

Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético

Doris Gomes^(a)
Flávia Regina Souza Ramos^(b)

Gomes D, Ramos FRS. Solidarity, alliance and commitment among healthcare professionals in the practices of the Brazilian Health System (SUS): a bioethical debate. *Interface* (Botucatu). 2015; 19(52):9-20.

Taking a bioethical standpoint, this paper aimed to analyze the social need for solidarity, alliance and professional commitment as a challenge within the practices of the Brazilian Health System (SUS). Through a qualitative study of descriptive and exploratory type, 30 subjects were interviewed (nurses, doctors and dentists) in a metropolitan region in southern Brazil. The results were analyzed from a bioethical standpoint through discursive textual analysis. The liberal-contractual framework that is reflected through public assistance reveals social vulnerabilities and gives rise to problems regarding the quality of services, thus suggesting that there is a relational construction preceding the mere contractual relationship: an alliance between equal subjects; a benevolent commitment towards other people who are different and/or vulnerable; and solidarity engaged in constructing a new state of dialogue, in the form of collective clinical excellence. For this, clinical bioethics needs to incorporate these values so as to transform the quality of attendance, which is still contractual and of rationalist, abstract and impersonal type, into new practices of dialogue.

Keywords: Ethics. Bioethics. Health professional.

Este artigo analisa, sob referencial bioético, a necessidade social da solidariedade, aliança e comprometimento profissional como desafio nas práticas do SUS. Por meio de pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritivo, foram entrevistados trinta participantes (enfermeiros, médicos e odontólogos) numa região metropolitana do sul do Brasil. Os resultados foram analisados do ponto de vista bioético por intermédio da Análise Textual Discursiva. O referencial contratual-liberal refletido no atendimento público expõe vulnerabilidades sociais e constrói problemas na qualidade dos serviços, sugerindo uma construção relacional anterior à mera relação contratual: uma aliança inter-sujeitos-iguais, um comprometimento benfeitor ao outro diferente e/ou vulnerado, e uma solidariedade engajada na construção de uma nova dialogicidade como excelência clínica coletiva. Para tanto, a bioética clínica precisa incorporar estes valores no sentido de transformar a qualidade do atendimento, ainda contratual do tipo racionalista, abstrato e impessoal, em nova prática dialógica.

Palavras-chave: Ética. Bioética. Profissional de saúde.

^(a) Soebras/Funorte (Associação Educativa do Brasil/Faculdades Unidas do Norte de Minas). Rua Rafael da Rocha Pires, 3913, Sambaqui. Florianópolis, SC, Brasil. 88051-001. dorisgomes@bol.com.br

^(b) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. flavia.ramos@ufsc.br

Introdução

As transformações da reestruturação produtiva trouxeram novos contornos ao direito à saúde como conquista de cidadania: há um quadro de desagregação profunda da essência do trabalho e as proteções sociais são cotidianamente contestadas por relações de mercado. O tratamento ambíguo do Estado às políticas sociais no contexto neoliberal, em especial nas décadas de 1980/90 no Brasil, construiu uma evidente indefinição do modelo de saúde: a inviabilidade de um modelo puramente liberal de atenção à saúde, traduzida na conquista constitucional do SUS, tem sido historicamente transpassada por interesses privados aos públicos, no repasse de verbas e gerenciamento.

A disputa entre lógicas e objetivos diferenciados nesse mix público-privado evidencia uma dualidade: um projeto de saúde universal convive com outro, da indústria de seguros e do tradicional complexo médico-industrial, colocando, constantemente, em xeque a saúde como “dever do Estado”. Um processo que reflete a amplificação da acumulação de capital sobre o trabalho e o contínuo subfinanciamento do sistema, construindo, como problema, a qualidade do atendimento no setor público.

O investimento no ideário humanizador como política de Estado, em especial a partir do HumanizaSUS em 2004, veio para transformar essa qualidade em articulação com avanços tecnológicos: para os profissionais significaria troca de saberes, espaços de criação, participação como cogestores e melhoria nas condições de trabalho¹. Estratégia usada para aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores do Sistema, privilegiando tecnologias não materiais às de maquinário.

Entretanto, esse novo *modus operandi*, que solicita novos posicionamentos ético-políticos dos profissionais na tomada de decisão e implementação de ações, persiste em construção, pois esbarra, em contraposição, em condutas que, mesmo voltadas à ação beneficente, se alicerçam no contratualismo e racionalidade instrumental. O contrato do tipo liberal, nunca antes tão presente como intermediador das relações humanas e ainda mais vinculado ao princípio do individualismo egoísta, conflito latente e coação, viceja como única relação possível entre indivíduos, mantendo o interesse próprio acima do respeito mútuo advindo da cooperação e da competência comunicativa², refletido, também, no setor público.

As vulnerabilidades sociais como características marcantes das sociedades latino-americanas e presença indelével nas construções relacionais, amplificam os problemas na coprodução de uma relação dialógica. Quando tensões e conflitos são construídos entre a dialogicidade e a racionalidade instrumental, a bioética é chamada a debater um sentido comum, universalizante e, ao mesmo tempo, beneficente, com consideração aos vulnerados, em ações de proteção e intervenção solidária e sustentável. Este artigo objetiva, então, analisar sob o ponto de vista bioético, a necessidade social da solidariedade, da aliança e do comprometimento profissional como possibilidade nas práticas do SUS.

Metodologia

Pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritivo, que utilizou entrevista individual semiestruturada com trinta participantes (médicos, enfermeiros e odontólogos) com experiência de trabalho público-privado, na região metropolitana de Florianópolis, sul do Brasil. Uma região que abrange 22 municípios, formando o maior aglomerado populacional do estado, com uma das melhores qualidades de vida do país. É uma região com forte intersecção do mix público-privado na saúde e referência de alta e média complexidade, onde oito municípios com Hospital têm gestão estadual. Há claro zoneamento do espaço urbano segundo classes de renda: Florianópolis atrai populações de nível de renda mais elevado, seguida dos municípios contíguos – São José, Palhoça e Biguaçu.

Os contatos com os profissionais, solicitando autorização para início das entrevistas, foram feitos previamente, primeiramente, com vinculados a uma Secretaria Municipal de Saúde da região. Como a seleção dos participantes privilegiou os sujeitos sociais que detêm as características necessárias ao conhecimento buscado, posteriormente, os entrevistados foram se definindo pelo método bola

de neve, onde um entrevistado inicial recomendou outro, repetindo-se o processo com os novos incluídos, até atingir a saturação. A entrevista teve como objetivo central recolher dados que se referem à vivência ética dos profissionais entrevistados.

Foi do interesse do estudo que as instituições estudadas fossem as mais variadas possíveis, expressando dinâmicas e questões comuns às experiências profissionais em múltiplos serviços de saúde. Abrangeram-se: 11 experiências em Centros de especialidades odontológicas/políclínicas públicas e clínicas/consultórios/hospitais privados; 12 em unidade básica de saúde e consultório/clínica/hospital privado; duas em pronto atendimento público e clínica privada; e cinco em hospital público e hospital/clínica privada.

Para análise dos resultados, utilizou-se a Análise Textual Discursiva³, que se organiza em torno da desmontagem dos textos em unidades-base e formação de categorias (auxiliado pelo software ATLAS.ti), com captação do novo emergente e combinação de sentidos expressos num metatexto, e, em seguida, por um ciclo de análise com crítica e validação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética. A participação ocorreu de forma voluntária, sob um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e observando condições de autonomia da Resolução CNS 196/96. Para garantia do anonimato, os participantes são caracterizados pela letra "P" mais numeração.

Resultados e discussão

"no setor privado as pessoas que procuram o teu atendimento são de maneira geral mais esclarecidas, elas te questionam mais a respeito do diagnóstico e tratamento e elas exigem mais, você tem que elaborar mais as suas respostas, seu raciocínio clínico. No setor público a diferença que eu vejo é a verdadeira carência do povo, muitas vezes até a ignorância, eles pouco te questionam e o atendimento que você presta, eles se satisfazem pelo simples fato de terem sido atendidos nesse dia, muitas vezes, as pessoas não querem esperar para você dar explicação, parte do próprio paciente, porque ele já está na fila 4 a 6 horas, então, ele sequer te questiona, adota aquilo como verdade". (P20)

Este discurso desvela a assunção de diferentes lógicas no cotidiano de trabalho público-privado, onde o profissional joga com graus distintos de autonomia, racionalidade científica, coerção e controle a partir de uma esfera de decisão singular profissional-paciente, que remonta uma interface histórica entre poder, saber e valores. O embricamento na duplicação da assistência público e privada no Brasil conforma uma relação concorrencial na disputa da rede de serviços, elevando preços e dificultando a contratação de recursos humanos no SUS⁴, bem como mudança de paradigmas na produção. O parâmetro discursivo-relacional do profissional assume, muitas vezes, uma postura estranhada da dimensão social do trabalho, movida por graves problemas estruturais do sistema.

"me deixa muito angustiada a falta de tempo no público, eles ficam me pedindo quantidade e, às vezes, não consigo falar tudo. Os meus pacientes aceitam as minhas orientações, eles voltam, fazem direitinho, me obedecem, tanto é que paciente aqui que é desleixado não volta comigo, vai levar tanta bronca por dar danoninho para um menino de 4 meses, de estar fazendo uma coisa errada, que a mãe nem ousa voltar. Aqui, eu vejo que tem pacientes que estão mal cuidados, não porque o profissional não tenha capacidade, mas porque ele faz de qualquer jeito, enquanto no privado ele faz com mais zelo, mais cuidado". (P17)

Nesta fala se percebe uma postura profissional considerada de ótimo padrão clínico, seguindo o modelo biomédico nas práticas do SUS: atende nos horários, pede mais tempo para consulta, solicita exames e obediência, prescreve. Uma tipologia clínica que permanece ligada a um saber-poder onde o vínculo significa dominação: as verdades contidas nos discursos científicos atuam como efeitos de poder. Seguindo o mesmo modelo biomédico, se desvela outra postura, considerada clinicamente distorcida pela atestada falta de zelo e cuidado, também existente nas práticas do SUS: o profissional

pouco ou nada assiste e prescreve. Ambas as posturas encerram, em si, um dos principais desafios na construção do sistema de saúde: a necessidade de nova relação dialógica entre sujeitos do processo saúde-doença.

Para Merhy⁵, uma aposta no SUS utopia e na vida como direito inalienável de cada pessoa, está relacionada à maneira como o outro é ouvido/tratado: como objeto ou sujeito. Para Santos et al.⁶, o comprometimento do ser-sujeito-profissional na construção do vínculo e da autonomia, e no compartilhamento de saberes e fazeres, bem como, na percepção do alcance das práticas cotidianas na emancipação e corresponsabilização, ainda parece aquém das necessidades no cotidiano do trabalho profissional. Gastão Wagner⁷ aborda a importância de uma clínica ampliada às necessidades sociais e, quiçá, aos desejos do paciente/usuário e grupos em vulnerabilidade, combinando a objetividade da clínica e da epidemiologia com a escuta à singularidade de vida dos sujeitos, grupos e coletividades.

Estas novas proposições se contrapõem à persistência de uma escuta profissional pautada num saber do paciente, onde só interessa aquilo que o profissional quer ouvir, desnudando um *ethos* de atendimento público-gratuito enraizado numa realidade social de enormes iniquidades, com enfoque de classe: o paciente/usuário “SUS-dependente-pobre” tem menos cultura e conhecimento dos seus direitos, portanto, menor poder de pressão e possibilidade de acesso à justiça, entendimento mais simples, não precisa ser ouvido, não quer, ou apenas “obedece” sob coação da urgência, da falta de opção ou da fila de espera.

“no hospital público parece que as famílias são mais passivas, aceitam tudo que está sendo oferecido, alguns casos em exceção onde os familiares se manifestam. A gente percebe que a maioria das pessoas está contente com o que é oferecido, só que parece que tem muito mais a oferecer. No privado, os familiares são mais exigentes, querem resultados mais rápidos”. (P22)

“no público no geral é um pessoal de mais baixa renda”. (P4)

“o paciente de clínica privada tem um poder aquisitivo melhor, conseqüentemente a maioria tem uma educação melhor, tem uma cultura melhor, então, tem outro nível de exigência também”. (P15)

“no público o paciente é menos exigente que no privado”. (P18)

“é claro que sempre tem aquela diferença que o dinheiro acaba trazendo, a pessoa no privado tem uma visão diferenciada do todo”. (P10)

A abertura a uma escuta diferenciada parece manter relação direta com exigências sobre a decisão profissional: cobrança, questionamento, pressão pessoal ou familiar, associada a *status* cultural e ao objeto-fetiche do pagamento. Evidencia-se sob a tônica contratual, a transição a uma civilidade ética que respeita a autonomia do sujeito-paciente, com escuta diferenciada às suas necessidades/interesses. Entretanto, esta escuta, associada à hiperindividualização e interesses de mercado, confunde limites entre: autonomia e poder de compra; pressão de interesses particulares ou familiares; acesso ao conhecimento e informação; desejos de consumo como necessidade, confeccionando problemas éticos e sofrimentos morais ao profissional.

“no particular, a dificuldade é porque eles lêem no Google e acham que sabem mais do que tu, te pedem muito mais atestado que no SUS, onde tu podes dizer que não e pronto. No particular eles acham que estão pagando e que podem pedir o que quiserem e tu tens obrigação de fornecer”. (P11)

A bioética é chamada a debater problemas advindos de novas subjetivações sócio-históricas, como os relacionados ao jogo de interesses utilitaristas, que, sob a ética de mercado, passam a coacionar a decisão profissional. Com base em princípios bioéticos estruturados no campo das pesquisas

com seres humanos já na década de 1970, são repensados princípios bioéticos voltados à relação profissional-paciente – autonomia, beneficência e justiça. Princípios que, operados pela bioética clínica no formato de um contrato individualizado, não parecem suficientes para dar conta do cuidado no âmbito público da saúde, pautado em valores coletivos e sociais.

Neste enfoque, a valorização do paciente como copartícipe da relação ultrapassa um paradigma simplificado de autonomia como princípio absoluto, no sentido de sua construção na relação, num movimento entre o individual e o todo, contextualizado nos processos contemporâneos de construção de novas necessidades/desejos, na acumulação de capital sobre o trabalho, bem como, nas vulnerabilidades sociais ainda fortemente presentes na realidade brasileira. A excelência clínica, antes de representar uma qualidade técnica resultante de treinamento e formação intelectual, deveria atender à demanda social, com eliminação de práticas discriminatórias do ser humano no sistema de saúde.

“o profissional não está escutando o paciente, não está dando atenção, eu acho que ele se sente mal remunerado e aí faz coisas não tão certas, jogam o paciente para um lado, para outro, não tentando resolver um problema que muitas vezes seria simples, no serviço público acontece muito isto e é a minha tristeza, eu acho que tem profissional que não sabe o que é pobreza e não respeita pessoas simples que vem pra cá”. (P6)

Um atendimento com escuta que não ouve, atenção que não envolve e, normalmente, não resolve, sugere que o ideal de sucesso profissional, historicamente reforçado no imaginário liberal-privatista, ainda interfere nas relações de trabalho no setor público como prática hegemônica que não favorece mudança de paradigmas. A racionalidade liberal como única possibilidade exclui princípios de aliança e comprometimento, como reconhecimento mútuo de seres na tomada de consciência da própria identidade: necessário a uma dialogicidade que reconhece o tu antes do eu.

Para Cortina⁸, não basta uma concepção pautada no “eu” como indivíduo racional, que escolheria livremente sua forma de vida, sem considerar sua identidade forjada em comunidades não escolhidas; num universalismo formal, sem percebê-lo como intérprete de significados já compartilhados em comunidades; na prioridade do indivíduo e seus direitos como capacidade altamente valorizada de cidadania, sem exigir a responsabilidade por essa comunidade como ação; e na voz da consciência como suficiente para uma moralidade que não procura renovar laços sociais e reformar a vida pública na relação sujeito-comunidade.

Assim, a configuração bioética de uma nova e necessária relação intersujeitos, com direito e deveres recíprocos coletivos/individuais, deve ultrapassar o discurso político-liberal dos direitos, deveres, contratos e grupos de interesse, no sentido de uma excelência clínica coletiva que:

1 Solicita uma construção relacional anterior à mera relação contratual: uma aliança intersujeitos-iguais numa conjuntura SUS-dependente; um comprometimento benfeitor com o outro diferente e/ou vulnerado; e uma solidariedade engajada na construção de uma nova dialogicidade no horizonte da saúde coletiva.

2 Denuncia a inadequação do vínculo mercadológico do contrato-liberal ao “dever ser” público-gratuito; reconstrói um saber-poder horizontalizado, com novo significado integrador, interdisciplinar e benfeitor; e fomenta laços sociais sob uma solidariedade forjada na ação coletiva.

3 Aponta a necessidade da solidariedade, da aliança e do comprometimento como possibilidade, que deve se tornar real.

“alguns pacientes que procuram a UBS não são apenas pessoas com baixa escolaridade e poder aquisitivo, tem pessoas de classe média que estão vindo, com grau de conhecimento maior, então, por existir esse acesso, hoje se tem um cuidado maior do que a gente ouvia falar na época da faculdade, de histórias de depreciação do paciente, da diferença de tratamento do privado para o público. Eu acho que influencia bastante, porque tem profissionais que dão orientação e vem o próximo, não se preocupam se o paciente entendeu essa orientação ou não. Mas, com essa mudança de público, quando o paciente questiona, pede mais explicação,

pede mais tempo, o profissional se preocupa se ele entendeu, daí gera outro tipo de vínculo, a formação deve ter mudado bastante também". (P21)

A percepção de uma maior inferência da "classe média" na melhoria da qualidade no atendimento público, como uma exigência a mais, parece estar associada: a uma ampliação no acesso populacional aos serviços de saúde; a um novo acesso a bens e serviços das classes populares na sociedade brasileira nas últimas décadas – que assumem nova posição de exigência; e às transições no processo de trabalho na sociedade pós-industrial: uma nova organização da produção, com novo patamar de comunicação, informação e educação como parte do processo de reestruturação, repercute em novos processos de subjetivação, não somente ao trabalhador especializado, mas generalizada ao trabalhador dos setores industriais e de serviços.

Mehry e Franco⁹ apontam a possibilidade de transição a um novo paradigma produtivo em saúde. Possibilitado pela ampla autogestão do trabalho em saúde associada ao trabalho vivo-relacional em ato e à necessidade de redução de consumo e custos, uma inversão tecnológica centrada no cuidado sobreporia necessidades/interesses do paciente aos insumos e maquinários. O investimento do mercado na atenção gerenciada estaria publicizando a ação profissional-centrada, até agora, privada em ato. Entretanto, a atenção gerenciada publiciza a relação, não no interesse do profissional ou paciente, mas do capital financeiro como novo controlador do espaço relacional, confeccionando um cuidador dos interesses do capital, mais que do usuário.

Uma mudança relacional no sentido do cuidado já consegue ser percebida pelo profissional no setor público, que a relaciona, também, às mudanças na formação. A incorporação das novas competências da LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação) e Diretrizes Curriculares Nacionais, ressalta a importância de o aluno "cultivar uma relação nova com a comunidade, baseada na atenção, na confiança, no respeito e no cuidado"¹⁰ (p. 524). Processo que evidencia o papel indutor do Estado e de outros fatores heterônomos na potencialização da autonomia dos sujeitos: leis e políticas públicas, funcionamento da economia, cultura e valores, acesso à informação e capacidade crítica¹¹.

Apesar disto, a hegemonia da racionalidade instrumental e alguns posicionamentos profissionais e docentes deletérios fazem o sentido de mudanças ainda figurar como utopia de um ensino transformador, o que obriga se pensar a necessidade de novos espaços de debate bioético, antes e de forma permanente, no serviço.

"a gente vê às vezes (o profissional) trata os pacientes como se fosse um lixo poxa, eles estão na rede pública porque não tem dinheiro para pagar um particular". (P2)

"o grande problema no público é que existem alguns colegas que fazem esta distinção do privado... uma ação (judicial) no setor privado traz uma repercussão financeira maior que no público". (P15)

A lei ideológica do valor, reforçada pela emergência da dupla tirania do dinheiro e da (des)informação na reestruturação, ganha espaço na saúde e atua de forma indelével nas singularidades relacionais, tornando nebulosa a excelência de qualidade-productividade público-gratuita. A Estratégia de Saúde da Família, tecnologias cooperativas, modelos gerenciais de cogestão e participação social assumem sentido contra-hegemônico como medidas humanizadoras, indutoras favoráveis de valores solidários e cívicos que supõem um marco democrático de maior compromisso e satisfação profissional¹².

Entretanto, são suscitados grandes desafios na responsabilização e envolvimento profissional com comunidades e sujeitos, pois a potência criativa de coletivos esbarra nos modos contemporâneos de subjetivação e sociabilidade, que negam a alteridade pelo narcísico individual e a solidariedade pela autossuficiência: o processo de trabalho continua procedimental e instrumental; e persiste a cultura da não-participação: os profissionais não se comportam como usuários-sujeitos do processo¹³.

Segundo Adela Cortina², o estímulo socialmente construído de um individualismo onde “cada um é um fim em si mesmo e os outros nada são para ele”, vem normalmente associado a uma pretensa solidariedade e justiça. Por um lado, um indivíduo atomizado cuida de sua própria saúde-beleza-perfeição de forma obsessiva, sob relações contratuais num ambiente social que separa, na prática, vidas e classes em poder de compra e acesso aos bens materiais e culturais – incluindo o acesso à saúde. Por outro lado, é transmitido um sentimento abstrato de solidariedade, construtor de um cosmopolitismo perverso da “hipocrisia interna” e do “desarraigamento”, que chama a bioética a repensar o sentido da solidariedade.

A reorganização da vida e do trabalho num patamar de civilidade superior – pelo conhecimento como estratégia na configuração de novas trajetórias ocupacionais na sociedade pós-industrial, onde o diálogo social e democrático seria inclusivo e transformador – coexiste com grandes retrocessos na combinação do novo com o velho nas relações de trabalho nas sociedades capitalistas não desenvolvidas, como a brasileira, onde a subcontratação de mão de obra e o analfabetismo funcional mantêm excluída grande parte da população da produção. Um patamar civilizatório que alimenta novas formas de riquezas imateriais, como lazer, criatividade, comunidade, etc., mas que aprofunda, inversamente, exclusão e separação social¹⁴.

A estratégia biopolítica hiperpreventiva e hiperindividualista de uma culpabilização autoimposta, associada ao risco individual ou coletivo, coerciona, banaliza e conserva boa parte da população em condições de inferioridade sub-humana, naturalizando sua exclusão do mundo político de direitos e deveres como uma população corpo-espécie¹⁵. Uma ação invisível e totalizante, que assume características eugênicas e racistas, que se refletem diretamente em relações separatistas na saúde: a comunicação dialógica aparece como bem de consumo ou conforto, adquirido por alguns. O indivíduo distanciado artificialmente do todo, como coisas opostas, consubstancia um real paralático na substituição dos laços sociais pelo valor dinheiro.

Para Sá e Azevedo¹⁶, na perspectiva das estratégias salvacionistas de consumo das elites brasileiras, os pobres e miseráveis são, cada vez menos, percebidos como pessoas morais, e mais como resíduos sociais não absorvidos, com os quais aprendemos a conviver. Diretrizes como solidariedade e equidade estão na contramão dos valores e práticas sociais dominantes, conformando um contexto desfavorável à gestão nas organizações públicas de saúde sob projetos compartilhados e coletivos. O pertencimento a universos simbólicos diferentes, mundos distintos entre profissional e paciente, corrobora humilhações e violências simbólicas cotidianas, a que a população é submetida nos serviços públicos de saúde.

Segundo Zizek¹⁷, a biopolítica mantém frações da classe trabalhadora em esferas dissociadas, autonomizadas nas sociedades desenvolvidas sob três componentes da produção: planejamento e marketing intelectual, produção material, e fornecimento de recursos. Frações dos trabalhadores que procuram por suas identidades, cada qual com seu estilo de vida e ideologia: o hedonismo esclarecido e o multiculturalismo da intelectualidade; o fundamentalismo populista regressivo da velha classe trabalhadora; e formas mais extremas e singulares de fração dos excluídos. Processo que resulta na ausência de um espaço público universal, onde as três frações podem se encontrar.

Novas identidades profissionais são buscadas, mas se manifesta maior afinidade dessa fração intelectualizada de trabalhadores com o capital, que com o trabalho. Velhas relações de poder ainda reforçam a introjeção do papel técnico-hierárquico ao profissional, que não se percebe como um trabalhador e igual – mesmo que intelectualmente diferenciado – naturalizando uma visão de mundo que separa por poder de compra e conhecimento, corroborando uma relação contratual instrumental, ainda mais distorcida no público, onde se evidenciam as segregações por frações de classe.

Muros invisíveis ampliados entre trabalho manual e intelectual, associados à centralidade do conhecimento especializado sobre valores tradicionais, impactam as relações em saúde e dificultam a intercomunicação: do profissional que não tem tempo ou vontade para construir uma escuta levando em conta o indivíduo em seu contexto de vida e suas singularidades; e do paciente/usuário que tem entendimento simplificado de algo prescrito por uma linguagem técnica. Nesta encruzilhada, a

bioética latino-americana procura caminhos opostos ao hedonismo, ampliando a possibilidade de uma dialogicidade renovada no sonho da autonomia do ser, como “estar sendo”, e no sentido do “ser mais” – humano.

“É sempre uma preocupação tu estares tratando o paciente sem pensar no lucro, então, eu acho que a gente sempre fica pensando se poderia fazer melhor pelo paciente público”. (P13)

Cultivar valores humanizadores no trabalho público, como pertencimento a normas sociais universalizáveis, constitui uma sensação de ser da sociedade: aliança e comprometimento como ato social engajado. Não somente na interlocução de sujeitos autônomos, mas, também, copartícipes de realidades socialmente condicionadas e vulnerabilidades estabelecidas, o que implica responsabilidade social e política ao profissional, numa compreensão “crítica de seus direitos e deveres de cidadão (ã)”¹⁸ (p. 117) conjugado à formação científica.

A intersubjetividade dialógica, sob essa nova perspectiva, admite a possibilidade de reconhecimento recíproco de seres dotados de competência comunicativa, muito além do poder de compra ou saber formal, pois fomenta a ideia do comum como motor da ação. Pelo caráter intersubjetivo e, ao mesmo tempo, cooperativo, intercessor da cognição, a comunicação linguística assume um papel conceitual-estratégico. Entretanto, a decisão pela construção de um diálogo verdadeiramente significativo, assumido como nova postura profissional, passa pela consciência – ação e reflexão – de uma práxis diferenciada, qualificada na utopia da justiça social, e avessa à compreensão fatalista da realidade como imutável. Neste sentido, não se pode manter o outro como “coisa”, ao contrário, deve se procurar estabelecer uma relação dialógica permanente no intuito de recriar o conhecimento, por isto, a necessidade de engajamento¹⁹.

Uma práxis solidária num plano crítico e desalienado, pautada no autogoverno do profissional em seu processo de trabalho vivo, intelectual e artesanal, ao mesmo tempo em que intersubjetivo-relacional e coletivo, reposiciona-o como agente de mudança em suas relações com o mundo: não um humano abstrato e desligado do mundo, nem um mundo como realidade ausente. A partir de novas lealdades aos sujeitos do diálogo, reforçadas por laços entre humanos enquanto pessoas em coletivo e comunidade, se refuta um mundo de átomos sociais separados entre si, com vínculos meramente instrumentais e núcleo ético individual-hedonista⁸.

Segundo Barros e Gomes²⁰, a felicidade se efetiva no plano do coletivo, no coengendramento de indivíduos e de mundos, de modos de trabalhar, de subjetivar e gerir o trabalho. O cuidado de si como cuidado da alma, espaço para o pensamento, reflexão, diálogo e encontro com semelhantes, implica uma avaliação constante da relação com os outros e com o mundo, onde cuidar transforma ato em atitude: ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo.

A dimensão relacional e intersubjetiva do trabalho constrói processos e formações inconscientes. com efeitos sobre a qualidade do cuidado, requerendo o conhecimento aos profissionais de sua própria subjetividade, bem como, ações para mudança nas pessoas. Um capital social estruturado como rede duradoura de conhecimento e reconhecimento mútuo, e como valores éticos e atitudes centradas na confiança, geradora de reciprocidade e cooperação, parece resistir ao hiperindividualismo²¹, facilitando empreendimentos comuns, virtudes cívicas e interesse pelos assuntos públicos.

Entretanto, não é qualquer técnica ou associação capaz de criar esse tipo de recurso humano.

“por ser muito burocrático, muito repartido, tu não consegues acompanhar o paciente por inteiro, se tens um problema que precisas encaminhar para algum setor especializado, tu não tens resposta do que ocorreu com ele, por se tratar de pacientes com o conhecimento muito vago, com baixa escolaridade, eles não conseguem te passar o que houve naquele setor específico e isso traz dificuldade”. (P21)

Transpor a paralisia burocrática e o clientelismo com estruturação positiva do sistema na assunção de cargos e salários que favoreça a integralidade, identidade e valorização; e assumir a

corresponsabilização em outro nível, sob uma aliança que extrapola o interesse próprio em direção a pressupostos universais de identidade e reciprocidade, bem como, um comprometimento benfeitor e protetor, é construir uma nova excelência clínica pública.

Mesmo com deficiências estruturais e organizativas, parece necessário mobilizar uma reflexão-ação coletiva em experiências de grupalidade, potencializada pelos sujeitos e pelos próprios gestores, que cultive novos sentidos e imaginários em equipes/coletivos, formais e não formais. Redes de cooperação e interação que ampliam o sentido do eu no nós ou que sensibilizam para valores e benefícios coletivos, em relações horizontais, sem hierarquia e dependência, estimulam a capacidade criativa, solidária e dialógica dos sujeitos.

“no público são pessoas mais simples, de difícil entendimento, então, tudo que você explica, tem que explicar duas ou três vezes até que a pessoa entenda, contribuindo para que o tratamento não dê certo. No particular o entendimento é bem melhor, as pessoas são mais instruídas, entendem com mais facilidade”. (P 5)

“quanto menor o nível sócio-econômico, maior a dificuldade para o entendimento do tratamento”. (P16)

Não parece mais bastar a culpabilização do paciente ou do *status quo* como barreira a uma comunicação dialogada. O diálogo como ato de criação conjunta, sem relação de dominação-dominado, não se reduz a ideias a serem consumidas, tampouco, numa discussão guerreira de quem tenta impor sua verdade; ao contrário, sua concepção depende do direito à palavra e à escuta, e foge da mera prescrição em direção à libertação, por meio de uma conexão básica: profissional-paciente/ usuário-profissional.

Agregando o pensamento de Paulo Freire¹⁹ ao trabalho e formação conjuntos em saúde, pode-se dizer que não basta, ao profissional, uma postura de saber como doação dos que se julgam sábios aos não sábios, absolutizando a ignorância como se fosse algo encontrado sempre e somente no outro: o profissional ensina, sabe, pensa, opta e prescreve sua opção, identifica o saber com sua autoridade funcional e é o sujeito da relação, enquanto o paciente é mero expectador que não sabe, não pensa, não opta e deve se adaptar ao pensamento e experiência narrados.

A velha comunicação estratégico-instrumental voltada às consequências do agir, ao alcance de objetivos por intermédio de influências manipulatórias na decisão “por meio de armas ou bens, ameaças ou seduções”²² (p. 165), precisa ser ultrapassada pelo agir discursivo, considerado forma ideal de comunicação e busca cooperativa pela verdade. Um agir que se assenta num saber proporcional compartilhado intersubjetivamente, numa concordância normativa e numa confiança recíproca com fundamentação em juízos próprios, autônomos, inter e intrasubjetivos, pois nenhuma autoridade coletiva limita a margem de julgamento individual. O diálogo como atividade dotada de sentido precisa de entendimento mútuo, onde os sujeitos procuram harmonizar internamente seus planos de ação, perseguindo metas em direção ao acordo comum/consenso²³.

O diálogo precisa ser pautado, então: 1 no reconhecimento de direito igual à justificação do pensamento e à participação na discussão; 2 no direito igual de que seus interesses sejam considerados; e 3 no compromisso de corresponsabilidade, zelar junto com os outros, para que sejam respeitados os direitos pragmáticos dos possíveis interlocutores; respeitados os direitos humanos ou direitos morais, sem os quais é impossível exercer direitos pragmáticos; e encontrar soluções mais adequadas, promovendo instituições que melhor assegurem esses direitos².

“algumas coisas eles não entendam bem como a gente gostaria, eles não são muito preventivos, são mais curativos, só querem resolver o problema imediato”. (P10)

“sempre tem diferença pela parte de educação, o que o público entende, o tempo pra cuidar da saúde, para realizar atividade física, ter uma alimentação boa, acaba ficando mais caro”. (P11)

O atendimento voltado ao curativo-imediato faz parte de uma categoria de conflitos morais vivenciados pelo profissional da saúde, que a bioética tem a tarefa de pensar como conflitos que perpassam a qualidade de vida de indivíduos e populações, que, por razões sócio-históricas, não vivem plenamente sua cidadania, ou seja, permanecem socialmente vulnerados. Um discurso que busque alcançar um acordo sério não pode desconsiderar a interdependência entre o direito à saúde e outros direitos individuais e sociais, com nível material e cultural de vida que permita o diálogo em pé de igualdade: *direitos humanos legalizados e concretizados historicamente*².

Considerando a desumanização como resultado de uma ordem injusta que gera violência e “ser menos”, e a humanização pela desalienação como afirmação de “seres para si”, solidarizar-se com o outro não é descobrir-se na posição de opressor e sofrer por isso; não é somente prestar assistência mantendo as pessoas atadas à mesma posição de dependência; não é racionalizar a culpa de forma paternal, mas assumir a situação de com quem se solidarizou e tentar transformá-la. A bioética, então, deve reportar-se ao “estar sendo” como proteção de direitos e construção de conhecimentos que não nascem acabados, mas que acontecem numa nova práxis dialógica e solidária: sem isolamento ou individualismo, superando *o intelectualismo alienante, o autoritarismo bancário e a falsa consciência do mundo*¹⁹.

Seguindo uma crítica libertadora que trabalha a legitimidade do sonho ético-político da superação da realidade injusta, a perspectiva de libertação do mundo da necessidade como a mais básica do ser humano, parece fundamentar uma ponte entre a reflexão filosófica como universalismo abstrato e uma comunidade moral concreta, pois a liberdade humana não é “ab-soluta, solta de tudo, desligada de tudo, mas ob-ligada, ligada às pessoas e às coisas que são parte de mim, que são valiosas em si mesmas e por isso, estão além de qualquer preço, além de qualquer cálculo”² (p. 184).

Assim, a ideia de saúde como qualidade de vida expandida em direção ao contexto social como campo legítimo de estudos e intervenção bioéticos²⁴, compele a bioética clínica a incorporar a aliança e o comprometimento como valores fomentadores de laços sociais solidários entre sujeitos, engajados para transformar a qualidade do atendimento público em saúde – ainda contratual do tipo racionalista, abstrato e impessoal – em relações clínicas de excelência coletiva. Uma capacitação a esta nova clínica dialogada, guiada para escuta e olhar diferenciados, com argumentação racional fundamentada nas consequências das ações e na inserção do profissional numa comunidade de trabalho e de vida concretas – onde os indivíduos aprendem a valorar, se socializar e se reconhecer como pessoas –, solicita uma ‘mudança cultural’²⁵.

Processos coletivos para tomada de decisão – nos quais se ponderam riscos e benefícios, estratégias e teorias – e como ferramenta pedagógica prática de construção de autonomia²⁶, ampliam o sentido de proteger e de intervir como ação dessa proteção, para conquista de autonomia numa orientação positiva de ação social, que transpõe fronteiras: na relação inter-pares, profissional-gestão, profissional-paciente, profissional-comunidade e indivíduo-todo.

Neste sentido, a construção de espaços bioéticos coletivos, deliberativos, democráticos, inter e transdisciplinares, que perpassem a clínica como publicização real de problemas éticos na relação profissional-paciente – até então privada em ato – e, também, como espaço de formação permanente, parece potencializar valores como: aliança, comprometimento e solidariedade, em novos paradigmas dialógicos nas práticas do SUS. A bioética da proteção, então, se transforma em intervenção, quando a inserção crítica numa realidade se reflete em emersão para a ação, pois “a reflexão se realmente reflexão, conduz à prática”¹⁹ (p. 73).

Conclusão

As políticas públicas na lógica das necessidades sociais perpassam realidades complexas e contraditórias que apontam para o desafio da restauração dos laços sociais para além dos desejos de consumo construídos pelo mercado e pelo saber-poder contratual-biomédico, impulsionando uma

nova relação dialógica profissional-paciente como nova excelência clínica nas práticas do SUS. A bioética como uma disciplina que amalgama conhecimentos teóricos de ética aplicada num contexto de tomada de decisões, surge como um espaço de debate necessário.

Num movimento contra-hegemônico frente às injunções individualizantes do modelo contemporâneo de sociedade atomizada, ampliar espaços de debate bioético parece reforçar a dialogicidade entre paciente-comunidade-profissional-serviço e estimular mudança de valores com incorporação da aliança, comprometimento e solidariedade. Especialmente, numa região como a metropolitana estudada, com forte imbricamento de interesses e substantiva disjunção relacional, público-privado.

Colaboradores

Doris Gomes trabalhou na concepção e redação do texto; Flávia Ramos trabalhou na revisão crítica do manuscrito.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): MS; 2004.
2. Cortina A. Aliança e contrato: política, ética e religião. São Paulo: Loyola; 2008.
3. Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva. Rio Grande: UNIJUÍ; 2011.
4. Carvalho RRP, Fortes PAC, Garrafa V. A saúde suplementar em perspectiva bioética. Rev Assoc Med Bras. 2013; 59(6):600-6.
5. Merhy EE. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. Saude Soc. 2012; 21(2):267-79.
6. Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Rev Saude Publica. 2008; 42(3):464-70.
7. Campos GWS, organizador. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2013.
8. Cortina A. Ética. São Paulo: Loyola; 2005.
9. Franco TB, Mehry EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Costa ICC, Araújo MNT. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. Cienc Saude Colet. 2011; 16(1):1181-9.
11. Campos RTO, Campos GWS. Construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, organizador. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 719-38.
12. Franco SC, Hernaez AM. Capital social e qualidade da atenção à saúde: as experiências do Brasil e da Catalunha. Cienc Saude Colet. 2013; 18(7):1871-80.
13. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. Cienc Saude Colet. 2013; 18(1):347-56.

14. Pochmann M. Trabalho e formação. *Educ Real*. 2012; 37(2):491-508.
15. Caponi S. Biopolítica: entre as ciências da vida e a gestão das populações. In: Porto D, Garrafa V, Martins GZ, Barbosa SN, organizadores. *Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois*. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB; 2012. p. 87-107.
16. Sá MC, Azevedo CS, organizadores. *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
17. Žižek S. *Primeiro como tragédia, depois como farsa*. São Paulo: Boitempo; 2011.
18. Freire P. *Pedagogia da indignação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2014.
19. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 56a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2014.
20. Barros MEB, Gomes RS. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. *Fractal Rev Psicol*. 2011; 23(3):641-58.
21. Sapag J, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(1):139-49.
22. Habermas J. *Agir comunicativo e razão destrancendentalizada*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2012.
23. Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2013.
24. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16 Supl. 1:719-29.
25. Junges JR, Schaefer R, Prudente J, De Mello REF, Silocchi C, Souza M, et al. A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(38):751-62.
26. Assumpção EA, Schramm FR. Bioética e habitação: leitura ética sobre as ocupações urbanas no centro do Rio de Janeiro. *Rev Bioet*. 2013; 21(1):96-105.

Gomes D, Ramos FRS. Solidaridad, alianza y compromiso del profesional de la salud en las prácticas del Sistema Brasileño de Salud (SUS): un debate bioético. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(52):9-20.

El objetivo de este artículo es analizar, bajo el referencial bioético, la necesidad social de la solidaridad, alianza y compromiso profesional como desafío en las prácticas del SUS. Por medio de una encuesta cualitativa del tipo exploratorio descriptivo se entrevistaron treinta participantes (enfermeros, médicos y odontólogos) en una región metropolitana del sur de Brasil. Los resultados se analizaron desde el punto de vista bioético por medio del Análisis Textual Discursivo. El referencial contractual-liberal reflejado en la atención pública expone vulnerabilidades sociales y construye problemas en la calidad de los servicios, sugiriendo una construcción relacional anterior a la mera relación contractual: una alianza inter-sujetos-iguales, un compromiso bienhechor al otro diferente y/o vulnerado y una solidaridad comprometida en la construcción de una nueva dialógica como excelencia clínica colectiva. Para ello, la bioética clínica tiene que incorporar estos valores en el sentido de transformar la calidad de la atención, todavía contractual del tipo racionalista, abstracto e impersonal en una nueva practica dialógica.

Palabras clave: Ética. Bioética. Profesional de salud.

Recebido em 16/06/14. Aprovado em 10/08/14.