma belíssima cidade, de aproximadamente 50.000 habitantes. Sua área urbana é um museu aberto, formado por catedrais, fontes e museus. Essa cidade é basicamente

⁵⁰ Vigilância Médica (Tradução nossa)

⁵¹ Latinos formavam a população que habitava o território da Itália ainda no período neolítico (2000 a.C.) e que, na era histórica passam a ser assim conhecidos; eram agricultores e pastores, exímios conhecedores da irrigação do solo (ITÁLIA, 2008 h). Etruscos compunham a população que vivia na Região *Lazio* no início da formação de Roma, no século VIII a.C., reconhecidos pela sua capacidade ímpar de construir técnicas de irrigação de agricultura; os volscos habitavam em Úmbria e chegaram na Região *Lazio* no século V a.C. (ITÁLIA, 2008 i).

agrícola, sua área rural é expressiva e formada por vinhedos, videiras, pomares, cultivo de flores e oliveiras. Seu povo é carinhoso e acolhedor, e a vida caminha com tranquilidade.

Considerando a contextualização relatada, observa-se que a dinâmica da prática da medicina de família nos dois cenários estudados é distinta. Embora o vínculo com o Serviço Sanitário Nacional seja similar, na segunda cidade, a influência da vida pacata, essencialmente familiar e com grande extensão territorial rural, está presente no exercício da prática.

Nesse distrito, o vínculo dos médicos de família na área rural é mais expressivo. Percebeu-se nas falas um sentimento de prazer em, nas palavras de um entrevistado, “*adentrar o tecido social por ser parte deste tecido social*” (Bertolucci)⁵². Foi possível observar que o tempo destinado ao cuidado, nessa cidade, é ofertado com maior disponibilidade. As “consultas” são mais longas e as salas de espera verdadeiros espaços sociais de encontro. Percebeu-se, no processo de trabalho vivido nessa cidade, que o tempo tomava sentido em uma dimensão embasada no vínculo.

Em ambas as cidades, as entrevistas, exceto a primeira, foram realizadas em consultórios, os quais na grande maioria não são isolados. Os médicos da Atenção Primária em ambos os distritos possuem consultório individual, mas dividem o espaço físico e as despesas com colegas. Atuam, portanto, em sistema de medicina associada; nas palavras de um entrevistado, “*as atividades são inter-relacionais*” (De Santis)⁵³.

A maior parte das entrevistas foi realizada entre um atendimento e outro. A pesquisadora normalmente sugeria retornar após o atendimento, mas a maior parte dos médicos convidava-a para aguardar.

Notou-se que a dinâmica da prática desses médicos é intensa. Os sujeitos são atendidos por ordem de chegada, e aqueles portadores de doenças crônicas que se dirigem aos consultórios para reavaliar prescrições médicas são atendidos pelas assistentes que se dirigem aos médicos entre uma consulta e outra, e os horários de atendimento são estabelecidos pelos médicos. Observou-se que os informadores científicos, representantes de laboratórios, participam intensamente dessa dinâmica, realizando visitas contínuas e demonstrando manter com os médicos um vínculo relacional sólido.

Ao ser acordada a entrevista, o profissional era informado sobre os objetivos e a metodologia, bem como sobre a liberdade para trazer à luz novas questões pertinentes ao objeto e por eles sentidas como importantes. Em seqüência, eram convidados a assinar o

⁵² Codinome

⁵³ Codinome

termo de consentimento, bem como aprovar o uso de gravação e de posterior análise e publicação.

As entrevistas transcorreram com tranquilidade. Algumas foram longas, pormenorizadas, relatadas com entusiasmo excessivo e a maior parte com interrupções da secretária (normalmente para o aviamento de prescrições). Alguns depoimentos continham elementos confidenciais, dois deles tomados por expressiva emoção, ao reportarem momentos simbólicos de suas vidas. Outras entrevistas foram realizadas em um tempo menor, mas somente dois, entre os quinze médicos de família, demonstraram o desejo de responder rapidamente às questões levantadas. Dentre os cinco representantes entrevistados do Serviço Sanitário Nacional (SSN), alguns responderam objetivamente às questões e outros demonstraram interesse em abrir as questões e conhecer a realidade da medicina de família no Brasil.

Um fato importante a ser registrado se refere à surpresa com que os médicos acolheram esta pesquisa. A maior parte mostrava-se surpreso com o interesse demonstrado por uma pesquisadora brasileira sobre a medicina de família italiana. Dois entrevistados agradeceram a oportunidade por terem vivido, no cotidiano de trabalho, um momento prazeroso de retorno a momentos importantes de suas vidas e quatro manifestaram interesse em conhecer os resultados, mas, sobretudo, a realidade da medicina de família no Brasil.

5.2.3 Os sujeitos de pesquisa

Para traçar o delineamento dos sujeitos de pesquisa foram consideradas as seguintes características: possíveis especialidades, razões concretas e/ou simbólicas pela escolha da Atenção Primária, sexo e ano de conclusão da graduação em medicina.

Dentre os quinze médicos de família italianos da amostra, sete são médicos de família que atuam na Atenção Primária desde o final da graduação, e oito são especialistas que optaram pela prática da medicina de família. Alguns dentre os médicos de família que atuam na medicina de família desde o final da graduação expressaram que, no início, exerceram outras atividades em outras áreas, mas por um tempo limitado, e um deles possui formação em Residência em Medicina de Família.

Esses médicos de família, nas palavras de um entrevistado “*especialista da pessoa e não subespecialista*” (Puccini⁵⁴), revelaram diferentes razões para a escolha da área medicina de família: oportunidade de uma prática vinculada ao ser humano; amor à primeira vista; por priorizar a sua família (carga horária menor) e a do outro; prazer pelo modelo de prática; por prazer em ajudar a pessoa humana e gerir seu próprio tempo; porque a medicina de família o escolheu e pela influência de seu médico de família de infância. Cabe destacar que essa última razão foi mencionada por um médico que é também especialista, mas não deseja ser considerado como tal.

Aqueles que atuam como médicos de família, mas são especialistas, revelaram como segue: alguns apontam para a possibilidade de viver uma relação direta com o ser humano; outros pela oportunidade ofertada politicamente na década de 80; também pela possibilidade de tempo para exercer também outros papéis; e, por fim, a liberdade para gerir seu processo de trabalho e porque lhe dá prazer “ser médico ‘de’ família” (*Visconti*).

O quadro abaixo traz informações acerca do perfil dos médicos de família entrevistados quanto ao sexo e tempo de formação.

⁵⁴ Codinome

**QUADRO 2: CARACTERIZAÇÃO QUANTO AO SEXO E ANO DE FORMAÇÃO.
ROMA, 2007.**

SUJEITOS DE PESQUISA	SEXO		ANO DE FORMAÇÃO MÉDICA	TEMPO DE FORMAÇÃO
	F	M		
ROSSELINI		X	1981	26 anos
VISCONTI		X	1985	22 anos
DE SICA		X	1985	22 anos
DE SANTIS		X	1990	17 anos
GERMI	X		1980	27 anos
CASTELLANI	X		1979	28 anos
FELINI	X		1991	16 anos
ANTONIONI	X		1977	30 anos
PUCCINI		X	1975	32 anos
ZAVATTINI		X	1993	14 anos
INGRAO		X	1995	12 anos
PASOLINI	X		1980	27 anos
MONICELLI	X		1988	19 anos
BERTOLUCCI		X	1992	15 anos
TORNATORE	X		1978-	29 anos

Com base nessas características, foi observado que há uma homogeneidade nessa amostra com relação ao sexo e um padrão heterogêneo quanto ao tempo de formação⁵⁵. Três profissionais demonstraram que concluíram o curso de medicina à luz da emergência da Reforma Sanitária Italiana, sugerindo um caminhar na medicina de família confiante com, de acordo com um entrevistado, “*as premissas maravilhosas do SSN*” (Castellani⁵⁶). Observou-se que a maior parte da amostra iniciou as atividades médicas na década imediatamente após a criação do SSN, apontando para uma prática que apresentava seus contornos na realidade materializada pelo novo sistema de saúde, e para três médicos de família as primeiras experiências práticas já se configuraram quando da Reforma *De Lorenzo Garavaglia*.

⁵⁵ Mesmo sendo casual a seleção dos sujeitos de pesquisa, a distribuição por sexo revelou paridade entre homens (53,33%) e mulheres (46,67%).

⁵⁶ Codinome

5.2.4 A coleta de dados

Escolheu-se para instrumentos de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e o diário de campo. Para os médicos de família, foi elaborado um modelo de entrevista, e para os diretores, um outro modelo.

A entrevista realizada com os médicos de família foi organizada em dois blocos: no primeiro, formado por seis perguntas, procurou-se conhecer o processo de trabalho dos profissionais; no segundo, buscou-se identificar o modelo de atenção e as concepções dos médicos de família italianos acerca da autonomia do sujeito em seu processo de cuidado e da solidariedade na prática da medicina de família (Apêndice II).

A primeira parte do segundo bloco constou de dois casos clínicos por meio dos quais se procurou conhecer o modelo de atenção para saber as influências sobre a autonomia do sujeito em seu processo de cuidado e a segunda parte foi composta por sete questões com enfoque centrado na autonomia do sujeito em seu cuidado, como também a solidariedade na Atenção Primária e a motivação da escolha pela medicina de família para buscar prováveis implicações éticas.

Esse modelo de instrumento foi eleito em virtude da flexibilidade permitida ao pesquisador com relação à ordenação das perguntas, da liberdade de se transitar pelas questões e da possibilidade de se explorar novas questões (TOBAR e YALOU, 2003).

O diário de campo foi um instrumento essencial na realização desta pesquisa, já que o contexto estudado não correspondia ao espaço social da pesquisadora. Desse modo, permitiu o registro dos tecidos sociais que estavam sendo estudados, anotações do comportamento dos sujeitos e das relações entre médicos, funcionários e pacientes, dinâmica do processo de trabalho e registro de elementos não-verbais observados nos momentos de realização de entrevistas (TURATO, 2003).

No diário de campo também foram anexados avisos do SSN afixados em vários consultórios. O SSN orienta os profissionais da medicina de família para afixarem externamente normativas instituídas, bem como advertências recebidas.

Esse instrumento, diário de campo, contribuiu para “*estimular o pensamento, providenciar interpretações alternativas e gerar fluxo livre de idéias*” que surgiram nos dados (STRAUSS; CORBAIN, 2008, p. 101).

As questões pertinentes ao bloco dois da entrevista foram organizadas de modo a permitir que as concepções fossem apreendidas juntamente com exemplos clínicos para

facilitar a análise de aproximações e distanciamentos entre as produções discursivas sobre concepções e idéia de prática.

Ao longo do processo de coleta de dados, algumas dificuldades foram observadas, sendo necessários ajustes para sua superação.

1- Com relação à primeira pergunta do bloco dois, os dois primeiros profissionais entrevistados demonstraram um pouco de dificuldade para compreender o significado de “papel do sujeito”. Quando esse instrumento havia sido construído, houve resistência por parte da pesquisadora em nomear o sujeito como “paciente”.

A partir da terceira entrevista, essa pergunta foi reformulada, porém ainda se manteve a palavra “sujeito”. Passou-se a perguntar como o profissional via a autonomia do sujeito no “momento clínico” e essa (re) elaboração facilitou o processo de coleta.

2- A questão cinco do segundo bloco foi excluída por sugestão do médico que havia participado da primeira entrevista. O profissional mencionou que essa questão poderia limitar o vínculo necessário entre as partes no processo de coleta de dados. Porém, à medida que o processo de coleta se realizava, foi possível perceber que essa questão de número cinco (5) poderia ser retomada. Um dos sujeitos mencionou ser esta a “mais bela questão” (Bertolucci⁵⁷). Ao final, foi constatado que cinco (5) sujeitos não responderam a essa questão.

Às entrevistas que foram realizadas com expressiva disponibilidade e desejo em abrir as questões, adicionou-se uma questão feita por Giovanni Berlinguer, no Brasil, em um evento de Bioética: Qual medicina pode promover uma sociedade melhor e qual sociedade melhor pode promover uma medicina melhor?

O roteiro de entrevista usado nos encontros com os diretores e informantes-chave também foi semi-estruturado (Apêndice III).

5.2.5 Transcrição e organização dos dados coletados

As entrevistas, após as transcrições realizadas pela pesquisadora já no Brasil, foram submetidas a uma revisão na Itália para as devidas correções. Esse procedimento foi previamente acordado com os médicos e, após o reenvio dos dados, o revisor destruiu esse material.

⁵⁷ Codinome

Diante de algumas dúvidas que surgiram em duas entrevistas, decidiu-se por estabelecer contato, por via eletrônica, com esses participantes para os necessários esclarecimentos. Ambos se disponibilizaram a reler o material e fazer as devidas adequações.

A organização dos dados para o desenvolvimento do processo de análise foi realizada de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo sugerida por Bardin (1977).

Em um primeiro momento, procedeu-se à etapa de pré-análise na qual se estabeleceu contato inicial com o material e se delineou o campo para o qual o foco de atenção se dirigiu (BARDIN apud TURATO, 2003).

Em seguida, os dados foram tratados, sob cunho descritivo, por meio de codificação, classificação e categorização. Com base nessa proposição, o pesquisador buscou, na etapa de codificação, os “núcleos de sentido” presentes nos dados pertinentes aos dois Estados, e por meio de leituras exaustivas, esses núcleos foram recortados em temas que se constituíram em unidades de registro, posteriormente codificadas e classificadas pelas unidades de contexto (ZOBOLI, 2003).

As unidades de contexto – parágrafos extraídos dos depoimentos que possibilitam a compreensão dos significados das unidades de registro – foram classificadas em subcategorias as quais foram agrupadas em categorias (Idem, 2003).

Após a etapa de organização, procedeu-se à análise dos dados para deles extrair as categorias. A primeira fronteira a ser ultrapassada se relacionava às questões concernentes à interação para com o material coletado. A riqueza, a densidade e os múltiplos desdobramentos dos dados, somados aos riscos de reducionismo e aos registros efetuados em diários de campo, entrelaçaram-se em uma relação de interdependência exigindo respostas para a pergunta: o que estes dados estão mostrando nesta realidade?

Observou-se que os dados mostravam a inserção de determinadas unidades de registro em mais de uma categoria e essa observação, embora inerente ao processo de análise em uma pesquisa qualitativa, exigiu, de certo modo, um exercício contínuo de maximização de visibilidade. Também foi possível perceber que, em cada categoria de análise, havia aproximações, distanciamentos, consonâncias e dissonâncias entre os discursos coletados de um mesmo sujeito e entre diferentes sujeitos. Em outras palavras, em algumas situações, o discurso entre o pensar e o pensar a prática sobre a autonomia do sujeito em seu cuidado e sobre a solidariedade na prática da medicina de família, convergiam, e em outras, divergiam.

As categorias extraídas dos dados coletados na Itália são apresentadas a seguir.

- **A cultura preventiva e a disposição para a escuta: inscrições do processo sócio-histórico italiano.**
- **De porta-voz autoritário à relação autoritária entre médico de família e “paciente”.**
- **A liberdade de escolha e a materialização da autonomia do sujeito no cuidado.**
- **Similaridades e incoerências entre discurso e prática sobre autonomia do “paciente”.**
- **Solidariedade na prática da medicina de família: entre ser solidário e não ser solidário**
- **Solidariedade na prática da medicina de família *versus* verticalidade e horizontalidade**

5.3 Percurso Metodológico No Brasil

5.3.1 Identificação e localização dos sujeitos de pesquisa:

A composição do universo de sujeitos brasileiros considerou dois critérios de inclusão: os profissionais deveriam atuar na Atenção Básica⁵⁸ do município de Florianópolis e deveriam ser escolhidos mediante sorteio de modo que fossem contemplados profissionais de todas as regiões de saúde. A escolha por Florianópolis se deu por razões de conveniência e a decisão de entrevistar profissionais atuantes em toda rede municipal foi para adentrar de modo abrangente o processo de trabalho dos médicos de família nos mais diversos nichos sociais.

A primeira etapa para se identificar os profissionais que seriam convidados em Florianópolis (SC) foi dirigida para um primeiro contato junto à Secretaria Municipal de Saúde para viabilizar o convite aos que aqui exercem suas atividades. Nessa visita, o representante da Secretaria Municipal de Saúde disponibilizara a distribuição por regionais e áreas dos Centros de Saúde e respectivas Equipes de Saúde da Família, para facilitar o processo de entendimento da dinâmica da Atenção Básica, demonstrado, por meio de representações numéricas, a seguir.

⁵⁸ Nível de saúde correspondente à Atenção Primária de Saúde, no Brasil.

QUADRO 3: DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE POR REGIONAIS E ÁREAS ADSCRITAS

	Centros de Saúde	Equipes Saúde da Família
Regional Centro Total: 10 (dez) ESF	I	A, B, C
	II	D, E
	III	F, G
	IV	H, I, J
Regional Continente: Total: 20 (vinte) ESF	I	A, B,
	II	C, D,
	III	E, F, G,
	IV	H
	V	I, J, K
	VI	L
	VII	M, N, O, P, Q
	VIII	R, S,
	IX	T
Regional Leste: Total: 16 (dezesesseis)	I	A
	II	B
	III	C
	IV	D
	V	E, F,
	VI	G
	VII	H
	VIII	I
	IX	J, K, L, M, N, O
Regional Norte Total 18 (dezoito) ESF	I	A, B
	II	C, D, E
	III	F, J, H, I, J
	IV	K,
	V	L.
	VI	M,
	VII	N, O
	VIII	P, Q
	IX	R
Regional Sul Total: 23 (vinte e três) ESF	I	A
	II	B
	III	C
	IV	D, E,
	V	F, G,
	VI	H, I, J
	VII	K, L,
	VIII	M, N,
	IX	O,
	X	P,
	XI	Q
	XII	R, S, T,
	XIII	U, V, X
TOTAL	48	87

De acordo, portanto, com a delimitação geográfica de Florianópolis a rede municipal para a Atenção Básica é composta por oitenta e sete (87) Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas em quarenta e oito (48) Centros de Saúde (CS) e em cinco (5) Regionais de Saúde.

Após o recebimento desses dados, a próxima etapa foi realizar uma segunda visita, que havia sido previamente agendada na Secretaria Municipal para viabilizar a listagem dos médicos de família inscritos nesse órgão municipal.

Com base nessa listagem, procedeu-se ao sorteio casual por regiões. Como a amostra seria composta por quinze médicos de família e Florianópolis está dividida em cinco (5) regiões, decidiu-se sortear três médicos por região.

A coleta foi realizada em 2007, meses após a coleta realizada na Itália. Esse distanciamento contribuiu para que, uma vez iniciado o processo de coleta brasileira, a organização dos dados da coleta italiana já houvesse sido concluída. Desse modo, esse espaço transcorrido entre os dois processos favoreceu ao pesquisador a possibilidade de concentrar o foco de atenção com individualização em cada realidade, ainda que com a ciência dos limites humanos inseridos nessa condição.

5.3.2 Condições e seqüência das entrevistas

Foram estabelecidos, inicialmente, contatos telefônicos com os gestores locais dos Centros de Saúde para planejar o processo de coleta. Havia necessidade de confirmação dos horários de atendimento dos médicos de família nas UBS, uma vez que a equipe Saúde da Família, na qual está inserido esse profissional, exerce atividades também na comunidade.

Contudo, de acordo com informações via telefone, tomou-se conhecimento de que os médicos de família disponibilizam somente meio turno por semana para visitas domiciliares. Recebidos os horários de atendimento de cada profissional, o próximo momento foi visitá-los e convidá-los para participar da pesquisa.

À medida que a pesquisadora se apresentava, os profissionais sugeriam, como na Itália, que se aguardasse um tempo para que a pesquisa fosse realizada no mesmo dia, entre um atendimento e outro. Como os profissionais têm uma

produtividade diária de atendimentos/dia a cumprir, não havia diferença entre aguardar nesse primeiro dia de contato ou retornar em um outro momento.

Em consonância com as sugestões dos médicos de aguardar o momento adequado entre os atendimentos, a coleta foi iniciada. Todavia, a partir da terceira entrevista, para evitar a interrupção nos atendimentos, a pesquisadora percebeu que seria mais conveniente registrar os depoimentos ao final das atividades no período da manhã e/ou da tarde. E assim o fez.

Os objetivos e metodologia foram apresentados seguidos do pedido para efetuar o registro de dados em gravador, e após a ciência sobre as proposições da pesquisa, o entrevistado era convidado para assinar o termo de consentimento (Apêndice IV). Todos concordaram em assiná-lo.

O início do processo de coleta de dados no Brasil foi muito difícil e, em virtude dessa peculiaridade, o processo foi realizado em duas etapas: a primeira, composta pelas sete visitas iniciais e a segunda etapa pelas subseqüentes.

Com relação à primeira etapa, excetuando-se a primeira entrevista, que ocorrera com tranquilidade, interesse e disponibilidade, as três seguintes foram marcadas por desinteresse. Os participantes deram o consentimento, mas as entrevistas foram realizadas sem entusiasmo. Em seqüência, houve uma recusa e um novo sorteio foi realizado.

A próxima visita foi feita em um momento de tensão. A pesquisadora havia presenciado, ao chegar, uma discussão entre dois usuários e a equipe local, e a entrevista nessa unidade foi realizada após a referida discussão. Analisando alguns elementos que permearam essa entrevista, decidiu-se por excluí-la da amostra. A seguinte, a sétima, foi recusada e, desse modo, procedeu-se a um novo sorteio.

Após essa primeira etapa, refletindo o processo com um membro da banca de qualificação, pensou-se em interromper a coleta de dados e construir, por meio de um informante-chave, um universo de sujeitos dirigido e confrontar os dois grupos.

Entretanto, decidiu-se por interromper a coleta temporariamente e dar seqüência ao processo normal após quinze (15) dias.

A segunda etapa foi instigante. Quase a totalidade de sujeitos apresentou interesse e disponibilidade, e o processo transcorreu em um clima estimulante. Somente uma entrevista foi lacônica e sem motivação.

Diante do exposto, foi observada uma menor valorização pela pesquisa na coleta brasileira, sinalizando um menor interesse dos profissionais brasileiros para com a pesquisa científica.

Com relação aos espaços físicos de atuação dos médicos de família brasileiros, foi apreendido que os Centros de Saúde, em Florianópolis, estão passando por um processo de (re) estruturação. Alguns ainda não dispõem de espaços adequados para o funcionamento das equipes e outros já se apresentam bem estruturados.

Notou-se também que a demanda espontânea é intensa gerando um fluxo de atendimento marcante e, no que concerne aos horários de atendimentos dos médicos de família, os relatos apontaram uma carga horária de oito horas de trabalho/dia, conforme determina a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007a).

Entretanto, não foi sinalizado um comprometimento para com a comunidade com vistas à participação efetiva no processo de viver da população adscrita. As visitas domiciliares perfazem quatro horas semanais em uma carga horária de quarenta horas e são dirigidas aos acamados e usuários que não podem se deslocar ao CS. Apenas um entrevistado apresentou a formação de um grupo por meio do qual a equipe se dirigia à comunidade para interagir sobre a saúde da comunidade. Contudo, diante da intensa demanda espontânea na UBS, esse grupo interrompeu suas atividades.

5.3.3 Os sujeitos de pesquisa

Da mesma forma que na coleta italiana, para se traçar o perfil dos sujeitos de pesquisa, considerou-se algumas características, a saber: sexo, formação ou ter cursado Medicina de Família e Comunidade, formação ou ter cursado outra residência médica e não ter cursado residência médica; ano de conclusão da graduação em medicina e razões concretas e/ou simbólicas pela escolha da Atenção Primária.

As características quanto ao sexo, ano de formação médica e tempo de formação médica são descritas no quadro abaixo:

QUADRO 4: CARACTERIZAÇÃO QUANTO AO SEXO , ANO E TEMPO DE FORMAÇÃO. FLORIANÓPOLIS, 2007.

SUJEITOS DE PESQUISA	SEXO		ANO DE FORMAÇÃO MÉDICA	TEMPO DE FORMAÇÃO
	F	M		
DUCA	X		1993	14 anos
FERNANDO	X		1995	12 anos
MARICOTA	X		1974	33 anos
YÉ	X		1982	25 anos
LÔ	X		2003	4 anos
TONINHO	X		2003	4 anos
MÁRCIO		X	1997	10 anos
SÉRVULO		X	2006	1 ano
MARILTON	X		2004	3 anos
RONALDO		X	2004	3 anos
WAGNER		X	2006	1 ano
SALOMÃO	X		2002	5 anos
BITUCA	X		2004	3 anos
BETO	X		2003	3 anos

Os dados revelam que, dentre os quinze (15) sujeitos de pesquisa, dez (10) são mulheres e quatro (4) são homens. Examinando os dados referentes à formação ou ter cursado Medicina de Família e Comunidade, outra residência médica ou não ter cursado residência médica, foi observado que oito (8) profissionais cursaram residência em Medicina de Família e Comunidade, dois (2) profissionais cursaram residência em outras áreas e quatro (4) não cursaram nenhuma residência. Esses resultados demonstram uma supremacia do sexo feminino sob o masculino e que 57,1% dos sujeitos de pesquisa formaram-se para exercer a medicina na Estratégia Saúde da Família, sinalizando que mais da metade da amostra pode conduzir sua prática sob as bases filosóficas dessa estratégia.

Os sujeitos de pesquisa formados ou em formação em Medicina de Família e Comunidade apresentaram as seguintes razões pela escolha dessa área: possibilidade de contribuir ao processo de entendimento da sociedade; estar mais próximo do ser humano; pelo fato de a medicina de família ser parecida com o que imaginava de medicina; encontro natural; porque via muita gente nova morrendo na medicina intensiva e achava que algo não estava certo; interesse pela Saúde Pública desde a graduação; por influência de um trabalho comunitário feito no segundo ano de graduação; por compreender a medicina de família como a área que alivia parte do sofrimento humano; e pelo desprazer em trabalhar em hospital.

Aqueles que atuam nas equipes de SF, mas não fizeram residência em Medicina de Família e Comunidade, apontaram como argumentos para a escolha dessa prática: a falta de outra oportunidade; a representação de “bico” enquanto não entra na residência; por sempre ter gostado da clínica; pelo fato de gostar um pouco de tudo; por sempre ter gostado de trabalhar na Atenção Primária; e por ter se encontrado com a medicina de família em uma outra residência.

Aproximando-se as duas dinâmicas de trabalho, de médicos de família italianos e brasileiros, foram notadas diferenças nos processos de territorialização. Na Itália, a preservação do direito à liberdade de escolha garante aos cidadãos italianos a livre-escolha de seu médico de família em qualquer município pertencente ao distrito em que vivem. Parece que a territorialização é mais um instrumento geográfico de auxílio à localização dos consultórios de medicina de família.

Já no Brasil, a territorialização é uma metodologia criada na ESF para adscrição da população para viabilizar o acesso aos serviços. A distinção, portanto, parece residir nos objetivos desse recurso operacional. O Brasil, na representação da Estratégia Saúde da Família, está pré-ocupado com o acesso dos seus usuários e há a ciência de que a acessibilidade pode ser materializada por meio do vínculo estabelecido entre a equipe e os usuários.

5.3.4 A coleta de dados

No Brasil, os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram similares aos instrumentos aplicados na Itália: a entrevista semi-estruturada e o diário de campo.

Contudo, diante das dificuldades observadas na coleta de dados na Itália, bem como de percepções advindas posteriormente à coleta realizada, resolveu-se por fazer algumas alterações no instrumento utilizado no Brasil, explicitadas a seguir:

- 1- Seguindo a orientação de um membro da banca de qualificação, acrescentou-se ao instrumento uma questão na qual se perguntava ao entrevistado se ele já havia vivido algum problema no momento clínico relacionado à autonomia do sujeito em seu cuidado.

- 2- Antes de iniciar o segundo bloco, o pesquisador perguntava ao entrevistado como ele nomeia aquele (a) que se dirige à unidade para “atendimento”,

para que, desse modo, as perguntas fossem referidas ao substantivo proposto pelo médico. Quatorze entrevistados demonstraram nomear as pessoas por eles atendidas como “paciente”, e apenas um dos sujeitos utilizou o termo “usuário”.

3- Ao primeiro bloco, que objetivava buscar o processo de trabalho dos médicos de família, foi acrescentada uma pergunta, na qual o profissional era convidado a falar sobre o que ele pensa a respeito da Medicina de Família no Brasil.

5.3.5 Transcrição e organização dos dados coletados

Ao final das entrevistas, o material gravado foi transcrito e esse processo contou com a colaboração de uma Mestranda em Ciências Sociais, também da UFSC. Posteriormente, as transcrições foram conferidas mediante audição de todas as gravações pela pesquisadora e, após a conferência, o próximo momento foi organizar os dados.

A organização dos dados brasileiros foi realizada em consonância com a técnica utilizada na Itália, a Análise de Conteúdo de Bardin (1977), e todas as etapas apresentadas na organização dos dados italianos foram preservadas.

Como já mencionado, a organização dos dados coletados nos dois países foi efetuada em momentos distintos. Primeiramente, procedeu-se a organização dos dados pertinentes à Itália, já que a coleta naquele país foi realizada em um período anterior à coleta brasileira.

Embora o distanciamento entre as duas coletas tenha gerado positivities para o processo de organização, a categorização brasileira também não foi isenta de complexidade. Havia também nesses dados expressiva riqueza em todas as temáticas em questão, bem como inúmeros relatos de experiências profissionais, consoantes com o discurso ou não.

Percebeu-se que a maior parte dos profissionais que fez Residência em Medicina de Família e Comunidade demonstrava grande interesse em expressar conteúdos de infância, adolescência e período de graduação para justificar a escolha pela medicina de família.

Do mesmo modo que na coleta italiana, foi depreendido no processo de análise a inserção de determinadas unidades de registro em mais de uma categoria. Desse modo, os dados também revelaram aproximações e distanciamentos entre as

concepções sobre autonomia e solidariedade e a prática revelada nos discursos de um mesmo sujeito e entre diferentes sujeitos.

Ainda com relação à complexidade vivenciada na categorização deste estudo, cabe revelar o desafio vivido no momento em que se buscou a aproximação das categorias extraídas dos dados coletados na Itália e dos dados coletados no Brasil com o escopo de identificar o caminho de análise a ser percorrido.

Esse movimento de aproximação permitiu observar que, dentre as categorias identificadas, duas delas se repetiam nas duas realidades e as demais apresentavam similaridades e especificidades contextuais, sugerindo, desse modo, a possibilidade de se preservar as categorias em comum em ambas as análises e de se confrontar as demais com o propósito de reagrupá-las para que, desse confronto, emergissem novas categorias de análise. Todavia, ao final decidiu-se por reconstruir uma dentre as categorias que se repetiam.

As categorias apreendidas da análise brasileira serão apresentadas em seqüência.

- **Do modelo biomédico à concepção ampliada do processo de cuidado: avanços e recuos na prática cotidiana.**
- **De porta-voz autorizado à relação autoritária entre médico de família e “paciente”.**
- **Entre o desejo de ser autônomo em seu cuidado e o contexto.**
- **A prevenção ao risco *versus* o respeito à autonomia.**
- **Diferentes determinantes na construção da autonomia do sujeito em seu cuidado.**
- **Contradições entre pensar autonomia do sujeito e pensar a prática.**
- **Solidariedade na prática da medicina de família: horizontalidade *versus* verticalidade**

Cabe registrar neste momento que a disciplina Seminário de Dissertação havia sugerido após a apresentação do projeto de pesquisa, em uma banca composta por colegas do mestrado, que seria pertinente construir o percurso nas duas realidades com base em categorias previamente determinadas, já que a revisão bibliográfica bem como a apresentação do projeto havia mostrado que as referidas categorias estavam prontas e declaradas.

Essa sugestão foi acatada e o projeto foi apresentado à banca de qualificação (formal) com base em categorias previamente formuladas. Considerando o parecer contrário de um membro dessa banca, decidiu-se desconsiderar a primeira sugestão e buscar as temáticas categoriais nos dados coletados.

Ao final do processo, pôde-se perceber a procedência dessa sugestão da banca, pois, ao se aproximar as categorias construídas previamente daquelas colhidas nas vozes dos sujeitos, foi constatada a riqueza dos dados e a pertinência em não construir categorias prévias.

Para elucidar essa escolha, serão descritas a seguir as categorias prévias e as novas categorias que emergiram do cruzamento entre as categorias italianas e categorias brasileiras extraídas dos dados:

QUADRO 5 - Categorias Prévias e Categorias que emergiram do cruzamento entre as categorias brasileiras e categorias italianas extraídas dos dados coletados

Categorias prévias	Categorias extraídas do cruzamento entre as categorias brasileiras e categorias italianas extraídas dos dados
<ul style="list-style-type: none"> • Médico de Família como autoridade da relação; • Médico de Família como facilitador do processo de cuidado; 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de atenção <i>versus</i> liberdade de escolha e desejo de ser autônomo
<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia como liberdade de escolha; • Autonomia percebida como recurso terapêutico; • Autonomia não percebida como recurso terapêutico; 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes da participação do “paciente” em seu cuidado
<ul style="list-style-type: none"> • Solidariedade no domínio da liberdade; • Solidariedade no domínio da necessidade; • Solidariedade como cuidado; • Solidariedade como um valor não pertinente nesta relação; 	<ul style="list-style-type: none"> • Porta-voz autorizado, relação autoritária e prevenção ao risco – especificidades das relações de poder
<ul style="list-style-type: none"> • Prática sob o enfoque médico-centrado • Prática sob o enfoque de uma relação entre dois sujeitos morais • Prática amparada no contexto da pessoa; • Prática amparada no contexto familiar; 	<ul style="list-style-type: none"> • Consonâncias e dissonâncias entre discurso e prática relatada sobre autonomia do sujeito
	<ul style="list-style-type: none"> • Solidariedade na prática da medicina de família: entre ser solidário entre diferentes domínios e não ser solidário

Foi possível entender que o desejo de ser autônomo e a prevenção ao risco não estariam contemplados nesse estudo se a opção sugerida na disciplina tivesse

sido eleita. Uma outra observação foi com relação à amplitude das categorias prévias; essas categorias mostravam-se muito abertas e esse fato dificultaria a discussão.

Dando seqüência aos percursos metodológicos vivenciados, foi realizada a segunda etapa da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), a de interpretação de inferências, que compreende o estabelecimento das relações entre os achados empíricos e a realidade social (BARDIN, 1977).

Uma experiência presente no momento inicial desta etapa foi o retorno mental da pesquisadora sobre os diversos espaços sociais – cenários da coleta realizada. Esse movimento, inerente à condição de humano, buscava, em seu percurso, elementos condicionantes ao objeto deste estudo partilhados no contexto no qual a coleta foi realizada. Dito de uma outra forma, “essa viagem ao passado” visava a reviver mentalmente o palco onde se deram as interações com os sujeitos para que o pesquisador pudesse trazer para a sua análise novos elementos referentes ao objeto.

Essa “viagem” acima explicitada não foi condição determinante para o desenvolvimento do processo de análise, mas resultado da liberdade concedida pelo pesquisador a si mesmo, para propiciar a emergência de novos elementos que pudessem retornar em seu mundo interno e que pudesse dar significância ao objeto. O pesquisador incorreu nesse movimento, uma vez que se sentiu estimulado para tal e essa experiência o remeteu a Paulo Freire (2006) que, com brilhantismo, expressou:

“Não posso investigar o pensar dos outros, referido ao mundo, se não penso. Mas, não penso autenticamente se os outros também não pensam. Simplesmente não posso pensar *pelos* outros nem *para* os outros, nem *sem* os outros.” (FREIRE, 2006. p. 177)

Por esse prisma, pode se inferir que o resgate mental da interação vivida no momento de coleta de dados gerou, para o processo desta análise, novos dados que vieram a somar-se aos depoimentos e àqueles registrados em diários de campo. Esses dados também foram registrados.

Contudo, cabe considerar que esse momento exigiu do pesquisador um árduo comprometimento para com as questões pertinentes ao objeto com o propósito de não incorrer em riscos que pudessem prejudicar a fidelidade dos dados. Esse comprometimento fundamentou-se em um deslocamento vigilante de seu processo de viver para, de fato, dar voz (verbal e não-verbal) aos sujeitos, possibilitando, assim, a real imersão nos relatos.

5.4. Aspectos Éticos

No Brasil, a Resolução CNS 196 (1996) criou parâmetros éticos para as pesquisas na área da saúde, uma vez que definiu que todas as pesquisas que envolvam seres humanos devem seguir as Diretrizes e Normas de Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos (BRASIL, 1996).

Valendo-se dessa resolução, este estudo foi realizado com base nas precauções descritas a seguir:

1- Foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e foi aprovado na reunião realizada pelo referido comitê em dez (10) de setembro de 2007, cujo parecer consubstanciado está em Apêndice I, sob o número 213/2007.

2- As duas instituições estudadas, Atenção Primária de dois distritos na Região *Lazio* (Roma, Itália) e a Atenção Básica da Secretaria Municipal de Florianópolis (SC, Brasil) aprovaram a realização da pesquisa.

3- Os sujeitos participantes da pesquisa gozam de autonomia plena e foram informados sobre a natureza, objetivos e procedimentos da pesquisa, para que pudessem decidir, autonomamente, pelo consentimento ou recusa.

4- Após a compreensão da proposta e a concordância em participar deste estudo, os sujeitos deram sua anuência por escrito mediante o Consentimento Informado, livre, voluntário e esclarecido, como também uma autorização para publicação de resultados (Apêndice IV, Apêndice V).

5- A liberdade de recusar-se a participar ou a retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa foi garantida.

6- Os dados confidenciais coletados foram mantidos sob sigilo para assegurar a privacidade dos sujeitos. Os dados coletados na Itália, após a transcrição, passaram por uma revisão, retornaram ao pesquisador e foram destruídos pelo revisor.

7- Os benefícios presentes no início deste estudo mantiveram-se presentes após sua conclusão.

8- Os resultados deste estudo serão apresentados ao Departamento de Atenção Básica e autoridades sanitárias da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e aos diretores sanitários dos dois distritos estudados na Itália.

9- Diante do interesse de sujeitos italianos pelos resultados, foi assumido o compromisso de apresentá-los tão logo o estudo esteja concluído.

10- O anonimato dos sujeitos foi garantido por meio do uso de codinomes. Os sujeitos brasileiros estão representados pelos formadores do Clube da Esquina, movimento cultural mineiro inaugurado na década de 60, e os sujeitos italianos estão representados por cineastas formadores e seguidores do Neo-Realismo Italiano. Ambos os movimentos representaram um modo de resistir à restrição da liberdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PROJETO AMPLIADO

- ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 2007; p. 1009; 181; 07.
- AGAMBEN, G.-a *Homo Sacer. O poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007, 207 p.
- AGAMBEN, G.-b *Estado de Exceção*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007 142 p.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 1977. 223 p.
- BAUMAN, Z. *Modernidade e Ambivalência*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1999. 297 p.
- BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1998. 334 p.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica** . São Paulo: Loyola, 2002; p. 17- 207
- BERLINGUER, G; TEIXEIRA, S.F.; CAMPOS, G.W.S. **Reforma Sanitária Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1988. 207 p.
- BERLINGUER, G. Enciclopédia Multimidiada delle Scienze Filosofiche. **Cosa è la bioetica?** 2000. Disponível em: <http://www.emsf.rai.it/grillo/trasmissioni.asp?d=606>. Acessado no dia 22 de março de 2007.
- BORGES, G. R. Da Atualidade à Ontologia Crítica: O movimento pendular da modernidade entre Michel Foucault e Immanuel Kant. **Rev. Fac. Direito Univ. Fed. Paraná**, Curitiba, v. 38, 2003. p. 55-69,
- BOURDIEU, P. *A economia das trocas lingüísticas*. São Paulo: Edusp, 1996. 185 p.
- BRASIL, 1990. **Lei 8.080/90 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em 27 de outubro de 2007.
- BRASIL, 1996. **Resolução do Conselho Nacional da Saúde nº 196/96 de 10 de outubro de 1996**. . Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>>. Acesso em: 12 de novembro de 2007.
- BRASIL, 2007a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006. 59 p.
- BRASIL, 2007b. **Estratégia Programa Saúde da Família – PSF e PACS**. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/PSF/Textos/Estrat%20E9gia%20Programa%20Sa%20FAde%20da%20Fam%20Dlia%20e%20Programa%20de%20A. Acessado em 23 de novembro 2007.
- BRASIL, 2007c. **Informe de Atenção Básica n 18**. Disponível em: <[http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Qualifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20munic%C3%ADpios%20no%20Proesf%20\(Programa\)_Outubro_2003.doc](http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Qualifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20munic%C3%ADpios%20no%20Proesf%20(Programa)_Outubro_2003.doc)>. Acesso em 02 de novembro de 2007.

BRASIL, 2007d. **Atenção Básica Saúde da Família**. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em 12 de novembro de 2007.

BRASIL, 2008a. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 12 de abril de 2008.

BRASIL, 2008b. **Seminário Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=7752>. Acesso em 12 de abril de 2008.

BRASIL, 2008c. **O dilema do SUS**. Disponível em: <<http://www.gices-sc.org/ArtigoEugenioVilacaDilemaSUS.pdf>>. Acesso em 23 de abril de 2008.

BRASIL, 2008d. **A implementação de políticas públicas e a constituição do SUS**. Disponível em: <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00005402&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 de maio de 2008.

BRASIL, 2008e. **Por que relembrar o Tribunal de Nuremberg?** Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/nuretrib.htm>>. Acesso em 28 de abril de 2008.

BRASIL, 2008g. **Financiamento do SUS**. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/cartilha_financiamento_do_SUS_a_luta.pdf>. Acesso em 30 de abril de 2008.

BRASIL, 2008e. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de dezembro de 1988**. Disponível em <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/22/Consti.htm#T4>>. Acesso em 30 de junho de 2008.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. São Paulo : Forense Universitária, 2006. p. 293.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 100 p.

_____. **Leitura do Projeto**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <rcgslima@terra.com.br; verdi@mbox1.ufsc.br>. Oito de Julho de 2007.

CARVALHO, A.I. Participação e controle social em saúde: recapitulando idéias e práticas. **IN: _____**. **Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social**. Rio de Janeiro: FASE/IEAM, 1995. p. 7-20.

CAVALERI, G. Entrevista realizada na Província de Roma sobre a dinâmica da medicina de família e a relação entre a medicina de família e o Serviço Sanitário Nacional.

CAVICCHI, I. **Autonomia e Responsabilità**. Bari: Ed. Dedalo, 2007, 232 p.

CAVICCHI, I. **La Sanità**. Bari: Ed. Dedalo, 2005, 333 p.

CAVALERI, G., 2007. Entrevista realizada na *Università degli Studi di Roma "La Sapienza"* sobre o Serviço Sanitário Nacional.

CICOGNA, A., 2007. Entrevista realizada em um distrito da Província de Roma sobre o papel do médico de família no Serviço Sanitário Nacional (SSN) e o Centro de Asssitência Domiciliar – CAD.

COHEN, M.; SEGRE, C. **Bioética**. 2 ed. São Paulo: Edusp, 1999, p. 57.

COSMACINI, G. **Storia della Medicina e della Sanità in Italia**. Roma: Laterza, 2005. 631 p.

DA ROS, M. 2005. Capítulo 4: Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. p. 59-80 **In: PEREIMA, M. J. L.; COELHO, E. B. S.; DA ROS, M. A. Da Proposta à Ação**. Currículo Integrado do Curso de Graduação em Medicina da UFSC, 2005

DA ROS, M. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: Bagrichevsky, M; Palma A.; Estevão, A.; Da Ros, M. **A Saúde em debate na Educação Física**, 2006. p. 47-65.

_____. **Reflexões sobre elaboração da dissertação**. (gravada em 14 de fevereiro de 2008).

DALL'AGNOL, D. **Bioética**. Rio de Janeiro : DP&A, 2004. p. 197.

DINIZ, D. Henry Beecher e a história da Bioética. In: Costa, S.; Diniz, D. **Ensaaios Bioéticos**. Brasília: Letras Livres Ed., 2001. 206 p.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é Bioética**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2002. 69 p.

DRUMMOND, M. **A Criança, Seu “Em Torno” e a Cárie**. 2002. 217 f. Tese (Doutorado em Odontologia)-Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2002.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1999. p. 206.

FARIAS, L. C. D. **Acolhimento na Atenção Básica: Reflexões Éticas sobre a Atenção à Saúde dos Usuários**. 2007. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FOUCAULT, M. **História Da Sexualidade 3. O Cuidado de Si**. São Paulo: Graal, 2005. p. 246.

_____. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Ed Graal, 2007. 295 p

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 148 p.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2006. 213 p.

GARRAFA, V.; KOTTOW, M; SAADA, A. **Bases Conceituais da Bioética: Enfoque Latino-Americano**. São Paulo : Gaia, 2006. p. 284.

GUZZANTI, E. **Evoluzione Storica del Servizio Sanitario Nazionale**, 1999. Disponível em : <<https://www.cesdaldspace.it/retrieve/2894/Bibliografia+Tesi.pdf>>. Acesso em: 16 julho de 2007.

ITÁLIA, 2006a. **Il terzo settore**. Disponível em: <http://www.umana-mente.it/html/convegno/relazione_fiorentini.pdf>. Acesso em 10 de dezembro de 2006.

ITÁLIA, 2006b. Comitato Scientifico Wonca Europe 2002. **La Medicina Generale come risorsa del Servizio Sanitario in Italia**. Disponível em: <

<http://www.assimefac.it/articoli/Documento%20conclusivo%20Wonca-2006.pdf>>. Acesso em 10 de dezembro de 2006, p.24.

ITÁLIA, 2006c. Ministero della Salute **Piano Sanitário Nazionale 2006-2008**. Disponível em: <<http://www.ministerosalute.it>> Acesso em 10 de dezembro 2006.

ITÁLIA, 2006d. Ministero della Salute. **Enti del Servizio Sanitario Nazionale**. Disponível em: <<http://www.ministerosalute.it/ministero/sezMinistero.jsp?label=ssn&id=414>>. Acessado em Dez/2006

ITÁLIA, 2007a. **ASL Roma Aziende Sanitarie Locali**. Disponível em: http://www.vitadidonna.it/copia_di_vita_di_00001f.html>. Acesso em 03 de janeiro de 2007.

ITÁLIA, 2007b. *Legge 11 maggio 1943*, n. 138. Disponível em: <<http://www.italia-rsi.org/zzz/cybersamizdat/idannidelfascismo.pdf>>. Acesso em: 18 de setembro de 2007.

ITÁLIA, 2007c. *Legge 19 aprile 1946*, n. 213. Disponível em: <<http://www.italia-rsi.org/zzz/cybersamizdat/idannidelfascismo.pdf>>. Acesso em: 18 de setembro de 2007.

ITÁLIA, 2007d Malagutti, M. **Sanità. Solidarietà, business o tutti i due?** Disponível em: <<http://www.dica33.it/argomenti/sanita/cicosti/sanita4.asp>>. Acesso em: 24 de fevereiro de 2007.

ITÁLIA, 2008a. **Cure Primarie e Casa della Salute**. Disponível em: <<http://www.ministerosalute.it/curePrimarie/paginaInternaMenuCurePrimarie.jsp?id=496&lingua=italiano&menu=cure>>. Acesso em 12 de abril de 2008.

ITÁLIA, 2008b. **Decreto Legge 502/92**. Disponível em: <<http://www2.ing.unipi.it/~o15801/lezioni/Decreto%20Legge%20502-92.htm>>. Acesso em 07 de abril de 2008.

ITÁLIA, 2008c. **Guadagnare salute, il progetto per rendere più facili le scelte salutari**. Disponível em: <<http://www.governo.it>>. Acesso em 10 de abril de 2008.

ITÁLIA, 2008d. **La Casa della Salute**. Disponível em: <<http://www.salastampa.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=124>>. Acesso em 10 de abril de 2008.

ITÁLIA, 2008e. **I Livelli Essenziali Assistenza**. Disponível em: <<http://www.ministerosalute.it/programmazione/lea/sezPrestazioni.jsp?label=prs>>. Acesso em 17 de abril de 2008.

ITÁLIA, 2008f. L'ospedale del futuro: origine, evoluzione, prospettive. *Recent Progress In Medicina*, Vol. 97, N. 11, Novembro 2006, Pagg. 594-603. Disponível em: <http://www.pensiero.it/vapensiero/pdf/ospedale_del_futuro.pdf>. Acesso em 22 de abril de 2008.

ITÁLIA, 2008g. **Partecipazione Alla Spesa**. Disponível em: <<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?id=367&sub=6&lang=it>>. Acessado em 02 de abril de 2008.

ITÁLIA, 2008h. **Latini**. Disponível em: <http://spazioinwind.libero.it/popoli_antichi/Italici/Latini.html>. Acesso em 04 de maio de 2008.

ITÁLIA, 2008i. **Roma e Dintorni**. Disponível em: <http://www.alfanet.it/welcomeitaly/roma/itinerari/circeo_terracina_fondi/terracina/default.html>. Acesso em 04 de maio de 2008

ITÁLIA, 2008j. **L`agenzia ASSR**. Disponível em: <<http://www.assr.it/agenzia.htm>>. Acesso em 26 de maio de 2008.

KOTTOW, M. Bioética y Biopolítica. **Revista Brasileira de Bioética**, vol. 1, n 2, 2005. p. 110-121.

LOPES, J. M. C. **A Pessoa como Centro do Cuidado**: a abordagem centrada na Pessoa no processo de produção do Cuidado Médico em Serviços de Atenção Primária à Saúde. 222 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

MANDU, E.N.T. Trajetória Assistencial no Âmbito da Saúde Reprodutiva e Sexual – Brasil, Séc. XX . **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, maio-junho, 2002. p. 358-371.

MAPELLI, V. **Il Sistema Sanitário Italiano**. Bologna: Il Mulino, 1999. 179 p.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2002. 300 p.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, n. 6, fev. 2000. p. 109-116.

MICHAELIS, **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2000. p. 1187.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 254 p.

NERI, D. Autonomia, consenso informato e fini della medicina. **In: FURNARI, M. G. Il paziente, il medico e la cura**. Catanzaro: Rubbettino, 2005. p. 52-72. .

NEVES, M. C. P. **A fundamentação antropológica da Bioética**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v4/fundament.html>> . Acessado em: 04 de janeiro de 2007

PALAZZOTTO, A. 2007. Entrevista realizada em um distrito da Província de Roma sobre o Centro de Assistência Domiciliar – CAD.

PEGORARO, O.A. **Ética e Bioética** . Petrópolis : Vozes, 2002. p. 113.

RADICCHI, A. L. A Evolução Curricular da Faculdade de Medicina da UFMG. **IN: _____ O Internato Rural na Formação Médica na UFMG: um estudo qualitativo**. 1996. 196 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, 1996. p. 4-12.

ROSEN, G. A Era Bacteriológica e suas conseqüências. **In: _____ Uma História da Saúde Pública**. 3 ed. São Paulo : Hucitec, 2006. p. 315-352

ROSSETTI, D. 2007. Entrevista realizada em um distrito da Província de Roma sobre a medicina

de família na Itália.

ROUDINESCO, B. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Editora, 1998. p. 146-147.

SCHRAMM, F. R **A dupla tarefa da bioética da proteção dos direitos e do estado de exceção**. (Trabalho não Publicado enviado em dezembro de 2007).

_____. **Proteger os vulnerados e não interferir aonde não se deve**. (Trabalho não publicado enviado em dezembro de 2007).

_____. **Módulo 1: líneas de fundamentación de la bioética y bioética de la protección**. Programa de Educación Permanente em Bioética: introducción a la bioética clínica y social. [S.I.:s.n]

_____. Espiritualidade e bioética: o lugar da transcendência horizontal do ponto de vista de um bioeticista laico e agnóstico . **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo: Abril/junho, .2007. p. 161-166.

_____. A Saúde é um direito ou um dever? Prolegômenos a uma autocrítica da Saúde Pública; considerações sobre vulnerabilidade, vulneração, proteção, biopolítica e hospitalidade. **Revista Brasileira de Bioética**. N. 2, 2006. p. 187-200.

_____.2008. Entrevista eletrônica realizada em 29 de fevereiro de 2008 sobre Autonomia na Atenção Básica

SEN, A. **La liberta individuale come impegno sociale**. Bari: Laterza, 2007. 101 p.

SENNETT, Richard. **Respeito : A Formação do Caráter em um Mundo Desigual**. Rio de Janeiro: Record, 2004. 333 p.

STARFIELD, B. Atenção Primária e sua relação com a saúde. In: _____. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO, 2002. p. 19-42.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa Técnicas e Procedimentos Para o Desenvolvimento de Teoria Fundamentada**. São Paulo: Artmed , 2ª ed., 2008. 288 p.

TAMBELLINI, A. T. Questões Introdutórias. In: AROUCA, S. **O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: Ed. Unesp, 2003. 258 p.

THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. Adm. Pública** v. 40 n. 1 Rio de Janeiro jan/fev. 2006. p. 27-55.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como Fazer Teses em Saúde Pública** . Rio de Janeiro : Fiocruz, 2003. 170 p.

TRIMARCHI, F. Paziente e medico nella medicina della tecnologia: essere e non essere. In: FURNARI, M. G. **Il paziente, il medico e la cura**. Catanzaro: Rubbettino, 2005. p. 99-130.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e**

humanas. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

VERDI, M. I. M. **Da Haussmannização às Cidades Saudáveis: Rupturas e Continuidades nas Políticas de Saúde e Urbanização na Sociedade Brasileira do Início e do Final do Século XX.** 233 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. **Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2005. p. 225- 264. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>>. Acesso em 02 de novembro de 2007.

WILHELM KENZLER, 2002. . [S.I.:s.n]

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e Atenção Básica : Um Estudo de Ética Descritiva com Enfermeiros e Médicos do Programa Saúde da Família.** 2003. 233 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

Buscando o sujeito autônomo e a solidariedade em concepções de médicos de família brasileiros e italianos...



Figura 8 – A pessoa decide. CADERNO VIDA - JORNAL ZERO HORA DE PORTO ALEGRE

Fonte: CAMARGO, p. 4-5, 06 mar. 2004 apud LOPES, 2005.

ARTIGOS CIENTÍFICOS

ARTIGO CIENTÍFICO I

CONFLITOS ÉTICOS NO PROCESSO DE TRABALHO DE MÉDICOS DE
FAMÍLIA, PROVÍNCIA DE ROMA, REGIÃO *LAZIO*, ITÁLIA

CONFLITOS ÉTICOS NO PROCESSO DE TRABALHO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, PROVÍNCIA DE ROMA, REGIÃO LAZIO, ITÁLIA

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima⁵⁹

Marta Inez MachadoVerdi⁶⁰

RESUMO: O artigo examina o processo de trabalho de médicos de família italianos, Província de Roma, Itália, para conhecer os possíveis conflitos éticos. Pesquisa empírica, de abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo, realizada em 2007, com quinze (15) médicos de família italianos. Os dados foram coletados em entrevistas semi-estruturadas e analisados com base na Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados demonstraram conflitos éticos gerados diretamente pelo modelo de organização de atenção em saúde do Serviço Sanitário Nacional (SSN) e pelo mercado da indústria farmacêutica, e conflitos éticos gerados indiretamente pela sociedade. Há uma condição de polarização entre “ser” médico de família e “fazer” medicina de família que parece estar vinculada à sombra que se apresenta sob o campo real de prática: o neoliberalismo.

PALAVRAS-CHAVES: médicos de família italianos; conflitos éticos; neoliberalismo.

⁵⁹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública; Universidade Federal de Santa Catarina; Especialista em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais; Rua: Francisco Vieira, 567, Bairro: Morro das Pedras – Florianópolis/Santa Catarina, Cep: 88066-010. Brasil. rcgslima@terra.com.br

⁶⁰ Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/Università degli Studi di Roma La Sapienza, Vice Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Professora Adjunto do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, End: rua Laurindo Januário da Silveira, nº5125 casa 6, Lagoa da Conceição, CEP 88.062-201, Florianópolis, SC, email: verdi@mbox1.ufsc.br

**ETHICAL CONFLICTS IN THE WORKING PROCESS OF FAMILY
DOCTORS, PROVINCE OF ROME, LAZIO REGION, ITALY**

ABSTRACT: The article examines the working process of Italian family doctors, in the Province of Rome, Italy, in order to understand possible ethical conflicts. It consists of an empirical study of a qualitative approach and descriptive exploratory features. The study was carried with (15) Italian family doctors. The data were collected through semi-structured interviews and were analyzed based on Bardin's Content Analysis. The results obtained show ethical conflicts generated directly by the organization model for health attention of the National Sanitary Services (SSN) and by the pharmaceutical industry market, as well as indirectly by the society. It was observed a polarization condition between "being" a family doctor and "doing" family medicine which seems to be entailed to the shadow presented by the actual practical field, that is, the neoliberal economic organization.

KEY-WORDS: ethical conflicts; family medicine; Italy; neoliberalism.

**CONFLITTI ETICI NEL PROCESSO DI LAVORO DI MEDICI DI FAMIGLIA,
PROVINCIA DI ROMA, REGIONE LAZIO, ITALIA**

RIASSUNTO: L'articolo esamina il processo di lavoro di medici di famiglia italiani, Provincia di Roma, Regione Lazio, Italia, per conoscerne i possibili conflitti etici. Ricerca empirica, di approccio qualitativo e carattere esploratorio-descrittivo realizzata nel 2007, con quindici (15) medici di famiglia italiani. I dati sono stati raccolti per mezzo di interviste semi-strutturate e l'analisi è stata fatta attraverso l'Analisi di Contenuto di Bardin. I risultati hanno dimostrato questioni etiche generate direttamente dal modello di organizzazione di attenzione alla salute del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), dal mercato dell'industria farmaceutica e indirettamente dalla società. Esiste una condizione di polarizzazione tra "essere" medico di famiglia e "fare" il medico di famiglia che sembra legata all'ombra che si presenta sul campo reale della pratica: il neoliberalismo.

PAROLE-CHIAVI: conflitti etici; medicina di famiglia; Italia; neoliberalismo

INTRODUÇÃO

Embora cada tempo histórico revele um modelo de organização social, uma característica é comum aos distintos processos de viver: o homem, em sua permanente busca pela superação, depara-se com fenômenos sociais e políticos que demandam escolhas as quais, por sua vez, pressupõem conflito, disposição e dependência.

Conflito já que, para escolher, o homem transita entre o desejo e a necessidade, entre renúncia e concessão; disposição, tendo em vista que ao optar por um caminho, em detrimento de um outro, deve estar livre e consciente para enfrentar prováveis percalços. E dependência por ser o homem um sujeito político-social com responsabilidades e vulnerável a mutações e influências advindas do modelo de organização social.

O projeto moderno, consolidado pela Revolução Industrial, promoveu uma tensão nesses domínios ao apresentar à humanidade suas aspirações: desejo de necessidade, de universalidade, de transparência, de certeza do mundo e de ordem. Ao projetar a pretensão em ser moderno, semeou a contingência, a particularidade, a indecisão, o provisório, e a ambivalência (BAUMAN, 1999).

Dentre os frutos dessa colheita, destacam-se os conflitos do *ethos*, conflitos oriundos do modo como o homem passaria a organizar suas condutas, seu estar no mundo, já que a contingência tomaria parte de seu processo de viver, e suas singulares particularidades deveriam adequar-se ao gênero humano universal denominado humanidade.

No âmbito da saúde, a Bioética surge em meados do século XX, como uma proposta laica para compreender e procurar saídas consensuais, com base em argumentos racionais e razoáveis, para as ações humanas cotidianas e seus efeitos advindos da árvore genealógica da civilização moderna, uma vez que o palco da saúde pública das sociedades que optaram pelo capitalismo como modelo de organização social carregara-se de conflitos éticos. Conflitos que poderiam ser pensados como produto da impossibilidade de se negar a contingência e da dinâmica relacional entre o desejo e a necessidade, entre a insaciável falta e a concretude.

O presente artigo surge no âmbito de um estudo realizado na Região *Lazio*, Itália, sobre autonomia e solidariedade com inúmeros desdobramentos. Advém do desejo dos sujeitos de pesquisa em expressar como uma necessidade as fragilidades que permeiam, no contexto atual neoliberal, suas inter-relações com o Estado, mercado da indústria farmacêutica e sociedade.

Na visão lacaniana, o desejo “*tem uma ausência de fundo*” (ABBAGNANO, 2007, p. 283); é falta, é desejo de outro desejo, é transcendência e ele para permanecer vivo pede para ser vivido na linguagem, diferentemente da necessidade que se realiza no campo do real condicionada a um estado de dependência. Assim, o homem deseja o que lhe falta e necessita de elementos concretos para viver, dentre eles, o trabalho, que é “*o homem mesmo, o seu modo específico de ser e de fazer-se homem (...) a própria realização ou produção de sua vida*” (Idem, 2007, p. 1149).

Os médicos de família, na delimitação deste estudo, expressaram o desejo de mostrar como uma necessidade a tenuidade que permeia, no contexto atual, as condições “ser” médico de família e “fazer” a medicina de família. Essa “falta” expressa como uma necessidade parece carregar a representação da tendência humana em aproximar o desejo da necessidade, no afã de fazer da vida um contínuo movimento de superação em busca de satisfação. Nessa lógica, os conflitos éticos também poderiam ser pensados como um produto que emerge desse ideal de aproximação, ou seja, dessa dinâmica relacional imaginária.

Frente à complexidade deste objeto, e considerando as múltiplas dimensões envolvidas em um contínuo processo de construção, desconstrução e reconstrução da vida, elege-se como marco referencial para este estudo a bioética cotidiana – referencial da ética aplicada comprometido com as questões humanas que permeiam as relações cotidianas em seus respectivos contextos sociais.

O PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo empírico, de cunho qualitativo e caráter exploratório-descritivo realizado em 2007, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Brasil, sob o número 213/07 e realizado em consonância com as determinações da Resolução CNS 196/96⁶¹.

⁶¹ <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196de96.doc>

Os sujeitos de pesquisa foram médicos de família conveniados ao Serviço Sanitário Nacional (SSN), Região *Lazio*-Itália, graduados em medicina entre 1975 e 2000. O processo de solicitação e autorização em nível institucional, bem como a seleção dos participantes, deu-se por meio de gestores distritais dessa região – diretores sanitários. O anonimato dos sujeitos foi garantido pelo uso de codinomes de cineastas italianos, construtores e seguidores do neo-realismo.

A coleta de dados processou-se mediante entrevistas semi-estruturadas gravadas em áudio e observações registradas em diário de campo, além de levantamento de documentos pertinentes ao processo de trabalho dessa categoria médica. As entrevistas foram realizadas com liberdade para que os profissionais pudessem agregar à pergunta norteadora “Qual a sua percepção sobre as inter-relações estabelecidas em seu processo de trabalho com o Estado, mercado e sociedade no contexto atual?” todo e qualquer conteúdo desejado.

A análise de dados foi conduzida pela Análise de Conteúdo de Bardin (1977). Após a organização do material procedeu-se a leitura para apreender os núcleos dos sentidos que continham significados ao objeto proposto. Esses núcleos foram recortados em temas que se constituíram em unidades de registro, as quais tratadas e codificadas resultaram em conflitos éticos agrupados em duas categorias de análise, como observado no quadro abaixo:

Quadro 1 – Categorias de análise e respectivas unidades de registro

Categoria 1 – Conflitos éticos gerados pelo modelo de organização da atenção em saúde do SSN	Categoria 2 – Conflitos éticos gerados pela ideologia de mercado
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de (des) valia; • Médico como instrumento do Estado; • Fraturas éticas • Dissonância entre “ser” médico de família e “fazer” medicina de família • Conflito de interesses entre os domínios público e privado; • Insatisfação com a política de fármacos do SSN; • Responsabilização do SSN pela limitação em exercer uma “medicina de bem”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade para materializar a terapêutica como oportuna • Dissonância entre “ser” médico de família e “fazer” medicina de família • Estratégia sedutora instituída por representantes de laboratório; • Mídia como geradora de uma representação social coletiva de nova demanda; • Responsabilização da sociedade pela limitação em se exercer uma “medicina de bem”; • Responsabilização da sociedade pelo desperdício e abusos causados ao SNN.

DESCORTINANDO E DISCUTINDO OS CONFLITOS ÉTICOS NO PROCESSO DE TRABALHO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA À LUZ DA BIOÉTICA COTIDIANA

Um conflito ético examinado na primeira categoria – **Conflitos éticos gerados pelo modelo de organização da atenção em saúde do Serviço Sanitário Nacional (SSN)** – refere-se ao sentimento de desvalia exteriorizado pelos médicos de família em relação à percepção da não priorização da Atenção Primária por parte do SSN, conforme depoimento:

(...) “se eu visse a minha profissão em relação ao SSN, decidiria imediatamente pela aposentadoria, não a exerceria mais (...) aliado à mentalidade atual, o SSN se interessa somente por dinheiro” (ANTONIONI).

Vê-se, com base nesse relato, que a Atenção Primária, uma das conquistas da Reforma Sanitária 78, realizada por uma ampla mobilização de movimentos sociais organizados e articulados ideológico-politicamente, com vistas a uma nova consciência sanitária (BERLINGUER, 1988), não foi priorizada pelo SSN.

Segundo Cavicchi (2005), diante da grave crise financeira vivida pelo SSN na década de 90, o Estado distanciara-se dos objetivos reais da Reforma Sanitária e optara por um modelo de gestão sanitária, *aziendalizzazione*, configurado sobre o imediatismo de conceber a garantia do direito à saúde à dependência de redução de custos, em uma perspectiva benevolente, na conquista de eficiência e *appropriatezza*.

Ao optar por medidas políticas estruturais conservadoras, o Estado Italiano promoveu um esvaziamento cultural do ideário reformista de 78, alterando substancialmente o processo de construção do SSN. Dito de outra forma, o novo modelo de gestão sanitária velou as possibilidades de um descortinar as limitações para a materialização dos ideais da Reforma e desaguou em um rompimento da relação necessidades-recursos com pesados danos sociais e éticos (Idem, 2005).

Desse modo, é provável que a não materialização desse ideário reformista tenha construído uma representação no imaginário de médicos de família de um sentimento de desvalorização, fomentado pela priorização da medicina hospitalar em detrimento da medicina de família.

Confirmando essa observação, também foi possível apreender que para o SSN os médicos de família constituem um instrumento para a histórica necessidade de contenção de despesas, como revelado por um entrevistado:

(...) “recebemos uma carta antipática, ameaçadora do SSN (...) se não respeitássemos o teto de despesa sofreríamos sanções, mas antes da tal carta ninguém sonhou em nos dizer qual era realmente esse teto (...) não trabalhamos com serenidade (...) estamos continuamente sob o controle do SSN” (CASTELLANI).

Em consonância com esse depoimento, pode-se inferir que o Estado, ao conceber os médicos de família como instrumento para enfrentar o déficit sanitário da Região *Lazio*, desconstrói a exigência ética fundamental de que as pessoas devem ser tratadas, não como coisas, mas como pessoas; não como um meio, mas como um fim, pois *“tudo que existe (...) e sobre o que se tenha algum poder, podemos utilizar como simples meio; somente o homem, e com ele, toda criatura racional é um fim em si”* (KANT, 2006, p.97). Assim, a relação será ética, se estabelecida entre as partes quando todos se reconhecerem como iguais no que se refere à dignidade.

Chama atenção fraturas éticas internalizadas nesses profissionais quanto ao reconhecimento de seu papel perante o SSN. Embora um entrevistado tenha relatado não se sentir menor diante de especialistas, a maior parte mostra uma outra percepção:

(...) “sofro um pouco por me sentir abaixo de médicos não de família; na estrutura hierárquica, o hospital vem primeiro” (ZAVATTINI).

Esse relato sinaliza a emergência de outro sentimento negativo constitutivo do exercício da prática da medicina de família: o de pequenez diante do SSN em relação aos médicos que atuam em hospitais.

Parece que o Estado não considera a dimensão qualitativa que existe no produto gerado pela medicina de família, cujo resultado é altamente relevante na materialização do direito à saúde. Nas palavras de Mapelli (1999), é muito difícil atribuir e identificar um valor a esse componente do cuidado. Ao lado da necessidade de reduzir custos em uma conjuntura sanitária cada vez mais cara, pautada em uma receita engessada e estreita, seria, ao menos, razoável relevar a existência de custos humanos, negada no depoimento:

(...) “sofremos pressão (...) somos frequentemente o ponto de descarga da necessidade de reduzir as despesas” (TORNATORE).

Uma das razões para tal arduidade é que o sistema sanitário construído em sociedades ocidentais apresenta limitações para estabelecer os diálogos necessários nas esferas de governo, sobretudo diálogos políticos, em virtude das limitações estruturais existentes em modelos de organização neoliberal, e da pluralidade cultural na composição dos níveis de governo. Desse modo, as relações são processadas em um cenário de complexidade (MASI, 1998).

O modelo – *aziendalizzazione* – foi implementado mediante a *Reforma De Lorenzo Garavaglia*⁶², ao mesmo tempo em que os acordos coletivos de sindicatos nacionais italianos decidiram pela privatização da medicina de família. Os médicos de família deixaram de ser médicos municipais e passaram a ser médicos conveniados ao Serviço Sanitário Nacional, e os vencimentos foram estabelecidos mediante cota *per capita* sobre um teto limite de cidadãos (ITÁLIA, 2007 a).

Diante dos depoimentos, observou-se que esse modelo acordado com os sindicatos da categoria apresenta limitações para responder com adequação ao desempenho de uma prática satisfatória, sugerindo um repensar o modelo para a Atenção Primária por parte de médicos de família e Estado, por meio de seus intelectuais orgânicos ou de novos intelectuais.

Na compreensão da bioética cotidiana, balizamentos éticos e disponibilidade poderiam se constituir em instrumentos para a materialização do Estado laico e democrático, um Estado comprometido com os direitos humanos, pluralidade ideológica e finalidades comuns, no qual uma única moral conduziria o processo de viver da sociedade; um Estado hegemonicamente comprometido com a qualidade de vida de sua sociedade; um Estado construído coletivamente (BERLINGUER, 2004).

Embora a maior parte dos sujeitos de pesquisa tenha manifestado um desencanto com relação à postura do SSN para com a prática da Atenção Primária, foi demonstrado um movimento de resistência fruto da satisfação em “ser” médico “de” família, expresso nos relatos:

(...) “*me agrada muito poder estabelecer uma relação estreita com um menino e depois (re) encontrá-lo no consultório casado e com filhos*” (FELINI).

Esses depoimentos mostram movimentos de resistência às limitações impostas pelo Estado, haja vista a não transformação do sentido auto-atribuído ao

⁶² Reforma que deságua no modelo de gestão sanitária *aziendalizzazione* e que abre as portas ao sistema privado, o qual passa a ser um grande parceiro do Estado (ITÁLIA 2007b).

cuidado e a permanência desses profissionais (especialistas) no exercício dessa prática. Contudo, revela também uma tendência em se adaptarem ao cenário a eles imputado, e também por eles construído:

(...) “é cheio de diretor contra diretor, administrador contra administrador e nesse processo eu abandonei a mim mesma (...) estou muito insatisfeita” (PASOLINI).

Retomando a bioética cotidiana, viver pressupõe responsabilização político-social e enfrentamento ao mal-estar inerente à vida. Nesse sentido, optar por compor com o SSN um sistema normativo com a finalidade de fazer emergir uma reconstrução orgânica de gestão pautada na priorização também da Atenção Primária, ainda que permeado de conflitos de valores, poderia levar a uma (re) significação do processo de trabalho dessa categoria profissional (BERLINGUER, 2004).

Conflito de interesses entre o domínio público e privado também se fez notar como um problema ético identificado nos discursos dos médicos de família italiano, como revelado no relato:

(...) “há quinze anos, o nosso sindicato fez um estudo (...) dentre cem liras gastas pelo SSN, oitenta e quatro concentravam-se no hospital e dezesseis ficavam no território (...) o governo deveria incrementar os recursos do território e dar a gestão a quem conhece o território. E que médico conhece mais o território que o de família? Mas o problema é que o médico de família está sempre subordinado a diretores sanitários” (CASTELLANI).

Esse relato mostra duas leituras possíveis: por um lado, o entrevistado pode estar sugerindo a descentralização da Atenção Primária, e por outro é provável que esteja conferindo à medicina de família – categoria autônoma e conveniada ao SSN – a gestão desse nível de atenção.

Essa flutuação entre domínio público e domínio privado é alimentada pelo modelo hegemônico de organização econômica neoliberal, o qual ordena o momento no qual o público deve se afastar das ações para não limitar a harmonia das relações privadas (SILVA, 2006). Em outras palavras, o neoliberalismo promulga o tamanho que o público deve ter diante dos interesses do domínio privado e sua soberania fomenta conflitos de interesses.

Outro conflito ético apontado refere-se à limitação imposta pela política de fármacos à prática da medicina de família. Alguns medicamentos autorizados aos especialistas não podem ser prescritos pelos médicos de família, como segue no depoimento:

(...) “se eu desse um inibidor de bomba protônica a um paciente meu com gastrite forte, a dor passaria e eu lhe estaria proporcionando um bem (...) ao meu paciente eu devo dizer você deve comprar o medicamento (...) estarei economizando para o SSN” (PASOLINI).

Essa face da política de fármacos nega ao médico o pleno exercício profissional e nega também o direito do sujeito à terapêutica devida. Ao prescrever um medicamento sem que o sistema disponibilize o acesso ao mesmo, como também ao optar por outra terapêutica com o fito de seguir as normativas impostas pelo Estado, o médico de família está desrespeitando a si mesmo e negando ao sujeito o seu direito à saúde.

Todavia, há uma outra face nessa política de fármacos. Sem um consenso entre o Estado e os médicos de família de responsabilização ético-social, a liberação de medicamentos para terapêuticas não específicas pode gerar uso desenfreado.

Em consonância com essa possibilidade, é provável que a progressão da evolução tecnológica esteja limitando a adequação dos médicos de família à nova política de fármacos. Cosmacini (2005) aponta que, continuamente, a indústria cria fármacos extraordinários e tecnologias de alta resolubilidade, com potenciais sedutores outrora inimagináveis, capazes de distanciar os médicos da percepção de que os pacientes continuam dirigindo-se aos consultórios para tratar problemas com demandas na mesma frequência como há cinquenta anos atrás.

Examinando os conflitos éticos nessa primeira categoria – conflitos éticos vividos pelos médicos de família em resposta aos diferentes modelos de organização da atenção em saúde do SSN – observa-se que eles se entrecruzam com os conflitos apreendidos na segunda categoria de análise – **os conflitos éticos gerados pela ideologia de “mercado”**.

Um conflito examinado se refere à dificuldade do médico em materializar a escolha terapêutica reconhecida como oportuna diante das novas exigências sociais.

Observa-se que da condição de resistir ou ceder frente às pressões impostas ao processo de trabalho com o propósito de sustentar ou re-significar as escolhas percebidas coerentes, esse profissional deslocou-se a partir da década de 80, ápice do fortalecimento da hegemonia neoliberal nos países desenvolvidos, para a condição de aceitar a imposição de escolhas não adequadas e não oportunas:

(...) *“há uma má política sanitária, mas há também uma má sociedade de usuários (...) as pessoas (...) dizem ah, o meu vizinho tinha uma dor e fez uma ressonância. Eu também quero. Em três anos, perdi 150 mutuários porque não prescrevia aquilo que não via como adequado e necessário” (PASOLINI).*

Esse conflito parece advir da transformação estrutural ocorrida nas sociedades ocidentais, as quais seduzidas pelo modelo neoliberal geraram um aumento nas exigências sociais e conferiram à saúde um significativo mercadológico:

(...) *“se você minimamente lhe diz, escuta, espera um pouco pra fazer exames, vamos tentar tal tratamento antes, vem entre você e o paciente um muro (...) a saúde virou um mercado onde muitos lucram bastante” (CASTELLANI).*

Percebe-se, como resultado dessa dissonância, entre a percepção da terapêutica justa e oportuna e aquela exigida pelas novas exigências sociais, um conflito ético entre “ser” médico de família e “fazer” medicina de família:

(...) *“a minha relação com o paciente é tão profunda que, às vezes, para lhe fornecer o porto arrisco ao invés de enviá-lo ao especialista (...) com a medicina de família perdi um pouco a minha alegria e a capacidade de conceder-me momentos de descontração” (PUCCINI).*

Revisitando Foucault (2005), foi observado que há um princípio imperativo expresso como um ideal ético, configurado a partir da cultura grega, que deveria ser buscado pelo homem no seu contínuo processo de viver: o cuidar-se de si. O depoimento acima revela disponibilidade do médico de família para que o paciente se aproprie de seu cuidado, mas também expressa efeitos no processo de viver do médico de família.

Esse mal-estar poderia ser amenizado se o médico de família compartilhasse-o, por exemplo, com um colega, o qual teria a possibilidade de cumprir um dever, já que o cuidado de si são *“os cuidados que se tem com o cuidado que os outros devem ter consigo mesmos”*, propiciando, dessa forma, positivities individuais e coletivas, dentre elas, relações potencializadas e não solitárias (Ibidem, 2005. p. 58).

Outro forte conflito ético observado foi o poder de sedução exercido pelos representantes de laboratório no exercício da medicina de família. Esses profissionais estão presentes diariamente nos consultórios para garantir seus produtos no mercado, e para tal, utilizam de diferentes medidas, inclusive coercitivas:

(...) *“os mais novos tentam nos pressionar (...) chegam e dizem (...) ah, a molécula que produz a outra empresa não é tão boa como a nossa (...) eles precisam entender que*

medicina não significa prescrição (...) alguns computadores ganhamos de presente das indústrias farmacêuticas” (CASTELLANI).

Esse depoimento demonstra a forte pressão exercida pela indústria farmacêutica no exercício da medicina de família. Ao relatar a necessidade de os representantes de laboratórios entenderem que a medicina, nesse nível de atenção, não é prescritiva, o médico de família sinaliza a consciência de que a sua prática está conectada com um conceito ampliado de saúde.

Porém, se assim o faz, é porque o mercado da indústria farmacêutica, utilizando-se de seu poder sedutor, tenta esvaziar o peculiar modelo de atenção e fazer dessa medicina uma fonte de lucro aos seus próprios interesses. Contudo, a força desse mercado, em sociedades hegemônicas neoliberais, encontra-se em nível macro, pois advém do espaço a ele concedido pelo Estado, o qual, por sua vez, legitima-se pela sociedade.

Uma sociedade que, um dia, acatara as escolhas dos autores da modernidade como doutrina estrutural; conivente, portanto, com o sentido mercadológico de saúde, e que, na contemporaneidade, sofre os efeitos dessa reverência, dentre eles, o incremento de insaciáveis necessidades sociais como um recurso de negação da contingência (BAUMAN, 1999).

A maior parte dos entrevistados mencionou o papel da mídia como um recurso de difusão de conceitos neoliberais. Esse veículo publicitário, ao se difundir na cultura ocidental, parece deter uma autoridade capaz de construir uma representação social coletiva e autônoma gerando um conflito ético como fruto de uma nova ordem de demanda social:

(...) “com frequência, vêm ao consultório para nos fazer uma proposta terapêutica ou diagnóstica que às vezes não advém de um mal-estar, de uma indisposição ou de uma doença, mas simplesmente porque ouviu na televisão (...) se recusamos viramos inimigos” (ROSSELINI). .

Com base nesse relato, foi possível entender que a mídia se coloca como um terceiro sujeito no espaço quase sagrado de relação entre médico de família e sujeito. Embora esse veículo publicitário contemple o direito à informação e produza bens, é inegável a sua capacidade, na condição de “filha” desse modelo de mercado, de traçar o desejo do homem. Jonas (apud SIQUEIRA; PROTA; ZANCANARO, 2000, p.120), cita que, para Heidegger, o espírito ocidental é dotado de “*vontade de ilimitado poder sobre o mundo das coisas, decisão esta que se converteu em seu destino*”.

Essa influência do modelo ideológico de mercado gera indiretamente um outro conflito: a sociedade é responsabilizada por alguns médicos de família por impedir o exercício de uma medicina “de bem”:

(...) *“eu me agarrei a esse trabalho com um grande entusiasmo, mas a maturidade me fez perceber que quem faz a medicina de bem não pode pagar as despesas de casa”* (PASOLINI).

Hans Jonas, ao descrever analiticamente a relação entre meios e fins na tecnologia moderna, observa que esse processo é estabelecido por meio de uma relação dialética, uma vez que a invenção de uma tecnologia gerada para dar respostas para uma necessidade gera novas necessidades, até então inexistentes, pelo simples fato de ter sido criada (Idem, 2000).

Alguns depoimentos mostram a responsabilização da sociedade pelos desperdícios e abusos causados ao SSN:

(...) *“Como não se paga o ticket no pronto-socorro, os pacientes aproveitam a fresca das noites de verão, passam a noite lá e fazem todos os exames gratuitamente (...) a sociedade desperdiça para o sistema (...) 80% de pronto-socorros não são pronto-socorros”* (PASOLINI).

Consultando a *Gazzetta Ufficiale*, vê-se que o Estado italiano decidira mediante o Decreto Legislativo 28/04/89 e posteriores modificações por um modelo de co-participação da sociedade – ticket – para integrar o financiamento do SSN e garantir, dessa forma, a gratuidade às consultas e exames solicitados nas diversas especialidades, exames requeridos pela medicina de família e despesa farmacêutica àqueles vistos pelo Estado com direito à isenção e aos de baixa renda; uma política, portanto dirigida à equidade (ITÁLIA 2007 b).

Segundo a Lei Orçamentária 2007, os atendimentos realizados nos pronto-socorros não seguidos de internação são isentos de pagamento de ticket e ofertados gratuitamente por meio de um código branco, em consonância, portanto, com o depoimento (ITÁLIA, 2008 a).

Todavia, compartilhando do pensamento de Cosmacini (2005), essa responsabilização mencionada pelo médico de família pode ser lida como uma deficiência na organização do SSN até porque uma vez concedido esse benefício ele passa a ser, ao contrário de benevolente, um direito do cidadão enquanto pagador de impostos, como relatou um dos entrevistados ao reportar-se ao seu “paciente”:

(...) *“você paga, eu pago, sua mãe paga, sua avó paga, todos nós pagamos” (DE ROBERTIS).*

Diante dos relatos apreendidos neste recorte, nota-se que o sistema neoliberal ao “condenar” o homem ao engessamento e cristalização de potencialidades, alimenta historicamente conflitos éticos e induz à construção de um novo sujeito social. Esse novo sujeito poder-se-ia nomear “uma nova construção humana neoliberal” impulsionada por um processo de (a) sujeição político-social e reinvenção de necessidades, construído por um poder outorgado às sociedades capitalistas, até então, inatingível chamado mercado.

Embora os médicos de família, os representantes da sociedade no SSN e a sociedade sejam sujeitos político-sociais, o que se observa nesta análise é uma sujeição desses seres ao novo sujeito reinventado pelo neoliberalismo.

A maior parte dos entrevistados responsabiliza diretamente o Estado e a ideologia de mercado e indiretamente a sociedade pelos conflitos éticos que circunscrevem a sua prática e justificam esses conflitos com argumentos claros e coerentes, expressando com sentimentos a complexidade do exercício da profissão no contexto atual.

Um entrevistado expressou o desejo de exercer uma medicina “de bem”. Ao expressar o desejo em exercer uma medicina de “bem”, esse médico aponta limitações na materialização dessa medicina, sugerindo a existência de uma outra face de prática médica que poderia ser a fonte geradora das referidas limitações. Com base na construção desse olhar de “medicina de bem” se pode pensar a outra face, talvez uma medicina “de mal”, provavelmente aquela construída pela hegemonia de “mercado” cujo eixo nuclear é constituir um imperativo categórico embasado na transformação da humanidade em mercadoria. Um mercado que encanta o Estado com o seu pátrio-poder de reinvenção de um novo sujeito – consumidor – e com o seu discurso de salvador de finanças.

Retomando a bioética cotidiana, não se articular para transformar o cenário percebido como socialmente insalubre em um cenário saudável e justo capaz de propiciar uma convivência responsável para com “o eu e para com o eu e o outro” que possa contemplar os mesmos atores é limitar a busca de um horizonte comum e possível que todos poderiam alcançar (BERLINGUER, 2000).

CONSIDERAÇÕES

Na delimitação deste estudo, os médicos de família revelam duas linhas de reconhecimento de conflitos éticos que se entrecruzam nas relações vividas em seus processos de trabalho.

Em uma primeira linha, a maior parte aponta para um *gap* nas relações entre Estado e a categoria; em um segundo momento, médicos de família revelam a pressão exercida diretamente pelo Estado e pela ideologia de mercado e indiretamente pela sociedade no exercício da medicina de família.

Foi possível apreender que esses profissionais, embora se esforcem para evitar o escoamento de suas potencialidades por meio de movimentos de resistência, deparam-se em seus processos de produção com uma força que parece transcender as suas aptidões. Uma força que se apresenta como uma sombra sobre o real da prática da medicina de família: a organização econômica neoliberal.

O neoliberalismo, ao promover a união estável entre Estado e mercado, constrói cotidianamente uma nova ordem social. Uma nova ordem que limita (embora não impeça) movimentos de luta com vistas ao fortalecimento individual e coletivo na perspectiva de mostrar ser mais fácil adaptar-se às condições dadas e aos descaminhos impostos a serem seguidos, ainda que com dor.

Essa nova ordem social legitima uma nova sociedade a qual é representada por um Estado apartado de qualquer reminiscência daquele interpretado por Platão em “República” (apud ABBAGNANO, 2007):

“um homem se reúne com outro homem em vista de uma necessidade, e com outro homem em vista de outra necessidade, e quando essa multiplicidade de homens se reúne no mesmo local, vários homens que se associam para se ajudar, damos a essa sociedade o nome de Estado”. (PLATÃO apud ABBAGNANO, 2007):

O modelo ideológico do Estado Italiano, assim como os demais Estados neoliberais, apresenta limitações no arranjo de sua superestrutura que obstaculizam a efetiva composição entre seus atores sociais. O diálogo político parece flutuar na esfera do desejo de alguns e na representação ilusória e alienação de outros. Passados trinta anos da conquista social da Reforma Sanitária 78, percebe-se o distanciamento entre o ideário desse movimento e as escolhas políticas explicitadas na materialidade. A ordem social para garantir o direito à saúde, ou seja, para produzir saúde é: “*devemos atuar no*

déficit sanitário do Lazio, reduzindo as despesas e evitando o desperdício” (CASTELLANI).

Os médicos de família, exercendo suas atividades nesse cenário de poderio neoliberal, mostram fragilidades e fendas promotoras de um distanciamento entre as dimensões em “ser” médico de família e “fazer” medicina de família. A grande maioria expressa com prazer uma real satisfação em “ser” médico de família e com desencanto o “fazer medicina de família” no contexto atual.

Esse desencanto em “fazer medicina de família” é alimentado por um sentimento de marginalidade com relação à posição ocupada, para o SSN, pelos médicos especialistas e os que exercem suas práticas em hospitais. Esse sentimento oscila entre movimentos de resistência e concessão, os quais podem interferir sobremaneira no exercício de uma prática pautada no bem-estar social, no bem-estar de si mesmo e do sujeito posicionado à sua frente, como também na tão desejada “eficácia” pelo SSN.

Refletindo o processo de viver, percebe-se que o sentimento de marginalidade detém positivities já que impulsiona crescimento ao estimular a criatividade e ações transformadoras. Nessa lógica, parece provável que esse sentimento gerado pela indiferença do SSN estimule a preservação dessa prática da mesma forma que a Escola Médica Polonesa mostrou ao mundo, em 1920, uma notória concepção de medicina em razão da marginalidade em que se encontrava, e da distância que separava as suas aspirações profissionais das possibilidades práticas de realização (LOWY, 1990).

Contudo, pode-se pensar que os conflitos éticos poderiam ser pulverizados ou minimizados pela maximização de comprometimento ético para com a própria vida e para com a vida do outro como também de comprometimento político. Esses profissionais poderiam usar o espaço de cuidado também como um espaço de construção, de luta, de educação política entre seus pares e demais sujeitos. Desse modo, estariam lutando contra o “novo ser inventado pelo modelo neoliberal” com vistas a lançar sementes para uma consciência crítica coletiva que pudesse vislumbrar um processo de mudança.

Na perspectiva de lançar uma nova hegemonia, seus intelectuais orgânicos poderiam, em consenso com o Estado, refletir os efeitos causados pela sombra do neoliberalismo na política do SSN, pensar a responsabilidade político-social como um dever moral e, ao mesmo tempo, vislumbrar um horizonte comum a ser

alcançado por meio de disponibilidade interna e união coletiva. Desse modo, poder-se-ia lançar, no interior dessa nova hegemonia, um imperativo ético norteador ao enfrentamento de fragilidades e fendas, elementos constitutivos das inter-relações, aproximando, assim, o “ser” e o “fazer” na prática da médica de família.

Além disso, poderia ser gerado um ambiente facilitador de positivities: satisfação pessoal e, conseqüentemente, profissional; percepção de cumprimento do dever ético na condição de sujeitos político-sociais; estímulo para mostrar ao SSN que a medicina de família “é” uma área de atenção em saúde cujo produto sanitário, em um sistema efetivamente comprometido com o direito à saúde, é prioritário e exige dignidade; fortalecimento para enfrentar a face perversa do mercado; reconhecimento social e, especialmente, entusiasmo para “fazer” medicina de família e sentir-se exercendo “a sua prática médica”, cujo processo histórico é um exemplo ao mundo. Aquela de pessoa para pessoa e entre pessoas, na qual a “pílula mágica” (ROSSELINI) é o encontro. De almas unidas e não (como relata PASOLINI) “de almas perdidas”. Comprometida historicamente com o cuidado. Construída na delicadeza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 2007. p. 1210

BAUMAN, Z. *Modernidade e Ambivalência*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1999. 297 p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1977. 223 p.

BERLINGUER, G. **Bioética Cotidiana**. Tradução de Lavínia Bozzo Aguilar Porciúncula. Brasília: Ed. Unb, 2004. 280 p.

BERLINGUER G. Equidade, Qualidade E Bem-Estar Futuro. In: Garrafa V. & Costa S., Organizadores. **Bioética** no Século XXI. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2000. 160 p.

BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S.F.; CAMPOS, G.W.S. **Reforma Sanitária Itália E Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1988, 207 p.

CAVICCHI, I. **La Sanità. Un Libro Bianco Per Discutere**. Bari: Dédalo, 2005. 333 p.

COSMACINI, G. **Soria della Medicina e della Sanità in Italia**. Roma: Laterza, 2005. 630 p.

FOUCAULT, M. **História Da Sexualidade 3. O Cuidado de Si**. 8 ed. São Paulo: Graal, 2005. 246 p.

ITÁLIA _____2007a *Riforma De Lorenzo Garavaglia*. Disponível em : <<http://www.pmlt.it/riformasanitaria.html>>. Acesso em 17 de setembro de 2007.

ITÁLIA _____2007b *Gazzetta Ufficiale, 1989*. Disponível em: <<http://www.gazzettaufficiale.it/index2.jsp>>. Acesso em: 10 de outubro de 2007.

ITÁLIA, _____2008a *Finanziaria 2007*. Disponível em: <http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?id=367&sub=6&lang=it>. Acesso em 09 de abril de 2008.

KANT, I. **Crítica da Razão Prática**. São Paulo: Martin Claret Ed., 2006, p. 82-99.

LÖWY, L. **The Polish School of Philosophy of Medicine**. From Tytus Chalubinski (1820-1889) to Ludwik Fleck (1896-1961). Compiled, translated and Introductions by Löwy, L. Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers, 1990. p. 1-19; 121-154.

MAPELLI, V. **Il Sistema Sanitario Italiano**. Bologna: Il Mulino, 1999, 179 p.

MASI, M. *Ética, Sistema Sanitario e Risorse*. **Comitato Nazionale per la Bioetica**. Roma: Ed. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'informazione e l'editoria, 1998. p. 5-44.

SILVA, G.G.A. Uma Abordagem da Antinomia Público X Privado: Descortinando Relações para a Saúde Coletiva. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.10, n.19jan/jun 2006. , p. 7-24.

SIQUEIRA, J.E.; PROTA, L.; ZANCANARO, L. (Org.) **Bioética: Estudos E Reflexões**. Londrina: Ed. UEL, 2000 316 p.

ARTIGO CIENTÍFICO II

**A SOLIDARIEDADE NA MEDICINA DE FAMÍLIANO BRASIL E NA ITÁLIA:
REFLETINDO QUESTÕES ÉTICAS E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS**

A SOLIDARIEDADE NA MEDICINA DE FAMÍLIA NO BRASIL E NA ITÁLIA: REFLETINDO QUESTÕES ÉTICAS E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima⁶³

Marta Inez Machado Verdi⁶⁴

RESUMO: Este estudo ocupa-se de refletir a solidariedade na prática da medicina de família em duas realidades, Brasil e Itália, na perspectiva de buscá-la, como um princípio ético na relação entre médico de família e sujeito. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, realizada em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, e na Província de Roma, Região *Lazio*, Itália, com quatorze (14) médicos de família brasileiros e (15) médicos de família italianos. Sob o referencial teórico da teoria de poder simbólico de Pierre Bourdieu, os resultados mostraram a importância do papel do médico de família na materialização deste princípio ético, enquanto porta-voz autorizado pelo saber científico e agente de uma política de Estado. A solidariedade foi apreendida, neste recorte, sob distintos domínios; as produções discursivas também expressaram a negação da solidariedade nesta prática; e em nível macro, a globalização revelou-se um desafio contemporâneo para o exercício ético e solidário da medicina de família.

PALAVRAS-CHAVES: solidariedade; medicina de família; Brasil; Itália.

⁶³ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública; Universidade Federal de Santa Catarina; Especialista em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais; Rua: Francisco Vieira, 567, Bairro: Morro das Pedras – Florianópolis/Santa Catarina, Cep: 88066-010. Brasil. rcgslima@terra.com.br

⁶⁴ Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/Università degli Studi di Roma La Sapienza, Vice Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Professora Adjunto do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, End: rua Laurindo Januário da Silveira, nº5125 casa 6, Lagoa da Conceição, CEP 88.062-201, Florianópolis, SC, email: verdi@mbox1.ufsc.br

SOLIDARITY IN FAMILY MEDICINE IN BRAZIL AND IN ITALY: REFLECTING ABOUT ETHICS ISSUES AND CONTEMPORARY CHALLENGES

ABSTRACT: The study is concerned with reflecting solidarity in the practice of family medicine in two realities, namely Brazil and Italy. The intention is to look for solidarity as an ethical principle in the relationship between the family doctor and the subject. It is a descriptive exploratory research, which was carried out in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil and, in the Province of Rome, *Lazio* Region, Italy. The study included fourteen (14) Brazilian family doctors and fifteen (15) Italian family doctors. The theoretical framework consisted of Pierre Bourdieu's theory of Symbolic Power. The results obtained show the importance of the role of the family doctor in the materialization of such ethical principle as a spokesman of scientific knowledge and as an agent of a State politic. The solidarity was understood in the present study within distinct domains and the discursive productions also demonstrated that negation of solidarity in such practice. Within a macro level, globalization showed to be a contemporary challenge for the ethical and solidary practice of family medicine.

KEY-WORDS: solidarity; family medicine; Brazil; Italy.

LA SOLIDARIDAD EN LA MEDICINA DE FAMILIA EN BRASIL E ITÁLIA: REFLEXIONANDO SOBRE CUESTIONES ÉTICAS Y DESAFIOS CONTEMPORÁNEOS

RESUMEN: Este estudio se ocupa de reflexionar sobre la solidaridad en la práctica de la medicina de familia en dos realidades, Brasil y Italia. Analiza a solidaridad como un principio ético que articula la relación entre el médico de familia y los sujetos con los que se relaciona. Se trata de una pesquisa exploratorio-descriptiva, realizada en Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, y en la Provincia de Roma, Región *Lazio*, Italia, con catorce (14) médicos de familia brasileños y (15) médicos de familia italianos. Fue utilizado como referencial teórico la teoría de poder simbólico de Pierre Bourdieu, los resultados mostraron la importancia del papel del médico de familia en la materialización de ese principio ético, como portavoz autorizado por su saber científico y como agente de una política de Estado. La solidaridad fue analizada bajo distintos aspectos; las producciones discursivas también expresaron la negación de la solidaridad en esa práctica; y en un nivel "macro", la globalización se reveló como el gran desafío contemporáneo para posibilitar el ejercicio ético y solidario de la medicina de familia.

PALABRAS-CLAVE: solidaridad; medicina de familia; Brasil; Itália.

INTRODUÇÃO

O debate contemporâneo sobre solidariedade apresenta-se voltado para um vasto universo de concepções e representações advindas de distintos sujeitos, individual e coletivo, e distintas produções discursivas.

Nesse presente artigo, a solidariedade será analisada como um princípio ético norteador da relação entre médico de família e sujeito⁶⁵, quando essa relação é processada no domínio da liberdade, e será pensada em uma dimensão moral para uma prática ética no campo da medicina de família.

Entendendo o espaço social em que se dá a relação entre médico de família e sujeito como um espaço de igualdade de sujeitos e um espaço de diferenças no qual um dos sujeitos é um agente social autorizado pelo saber científico para participar do processo de cuidado daquele que a ele se dirige em condições de vulnerabilidade, essa reflexão parte da proposição de que a materialização desse campo social de interações simbólicas como um espaço solidário depende das especificidades das relações de poder e dos efeitos de biopoder.

O estudo de Pierre Bourdieu (1996) sobre as trocas lingüísticas, relações de comunicação que se estabelecem especialmente sob relações de poder simbólico, trouxe expressiva contribuição para a análise da realidade social, de ações e práticas sociais, e corrobora, portanto, esta reflexão. Parte da premissa de que há um produtor dotado de um capital lingüístico, um consumidor (mercado) com capacidade para gerar um lucro em dimensões simbólicas e materiais, e um valor adquirido na relação produtor-mercado que depende das relações de poder estabelecidas a partir da competência lingüística do produtor (locutor).

Nessa lógica sociofilosófica, os discursos carregam atributos simbólicos que oficializam o reconhecimento de uma dada classe de agentes, e a autorização para falar com autoridade, para usar as palavras em construções performativas, ou seja, para ser legitimado como um mercado autorizado depende do grau de oficialidade concedido pela competência lingüística. As condições para que o discurso seja produzido dependem de contingências quanto à oferta do mercado (saber científico), bem como da demanda discursiva produzida e da capacidade de percebê-la (Idem, 1996).

⁶⁵ *Sub-jectum*, o que resulta da relação [e] do corpo a corpo entre viventes e dispositivos (AGAMBEN apud SCHRAMM, 2007).

Contextualizando para o encontro médico de família e sujeito, pode-se inferir que uma vez oficial o mercado lingüístico dos médicos de família, haja vista o aval a ele concedido pela competência lingüística (instituição saber) e pelo reconhecimento coletivo de seu capital simbólico, esses profissionais detêm a autoridade de enunciar e divulgar seus discursos na qualidade de porta-vozes autorizados. São agentes sociais cujas práticas lingüísticas dispõem de recursos que podem dar conta, desde que disponibilizados, de gerar estratégias concretas e simbólicas para uma prática médica solidária.

O médico de família, no uso de suas disposições discursivas, pode gerar positivities no despertar do capital simbólico do sujeito, fortalecendo seus valores e respeitando seu direito de estabelecer novas normas para ancorar a saúde que deseja restabelecer para si (CANGUILHEM, 2006). Desse modo, a prática seria delineada, não no domínio da necessidade, mas no domínio da liberdade. Uma prática ética e dialógica. Uma prática solidária.

Caponi (2000. p. 44) coaduna desse pensamento ao conceber a solidariedade, em sua dimensão moral, como “*um dos princípios éticos mais desejáveis*” fundamentado no respeito à autonomia, na admiração, na disposição simétrica entre sujeitos morais e materializado por meio de palavras, linguagem, diálogo, argumentação e disponibilidade (CAPONI, 2000). A representação de que “*o eu e o outro tiveram a mesma experiência*” (SENNETT, 2003. p. 62).

Ao percorrer o processo histórico da prática médica (COSMACINI, 2005; CAPONI, 2000), percebe-se que, ao contrário dessa prática dialógica sobre o domínio da liberdade, a prática hegemônica é de um modelo relacional percebido ao longo da história como desigual, sustentado provavelmente pela representação do sujeito ser passivo, ser “paciente”, e reconhecer o médico como uma autoridade detentora de um saber soberano, de um saber que prescinde o saber do sujeito.

Essa reflexão será realizada em duas sociedades globais, democráticas, complexas e distintas em seus Índices de Desenvolvimento Humano (IDH)⁶⁶, Brasil e Itália, com o propósito de compreender se esse princípio ético – solidariedade – está inserido no contorno das relações simbólicas dessa prática, e se inserido, conhecer o modo como essa inserção se processa e a influência de capital cultural.

⁶⁶ Itália ocupa a 20ª posição no *ranking* mundial de IDH e Brasil a 70ª posição (BRASIL, 2008).

Esses Estados Nacionais estão em processo de reorganização da Atenção Primária; temporalmente distanciados em seus processos históricos de saúde pública, mas ideologicamente aproximados, no século XX, em movimentos de restrição de liberdade (Estado Fascista e Estado Novo), e em movimentos de clamor por liberdade (Reformas Sanitárias); e irmanados biopoliticamente, no século XXI, por meio de similar política de prevenção ao risco.

Ponderadas essas similaridades, distanciamentos e distintos efeitos de biopoder em uma sociedade globalizada desenvolvida (Itália), e em uma sociedade globalizada em desenvolvimento (Brasil), a análise do campo social médico de família e sujeito, do ponto de vista ético, sustenta-se, não isoladamente, mas a partir desses efeitos.

BREVE RETROSPECTIVA DA BIOPOLÍTICA NA ITÁLIA E NO BRASIL

O Estado Italiano detém um reconhecimento histórico mundial no que concerne às primeiras ações realizadas no campo da saúde pública. Os primeiros construtores de instalações sanitárias, aquedutos e sistemas de esgotos e de banhos foram os romanos, no período em que conquistaram o mundo mediterrâneo (ROSEN, 2006).

As primeiras medidas de desinfecção pública foram adotadas ao final do século XIII para o enfrentamento do primeiro episódio de peste negra. Organicamente, a saúde pública emergiu, na Itália, no século XV, período de transição do mundo feudal para a idade moderna, em um cenário de novos episódios de peste negra. Nos séculos XVI e XVII, o país enfrentou epidemias urbanas; adentrou o século XVIII imerso em doenças da pobreza e do progresso e viveu, após sua unificação no século XIX, a primeira reforma sanitária, por meio da qual o país conseguiu melhorar efetivamente a saúde dos italianos, uma vez que associara a medicina social ao aporte científico da bacteriologia (COSMACINI, 2005).

Na emergência do século XX, defrontou-se com a primeira guerra mundial, intitulada “a última epidemia” e com o fascismo. Nesse regime, eclodiu a política sanitária higienista de Mussolini que apresentara ao país uma política preventiva centralizada e voltada para a desinfecção pública. As epidemias se faziam

ainda presentes e com a segunda guerra, “a mãe das revoluções”, o país viu-se assolado por endemias urbanas (Idem, 2005).

Reconstruiu-se após a segunda guerra, conquistou inúmeras reformas sanitárias, entre elas, a Reforma Sanitária 78, da qual nascera o Serviço Sanitário Nacional (SSN) cuja proposta central era a de consolidar o direito à saúde de modo universal. A emergência desse serviço público italiano ocorrera sob o véu de insurgência de um novo dispositivo de biopolítica nas sociedades democráticas, segundo Berlinguer (1997), utópico: Saúde para todos no ano 2000.

Com a Reforma Sanitária *De Lorenzo-Garavaglia*, em 1992, a Itália passou a adotar um novo modelo de gestão sanitária, com vistas à regionalização, sob o comando de diretores gerais, sanitários e administrativos, e conjuntamente a esta proposta, a medicina de família, na representação de seus sindicatos, decidira pela medicina privada. O médico de família, anteriormente servidor público municipal, passou a ser um profissional liberal conveniado ao Serviço Sanitário Nacional. (ITALIA, 1992). O país emerge no século XXI munido de um outro dispositivo biopolítico: a prevenção ao risco, e o Plano Sanitário Nacional, elaborado para o biênio 2006-2008, comprometera-se com a reorganização da Atenção Primária.

Já no Brasil, essa trajetória histórica iniciara no século XX, período da Primeira República, no qual emergiram as primeiras políticas de saúde pública, instituídas em um cenário de grandes transformações sociais e econômicas direcionado para uma política de modernização e inserção do modo de produção capitalista: a reforma do porto do Rio de Janeiro com vistas à adequação necessária para estabelecer relações sólidas com países interessados em estabelecer relações comerciais com o Brasil; a reforma urbana para mostrar-se belo, ainda que para tal conquista desconsiderasse as diferenças sociais, e a reforma sanitária higienista para vencer as epidemias e, por conseguinte, transformar sua imagem e garantir a continuidade da política de exportação do café, carro-chefe da economia nacional (VERDI, 2002).

Não obstante emergirem efeitos benéficos para o contexto sanitário brasileiro, os custos desses dispositivos biopolíticos eram altos: o modo de fazer a política sanitária era autoritário, havia ausência de comprometimento para com a liberdade de escolha e a política sanitária era desconectada de valores essenciais internalizados historicamente pela sociedade brasileira, marcada por profundas desigualdades sociais (Idem, 2002).

Esse modelo de controle estatal da saúde pública, a prevenção, manteve sua hegemonia ao longo de todo processo histórico da saúde pública brasileira.

No Estado Novo a Saúde Pública brasileira fora institucionalizada para dar forma a um sistema centralizado e fundamentado no fascismo (ARRETCHE, 2005); após a segunda guerra mundial, as condições sociais se agravaram e emergiram inúmeras doenças de massas.

Nesse cenário pós-guerra, os EUA decidiram lançar uma política externa para a América Latina que desaguara na emergência da Medicina Preventiva no Brasil, que se manteve por duas décadas (TAMBELLINI apud AROUCA, 2003). Em 1960, o Brasil enfrentou uma crise no sistema previdenciário, instituído após a segunda guerra, que impulsionou a assistência médica individual.

Nos anos 70, o Brasil vivera seu “milagre econômico”, resultando em êxodo rural e conseqüente marginalização da saúde. Diante o cenário insustentável ditatorial, movimentos na academia impulsionaram a prática médica, até então desenhada sobre o controle da prevenção, para uma prática médica social.

Esse movimento foi o embrião da grande mobilização social para a conquista de Reforma Sanitária, na década de 80, reforma esta influenciada pela Reforma Sanitária italiana de 1978. Com o final da ditadura, iniciou-se a Nova República. A Assembléia Nacional Constituinte convocou a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, para discutir uma nova proposta de saúde, aprovada na Constituição de 1988.

Nasceu o SUS e, com ele, a garantia universal do direito à saúde. Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família, com o fito de reorganizar a Atenção Primária. Em 2006, diante da expansão desse programa, a Atenção Primária tornou-se uma política de Estado, na qual o médico de família é um agente social.

O PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo empírico, de abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo realizado em 2007.

Os sujeitos de pesquisa foram quatorze (14) médicos de família atuantes em Florianópolis, Brasil, e quinze (15) médicos de família atuantes na Província de Roma, Itália, selecionados mediante a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de

Florianópolis, Brasil, e de Diretores Sanitários do Serviço Sanitário Nacional, Província de Roma, Itália.

Utilizou-se para a coleta de dados entrevistas semi-estruturadas e observações registradas em diário de campo. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), resultando em duas temáticas categorias: **O porta-voz autorizado e a relação autoritária – especificidades das relações de poder e Solidariedade na prática da medicina de família – entre ser solidário em diferentes domínios e não ser solidário.** Garantiu-se o anonimato dos sujeitos brasileiros pelo uso de codinomes dos membros formadores do Clube da Esquina, movimento cultural mineiro eclodido na década de 60, e o anonimato dos sujeitos italianos por meio de codinomes de cineastas formadores e seguidores do Neo-Realismo Italiano.

Este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC sob o número 213/07 e seguiu as determinações da Resolução CNS 196/96.

O PORTA-VOZ AUTORIZADO E A RELAÇÃO AUTORITÁRIA – ESPECIFICIDADES DAS RELAÇÕES DE PODER.

A análise dos dados italianos e brasileiros revelou que a interação entre médico de família e sujeito é ancorada em dois modelos de prática: uma prática vertical, construída sob uma relação autoritária entre médico de família e “paciente” e uma prática construída com base em uma relação entre dois agentes sociais na qual o médico de família, na qualidade de porta-voz autorizado, reconhece o sujeito como agente de seu processo de cuidado.

Na Itália, alguns entrevistados expressaram uma prática autoritária de cuidado, embora tenha sido também apreendido que essa prática prioriza a escuta dirigida e o vínculo, historicamente construídos na saúde pública italiana. Notou-se, com base nesses depoimentos, que o desenho do cuidado é delimitado pela pré-ocupação da medicina de família em priorizar a prevenção ao risco. Esses enunciados mostraram que os “pacientes são empoderados” para cuidarem de si com base na responsabilização sobre a prevenção de riscos.

(...) *“eles participam sim (...) seguem tudo que eu lhes digo (...) confiam cegamente em tudo que digo” (VISCONTI).*

Refletindo sobre essa realidade com base na bioética da proteção (SCHRAMM, 2007), a questão colocada requer visibilidade e discussão sobre os limites desse dispositivo de prevenção ao risco, na biopolítica contemporânea, no que tange à sua legitimidade e a privacidade do cidadão sobre o seu direito de escolher o cuidado de si. Cabe relevar que na delimitação deste estudo, a prevenção ao risco está sendo pensada sobre uma realidade que não envolve terceiros.

Contudo, para a bioética da proteção (SCHRAMM, 2007), essa relação vertical assumiria um outro formato, em sua dimensão moral

“se esta decisão é fruto de uma interação entre médico e paciente, ambos competentes cognitivamente e moralmente, e se o paciente confiar no saber-fazer médico, pode ser moralmente aceitável, embora numa sociedade de autênticos indivíduos, as decisões sobre suas vidas deveriam ser tomadas pessoalmente.” (SCHRAMM, 2007, p. 3)

Diante do exposto, foi observado que, na ausência de um pacto entre as partes, o sujeito estaria desrespeitado em sua autonomia, privado de fazer suas escolhas com liberdade, de atuar como protagonista do cuidado que deseja para si. Seu cuidado estaria em mãos paternalistas, decidido pelo saber médico.

Reportando-se a um dos domínios da genealogia de Foucault, o poder, observa-se que as relações sociais como espaços de poder, como campo social da vida humana, no qual os cidadãos agem sobre os outros, são dotadas de potencialidades, dentre estas, capacidade de transformação e, também, de negatividades (MACHADO apud FOUCAULT, 2007). A relação autoritária entre médico de família e “paciente” não pactuada é a expressão da concepção negativa de poder, já que o médico de família intervém no cuidado, não “do sujeito”, mas “para o paciente”. Uma relação, portanto, moralmente questionável.

No Brasil, também foi revelada uma prática autoritária para o cuidado fundamentada na priorização à prevenção ao risco, expressando a responsabilização para com a mudança de hábitos e de estilo de vida como um eixo relevante para alcançar, remetendo a Schramm (Trabalho não publicado), “a qualidade de vida global”, conforme a assertiva abaixo:

(...) “a gente tem que engajar a família toda no estilo de vida saudável (...) eu sempre falo que a gente pode juntos tentar uma saída (...) ele é responsável pelo tratamento como eu” (FERNANDO).

Essa política toma um outro sentido na realidade brasileira, uma vez que a demanda societária difere sobremaneira da italiana. O expressivo distanciamento de IDH, entre o Brasil e a Itália, traduz o significado de tempo e espaço em cada uma dessas realidades. Em países de terceiro mundo (Brasil), a vida globalizada se processa em um espaço comprimido pelo tempo, e em países de primeiro mundo (Itália), à vida global importa não o espaço, mas o tempo, já que esse mundo está cada vez mais livre de fronteiras (BAUMAN, 1999a).

Essa configuração do processo de viver em distintas sociedades globais demonstra que as condições dadas aos usuários do SUS e aos usuários do SSN para se movimentarem em busca da qualidade de vida que desejam para si não são simétricas. Ao contrário, são desiguais e assimétricas, pois, enquanto a sociedade italiana é dona de seu tempo, a sociedade brasileira parece ocupar um espaço acorrentado por um tempo sem pertencimento. Um tempo que limita seus movimentos. Um tempo que obstaculiza sua capacidade de entendimento, no que tange ao seu cuidado como um direito de cidadania. Um tempo produtor de tantas mazelas capaz de provavelmente induzir a percepção de que é mais fácil escolher pela relação vertical e pela menoridade:

(...) “eu tento dar autonomia pro paciente, dele tentar ele mesmo buscar seu tratamento, mas nem sempre isso é possível” (...) (BITUCA).

Contudo, ambos os países também demonstraram um modelo de prática não paternalista, mas libertadora. Na qualidade de porta-vozes autorizados e legitimados pela competência lingüística e pelo reconhecimento da sociedade, relatos italianos expressam o exercício da autoridade na construção do cuidado do Outro, a partir do que esse Outro deseja para si, como revela o depoimento:

(...) “o senso que dou ao meu trabalho é um senso de aproximação global à integridade do indivíduo (...) eu não amaria nunca ser tutor” (PUCCINI).

Médicos de família brasileiros também revelaram abertura para fazerem das relações de poder uma ferramenta de transformação, com vistas a uma prática libertadora. Foi possível apreender que a prática da medicina de família brasileira está

paulatinamente construindo uma prática dialógica, abrindo possibilidades para uma prática integrada, comprometida com o acolhimento e com a escuta qualificada, embora com base na responsabilização do “paciente” e na prevenção ao risco.

O eixo principal desse novo modelo parece emergir das propostas instituídas pelo Estado Brasileiro a partir do Programa de Saúde da Família em 1994, ainda que alguns relatos tenham expressado valores intrínsecos e histórias de vida como determinantes na eleição de um modelo de atenção vivido entre dois sujeitos morais, como demonstra o relato a seguir:

(...) *“quando entrei na faculdade, a medicina de família me encantou, me pareceu mais bonito (...) como aquela que pensava quando levava minha avó ao médico”* (...) (MARILTON).

SOLIDARIEDADE NA PRÁTICA DA MEDICINA DE FAMÍLIA: ENTRE SER SOLIDÁRIO EM DIFERENTES DOMÍNIOS E NÃO SER SOLIDÁRIO.

Nesta categoria, são discutidos os domínios da necessidade e da liberdade, a partir das concepções dos sujeitos de pesquisa sobre solidariedade e da idéia de prática solidária, bem como a negação da solidariedade na prática da medicina de família.

Na tentativa de classificar essas visões de solidariedade em dois domínios, é importante que se traga para esta discussão a concepção de compaixão. A compaixão estrutura-se com base em um dispositivo singular de poder construído sobre a serventia e a obediência, desaguando em relações verticais, *“entre quem assiste e quem é assistido”* (CAPONI, 2000. p. 16), estando, portanto, no domínio da necessidade. A solidariedade, por sua vez, se vivenciada no domínio da liberdade é um princípio ético que traduz disposição para com o respeito à dignidade humana.

Ao perguntar aos médicos de família italianos sobre o sentido de solidariedade na prática da medicina de família emergiram percepções no domínio da necessidade, com base na tecnologia de poder compassivo, no domínio da liberdade, e também como negação na relação entre médico de família e sujeito.

Refletindo a negação da solidariedade na prática da medicina de família italiana, foi entendido que esse princípio é negado por ser compreendido como amizade. Esses profissionais, ao trazerem a amizade para o universo da prática médica, ou seja,

para uma dimensão maior, mostram-se receosos de falharem no diagnóstico e de conduzir o encontro com base em elaborações perigosas, fruto de afetos primários outros, como, por exemplo, “*fique tranquilo, não é nada*” (BERTOLUCCI).

(...) “*a solidariedade é um elemento muito perigoso (...) você perde a lucidez clínica (...) compromete a prática ideal (...) faz você estimar mal*” (...) (BERTOLUCCI).

Ao se reportarem sobre experiências clínicas para justificar a negação da solidariedade nessa prática, esses médicos colocam essa negação como o recurso para preservar o respeito ao Outro e à própria liberdade do Outro. Em outras palavras, compreendendo solidariedade como amizade, ela se torna compassiva e controladora:

(...) “*um grande amigo meu, bem mais velho que eu, meu professor de tênis, com câncer de próstata (...) não queria se curar e eu o controlava em tudo*” (BERTOLUCCI).

Com relação aos sentidos conferidos à solidariedade no domínio da liberdade e da necessidade (como compaixão), alguns conceitos de Foucault (CAPONI, 2000) sobre a relação entre poder e liberdade serão aqui retomados em uma nova aproximação com Cosmacini (2005), na tentativa de compreender a historicidade da solidariedade no domínio da necessidade e as relações de poder que se interpenetram neste domínio.

Em Cosmacini (2005) foram apontados alguns elementos que sinalizam o modo como foi construída a prática médica assistencial na emergência dos hospitais na Itália, no século XIV. Os médicos monárquicos eram médicos cristãos que viam Cristo encarnado nos doentes, e as relações se estabeleciam com base na caridade. Os hospitais eram espaços caridosos gratuitos e funcionavam em uma lógica de promover contenção à humanidade aflita, que sofria com a encarnação de seu Redentor. Em outras palavras, a humanidade era considerada por aquilo que representava.

Em Foucault (apud CAPONI, 2000, p. 16), essa dimensão caridosa demonstrada em relatos é fruto da emergência de “*uma nova modalidade de exercício de poder*”, propiciada pelo modo como foi construída a prática médica assistencial, gerando efeitos questionáveis do ponto de vista bioético, dentre eles, a comumente cristalização da relação entre médico de família e paciente no domínio da necessidade:

(...) *“minha mulher me diz que sou mais padre que médico (...) quem sabe daqui dez anos consigo ser um pouco duro e dizer não é problema meu”* (...) (INGRAO).

Esta representação assimétrica, compaixão para com o outro, parece ter permanecido historicamente no imaginário médico como uma ação moral legítima pelo fato de se apresentar sobre um colorido humanitário. Essa estratégia eclodira sob o véu de uma ação de poder disponível para o Outro (piedosa), nomeada por Foucault como tecnologia pastoral⁶⁷ (CAPONI, 2000).

Corroborando esse pensar, Nietzsche (1981. p. 133) expressa que, na ação caridosa *“pensamos muito mais em nós mesmos que nos outros”*. O eixo da ação se encontra em um mecanismo de projeção para aliviar o próprio mal-estar. Ao agir em benefício do outro, para aliviar o sofrimento alheio, o homem tampona sua própria dor.

Diante do exposto, fez-se notar que a solidariedade apresentada em alguns relatos no domínio da necessidade, corresponde não à solidariedade de fato, mas à caridade piedosa, compaixão, uma entidade que limita a liberdade e que é estruturada em uma dimensão vertical, resultando em relações não simétricas.

A concepção de solidariedade, no domínio da liberdade e como um elemento-chave na relação entre médico de família e sujeito, também apareceu nos relatos. Este direito humano fundamental, a liberdade, é considerada basilar no processo histórico da Saúde Pública Italiana e é um dos princípios inspiradores da consolidação do Serviço Sanitário Nacional. Talvez, por isso, pela sua historicidade, a solidariedade tenha sido apresentada, conceitualmente, de forma expressiva no domínio da liberdade:

(...) *“fundamental na nossa prática (...) fazer falar (...) compartilhar”* (TORNATORE).

(...) *“solidariedade é estar pronto, não é assistencialismo”* (PASOLINI).

Esses depoimentos encontram ressonância na expressiva hegemonia observada nos depoimentos italianos de que a medicina de família estabelece sua prática não com doentes, mas com seres humanos.

Contudo, os discursos revelam um sincronismo incongruente: o reconhecimento da relação solidária no domínio da liberdade foi mostrado por entrevistados sobre um modelo relacional que, em priorizar a prevenção ao risco e a responsabilização do “paciente” sobre seu processo de cuidado, mostra-se autoritário.

⁶⁷ Relação de poder sobre a qual o pastor se responsabiliza pela existência material do seu rebanho como um todo e de cada uma das ovelhas (CAPONI, 2000. p. 53).

Além disso, ao manifestarem a idéia sobre prática solidária com base nas experiências vividas com os sujeitos, os entrevistados se deslocaram do domínio da liberdade e revelaram-na no domínio da necessidade, uma prática “para o paciente”.

O entendimento desse deslocamento parece estar no fato de que nem sempre o homem atua da maneira como defende a sua própria normativa. Dito de outra forma, o homem cria seu guia normativo de valores que devem ser relevados em seu processo de viver, mas isso não significa que sempre esses valores estarão expressos em ações; *“valores se manifestam em ações quando funcionam como um fato fundamentado para explicar os compromissos, objetivos e ações”* (FERNANDEZ, 2004. p. 219).

Os valores coexistem em um campo social de tensões e quando desejos e aspirações superam o terreno do possível, em virtude da ausência de auto-compreensão ou devido à tendência para o conformismo social, são formados *gaps* entre os valores expressos na consciência, articulados em palavras e manifestados em ações (Ibidem, 2004). Essa percepção parece facilitar o entendimento sobre o distanciamento entre conceber a solidariedade no domínio da liberdade e agir no domínio da necessidade.

No contexto brasileiro, a solidariedade foi sinalizada como incerteza sobre a sua existência na prática da medicina de família e, quando revelada como essencial, esteve presente sobre diversos matizes. Ouvir; vínculo; disponibilidade; generosidade; mostrar-se igual ao outro; colocar-se no lugar do outro e flexibilidade foram os mais expressivos; um dentre esses olhares é revelado a seguir.

(...) “é se flexibilizar (...) sair de suas atribuições rígidas (...) se envolver para desenvolver novas formas de cuidado” (SÉRVULO).

Esses relatos demonstraram a emergência de uma prática comprometida com a escuta qualificada e com o vínculo, porém, nem todos se mostraram disponíveis para uma prática solidária construída no domínio da liberdade. Ao aproximar essas concepções sobre solidariedade de exemplos clínicos solicitados, foram observadas várias contradições, representadas no relato abaixo:

(...) “solidariedade é entender a realidade da pessoa (...) um dia veio uma mulher perguntando se eu sabia onde ela podia arrumar um encanador (...) eu falei assim não dá, né (...) tem dias que a gente tá cansada” (SALOMÃO).

O entrevistado expressou um comprometimento para com um conceito ampliado em saúde ao revelar disponibilidade para “entender a realidade da pessoa” e

ao expressar a prática no discurso mostrou-se contraditório. Essa incongruência entre o discurso e a prática foi justificada pela necessidade de a sociedade usuária compreender que há limites a serem considerados na prática da medicina de família.

Resgatando o pensamento de Fernandez (2004) para quem nem sempre os valores eleitos normativamente pelo homem estão presentes em suas ações, e considerando o discurso do médico um enunciado performativo legitimado e dotado de capitais simbólicos, ou seja, de valores, os quais no exercício da medicina de família deveriam estar a serviço do processo de cuidado do sujeito e deveriam estar comprometidos com os princípios doutrinários da Estratégia Saúde da Família, esse uso indevido do enunciado performativo demanda reflexão do ponto de vista ético, pois está para além da contradição per se.

CONSIDERAÇÕES

Os resultados deste estudo mostraram dois eixos sobre os quais repousam a questão da solidariedade no exercício da medicina de família, na Itália e no Brasil.

O primeiro eixo de discussão foi dirigido para o espaço social de interação entre médico de família e sujeito para compreender como a solidariedade está expressa nesse encontro.

Em ambos os países, a solidariedade foi mostrada sobre diferentes contornos. Para alguns médicos, a relação solidária na medicina de família apresenta negatividades, e para outros, positivities.

Para aqueles que a vêem como um dispositivo essencial para essa prática, há os que a concebem na articulação discursiva e em exemplos de prática sobre o domínio da liberdade, na qual o “paciente” é “sujeito”, estando, nessa conduta, respeitada a autonomia do sujeito e a coerência entre o saber-fazer.

Há também aqueles que expressaram uma concepção de solidariedade com base na liberdade, mas ao serem convidados a relatar a idéia de prática no discurso, mostram-na no domínio da necessidade, ou seja, como compaixão.

Alguns entrevistados apontam para a solidariedade no domínio da necessidade, no discurso e na idéia de prática, demonstrando considerar o “paciente”

como “paciente”. E, por fim, também foi revelado dúvidas quanto à existência de solidariedade na prática da medicina de família.

Nestes domínios, da liberdade e da necessidade, está subjacente o modelo relacional estabelecido entre médico de família e sujeito.

A solidariedade sobre o domínio da liberdade foi apresentada por médicos de família, agentes sociais, os quais na qualidade de porta-voz autorizados, autorizados pela competência lingüística e legitimados socialmente, reconhecem, respeitam e fomentam a autonomia do sujeito, as suas preferências, ao mesmo tempo em que distribuem capital cultural.

Conforme já mencionado no IDH de ambos as sociedades, o capital cultural italiano é distinto do capital cultural brasileiro, bem como a conformação de tempo-espaço no processo de viver da sociedade italiana e da sociedade brasileira.

É provável que o baixo capital cultural na maior parte da sociedade brasileira, construída ao longo de um processo histórico marcado pela exclusão social, vele a possibilidade de o “paciente” reconhecer-se sujeito detentor do direito de escolher o cuidado de si.

Esta sociedade enfrenta em seu cotidiano contínuas necessidades emergentes em um cenário cristalizado de necessidades persistentes (GARRAFA; PORTO, 2003) e de ausência temporal de pertencimento, diferentemente da sociedade italiana que tem historicamente reconhecido seu direito de escolha.

Embora esse reconhecimento não confira à sociedade italiana homogeneidade em seu capital cultural, relações sociais simétricas e ausência de mazelas sociais, a prática da medicina de família, no Brasil, demanda um maior investimento pessoal por parte dos médicos de família na “libertação do paciente”, oprimido historicamente em seu espaço de viver.

Com relação aos depoimentos revelados com base na compaixão, os médicos de família brasileiros e italianos mostraram controlar o processo de cuidado do “paciente” em um modelo autoritário de relação, sedimentando, desse modo, a desigualdade historicamente construída de negação do sujeito. Cabe relevar que não foi apontado em depoimentos nenhum pacto entre as partes com vistas a legitimar o médico de família para o controle desse cuidado.

Também se fez presente, na delimitação deste estudo, a relação solidária como um princípio ético inscrito no campo do real, sinalizando, desse modo, que uma

parte dessa prática é fundamentada na horizontalidade e em relações simétricas, dialógicas e argumentativas.

O segundo eixo abarca uma questão essencial e contemporânea, não mais em nível micro de interação entre médico de família e sujeito, mas no universo social de sociedades globais de um modo geral, cujo papel mostrado neste estudo tem repercussões na liberdade de escolha, no respeito à autonomia e na construção de uma prática ética e, portanto, solidária: os efeitos da biopolítica.

A cultura política hegemônica de prevenção ao risco, instituída nas sociedades pluralistas e democráticas, em tempos globais, carrega subjacente à previsão da necessidade de se adotar comportamentos saudáveis e hábitos de vida saudáveis, um dispositivo de controle (biopoder) deflagrador de pouca visibilidade: a limitação no direito do cidadão em decidir sobre seu cuidado, sobre suas novas normas, sobre a representação da doença em sua vida e sobre a sua capacidade de suportar o mal-estar inerente à condição humana.

Essa estratégia de biopoder adentrou o corpo dos sujeitos e de suas vidas e parece estar se deslocando de seu papel protetor aos vulnerados para o papel de interventor em questões garantidas pelo direito e de competência do indivíduo (Schramm, 2007). Vestida sob a roupagem do amparo e controle da ordem, adentra a questões que dizem respeito ao domínio privado, como se essas questões fossem o caos.

Do ponto de vista bioético, essa estratégia de controle estatal ancorada em pressupostos científicos próprios, engessados em uma única lógica, aquela dos “Novos Estados Nacionais Globais”, que determina ao corpo social os caminhos a serem trilhados para se alcançar saúde, controlando-o e ditando-lhe como viver, não é moralmente aceitável em situações em que terceiros não são envolvidos. Seus efeitos atingem, drasticamente, a Atenção Primária, já que resultam de uma política perversa, suficientemente capaz de (re) significar, segundo seus óculos, tentativas de horizontalidade de prática.

Desse modo, pensar o espaço social entre médico de família e sujeito como um espaço solidário, construído por relações simétricas entre dois sujeitos morais “maiores de idade”, em sociedades globalizadas, é um grande desafio para a bioética.

Segundo Bauman (1999 a), a globalização é um processo que fragmenta sob o manto de unir e que condiciona o processo de viver da grande maioria dos cidadãos à imobilização. A possibilidade de movimentação em sociedades globais é estratificada. Os grandes movimentam-se em seu tempo; aos pequenos, resta o

aprisionamento em seus espaços. Em outras palavras, o exercício da liberdade é iníquo, e a menoridade, no contexto deste estudo, pode ser uma opção de conformismo e resignação.

Cabe assinalar que, no Brasil, ante as relações sociais potencialmente assimétricas, essa menoridade seduz a sociedade usuária com maior persuasão, ainda que a classificação da Itália como um país de primeiro mundo, detentora de um IDH privilegiado, não lhe confira imunidade social, haja vista a histórica desigualdade entre as regiões norte e sul.

Os autores do projeto global ampliaram suas fronteiras, construíram seu manual de significados e valores, isentando-o de qualquer ação restritiva, e determinando, ao mesmo tempo, que esse manual normativo estratificasse a condição humana e lhe atribuísse especificidade. A alguns, a liberdade. A outros, a subsunção. Como se a condição humana não fosse única.

Argumentar racional e pragmaticamente essas escolhas e decisões é um desafio bioético contemporâneo. É questionar o que parece inquestionável. É colocar-se a serviço do resgate da alteridade. É ser agente social solidário na Atenção Primária. É, nas palavras de Bauman (1999, p. 249), excluir de uso “*a linguagem do isolamento, da discriminação e da humilhação*”. É sentir que a dor do Outro pode ser, um dia, uma experiência nossa:

(...) eu passei fome e necessidade a vida toda, agora que eu tenho dinheiro pra comprar a minha linguicinha, as coisas que eu gosto, eu não posso (BITUCA).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. IN: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Org). **Saúde e Democracia**. História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 285-306.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70. 1977. p. 223.

BAUMAN, Z, 1999a. **Globalização**. As conseqüências humanas. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. p. 141.

BAUMAN, Z, 1999b. **Modernidade e Ambivalência**. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1999. 297 p.

BERLINGUER, G. **Etica della Salute**. Milano: Il Saggiatore, 1997. p. 126.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas lingüísticas**. São Paulo: Edusp, 1996. 185 p.

BRASIL, 2008. **Desenvolvimento Humano e IDH**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh/>>. Acesso em: 08 de abril de 2008.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. São Paulo : Forense Universitária, 2006. p. 293.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 100.

COSMACINI, G. **Storia della medicina e della sanità in Itália**. Roma: Laterza, 2005. p. 630.

FERNANDEZ, B. P. M. **O Devir das Ciências: Isenção ou Inserção dos Valores Humanos?** 2004. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética da intervenção. **O Mundo da Saúde** – São Paulo, ano 26 v. 26 n. 1 jan/mar. 2002.

ITÁLIA, 1992. **Testo Del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 N.502 Come Modificato Dal Decreto Legislativo**. Disponível em: <http://www2.ing.unipi.it/~o15801/lezioni/Decreto%20Legge%20502-92.htm> >. Acesso em: 07 abr.2008.

MACHADO, R. **Por uma genealogia do poder**. IN: Foucault, M. Microfísica do Poder. São Paulo: Ed. Graal, 2007. p. 295.

NIETZSCHE, F. 1981. **Aurora**. México: Ed. Mexicanos Unidos. p. 133.

ROSEN, G. A Era Bacteriológica e suas conseqüências. **In: ROSEN, G. Uma História da Saúde Pública**. 3 ed. São Paulo : Hucitec, 2006. p. 315-352

SCHRAMM, F. R. **A dupla tarefa da bioética da proteção dos direitos e do estado de exceção**. (Trabalho não Publicado).

SENNETT, R. **Respeito**: a formação do caráter em um mundo desigual. Rio de Janeiro: Record, 2003. p. 298.

TAMBELINI, A.T. Questões Introdutórias: razões, significados, e afetos – expressões do “Dilema Preventivista”, Então e Agora. **IN: AROUCA, S. O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva.** São Paulo: Ed. Unesp, 2003. p. 258.

VERDI, M. I. M. **Da Hausmannização às Cidades Saudáveis**: Rupturas e Continuidades nas Políticas de Saúde e Urbanização na Sociedade Brasileira do Início e do Final do Século XX. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2002

ARTIGO CIENTÍFICO III

**CONCEPÇÕES DE MÉDICOS DE FAMÍLIA BRASILEIROS E ITALIANOS
SOBRE A AUTONOMIA DO SUJEITO: IMPLICAÇÕES ÉTICAS PARA O
CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

CONCEPÇÕES DE MÉDICOS DE FAMÍLIA BRASILEIROS E ITALIANOS SOBRE A AUTONOMIA DO SUJEITO: IMPLICAÇÕES ÉTICAS PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima⁶⁸

Marta Inez Machado Verdi⁶⁹

RESUMO: Pesquisa de campo, exploratório-descritiva, realizada em 2007, em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, e na Província de Roma, Região *Lazio*, Itália, com quatorze (14) médicos de família brasileiros, quinze (15) médicos de família italianos e um (1) Diretor Sanitário do Serviço Sanitário Nacional (SSN), Itália. O objetivo foi analisar as prováveis implicações éticas presentes em produções discursivas de médicos de família acerca do respeito à autonomia do sujeito, em seu processo de cuidados primários, em duas realidades: Brasil e Itália. À luz da Bioética de Proteção, a análise dos dados revelou implicações éticas advindas da influência de distintos modelos de atenção em saúde, de diferentes determinantes de autonomia, do grau de comprometimento do médico de família enquanto agente social de uma política de Estado e, especialmente, do influxo dos efeitos de biopoder da biopolítica contemporânea de prevenção ao risco.

PALAVRAS-CHAVES: autonomia; medicina de família; Brasil; Itália; implicações éticas.

PERSPECTIVE OF BRAZILIAN AND ITALIAN FAMILY DOCTORS AS REGARDS SUBJECT AUTONOMY: ETHICAL IMPLICATIONS FOR PRIMARY HEALTH CARE TAKING

ABSTRACT: The present study is a descriptive exploratory field research carried out in 2007 in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil and in the Province of Rome, *Lazio* Region, Italy, conducted with fourteen (14) Brazilian family doctors, fifteen (15) Italian family doctors and one (1) National Director of Sanitary Services (SSN), Italy. The objective of the study was to analyze the possible ethical implications present in discursive productions of family doctors as regards the respect in relation to subject autonomy in his/her care taking process in two realities: Brazil and Italy. In the light of Protection Bioethics the analysis demonstrated ethical implications deriving from the influence of distinct models of attention in health, of different determinants of autonomy, of the level of engagement of the family doctor as a social agent of a State politic and, mainly of the influx of bio-power effects of contemporary bio-politics of prevention to risks.

KEY-WORDS: autonomy; family medicine; Brazil; Italy; ethical implications.

⁶⁸ Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina; Especialista em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Minas Gerais. rcgslima@terra.com.br

⁶⁹ Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/Università degli Studi di Roma La Sapienza, Vice Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Professora Adjunto do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. verdi@mbx1.ufsc.br

INTRODUÇÃO

O presente estudo propõe conhecer e discutir prováveis implicações éticas advindas de concepções de médicos de família brasileiros e italianos sobre a autonomia do sujeito, em seu processo de cuidado, para fomentar o debate em Cuidados Primários de Saúde.

Os primeiros movimentos para o cuidado com a saúde do corpo do indivíduo emergiram, no século XVIII, como um efeito da política médica desenvolvida em países europeus desenhada para responder à necessidade de proteger o corpo social para o funcionamento da política higienista. Para sistematizar essa forma de cuidado, surgiu a biopolítica de priorização à saúde das famílias, primeira competência de medicalização dos indivíduos, que se estendera por todo século XIX¹.

Conjuntamente a essa transformação do corpo em realidade biopolítica, foi instituída, na Europa, uma medida que concedia poderes ao soberano em suspender a Constituição e tomar decisões que julgasse por bem, em casos de conflitos extremos que colocassem em risco a segurança da sociedade: uma medida provisória, um estado de exceção à regra².

Ambas as estratégias políticas adentraram fortalecidas o século XX. O estado de exceção tornara-se um paradigma de governo, em sociedades globais, e a Declaração de Alma-Ata, resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978 na URSS, determinara o compromisso dos povos em garantir políticas públicas em saúde voltadas para todos no ano 2000, com o enfoque sobre os cuidados primários, em países desenvolvidos e países em desenvolvimento.

Essas condições de âmbito político, somadas à compreensão de saúde como a capacidade do sujeito instituir normas necessárias e desejadas para si em um dado momento, incitam o desejo de buscar a autonomia no Cuidado da Atenção Primária, em duas sociedades, com distintos Índices de Desenvolvimento Humano³, para conhecer, a partir dessas diferenças estruturais, os efeitos da biopolítica contemporânea e do estado de exceção na autonomia do sujeito, em seu cuidado, e as potencialidades e fragilidades na materialização desse princípio ético na Atenção Primária de Saúde.

Do ponto de vista da Bioética da Proteção, as sociedades globais estariam vivendo um contínuo estado de exceção no qual a biopolítica tem-se fundamentado em “*supostas verdades epistêmicas*”, dentre elas, a política de prevenção ao risco ancorada na subsunção^{4:195}.

É esse o cenário, em nível macro, aparentemente não tencionado, no qual está inserido o espaço social de interação entre médico de família e sujeito, em sociedades globalizadas. Um espaço constituído por tensões, relações de poder simbólico, relações de força sob as quais o indivíduo se constitui e o saber é produzido.

Um espaço detentor de potencialidades a ser pensado em bases bioéticas, já que foi construído, ao longo da história, de modo desigual, sob relações não simétricas, distintas em suas potências⁵. Esse modelo de prática vertical pode ter sido fruto do fato de a sociedade ter internalizado que o médico detém um saber soberano e, assim, seu discurso pode ser produzido para o sujeito.

De fato, o médico detém um saber. Não soberano, mas um saber autorizado pela instituição saber, materializado em suas relações e construído a partir das relações de poder. Um saber carregado de qualidades simbólicas coletivas conhecidas e reconhecidas, construído sob relações de força simbólicas, os discursos, com potencial para transformar a realidade.

Essas qualidades simbólicas coletivas são atributos que oficializam o reconhecimento de enunciados performativos médicos, isto é, que oficializam a articulação de palavras em construções performativas. Sob o exercício desse atributo, os médicos de família estariam exercendo o papel de agentes sociais na qualidade de porta-vozes autorizados os quais poderiam gerar estratégias concretas e simbólicas para o enfrentamento à não reprodução do modelo relacional desigual⁶.

Desse modo, o saber do sujeito, um cidadão de direitos, estaria respeitado e o despertar do exigente⁷, daquele que sabe que sabe sobre a sua vida, sobre seu processo de viver e sobre o direito a saúde que lhe convém, seria fomentado.

Essa disposição médica poderia oportunizar ao sujeito novas formas de compreensão para viver autonomamente seu processo de cuidado e ampliar seu universo simbólico com vistas ao surgimento da tecnologia “*de si mesmo*”⁸.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de campo, de abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC sob o número 213/07, realizado em 2007, em conformidade com as determinações da Resolução CNS 196 (1996).

A amostra foi composta por quatorze (14) médicos de família brasileiros atuantes em Florianópolis, Brasil, quinze (15) médicos de família italianos que exercem suas atividades na Província de Roma, Região *Lazio*, Itália, e um (1) diretor sanitário dessa província, escolhidos por meio de sorteio casual.

A coleta de dados processou-se mediante entrevistas semi-estruturadas, gravadas em áudio, obedecendo a um roteiro previamente elaborado, composto por dois (2) casos clínicos e sete (7) questões, para buscar as produções discursivas quanto à concepção de autonomia do sujeito, em seu cuidado, e a idéia de prática.

O diário de campo foi utilizado como um segundo instrumento. Transcritos os depoimentos, os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo⁹, resultando em três temáticas categoriais: **modelo de atenção versus o direito à liberdade de expressão; determinantes da participação do sujeito em seu cuidado; porta-voz autorizado, relação autoritária e prevenção ao risco.**

O anonimato dos sujeitos brasileiros foi garantido por meio de codinomes representantes dos membros formadores do Clube da Esquina, acrescidos da letra B (Brasil), e o anonimato dos sujeitos italianos foi preservado por codinomes de cineastas e seguidores do Neo-Realismo Italiano, acrescidos da letra I (Itália).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira categoria de análise – **Modelo de atenção versus o direito à liberdade de expressão** – refere-se à influência do modelo de atenção na autonomia do sujeito em seu processo de cuidado, e suas relações com a materialização do direito à liberdade de expressão.

Parte de médicos de família brasileiros, ao serem indagados sobre a conduta diante de um sujeito portador de hipertensão e diabetes que, em virtude da perda do trabalho, não compareceu ao retorno agendado pelo médico de família,

demonstraram conduzir o momento clínico sob um modelo de atenção sustentado na lógica biomédica, como revela a assertiva a seguir:

(...) “pediria os exames de rotina que seriam necessários (...) o correto era até encaminhar para uma clínica psiquiátrica” (MARICOTA /B).

Esse relato expressa o estreitamento de horizontes advindo do modelo *flexneriano*, imposto por decreto, em 1964, às Universidades Brasileiras, “*financiado e pensado em conjunto pelo governo dos EUA e pelos militares brasileiros*”^{10:51}, ante o prenúncio de perigo de vigência de democracias contestadoras, politicamente organizadas, e da revolução cubana recém eclodida¹¹. Um modelo centrado na dimensão orgânica, fragmentado e excludente, capaz de gerar uma lógica de enquadramento do cuidado de um sujeito que perdeu o trabalho em um transtorno psiquiátrico, conforme demonstrado.

Uma outra parte de médicos de família brasileiros revelou um modelo de atenção construído sob o paradigma da produção social de saúde, a partir da escuta qualificada:

“Mas que bom! O senhor está aqui agora, fale-me como está a vida, como foi a perda do emprego” (...) (DUCA /B).

A hegemonia do modelo *flexneriano* começou a ser questionada nos primórdios da Reforma Sanitária Brasileira, na década de 70, que ao longo de sua luta buscou mecanismos para garantir saúde aos cidadãos brasileiros, impulsionando a concepção de saúde como produto de relações sociais.

O Programa Saúde da Família, instituído na década de 90, apresentou-se como uma proposta de reorganização da Atenção Primária, mas começou a ganhar corpo a partir da Norma Operacional de Atenção em Saúde 2002, que ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços em saúde¹².

Com a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada em 2006¹³, a partir da qual o Programa Saúde da Família passa ser considerado Estratégia Saúde da Família, emergem pressupostos semelhantes àqueles observados na Reforma Sanitária. Nasce um novo caminho “autorizado institucionalmente” de participação efetiva das

Equipes de Saúde da Família (ESF) no processo de cuidado do sujeito, de sua família e de sua comunidade, e os efeitos na Atenção Básica são visíveis:

(...) “dor é uma coisa séria (...) pode ser uma dor da vida (...) da alma (...) [o usuário] tá precisando ser ouvido (...) o que eu mais faço aqui é brincar que não sou uma oficina de carro” (...) (FERNANDO /B).

Anteriormente a essa proposta institucional, surgira uma outra experiência importante na compreensão da emergência desta prática de atenção ampliada: as residências em Medicina de Família e Comunidade. Contudo, a influência dessa formação na dinâmica deste estudo apresenta especificidades, expostas a seguir.

Nem todos os entrevistados que demonstraram disposição para uma nova prática cursaram a Residência em Medicina de Família e Comunidade; a prioridade à escuta qualificada é também observada na ausência dessa formação médica, da mesma forma que foram sinalizados recuos e dissonâncias entre o discurso e a prática relatada por aqueles que cursaram essa residência.

Foi possível apreender que a escuta qualificada presente nos relatos brasileiros são norteadas, especialmente, pela política proposta pelo Estado Brasileiro para os médicos de família, como algo a ser pensado a partir de um dever, de um compromisso institucional assumido, e autorizado pelo Estado para com a sociedade, uma sociedade marcada por fortes traços de exclusão social e que parece estar sendo reconhecida como detentora de direitos, como revelado por um entrevistado:

(...) “foi tirado esse poder das pessoas [autonomia] (...) é muito culpa nossa da medicina (...) a gente tem que fazer esse tratamento, mas eu queria que você dissesse se você aceita” (TONINHO /B).

Essa inferência, no entanto, não exclui valores intrínsecos e história de vida na regulação da emergência desses novos óculos teóricos em médicos formados em Medicina de Família e Comunidade, como mostra um relato:

(...) “morei em comunidades humildes (...) minha formação foi em escolas públicas (...) tive uma criação muito orientada pro contato com as pessoas” (SÉRVULO /B).

Os depoimentos apreendidos de médicos de família italianos permitiram inferir que os modelos de atenção da medicina de família italiana compartilham

elementos similares àqueles encontrados na prática brasileira, porém estrutural e temporalmente distintos. A lógica biomédica também se faz presente:

(...) *“pediria automaticamente análises sanguíneas para aprofundar (...) o fato físico”* (VISCONTI /I).

Examinando o processo histórico da medicina de família italiana, cujo embrião encontra-se no século XVII, foi notado que essa categoria médica enfrentou movimentos de concessão e resistência frente às transformações exigidas pela modernidade, mas a dimensão antropológico-social coexistiu, ao lado de avanços tecnológicos e científicos, até primeira metade do século XX. Após esse período, a lógica biomédica passou a imperar na atenção em saúde, submetendo o cuidado à dimensão orgânica e farmacológica⁵.

Todavia, a prática embasada na produção social de saúde também se fez presente, em depoimentos italianos:

(...) *“este caso tem motivações existenciais e sócio-familiares mais importantes que médicas (...) há eventos sociais anteriores envolvendo a vida deste paciente (...) precisamos fornecer um ponto de escuta e criar uma nova ocasião de encontro para (re) motivá-lo a manter a esperança”* (PUCCINI /I).

Em ambos os modelos de atenção italianos há um elemento constante: a escuta dirigida. Entendendo por escuta dirigida a disponibilidade para ouvir a demanda do cuidado e o saber do sujeito, e considerando o respeito à liberdade um direito de cidadania historicamente consolidado na Itália, é provável que esse compromisso com a escuta dirigida, ainda que também em uma lógica biomédica, seja resultado da garantia desse direito, conforme relatado por um diretor sanitário e por um médico de família:

(...) *“a liberdade de escolha é um valor fundamental e não pode se submeter”* (...) (DE SICA /I).

(...) *“a liberdade é um direito do cidadão e deve ser um direito para todos (...) eu envolvo o paciente nas escolhas terapêuticas”* (CASTELLANI /I).

O cidadão italiano é um conhecedor de seus direitos, pois, para esta sociedade, *“a exigência de cidadania constitui, hoje, o significado primário de ser”*⁷, de ser exigente, de exigir seu direito^{7:75}.

Essa reflexão encontra ressonância em uma pesquisa, realizada em 2007, pela empresa SWG-Itália, requerida pelo Ministério da Saúde, para aferir o grau de

satisfação da sociedade quanto aos serviços prestados pelos médicos de família. Os dados demonstraram que 78% dos cidadãos italianos do norte da Itália, 76% do centro e 70% do sul estão satisfeitos com os serviços prestados pelos médicos de família italianos; 20% do norte, 23% do centro e 29% do sul não estão satisfeitos e 2% do norte, 1% do centro e 1% do sul disseram não saber¹⁴.

Na segunda categoria de análise – **Determinantes da participação do sujeito em seu cuidado** – alguns sujeitos de pesquisa brasileiros reconheceram, como um determinante da autonomia, o desejo da sociedade usuária em ser autônoma:

(...) “é a minoria que não quer participar da decisão do tratamento (...) eu tento ver com ele saídas (...) sempre tento estimular isso da autonomia da pessoa” (MARILTON /B).

Para outros médicos de família brasileiros, o sujeito deseja se manter “paciente” e, dessa forma, não se apropriar de seu cuidado:

(...) “eles têm muito medo do desconhecido (...) às vezes, brinco, vocês estão vendo alguma bola de cristal na minha frente?” (YÉ /B).

E aqui cabe a questão sobre a possibilidade de o processo sócio-histórico brasileiro influenciar essa escolha pela menoridade. Considerando o forte traço de exclusão social inscrito em grande parte da sociedade brasileira, parece provável que o processo sócio-histórico-cultural do Brasil seja um fator externo que confira a menoridade aos seus usuários e a tutela aos médicos de família.

A questão, nesse contexto, talvez não seja “não querer a maioria, mas um não saber” (baixo capital cultural) que lhes é um direito conferido e, ao mesmo tempo, um dever do médico de família. Talvez essa menoridade seja “mais um preconceito que uma característica marcante do imaginário social do Brasil, inclusive na Atenção Básica, ainda que exista”¹⁵.

Esse possível desconhecimento do direito de se apropriar de seu cuidado, também se fez notar como um determinante, como revelado a seguir por um entrevistado:

(...) “eles têm vergonha porque, às vezes, nem sabem falar, têm que medir as palavras” (WAGNER / B).

Parte da amostra brasileira revelou a disponibilidade do médico de família, em fomentar a autonomia do sujeito, como um determinante desta materialização:

(...) “se você incentivar ele vai querer ter mais autonomia (...) sem passar conhecimento para ele, ele continuará a pedir receita e você vai ser o dono da doença dele” (MÁRCIO /B).

Parece que o espaço social entre médico de família e sujeito estaria se configurando em um espaço de “libertação” para uma prática ética que toma sentido ao revelar o compromisso de cumprimento de um dever para com o direito do outro, já que o relato mostrou disponibilidade do médico de família em fomentar a construção da autonomia do sujeito.

Entretanto, médicos de família brasileiros também revelaram, em depoimentos e em registros de diário de campo, desprazer diante do desejo do sujeito em participar do seu cuidado:

(...) “tem aqueles também que chegam impondo ‘eu quero isso’ (...) dentro de mim, eu realmente não gosto desta atitude” (SALOMÃO /B).

Para uma parte desses profissionais, as relações entre médico de família e sujeito se processam em um espaço historicamente conformado com base em relações verticais. Desse modo, seria natural conceber o sujeito não cidadão, mas passivo, menor de idade, desprovido de sua liberdade para o exercício do seu cuidado, ferido em seus direitos fundamentais.

A necessidade de uma gestão efetivamente comprometida com o cuidado também se revelou um determinante da autonomia do sujeito:

(...) “se eu tiver que atender 20 (...) não dá pra perguntar (...) como vai a sua vida?” (BETO /B).

Nota-se com base nesse depoimento que, embora a Estratégia Saúde da Família (ESF) tenha surgido há quatorze anos sobre uma lógica que elege a família e seu espaço social como um núcleo básico da abordagem da atenção e saúde, a prática, no campo do real, continua ancorada na produtividade, no número de consultas clínicas realizadas.

Considerando que “*uma qualidade de vida razoável para todos e para cada um*” deveria ser garantida pelas políticas públicas, não apenas institucionalmente,

mas no âmbito da materialidade, por meio de responsabilização de seus agentes, dentre eles, o médico de família, foi racionalmente apreendido, no relato acima, a incongruência entre as ações institucionais da ESF do campo do real, bem como o desrespeito ao princípio de dignidade humana¹⁶.

A sociedade usuária do SUS estaria vivendo na Atenção Primária a supressão de seus direitos fundamentais, os efeitos do estado de exceção, em nível individual e em nível coletivo. Diante da necessidade institucional de um número mínimo de produtividade de atendimentos/dia, o sujeito é desrespeitado em seu direito a um encontro digno com o médico de família, ou seja, colocado a mercê da própria sorte; dito de outro modo, desvalorizado.

A ausência de bases materiais também foi mencionada, em relatos de médicos de família brasileiros, como um elemento limitador do exercício da autonomia. Falta de infra-estrutura aparece como um elemento restritivo na materialização de orientações impostas pelos médicos de família, no tocante à necessidade de incorporar o hábito de exercícios físicos regulares, como demonstra um entrevistado:

(...) “eu mando as pacientes fazerem caminhadas (...) e elas dizem “ai, não tem onde caminhar aqui” (...) e eu (...) tem razão, não tem recurso, mas digo que só depende dela, na verdade” (...) (BETO /B).

Nesse relato, foi possível observar uma questão moral triplamente questionável: o médico de família decide autoritariamente pelo sujeito, responsabiliza-o por conseqüências probabilísticas se não optar por um estilo de vida saudável e fomenta a culpa pelo estado de vulneração e ausência de condições infra-estruturais.

Também se fez presente, em falas de médicos de família brasileiros, o forte papel da mídia como determinante da autonomia do sujeito, em seus cuidados primários:

(...)“Ana Maria Braga e Fantástico estão aqui na segunda-feira” (BITUCA /B).

Esse veículo publicitário, conhecido como o quarto poder, ao contrário de eticamente cumprir suas funções sociais, parece pactuar com o mercado tecnológico, adentrar o convívio familiar e vender o “seu” desejo à sociedade para exercer, por meio dessa negociação, o ofício de “construtor de liberdades”. A sociedade, por sua vez, ao desejar o consumo, fruto da opção do projeto moderno¹⁷, internaliza o “menu

sociocultural”^{8:91} ofertado pela mídia como o “desejo dela” e se lança a uma onda compulsiva de exigências e frustrações, a uma saúde “*coercitiva*”^{8:58}.

Os médicos de família italianos, da mesma forma que os brasileiros, apontaram distintos determinantes na materialização da autonomia do sujeito, em seu cuidado. A mídia também se apresenta como um elemento relevante, conforme demonstrado por um entrevistado:

(...) “*se a televisão falou e o vizinho fez a ressonância ah, meu vizinho fez, me dói aqui, eu também quero*” (...) (TORNATORE /I).

Também, na Itália, esse veículo publicitário oferta recursos inovadores em saúde que são traduzidos pela sociedade italiana como um produto necessário e, como tal, devem ser garantidos pelo SSN gerando, desse modo, impacto na Atenção Primária⁵.

Em ambos os países, a sedução impositiva da mídia é reconhecida como uma necessidade, já que, em sociedades globais, “não há escolhas senão escolher – qualquer coisa que seja.”^{8:83}. Porém, cabe aqui mencionar o distanciamento existente entre os modelos societários, brasileiro e italiano. A Itália, segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano 2007 da ONU ocupa a 20ª posição no *ranking* mundial de IDH e o Brasil a 70ª posição³.

Assim, em uma análise de aproximação ao contexto brasileiro, a sociedade italiana pode atuar como agente de consumo, ao contrário da maior parte da sociedade brasileira que, na luta pela sobrevivência, não têm condições dadas para materializá-lo. Essa observação, entretanto, não isenta o setor italiano de responsabilidade moral.

O componente espiritual também foi observado como um determinante da autonomia do cidadão italiano, em seu cuidado:

(...) “*se estão preparados (...) se têm a parte espiritual (...) são capazes de gerenciar a própria vida (...) se os canais estão fechados, a estrada deles passa através de outras experiências*” (BERTOLUCCI /I).

Do ponto de vista da bioética laica, a espiritualidade pode ser pensada desde que o sentido desta seja construído no universo de possibilidades humanas para criar significações não terminantes, mas significações dirigidas para um compartilhamento^{15:163}.

Nessa linha de raciocínio, há um espaço a ser ocupado pela espiritualidade na bioética desde que seja compreendida como em uma dimensão infinita de transcendência. Transcendência horizontal. Uma transcendência entre homens representada pela alteridade. Uma transcendência presente no relato médico apresentado.

Similarmente ao Brasil, a disponibilidade do médico de família italiano em conduzir o cuidado sob o respeito à autonomia do sujeito também se fez notar, segundo a fala a seguir:

(...) “sou um co-participante (...) é o paciente que determina soluções novas para si mesmo” (PUCCINI /I).

Com base nesse relato, foi possível apreender que parte de médicos de família italianos reconhece o direito do sujeito em construir novas normas, em consonância com a saúde que deseja restabelecer para si¹⁹, bem como respeita o direito do outro a ter preferências²⁰ em seu cuidado, um cuidado, portanto, construído sob a relação de alteridade, a qual *“só pode ser acolhida, pois, sem ela, a rigor não existiria nenhuma relação humana”*^{18:164}.

Entre os médicos de família italianos entrevistados, alguns não vêem uma participação ativa do sujeito em seu cuidado. Nesses depoimentos, o sujeito também está representado pela figura de “paciente”, em uma posição regredida pela doença. Provavelmente para esses médicos de família a doença, ao impor limitações à liberdade, condiciona os sujeitos a ocuparem uma posição assentada na menoridade, fragilizando, desse modo, o exercício da autonomia; o depoimento abaixo sugere essa assertiva:

(...) “meus pacientes me seguem, seguem as minhas indicações (...) às vezes, quando não retornam, vou ao encontro deles pra simplesmente conversar” (VISCANTI /I).

Esse relato remete à concepção de que toda existência humana gira em torno do universo infantil. Nessa ótica, o papel do médico de família seria o de trabalhar em relação com o sujeito para que este irradiasse novamente o brilho da infância e o de reconciliá-lo com ser-criança, não por meio de readaptações, mas lhe conferindo a possibilidade de “brincar com”²¹, restituindo-lhe a liberdade.

Também foi levantado, na amostra italiana, o entendimento da realidade como determinante da autonomia do “paciente” em seu cuidado:

(...) *“onde há um mínimo de underground cultural, eu o convido a participar”* (...) (CASTELLANI /I).

Cultura é um termo polissêmico que pode ser pensado em um universo de representações da realidade. Associando a compreensão de capital cultural como bens simbolicamente internalizados por aqueles que detêm os meios (dentre eles, especialmente a escola) para a apropriação dos códigos decifráveis²² da concepção kantiana de cultura como *“a capacidade de escolher seus fins em geral (e, portanto, de ser livre)”*^{23:261}, a cultura pode ser compreendida como um instrumento para a aptidão em ser autônomo; um meio para se alcançar um fim. Cabe assinalar, respeitados os processos históricos e distintas temporalidades, o distanciamento expressivo entre o capital cultural da sociedade brasileira e da sociedade italiana, conforme já mencionado.

A negação da participação do sujeito, em seu cuidado, foi expressa em relatos italianos:

(...) *“o papel do sujeito é muito simples (...) ele deve ser não passivo, mas ativo no sentido de colaborar com as nossas propostas terapêuticas e diagnósticas (...) e não colocar os bastões entre as rotas”* (ZAVATTINI /I).

Em um primeiro momento, essa proposição foi pensada isoladamente como o reflexo de uma atitude médica paternalista, vertical, com base no autoritarismo. Trata-se de uma implicação ética na medida em que desrespeita a autodeterminação. Porém, foi importante considerar toda a linha de raciocínio traçada nessa entrevista para compreender o significado dado à negação referida. Essa negação está vinculada ao contexto contemporâneo italiano, no qual as pessoas

(...) *“não suportam mais ter nenhum tipo de patologia (...) hoje, uma pequena coisa que há vinte anos atrás não representava nada, se torna um problema”* (ZAVATTINI /I).

Desse modo, embora essa assertiva não exima o profissional de uma atitude moralmente questionável por desrespeitar o direito à autonomia do sujeito, observa-se que essa negação está condicionada a questões outras, provavelmente à nova configuração de sociedade, deflagrada pelos “tempos neoliberais”, interpretados na fala, pelos *bastões*.

Uma outra temática extraída dos dados – **Porta-voz autorizado, relação autoritária e prevenção ao risco** – expõe a repercussão do uso da autoridade médica

como um instrumento de cultivo à prevenção ao risco sobre o respeito à autonomia do sujeito.

Em relatos brasileiros, médicos de família se colocam como agentes sociais autoritários, alguns, paradoxalmente, também comprometidos com a escuta qualificada:

(...) “o senhor é pré-diabético e tá numa encruzilhada: ou segue uma mudança de estilo de vida ou vai virar diabético e continuar aqui na minha frente” (...) (BETO /B).

Diante desse relato, foi observado que o exercício da autonomia no cuidado de si, no direito do sujeito buscar o fim proposto para si próprio encontra resistência no fenômeno da verticalidade instituído por médicos de família, com vistas à consolidação da prevenção ao risco.

A prevenção ao risco corresponde a uma ordem instituída pelos pais do projeto moderno. Com as ciências e a tecnologia, o mundo moderno construiu uma “*ordem de tarefas*” para que, a partir desta, pudesse pensar em “*como ser*”, diferentemente daquele homem que “*era*”. Essa ordem nascera da percepção moderna de que a natureza não é ordenada e, como tal, deveria se tornar em algo “*dominado, subordinado, remodelado*” para se adequar às recém necessidades humanas^{20:12-15}.

Um recurso para essa adequação, no âmbito dos cuidados primários de saúde, demonstrado em depoimentos de médicos de família brasileiros, foi o uso indevido da qualidade de porta-voz autorizado pelo saber científico e pelo reconhecimento social. Médicos de família demonstraram que, ao contrário de corroborar a autonomia do sujeito, parecem deslocar-se dessa competência legitimada linguisticamente para uma posição divina de prevenir riscos.

O propósito dessa política de prevenção ao risco, uma estratégia adotada pelos filhos do projeto moderno, é controlar a saúde dos corpos para manter a ordem e, assim, impedir o outro da ordem, o caos. Considerando que toda ordem é nomeada por meio de uma linguagem classificatória e que o estado de exceção, na contemporaneidade, consolidou-se em regra, parece que a sociedade de risco passou a ser classificada pelos Estados Globais como o caos a ser evitado, por meio da subsunção.

E a essa ordem, conformada sobre o propósito de evitar o perigo e garantir o cuidado, não basta a inerente vulnerabilidade sobre a qual todos se encontram. Somados a esta, depositam-se a susceptibilidade, em se tratando de riscos, a

vulneração, em se tratando de danos e a limitação da autonomia sobre o processo de cuidado, como demonstrado no relato médico sobre “um pré-diabético”.

Similarmente à medicina de família brasileira, na delimitação deste estudo, a medicina de família italiana, construída historicamente com base na escuta dirigida e na liberdade de escolha, mostrou-se fundamentada na prevenção ao risco, conforme expressa um entrevistado:

(...) “deve ser consciente do significado de fumar, beber e comer (...) a doença é sua, você deve gerenciá-la e eu lhe digo como” (BERTOLUCCI/B).

Da mesma forma, portanto, que no Brasil, profissionais da medicina de família italiana, ao se apropriarem de sua qualidade de porta-vozes autorizados, enunciam e divulgam seus discursos de modo não autorizável, mas sobre autoritarismo, revelando uma contradição para com uma prática que se mostra comprometida com “*o tecido social*” (BERTOLUCCI).

Ambos os relatos, brasileiros e italianos, revelam que a medicina de família tem se construído sobre propósitos, distante do significado de alteridade e negado na sua contingência.

CONSIDERAÇÕES

Com base na delimitação deste estudo, foi possível apreender que a prática da medicina de família, no campo do real, é hegemonicamente materializada entre as quatro paredes. É nesse espaço social que acontece o maior número de encontros entre os profissionais e sujeitos, pertencentes à sociedade brasileira, usuária do Sistema Único de Saúde e à grande maioria da sociedade italiana, usuária do Serviço Sanitário Nacional.

Um espaço social de exercício de biopoder no qual um dos sujeitos é um porta-voz autorizado pelo saber científico e, desse modo, um potencial agente social, e o outro é aquele que ao primeiro se dirige para o cuidado de si. Um Cuidado exercido na primeira pessoa e que deve ser conduzido com base no respeito à sua autonomia, ainda que também se deva considerar, em virtude de condições socioculturais e materiais, que o sujeito ocupe a posição de minoridade.

Este estudo apontou, em ambas as realidades estudadas, aproximações e distanciamentos nas concepções dos médicos de família quanto à autonomia do sujeito

em seu cuidado. As produções discursivas transitam entre diferentes modelos conceituais de saúde, biomédico e de produção social; distintos modelos de atenção, assistência médica e vigilância em saúde; e heterogeneidade na consolidação de direitos, dentre eles, o direito à liberdade.

Vários determinantes foram apontados pelos médicos para o exercício dessa autonomia, dentre os quais alguns estão na dependência do médico de família como a transcendência horizontal, a racionalidade prática, o respeito ou não respeito à alteridade, a disponibilidade para atuar como agente social como porta-voz autorizado pelo saber científico, o autoritarismo e a negação dessa autonomia. Outros se encontram vinculados ao comprometimento da gestão para com a garantia efetiva dos cuidados primários em saúde.

Com relação àqueles que foram apontados como vinculados à escolha dos sujeitos, foram mencionados: a opção pela menoridade, a condição de menoridade pela ausência de bases materiais, o entendimento da realidade, a presença de capital cultural e o papel da mídia.

Ainda que todas essas temáticas tenham-se mostrado correlatas no exercício da autonomia do sujeito em seu cuidado, a grande limitação da autonomia dos sujeitos brasileiros e italianos é determinada pela cultura de prevenção ao risco, um efeito de biopoder da biopolítica contemporânea adotada historicamente pelas sociedades globalizadas para a manutenção da ordem do corpo social, uma política suficientemente forte e capaz de limitar a materialização da autonomia do sujeito em seu cuidado, na Atenção Primária.

As sociedades estudadas, ainda que temporalmente distanciadas em seus processos históricos do exercício da medicina de família e expressivamente distanciadas em seus Índices de Desenvolvimento Humano, revelaram-se irmanadas, no século XXI, em suas políticas de saúde pública de prevenção ao risco.

Há movimentos de avanços, nas duas realidades, rumo a uma prática que deseja se mostrar comprometida com a autonomia do sujeito em seu cuidado, mas esses movimentos, em sua maioria, mostraram-se submetidos a um movimento maior, a um movimento de recuo ante a necessidade sedimentada pela biopolítica contemporânea de controle dos corpos. Uma biopolítica moralmente questionável, em se tratando de riscos probabilísticos que não envolvam terceiros. Um caminho perverso, deflagrador de saúde, não como liberdade e responsabilidade, mas persecutória⁸.

Essa estratégia de Saúde Pública se apresenta sem dialogar com ambas as sociedades vulneráveis, depositando sobre estas, três novos elementos: a susceptibilidade, a vulneração e a restrição da autonomia do sujeito em seu processo de cuidado. Assim, à luz do comprometimento para com a sua “lógica de ordem”, mostra-se descomprometida com a alteridade.

Sob o manto de *pre-venire* o caos e ancorada em um estado permanente de exceção que subsume as sociedades globais, estaria destruindo a liberdade política, acarretando uma limitação nesse direito fundamental, pilar da autonomia, e obstaculizando o direito do sujeito escolher o seu cuidado, para aqueles que o conhecem, e o direito de conhecer esse direito como um direito de cidadania, para aqueles que não o conhecem.

Foi possível observar que os cuidados primários de saúde, em ambos os Estados Nacionais, possuem duas faces: uma face dotada de positivities representada, dentre outras, pela pré-ocupação para com a reorganização da Atenção Primária, por parte do SUS, na representação da Estratégia Saúde da Família (ESF), e por parte do SSN, na priorização da Atenção Primária no Plano Sanitário Nacional Italiano 2006-2008; e uma face indutora, simbólica e perversamente internalizada no imaginário social como segura e essencial, representada pela “garantia” à saúde, a partir de seu controle pelo Estado, na qual estariam a prevenção ao risco e questões correlatas moralmente questionáveis.

As considerações aqui apresentadas partem de um micro universo e, portanto, não representam o pensamento da medicina de família brasileira e italiana. Assim, não são finais. Simplesmente se desejou abrir um caminho de discussão e contribuir para o desvelamento de infinitos conflitos éticos que se estabelecem, em nível micro e em nível macro, no âmbito da Atenção Primária.

Colaboradores

R. C. G. Souza Lima elaborou os originais do artigo, e M. I. M.

Verdi os revisou.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. São Paulo: Ed Graal; 2007.
- 2 - AGAMBEN, G. Homo Sacer. O poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: Ed UFMG; 2007.
- 3 - BRASIL 2008a. Desenvolvimento Humano e IDH. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh/>>. Acesso em: 08 de abril de 2008.
- 4 - SCHRAMM, F. R. 2006. A Saúde é um Direito ou um Dever? Prolegômenos a uma autocrítica da saúde pública. **Revista Brasileira de Bioética**, 2 (2): 187-200.
- 5 - COSMACINI, G. Storia della medicina e della sanità in Itália. Roma: Laterza; 2005.
- 6 - BOURDIEU, P. A economia das trocas lingüísticas. São Paulo: Edusp; 1996.
- 7 - CAVICCHI, I. Autonomia e Responsabilità. Bari: Ed Dédalo; 2007.
- 8 - CASTIEL. L. D.; DIAZ, C. A. A Saúde Persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007.
- 9 - BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977..
- 10- DA ROS, M. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: Bagrichevsky, M; Palma A.; Estevão, A.; Da Ros, M. A Saúde em debate na Educação Física; 2006. p. 47-65
- 11 - DA ROS, M. 2005. Capítulo 4: Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. PEREIRA, M. J. L.; COELHO, E. B. S.; DA ROS, M. A. Da Proposta à Ação. Currículo Integrado do Curso de Graduação em Medicina da UFSC; 2005. p. 59-80
- 12 – BRASIL. Regionalização da Assistência à Saúde. Aprofundando a descentralização como equidade no acesso. NOAS-SUS 01/02. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/lildbi/docsonline/1/7/371-noas_2002.pdf>. (Acesso em 05 de maio de 2008).
- 13 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 14 - ITÁLIA. La Casa della Salute. Disponível em: <<http://www.salastampa.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=124>>. (Acesso em 10 de abril de 2008).
- 15 - SCHRAMM, F. R. Espiritualidade e bioética: o lugar da transcendência horizontal do ponto de vista de um bioeticista laico e agnóstico. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: 2007: 31 (2): 161-166.
- 16 – SCHRAMM, F. R Bioética sem universalidade? Justificação de uma Bioética

latino-americana e caribenha de proteção. GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. Bases Conceituais da Bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Ed. Gaia, 2006.

17 - BAUMAN, Z. A Globalização. As conseqüências humanas. Rio de Janeiro: Zahar Ed; 1999.

18 - SCHRAMM, F. R. Entrevista eletrônica realizada em 29 de fevereiro de 2008 sobre Autonomia na Atenção Básica (material não publicado)

19 - CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico . Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. São Paulo: Forense Universitária; 2006.

20 - BAUMAN, Z. b Modernidade e Ambivalência. Rio de Janeiro: Zahar Ed; 1999.

21- D'ÉPINAI M. L. **Groddeck: A Doença como Linguagem.** Campinas: Ed. Papyrus, 1988, 165 p. Título Original em Francês: Groddeck ou l'art de déconcerter.

22 - BOURDIEU, P. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva; 2007

23 - ABBAGNANO, N. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 2007. p. 261.

ANEXO 1: PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 213/2007

I – IDENTIFICAÇÃO

Título do projeto: “O discurso de médicos de família sobre autonomia e solidariedade no cuidado; aproximações e distanciamentos entre Brasil e Itália”.

Área: Saúde Coletiva

Pesquisador Responsável: Marta Inez Machado Verdi

Pesquisador Principal: Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

Data da coleta dos dados: agosto a outubro de 2007

Instituição em que será realizado o estudo: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e Serviço Sanitário de Roma (Distrito H)

II – OBJETIVOS

Gerais: Analisar as implicações éticas presentes nos discursos dos médicos de família acerca do respeito à autonomia do sujeito e da solidariedade no seu processo de cuidado.

Específicos: 1. Identificar as concepções dos médicos de família na práxis da atenção básica, em Florianópolis (Brasil) e Roma (Itália), pertinentes ao respeito autonomia do sujeito e da solidariedade no seu processo de cuidado;

2. Discutir as significações presentes para buscar a práxis quanto ao respeito do princípio da autonomia do sujeito e da solidariedade no seu processo de cuidado;

3. Aprender as possíveis implicações éticas relativas ao respeito a autonomia e à solidariedade presentes na práxis dos médicos de família.

III – SUMÁRIO DO PROJETO: Trata-se de um projeto de investigação na linha de pesquisa “Bioética” do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da UFSC (Mestrado). Será desenvolvido com médicos de famílias que atuam na atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e Serviço Sanitário de Roma (Distrito H) e delinea-se como estudo qualitativo exploratório-descritivo. Utilizará a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados, aplicada no local de trabalho dos sujeitos.

IV – COMENTÁRIO: A investigação tem relevância científica e social, inclusive pela relação da problemática bioética ao campo da atenção básica em saúde e das políticas públicas. O foco sobre duas realidades distintas (Brasil e Itália), mas ambas em processo de reorganização da atenção básica, visa contribuir para a discussão de questões éticas pertinentes a prática profissional e a própria organização dos serviços. O tema se insere na linha de atuação e formação profissional dos pesquisadores. O protocolo da pesquisa esclarece adequadamente os procedimentos a serem adotados e contém todos os documentos exigidos pela legislação e necessários para sua análise, inclusive os que se referem a coleta de dados em serviço de saúde estrangeiro. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está adequado (versão bilíngüe).



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

V – PARECER CEP:
(X) aprovado

Parecer:

Tendo em vista o exposto, somos de parecer favorável a aprovação do referido projeto, condicionada a correção do período de coleta de dados para data posterior a esta aprovação.

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, em reunião deste Comitê na data de 10 de setembro de 2007.

Prof. Washington Portela de Souza

Coordenador do CEP

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA MÉDICOS DE FAMÍLIA BRASILEIROS

1-Nome:

2-Unidade Local de Saúde:.....

fone:

email:.....

3-Formação Profissional:

Graduação – local e ano:.....

Medicina de Família – local e ano:.....

Bloco I - Processo de trabalho do médico de família

1- O que você pensa sobre Medicina de Família no Brasil?

2- Qual é o seu horário de trabalho e como esse tempo é dividido entre as atividades na unidade e fora da unidade?

3- Com relação às visitas domiciliares, como são realizadas? Em equipe ou individualmente?

4- Vocês, enquanto equipe, têm o hábito de se reunir pra discutir como a prática está sendo construída com as famílias?

5- Você tem vínculo com alguma associação de medicina de família?

6- Participa de algum grupo de estudo?

7-Quantas famílias compõem a população adscrita sob a sua responsabilidade?

Bloco II – As concepções dos médicos de família acerca da autonomia e solidariedade no processo de cuidado e a *praxis* profissional

Caso clínico 1

Um senhor, com hipertensão e diabetes, se dirige ao seu consultório para controle e relata a seguinte história:

Doutor, eu deveria ter retornado para o controle de hipertensão e diabetes há dois meses atrás, como o senhor (sra) me havia pedido. Eu sei o senhor me disse que devo estar atento e seguir o tratamento com responsabilidade. O problema é que uma semana após a última consulta perdi meu emprego e não tinha vontade de fazer nada. Hoje estou aqui porque a minha mulher me obrigou a vir. Ela está preocupada co.

Qual é a sua atitude diante deste quadro clínico?

Caso clínico 2

Uma senhora de 60 anos chega ao seu consultório pela primeira vez para uma consulta e relata a seguinte história clínica:

Doutor, eu tenho muitas dores musculares por todo o corpo. Preciso das pessoas para fazer tudo; nem banho consigo tomar sozinha. Fiz muitos tratamentos na outra cidade em que morava; já tomei muitos remédios receitados pelo meu antigo médico, mas nenhum resolveu. Cheguei aqui há pouco tempo e desculpe-me se abuso da sua paciência, mas antes de qualquer coisa, eu queria dizer que essas dores estão mudando minha vida. Estou sofrendo tanto que estou vivendo diferente, pensando diferente...

Como conduz este momento clínico?

- 1- Como você nomeia quem se dirige à UBS para atendimento?
- 2- Gostaria que me relatasse como você vê a participação do ()no momento clínico e quais são as potencialidades e dificuldades que você observa nessa participação.
- 3- Caso você concorde que o () deva participar do momento clínico, poderia me descrever uma experiência profissional na qual ele tenha participado da proposta terapêutica?
- 4- Você já vivenciou na sua prática alguma situação onde a problemática da autonomia estava presente? Se sim, poderia relatá-la?
- 5- Como você percebe a solidariedade na prática da medicina de família?
- 6- Poderia me contar um caso clínico da sua experiência profissional onde sua concepção acerca de solidariedade, na prática da medicina de família, se revela?
- 7- Segundo sua visão de mundo, como o médico de família pode ajudar o homem no enfrentamento dos percalços que a vida lhe impõe na contemporaneidade?
- 8- Por que escolheu, dentre todas as áreas médicas, a medicina de família?
- 9- Na sua concepção, no que diz respeito à autonomia e à solidariedade no processo de cuidado do sujeito, há alguma diferença entre a concepção da medicina de família e as demais especialidades? Se sim, poderia apontá-las?

**APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
MÉDICOS DE FAMÍLIA ITALIANOS**

1-Nome:

2-Indirizzo:

.....

Tel.:.....

e-mail:.....

3-Titoli di studio:

Diploma di Laurea ottenuto presso:
nell'anno accademico:.....

Specializzazione in Medicina di Famiglia ottenuta presso:.....
nell'anno accademico:.....

Blocco I - Processo di lavoro del medico di famiglia

1- Lei ha vincoli con qualche associazione di medici di famiglia?

2- Partecipa di qualche gruppo di studio?

3- Esercita la sua attività solamente nel suo ambulatorio o attende anche a domicilio?

4- La popolazione sotto la sua responsabilità è ascritta e corrisponde a quella che vive nei pressi del suo locale di lavoro?

Blocco II – Come i medici di famiglia concepiscono autonomia e solidarietà nel dare attenzione medica e la prassi professionale

Caso clinico 1

Un signore, con ipertensione e diabetes, si dirige al suo ambulatorio medico per un controllo e fa la seguente relazione:

Dottore, io sarei dovuto tornare per controllare l'ipertensione e il diabete due mesi fa, come Lei mi aveva chiesto. Lo so, Lei mi ha detto che devo starmi attento e di seguire il trattamento con responsabilità. Il problema è che la settimana dopo l'ultima visita ' perso il lavoro e non avevo voglia di fare niente. Oggi sono qui perché mia moglie ha obbligato a venire. Lei si preoccupa per me.

Qual è la Sua attitudine davanti a questo quadro clinico?

Caso clinico 2

Una signora arriva al Suo ambulatorio per la prima volta per una visita e descrive la seguente storia clinica:

Dottore, sento molti dolori muscolari in tutto il corpo. Ho bisogno dell'aiuto di qualcuno per fare tutto. Non riesco neanche a farmi il bagno da sola. Ho fatto molti trattamenti nell'altra città dove abitavo; ho già preso molte medicine indicatemi dal mio medico di prima, ma nessuna ha risolto il problema. Sono arrivata qui da poco tempo e mi scusi se abuso della Sua pazienza, ma prima di tutto io Le devo dire che questi dolori si stanno trasformando in dolori psichici e in un modo di vivere diverso. Sto soffrendo così tanto che le mie attitudini e il modo di pensare sono cambiati di molto.

Lei come condurrebbe questo momento clinico?

1- Mi piacerebbe che Lei mi descrivesse come vede il ruolo del soggetto che riceve attenzione medica da Lei, e quali sono le potenzialità e le difficoltà che Lei osserva in questa partecipazione durante la *prassi*.

2- Nel caso che Lei concordi che il soggetto debba essere partecipe dell'attenzione medica a lui diretta, mi potrebbe descrivere un'esperienza professionale in cui il soggetto sia stato partecipe della proposta terapeutica?

3- Come viene percepita da Lei la solidarietà nella *prassi* della medicina di famiglia?

4- Mi potrebbe raccontare un caso clinico della Sua esperienza professionale, in cui la Sua concezione circa la solidarietà, nella *prassi* della medicina di famiglia, si rivela?

5- Secondo Lei come il medico di famiglia potrebbe aiutare l'uomo ad affrontare gli ostacoli che la vita gli impone nella contemporaneità?

6- Perché Lei ha scelto, fra le varie aree della medicina, la medicina di famiglia?

7- Secondo Lei, per quanto riguarda l'autonomia e la solidarietà durante l'attenzione medica ad un soggetto, c'è qualche differenza tra come è concepita nella medicina di famiglia e nelle altre specialità? Se sì, potrebbe indicarmele?

**APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
DIRETORES DO SERVIÇO SANITARIO NACIONAL (SSN)**

- 1- Qual é o papel do médico de família para o Serviço Sanitário Nacional (SSN)?
- 2- Gostaria de saber como funciona o Centro de Atendimento Domiciliar (CAD).
- 3- Todos os médicos de família fazem parte do CAD?
- 4- Há alguma lei italiana que define quem e como se deve garantir o cuidado domiciliar?
- 5- Li sobre o problema do déficit sanitário da Região Lazio e vi que a despesa está fora de controle. Quais são os fatores responsáveis por esta situação?
- 6- Gostaria de saber como o Serviço Sanitário Nacional (SSN) pensa a liberdade de escolha, a qualidade do cuidado e a assistência para todos.
- 7- Gostaria de saber como o Serviço Sanitário Nacional (SSN) pensa equidade, autonomia e a desigualdade entre as Regiões Norte e Sul.
- 8- Uma pergunta feita por Giovanni Berlinguer em um congresso brasileiro: de acordo com o senhor, qual sociedade pode promover uma medicina melhor e qual medicina melhor pode promover uma sociedade melhor?

APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Meu nome é **Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima**. Sou dentista e Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina-Brasil. Sob orientação da Professora Dr^a Marta Inez Machado Verdi, estou desenvolvendo a pesquisa: “**Concepções de médicos de família no Brasil e na Itália sobre autonomia e solidariedade: implicações éticas para o cuidado na Atenção Primária de Saúde**”, com o objetivo de analisar as implicações éticas na práxis dos médicos de família, inseridos no sistema público de saúde, decorrentes de sua concepção sobre o respeito à autonomia dos usuários no seu processo de cuidado e sobre a solidariedade.

Este estudo é necessário porque tem por finalidade levantar informações pertinentes à práxis dos médicos de família no sentido de buscar compreender as questões éticas que perpassam o âmbito das micro-relações entre médico e sujeito-usuário e contribuir para a (re) estruturação da Atenção Básica. Visa, também, relacionar as diferenças e similaridades entre os discursos de médicos de família brasileiros e italianos sobre autonomia e solidariedade no processo de cuidado dos sujeitos e impulsionar a reflexão sobre os dois modelos de saúde.

Para isto será necessário o desenvolvimento de entrevistas gravadas em áudio com os sujeitos descritos acima, médicos de família brasileiros e italianos. Os resultados serão posteriormente transcritos e publicados sob a forma de uma dissertação de mestrado e através de artigos científicos. Isto não trará riscos e desconfortos e espera-se que traga benefícios no âmbito da reflexão sobre a práxis do médico de família e as questões éticas envolvidas. Aos participantes estará garantido o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, invalidando este consentimento e autorização para publicação, sem que isso traga qualquer prejuízo e/ou constrangimento.

Diante do exposto, Eu _____, **concordo** em colaborar com o trabalho na condição de informante/sujeito voluntário e **declaro** que para os devidos fins fui informado (a) e orientado (a), de forma clara e detalhada a respeito dos objetivos, da justificativa e da metodologia e das condições da minha participação neste trabalho.

Concordo, portanto, com as condições ofertadas pela pesquisadora para a correta utilização das minhas informações, bem como, a mesma afirma as condições descritas neste documento que asseguram a minha participação no trabalho.

Florianópolis, _____ 2007.

Ass: _____
Lima

Rita de Cássia Gabrielli Souza

Pesquisadora responsável

RG: _____

APÊNDICE E: DICHIARIAZIONE DI CONSENSO LIBERO E INFORMATO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Mi chiamo **Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima**, sono Dentista e studentessa di un corso di Master del Programma di Post-Laurea, Dipartimento di *Saúde Pública* della *Universidade Federal de Santa Catarina-Brasil*. Sotto la guida della mia relatrice, la Prof.essa Dott.ssa Marta Inez Machado Verdi, sto svolgendo la seguente ricerca: “**Concezioni dei medici di famiglia in Brasile e in Italia rispetto all’ autonomia e alla solidarietà: i problemi etici pel prendersi cura nelle Cure Primarie in Salute**”, con l’obiettivo di analizzare le implicazioni etiche nella prassi dei medici di famiglia inseriti nel sistema di sanità pubblica, implicazioni queste decorrenti da come sono concepiti il rispetto dell’autonomia degli utenti durante le attenzioni mediche e la solidarietà.

Questo studio è necessario perché ha come finalità rilevare informazioni pertinenti alla prassi dei medici di famiglia, nel senso di cercare di comprendere le questioni etiche che ultrapassano l’ambito delle micro-relazioni fra medico e soggetto-utente e che contribuiscono alla (ri) strutturazione dell’Attenzione Basica. Pretende anche mettere in relazione le differenze e le similarità tra i discorsi dei medici di famiglia brasiliani e quelli italiani circa autonomia e solidarietà durante le attenzioni ai soggetti, e incentivare la riflessione sui due modelli di sanità.

Per questo sarà necessario effettuare interviste registrate in audio con i soggetti sopra descritti, i medici di famiglia brasiliani e italiani. I risultati saranno posteriormente trascritti e pubblicati sottoforma di dissertazione di Master e come articoli scientifici. Ciò non recherà né rischi né incomodi, e si spera che porti benefici nell’ambito della riflessione sulla prassi del medico di famiglia e le questioni etiche con essa coinvolte. Ai partecipanti è garantito l’anonimato, il sigillo delle informazioni e la libertà di ritirarsi dalla ricerca in qualsiasi momento lo desidera, invalidando questa dichiarazione di consenso e l’autorizzazione per la pubblicazione, senza che ciò rechi alcun tipo di pregiudizio o di situazione spiacevole.

Secondo quanto sopra esposto, Io sottoscritto _____, **esprimo il consenso** nel collaborare con il lavoro nella condizione di informante/soggetto volontario, e **dichiaro** ai fini dovuti di essere stato informato ed orientato, in maniera chiara e dettagliata, sugli obiettivi, sulla giustificativa e sulla metodologia, così come sulle condizioni della mia partecipazione in questo lavoro.

Sono d’accordo quindi con le condizioni offerte dalla ricercatrice, così come la stessa afferma come vere le condizioni descritte in questo documento, che assicurano la partecipazione al lavoro del sottoscritto.

Roma, ___ maggio 2007. _____

Firma del Medico _____RG: Rita de C. G. S. Lima. RG: _____ Pesq. Resp.

APÊNDICE F: ENTREVISTA COM FERMIN R. SCHRAMM

Entrevista realizada em vinte e nove (29) de fevereiro de 2008, por via eletrônica, com o bioeticista Fermin Roland Schramm, Pesquisador Titular em Ética Aplicada e Bioética, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil.

I- A “Ética Natural” pode nos ajudar na compreensão dos *gaps* que existem entre aquilo que se articula em palavras (falada) e o que se expressa na prática?

“Ética Natural” é [um] termo que deve ser situado no momento em que o utilizei quando escrevi minha tese de doutorado e que deu origem ao livro ao qual se refere. O alvo era prioritariamente a concepção “sobrenatural” (mas não “sobre-individual”), entendendo “natural” também num sentido amplo de biologia, como bem sabemos hoje, quando dizemos que a vida humana deve ser pensada tanto como bíos (que inclui a vida moral, política e estética) quanto como zoé (ou “vida nua” como a chama o filósofo italiano Giorgio Agamben). Sobre sua pergunta, se por “natural” entendemos também o que é tipicamente humano (e que podemos chamar de “segunda natureza”, da ordem do bíos e não da zoé) e se considerarmos que a ética diz respeito ao uso correto da razão prática, sua pergunta faz sentido. E [a] resposta é: sim, pois o que se tenta é articular as duas naturezas de maneira a tornar as relações simbólicas compatíveis com as relações vitais, ou, se preferir, articular saber e fazer tendo em vista tal sustentabilidade.

II- Você acha que o sujeito, usuário da Atenção Básica, deseja a autonomia em seu processo de Cuidado ou prefere a menoridade?

Não sei dar uma resposta precisa a sua pergunta, pois não fiz pesquisa direta sobre isso. Posso fazer conjecturas, só. Mas li pesquisas de outros, das quais emerge que esta menoridade é mais um preconceito que uma característica marcante do imaginário social do Brasil, inclusive na atenção básica – ainda que exista. As coisas estão lentamente mudando, talvez mais graças a interiorização, por parte dos profissionais da Atenção Básica, de outras formas de se relacionar com os necessitados

e os pacientes em geral, conformadas por uma ética mais comunicativa – algo impensável poucas décadas atrás. E isso se deve certamente ao movimento sanitário brasileiro e à incipiente (bio)ética da saúde pública, que é um produto autóctone brasileiro. Mas tem muito caminho para ser percorrido ainda nesta revolução cultural consistente em considerar as pessoas competentes para tomar suas decisões informadas e de maneira autônoma...

III- Para você é uma ação moral ou moralmente questionável o médico decidir o Cuidado do sujeito?

Depende: se esta decisão é fruto de uma interação entre médico e paciente, ambos competentes cognitivamente e moralmente, e se o paciente confiar no saber-fazer do médico, pode ser moralmente aceitável, embora numa sociedade de autênticos indivíduos, as decisões sobre suas vidas deveriam ser tomadas pessoalmente.

IV- Você acha que a prevenção ao risco obstaculiza o processo de construção da autonomia do usuário da Atenção Básica?

Depende de como as políticas de prevenção são decididas: se autoritariamente ou dialogicamente. É claro que os comportamentos de riscos evitáveis, que podem afetar negativamente terceiros podem ser coibidos para proteger as vítimas inocentes. O que não pode acontecer é querer proteger um indivíduo cognitivamente e moralmente competente contra si mesmo, pois isso seria uma forma de paternalismo moralmente questionável. Isso como regra geral. Mas deve-se ver o caso também, pois a casuística é muito rica em detalhes, relativos ao contexto e fugindo da abstração dos princípios gerais, que devem, ao contrário, “encarnar-se” nas vidas concretas e suas dificuldades.

V- Ou você acha que a prevenção ao risco esvazia a possibilidade de participação do sujeito usuário da Atenção Básica em seu Cuidado?

Não necessariamente, pois os argumentos a favor da prevenção podem ser racionais e/ou razoáveis, portanto aceitáveis por qualquer agente competente. Mas – insisto – visto que viver e morrer é em última instância uma experiência em primeira pessoa, não se justificam chantagens emocionais ou outras parafernálias coercitivas que impeçam ao indivíduo com comportamento de risco que só afeta a si mesmo exercer seu direito à autonomia. Agora, não se está em risco a saúde e a qualidade de vida de terceiros, o discurso muda, pois a coerção não aceita pode ser justificada para evitar danos evitáveis a terceiros.

VI- Para você, é uma “viagem ilusória” sonhar com um novo desenho de Cuidado (dialógico e no domínio da liberdade) que possa vislumbrar a materialização das potencialidades do sujeito que procura a Atenção Básica?

Acho, ao contrário, que a única saída para que o “mamífero humano” (o “humano demasiado humano” como o chamava Nietzsche) se torne mais dono de seu nariz (e não do nariz dos outros), mais autônomos, pois somente com este “upgrade” de competência poderá evitar que seja cancelado da face da terra por erros cometidos e que poderiam ser evitados. Toda a discussão atual em ética ambiental aponta para isso, e não é brincadeira, ainda que se possa sempre pensar – denegando – que “isso não me afeta”.

VII- Não é fácil saber o que pensa a Bioética Brasileira sobre a autonomia do sujeito, usuário da Atenção Básica. Por que não há reflexões sobre esta temática?

Não é verdade que não exista: existem projetos no Rio (eu estou num deles) e outras cidades (São Paulo, Brasília, entre outras) que se preocupam com os aspectos bioéticos da atenção básica. Mas os trabalhos ainda são poucos e você poderia fazer avançar esta área com sua pesquisa. Será bem vinda.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)