

# BIOÉTICA COTIDIANA e SAÚDE COLETIVA:

Série Ética em Pesquisa

## aproximações e diálogos



Marta Verdi  
Mirelle Finkler  
Fernando Hellmann  
Carlos Alberto Severo Garcia Jr.  
ORGANIZADORES



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página  
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>  
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA  
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

[editora.redeunida.org.br](https://editora.redeunida.org.br)



ORGANIZADORES

Marta Verdi

Mirelle Finkler

Fernando Hellmann

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

Série Ética em Pesquisa

# BIOÉTICA COTIDIANA E SAÚDE COLETIVA: aproximações e diálogos

1ª Edição

Porto Alegre

2024



Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA  
Alcindo Antônio Ferla

#### Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virginia de Menezes Portes.

#### Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);  
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);  
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);  
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);  
Berta Paz Llorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);  
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);  
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);  
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);  
Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);  
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);  
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);  
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);  
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);  
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);  
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);  
Lisiane Bóer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);  
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);  
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);  
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);  
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);  
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);  
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);  
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);  
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);  
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);  
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);  
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);  
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);  
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);  
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);  
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);  
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);  
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);  
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

#### Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza  
Jaqueline Miotto Guarnieri  
Camila Fontana Roman

Revisão  
Tiago Estrela

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação  
Lucia Pouchain



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

---

**B615**

**Bioética cotidiana e saúde coletiva: aproximações e diálogos/** Organizadores: Marta Verdi; Mirelle Finkler; Fernando Hellmann e Carlos Alberto Severo Garcia Jr. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

286 p. (Série Ética em Pesquisa, v. 3).

E-book: 4.60 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-084-0

DOI: 10.18310/9786554620840

1. Saúde Pública. 2. Bioética. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Política de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM W 84  
CDU 614:174

---

Catálogo elaborado pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)





# DEDICATÓRIA

A todas e todos que, ao longo dos últimos 15 anos, constituíram e construíram o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva - NUPEBISC/UFSC, nosso reconhecimento e gratidão pela parceria, colaboração e amizade.

Este livro é dedicado a vocês!

Ale Mujica Rodriguez  
Aline de Souza Rusch  
Ana Luísa Remor da Silva  
André Inácio da Silva  
Bráulio Érison França dos Santos  
Camila Mariano Fernandes  
Carlos Alberto Medrano  
Carolina Eidelwein  
Clivia Beltrame Vasconcelos  
Daniela Baumgart de Liz Calderon  
Daniela Cristina Wall  
Diego Diz Ferreira  
Dipaula Minotto da Silva  
Doris Gomes  
Eliane Ricardo Charneski  
Erica Lima Costa de Menezes  
Erick Cardoso da Rosa  
Fábio Henrique Silva Luiz  
Fabiola Marin  
Fabiola Stolf Brzozowski  
Fernanda Cornelius Lange  
Fernando Mendes Massignan  
Flavia Moreira Soares  
Francielle Maciel Silva  
Gabriella de Almeida Raschke Medeiros  
Hélder Boska de Moraes Sarmiento  
Húndra Prestes de Godoi  
Idonézia Collodel Benetti  
Janaina Carneiro de Camargo  
Jaqueline Marcos dos Santos  
Jefferson Westarb Mota  
Jucélia Maria Guedert  
Juliana Praxedes Campagnoni  
Juliara Bellina Hoffmann  
Katuscia Graziela Pereira  
Laise Cordeiro Cândido

Leandro Ribeiro Molina  
Liane Keitel  
Lilian Suelen de Oliveira Cunha  
Liliane Parreira Tannús Gontijo  
Luana Silvestre Pereira dos Santos  
Lucas Alexandre Pedebos  
Lucas Berté Moratelli  
Lucas Eduardo Fedaracz Brojan  
Luzilena de Sousa Prudêncio  
Margarida de Paulo Caminha da Silveira  
Maria Cláudia Souza Matias  
Maria Esther Souza Baibich  
Maria Fernanda Vásquez Valencia  
Mariáh Macedo Rebello  
Mariana Lenhani Martignago  
Mauro Serapioni  
Melisse Eich  
Neusa Maria Kuester Vegini  
Paola Sintlinger Weiss  
Ricardo Nascimento  
Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima  
Rodrigo Batagello  
Roger Flores Cecon  
Rosana Oliveira do Nascimento  
Rudney da Silva  
Sabrina Blasius Faust  
Sandra Noemi Cucurullo de Caponi  
Sílvia Rodrigues dos Santos  
Suliane Motta do Nascimento  
Tanise Gonçalves de Freitas  
Tatiana Leite Müller  
Tatiana Lúcia Caetano  
Thaiara Dornelles Lago  
Vanessa Galvan  
Vanessa Maria Vieira  
Yuri Eller Verzola



# SUMÁRIO

**APRESENTAÇÃO** | Celebrando um legado duradouro ..... 11

**PREFÁCIO** ..... 15

*Elda Bussinguer*

**GIOVANNI BERLINGUER: HISTÓRIAS E MEMÓRIAS**..... 21

## **CAPÍTULO 1**

**GIOVANNI BERLINGUER: uma trajetória de luta pelo direito à saúde**..... 23

*Marta Verdi, Eliane Ricardo Charneski e Luana Silvestre Pereira dos Santos*

## **CAPÍTULO 2**

**GIOVANNI BERLINGUER: andanças de um cidadão do mundo pela saúde pública, pela política e pela bioética** ..... 35

*Volnei Garrafa e Paulo Duarte de Carvalho Amarante*

## **CAPÍTULO 3**

**GIOVANNI BERLINGUER: por uma ética que justifique a ação política**.... 47

*Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima*

## **CAPÍTULO 4**

**A ATUALIDADE DE GIOVANNI BERLINGUER: a doença como diferença e a reconfiguração dos transtornos mentais na infância**..... 63

*Sandra Caponi*

**BIOÉTICA COTIDIANA** ..... 91

## **CAPÍTULO 5**

**BIOÉTICA COTIDIANA E ERGOLOGIA: olhares para as políticas públicas, os modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde no Brasil**..... 93

*Erica Lima Costa de Menezes, Melisse Eich, Marta Verdi e Magda Duarte dos Anjos Scherer*

## **CAPÍTULO 6**

**EQUIDADE EM SAÚDE E UNIVERSALIDADE DO ACESSO À ASSISTÊNCIA: breve análise crítica da situação brasileira à luz da bioética cotidiana**..... 113

*Melisse Eich, Erica Lima Costa de Menezes, Fernando Hellmann e Marta Verdi*

## **CAPÍTULO 7**

ÉTICA NA ATENÇÃO BÁSICA E A INSERÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS: reflexões a partir de um estudo sobre problemas vivenciados por farmacêuticos em um município catarinense..... 145

*Leandro Ribeiro Molina e Mirelle Finkler*

## **CAPÍTULO 8**

Lei 14.874/2024 e os ataques ao Sistema CEP/Conep sob a ótica da Bioética Cotidiana..... 163

*Fernando Hellmann, Jucélia Maria Guedert e Silvia Cardoso Bittencourt*

**BIOÉTICA E SAÚDE COLETIVA..... 179**

## **CAPÍTULO 9**

POLÍTICA PÚBLICA E BIOÉTICA: A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM QUESTÃO..... 181

*Carlos Alberto Severo Garcia Jr, Maria Claudia Souza Matias e Marta Verdi*

## **CAPÍTULO 10**

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR EM SAÚDE: a relação entre sofrimento moral e a síndrome de burnout..... 201

*Maria Esther Souza Baibich, Marta Verdi e Vanessa Maria Vieira*

## **CAPÍTULO 11**

PROBLEMAS ÉTICOS NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL: a importância da formação histórica e política..... 217

*Juliara Bellina Hoffmann, Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima e Mirelle Finkler*

## **CAPÍTULO 12**

DESAFIOS ÉTICO-CULTURAIS VIVENCIADOS EM UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE ..... 241

*Juliara Bellina Hoffmann, Leandro Ribeiro Molina e Mirelle Finkler*

## **CAPÍTULO 13**

INFLUÊNCIAS DOS TROTES UNIVERSITÁRIOS NA DIMENSÃO ÉTICA DA EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE ..... 261

*Neusa Maria Kuester Vegini e Mirelle Finkler*

**SOBRE AS AUTORAS E AUTORES ..... 283**

# APRESENTAÇÃO

## Celebrando um legado duradouro

Giovanni Berlinguer (1924-2015) foi a nossa inspiração ético-política para a produção das reflexões compiladas nesta obra, que representa uma homenagem profunda e reflexiva ao querido e saudoso professor, médico sanitарista, bioeticista, deputado e senador italiano, membro do Parlamento Europeu e um dos incentivadores da Reforma Sanitária Brasileira. Essa homenagem marca um dos eixos de trabalho e linha de pesquisa do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva (NUPEBISC/UFSC), junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O NUPEBISC é um grupo brasileiro registrado no Diretório de Grupos de Pesquisas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em atuação desde 2009, que congrega professoras(es), estudantes, trabalhadoras(es) e pesquisadoras(es) interessadas(os) nas temáticas bioéticas relacionadas a políticas públicas, biopolítica, educação, humanização da Saúde e às questões éticas nas pesquisas com seres humanos. Desde seu início, o grupo desenvolve uma linha de pesquisa denominada de Bioética Cotidiana, fundamentada na produção teórica crítica de Giovanni Berlinguer.

Em 2024, ano que marca o centenário de seu nascimento e os primeiros 15 anos de existência do NUPEBISC, o grupo se inspira e se motiva para a construção da Cátedra Giovanni Berlinguer de Bioética e Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina, que agrega diferentes instituições nacionais e internacionais alinhadas à visão de Giovanni Berlinguer sobre a integração da ética na ciência, na educação e nas políticas públicas de saúde.

Este ano comemorativo, marca também o lançamento do livro “Bioética Cotidiana e Saúde Coletiva: aproximações e diálogos”, pela Editora da Rede

Unida, uma coletânea de reflexões e pesquisas que se entrelaçam em torno dos princípios e valores defendidos por Berlinguer ao longo de sua trajetória acadêmica, política e ativista. Trata-se de uma análise sobre os diversos desafios éticos contemporâneos na interface entre a Bioética e a Saúde Coletiva, que a cada capítulo oferece uma perspectiva única, convidando leitoras e leitores a construir um mosaico em que se destaca a importância de integrarmos a ética no cerne das práticas e políticas em defesa da saúde e da vida.

O texto está dividido em três partes. A primeira aborda especificamente a vida e obra de Berlinguer dividida em quatro capítulos que exploram diferentes facetas de suas inúmeras contribuições. Desde sua luta pelo direito à saúde e andanças globais na saúde pública e na política, passando por uma reflexão sobre a ética que fundamenta a ação política, até a relevância contemporânea de suas ideias na compreensão de transtornos mentais na infância. A segunda parte da obra, referenciada na Bioética Cotidiana, aborda questões cruciais como equidade em saúde, modos de produção do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade do acesso à atenção primária em saúde, ética na atenção básica à saúde e os ataques ao sistema de avaliação ética das pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. A terceira parte explora outros temas de Bioética e Saúde Coletiva a partir de referenciais distintos, incluindo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), a saúde mental do trabalhador em saúde, a formação histórico-social de participantes do controle social em saúde, e ainda, a influência dos trotes universitários na dimensão ética da educação superior em saúde.

Mais do que uma homenagem a Berlinguer, este livro busca celebrar seu legado duradouro, inspirando-nos a continuar a procura por uma abordagem ética na promoção da saúde, da vida e dos direitos humanos. Que estas páginas ampliem diálogos significativos e comprometimentos éticopolíticos de intervenção, guiados pelas ideias progressistas e humanistas de Giovanni Berlinguer. Para finalizar, vale a memória de uma vivência éticopolítica cotidiana com Giovanni, como ele gostava de ser chamado: certa vez, e o ano era 2.000, perguntado por qual razão andava de bicicleta pelo trânsito caótico

de Roma para se deslocar de casa à Università La Sapienza, respondeu com sua tranquilidade e sabedoria: “Esta é a minha contribuição para as gerações futuras”.

Uma ótima leitura!

Marta Verdi  
Mirelle Finkler  
Fernando Hellmann  
Carlos Alberto Severo Garcia Junior



## PREFÁCIO

Dos muitos privilégios que a vida me concedeu, um deles foi conhecer pessoas relevantes que, de alguma forma, tornam minha existência mais feliz e rica de oportunidades e de exercícios reflexivos que me tiram da zona de conforto intelectual e me colocam diante da necessidade de pensar novas e desafiadoras possibilidades de tentar compreender o mundo em toda a sua complexidade.

Ao receber o convite, que me foi feito por Mirelle Finkler, uma das organizadoras deste livro, para prefaciá-lo, não titubeei em aceitar. Apesar do tempo escasso e da multiplicidade de tarefas nas quais estava submersa, ele me era transmitido por alguém que me chegou há pouco mais de dois anos, porém se tornou indispensável à minha existência, não apenas profissional, mas também pessoal.

Gosto de gente que não tem medo de se posicionar, de assumir os riscos, de ter lado, opinião, ainda que não majoritária. Sinto-me bem em caminhar ao lado de pessoas que aceitam os desafios que nos são colocados todos os dias em um país que luta para manter a coerência democrática, o pacto federativo, o respeito à Constituição e à Dignidade Humana, sempre com um olhar sensível e acolhedor à diversidade e aos vulnerabilizados pelas imensas desigualdades.

Cada pessoa que nos chega para nos acompanhar na complexa e instigante caminhada que se chama vida, vem, de alguma forma, somar, enriquecer nossa existência. Algumas, entretanto, o fazem de forma tão especial que não podemos perder nenhuma oportunidade de estar por perto. É preciso aprender com elas, ouvi-las, refletir sobre o que dizem, receber o carinho que nos dedicam e vivenciar, com elas, o exercício excitante de construir o futuro. Foi assim que me aproximei de Mirelle e pude conhecer o ser humano especial que sabe compatibilizar doçura com firmeza, delicadeza com força e calma e equilíbrio com determinação e objetividade.

Imaginei que, ao me aproximar dela e dos textos deste livro, teria a oportunidade de me encontrar com outras pessoas que, seja na organização, seja na condição de autores e autoras, convidados para comporem a obra, se tornariam interlocutoras e interlocutores de um privilegiado diálogo que eu passaria a ter a partir da leitura, de cada um dos textos.

Para além dos afetos, algumas curiosidades me constrangeram em aceitar o convite. Queria conhecer quem eram e como pensavam os companheiros de jornada de Mirelle Finkler no Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva (Nupebisc), grupo de pesquisa ligado à Universidade Federal de Santa Catarina.

Marta Verdi, Fernando Hellmann e Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, os quais a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) me deu a honra de conhecer, compõem, com Mirelle, a organização desta obra forjada, certamente, nos debates do Grupo de Pesquisa. Foram felizes na definição temática. Foram precisos na escolha dos que comporiam o corpo autoral. Foram zelosos no alinhavo preciso do encadeamento lógico dos textos e no cuidado com o uso correto da linguagem. Esta é uma obra que retrata o espírito científico dos organizadores.

Como pesquisadora e líder de um grupo com as mesmas características, que assumiu a extensão como espaço indispensável a um processo epistêmico que articula Saúde Coletiva e Bioética, mas vinculado ao Direito, tentei, por meio da leitura de cada um dos capítulos, apreender os sentidos e a lógica epistêmica do processo de organização do pensamento, considerando como ponto de partida uma outra lógica, que não a das ciências sociais aplicadas, na qual o Direito se insere e que me é tão familiar.

Na leitura de cada um dos textos, fui tentando estabelecer as conexões que caracterizam o pensamento complexo, de natureza inter e transdisciplinar, capaz de aglutinar pessoas com formações tão diferentes em torno do pensamento de Giovanni Berlinguer, um dos nomes mais marcantes na Bioética mundial e na brasileira de modo especial.

O livro é uma ode à esperança. Um signo carregado de promessas de que nem tudo está perdido; de que a juventude é capaz de rechaçar o

individualismo, que é marca característica dos nossos dias. Assim, os jovens embarcam em uma corrente virtuosa de movimentos capazes de resgatar o que o passado tem de grandioso e rico, como o ativismo militante dos intelectuais progressistas, como Berlinguer, comprometendo-se com o futuro, na medida em que se projetam para o porvir de forma lúcida e racional, compreendendo as complexidades e enredamentos da Revolução 4.0 do pós-humanismo e da pós-verdade.

Discutir a Bioética Cotidiana e a Saúde Coletiva, a partir de Giovanni Berlinguer, é assumir o compromisso de entrelaçar passado, presente e futuro em uma mesma teia virtuosa que haverá de nos impactar a todos e todas na construção de uma nova lógica, com dinâmicas mais leves, mais ágeis, mais fluidas, mas com densidade ética, único caminho possível para a sobrevivência do homem na terra.

A leitura dos textos me remeteu à minha própria história, marca que sou do meu tempo, representante de uma geração que se empenhou nas lutas por Democracia, pela saúde como direito de todos e dever do Estado. Berlinguer nos alimentou no Movimento da Reforma Sanitária, pautou nossa agenda de debates e nos mostrou a importância de acreditarmos que era possível lutar por igualdade. Lembro-me, ainda, dos primeiros textos de Berlinguer que foram devorados por mim em uma descoberta de fundamentações teóricas que me ajudaram a estabelecer bases e crenças acerca daquilo pelo qual lutávamos e que desejávamos construir e estabelecer no Brasil.

Não era apenas a compreensão da Saúde Coletiva e do direito à saúde e à vida como uma questão de justiça social. Era a Saúde coletiva a partir de uma perspectiva ética, política e jurídica mais sofisticada, elaborada e sustentada em uma filosofia humanista que nos ajudou a construir o Movimento Sanitário e nos levou ao Capítulo da Saúde na Constituição de 1988 e ao SUS.

Berlinguer, um socialista convicto, respeitado e admirado por todos, mostrou-nos que a caminhada rumo ao sonho de equidade que nos movia dependia não apenas de elaboração teórica, mas também da militância

forjada nos movimentos sociais. Suas reflexões acerca da Bioética do Cotidiano nos ajudaram no processo de compreensão do modus operandi do mercado em sua busca pelo monopólio do corpo e da vida, com vistas à manutenção das desigualdades injustas, que sustentam os privilégios de poucos, e à manutenção de tantos na condição de subalternização humilhante e degradante.

Ao ler cada um dos capítulos desta obra, rica de experiência e de provocações, sinto-me desafiada a trazer à memória aquilo que nos pode dar esperança. O sonho de uma saúde coletiva, tal qual a pensamos, essencialmente pública, universal, integral e equânime.

Pensar a Saúde Coletiva a partir do pensamento de Berlinguer é pensar a vida, a saúde, a solidariedade e a dignidade como valores sem os quais não é possível falar em Democracia e justiça. Ele foi um pensador à frente do seu tempo, por isso continua atual, podendo e devendo ser trazido ao debate com contribuições inestimáveis à ciência, não somente da saúde e da bioética, mas também de todas as ciências que dialogam com a vida e que interferem no nosso modo de existir. A política e a economia estão na base do pensamento progressista e provocador de Berlinguer.

A obra que nos é oferecida caminha no sentido de, para além de resgatar as bases do pensamento humanista e de justiça social de Berlinguer, oferecer-nos um banquete de reflexões no qual somos convidados privilegiados. Diante desse fausto intelectual com que a obra nos brinda, somos desafiados a uma renovação de votos com a Bioética e com a Saúde Coletiva.

O Nupebisc/UFSC se mostra solo fértil, substrato rico de nutrientes para uma construção teórica e metodológica, necessária e indispensável, capaz de sustentar o momento histórico que estamos vivendo de retomada da Democracia, de resistência ao fascismo, de reposicionamento do Ministério da Saúde para as mãos da sociedade.

A proposição de uma obra que traz como base o pensamento de Berlinguer evidencia os compromissos do grupo de pesquisa Nupebisc com uma Bioética do Cotidiano, sensível dos riscos de um capitalismo que nos

desumaniza e nos insensibiliza para o outro. Um projeto de Estado de economia capitalista, que nos torna serviçais do mercado, não é compatível com a Saúde Coletiva que desejamos e que necessitamos.

Elda Bussinguer

Doutora em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB) e mestra em Direitos e Garantias Fundamentais pela Faculdade de Direito de Vitória (FDV). Coordenadora e Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Direito da FDV. Professora aposentada da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Presidenta da Sociedade Brasileira de Bioética.



## GIOVANNI BERLINGUER: HISTÓRIAS E MEMÓRIAS



Berlinguer em frente à estátua de Sérgio Arouca na sede da Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.



# CAPÍTULO 1

## GIOVANNI BERLINGUER: uma trajetória de luta pelo direito à saúde

Marta Verdi  
Eliane Ricardo Charneski  
Luana Silvestre Pereira dos Santos



### **Giovanni Berlinguer: um pouco de história**

A contemporaneidade das ideias, posicionamentos políticos e ativismo de Giovanni Berlinguer sinaliza a necessidade de manter seu legado histórico vivo na saúde coletiva e na bioética brasileiras. Médico italiano, sanitarista, bioeticista, professor e militante de destaque nas lutas pelo direito à saúde, Berlinguer faleceu em abril de 2015, deixando contribuições imensuráveis ao campo da bioética e da saúde pública italiana, brasileira e mundial. Dentre suas inúmeras contribuições, no campo da epistemologia da bioética, se destaca

a formulação teórica denominada Bioética Cotidiana, motivação conceitual deste livro, constituindo-se como um referencial de análise de problemas éticos próprios de realidades socialmente injustas.

Dada a proximidade e o envolvimento com a obra acadêmica de Berlinguer, o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) produziu um espaço de homenagem capaz de apresentar ao público o percurso do autor. Nesse sentido, em agosto de 2019, durante o IV Congresso Catarinense de Saúde Coletiva, a exposição “Giovanni Berlinguer – Uma história de luta pelo direito à saúde”, buscou articular elementos audiovisuais e literários para expor e difundir sua obra e sua trajetória de vida acadêmica, política e militante. Tal exposição assumiu um sentido comemorativo, na verdadeira acepção etimológica da origem latina da palavra comemoração, ou seja, *commemorare* – significa trazer à memória.



### **Da Sardega para o mundo acadêmico**

Nascido em 1924, em Sassari, na ilha da Sardega/Itália, Giovanni Berlinguer cresceu em uma Itália recém-unificada e em recuperação dos resultados da I Guerra Mundial. No decorrer de sua juventude, vivenciou o curso da II Grande Guerra e o levante fascista, desde a ascensão até sua dissolução. Filho de Maria Loriga e de Mario Berlinguer, um advogado defensor dos direitos

humanos, Giovanni habitou um ambiente familiar de aliados ao movimento da resistência antifascista italiana (Lima, 2012; Garrafa & Amarante, 2015).

É nessa caótica conjuntura política e cultural que Giovanni cresceu junto de seu irmão Enrico Berlinguer, ambos desde muito jovens sendo expostos à convivência com lideranças políticas e movimentos de resistência. Enrico seguiu o caminho da militância política e tornou-se, anos mais tarde, secretário-geral do Partido Comunista Italiano (PCI), enquanto Giovanni ingressou no universo acadêmico da medicina.

Em 1952, titulou-se médico pela Universidade de Roma “La Sapienza”, apresentando uma tese de conclusão de curso com reflexões sobre as condições sanitárias da população urbana da capital italiana. Tal temática sempre esteve presente em sua trajetória acadêmica. Nesse sentido, seguiu seus estudos até obter, em 1958 e 1964, respectivamente, as habilitações para ensinar Higiene Sanitária e Medicina Social (Berlinguer, 1977).

Sua trajetória docente foi longa, iniciando no final dos anos 1950 como professor assistente em Higiene Sanitária, em Siena, e encerrando em 1999, por aposentadoria compulsória da Universidade de Roma “La Sapienza”. Entretanto, um dos percalços mais conhecidos de sua carreira, ocorreu no início dos anos 1960, período em que estagiou no Instituto de Parasitologia da Universidade de Roma, e se preparava para participar do concurso pela cátedra de parasitologia.

Giovanni relata em seu livro *Minhas pulgas* que sua produção acadêmica na época era considerada comprometedora, pois seus trabalhos e estudos revelavam um evidente interesse social, o que não era bem visto nas ciências básicas. Assim, desenvolveu uma tese sobre as pulgas italianas, que acabou por ser reprovada pela banca, retardando em uma década a sua entrada na academia. Assim, sua trajetória para receber a titulação de professor universitário se iniciou na área de biologia básica, embora partisse de si um imenso interesse em realizar pesquisas sanitárias no campo social, tal feito não foi possível devido à falta de credibilidade científica destas naquele tempo. Esta adversidade resultou no engraçado título de “especialista em pulgas”, uma vez que o inusitado assunto sobre as pulgas foi o tema de sua pesquisa apresentada para titulação (Berlinguer, 1991).

Após esse episódio, Berlinguer retornou à Sardegnna, para assumir como titular do Departamento de Medicina Social, na Universidade de Sassari, onde permaneceu entre 1969 e 1974. É somente em 1975 que ingressou finalmente na Universidade de Roma “La Sapienza” na Faculdade de Ciências, para o ensino de Fisiologia e Higiene do Trabalho, sendo aprovado na banca com menção de reconhecimento ao capítulo sobre as pulgas como o de maior relevância no seu trabalho.

Destarte, Giovanni introduziu a temática histórica e sociopolítica no meio acadêmico, defendendo a importância da articulação destes ao campo da saúde, uma vez que defendia uma ampla compreensão do contexto de causalidade de doenças na Itália. Essa contribuição positivamente foi uma das que mais reverberou na Itália e no mundo, a aliança entre compreensão do contexto social e a saúde resultou não somente em várias obras, mas em mudanças concretas na realidade social, como, por exemplo, a influência junto aos movimentos sanitários na Itália e na América Latina, em especial, no Brasil (Garrafa; Amarante, 2015).

A partir dos anos 1990, dedicou-se aos estudos e ensino da bioética, tendo expressiva participação nas instâncias nacionais e internacionais no campo, assumindo como membro do Conselho Nacional de Saúde Italiano (1994 a 1996) e como presidente do Comitê Nacional de Bioética/Itália (1999 a 2001).

Em nível internacional, atuou em diferentes associações e organismos internacionais, como o Comitê Internacional de Bioética da UNESCO de 2001 a 2007, quando foi relator da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. Além disso, participou da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2005-2008).

Uma visão crítico-social e uma densa reflexão sobre a sociedade contemporânea ancoraram seu percurso acadêmico, sua ativa militância política e pautaram a construção de novos olhares sobre a Saúde Pública e as Políticas Públicas, além de fortalecerem a produção da denominada Bioética Cotidiana na sua fase mais tardia.



### **A saúde como direito - um compromisso político**

Embora tenha sido seu irmão, Enrico Berlinguer, quem teve uma atuação destacada no contexto político italiano, Giovanni continuou a carregar consigo a premissa de priorizar e refletir mais profundamente sobre a saúde e o trabalho a partir da interseccionalidade das dimensões social, cultural e política da vida. Em paralelo à atuação como docente e produção científica, Giovanni também se dedicou à militância e ao envolvimento em cargos públicos. Por mais de 20 anos foi filiado ao Partido Comunista Italiano, tendo uma destacada participação (Lima, 2012).

A trajetória política de Berlinguer inicia-se no período estudantil, quando assumiu como presidente da União Internacional dos Estudantes, de 1949 a 1953, período no qual esteve pela primeira vez no Brasil a convite da União Nacional dos Estudantes (UNE). Sua carreira no legislativo também foi longa, iniciando como Conselheiro da Província e do município de Roma (1965 a 1969), sendo posteriormente eleito por três legislaturas consecutivas como deputado em 1972, 1976 e 1979, e como senador da República Italiana em 1983 e 1987. Após se aposentar na universidade, retornou à atividade política, elegendo-se deputado do Parlamento Europeu em 2004, com mais de 80 anos (Conti; Figà-Talamanca; Salerno, 1998).

Dentre os principais legados de Berlinguer no Parlamento, sobressaíram três atos legislativos expressivos para a sociedade italiana no ano de 1978: 1) “Lei Basaglia”, lei italiana de Saúde Mental, de 13 de maio de 1978 que significou

uma grande reforma no sistema psiquiátrico na Itália, com o movimento pelo fechamento dos manicômios; 2) Lei da Regulamentação do Aborto, de 22 de maio de 1978, na qual seu papel de relator foi fundamental para a aprovação, considerando ser a Itália um país fortemente católico, chamou a atenção da imprensa mundial pela sua autoridade moral, competência e habilidade política na condução (Garrafa; Amarante, 2015); 3) a Lei do Serviço Sanitário Nacional, de 23 de dezembro de 1978, que imprimiu as mudanças na estrutura da atenção sanitária na Itália.

Giovanni também participou ativamente na Central Geral Italiana de Trabalhadores (CGIL) desde 1950, além de ter sido membro do Conselho Nacional de Saúde (1994-1996).



### **Contribuições para o Brasil e a América Latina**

Berlinguer desenvolveu um relacionamento especial com a América Latina, foram inúmeras as participações em eventos e congressos, bem como os momentos em que dispôs sua expertise para dar suporte a entidades e governos.

Sua atuação política e acadêmica na Itália veio a inspirar a produção de conhecimento e movimentos da área da saúde pública latinos. A partir da década de 1970, seus livros foram traduzidos para as línguas espanhola e portuguesa, tendo recebido uma excelente acolhida. Sua ancoragem teórica marxista e sua

abordagem ético-política sobre os problemas de saúde contribuiu sobremaneira para a constituição e o fortalecimento de um arsenal bibliográfico para a formação de profissionais críticos, políticos e comprometidos com as políticas públicas de saúde.

Como esperado de Giovanni, sua participação extrapola a formação por meio da via acadêmica, tendo ele influenciado nos principais movimentos políticos do campo sanitário, também veio a apoiar e integrar a entidades como a Associação Latino-americana de Medicina Social (ALAMES) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) (Garrafa; Amarante, 2015).

Giovanni sempre foi um excelente contador de histórias, em especial, histórias de suas vivências pelo mundo acadêmico e político. Tinha gosto de contar que uma de suas mais marcantes passagens pelo Brasil ocorreu no ano de 1951, em visita como diretor da União Internacional dos Estudantes, quando participou de diversas manifestações e reuniões com universitários no Rio de Janeiro. Na ocasião, colecionou a anedota de ter sido ameaçado de expulsão do país pelo deputado Carlos Lacerda, que o acusou de ser um perigoso “espião russo”. Com seu costumeiro bom humor e tino político aguçado, ao receber o título de Cidadão Honorário de Brasília, em 1999, agradeceu pela segurança de não mais poder sofrer qualquer “tentativa de expulsão do Brasil” (Lima, 2012).

Nos anos 1970 e 1980, marcados pela conjuntura política do período da ditadura militar no Brasil e outros países da América Latina, Berlinguer militou e apoiou os movimentos de luta pela democratização da saúde, influenciando inclusive o Movimento Sanitário Brasileiro, que enraizou, como não poderia ser diferente, influências ideológicas do Movimento Sanitário Italiano (1959 a 1978). Deste modo, em certo sentido rizomático, o Sistema Único de Saúde brasileiro foi nutrido a partir desta ancoragem político-ideológica e da experiência de gestão ético-política de políticas públicas experimentadas na Itália (Berlinguer; Teixeira; Campos, 1988).

Dentre as inúmeras participações em congressos nos quais Berlinguer esteve presente em território brasileiro, se destacam o 6º Congresso Mundial de Bioética e o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado junto ao

XI Congresso Mundial de Saúde Pública. O primeiro evento, realizado em Brasília pela International Association of Bioethics e pela Sociedade Brasileira de Bioética no final de 2002, foi marcado pela politização da pauta bioética. Na ocasião, Giovanni proferiu a Conferência de Abertura sobre a temática central “Bioética, Poder e Injustiça” (Garrafa, 2012).

A convite da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a qual manteve estreita relação ao longo de sua vida, participou do 8.º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado junto ao XI Congresso Mundial de Saúde Pública, ocorrido no Rio de Janeiro em agosto de 2006. Com o tema central “Saúde Coletiva em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas”, a ABRASCO se afirmou no cenário internacional com a contribuição de Berlinguer e seu olhar bioético sobre as desigualdades sociais e as políticas públicas de saúde.

Em janeiro de 2003, Giovanni veio ao Brasil mais uma vez como convidado especial do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, para participar da sua posse como representante da CGIL. No Brasil, ainda contribuiu de modo inestimável para a construção e capilaridade do CEBES e potencializou o reconhecimento nacional da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (Lima, 2012).

Foi agraciado com inúmeros títulos pelo mundo afora. Destaca-se o título de Doutor *Honoris Causa* pela Universidade de Brasília, título recebido também nas Universidades de Montreal/Canadá, Havana/Cuba e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Suas contribuições também se desdobram por um espectro diplomático, um destes exemplos reside em sua ação como um dos interlocutores internacionais que atuaram no pós-guerra em El Salvador, momento no qual auxiliou na construção de acordos de paz que permanecem até hoje, conciliando a luta revolucionária da esquerda pela igualdade e democracia com uma direita autoritária. No Brasil, sua contribuição foi para com a construção da reforma sanitária nacional, movimento que desemboca na universalização e constitucionalização do direito de acesso à saúde de todos os brasileiros.



### Uma troca de estradas, o encontro com a bioética

A aproximação de Berlinguer para com a bioética se estabeleceu mais firmemente na transição da década de 1980 para 1990, período no qual o autor mergulhou profundamente neste campo do conhecimento, dedicando-se assiduamente para o estudo desta área do conhecimento.

Imergindo no campo, Berlinguer passou a construir suas próprias interpretações e postulações, concentradas na contemplação do mundo do trabalho, direito das novas gerações, regulação do mercado e oposição à mercantilização da vida (Lima, 2012).

Este contato com a bioética se destaca como um marco de grande importância para a área, e o legado resultante da capacidade crítica do autor, respaldada pela reflexão sobre o cotidiano, contribuiu significativamente para o estabelecimento de novas perspectivas e direcionamentos na área. Neste campo, o autor pôde incorporar seus conhecimentos quanto à saúde pública e situações a elas relacionadas.

No campo bioético, dedicou-se à formulação de um referencial teórico que designou como Bioética Cotidiana, buscando fazer o contraponto ao modelo explicativo da bioética principialista, carregada com a ideia do “princípio de justiça” derivado de um ponto de vista marcadamente anglo-saxão (Garrafa; Amarante, 2015).

Nessa construção teórica, Berlinguer pensou a bioética a partir de duas principais vertentes, sendo a primeira referente à bioética de situações limites ou de fronteira e o segundo, a bioética das situações cotidianas. Na primeira, *a atenção é dirigida, sobretudo, para os casos de situações limite, negligenciando-se com frequência os problemas morais e científicos que envolvem milhões e até bilhões de homens na vida cotidiana* (Berlinguer, 1993, p. 21).

O segundo campo referido, a bioética que contempla o cotidiano, implicou talvez sua maior marca na área, podendo ser compreendida como uma bioética que promove a reflexão ética ao olhar para as situações da vida cotidiana, que invariavelmente envolve população vulnerabilizada, frequentemente negligenciadas, silenciadas ou negadas. Assim, assume o compromisso de direcionar o olhar para temas frequentemente silenciados, que são alvo da apatia seletiva ou que estão tão internalizados na sociedade a ponto de tornarem-se normais, fazendo com que a sociedade falhe em perceber a falta de ética ao lidar com os mesmos (Lima, 2012).

Nessa visão ética de Berlinguer, se destacam questões como as desigualdades sociais, as iniquidades na atenção à saúde, o direito universal à saúde, os direitos reprodutivos, a ética da prevenção, dentre outros. Uma das estratégias na formulação da Bioética Cotidiana é mobilizar as análises a partir dos processos marcantes como o nascer, o viver e o morrer dos seres humanos, considerando as dimensões social, política e cultural pertencentes a um contexto no qual, embora haja abundância de desenvolvimento tecnológico e de comunicação global, a maior parcela da população tem o acesso a benefícios dificultado ou obstaculizado, resultando na violação dos seus direitos sociais e até dos próprios direitos humanos básicos (Berlinguer, 2004, 2011).

As ideias de Berlinguer se espalharam na área, sendo bem recebidas tanto no campo da bioética, como na saúde coletiva. Essa visão crítico-social da bioética contribuiu para fortalecer um movimento de crítica à vertente principialista anglo-saxônica, introduzindo na agenda da bioética internacional temáticas que perpassam a vida cotidiana (Lima, 2012).

Seu envolvimento no campo bioético se expressou por meio da participação política em eventos como o 6º Congresso Mundial de Bioética, de

onde se originou a Rede Latino Americana y do Caribe de Bioética da UNESCO – Redbioética (Garrafa, 2012). A experiência de Berlinguer na bioética, seu engajamento acadêmico-político nas entidades e experiência no campo político, contribuíram para que suas ponderações fossem bem recepcionadas pela Unesco.

Nesse sentido, Giovanni atuou como presidente e depois como vice-presidente do Comitê Italiano de Bioética (1998 a 2000), foi membro do Comitê Internacional de Bioética da Unesco (2001 a 2007), onde assumiu protagonismo fundamental na relatoria do rascunho que veio a ser base da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (homologada em 2005). Por fim, foi eleito Presidente de Honra do Comitê Nacional Italiano de Bioética (2006).

## Referências

- Berlinguer, G. (1977). *Malaria urbana – patologia delle metropoli*. Milano: Feltrinelli.
- Berlinguer, G., Teixeira, S. F., & Campos, G. W. S. (1988). *Reforma sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Berlinguer, G. (1991). *Minhas pulgas*. São Paulo: CEBES/Hucitec.
- Berlinguer, G. (1993). *Questões de vida – ética, ciência, saúde*. Salvador/São Paulo/Londrina: APCE/HUCITEC/CEBES.
- Berlinguer, G. (1996). *Ética da saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Berlinguer, G. (2004). *Bioética cotidiana*. Brasília: Ed. UnB.
- Berlinguer, G. (2011). *Storia della salute – da privilegio a diritto*. Firenze: Giunti Editore.
- Conti, P., Figà-Talamanca, I., & Salerno, S. (1998). *Invito alla lettura di Giovanni Berlinguer*. Roma: Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro/Ministero della Salute d'Itália.
- Garrafa, V. (2012). O Congresso Mundial de 2002, a Declaração da UNESCO de 2005 e a ampliação e politização da agenda internacional no século XXI. In: Porto, D. et al. *Bioéticas, poderes e injustiças – 10 anos depois*. Brasília: CFM/Cátedra UNESCO de Bioética/SBB, 23-42.
- Garrafa, V., & Amarante, P. (2015). Giovanni Berlinguer – entre o cotidiano e as fronteiras da vida humana. *Saúde em Debate*, 39(107), 912-919.
- Lima, R.C.G.S. (2012). Giovanni Berlinguer: uma história de luta pela consolidação do direito à saúde. In: Hellmann, F. et al. *Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos*. Florianópolis: DIOESC, 18-35.



## CAPÍTULO 2

# GIOVANNI BERLINGUER: andanças de um cidadão do mundo pela saúde pública, pela política e pela bioética<sup>1</sup>

Volnei Garrafa  
Paulo Duarte de Carvalho Amarante

### Introdução

Giovanni Berlinguer, além de médico, cientista e político, foi uma personalidade referencial da cultura, da ciência e da política italiana e mundial do século XX. Nasceu em Sassari, na ilha da Sardenha, em 9 de julho de 1924 e faleceu em 7 de abril de 2015, em Roma, aos 90 anos. Pela sua importância histórica para a República Italiana, seu corpo foi velado em cerimônia pública durante dois intensos dias no Campidoglio, o histórico palácio presidencial italiano, seguido de emotivas cerimônias funerais na Aula Magna da Universidade La Sapienza, à qual dedicou mais de três décadas de profícua vida acadêmica.

Toda sua vida esteve marcada por uma atuação acadêmica e política profundamente coerente com os princípios que abraçou ao longo de sua existência. Desde muito cedo abraçou o marxismo, filiando-se ao Partido Comunista Italiano (PCI), ao qual se manteve leal até sua extinção, nos anos 1990. Na universidade, caracterizou-se por ser um investigador crítico, avançado para seu tempo, tratando – por meio da prática dialética – especialmente compreender e

---

<sup>1</sup> O presente texto, com alguns ajustes, foi publicado originalmente na revista *Saúde em Debate*, órgão oficial do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), histórica entidade da qual os dois autores já exerceram o cargo de presidente. A publicação deste texto foi devidamente autorizada pela revista *Saúde em Debate*.

propor soluções para as inaceitáveis disparidades sociais constatadas no mundo contemporâneo. Como ateu por convicção, jamais deixou de tratar todas as religiões, seus representantes e seguidores com admirável respeito e dignidade, ao ponto de, em muitas ocasiões, ser convidado para eventos acadêmicos promovidos por grupos das mais diferentes origens e tendências religiosas. Como italiano, manteve uma relação distante, mas sempre respeitosa, com a Igreja Católica, inclusive nos tempos em que, como deputado nacional, foi relator da vitoriosa lei do aborto no Congresso Nacional daquele país.

O objetivo do presente texto é fazer um breve recorrido pela biografia acadêmica e política deste ilustre personagem, registrando algumas de suas principais características, e o legado que deixou para a humanidade, muito especialmente nos campos da medicina social, da saúde pública, da política e da bioética.

## **Biografia científica**

Filho do notável advogado sardo Mario Berlinguer, que foi defensor dos direitos humanos durante a resistência italiana na primeira metade do século passado, e especialmente durante as duas grandes guerras mundiais, começou a carreira acadêmica como professor de Medicina Social na universidade local, na ilha de Sarda, até 1974. A partir desse ano, assumiu a cátedra de Saúde do Trabalho na Università La Sapienza, em Roma, onde ficou até se aposentar obrigatoriamente aos 75 anos, em 1999.

Na universidade romana, Berlinguer, conquistou o título de professor titular por conta da notável defesa da sua tese na área biológica básica, pois, na época, seu departamento original (Biologia Animal e Humana) considerava as pesquisas sanitárias ligadas ao campo social (que eram do seu interesse) como “coisas pouco científicas”. Por este motivo absurdo, escolheu estudar, com um tom bastante crítico, o assunto das “pulgas italianas”, tema absolutamente original para a época e proporcionou aos leitores, duas décadas depois, um bem-humorado livro intitulado *Minhas pulgas*, que teve como subtítulo “como por meio delas me envolvi com a ciência”, e no qual se autodenominou “o maior – e único – especialista italiano em pulgas” (Berlinguer, 1988).

Seu desejo, na época, era estudar as epidemias, como a cólera e outras doenças que afetavam grandes contingentes populacionais e que ocorriam em diferentes regiões italianas. Infelizmente, como já foi dito, a academia asséptica da época, desaprovava os assuntos sanitário-sociais e coletivos, considerando-os de natureza não científica.

Após o exame de cátedra pelo qual se formou professor pleno da universidade romana, introduziu definitivamente a temática dialético-histórica e sociopolítica no contexto da causalidade das doenças na Itália, e no mundo inteiro, pois suas agudas e precisas contribuições também produziram fortes impactos na interpretação internacional da questão.

Suas atividades acadêmicas e políticas – como apresentaremos adiante, resultaram em profundas e decisivas mudanças na estrutura da atenção sanitária italiana, incluindo as decisões sobre o fechamento dos manicômios (Berlinguer, 1969b), e a aprovação legislativa e plebiscitária nacional das leis do aborto em um país que é berço do catolicismo (Berlinguer, 1978a, 1978b, 1978c).

*Psiquiatria e poder* foi o seu primeiro livro publicado no Brasil, por uma editora do estado de Minas Gerais, no ano de 1976, teve grandes repercussões por ser a primeira obra a difundir o extraordinário processo da reforma psiquiátrica desenvolvido e liderado pelo seu amigo Franco Basaglia na Itália, ainda antes da aprovação do próprio projeto de lei que depois se tornou conhecido como a “Lei Basaglia” e que determinou a extinção dos hospitais psiquiátricos do país (Berlinguer, 1976b).

Outra característica essencial a ser registrada neste texto memorial é a exemplar disciplina em publicar suas pesquisas, trabalhos, além de suas experiências legislativas, em revistas científicas especializadas e livros. Entre algumas das principais publicações da sua vasta obra, podem-se mencionar muito especialmente: *La macchina uomo* (Berlinguer, 1960); *La sanità pubblica nella programmazione economica – 1964-1978* (Berlinguer, 1964); *Sicurezza e insicurezza sociale* (Berlinguer, 1968); *Le salute nelle fabbriche* (Berlinguer, 1969a); *La strage degli innocenti* (Berlinguer & Terranova, 1972); *Medicina y política* (Berlinguer, 1973); *La riforma*

*sanitaria* (Berlinguer & Scarpa, 1974); *Malaria urbana* (Berlinguer, 1976a); *Infortuni sul lavoro dei minori* (Berlinguer, Cecchini & Terranova, 1977); *La malattia* (Berlinguer, 1984). Por sua vez, *Medicina e política* (Berlinguer, 1978d), foi o primeiro livro internacional editado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), histórica entidade acadêmica – política – sanitária brasileira fundada em 1976, na sua primeira coleção chamada “Saúde em Debate”, texto que se tornou um clássico obrigatório para a formação política dos profissionais de saúde do país na época.

No final dos anos 1980, Berlinguer se apaixonou pela bioética, um novo campo de estudo que estava começando a tornar-se conhecido. Nas suas próprias palavras, “*ho deciso di cambiare di strada*”. Porém, apesar de abraçar esta disciplina, jamais abandonou sua área original da saúde pública. Pelo contrário, tentou construir uma nova e original “ponte” entre a bioética e a saúde coletiva por meio do que chamou de “bioética cotidiana”, ou seja, a ética da vida “daquelas coisas que acontecem todos os dias e que já não deveriam estar acontecendo” (Berlinguer, 1991, 2000).

Já na bioética, passou a ser convidado a grandes eventos internacionais como o V Congresso Mundial, promovido pela International Association of Bioethics (IAB), realizado no Imperial College, em Londres, no ano 2000, e o VI Congresso Mundial, realizado em Brasília, no ano 2002, sob o tema “Bioética, Poder e Injustiça”, no qual ministrou a conferência inaugural. Logo depois, em 2003, foi nomeado membro do International Bioethics Committee (IBC) da Unesco, sendo, conjuntamente com o filósofo filipino Leonardo de Castro, o relator principal dos primeiros rascunhos ligados à futura Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, homologada em Paris dois anos depois, em 2005. Especialista internacional no assunto, Berlinguer foi membro do Conselho Editorial da revista símbolo do Cebes – *Saúde em Debate*.

No mesmo período, foi designado como presidente do Comitê Nacional de Bioética da Itália, em um raro momento de espaço moralmente plural e politicamente laico da entidade, da que posteriormente seria

presidente de honra. Recebeu também os prêmios de Doutor Honoris Causa nas universidades de Montreal (Canadá), La Habana (Cuba), da Universidade de Brasília (Brasil) e da Fundação Oswaldo Cruz (Brasil).

## **Biografia política**

Giovanni Berlinguer começou cedo na política, inspirado pelo pai e pela companhia do irmão Enrico, que alguns anos depois se tornaria secretário-geral do Partido Comunista Italiano (PCI) e um dos mais proeminentes líderes comunistas mundiais, como cocriador do Eurocomunismo, doutrina que confrontou o centralismo socialista soviético. Enquanto estudante, foi secretário e presidente da União Internacional de Estudantes entre os anos 1949 e 1953. Depois, entrou na vida política propriamente dita, tornando-se um dos líderes mais importantes do PCI, respeitado e admirado até mesmo por seus adversários, pela forma respeitosa e elegante – apesar de sempre agudo e objetivo – de fazer política.

Teve também uma intensa atuação legislativa. Com 82 anos, foi eleito, com expressiva densidade eleitoral, deputado do Parlamento Europeu de Estrasburgo pelo Partido Socialista Europeu. Anteriormente, tinha sido deputado em três legislaturas (1972, 1976 e 1979) e senador em outras duas (1983 e 1987). Foi também conselheiro do Município de Roma, função para a qual foi reeleito no ano de 1985, sempre pelo seu amado PCI.

Personalidade do primeiro plano da cultura e da ciência italiana e mundial, contribuiu, por meio de sua atividade política, cultural e acadêmica nos campos da medicina social e da bioética – com seus quase 50 livros e centenas de trabalhos acadêmicos publicados – à difusão da cultura científica e à análise crítica do sistema sanitário italiano e mundial. No seu país de nascimento, além do que já foi mencionado, foi também escolhido no ano 1999 como *Cavaliere di Gran Croce dell'Ordine al merito della Repubblica Italiana* e recebeu a Medalha de Ouro, no ano de 2001, concedida especialmente aos membros beneméritos da Cultura e da Arte da Itália.

Por causa das suas pesquisas e livros na área da saúde dos trabalhadores (BERLINGUER, 1968; BERLINGUER, 1969a; BERLINGUER; CECCHIN; TERRANOVA, 1977), teve uma relação muito próxima com as centrais sindicais italianas, especialmente a CGIL (*Centrale Generale Italiana dei Lavoratori*) entidade historicamente próxima ao PCI. Na posse do presidente do Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva, em janeiro de 2002, compareceu como convidado especial na cerimônia oficial realizada em Brasília, em representação daquela forte organização sindical peninsular.

Também em Brasília, no final do ano de 1999, recebeu o título de Cidadão Honorário da Cidade, outorgado pela Câmara Legislativa do Distrito Federal brasileiro. Naquela oportunidade, agradeceu com seu peculiar senso de humor, lembrando que a partir de então – com o título recebido – já não poderia ser expulso do país, referindo-se à tentativa de sua repatriação pelo governo conservador no ano de 1951, durante um percurso político nacional como presidente da União Internacional de Estudantes. A justificativa, nas suas próprias palavras, era que ele seria um “perigoso agente comunista russo disfarçado, cujo nome original seria Gofrei Berlik”.

Por ocasião do seu falecimento, o presidente da República Italiana, Sergio Mattarella, pronunciou em uma mensagem oficial as seguintes palavras com relação à “límpida figura de Giovanni Berlinguer”. Foi uma personalidade brilhante e dotada de um alto senso moral; médico de grande valor que soube unir na sua extensa trajetória, paixão civil e rigor científico, com um senso de profunda humanidade.

## **“Errando” pela América Latina**

Foram incontáveis as vezes em que Giovanni esteve na América Latina, convidado a participar em eventos científicos e congressos, além de proporcionar assessoria técnica e política a entidades e governos. Como tinha uma forma muito peculiar e bem-humorada de se expressar, em um de seus textos denominou sua experiência na região como “20 anos errando pela América Latina”, dando à

palavra “errando” um duplo sentido: de “erro”, de estar aqui cometendo erros; e de “errante” por se tratar de uma pessoa de vida livre que andava de norte a sul pela região, sem nenhum compromisso ou responsabilidade.

Pela atuação na Itália, seu nome, além de ficar conhecido em diferentes partes do mundo, tornou-se especialmente referência na América Latina, onde, parte de seus livros tiveram uma calorosa acolhida, sendo traduzida para o espanhol e para o português, a partir do final da década de 1970. Tais publicações, além de seu importante papel no desenvolvimento das políticas sanitárias em muitos países, foram diretamente responsáveis pela formação acadêmico-política de milhares de profissionais e militantes das mais diferentes profissões da saúde em toda a região.

Além da ação teórica acima mencionada, teve uma influência prática direta nos principais movimentos políticos do campo sanitário regional, por meio do seu apoio e participação ativa junto a combativos organismos como a Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

Países como Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Equador, México, El Salvador, Uruguai e outros, cujo registro foge da nossa memória, receberam suas sempre simpáticas e profundas palavras em diferentes momentos, ainda durante os difíceis tempos em que ditaduras militares sangrentas assolaram a região. Assuntos diplomáticos como estes, complexos para um pesquisador estrangeiro, jamais o impediram de participar criticamente dos eventos e iniciativas aos quais era convidado. Pelo contrário, nessas ocasiões, o tom das suas intervenções se tornava ainda maior e mais crítico.

Em El Salvador, por exemplo, foi designado, no período inicial do pós-guerra, como um dos principais interlocutores internacionais para trabalhar na difícil construção dos acordos de paz que até hoje perduram entre os revolucionários guerrilheiros de esquerda lutando pela igualdade e a democracia, e os governantes da direita autoritária que governava o país.

No Brasil, a difícil construção da reforma sanitária nacional, que culminou com a universalização constitucional do acesso de todas as pessoas à

saúde e que foi o resultado de quase duas décadas de lutas, teve em Berlinguer um dos seus mentores intelectuais e seu patrão. Em determinado momento, foi alcunhado pelo saudoso sanitarista e deputado Sergio Arouca como “Patrono da Reforma Sanitária Brasileira”. Participou no país de diversas Conferências Nacionais de Saúde, sempre como convidado especial e um de seus principais palestrantes. Na X Conferência, realizada no mês de setembro de 1996, marcou sua presença festiva e honrosa na Assembleia do Cebes, convocada paralelamente à Conferência, ocasião em que, por acaso, um dos autores do presente texto passava a gestão da presidência da entidade (Volnei Garrafa – gestão 1994/96) para o outro (Paulo Amarante – gestão 1996/98).

Muitos outros exemplos poderiam aqui ser lembrados, em diferentes países e nos mais diversos momentos. De qualquer forma, apesar das ditaduras e dos governos repressivos que Berlinguer vivenciou enquanto esteve “errante” pela América Latina, seus livros e textos passaram ano após ano de mão em mão, contribuindo substantivamente para a efetiva politização da saúde em toda a região.

## **Da Medicina Social e Saúde Pública à Bioética**

A chegada de Berlinguer à bioética, além de constituir um marco importante para a área pela sua capacidade crítica de adicionar novas visões e interpretações, foi especialmente providencial no sentido da revisão dos seus fundamentos em relação aos macrotemas cotidianos trabalhados até então de modo muito superficial pela teoria principalista estadunidense, que privilegia a tema individual da autonomia em detrimento do tema coletivo relacionado com o “princípio de justiça”, propondo uma unilateral visão anglo-saxônica.

Sua mente inquieta dividiu teoricamente a temática da bioética em dois grandes campos: a bioética das situações limites ou de fronteira do conhecimento e do desenvolvimento científico e tecnológico; e a bioética das situações cotidianas, dos problemas que acontecem diariamente na vida das pessoas, comunidades e nações e que, segundo ele, não deveriam mais estar acontecendo.

Dentro destas divisões, incorporou todo seu conhecimento de saúde pública e das situações com ela relacionadas. No cerne das situações limites

estavam os assuntos produzidos pelo desenvolvimento científico e tecnológico; e no dos assuntos cotidianos, estavam a exclusão social, a não universalidade ao acesso à saúde, a iniquidade na atenção sanitária, a pobreza, o analfabetismo, etc.

Assim, as ideias de Berlinguer começaram a “contaminar” a agenda bioética internacional com assuntos histórico-sociais, temas estes muito bem aproveitados pela bioética latino-americana a partir do início do século XX, especialmente depois do Sexto Congresso Mundial, realizado em Brasília, quando aconteceu a primeira reunião efetiva com vistas à criação da Rede Latino-Americana y do Caribe de Bioética da Unesco (Redbioética). Se por um lado, não cabe dúvida com relação à paternidade da politização da agenda bioética internacional por parte da Redbioética, por outro, uma das sementes iniciais mais vigorosas deste forte processo dinâmico e dialético foi plantada por Berlinguer, com suas reflexões que construíram uma ponte inicial indispensável entre a (bio)ética e as questões sociopolíticas da atualidade.

Em termos mais concretos, suas ideias tiveram uma expressiva recepção na Unesco. Como membro de seu *International Bioethics Committee*, como dito anteriormente, foi designado no ano de 2003 relator do rascunho inicial, que serviu de base para a futura Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que só seria homologada em 2005, depois de muitas e controversas versões iniciais. Suas ideias politicamente progressistas, que incluíam fortemente os assuntos sociais, ficaram plasmadas, sem dúvida, na mente dos demais membros que participavam do processo, de modo que acabaram fazendo parte do texto final, ainda que com algumas mudanças que acabaram acontecendo como consequência das incontáveis consultas e discussões.

Entre seus livros dedicados exclusivamente à ética e bioética, não se podem deixar de mencionar os seguintes: *Questioni di vita – etica, scienza, salute* (Berlinguer, 1991B); *Etica, salud y medicina* (Berlinguer, 1994a); *Etica della salute* (Berlinguer, 1994b); *La merce finale – saggio sulla compravendita di parti del corpo umano* (Berlinguer & Garrafa, 1996); *Il nostro corpo in vendita – cellule, organi, DNA e pezzi di ricambio* (Berlinguer & Garrafa, 2000); e *Bioetica quotidiana* (Berlinguer, 2000).

## Considerações finais - o legado histórico de Giovanni Berlinguer

As iniciativas legislativas de Berlinguer foram decisivas para a construção de normas nacionais que mudaram profundamente a sociedade italiana, como a Lei 833 que instituiu o Serviço Sanitário Nacional (Berlinguer & Scarpa, 1974), a Lei 194 ligada à interrupção voluntária da gravidez (aborto) (Berlinguer, 1978b; 1978c) e a Lei 180, com o apoio direto do também saudoso Franco Basaglia, bioética, para a qual ele foi um dos principais protagonistas internacionais, por meio de constantes participações em atividades institucionais e de produção de orientações teóricas decisivas aos avanços no sentido de um debate mais politizado e mais humano desta disciplina no mundo.

A preocupação constante com a interlocução, com o diálogo e a reflexão estão entre as principais virtudes de Berlinguer, um cientista sempre atento a expor dialeticamente argumentos tanto divergentes quanto concordantes com suas opiniões, procedentes de autores e tendências de orientações também diversas. Sua força criadora, aliada ao seu espírito persistente e indomável de militância, sempre funcionou ao lado de uma surpreendente simplicidade e humildade, um dos seus rasgos mais importantes e próprio dos “grandes”.

Determinado em não deixar seus leitores com dúvidas, sempre procurou expressar o número de argumentos necessários para afastar qualquer sombra de incerteza. Em seus textos científicos, especialmente nos livros, seu cuidado essencial foi de introduzir os temas por meio de rigorosos dados epidemiológicos da realidade, com respeito ao assunto estudado para, em seguida, ir dissecando-os de forma crítica, um depois do outro, com uma racionalidade lógica avassaladora. Seus argumentos raramente deixavam arestas. Mesmo seus adversários mais persistentes reconheciam sua lógica horizontal e sua habilidade com as informações e ideias para tratar desde assuntos simples, até os mais complexos.

É indispensável apontar uma vez mais que cerca de uma dezena do saudoso professor foram traduzidos para o português e publicados no Brasil, a maioria deles em coleções dirigidas pelo Cebes, entidade que lhe nutria

especial admiração e carinho e para a qual, segundo informou pessoalmente aos autores deste texto, doou integralmente todos os seus direitos autorais. Algumas destas obras estão disponíveis para os leitores interessados na biblioteca virtual do Cebes ([www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br)).

Aliás, em temas com os quais sua aflição humana era maior, tornava-se polemista de forma aguda e extremamente dura, utilizando referenciais epidemiológicos atualizados, mas não meramente numéricos, assépticos, frios e remotos à realidade, e sim dialeticamente fundamentados em uma epistemologia solidamente fundamentada. Assim, nestas oportunidades, sofria uma mudança radical, transmutando-se de cientista sóbrio a ator sociopolítico incisivo, que combatia a seus adversários com argumentos fortes e sólidos, utilizando grandes conceitos universais e uma enorme visão de futuro.

Com a morte de Giovanni Berlinguer, o mundo se empobreceu; tornou-se menos crítico, menos orgânico, menos alegre, menos sábio e nós, seus seguidores e amigos, ficamos órfãos.

## Referências

- Berlinguer, G. (1960). *La macchina uomo*. Roma: Editori Reuniti.
- Berlinguer, G. (1964). *La sanità pubblica nella programmazione economica (1964-1978)*. Roma: Leonardo – Edizioni Scientifiche.
- Berlinguer, G. (1968). *Sicurezza e insicurezza sociale*. Roma: Leonardo – Edizione Scientifiche.
- Berlinguer, G. (1969a). *Le salute nelle fabbriche*. Bari: Ed. De Donato. Bari. (Traduzido no Brasil com o título Saúde nas fábricas – 1983. São Paulo: Ed. Hucitec/Cebes).
- Berlinguer, G. (1969b). *Psichiatria e potere*. Roma: Editori Reuniti. (Traduzido no Brasil com o título Psiquiatria e Poder – 1976. Belo Horizonte: Interlivros).
- Berlinguer, G., Terranova, F. (1972). *La strage degli innocenti*. Firenze: Nuova Italia.
- Berlinguer, G. (1973). *Medicina e política*. Bari: Ed. De Donato.
- Berlinguer, G., Scarpa, S. (1974). *La riforma sanitaria*. Roma: Editori Riuniti. (Publicado no Brasil em formato adaptado, com o título Reforma sanitária – Itália e Brasil, com a participação de S. Fleury-Teixeira e G.W.Souza-Campos. 1988. São Paulo: Ed. Hucitec/Cebes).
- Berlinguer, G. (1976a). *Malaria urbana – patologia delle metropoli*. Milano: Feltrinelli.
- Berlinguer, G. (1976b). *Psiquiatria e Poder*. Belo Horizonte: Interlivros.

- Berlinguer, G., Cecchini, I., Terranova, F. (1977). *Infortuni sul lavoro dei minori*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Berlinguer, G. (1978a). *Il dominio dell'uomo*. Milano: Feltrinelli.
- Berlinguer, G. (1978b). *La legge sull'aborto*. Roma: Editori Riuniti.
- Berlinguer, G. (1978c). *Donna e salute*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Berlinguer, G. (1978d). *Medicina e politica*. Coleção Saúde em Debate. São Paulo: Cebes-Hucitec.
- Berlinguer, G. (1984). *La malattia*. Roma: Editori Riuniti. (Traduzido no Brasil com o título *A Doença* – 1988. São Paulo: Ed. Hucitec/Cebes).
- Berlinguer, G. (1988). *Miei pulci*. Roma: Editori Riuniti. Roma. (Traduzido no Brasil com o título *Minhas pulgas – ou como através delas me envolvi com a ciência*. 1991. São Paulo: Ed. Hucitec/Cebes).
- Berlinguer, G. (1991). *Questioni di vita – etica, scienza, salute*. Torino: Giulio Einaudi Ed.. (Traduzido no Brasil com o título *Questões de vida – ética, ciência, saúde* – 1993. São Paulo: Ed. APCE/Hucitec/Cebes).
- Berlinguer, G. (1994a). *Etica, salud y medicina*. Montevideo: Editorial Nordan-Comunidad.
- Berlinguer, G. (1994b). *Etica della salute*. Milano: Il Saggiatore. (Traduzido no Brasil com o título *Ética da saúde* – 1996. São Paulo: Ed. Hucitec).
- Berlinguer, G., Garrafa, V. *La merce finale – saggio sulla compravendita di parti del corpo umano*. Milano: Baldini & Castoldi. (Traduzido no Brasil com o título *O Mercado Humano – estudo bioético da compra e venda de partes do corpo* – edições de 1996 y 2001. Brasília: Editora UnB).
- Berlinguer, G., Garrafa, V. (2000). *Il nostro corpo in vendita – cellule, organi, DNA e pezzi di ricambio*. Milano: Baldini & Castoldi.
- Berlinguer, G. (2000). *Bioetica quotidiana*. Roma: Giunti Gruppo Editoriale. (Traduzido no Brasil com o título *Bioética Cotidiana* – edições de 2004 e 2015. Brasília: Editora UnB).

## CAPÍTULO 3

### **GIOVANNI BERLINGUER: por uma ética que justifique a ação política**

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

#### **Revisitando um patrimônio cultural**

Em tempos de vazio do espaço da política, de ameaça de perda de direitos sociais conquistados, tempos sombrios, em que a dignidade da pessoa humana, a solidariedade e o enfrentamento às desigualdades sociais parecem sucumbir à intolerância, à discriminação e à indiferença; em tempos de saque de valores democráticos conquistados, de formação desenfreada de consumidores e arrefecimento de formação de cidadãos, como dolorida colheita de escolhas políticas inadequadas; em tempos de degeneração do amor, da amizade e de retorno à inescrupulosa manipulação, as perguntas que não querem calar são: como reinventar o sonho coletivo de uma sociedade justa? Como reinventar o sonho individual de viver o cotidiano com alegria e trato ético? Como recuperar o sistema de valores humanos, fluidificados no encontro com realidades individualizadas e perversas, em que biografias são assumidas como soluções para problemas coletivos? Como iluminar uma ética que justifique a boa, racional, razoável e cautelosa ação política?

Neste momento histórico brasileiro, parece-nos oportuno revisar aspectos da vida e da obra daquele que destinou grande parte da vida para a análise histórica, política e social de sociedades capitalistas, nos mais variados períodos da humanidade, visando à construção de argumentos provocativos sobre os descaminhos do bem-viver: Giovanni Berlinguer.

A conjuntura atual convida-nos para este passeio. Na trama de acontecimentos e circunstâncias, em que se desenvolve uma crise ética, política e econômica com efeitos nos mais variados Brasis; em que nos sentimos instáveis, oscilando da esperança à desesperança, este passeio pode representar uma fonte de resistência. Em nossa perspectiva, a sua socialização poderá iluminar o trânsito de instabilidade, sentido, principalmente, no exercício da docência em saúde, considerando que esta instabilidade pode estar presente na vida de tantos outros de nós.

Há dois anos, assumimos a docência, na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), com o compromisso de contribuir com a pós-graduação em saúde e com a formação em saúde, especialmente em odontologia. Como a nossa experiência em mestrado e doutorado deu-se nas áreas da saúde pública e coletiva, cuja linha de pesquisa foi a ética aplicada à vida, as contribuições acabaram agregando o campo da ética.

Não tem sido tarefa fácil dar conta deste compromisso assumido. Por várias razões, para citar algumas: a usual negação e banalização do termo ética na formação, um produto histórico; a supremacia da dimensão deontológica da ética, no sentido de que o que deve ser sobrepõe-se ao ser que escolhe e se responsabiliza; a realidade de tratar-se de uma luta não integralmente coletiva; o reconhecimento contínuo de que cada vez mais a reflexão declina ao desejo de soluções imediatas e sem a orientação de valores coletivos; a percepção de que a formação em saúde continua hegemonizada na técnica e na competição e, enquanto tal, tem se constituído em objeto da ética.

Ainda que as Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Saúde tenham recomendado a formação em saúde a partir da ética aplicada (porque reflexiva, crítica e humanista), há mais de uma década, parece que ainda não temos, enquanto docentes, um consenso sobre isto. Ainda que inúmeros programas de pós-graduação em Saúde Pública e Coletiva brasileiros estejam focados na compreensão de da necessidade de pesquisas e qualificação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, não raramente a dimensão ético-política dos objetos pertinentes é negligenciada.

Em que pese as dificuldades experimentadas no exercício docente de ética, estamos experimentando, também, movimentos estimulantes, frutos das inúmeras realidades dramáticas da vida de acadêmicos: habitualmente, recebemos e-mails de alunos, em busca de uma palavra, um argumento, um diálogo para o enfrentamento de questões individuais e coletivas. Esta forma de comunicação tem nos mobilizado bastante, pois acabamos reconhecendo, no cotidiano, a importância da disposição para ancorar vidas que se encontram em processo de formação.

Em tais relatos, observamos uma carga expressiva de sofrimento moral e de sua medicalização. Sofrimento moral nas relações sociais e conjunturais. Sofrimento moral como produto desta sociedade individualizada que insistimos em produzir. Sofrimento moral como efeito da falta de resistência para ser o que se é e defender o que se acredita. Sofrimento moral por estar fora da moda, por ser simples, pela perda do amor, por ser diferente, pela ruptura de vínculos de amizade, por supor não atender à expectativa do professor, por se apequenar diante das disputas. A medicalização do mal-estar, da angústia, da tristeza, da melancolia, da dificuldade para deliberar a própria vida faz-se manifesta. Tantas são as formas de sofrimento moral e de medicalização da vida que se nos têm apresentado.

No trânsito da docência, os acadêmicos têm-nos mostrado, também, o quão difícil é compreender a “tal ética”, e a importância de seu exercício na ação política. No âmbito de pós-graduandos, observamos a dificuldade enfrentada por eles para analisar dados de estudos qualitativos, a partir do referencial de análise ético-político. Mesmo assim, insistimos na busca por caminhos para socializar, de modo compreensivo, a ética que defendemos:

Ética, para nós, é o exercício humanístico que precede uma tomada de decisão política. É a reflexão que precede toda ação (ação política, por envolver e/ou afetar outros seres humanos). Diante de toda e qualquer realidade que envolve/afeta terceiros e que nos exige tomada de decisão, temos a oportunidade de executar o exercício ético. Este exercício concretiza-se quando, frente à realidade, para citar Finkler (2009), acionamos o sistema de

valores que está à nossa disposição e escolhemos aquele(s) mais racional(ais), razoável(eis) e cauteloso(s), na dependência do contexto de dada realidade. Os valores eleitos, por nós, guiarão o modo como estaremos deliberando na realidade. A partir de então, argumentamos, para nós mesmos, essa escolha e responsabilizamo-nos por ela.

No processo de tomada de decisão ética, inscreve-se a compreensão de que somos humanos e que, enquanto tais, nem sempre encontramos condições de possibilidades para realizar o(s) valor(es) mais racional(ais), razoável(eis) e cauteloso(s) sobre a realidade que se impõe. Esta admissão é importante para compreendermos que o trato ético, com a realidade, expressa-se, não na análise da tomada de decisão em si, mas no reconhecimento, por parte do autor da deliberação, que a ação foi precedida de reflexão e de uso de valores bons para nós e para os outros de nós, envolvidos e/ou afetados, no dado contexto. Este exercício, ético, quando desenvolvido no cotidiano, projeta-nos para um espaço confortável, do bem-viver, uma vez que não mobiliza culpas e erros (do campo do idealismo), mas escolhas. Fizemos, ao longo do dia, escolhas adequadas, em nossas ações, ou não? Fizemos, ao longo do dia, escolhas justas ou nem tanto? Escolhas racionais, as melhores possíveis, considerando os outros de nós?

De acordo com o nosso modo de ver a formação em graduação e pós-graduação, parte dessas limitações está na ausência da epistemologia nas matrizes formativas em saúde.

Epistemologia: *episteme* (ciência) + *logos* (discurso). Discurso sobre a ciência. Epistemologia em saúde: “Estudo do conhecimento [...] estudo metódico e reflexivo do saber”; de um saber sempre inacabado, sujeito a movimentos constantes e edificado sob uma base ideológica e histórica (Tesser, 1994, p. 92).

Nesta linha de raciocínio, sem o encontro com uma concepção de mundo; sem a disposição para a crítica sobre a função que a ciência deve delinear nos processos societários; sem a compreensão da historicidade dos objetos do conhecimento; de suas contradições; sem a compreensão de que os momentos históricos condicionam as *epistemes* pluralmente produzidas sobre ética e política; de que condições favoráveis são necessárias para que um modo

de ver a reflexão (ética) e a ação (política) seja superado por outro modo de ver; sem a compreensão de que essa superação guarda elementos da realidade anterior porque as “diversas temporalidades [...] integram-se, (co)penetram-se, interagindo, [...] influenciando o modo de ver de um dado evento” (Fantini, 2011 apud Berlinguer, 2011, p. 6); na ausência desses marcos, a compreensão ético-política de qualquer realidade, assume um caráter de lentidão, no desenvolvimento histórico formativo de acadêmicos e profissionais. É nesta linha de abordagem que situamos as contribuições de Berlinguer e com a qual faremos o passeio aqui proposto.

Esperamos que a leitura seja alegre, e que, de alguma forma, possa contribuir para as suas reflexões, leitor, sobre a importância do exercício ético em nossas ações cotidianas que envolvem/afetam terceiros.

## **Memórias para o cultivo da resistência**

O referencial teórico de Berlinguer – ética cotidiana aplicada à experiência da vida – começou a tomar corpo, em nossas análises de objetos da saúde coletiva, em 2005, ano em que experimentamos uma disciplina chamada Bioética, como aluna especial, coordenada por Marta Verdi, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A partir de então, nossa paixão pela cultura italiana, absorvida no amor pelas nossas origens ao longo da infância, assumiu novos contornos e matizes, ampliando o nosso horizonte científico.

No mestrado, vivenciado entre 2006 e 2008, na UFSC, Berlinguer foi o nosso farol e o ponto de partida para o conhecimento de novos aportes teóricos bioéticos latino-americanos. Em seguida, ele iluminou a construção do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva, o NUPEBISC, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (na época, Saúde Pública), também coordenado por Marta Verdi.

Tivemos o prazer de conhecê-lo, pessoalmente, em 2013, no processo de doutorado sanduíche, em Roma. Havíamos programado, em nosso plano de trabalho, um convite a ele para uma entrevista. Entrevista: “coisas” de mestrando e/ou doutorando. Em conversa telefônica, ele confirmou uma data e horário em que poderia nos receber, em sua casa, no coração de Roma.

No dia agendado, dirigimo-nos ao endereço. Ao chegar, deparamo-nos com uma casa que já se anunciava de modo singular. Desde a porta de entrada, passando pelas várias escadas e a chegada a uma ampla sala, a decoração era representada por livros, livros e livros. Para todos os lados que dirigíamos o olhar, deparávamo-nos com livros e livros.

Ao conhecê-lo, sentimos uma forte emoção. A delicadeza e gentileza fizeram-se manifestas. A humildade, expressa em seus escritos, ali se confirmava. Sua esposa expressava-nos um olhar terno, mantendo-se em silêncio. Nós estávamos diante de um homem que, aos 89 anos, ainda demonstrava disposição para receber pesquisadores em processo de formação. Havíamos levado, para ele, um presente do Brasil: um livro que havíamos organizado, em 2009, a oito mãos, intitulado *Bioética e Saúde Coletiva*. Nesta obra, escrevemos um CAPÍTULO em que comentamos algumas de suas produções e onde agradecemos, de certa forma, a sua contribuição à nossa formação, à academia e à sociedade brasileira. Havia, evidentemente, uma ansiedade grande para a entrega da lembrança do Brasil, da pequena obra. Ao recebê-la, ele agradeceu-nos e, dirigindo o olhar para a capa, manteve-se em um silêncio, na nossa percepção, interminável. A capa trazia um desenho de várias mãos, no afã de representar o sentido de coletivo.

Certamente, ficamos apreensivos. Questionamos a nós mesmos: por que ele está olhando para a capa com tanto interesse? Depois de alguns minutos, percebidos como horas, lhe perguntamos sobre a razão deste ato. Suavemente, ele começou a contar as mãos expostas no desenho, mostrando-nos que havia um número mais expressivo de mãos brancas do que de mãos negras. Naquele momento, vivemos o aprendizado. A entrevista perdeu o seu sentido. Ou melhor, ela havia se efetivado quando ele nos mostrou que havíamos reproduzido, na capa do livro, o que tanto criticamos: as desigualdades.

Mas, “vamos a ele”:

Quem foi Giovanni Berlinguer? Em síntese, um patrimônio cultural italiano e brasileiro. Médico, político, sanitarista, bioeticista e ambientalista, Giovanni Berlinguer nasceu em 1924, em Sassari, Sardenha, e faleceu, em 06 de abril de 2015, em Roma.

Desde a graduação em medicina pela Università degli Studi di Roma La Sapienza, assumiu como mote o tema de sua monografia – a relação entre saúde e desigualdades sociais. Foi professor em várias universidades italianas, nas quais a docência era acompanhada de expressiva atividade política. Lecionou nas áreas de Higiene Sanitária, Parasitologia, Medicina Social, Psicologia e Higiene do Trabalho. Presidiu a União Internacional dos Estudantes na década de 1950; elegeu-se deputado no Parlamento italiano por três vezes, em 1972, 1976 e 1979; e ocupou uma cadeira do Senado italiano em 1983 e em 1987. No início dos anos 1990, transferiu-se da medicina social para a bioética (ética aplicada). Aos 75 anos, em 1999, enquanto professor na La Sapienza, aposentou-se compulsoriamente. Em 2004, atuou como deputado no Parlamento Europeu. Desde os anos 1950, manteve-se ligado à Central Geral Italiana de Trabalhadores (CGIL) (Garrafa, 2005).

Berlinguer foi um importante protagonista da história sanitária italiana. Para entender esse protagonismo, é preciso, minimamente, retomar o sistema de proteção social, assumido pela Itália, por um longo tempo histórico e, retomar, também, o Plano Berlinguer e a atuação de Berlinguer na Reforma Psiquiátrica italiana.

A Itália conquistou o Serviço Sanitário Nacional (SSN) em 1978, no Movimento de Reforma Sanitária italiano, cujo fio condutor foi a defesa “de saúde como bem comum, desigualmente distribuído entre as classes sociais” (Lima & Verdi, 2015, p. 328). Antes desta data, do final do século XIX até a conquista do SSN, a Itália conviveu com um sistema de proteção social do tipo mutuário. Este sistema baseava-se em um modelo de seguridade corporativa que negligenciava o contexto da classe trabalhadora, uma vez que a maioria dos trabalhadores italianos eram agricultores sem capacidade contributiva (Lima et al., 2009).

Na década de 1960, antes, portanto, da conquista do SSN, Giovanni Berlinguer havia apresentado, ao Parlamento italiano, uma opção político-social de enfrentamento ao excludente modelo mutuário: um plano de descentralização do sistema de proteção social, com a priorização da Atenção Primária à Saúde (APS). Isso ocorreu quase 20 anos antes da Conferência de

Alma-Ata, em que a Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância formalizaram o referencial APS, como ordenadora de sistemas universais de saúde (Lima, 2013).

A Itália dos anos 1960 enfrentava limitações para a materialização do *Welfare State*, decorrentes da transformação de seu perfil demográfico, do aumento das necessidades de saúde e do endividamento do sistema mutuário. No entanto, o cenário acabou gerando um momento criativo: as centrais sindicais fortaleceram-se e decidiram organizar uma sementeira de esperança reformadora no modelo de organização social, em prol da produção de uma consciência histórico-sanitária. Concomitantemente, os partidos políticos reencontraram-se em decisões institucionais (Lima et al., 2009).

Nessa dinâmica, engendrada por criatividade decisória, o Partido Comunista Italiano (PCI), aliado à classe trabalhadora e decidido a oferecer respostas às necessidades sociais, propôs o Plano Berlinguer em 1968. Este Plano, cujo mentor foi o próprio Berlinguer, previa um modelo sanitário destinado a romper com a seguridade de doenças; previa a territorialização da APS, a partir da criação de Unidades Locais de Saúde (USLs). Sua meta era que a saúde fosse conquistada como direito e que este direito fosse garantido em sistemas locais (Lima, 2008).

No entanto, o parlamento italiano marginalizou a proposta, entendendo que mais importante do que aproximar as ações e serviços de saúde dos locais de produção e reprodução da vida cotidiana, era fazer uma reforma hospitalar, oportunizando a entrada de hospitais autônomos no cenário de hospitais assistenciais e beneficentes, atendendo aos chamados de mercado (Lima et al., 2009).

O Plano Berlinguer materializou-se, na conquista do SSN, somente em 1978, acarretando um patente prejuízo ao processo sanitário italiano, uma vez que a reforma hospitalar de 1968 havia ocasionado uma complexa crise hospitalar e a desvalorização da medicina de família (Lima, 2008).

Quatro anos antes de criar o Plano de Descentralização, em 1964, Berlinguer esteve envolvido com a Reforma Psiquiátrica italiana. Sob a militância de Franco Basaglia, esta reforma ancorou-se em uma experiência

inovadora de ruptura com a institucionalização, no sentido de substituir a contenção física e o tratamento com eletrochoque, utilizados em ambiente hospitalar, pela construção de uma rede territorial de cuidado, que contemplasse atenção comunitária, moradias assistidas, redes de convivência e emergências psiquiátricas em hospitais gerais. O objetivo era substituir o “depósito de doentes em fábricas hospitalares” pelo direito ao cuidado digno. A luta antimanicomial durou 14 anos e contou com o ativismo de Berlinguer. No mesmo ano da conquista do SSN, foi promulgada a Lei Antimanicomial n.º 180, de 1978 (Lima & Verdi, 2008).

Berlinguer visitou-nos muitas vezes. Sua primeira vinda ao Brasil deu-se em 1951, quando ocupava o cargo de diretor da Associação Internacional de Estudantes. Na ocasião, ele participou de várias manifestações estudantis brasileiras vinculadas à União Nacional dos Estudantes (UNE), no Rio de Janeiro, e, a partir de então, ligou-se afetivamente ao país, vindo a estabelecer forte vínculo acadêmico e político (Garrafa, 2005).

Ele foi, também, um ativista do Movimento Sanitário brasileiro. Empenhado com o acontecer da vida dos cidadãos do mundo, reservou, em sua trajetória, tempo e espaço para dedicar-se à reflexão (ética) e ação (política) sobre saúde, sistema universal de saúde e desigualdades sociais no Brasil. Mergulhar neste ativismo, em seus escritos, é um deleite, pois à medida que o passeio se conduz e deixa-se conduzir, eis que surge uma palavra, um parágrafo, um olhar, uma reflexão sobre o Brasil (Lima & Verdi, 2013).

Nos anos 1970, ele participou, ativamente, da luta pela democratização da saúde no Brasil, honrando-nos com sua presença em congressos, audiências públicas parlamentares, seminários e debates informais. Alimentado pela sua concepção socialista de mundo, viajou por rincões brasileiros, divulgando, para trabalhadores, professores e estudantes, a importância da organização da sociedade civil, a experiência italiana do movimento de reforma sanitária, a relação entre saúde e sociedade, entre outros temas. Contribuiu, de modo inestimável, para a construção e capilaridade, em território nacional, do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) (Lima & Verdi, 2013).

Em 1999, Giovanni Berlinguer retornou ao Brasil e recebeu o título de Cidadão Honorário de Brasília e o título de Doutor Honoris Causa pela Universidade de Brasília, título, anteriormente recebido, nas Universidades de Montreal (Canadá) e de Havana (Cuba). Em 2002, outra visita, desta vez, como convidado para a abertura do 6º Congresso Mundial de Bioética, ocorrido em Brasília, quando conduziu a Conferência de abertura, Bioética, Poder e Injustiça, organizado pela AsEm 1999, Giovanni Berlinguer retornou ao Brasil e recebeu o título de Cidadão Honorário de Brasília e o título de Doutor Honoris Causa pela Universidade de Brasília, título, anteriormente recebido, nas Universidades de Montreal (Canadá) e de Havana (Cuba). Em 2002, ele fez outra visita, desta vez como convidado para a abertura do 6º Congresso Mundial de Bioética, que aconteceu em Brasília. Durante o evento organizado pela Associação Internacional de Bioética e pela Sociedade Brasileira de Bioética, ele proferiu a Conferência de abertura com o tema “Bioética, Poder e Injustiça” (Garrafa, 2005).

Suas produções são verdadeiros diamantes. Citar alguns de seus livros, muitos editados em português, acaba expressando seu vínculo com o Brasil: *Le mie pulci*, *La medicina è malata*, *Sicurezza e Insicurezza Sociali*, *La Malattia*, *Questioni di vita: etica, scienza, salute*, *Lezioni di Bioetica*, *Le bioetiche: regole e culture*, *Ética della Salute*, *La salute nelle fabbriche*, *Bioética Quotidiana*, *Mercado humano* (escrito em parceria com Volnei Garrafa), (Lima & Verdi, 2013) e *Storia della salute – da privilegio a diritto*.

A *Bioética Quotidiana* é um de seus clássicos. Neste primoroso livro, Berlinguer socializa o mais expressivo debate, ocorrido na Itália, nos anos 1970: o debate sobre a legalização do aborto. Analisa, também, questões cotidianas, na perspectiva ético-política, além de tecer considerações sobre o papel do Estado Democrático de Direito na garantia do direito à saúde (Berlinguer, 2000).

A leitura revela que, no período legal de regulamentação do Projeto de Lei para a legalização do aborto, em 1978, ele estava exercendo uma de suas legislaturas e atuando, como relator, na Câmara de Deputados do parlamento italiano. Ele comenta que as discussões sobre o aborto haviam se iniciado seis anos antes da aprovação definitiva, em 1972. Comenta, ainda, que a legalização

não se deu, do ponto de vista moral, “tese dificilmente sustentada [visto que o aborto] é um desfecho trágico de um conflito”, mas como garantia de um direito de escolha (Berlinguer, 2000, p. 27). De um direito de escolha: direito de escolher, a partir do sistema de valores, a melhor ação, num dado contexto.

A lei foi aprovada com 52% dos votos da Câmara e 51% do Senado. No entanto, cabe assinalar que, dois anos antes da aprovação, o Partido Democrático Cristão havia lançado um referendo em prol da revogação do Projeto de Lei. De acordo com os resultados, 68% dos italianos votaram contra o referendo (importante relevar a tradição católica do país). Na perspectiva de Berlinguer, o resultado do referendo expressa o reconhecimento de inúmeras questões culturalmente implicadas, na trágica histórica do universo feminino, tais como: iniquidade, ignorância, subalternidade, abusos e violências. Ele assinala que, provavelmente, muitos italianos votaram a favor da legalização por entenderem que ela atuaria como instrumento preventivo (Berlinguer, 2000).

Em *Bioetica Quotidiana*, Giovanni Berlinguer aponta que os Estados Democráticos de Direito devem perseguir o compromisso com os direitos humanos, o respeito com a pluralidade de ideias e comportamentos, a busca de finalidade comum (com a necessidade de concessões individuais) como estratégia para viver bem em sociedade, bem como perseguir a responsabilidade na questão planetária da equidade em saúde. Discorre sobre a perversidade da lógica do capital, enfatizando o (descuido) cuidado com os trabalhadores e atribuindo, ao capitalismo e aos seus desdobramentos, a exploração do trabalhador e a *lentezza trágica* na materialização dos direitos humanos (Berlinguer, 2000, p. 78). Não é difícil entender a razão que o manteve, de 1950 até 2015, vinculado à Central Geral Italiana de Trabalhadores (CGIL).

A obra é um despertar para a análise de profundos conflitos e dilemas cotidianos, aqueles que estão acontecendo no dia a dia e em todos os lugares, como, por exemplo, a fome, a exclusão social, a pobreza, o abandono, o racismo, o aborto, que se encontram, historicamente, submetidos ao sistema capitalista (Berlinguer, 2000). Este marco teórico é dirigido para as questões humanas e tensões correlatas, produzidas no cotidiano da vida em seus contextos político, cultural e social.

A *Bioética Quotidiana* é, ainda, uma episteme complexa que exige uma aproximação com abordagens pluralísticas, laicas e multidisciplinares, pois entende as questões humanas como uma produção social de caráter heterogêneo que, para avançar e colocar-se a serviço de um mundo mais justo, demanda um processo ético compartilhado (Berlinguer, 2000). Seu escopo base é a relação entre vida moral e vida material. Para Berlinguer, a materialidade determina as doenças (Berlinguer, 1997).

A leitura remete-nos ao lugar ocupado pela materialidade na determinação de doenças: o da determinação social. Ele apresenta um paralelo entre os expressivos indicadores de aumento da vida média em quase todos os países e o número notável de doenças órfãs negligenciadas. Tal paralelo expõe a histórica contradição do modo de produção capitalista e do dito avanço da ciência em saúde, o que nos sinaliza que problemas históricos e éticos são problemas do campo da epistemologia crítica.

Bernardino Fantini, autor do prefácio do último livro de Berlinguer, publicado pela *Giunti*, em 2011, *Storia della salute – da privilegio a diritto*, descreve Giovanni Berlinguer como “médico e higienista de formação, político por convicção, humanista por natureza”. Ele ilumina o caráter historiográfico deste, expresso nos ensaios, ao comentar que, para falar sobre transição epidemiológica, dimensão social de saúde e doença, políticas sanitárias, direito à saúde, saúde como bem comum, riscos, segurança, doença e saúde entre o Velho e o Novo Mundo, doenças emergentes, medicina do trabalho, ele faz referência há cinco séculos (Berlinguer, 2011).

No entanto, Fantini (2011 apud Berlinguer, 2011, p. 6-7) sinaliza que a beleza não está, exatamente, nessa capacidade intelectual de percorrer os “tempos da história”, mas no modo primoroso como Berlinguer os percorre, para analisar eventos, inovações e iniciativas de seu tempo. O percurso é delineado com paciência histórica: “com a consciência da importância dos movimentos lentos sobre os eventos cotidianos [acompanhada] da compreensão que o compromisso assumido todos os dias para modificar a realidade pode produzir fatos capazes de transformar as características profundas de uma sociedade e de uma cultura” (Fantini, 2011 apud Berlinguer, 2011, p. 6-7).

Na visão, ainda, de Fantini (2011 apud Berlinguer, 2011), os ensaios expõem “as diversas faces de um argumento complexo e poliédrico [em que] a figura metafórica do poliedro é interpretada [...] como um sólido único, pelas múltiplas faces que olham para direções diversas e com um coração ao centro que trabalha uma síntese de valores”. Neste coração, a síntese dá-se entre ética, política, consciência e ação social. Entende-se, deste modo, que a ética, em Berlinguer, não é um discurso, uma vez que ela não está descolada da experiência. A ética, que ele defende, apresenta-se a serviço da ação, da deliberação consciente diante de uma realidade que requer escolha e responsabilização. Trata-se, portanto, de bioética – de ética aplicada à experiência.

Vale comentar (sempre, que temos a oportunidade, fazemos esta inserção), uma entrevista, realizada por alunos do Liceu de Roma, com Giovanni Berlinguer, intitulada *Etica ed Esperienza*. O grupo de estudantes perguntou a Berlinguer se a ética deveria ser historicizada e reportada ao contexto ou se é possível pensar uma ética universal. Berlinguer argumentou que as concepções éticas emergem dos contextos, em que se inserem, e que esses vão desenhando a transformação ética. E que é ilusório pensar no valor da ética fora do espaço da experiência. Ele disse aos estudantes que é possível, em nossas sociedades capitalistas, não uma ética universal, mas “um tecido ético universal, com tramas e coloridos diversos” (Lima & Verdi, 2013).

Navegar, novamente, pelos seus escritos, em tempos sombrios em nosso país, constitui-se em um alento, fonte de esperança e em um aprendizado sobre humildade. Consiste em um reencontrar-se com uma postura singular de respeito ao ontem (ainda que nem sempre com compreensão), de confiança no hoje e de compromisso com o amanhã.

Alento e esperança, no sentido de que ele nos mostra um otimismo na ação, na luta por um mundo, pelo menos, melhor. Ao plantar a esperança de que as sociedades podem, sim, se abraçar, no sentido de organizar a resistência e desafiar o injusto imposto a elas e por elas construído, ele mobiliza nossos espaços internos, potencializando-os, ao mesmo tempo que os acaricia (Lima & Verdi, 2013).

Respeito ao ontem (ainda que nem sempre com compreensão) porque ele trata a história com respeito. Recorrendo a inúmeras disciplinas, tais como a filosofia,

a história, o direito; as ciências médicas, sociais e políticas; a teologia, a antropologia, entre outras, ele imprime o respeito com uma marca própria (Lima & Verdi, 2013).

Confiança no hoje, pois, ainda que consciente das mazelas mundanas e imperfeições da condição humana, ele revela-nos que, na sua perspectiva, em todos os dias, em todos os tempos, em todos os espaços, nós podemos fazer-nos pessoas éticas em relações cotidianas; podemos produzir-nos, socialmente, em bases éticas. O método consiste no exercício reflexivo (a partir do sistema de valores) para a tomada de decisão em realidades cotidianas que envolvem/afetam terceiros; em desconstruções e reconstruções ao que está posto e que não está bom para o bem-viver em sociedade, no tocante aos sistemas de valores e aspirações (Lima & Verdi, 2013).

Compromisso com o amanhã, pois ele reflete que aquilo que fazemos hoje em nosso ambiente e em nossa economia, irá refletir nas gerações futuras (Berlinguer, 2000).

Nesse sentido, ler Giovanni Berlinguer requer disposição para entrarmos em contato com o nosso papel no trato com o mundo, e com as limitações, contradições, incoerências, inconsistências, impasses, ambivalências e ambiguidades humanas. Uma escola de vida. Uma escola de formação ética, histórica e política.

## **Considerações**

Não podemos saber o que você, leitor, sentiu ao ler este texto. Não nos cabe especular, tampouco imaginar e/ou idealizar. No entanto, queremos compartilhar que, para nós, a escolha por dedicar um período de nosso cotidiano para escrever essas linhas, recarregou-nos de energia, em certa medida, para tentar pensar respostas para as questões levantadas no início do texto. O percurso permitiu-nos, também, um reencontro com uma citação direta de Ernesto de Martino, antropólogo italiano, que expressa, em um artigo publicado pela revista italiana *Società*, em 1953, o que Berlinguer representa para nós:

[...] o papel de “companheiro”, como uma pessoa que está em

busca de homens e de uma história humana esquecida que, ao mesmo tempo, espia e controla a sua própria humanidade e que quer tornar-se participante, juntamente aos homens encontrados, para a fundação de um mundo melhor, no qual todos se tornarão melhores, aquele que procurava e aqueles que foram encontrados (De Martino, 1953).

*Grazie mille, Berlinguer!*

## Referências

- Berlinguer, G. (2011). *Storia della salute*. Firenze: Giunti Editore.
- Berlinguer, G. (2000). *Bioética Quotidiana*. Firenze: Giunti.
- Berlinguer, G. (1997). Le bioetiche: regole e culture. In: Berlinguer G., Callari Galli M, Lecallano E, Oliviero A, Rodotà S, Viano CA. *Lezioni di bioetica*. Roma: Ediesse, 15-40.
- Berlinguer, G., Teixeira, S. F., & Campos, G. W. S. (1988). *Reforma sanitária – Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- De Martino, E. (1953). *Etnologia e Cultura Nazionale*. Società, ano IX, n. 3, 313-342.
- Finkler, M. (2009). *Formação Ética na Graduação em Odontologia: realidades e desafios* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Garrafa, V. (2005). *Bioética cotidiana*. Cad. Saúde Pública, 21(1), 333-334.
- Lima, R. C. G. S., & Verdi, M. (2015). Capitalismo e ontologia da bioética: o processo de trabalho de médicos de família na Itália. *Trab. educ. saúde*, 13(2), 323-341.
- Lima, R. C. G. S. (2013). *Movimento Atenção Primária à Saúde como um produto da hegemonia: Análise das Assembleias Mundiais de Saúde de 1948 a 1978* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Lima, R. C. G. S., Verdi, M., (2013). BERLINGUER, G.: uma história de luta pelo direito à saúde. In: Hellmann; Verdi; Lima; Caponi. *Bioética e Saúde Coletiva*, 2. Ed. Curitiba: PRISMAS, 15-32.
- Lima, R. C. G. S., et al. (2009). A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da Bioética Cotidiana. *Saúde Soc*. São Paulo, 18(1), 118-130.
- Lima, R. C. G. S. (2008). *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). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Tesser, G. J. (1994). Principais linhas epistemológicas contemporâneas. *Educ. rev.*, Curitiba, 10, 91-98.



## CAPÍTULO 4

# A ATUALIDADE DE GIOVANNI BERLINGUER: a doença como diferença e a reconfiguração dos transtornos mentais na infância<sup>2</sup>

Sandra Caponi

A leitura dos livros de Giovanni Berlinguer não deixa de surpreender hoje, por sua absoluta atualidade. Essa leitura é um convite para repensar os caminhos e descaminhos dos estudos críticos construídos nos anos 1960, 1970 e 1980, no campo das ciências humanas vinculadas com a saúde. Como teórico dedicado ao campo da Bioética, Berlinguer nunca se limitou a repetir as rotas pré-estabelecidas, nunca se limitou aos temas clássicos da Bioética como aborto, eutanásia, relação médico-paciente. Sem desconsiderar estas questões, que ele chamou de “situações limites”, seu trabalho integrou outras muitas perspectivas, mais ricas, mais atuais, mais desafiadoras que aquelas propostas pela agenda de uma bioética que, em seu início, parecia obcecada pelo problema dos Princípios.

Ele desconsiderou essa perspectiva de análises, que logo mostrou ser pouco frutífera, para abrir um campo extremamente inovador de estudos, que ele denominou como “ética cotidiana”. Os problemas clássicos da saúde pública, como a desigualdade, a vulnerabilidade (Garrafa, 2008), a exclusão, os problemas urbanos (Verdi, Caponi, 2005), as questões éticas vinculadas com as doenças

---

<sup>2</sup> O presente texto contém trechos que foram publicados originalmente no livro *Desver o mundo, perturbar os sentidos: caminhos na luta pela desmedicalização da vida*, organizado por Elaine Cristina de Oliveira, Lygia de Sousa Viégas, Hélio da Silva Messeder Neto, e publicado pela Editora EDUFBA, Salvador, em 2021. A publicação deste texto foi devidamente autorizada pela editora.

da pobreza, o estigma, o preconceito e o *victim blaming* ou culpabilização das vítimas, entrariam com Berlinguer na agenda da bioética para sempre.

Esses temas eram explorados, sim, pela história das ciências, pela epidemiologia crítica, ou até pela sociologia, no entanto, estas abordagens não integravam as questões normativas e valorativas que Berlinguer adota em seus escritos. Não se trata exclusivamente de descrever como opera o estigma, como faz a sociologia de Goffman (1994); quais são as estratégias de poder, como faria Foucault (2003); de apontar situações de desigualdade, como faria a epidemiologia; nem de dizer que os pacientes não aderem aos tratamentos, como faria a gestão em saúde. Quando Berlinguer integra a perspectiva da bioética a essas abordagens, ele propõe dar um passo a mais. Ele quer dizer que o estigma, os rótulos ou o *victim blaming*, adoecem às pessoas, que essas situações geram sofrimentos desnecessários, que é preciso ter outras abordagens educativas ou terapêuticas para que essas situações não se perpetuem.

Assim, quando Berlinguer realiza um estudo sobre a história da malária ou paludismo, quando narra a história do menino Pepino Gali que sofria de uma doença contagiosa grave e foi recebido pelo então presidente Sandro Pertini, ele não fala de dados cronológicos, não faz uma história clássica de datas, descobertas e grandes médicos. O que ele faz é mostrar que medicina e sociedade podem ser produtoras de sofrimento e adoecimento, quando escolhem punir e julgar, em lugar de escutar e integrar. Porém, ele quer mostrar também que medicina e sociedades podem ser espaços de cura, na medida em que pensam a doença como um estímulo para criar redes de solidariedade e proteção.

Essa é a bioética de Berlinguer, às vezes esquecida em um mundo neoliberal obcecado pelo êxito e fracasso, obcecado pela produção de *papers* em revistas de alto impacto, onde cada vez existe menos espaço para publicar trabalhos que adotem a perspectiva crítica de análise por ele proposta. O que Berlinguer nos convida a fazer é, enfim, mostrar que a medicina, o processo de saúde-doença, as eleições terapêuticas, o modo como são feitos os diagnósticos, assim como o papel social do doente, estão perpassados por decisões políticas.

Para ele, a Bioética com letra maiúscula é aquela que integra a análise do modo como a política e a luta pelos direitos dos pacientes e dos mais vulneráveis, opera no campo da saúde, aquela que tem a obrigação de realizar abordagens epistemológicas, históricas e críticas sobre o processo saúde-doença.

## **Psiquiatria e poder**

Neste escrito, pretendo centrar-me na atualidade de Berlinguer para pensar e repensar nosso presente. Perante a inumerável quantidade de livros deste autor e as variadas temáticas por ele abordadas, proponho aqui centrar-me nas considerações que ele teceu em relação ao saber psiquiátrico e ao processo de saúde e doença. Esse será o marco a partir do qual proponho analisar um diagnóstico específico, que pertence ao campo da saúde mental. Dentre os muitos textos de Berlinguer, abordarei aqui, exclusivamente, dois livros, sendo que o primeiro será referenciado brevemente e o segundo analisado com maior detalhe. Refiro-me aos textos: *Psiquiatria e Poder*, publicado em 1969 e *A doença*, publicado em 1988.

Em relação ao primeiro texto, gostaria de destacar uma frase de Berlinguer que resume a perspectiva bioética, epistemológica e crítica que adota, já no ano 1969, em relação a um saber psiquiátrico centrado em uma abordagem biologicista e em uma terapêutica manicomial. Ele afirma que: A psiquiatria vive num mundo de onipotência artificial que pode ser fonte de enormes poderes, pois essa rede de controle terá pronto nas suas mãos o domínio dos fatos sociais (Berlinguer, 1969, p. 35).

Lendo essa frase pode ficar mais evidente a que me refiro quando falo da atualidade do pensamento de Berlinguer. Até poderíamos dizer que se trata de um enunciado premonitório que, em 1969, anuncia os graves problemas que acompanharam a psiquiatria do século XXI. Nesse texto, o autor adverte aos leitores sobre os problemas que no futuro podem surgir dessa psiquiatria biológica todo-poderosa e refratária a críticas, centrada no manicômio, que nesse momento era hegemônica. Além de defender a necessidade de lutar pela desmanicomialização da loucura, retomando, como veremos mais

tarde, os argumentos de Basaglia (1997). Ele soube antecipar o imperialismo psiquiátrico, no que se refere à gestão dos problemas e conflitos sociais, que hoje caracteriza esse campo. Um caminho que a psiquiatria começava a trilhar nos anos 1960 e 1970, e que foi ganhando cada vez maior legitimidade até os dias de hoje, já transformada no conhecimento científico socialmente privilegiado para resolver os mais variados problemas sociais.

Apesar das críticas de Berlinguer, muito semelhantes às críticas que nos anos 1960 e 1970 enunciaram autores como Basaglia (1997), Goffman (1994), Robert Castel (1980) ou Foucault (2003,1997), foi precisamente isso o que ocorreu. A psiquiatria continuou integrando a seu campo uma série de comportamentos considerados desviados, pequenas anomalias do caráter, sofrimentos cotidianos e situações do dia a dia. Continuou aparecendo como uma instância legitimadora de processos de medicalização social e de ausência de direitos.

Nesse texto, Berlinguer enuncia também uma frase que surpreende por sua atualidade. Muito antes que alguém pudesse imaginar que décadas depois sealaria da “década do cérebro”, muito antes que tenhamos conhecimento sobre os efeitos colaterais nocivos e danosos que os psicofármacos provocam em nosso cérebro, Berlinguer afirmava: “Não entregues teu cérebro aos expertos. Ele é teu!” (1969, p. 36).

Acredito que hoje, conhecendo os trabalhos de autores como Robert Whitaker (2015), Peter Breggin (2016), Philippe Pignarre (2006), entre muitos outros, já somos cientes da importância dessa afirmação. Berlinguer nos exige que defendamos aquilo que nos torna humanos, nossa capacidade de pensar, de refletir, de argumentar, uma capacidade que pode ficar anulada quando pensamos nos efeitos devastadores da lobotomia ou do eletrochoque. Mas que se manifesta, também, quando somos diagnosticados com diversas comorbidades psiquiátricas, quando se prescrevem coquetéis de psicofármacos com uma ação devastadora sobre nosso cérebro, e conseqüentemente sobre este nós que somos.

Um pequeno exemplo da atualidade de Berlinguer pode ser achado no relato de um usuário de psicofármacos que escreve no site *Mad in Hispanomérica*, no dia 6 de abril de 2017, seu nome é Santiago Gonzáles.

Santiago foi diagnosticado, na adolescência, com depressão, começou a tomar antidepressivos, logo teve episódios de mania e foi acrescentado Rivotril a seu tratamento, logo foi diagnosticado como bipolar e então começou a prescrição de um verdadeiro coquetel de fármacos. Passado um tempo e sentindo-se muito mal, sem vontade de viver, achando que a medicação, como afirma Whitaker estava “fazendo mais mal do que bem”, pediu para seu psiquiatra que iniciara a retiradas dos psicofármacos. O relato do sofrimento vivenciado pela abstinência é desgarrador, ainda mais quando se pensa que tudo começou com uma suposta depressão adolescente diagnosticada por telefone. Santiago narra os efeitos vivenciados na retirada de cada medicação. Limitarei-me aqui a reproduzir os efeitos adversos da retirada (supervisada pelo psiquiatra) de um dos cinco medicamentos que estava utilizando:

Seroquel prolong 300mg: Tal era mi ignorancia que pensaba que no podía haber nada peor, pues había estado en el infierno. Luego me di cuenta que realmente había estado en el cielo... **El daño que produce este fármaco al cerebro lo demuestran los síntomas de discontinuación.** Podría citar algunos de los que se suponen normales (inquietud, irritabilidad, insomnio, etc...) pero creo que se debería prestar atención a lo absolutamente incomprensible, denunciabile, inimaginable e intolerable que me ocurrió (Gonzáles, 2017, p.3).

Podemos observar nesse caso concreto a atualidade da afirmação de Berlinguer, “Não entregues teu cérebro aos expertos. Ele é teu!”. Outros autores, nos anos 1960 e 1970, compartilhavam com Berlinguer essa desconfiança perante as intervenções psiquiátricas. Lamentavelmente a resposta não foi a esperada e longe de aceitar as críticas apresentadas, a psiquiatria se fechou sobre si mesma, criando um marco de universalização de diagnósticos que se imporia no mundo inteiro: o DSM. Esse manual, que se atualiza periodicamente pela Associação de Psiquiatras Americanos, define o que deve considerar uma doença mental, as formas de identificação, os sintomas de cada patologia, sugerindo estratégias de intervenção, sempre referidas a terapêuticas farmacológicas, reguladoras

de nosso, supostamente, mal equilibrado sistema de neurotransmissores. Isto é, formas de intervir em nosso cérebro.

Desde que Berlinguer enunciou sua crítica à psiquiatria e alertou sobre a necessidade de cuidar de nosso cérebro, os diagnósticos psiquiátricos não deixaram de crescer e multiplicar-se, do mesmo modo que não deixaram de multiplicar-se novas terapêuticas psicofarmacológicas que tem direta ação em nossos cérebros com efeitos colaterais graves (Apa, 1980, 1994, 2013). Proponho analisar aqui de que modo opera a criação de novos diagnósticos, e a aparição de novos psicofármacos, na psiquiatria da infância, onde parecem ter encontrado um terreno fértil e milionário de intervenção.

Tomando como ponto de partida este marco geral de análise, gostaria de deixar de lado, por um momento, o texto de Berlinguer, *Psiquiatria e Poder*, para abordar outro texto, que ele escreverá quase 20 anos mais tarde, me refiro ao texto *La malattia*, de 1984. Esse texto nos ajudará a discutir um diagnóstico que cada vez é mais recorrente no campo da psiquiatria da infância. O diagnóstico que pretendo analisar aqui, tomando como marco teórico o livro *A Doença*, se denomina “Transtorno de oposição e desafio” e é conhecido pela sigla TOD, um diagnóstico que aparece cada vez mais na história patológica de crianças e adolescentes.

O percurso que gostaria de propor aqui para analisar essa patologia é o mesmo percurso que segue Berlinguer em seu livro *A Doença*, isto é:

1. Muitas definições, poucas certezas.
2. A doença como sofrimento. Não é culpa nem privilégio.
3. A doença como diferença: quem é normal?
4. A doença como perigo: antecipar todos os riscos?
5. A doença como sinal: A classificação das doenças.
6. A doença como estímulo: solidariedade e transformação.

## Muitas definições, poucas certezas

Berlinguer inicia seu livro *A Doença* questionando a conhecida definição da OMS, enunciada no ano 1946: “A Saúde é o Bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença”. A crítica de Berlinguer se refere a uma questão central para compreender a patologia que aqui proponho analisar. Ele dirá:

Identificando à saúde com bem-estar e confundindo, em consequência os sofrimentos e problemas mentais e sociais com doenças, a definição da OMS ampliou desmesuradamente a esfera de intervenção sanitária, com **o risco de transformar cada sinal em conflito e cada distorção nas relações entre os homens em ocasião e pretexto para curas médicas**, que são, muitas vezes, ineficazes e prejudiciais (Berlinguer,1994, p.16).

O que Berlinguer enuncia aqui não é outra coisa que a fragilidade de uma definição infinitamente elástica, capaz de transformar problemas cotidianos em diagnósticos médicos. Desse modo, a definição da OMS contribui para reduzir um imenso conjunto de problemas sociais, conflitos cotidianos e sofrimentos que fazem parte do nosso dia a dia, em objeto de intervenção médica. Um processo que conhecemos com o nome de “medicalização da vida” ou “medicalização dos problemas cotidianos”. Essa definição colaborou também para legitimar a intervenção médica em comportamentos comuns na infância, possibilitando a medicalização psiquiátrica de crianças e adolescentes.

Assim, quando em 1984, Berlinguer afirma que, a partir da definição da OMS, “Cada conflito e cada distorção nas relações entre os homens se transforma em pretexto para curas médicas”, parece estar falando do DSM, muito antes que exista a ampla aceitação desse Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, que hoje se transformou em referência hegemônica e obrigatória no mundo inteiro, não só no campo da psiquiatria, como também no campo da medicina geral, da psicologia, da pedagogia, e até da administração escolar.

A atual versão desse manual, o DSM-5 (Apa, 2013) tão questionado hoje, inclui mais de 400 diagnósticos, dentre os quais, muitos se referem a conflitos e distorções das relações pessoais às quais fazia referência Berlinguer. Dentre esses mais de 400 diagnósticos classificados, cada vez é maior o espaço dedicado aos transtornos mentais na infância, de modo que, hoje, devemos integrar, junto a conflitos pessoais dos adultos, os problemas escolares, os problemas de aprendizagem e também os problemas afetivos e comportamentais de crianças e adolescentes, hoje registrados no DSM, lado a lado com graves transtornos psiquiátricos, como esquizofrenia ou a psicoses.

A ampliação de diagnósticos e o processo de identificação precoce de sintomas referidos a transtornos mentais na infância são um processo crescente no Brasil e no mundo. Apesar das vozes discordantes, esta ampliação de diagnósticos encontra sua legitimação científica no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, atualmente DSM-5, publicado no mês de maio de 2013 e hoje universalmente utilizado. No DSM-5 o Capítulo “Transtornos Geralmente diagnosticados pela primeira vez na primeira infância, infância ou adolescência” desaparece. No entanto, longe de ser essa uma boa notícia, ela significa, de fato, a dissolução das fronteiras entre adultos e crianças. Significa a legitimação da suposta necessidade de identificar precocemente transtornos mentais na primeira infância, priorizando a idade pré-escolar. Isto é, implica a aceitação explícita de uma lógica da prevenção e antecipação de riscos.

A existência de fronteiras instáveis, difusas e ambíguas entre o normal e o patológico no campo da saúde mental, possibilitou esse processo crescente pelo qual, condutas próprias da infância passaram a ser classificadas como anormais. Consolidou-se, assim, esse espaço de saber e de intervenção que Michel Foucault (1999) denominou “medicina do não patológico”.

A patologia que proponho aqui analisar a partir dos trabalhos de Berlinguer, denomina-se Transtorno de Oposição Desafiante (TOD). No Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, atualmente

DSM-5, esse diagnóstico é identificado pelo código 313.81, tendo seu correlato na Classificação Internacional de Doenças (CID-9) utilizada por médicos generalistas e especialistas em diversas áreas da medicina, com o código F91.3. Esse diagnóstico, que já existia no DSM-IV, define-se em ambos os manuais, como: padrão recorrente de “comportamento desafiante, desobediente e hostil, iniciado na infância e adolescência e de intensidade suficiente para causar prejuízo no funcionamento global da criança e adolescente” (Apa, 1994).

No DSM-5: padrão de “humor raivoso/irritável, de caráter questionador/desafiante ou de índole vingativa, com duração de pelo menos seis meses, evidenciado por pelo menos quatro sintomas de qualquer uma das categorias seguintes e exibido na interação com pelo menos um indivíduo que não seja o irmão” (Apa, 2013, p. 464).

Tomando como ponto de partida o texto de Berlinguer, intitulado A Doença, busco analisar de que modo se identifica o diagnóstico TOD, uma patologia cuja prevalência média de 3%, estimando-se 4, 1%, no Brasil, em 2013 (Murray, 2013). Serão exploradas as características do TOD, as intervenções propostas, seus limites e dificuldades, assim como também se é possível falar de sua utilidade como estratégia de controle social.

## **A doença como sofrimento: nem culpa, nem privilégio**

Para Berlinguer, não é possível falar de doença sem falar de algum grão de sofrimento no doente. Ainda que, como veremos, esse sofrimento nunca deve ser pensado em termos de culpa ou de castigo por alguma ação cometida, nem em termos de privilégio ou ganho colateral que o indivíduo poderá obter por sua condição de doente. Claro que, falar de privilégio não é o mesmo que falar de direitos, ainda que o doente, por causa de sua doença, deva ter direitos sociais garantidos, assistência, aposentadoria, licença no trabalho, e todo tipo de ajuda possível quando é necessário. Isso não significa, como veremos, o mesmo que falar de privilégios.

Parece inevitável observar aqui uma peculiaridade do diagnóstico TOD. Nesse caso concreto, o DSM dirá ser possível identificar o diagnóstico,

em uma criança ou adolescente, independentemente do fato de não existir nenhum tipo de sofrimento no indivíduo diagnosticado. Como veremos, o Manual apresenta um conjunto de sintomas cuja frequência de aparição indicará a existência da patologia. Porém, imediatamente depois de explicitar este conjunto de sintomas, o DSM-5 acrescenta uma nota de esclarecimento, afirmando:

Esta perturbação do comportamento não se associa exclusivamente a um sofrimento para os indivíduos... mas também está associada a problemas criados: para os outros em seu contexto social imediato (família, pares, escola, colegas), ou bem, comportamentos que possam causar impacto negativo no funcionamento social, educacional, profissional do indivíduo (Apa, 2013, p. 465).

Se aceitamos as condições estabelecidas por Berlinguer para problematizar o conceito de saúde em geral e para abordar situações particulares ou diagnósticos específicos, encontraremos uma enorme dificuldade para explicar uma doença mental onde o que importa não é o sofrimento do paciente, neste caso, crianças ou adolescentes, mas as complicações que o comportamento dessas crianças cria para seu entorno imediato, escola, família, etc. Sabemos que existem inúmeros casos de crianças que podem expressar seu desconforto, suas angústias perante problemas concretos tais como agressões ou abuso sexual infantil, com ações agressivas, violentas, ações que podem ser consideradas incômodas para os outros.

Desconsiderar o sofrimento da criança levará a negar os motivos que levaram determinada criança a ter comportamentos incômodos ou que podem provocar “sofrimento em seu entorno”, permitindo que a situação hostil por ela vivenciada permaneça sem ser modificada. Por outra parte, o TOD parece substituir uma avaliação médico-psiquiátrica por uma simples avaliação moral ou ética das condutas, fazendo com que comportamentos indesejados passem a ser vistos como doenças. Deste modo, a psiquiatrização das condutas e o consumo de fármacos com efeitos colaterais sérios, por crianças (até mesmo de dois anos), parece transformar-se, mais que em uma terapêutica, ou processo

tendente à cura de uma patologia, em uma punição por um comportamento “moral ou eticamente indesejado”.

Nesse contexto, devemos situar a afirmação de Berlinguer referida a que a doença, além de implicar sempre algum tipo de sofrimento, “não é culpa, nem privilégio” (1994, p. 39). Dizer que a doença não deve ser pensada em termos de culpabilização das vítimas ou culpabilização do sujeito que sofre, implica reconhecer a recorrência com a qual a doença é vista como efeito de uma transgressão, já seja cometida pelo próprio indivíduo diagnosticado ou por sua família. No caso concreto do TOD, o que parece com maior recorrência é a culpabilização da família. Lembremos que de acordo com Berlinguer:

A ideia de doença como efeito de uma transgressão aparece continuamente. Uma ampla literatura acusa a aqueles que têm Life styles morbígenos (tabaco, álcool, sedentarismo, excesso de trabalho, comportamentos familiares no desejados) atingindo, em muitos casos estatuto de victim blaming (culpabilização das vítimas) (Berlinguer,1994, p. 39).

No caso do TOD teremos uma série de comportamentos indesejados, para os quais a literatura médica se encarregou de identificar, como uma de suas causas, uma série de antecedentes familiares. Assim como em outros diagnósticos da infância, o TOD é pensado como efeito de comportamentos familiares indesejáveis.

Assim, no DSM-5, no item dedicado a fatores de risco e prognóstico, que o Manual denomina “ambientais”, podemos encontrar: práticas agressivas, inconsistentes ou negligentes de criação dos filhos, pois, “essa história parental ocupa um papel importante nas teorias causais do diagnóstico” (APA, 2013, p. 463). De modo que para estabelecer o diagnóstico psiquiátrico para uma patologia cuja causa biológica se dará como suposta, sem ter sido identificada, o DSM recorre a duas estratégias: contar sintomas, e avaliar o histórico parental da criança, isto é, identificar fatores ambientais. Esses fatores ambientais são (Goodman & Scott, 2012):

- Nível socioeconômico baixo;
- História parental de psicopatologia;
- Criminalidade parental;
- Características de cuidado parental: hostilidade, pouco carinho, pouca supervisão, regras e disciplina inconsistentes.

Observando esses fatores, parece inevitável destacar o lugar que ocupam a pobreza e a criminalidade parental. A psiquiatria abre as portas, assim, para avaliações carregadas de um forte e indesejável determinismo social. Este, repetindo a lógica das profecias autorrealizadas, acabará por diagnosticar com maior frequência os transtornos de comportamento em famílias pobres ou em crianças com familiares em conflito com a lei.

Esse discurso se repete em diversos artigos acadêmicos. Tomaremos aqui, como exemplo, um artigo de revisão sobre TOD publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria, denominado “Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais” (Pinheiros & Mattos, 2004). Esse artigo, que logo retomaremos para analisar etiologia e terapêutica do TOD, apresenta uma explicitação mais detalhada sobre os aspectos familiares, que reproduz os mesmos preconceitos de classe e as mesmas marcas de determinismo social. Os autores afirmam:

Em um estudo comparando pacientes com TDAH com e sem TOD, Kadesjo et al. (2013) encontraram que ter pais divorciados e mãe com baixo nível socioeconômico era mais comum no grupo comórbido. Outro estudo (Frick et al, 1992) demonstra que as crianças com TOD distinguiram-se dos controles clínicos por seus pais terem uma maior prevalência de transtorno de personalidade antissocial e de transtorno por abuso de substâncias (Pinheiros & Mattos, 2004).

Nenhuma novidade até aqui, só a repetição dos clássicos preconceitos de classe apresentados sob a forma de estudos científicos. Desconsidera-se, assim, que esses comportamentos podem ser os únicos recursos simbólicos disponíveis para a criança manifestar sua insatisfação, medo ou sofrimento. É

preciso analisar cuidadosamente o papel que ocupa a pobreza nesse discurso. Certamente a pobreza não ocupa aqui um lugar análogo àquele ocupado pelos fatores ambientais nas doenças transmissíveis como cólera, lepra ou tuberculose. Conhecemos a história natural dessas doenças e sabemos o impacto que a pobreza pode ter na proliferação das mesmas.

Certamente não é desse modelo que fala o DSM-5 quando afirma que pobreza ou criminalidade parental, podem ser fatores causais ambientais de comportamentos desafiadores ou opositores. Neste último caso, a incorporação do fator pobreza como causa de uma suposta patologia, só pode reforçar os estigmas de classe e a exclusão social de crianças cujos comportamentos, como bem soube mostrar Pierre Bourdieu, não se ajustam aos padrões desejados. Pelo simples fato de que essas crianças não contam com o capital social ou cultural que a instituição escolar espera e deseja encontrar em seus alunos.

Assim como Berlinguer dirá que a doença não é culpa, ele afirmará também que não é privilégio. Em suas palavras:

A doença não é culpa, mas não deveria ser tampouco privilégio. No livro *Doença e civilização* Sigerist escreve: “O doente, por sua posição preferencial, está liberado de muitas tarefas. A criança doente tem seu comportamento justificado na escola, e [...] é eximido de muitas das obrigações que a sociedade exige para seus membros saudáveis. Quanto mais acentuada é a posição do doente mas óbvia é a inclinação a refugiar-se na condição de doente” (apud Berlinguer, 1994, p. 39).

Lamentavelmente, este também é uma característica presente quando analisamos o TOD e outras doenças psiquiátricas na infância. Observamos, dia a dia, a tendência crescente a exigir laudos psiquiátricos (TDAH, TOD) para crianças em idade escolar por dificuldades de aprendizagem ou por apresentar comportamento antes comuns na infância. A ideia de procurar um laudo psiquiátrico hoje para a criança poder ter benefícios na escola, tais como menor exigência, ajuda de professores auxiliares, se transformou, nos últimos anos, em um fato recorrente nas escolas de ensino fundamental e médio.

Esse fato, aparentemente sem consequências, acaba reforçando o aumento de doenças psiquiátricas na infância e a consequente medicalização de problemas que antes eram considerados próprios da idade.

## **A doença como diferença e como perigo**

Quando o DSM-5 estabelece as normas para realizar um diagnóstico de qualquer uma das mais de 400 patologias psiquiátricas classificadas, limita-se a apresentar uma lista de sintomas cuja frequência de aparição deve ser avaliada. Essa mesma estratégia de contar a frequência dos sintomas é a utilizada para realizar o diagnóstico de TOD, desconsiderando a importância da seguinte afirmação de Berlinguer (1994, p. 58): “Muitas provas de diagnóstico tem introduzido margens de arbitrariedade, podem ser interpretadas de diversas maneiras segundo quem julga e quem seja o árbitro das decisões”.

Em relação ao TOD, o DSM-5 se limita a contar a frequência e persistência de quatro destes oito sintomas, apresentados em três grupos:

- ***Humor raivoso/irritável:***  
Com frequência perde a calma.  
Com frequência é sensível ou facilmente incomodado.  
Com frequência é raivoso e ressentido.
- ***Comportamento questionador/ desafiante***  
Frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos.  
Frequentemente desafia acintosamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade.  
Frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas.  
Frequentemente culpa a outros por seus erros ou mau comportamento.

- **Índole vingativa:**

Foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.

Sobre a frequência de aparição dos sintomas, o Manual esclarece que “em crianças com menos de 5 anos, quatro dos oito comportamentos devem ocorrer na maior parte dos dias durante um período mínimo de seis meses”. Essa é a única estratégia para “fazer a distinção entre um comportamento dentro dos limites normais e um comportamento sintomático” (Apa, 2013).

Lembremos que no livro *A Doença*, Berlinguer dedica um capítulo para analisar a questão da diferença e anormalidade, formulando-se a seguinte pergunta: “Mais que como diversidade, a doença é comumente definida como anormalidade e desvio, ou como inferioridade respeito da média da população. Mas, qual é a norma? Pergunta aparentemente simples, porém difícil de avaliar” (1994, p. 55).

Parece inevitável apontar a utilidade dessa análise, para realizar uma crítica ao modo como o DSM propõe estabelecer os diagnósticos. Isto é, uma crítica às estratégias que se limitam a contar sintomas e estabelecer sua frequência de aparição, com o único objetivo de identificar supostos desvios em relação a uma frequência, que “deve ser” considerada “normal”, de aparição de comportamentos comuns no dia a dia, tais como perder a calma ou incomodar-se com os outros.

Vemos que, desconsiderando essas dificuldades, o DSM-5 acrescenta que para identificação do diagnóstico “outros fatores devem ser considerados, tais como se a frequência e a intensidade dos comportamentos estão fora de uma faixa normativa para o nível de desenvolvimento, o gênero e a cultura do indivíduo” (Apa, 2013, p. 463). Trata-se de contar a frequência de aparição dos sintomas, de calcular o desvio que a criança apresenta em relação à média ou padrão da mesma idade, uma tarefa que, muitas vezes, o psiquiatra solicita que a própria criança realize, autoavaliando seus comportamentos em relação aos comportamentos típicos das crianças de sua turma.

E é aqui que aparece de modo evidente a estratégia securitária de detecção e antecipação de riscos (Castiel, 2007) que caracteriza o processo de medicalização da infância. Pois, se os impulsos agressivos antes tolerados, se as condutas indesejadas que faziam parte do universo infantil, ingressaram ao campo da psiquiatria, isso ocorreu porque esses comportamentos foram descritos como indicadores de risco para doenças mentais graves na vida adulta. De fato, o que possibilita a aceitação social do crescente processo de psiquiatrização da infância, não é outra coisa que a esperança, certamente infundada, de antecipar riscos futuros. Tais riscos são apresentados como verdadeira ameaça social: desde a esquizofrenia até o homicídio ou o suicídio, passando pelo fracasso laboral ou sentimental na vida adulta.

Dir-se-á que o grupo denominado “Transtornos de Conduta e Impulso”, grupo no qual está inserido o TOD, permite diferenciar os transtornos intelectuais e do desenvolvimento, dos transtornos de comportamento. Porém, ainda que no DSM-5, os transtornos intelectuais e os transtornos de comportamento com início na infância, se apresentem em capítulos diferentes, ambos agrupamentos coexistem quando observamos a multiplicação de comorbidades relatadas. Se dirá, por exemplo, que o Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é frequentemente uma comorbidade com o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) (313.81). De modo que com a desapareição dos chamados “Transtornos geralmente ‘diagnosticados’ pela primeira vez na primeira infância, infância ou adolescência”, O DSM-5 permitiu criar uma linha de continuidade entre comportamentos comuns na infância, mas que a psiquiatria considera patológicos, e condutas antissociais ou até criminosas, que segundo afirma, poderão vir a ocorrer na vida adulta daqueles diagnosticados com TOD (Transtorno de Oposição Desafiante) sempre que não sejam devidamente tratados.

Podemos identificar, nesta estratégia securitária, a repetição daquilo que Berlinguer analisa quando se refere à “doença como perigo”, interrogando-se pela ingênua atitude que nos leva a acreditar que seria possível “antecipar todos os riscos” (1994, p. 77). Os conceitos de risco e perigo são inseparáveis,

enquanto ambos mostram suas funcionalidades como estratégia de gestão das populações. Como afirma Berlinguer: “O conceito de perigo social foi utilizado, mais que como medida específica de prevenção, como verdadeiro pretexto para um controle sobre as pessoas” (1994, p. 77).

Lembremos que, em seu livro *Saving Normal*, Allen Frances (2013) afirma que o incremento das taxas de transtornos mentais na população ocorre de dois modos: (1) pela criação de novos diagnósticos que transformam em patológicos comportamentos comuns na sociedade, que a indústria farmacêutica se encarregará de popularizar (em nosso caso perder a calma, ficar com raiva, sentir-se incomodado, resistir ao mandados das autoridades ou adultos); e (2) estabelecendo um limiar de diagnóstico mais baixo para muitas patologias já existentes, como ocorre quando comportamentos comuns passam a ser vistos como fator de risco para uma doença mental irreversível (Frances, 2010, 2013). Essas são as estratégias securitárias que permitem a psiquiatrização de condutas consideradas indesejadas em crianças e adolescentes com TOD. Pois:

Em campos como a saúde mental “acentua-se a caracterização da medicina não como ciência orientada a controlar as doenças, mas como organização para controlar os doentes considerados perigosos. Muitas vezes esse fenômeno está acompanhado de uma diminuição na eficácia terapêutica (Berlinguer, 1994, p. 77).

Nesse marco, devemos inscrever a alteração aparentemente pouco significativa que se estabelece entre o DSM-IV e o DSM-5 em relação ao Transtorno de oposição e Desafio. Até 1994, no DSM-IV-TR, o TOD fazia parte dos “Transtornos Geralmente diagnosticados pela primeira vez na primeira infância, infância ou adolescência”, conjuntamente com outros muitos Transtornos. No DSM-IV, TOD e Transtorno de Conduta (TC) se excluía, não podendo existir concomitantemente. Pelo contrário, no DSM-5, o TOD e TC podem coexistir, e o TOD passa a ter um lugar privilegiado de marcador de risco para um conjunto de comportamentos considerados socialmente

ameaçadores, comportamentos que ocupam um lugar intermediário entre o médico e o jurídico, associados aos “Transtornos de Conduta e de Personalidade Antissocial”, tais como: violar os direitos dos outros, provocar danos físicos, ou danos na propriedade, delinquir, enganar e provocar graves violações às normas sociais.

É verdade que essa dimensão supostamente performativa do TOD, que leva a supor que a criança com TOD será um adulto em conflito com a lei ou com o comprometimento psiquiátrico grave, já estava presente em estudos sobre psiquiatria do desenvolvimento. Mas essa ambígua suposição foi integrada de maneira explícita ao DSM-5, no ano de 2013. Quando o que importa é o perigo social, todas as ações tenderão a criar estratégias de exclusão e proteção social, desconsiderando o sofrimento da criança. Berlinguer caracteriza essa atitude de defesa social de um modo sintético afirmando que:

Excluir os afetados, segregar os doentes e qualificá-los como perigosos para a coletividade impede observar que o sofrimento individual é, com frequência, uma advertência sobre um problema coletivo (Berlinguer, 1994, p. 86).

Essa indiferença perante o sofrimento da criança, se manifesta pela desconsideração de sua palavra, pela negação de aquilo que ele tem para dizer a respeito de seu próprio sofrimento.

## **A doença como sinal e o processo terapêutico**

Surge, então, uma pergunta inevitável sobre esse diagnóstico ambíguo associado a um prognóstico dramático na vida adulta. A pergunta é se existe algum marcador neurobiológico, alguma alteração cerebral que permita indicar que esse conjunto de comportamentos próprios da infância pode passar a ser visto como indicador de uma patologia psiquiátrica. O DSM-5 dará a resposta quando sustenta, no Item **Fatores de risco**, que: “uma série de marcadores neurobiológicos, como, menor reatividade da frequência cardíaca e da condutância da pele, reatividade do cortisol basal reduzida, anormalidades

no córtex pré-frontal e na amígdala foram associadas ao TOD”. Porém, imediatamente deverá afirmar que: “não está claro se existem marcadores específicos para o Transtorno de Oposição Desafiante” (Apa, 2013, p. 465).

Se, por um momento, saímos do DSM-5 e analisamos a produção brasileira dedicada a esta questão, podemos usar como referência o artigo já mencionado, “Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais” (Pinheiros & Mattos, 2004) que faz uma revisão da produção dedicada ao TOD, veremos reaparecer as mesmas incógnitas. O estudo propõe analisar as evidências existentes no que se refere aos correlatos neurobiológicos, de funcionamento familiar e escolar, comorbidades, prognóstico e tratamento, diferenciando o TOD do TDHA (Transtorno de Hiperatividade e Desatenção) e TC (Transtorno do Comportamento). Referindo-se especificamente aos estudos revisados que se ocuparam de estabelecer marcadores ou correlatos neurobiológicos, dirá que nenhum apresenta resultados conclusivos.

Analisam-se estudos dedicados a definir a causa do TOD por diferentes vias: por identificação de hormônios e neurotransmissores, uso de eletroencefalografia, estudos para identificar marcadores genéticos, dentre outros. Porém, conclui-se que nenhum desses estudos é conclusivo. Em relação a estudos cognitivos realizados com crianças com TOD e controles normais, dirá que ainda que se evidenciou maior dificuldade de aprendizagem em crianças com TOD, essa diferença não pode ser considerada significativa. No entanto, nenhum desses fracassos foram considerados pelos pesquisadores como indicação de que se trata de um diagnóstico mal definido ou de uma patologia inexistente. Afirma-se, pelo contrário, que tais estudos darão resultados positivos em algum remoto e imaginário futuro.

Assim, e dada a inexistência de fatores genéticos, fisiológicos ou neurobiológicos, isto é, perante a impossibilidade de contar com estudos de imagem cerebral, análises de sangue ou qualquer tipo de marcador neurobiológico, será necessário integrar outros elementos. Seria desejável tentar entender se essas reações de raiva ou desafio, não são mais que um

simples modo encontrado pela criança para expressar seu sofrimento, utilizando estratégias lúdicas para escutar o que ele tem a dizer.

A pergunta de Berlinguer sobre a doença como sinal parece ser aqui absolutamente pertinente: “sinal de quê?”. De acordo ao que foi dito até aqui, podemos observar que os comportamentos não podem ser considerados sinal de que existe um déficit neuroquímico ou alteração no cérebro do paciente, porém, longe de isso representar uma renúncia a continuar procurando explicações em hormônios, genes ou neurotransmissores, reafirmar-se-á a ideia de que esses comportamentos são um sinal de algum desajuste cerebral que, no futuro, será descoberto.

O que se desconsidera, no entanto, é a suposição de que esses comportamentos são um sinal individual e que, como afirma Berlinguer (1994, p. 93): “A doença é frequentemente a expressão das dificuldades que uma pessoa deve enfrentar ao longo de sua vida”. Assim, quando analisamos o DSM-5, podemos observar que essa desconsideração fica explicitamente estabelecida quando se afirma que: “geralmente os indivíduos com esse transtorno não se consideram raivosos, opositores ou desafiadores. Em vez disso, costumam justificar seus comportamentos como uma resposta a exigências ou circunstâncias despropositadas” (Apa, 2013, p. 463). Acrescenta serem poucas as contribuições que a criança pode dar para definir o diagnóstico, de modo que, uma vez mais, encontramos a máxima kraepeliniana que leva a silenciar a narrativa dos pacientes.

De igual modo, desconsidera-se a possibilidade de que esse conjunto de comportamentos identificados que definem o TOD possam ser vistos como sinal coletivo. De acordo com Berlinguer (1994, p. 93), uma doença pode ser considerada um sinal coletivo “quando processos mórbidos aparecem simultaneamente em mais de uma pessoa, a interpretação desse fato pode ser um sinal de problemas de ordem econômica ou social e proporcionar uma orientação para o futuro”. Isto é, um sinal de que existe uma continuidade entre o indivíduo, seu ambiente e sua história de vida. No caso específico de doenças como TDAH ou TOD, a simultaneidade dos processos mórbidos em crianças em idade escolar, poderia levar-nos a imaginar que é preciso, hoje, revisar

as normas escolares, as estratégias pedagógicas, a forma de estabelecer laços sociais. Nada disso é feito, só um diagnóstico e um fármaco.

Repete-se, desse modo, o que Berlinguer (1994, p. 93) denuncia como: “certa cumplicidade da medicina com a ordem social existente, ainda quando essa ordem seja injusta ou morbígena, levando a ocultar e distorcer a doença como sinal”. De acordo ao que foi dito até aqui, quando falamos de TOD, temos um conjunto de sintomas cuja frequência de aparição indica a existência de uma patologia que não é considerada sinal individual de sofrimento, que não é considerada um sinal coletivo de que alguma coisa está ocorrendo no campo social, familiar ou escolar.

Etiologias biológicas que não estão bem definidas, mas que, se dirá, serão mais bem definidas num futuro próximo. Para além de tantas incógnitas, em relação ao TOD, parece existir uma única certeza: a de que se apresenta como sinal de perigo para uma doença mental irreversível, atos de violência, homicídio ou suicídio. Ainda que nada possa de fato indicar que essa trajetória de gravidade crescente efetivamente ocorrerá, essa identificação precoce poderá criar uma verdadeira profecia que se autorrealiza.

Podemos observar assim que, em relação ao TOD, é possível repetir a mesma afirmação que Berlinguer retoma de Franco Basaglia, e que me permito transcrever aqui apesar de sua extensão:

Assim, transfere-se o fenômeno do sofrimento só a quem o expressa, ocultando o vínculo estreito com a situação responsável por sua aparição, privando esse fato de seu significado essencial. Uma vez realizado esse deslocamento, uma vez realizada a ruptura entre sofrimento individual e realidade social (condições de vida materiais, psicológicas e de relação) será simples afirmar que a doença é um puro fenômeno natural, isolado do mundo, e organizar em torno a esse organismo isolado a cura e a terapia. Cura e terapia são tanto mais importantes quanto maior é a desvinculação com a própria história (Basaglia apud Berlinger, 1994, p. 94).

Berlinguer (1994, p. 94) acrescenta a essa afirmação de Basaglia que: “o ocultamento sistemático de aquilo que na organização da vida produz

sofrimento e doença, estabelece uma fratura entre o indivíduo e sua história. Logo, será sempre no corpo onde reside o problema, nunca nas condições de vida, nem na história do sujeito”.

Desconsidera-se, desse modo, toda possibilidade de pensar a doença em termos de sofrimento individual, se desconsidera a história de vida e os vínculos sociais, as desigualdades econômicas, os conflitos entre pares, os processos de violência e exclusão. Então, será possível afirmar que a doença não é mais que um simples fenômeno natural, isolado do mundo, e construir terapêuticas biológicas para esse organismo isolado. Pois, como afirma Basaglia (apud Berlinguer, 1994, p. 94), “cura e terapia são tanto mais importantes quanto maior é a desvinculação com a própria história do sujeito”.

Como já foi dito, o TOD não se explica por causas neurobiológicas, nem socioambientais, nem psicológicas, mas sim por uma suposta trajetória futura que inclui fracasso laboral e pessoal, patologias mentais irreversíveis, assim com supostos atos de delinquência ou criminalidade na vida adulta. E será em função desse duvidoso prognóstico, apresentado sob a forma de uma verdade cientificamente estabelecida, que se defende uma intervenção terapêutica unificada.

Existem dois tipos de proposta terapêutica para o TOD, podendo ou não estar associadas. Por um lado, propõe-se a intervenção comportamental, isto é, abordagem familiar denominada “manejo parental” associada à Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Por outra parte, propõe-se o tratamento farmacológico, dando prioridade aos antipsicóticos atípicos, como a Risperidona. Dependendo do padrão de comorbidades, serão acrescentadas as seguintes medicações: com ansiedade e depressão, a Risperidona se associará com os ISRS, e para comorbidade com TDAH, psicoestimulantes como a Ritalina (Riguau-Ratera, 2006).

São bem conhecidos os efeitos adversos dos antipsicóticos. Como afirma Pignarre, todo o esforço que a indústria farmacêutica dedicou, nos últimos 50 anos, aos psicofármacos em geral, e aos antipsicóticos em particular, parece reduzir-se a achar um medicamento com menos efeitos colaterais que o existente no mercado.

No caso da medicação a ser prescrita para uma criança com TOD, a terapêutica considerada mais eficaz será um psicofármaco controvertido, potente e com diversos efeitos adversos muito bem conhecidos como a Risperidona (Moynihan & Cassels, 2006). Lembremos que os antipsicóticos atípicos podem causar aumento de peso e alterar o metabolismo, aumentando o risco de diabetes. Podem causar efeitos secundários relacionados com a motricidade como rigidez, espasmos musculares persistentes, tremores e inquietação.

Por fim, vale lembrar que o uso prolongado de medicamentos antipsicóticos pode levar a uma condição chamada de discinesia tardia (DT), que impede que o indivíduo controle os movimentos musculares, levando comumente à rigidez na boca. Em certos casos, pode dar lugar também a uma síndrome chamada “Síndrome dos neurolépticos” que é uma reação adversa grave, associada a alterações do estado mental, rigidez muscular, hipertermia, alterações psicomotoras, sinais de instabilidade autonômica. Efeitos graves de uma terapêutica preconizada ainda que não exista nenhuma causa neurobiológica definida.

### **Para concluir. A doença como estímulo e solidariedade**

Para concluir, gostaria de retomar o estudo antes referenciado (o de Pinheiros e Mattos, publicado em 2004). Vemos que, ainda que o artigo apresente uma sucessão de estudos inconclusivos, finaliza com a definição do tratamento preconizado. Repete, mais uma vez, a importância de articular tratamento farmacológico com Terapia Comportamental e afirma que:

O enfoque terapêutico deverá variar de acordo com a presença de comorbidades. Estimulantes e clonidina parecem ser efetivos nos sintomas de TDO comórbido com TDAH e o metilfenidato é capaz de induzir a remissão de TDO em uma grande proporção de pacientes de TDAH com TDO comórbido. Ácido valpróico, haloperidol, risperidona e lítio são provavelmente mais efetivos quando há instabilidade de humor observável (Pinheiros & Mattos, 2004).

Vale destacar que no fim do artigo se explicitam os conflitos de interesse, indicando que o autor principal “participa do conselho consultivo de/ é porta-voz de/ ou recebeu financiamento da Pfizer, Janssen-Cilag, Eli Lilly, Wyeth, Novartis e GlaxoSmithKline” (Pinheiros & Mattos, 2004).

Temos, assim, mais um exemplo do modo como opera a indústria farmacêutica no incremento das taxas de transtornos mentais na população, neste caso, transformando em patológicos, comportamentos comuns na sociedade, como perder a calma, ficar com raiva, sentir-se incomodado, resistir aos mandados das autoridades ou aos adultos. Comportamentos que o DSM transformou em sintomas psiquiátricos, e que a indústria farmacêutica se encarregou de difundir e popularizar pela mediação do auxílio a pesquisadores, financiamentos de pesquisas e divulgação em congressos médicos.

Do dito até aqui, vale ressaltar que a indústria farmacêutica ocupa só uma parte neste complexo tecido da psiquiatrização da infância. Pois, para poder tornar-se aceitável e legítimo o uso de psicofármacos com efeitos adversos graves, como ocorre com os antipsicóticos atípicos, foi preciso que, inicialmente, as categorias propostas pelo DSM cheguem a conquistar respeitabilidade, aceitação e reconhecimento como discurso científico. Um discurso que, no entanto, e como tentamos mostrar, está perpassado por uma severa fragilidade epistemológica. Sua validação não ocorre, como na medicina geral (Foucault, 1987, 2003), por marcadores biológicos ou neurobiológicos, mas sim por referências vagas a contextos familiares e sociais, ou por referência a duvidosos estudos de risco. Estatísticas pouco consistentes que falam de uma suposta trajetória patológica, pela qual às crianças com TOD estariam destinadas a ter uma vida de fracassos, delinquência ou loucura na vida adulta, caso não seja aceita a terapêutica preconizada.

Temos, assim, a prescrição de terapêuticas farmacológicas de alto risco para crianças com comportamentos que são considerados social, moral ou eticamente indesejados. Dir-se-á que um antipsicótico como a Risperidona serve como prevenção para o agravamento das patologias psiquiátricas, um encadeamento que levará a uma sucessão de patologias de gravidade crescente

até o “Transtorno de Personalidade Antissocial”. Porém, neste caso, ainda mais que nos casos de doenças infecciosas cujas causas são essencialmente sociais, aplica-se perfeitamente a seguinte afirmação de Berlinguer (1994, p. 128):

Deve-se reconhecer que, para combater certas doenças (*em nosso caso o TOD*) não é suficiente uma ação preventiva específica de tipo técnica (vacina-medicação), mas resulta necessário mudar os modos de viver, de produzir e de relacionar-se entre os homens. Não se deve aceitar passivamente uma realidade que gera doença.

É por esse motivo que pesquisadores de diferentes países do mundo como Philippe Pignarre (2006), Elisabeth Roudinesco (2013), Ian Hacking (2006, 2013), Horwitz (2013), junto a grupos internacionais como *Stop DSM* (2013), o coletivo francês denominado *Pas zero de conduit* (2013), o Fórum sobre Medicalização, ou a Abrasme, apresentaram sólidas objeções a este modelo de identificação precoce de diagnósticos. Diversas vozes assinalam a fragilidade da classificação diagnóstica hegemônica (o DSM), e mostram o risco implicado em uma terapêutica farmacológica com efeitos colaterais graves para doenças psiquiátricas da infância, como Peter Breggin (2016), Alan Frances (2013), Robert Whitaker (2015) e Paulo Amarante (2007, 2008).

É nessa mesma direção que se desenvolve o trabalho de Berlinguer ainda que sem mencionar especificamente o DSM ou a psiquiatrização da infância, quando afirma que “as condições de vida, se são incompatíveis com a saúde podem ser mudadas, é necessário lutar como indivíduos para efetivar essas mudanças” (1994, p. 128). Renunciar a mudar nossas condições de vida morbígenas, com a ilusão de que nossos problemas estão em nosso cérebro e que uma bala mágica, como uma pílula de Risperidona, Prozac, Xanax ou Rivotril, poderá resolver nossos problemas coletivos é uma ilusão que só pode gerar mais sofrimento do que soluções.

Muitas vezes, como é certamente o caso do TOD, não se trata de alterar nossa condição genética ou nossos neurotransmissores, mas sim, de pôr em evidência as dificuldades impostas pelo meio. Se argumentamos desse modo,

deveremos concluir, com Berlinguer, que o conceito de saúde da OMS de 1957, que considera como saúde a “capacidade para desempenhar as funções adequadas em relação às condições ambientais e genéticas dadas”, reduz o conceito de saúde a uma definição que é ao mesmo tempo “conservadora, estática e paralisante” (Berlinguer, 1994, p. 128). Isso ocorre porque desconsidera que não é uma ação sobre os indivíduos e seus cérebros, visando uma melhor adaptação ao meio, o que se requer, mais sim que é uma mudança das condições limitantes e morbígenas do meio o que, muitas vezes, resulta imperativo.

Fica, assim, a urgente e difícil tarefa de criar estratégias de despatologização da infância, uma tarefa que exige renunciar a rótulos psiquiátricos para crianças cujos sofrimentos psíquicos são silenciados e ocultados com rótulos e medicamentos. Iniciar o processo de despatologização implica, sem dúvida, na necessidade de abandonar o DSM como modelo hegemônico de diagnóstico no campo da psiquiatria. Um manual que, basicamente, reduz os sofrimentos individuais a uma lista de sintomas ambíguos e pouco claros que se apresentam como indicadores de um conjunto, cada vez maior, de patologias mentais.

Trata-se, pelo contrário, de criar estratégias solidárias e de transformação que permitam compreender que os sofrimentos psíquicos só podem ser inteligíveis por referência a uma história de vida. Somente a escuta atenta das narrativas das crianças permitirá dar início à difícil tarefa de construir e reconstruir sua subjetividade, substituindo as terapias farmacológicas por estratégias mais solidárias. Pois, como muito bem lembram Berlinguer e Basaglia (1994, p. 94), “cura e terapia são tanto mais importantes quanto maior é a desvinculação com a própria história”.

Assim, já não será no cérebro onde deveremos procurar a causa exclusiva dos comportamentos considerados desviados ou dos sofrimentos psíquicos, mas sim no meio social e na história de vida dos sujeitos. Pois, somos isso, sujeitos, e não cérebros, e é por esse motivo que a afirmação de Berlinguer (1969, p. 35) com que iniciamos este trabalho, serve perfeitamente como breves palavras de encerramento: *Don't leave the brain to the experts: it's yours!!*

## Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2008). *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-IV-TR)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Basaglia, F. (1997). *Che cos'è la psichiatria?* Milano, Baldini Castoldi Dalai.
- Berlinguer, G. (1994). *La Enfermedad*. Ed. Lugar. Buenos Aires.
- Berlinguer, G. (1969). *Psiquiatria y poder*. Ed. Granica. Buenos Aires.
- Breggin, P. (2016). Rational Principles of Psychopharmacology for Therapists, Healthcare Providers and Clients. *Contemporary Psychotherapy*, 46, 1-13.
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta.
- Castiel, L. (2007). *A Saúde Persecutória e os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Foucault, M. (1987). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1997). *Il faut defendre la societe*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1999). *Les anormaux*. Paris: Gallimard.
- Frances, A. (2010). Opening Pandora's Box: The 19 Worst Suggestions for DSM-5. *Rev. Psychiatric Times*, 1(1).
- Frances, A. (2013). *Saving Normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-V, bg pharma, and the medicalization of ordinary life*. New-York: Harper Collins Publisher.
- Garrafa, V. (2008). Bioethics, power, and injustice: for an ethics of intervention. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10).
- Goffman, E. (1994). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday.
- González, S. Cocktail de psicofármacos. In *Mad in América Hispanohablante*. Disponível em: <http://madinamerica-hispanohablante.org/cocktaildepsicofarmacos/>.
- Goodman & Scott. (2012). *Child and Adolescent Psychiatry*. Wiley-Blackwell.
- Hacking, I. (2013). Lost in the forest. *London Review of Books*, 35(15), 7-9.

- Hacking, I. (2006). Making up people. *London Review of Books*, 28(16), 23-26.
- Horwitz, A. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Moynihan, R., & Cassels, A. (2006). *Medicamentos que nos enferman: la industria farmacéutica que nos convierte en pacientes*. Barcelona: Contrapunto.
- Pas Zero de Conduit. Disponível em: <http://www.pasde0deconduite.org/>.
- Pignarre, P. (2006). *Les malheurs des psys: psychotropes et médicalisation du social*. Paris: La Découverte.
- Pinheiro, M., Mattos, P., et al. (2004). Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 26(4), 273-277.
- Rigau-Ratera, E., García-Nonell, C., & Artigas-Pallarés, J. (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Rev Neurologia*, 42 (Supl 2), 83-88.
- Roudinesco, E. (2013). *Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós.
- Stop DSM. *To oppose the DSM-V is not to oppose psychiatry*. Disponível em: <http://www.stop-dsm.org/index.php/en/>.
- Verdi, M., Caponi, S. (2004). Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto e Contexto Enferm.*, 14(1).
- Whitaker, R. (2015). *Anatomia de uma epidemia*. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales. Madrid: Capitan Swing.

## BIOÉTICA COTIDIANA





## CAPÍTULO 5

# BIOÉTICA COTIDIANA E ERGOLOGIA: olhares para as políticas públicas, os modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde no Brasil

Erica Lima Costa de Menezes  
Melisse Eich  
Marta Verdi  
Magda Duarte dos Anjos Scherer

### Introdução

Neste capítulo, iremos refletir sobre as políticas públicas para Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e os modos de produção do cuidado, tendo como horizonte a consolidação do princípio da universalidade do acesso, a partir de dois referenciais teóricos: a ergologia e a bioética cotidiana.

A bioética cotidiana nos auxilia na compreensão dos valores intrínsecos aos modos de produção do cuidado, bem como nas políticas públicas para a APS e sobre os desafios para concretizar a universalidade do acesso no Brasil. Podemos afirmar que está no escopo da bioética o questionamento e a deliberação sobre a melhor forma de realizar as ações de saúde, discutindo e argumentando os valores expostos durante as pactuações coletivas e representadas por meio das leis, portarias e políticas públicas, articulando com os constantes na vida de cada indivíduo e/ou coletividade.

Para compreender os modos de produção do cuidado, de acordo com a ergologia, é preciso considerar o ponto de vista dos trabalhadores, na situação de trabalho onde o cuidado acontece. O trabalho é uma atividade humana de gestão de normas antecedentes em situações sempre singulares onde o trabalhador faz escolhas em função dos valores e recursos presentes no meio. Compõem o conjunto de normas antecedentes as políticas públicas de saúde, que portam um conjunto de valores de uma dada sociedade.

Dessa forma, o texto apresenta uma discussão sobre as políticas públicas para a Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a universalidade do acesso aos serviços de saúde, bem como uma abordagem sobre os modos de produção de cuidado nesse nível de atenção.

### **Breve reflexão sobre as Políticas Públicas e a universalidade do acesso na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde**

O Brasil apresenta, ainda, imensas iniquidades sociais e de saúde entre regiões, estados e municípios, bem como internamente entre os territórios de um mesmo município, com grande influência do setor privado e do mercado em torno da saúde. Berlinguer (1996) considera que as situações iníquas em saúde têm relação, sobretudo, com os fatores sociais e culturais (instrução, trabalho, habitação, nutrição). Iniquidades são entendidas como as diferenças desnecessárias, evitáveis, reprováveis e injustiças. Para o autor, o caminho para redução das iniquidades em saúde é a equidade, mediante a oferta de igualdade de oportunidades e remoção de obstáculos que não possam ser superados por meio da vontade e das atitudes pessoais, configurando-se como “o desafio moral mais relevante no relacionamento entre ética e saúde” (Berlinguer, 1996, p. 82).

Ao se esclarecer a terminologia “igualdade de oportunidades” é preciso considerar o fato de não equivaler

A algo como igualdade de liberdades abrangentes (overall freedoms). Isto é assim devido (1) à diversidade fundamental dos seres humanos, e (2) à existência e importância de meios variados (tais como renda ou riqueza) que não se enquadram no domínio da definição

padronizada de 'igualdade de oportunidades.' Nos termos da posição delineada e defendida neste trabalho, um modo mais adequado de apreciar a igualdade 'real' de oportunidades deve ser por intermédio da igualdade de capacidades (ou da eliminação das desigualdades claras nas capacidades, pois as comparações de capacidade são caracteristicamente incompletas) (SEN, 2001, p. 37, grifos do autor).

Assim, as oportunidades “reais” não são caracterizadas apenas pelos recursos disponibilizados às pessoas, e sim funções cujos valores determinantes são permeados por uma série de fatores: “recursos, talentos, condicionamentos, direitos, expectativas, escolhas anteriores, consequências controláveis ou não de ações individuais ou coletivas, autoestima, poder de iniciativa, voz da comunidade, processos decisórios etc.” (Sen, 2001, p. 13).

É importante lembrar que antes da Constituição de 1988, o acesso era limitado aos contribuintes da Previdência Social, o que restringia o direito à atenção à saúde e intensificava as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. A saúde, como um direito fundamental do ser humano, precisa ser compreendida como uma construção histórica e social a partir dos embates e lutas por direitos em várias sociedades. Dessa forma, é reconhecida pelo ordenamento jurídico como um direito fundamental e uma das condições essenciais da liberdade individual e da igualdade de todos perante a lei (Brasil, 1990).

A saúde configura-se como um direito inerente aos seres humanos, existente independentemente e anteriormente à presença de qualquer documento formal, mas que a população brasileira entendeu, no decorrer da história, como necessária à sua formalização tanto na Constituição Federal (CF) como em outros instrumentos jurídicos. É um direito essencial para o desenvolvimento humano, pois gera interferências e produção de benefícios. É importante ressaltar que os direitos sociais, fundamentais, universais e de competência estatal ganharam força após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) para proteção da dignidade humana, atingida fortemente pelo regime nazista (Lima et al., 2009).

Ninguém desconhece que “o processo histórico de conformação do sistema de saúde é um elemento de grande valia para a compreensão das bases do

Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil” (Escorel & Teixeira, 2011, p. 333). Assim, ao passarmos do império ao populismo e do golpe militar à reforma sanitária destacam-se “a ocupação de espaços de poder pelos representantes do movimento da Reforma Sanitária, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o processo constituinte e a aprovação do direito à saúde em 1988, encerrando-se com a legislação infraconstitucional [...]” (Escorel, 2011, p. 385).

Após 1988, o direito amplo da saúde é constitucionalmente entendido, no contexto brasileiro, como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988), considerando os fatores socioeconômicos que interferem nas formas como as pessoas vivenciam esse direito (Giovanella & Fleury, 1995).

A existência de direitos fundamentais, por si só, não garante que a população consiga usufruir dos mesmos, são necessárias garantias jurídicas, políticas, processuais e institucionais eficazes que defendam o direito à saúde (Aith, 2010). O Sistema Único de Saúde foi instituído pelos brasileiros como garantia fundamental do direito à saúde e configura-se como a primeira política social universal do Brasil. É a principal política pública para saúde, organizando e integrando um conjunto de outras garantias e, desde a sua criação, vem passando por reformas estruturais e ressignificação dos valores que o constituem (Santos, 2010).

O direito à saúde passa a ser um valor importante para as políticas públicas com princípios agregados de universalidade, da solidariedade, da dignidade humana e da equidade. A política de saúde se configura, então, como política social e a saúde passa a ser um direito vinculado à cidadania (Verdi, 2013).

A legalidade do direito à saúde e do acesso universal está instituída, entretanto, a sua efetiva implementação tem sido construída ao longo dos anos com avanços importantes, mas ainda longe das expectativas de duas décadas passadas. Com o passar dos anos, o SUS sofreu ameaças constantes, tanto pelo subfinanciamento, como pelo desmonte na estrutura dos serviços, ocasionando para a sociedade brasileira uma interpretação superficial dessa política pública

com apoio de forte manipulação midiática. Mais recentemente, as propostas de planos populares de saúde, mudanças na forma de financiamento e a concepção de que o SUS é financeiramente inviável, por parte de gestores federais estratégicos, demonstram que esse importante sistema público de saúde com suas políticas está ainda mais ameaçado.

Percebemos, assim, que a publicação de uma política por si só não garante a sua completa implantação, é preciso olhar para como essas políticas mobilizam o fazer nos territórios de estados e municípios. É fundamental o constante questionamento sobre qual sistema de saúde e qual sociedade queremos construir, sendo limitadas as mudanças nos modelos de atenção à saúde de forma setorial exclusiva. É preciso fortalecer a construção de formas de conservação/manutenção do SUS e da participação popular, para que os brasileiros discutam as suas necessidades oriundas de condições de vidas vivenciadas e experimentadas no cotidiano. Trata-se de uma luta constante, realizada com muita persistência, por inúmeros grupos sociais, provenientes dos movimentos sociais, das universidades, de gestores e trabalhadores, para uma tentativa de manutenção dos direitos adquiridos, ampliação das garantias necessárias e redução das iniquidades.

Em suma, a defesa do sistema público de saúde no Brasil perpassa a discussão sobre a universalidade do acesso, ressaltando-se a importância da solidariedade humana, em relação aos problemas sanitários em escala internacional, na busca pela contraposição da “ofensiva neoliberal” que apresenta uma concepção de responsabilidade individual pela situação de saúde de cada pessoa. Desconsiderando os fatores sociais como determinantes do processo saúde- doença, bem como a influência da posição social na frequência, no decurso e no resultado da doença, exaltando o valor do egoísmo em detrimento ao da solidariedade (Berlinguer, 2004).

Para Berlinguer (2004), há uma necessidade de luta ampliada pelos direitos sociais, direcionados ao combate dos desperdícios e distorções nos serviços de saúde, de avaliação da eficácia na prestação dos serviços, considerando a eficiência e a humanização; e na adoção de um sistema que não atenda apenas as emergências evitáveis, mas que atue para que as mesmas não ocorram.

Neste contexto, é importante ponderar as diferenças entre a universalidade do acesso e a cobertura universal, conceitos que, por vezes, têm sido utilizados como sinônimos, mas que guardam diferenças importantes entre si. Ainda que a cobertura universal concebida pela Fundação Rockefeller e acolhida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), se estruture a partir da oferta de acesso a todos cidadãos aos serviços de saúde, ela acaba criando uma divisão. Os que podem pagar têm acesso a uma gama mais ampla de serviços, enquanto aqueles com menos recursos financeiros têm acesso a um número menor ou básico de serviços (Rizzoto & Costa, 2014). Nas palavras de Pires (2016, p. 2):

A expressão cobertura universal, muitas vezes, refere-se ao quantitativo populacional coberto por serviços de saúde, o que não significa que o referido número de indivíduos utilize o serviço ou que o mesmo seja capaz de atender a múltiplas e complexas necessidades em saúde.

Em contrapartida, a universalidade do acesso aos serviços e ações de saúde, um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, traduz um importante valor ético que é a afirmação de que a vida de todas as pessoas deve ser respeitada e cuidada. Para Paim e Silva (2010) os conceitos de universalidade e equidade estão relacionados ao princípio da igualdade e, este, por sua vez, à ideia de justiça. A noção de universalidade está associada ao lema da Revolução Francesa e às discussões dos socialistas utópicos. Se refere àquilo que é comum a todos e, na saúde, foi um princípio reforçado nas propostas dos estados de bem-estar social e da Conferência de Alma Ata, como defesa da saúde como direito.

Por sua vez, a universalidade do acesso aos serviços de saúde ingressa no debate da bioética, assim como as políticas públicas passam a ser campo de estudo dos pesquisadores da área (Garrafa, 2013). Berlinguer (1996), afirma que, apesar de não ser fácil fazer essa avaliação/afirmação, as iniquidades em saúde são menores nos países que desenvolveram sistemas de saúde universais e eficazes. Considera que, mesmo nesses países que adotaram políticas de restrição e seletividade, justificadas pelo alto custo do sistema, ao se fazer uma análise para

além da questão econômica e dos gastos em saúde, olhando para a saúde e a produção do cuidado, as iniquidades em saúde são menores nesses locais.

A APS torna-se a principal estratégia para fazer valer o princípio da universalidade no SUS, como a ordenadora dos serviços de saúde e a porta de entrada preferencial do sistema. É possível constatar a existência de diversas concepções para o uso do termo Atenção Primária à Saúde. Starfield (2002) destaca quatro possíveis usos: 1) atenção focalizada e seletiva com uma cesta básica de serviços para aqueles que não têm como pagar pelas ações de saúde; 2) serviços ambulatoriais e médicos não especializados que conformam um dos níveis de atenção do sistema e realizam o primeiro contato; 3) modelo de organização assistencial abrangente ou integral que segue os princípios discutidos em Alma Ata e 4) uma filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde ganhou contornos próprios e, por isso, também uma definição distinta pelo movimento sanitário. Nomeada de Atenção Básica à Saúde (ABS), pretendeu demarcar uma discordância com parte do movimento internacional que rotulava a APS como uma forma de ofertar um pacote de ações básicas para aqueles que não poderiam pagar por assistência, almejando afirmar a universalidade e integralidade consolidadas pelo Sistema Único de Saúde (Giovanella & Magalhães de Mendonça, 2012).

A Atenção Básica, como ordenadora dos serviços de saúde, tinha entre os objetivos principais, associados à expansão dos serviços de atenção primária, a mudança de aspectos do modelo de atenção, como foco na doença, a excessiva especialização, a centralidade no profissional médico e a passividade imposta ao “paciente”. Assim como, a conformação de equipes multiprofissionais capazes de um cuidado mais integral, uma proximidade com a população a ser cuidada, prevendo uma ampliação de vínculo e cuidado longitudinal e uma corresponsabilização com a produção do cuidado, entendendo a saúde em seu conceito ampliado e a responsabilidade sanitária como compromisso de todos.

Pode-se dizer que a ampliação da cobertura da APS, por meio da Estratégia de Saúde da Família, foi a principal ação desenvolvida pelo Governo

Federal para universalização do acesso. Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica é republicada, lançando um conjunto de programas para dar resposta, de acordo com os gestores federais, à necessidade de ampliação do acesso e qualificação das ações e serviços de saúde (Brasil, 2011).

O país possuía em 2016 mais de 39 mil equipes de saúde da família implantadas em 5463 municípios, com cobertura de 63,12% da população (Brasil, 2016), compostas por diferentes profissionais, responsáveis, no âmbito da sua atuação, pela consolidação e efetivação da universalidade, em seu componente final que é o acesso às ações de saúde. Entretanto, apesar da expansão na cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), ainda havia uma parcela significativa da população, cerca de 36,15%, sem acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2016). Além disso, há um risco considerável de que esse número aumente, devido a medidas como a redução de investimentos, previstas na Emenda Constitucional 95/2016 (Mariano, 2017).

Esses municípios recebem recursos do governo federal por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), variável que consiste em um valor recebido pelos municípios quando estes implantam ações e políticas formuladas pelo Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2015). O processo de construção das políticas de saúde, incluindo as destinadas a APS, acontece junto às instâncias de participação do SUS, como as Comissões Intergestores Bi e Tripartite, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). É inegável o peso do gestor federal (ministro da Saúde e equipe do Departamento de Atenção Básica) na formulação e implementação de políticas para APS, por meio da indução financeira, publicação de normas, portarias, instrutivos, cadernos, manuais e revistas. O Ministério da Saúde se caracteriza, assim, como grande indutor das políticas para APS na maioria dos municípios brasileiros, seja pela priorização de programas, recursos e estruturas, quanto pelas formas de organização e de metas dos serviços.

Entretanto, a forma como estas políticas se efetivam em cada território são distintas e sofrem a influência de um conjunto de fatores, possuem em comum

as normativas elaboradas em âmbito nacional que apresentam influência na forma como os princípios do SUS se efetivam, dentre eles o da universalidade do acesso. Desta forma, as políticas públicas federais devem traduzir os princípios ordenadores do SUS e devem estar conectadas com que acontece no cotidiano dos serviços de saúde, construindo uma nova forma de atuar em saúde que garanta a universalidade, a equidade e o acesso, mas que, além disso, e, mais importante, consiga acolher e proteger os usuários, resolver suas necessidades de saúde e construir conjuntamente uma maior autonomia dos usuários (Merhy, 1995). Assim, uma aproximação dos modos de produção do cuidado no cotidiano da APS se faz fundamental para entendermos os avanços e desafios para a universalidade do acesso.

### **Uma aproximação aos modos de produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde no Brasil**

A Atenção Primária à Saúde se configura como um espaço do sistema de saúde que deve estar mais próximo, no sentido amplo e não meramente geográfico, dos sujeitos individuais e coletivos. Uma proximidade que se traduz no conhecimento das especificidades, singularidades, indicadores de saúde e modos de viver das pessoas, na corresponsabilização sobre a produção do cuidado, na produção de vínculo e de confiança entre usuários e serviços de saúde e na prestação de serviços de saúde de qualidade com resolubilidade.

Missão complexa e diversa quando consideramos tanto as diferenças presentes nos encontros cotidianos, bem como toda a diversidade cultural, social, econômica e política existente em um país como o Brasil. Convivemos, assim, com contextos diversos que vão gerar formas distintas de se produzir atos de saúde a despeito das normas estabelecidas no nível federal, estadual e municipal do sistema público de saúde.

Para compreender o trabalho, a ergologia propõe o conceito de atividade (Scherer, 2013). A atividade, sempre enigmática e não passível de padronização, acontece no momento do encontro entre o trabalhador e o usuário, onde este apresenta a sua necessidade de saúde e é preciso dar uma

resposta ao que é solicitado. Esse momento é composto por um conjunto de histórias de vida, de normas antecedentes e de valores.

Por norma antecedente, entendemos tudo aquilo que o trabalhador traz de conhecimento sistematizado, seja da formação ou da sua experiência, e que existe antes do momento de realização da atividade. Os profissionais de saúde, possuem, por exemplo, as diretrizes organizacionais da Estratégia Saúde da Família, como a adscrição da clientela, o trabalho em equipe multiprofissional, a carga horária de 40 horas, as ações programáticas, o acolhimento, bem como as normas específicas para cada categoria profissional. Compõem também as normas antecedentes, as experiências e vivências dos trabalhadores, sejam elas profissionais ou pessoais, os valores e normas presentes na cultura, religião e no meio de vida em que essas pessoas se constituíram e se constituem como seres sociais.

A atividade é uma contínua recomposição, recriação de normas antecedentes, pois essas guardam uma distância do que realmente é solicitado em cada situação de trabalho (Schwartz, 2007). Assim, o que está escrito e prescrito, bem como todo o conhecimento que possuímos acerca do modo como produzimos o cuidado, seja ele científico ou produzido por uma experiência, nunca será igual à experiência propriamente dita.

Tudo que sei sobre usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e todos os atendimentos que já fiz para outros ou para o mesmo usuário, produzem um conjunto de conhecimentos que será fundamental para a produção de atos de saúde. Entretanto, nunca utilizarei esses conhecimentos da mesma forma nos diferentes encontros com outros usuários com HAS, pois além da singularidade de cada usuário, são singulares também os encontros, os recursos, as solicitações, as restrições e as possibilidades presentes no meio. Nesse sentido, a vida é um debate de normas, valores, escolhas e tentativas de renormalização.

No encontro entre trabalhadores e usuários, ambos se transformam, transformam o ambiente onde atuam e transformam uns aos outros. Para Schwartz (2007, p. 9):

[...] cada ser humano – principalmente cada ser humano no trabalho – tenta mais ou menos (e sua tentativa nem sempre é bem-sucedida),

recompor em parte, o meio de trabalho em função do que ele é, do que ele desejaria que fosse o universo que o circunda. Ora mais ou menos! Esta recomposição pode ser mínima ou mais significativa – e isso é algo muito positivo.

Trabalhar é, nos debates de normas presentes em nossos encontros, tentar estabelecer uma sinergia para a tríplice ancoragem: (a) biológica composta pelo corpo dado no nascimento, com suas potencialidades e seus limites, (b) histórica: mediante o debate de normas que a constituem e só ganham sentido em um dado momento da história; (c) singular e que tem relação com a experiência de vida de cada pessoa, que a ergologia chama de corpo-si (Schwartz, 2003).

É o corpo-si, que, no momento da atividade, faz a gestão entre o prescrito e o real, representando o sujeito da atividade que faz escolhas, menos ou mais conscientes, em função de critérios que são orientados por valores.

É preciso se apropriar de certo número de normas antecedentes, compreender que existe algo que é distinto e novo frente a essas normas no momento da atividade e que é preciso saber fazer a gestão entre elas e o inédito, para conseguir produzir cuidado com qualidade, por exemplo (Sant'anna & Hennington, 2010, p. 210). Existe, então, uma primeira antecipação da atividade, oriunda das normas antecedentes e uma segunda antecipação, ao constatar, por exemplo, que esse saber não contempla toda a atividade, havendo sempre uma renormalização, recriação da primeira antecipação (Neves, 2010).

Convém ainda lembrar que a finalidade do trabalho é exterior ao homem, é social, pois toda prescrição, à qual o trabalho tem que responder, é produzida pela sociedade. O trabalhador, então, se produz como ser social, carregando em si questões que são da sociedade. Uma sociedade que entende a saúde como mercadoria e produção de atos de saúde como consumo de exames e medicamentos, e que traduz em suas políticas públicas a valorização prioritária da produtividade, produz e é produzida por trabalhadores e usuários que valorizam consultas rápidas, orientadas pela queixa-conduta e geradora de grande número de encaminhamentos.

Quantas vezes escutam os profissionais reclamarem de usuários, que no momento da consulta, exigem exames e medicamentos como garantia de uma atenção de qualidade e outras tantas de usuários sobre profissionais que em poucos segundos de consulta, pouca ou nenhuma escuta e contato, os encaminham para outros profissionais ou para realização de exames complementares? A mudança pretendida na forma como o cuidado é produzido na APS requer uma disputa e uma reflexão sobre os fatos, as normas e os valores que orientam a prática dos profissionais de saúde e aquelas que originam as demandas e necessidades de saúde dos usuários.

Políticas públicas que traduzem os valores do respeito à vida de todos, das produções singulares de cuidado, que fomentam a autonomia e a constituição de consciência sanitária, que estimulam o diálogo e a escuta, também orientam a produção do cuidado para o encontro com esses valores. Assim, o trabalhador busca atuar de acordo com que o meio espera e exige dele, mas, também, de acordo com o que ele exige de si. Ele faz escolhas, conscientes ou inconscientes, a partir de critérios e valores, originando um debate do trabalhador com o próprio trabalhador (suas expectativas, valores, necessidades e possibilidades) e debate da ordem social (respeito ao outro, respeito ao direito do outro) (Schwartz, Duc & Durrive, 2007).

As políticas públicas, de um lado, fazem parte do conjunto de saberes que compõem as normas antecedentes dos trabalhadores e, como toda norma antecedente, é resultante de uma construção histórica que agrega também valores de bem comum de uma sociedade (Neves, 2010). Por outro lado, essas políticas compõem as múltiplas experiências de vida e de trabalho vivenciadas por cada trabalhador, influenciando diretamente o modo de realizar a atividade.

Alguns trabalhadores, quando questionados, por exemplo, sobre o motivo de realizarem a sua atividade de uma forma que nos parece regida por discussões teóricas há muito renovadas, nos relatam ter aprendido com outro profissional mais antigo da equipe que, por sua vez, responde a uma exigência da maneira como a gestão organizava o trabalho da equipe. Na concepção das políticas públicas e na gestão cotidiana dos serviços de saúde,

a renovação constante das normas, a partir do que é produzido nos encontros entre serviços de saúde e população, é fundamental para a qualidade das ações que são produzidas.

Presente no encontro, nas decisões, nas normas antecedentes e nas formas de produzir cuidado, os fatos, as normas e valores são determinantes na construção de atos de saúde mais humanizados ou mais protocolares. Para Schwartz (2011, p. 22):

Há, pois, uma relação estreita, frequentemente subestimada ou tão simplesmente ignorada, entre nossa ligação com o mundo dos valores e nossa maneira de trabalhar os saberes. Se há debates de normas em todos os nossos agires e, notadamente, no trabalho, e se a respeito deles temos que tomar decisões todos os dias, é porque um universo de valores está intimamente presente em nós e, em nome desses, tomamos tais decisões [...]. Fazer esse trabalho, em função do peso que se dá a esses valores, é, também, uma escolha do que queremos ser.

É imprescindível, segundo Schwartz (2011, p. 22) questionar o contexto das ações no trabalho a partir de perguntas como: qual a postura do profissional de saúde no momento do encontro entre trabalhadores e usuários? Os usuários devem ser entendidos como objetos de intervenção, como “situações-tipo” [termo utilizado pelo autor] ou como pessoas que trazem também com elas uma história de vida, conhecimentos prévios, experiências e modos singulares de cuidar? Um encontro que é ativo e atento às diferenças e que convoca os envolvidos a aprender e coconstruir a partir dele, considerando não só o motivo da queixa que levou o usuário à unidade básica de saúde, mas usando essa queixa como ponte para dialogar sobre como esse sujeito entende o seu processo saúde-doença-cuidado, auxiliando-o a ser uma pessoa com mais autonomia no seu processo de caminhar a vida.

Portanto, é necessário ir “além dos muros”, “procurando elementos fundamentais nesse processo” na cotidianidade, nas famílias, nas comunidades”... “onde a história se faz” (Schwartz, 2011, p. 22). Além disso, é essencial a busca pela

compreensão do modo como essas pessoas produzem cuidado, como vivem suas vidas e dão conta de enfrentar e superar as dificuldades, conhecendo e incluindo no desenvolvimento do projeto terapêutico aquilo que a ergologia chama de “reserva de alternativas” presentes no dia a dia dessas pessoas, no seu meio de vida.

Para Berlinguer (1996), a medicina ocidental, pode ser considerada imprópria por alguns motivos: existência de outras medicinas com fundamentos éticos mais holísticos; as dificuldades vivenciadas por todos os modelos assistenciais, sejam os baseados em seguros privados, ou baseados em seguros sociais, ou em serviços nacionais e; pela existência, na relação entre profissionais de saúde e usuários, dos desvalores paternalismos e autoritarismo que usurpam dos usuários sua autonomia, um princípio moral que deve ser não só respeitado, mas também estimulado.

Os atos em saúde ganham ares de um processo artístico, dialético, que exigem criatividade e capacidade de, no debate de normas presentes, decidir entre os saberes formalizados aqueles que serão utilizados a partir do que é convocado, ensinado pelos usuários. Serviços de saúde convivem constantemente com essa dupla possibilidade antagônicas, de respeitar a procura por construções singulares de saúde, próprias a todas as pessoas ou de “domesticar” por meio, somente, das “normas e prescrições já citadas” (Schwartz, 2011, p. 34).

Por vezes, essa exigência, algo difícil a depender das necessidades apresentadas pelos usuários, dos recursos existentes nas unidades de saúde, da disponibilidade, capacidade dos sujeitos, faz com que equipes de saúde se apoiem quase que exclusivamente nos protocolos, procedimentos, normas, tornando os serviços de saúde espaços extremamente burocratizados e limitadores de acesso.

Aos trabalhadores da saúde resta ainda a decisão (que, muitas vezes, não é individual, pois depende de questões que extrapolam o espaço micro da produção do cuidado) entre responder às necessidades de saúde com qualidade, rapidez e de forma humanizada e o que a ergologia chama de “economia de si”. Estes relatam que o fazer em saúde carrega inúmeras responsabilidades

quando uma escuta mais atenta é realizada e que os usuários apresentam questões que os profissionais de saúde não encontram nos protocolos e, nos sistemas de saúde, respostas.

Além disso, as condições de trabalho, os vínculos empregatícios, a satisfação com a função que exerce e tantas outras questões presentes na vida das equipes de saúde, de dentro e de fora do mundo do trabalho, exigem dos trabalhadores considerar nos momentos de reflexões e prudência para o desenvolvimento das ações em saúde, os aspectos que diminuam o desgaste físico e emocional no cotidiano do cuidado para com o outro, ocasionando menor sofrimento e uma maior satisfação no trabalho, em uma constante dialética entre aquilo que o meio exige desse trabalhador (uso de si pelos outros) e aquilo que o próprio trabalhador entende ser o melhor caminho a percorrer (o uso de si por si).

Sobre os usos de si, Schwartz (2000, p. 41) afirma:

[...] quando se diz que o trabalho é uso de si, isto quer, portanto, dizer que ele é lugar de um problema, de uma tensão problemática, de um espaço de possíveis sempre a negociar: há não execução, mas uso, e este supõe um espectro contínuo de modalidades. É o indivíduo em seu ser que é convocado, são, mesmo no inaparente, recursos e capacidades infinitamente mais vastos que os que são explicitados, que a tarefa cotidiana requer, mesmo que este apelo possa ser globalmente esterilizante em relação às virtualidades individuais. Há uma demanda específica e incontornável feita a uma entidade que se supõe de algum modo uma livre disposição de um capital pessoal. Tal é a justificação da palavra “uso” e tal é aqui a forma indiscutível de manifestação de um “sujeito”.

Para o autor, é cada vez mais difícil de se perceber o “trabalho do uso de si por si mesmo” em uma sociedade dominada por normas e produtividade, mas que “com o encontro dos seres humanos que se dá nos serviços, a ideia do debate de normas referidas a valores que eu chamo ‘sem dimensão’ – como a saúde, a justiça, a cultura, o bem viver, o bem comum – coloca-se mais e mais intensa” (Schwartz, 2006, p. 406).

## Considerações finais

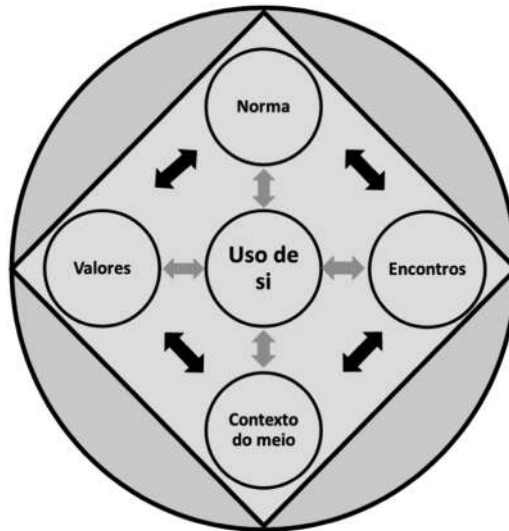
Diante dos acontecimentos atuais no contexto político e social no Brasil, temos o compromisso e a responsabilidade de reafirmar a luta e o pacto político que a sociedade brasileira assumiu em 1988 com a universalidade do acesso, a construção de políticas públicas e os modos de produção do cuidado fundamentados nos princípios da justiça, equidade e solidariedade social.

Ao buscarmos a construção de um sistema público de saúde com a participação dos profissionais de saúde e dos usuários, a compreensão dos fatos, valores e normas que circundam o processo do cuidado, nos ajuda a traçar caminhos para alcançar uma Atenção Primária à Saúde como um modelo de atenção orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Precisamos estabelecer no cotidiano do trabalho a reflexão sobre os “encontros” produzidos e tornar visível a atividade de trabalho, no conceito da ergologia. O encontro no momento do cuidado, entre duas ou mais pessoas, pode promover a troca de saberes científicos e específicos de cada profissão e os saberes populares que serão retrabalhados e que nada tem de mecânico e pré-determinado; sendo sempre inédito e reinventado e que demanda um constante estado de estranhamento tanto da equipe de saúde quanto dos usuários.

Em uma tentativa, inevitavelmente incompleta, de sistematizar os conteúdos abordados que guiam nosso olhar para os modos de produção do cuidado, trazemos a Figura 1 como uma representação dinâmica e simbólica de dimensões presentes nos atos de saúde, na sua relação com o contexto social, político e econômico de uma sociedade.

**Figura 1.** Olhares para os modos de produção do cuidado.



Fonte: as autoras.

Para o desenvolvimento da atividade, o trabalhador constrói atos de saúde a partir daquilo que ele conhece, das normas antecedentes, do que é solicitado pelo meio, do debate de valores, bem como dos mecanismos de usos e economia de si. Assim, para a construção de políticas públicas que promovam, cada vez mais, a consolidação do SUS e da universalidade do acesso, é preciso partir da compreensão de como as ações de saúde são produzidas no cotidiano das práticas das equipes de saúde.

## Referências

- Aith, F. (2010). *Direitos e garantias fundamentais: As garantias do direito à saúde no Brasil*. In L. Santos (Ed.), *Direito à Saúde no Brasil* (p. 210). Campinas, SP: Saberes Editora.
- Berlinguer, G. (1996). *Ética da Saúde*. São Paulo: HUCITEC.
- Berlinguer, G. (2004). *Bioética Cotidiana*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011*. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes

- Comunitários de Saúde (PACS). Portal do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php). Acessado em: 17 Abr. 2016.
- Escorel, S. (2008). História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In L. Giovanela, S. Escorel, L.V.C. Lobato et al. (Eds.), *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Garrafa, V. (2012). Proteção e acesso à saúde como um bem social. In F. Hellman, M. Verdi, R. Gabrielli, S. Caponi (Eds.), *Bioética e Saúde Coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos*. Florianópolis: DIOESC.
- Giovanela, L., & Fleury, S. (1995). Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In C. Eibenschutz (Ed.), *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 177-198.
- Giovanela, L., & Magalhães de Mendonça, M.H. (2012). *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?* Rio de Janeiro: CEBES.
- Lima, R. de C. G. S., Severo, D. O., Verdi, M. I. M., & Da Ros, M. A. (2009). A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. *Saúde soc.*, 18(1), 118-130.
- Mariano, C.M. (2017). Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*, 4(1), 259-281.
- Merhy, E.E. (2016). *Universalidade, Equidade e Acesso Sim*. Mas, Não Bastam. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf>. Acesso em: 01 Mar 2016.
- Mora, J. F. (2004). *Dicionário de Filosofia*. 2º Ed. São Paulo: Ed. Loyola.
- Neves, T. P. (2010). A incorporação da abordagem ergológica na formação dos profissionais de saúde: em busca da integralidade da atenção à saúde. *Rev. APS*, 13(2), 217-223.
- Paim, J. S., & Silva, L.M.V. (2010). Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde* (Impr.), 12(2).
- Pires, D.E.P., et al. (2016). Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 24.
- Rizzotto, M.L.F. & Costa, A.M. (2014). *25 anos do direito universal à saúde*. Rio de Janeiro: CEBES.
- Sant'Anna, S. R., & Hennington, E. A. (2010). Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. *Interface (Botucatu)*, 14(32), 207-215.
- Scherer, M.D.A. et al. (2013). A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3203-3212.
- Schwartz, Y. (2006). Trabalho e uso de si. *Pro-Posições*, 5(32), 34-50.
- Schwartz, Y. (2007). A dimensão coletiva do trabalho e as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). In Y. Schwartz, & L. Durive (Eds.), *Trabalho & ergologia – conversas*

*sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF.

Schwartz, Y. (2011). Intervenção, experiência e produção de saberes. *Revista Serviço Social & Saúde*, X(12).



## CAPÍTULO 6

# EQUIDADE EM SAÚDE E UNIVERSALIDADE DO ACESSO À ASSISTÊNCIA: breve análise crítica da situação brasileira à luz da bioética cotidiana

Melisse Eich  
Erica Lima Costa de Menezes  
Fernando Hellmann  
Marta Verdi

### Introdução

O sanitarista e bioeticista Giovanni Berlinguer faz uma importante distinção entre direito à saúde e direito à assistência em saúde. Para Berlinguer (1996, p. 75), o direito à assistência à saúde, da promoção e prevenção, ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, é ligado ao direito à saúde; “mas é uma união entre direitos diferentes: entre eles não há identidade”.

O direito à saúde é um *prius* em relação ao direito à assistência, seja no sentido histórico, pela prioridade de seu reconhecimento, seja no campo das necessidades da existência humana. O direito à assistência, além disso, parece pertencer, mais que à esfera dos direitos humanos, à dos direitos sociais; como tal, não transcende épocas e lugares, mas está em conexão com a alternância das várias formações econômico-sociais e até das contingências políticas; é submetido a regras e formas de atuação extremamente variáveis; é grandemente influenciado por relações do tipo contratual. Depende substancialmente da convergência de interesses (por exemplo, entre profissionais da saúde, indústria produtoras de medicamentos ou

equipamentos e cidadãos), e depende da capacidade associativa dos que são excluídos dos tratamentos, para determinar e impor o direito à assistência de maneira praticável e compatível com outras exigências. O sistema assistencial, de qualquer forma, mesmo não podendo ser o único nem o principal fator de melhoramento da saúde, pode garantir socialmente o direito *ex post* de fruir, em maior ou menor medida, aqueles procedimentos terapêuticos que são atributo específico e tradicional da medicina. Quando tal direito é negado, aumenta a parcela considerável de sofrimento que é social e tecnicamente evitável; e à doença, que de per si é fonte de tormento [...] (Berlinguer, 1996, p. 75-76).

Fundamentalmente, Berlinguer (1996) define que o direito à saúde vem antes do direito à assistência; é mais importante. O direito à saúde está compreendido no âmbito dos direitos humanos e, portanto, trata-se de um direito relacionado a valores universais: a saúde e a vida; isto é, ele é válido para todos os povos e comunidades. O direito à assistência, quando relacionado ao direito à saúde, pertence à categoria dos direitos sociais. Ele é um direito histórico e que, por isso, deve ser relacionado a “épocas e lugares”. Na mesma ótica, Garrafa, Oselka e Diniz (1997, p. 2), argumentam sobre a precedência do direito à saúde: “se por um lado o direito à saúde toca em questões nodais da justiça social; por outro, o não cumprimento do direito à assistência pode ser visto como mera consequência de ineficácias administrativas”.

Essa distinção é importante para não se perder de vista que o sistema de saúde não é o único nem o fator principal que mantém, ou melhora, a saúde das pessoas e populações. Acesso à alimentação, água potável, renda e moradia, posse de terra, etc, são condicionantes centrais da saúde. Porém, quando o direito ao acesso à assistência à saúde é negado diante de necessidades de saúde, que dependem do acesso aos procedimentos específicos do Sistema de Saúde, há, também, uma negação proporcional ao direito à saúde, o que significa dizer que o direito à assistência é intrínseco ao direito à saúde.

Cumpre-nos salientar, que ambos os direitos foram conquistados com lutas sociais e dependem dessas para serem cumpridos (o direito à saúde) e/ ou se conquistem o “direito à assistência”. Em outras palavras, se é necessário

haver luta para se garantir os direitos, é porque há resistência de setores da sociedade em garanti-los.

De fato, de acordo com Pires (1998) a estrutura dos serviços de saúde no Brasil é resultado, ao mesmo tempo, da pressão dos trabalhadores por seus direitos e da necessidade de força de trabalho em condições de integrar o processo produtivo. Logicamente, esta necessidade não é apenas do trabalhador que precisa vender sua força de trabalho, mas, sobretudo, de quem a compra porque depende dela para movimentar seu negócio-empresa; daí o conflito de interesses e a importância dos movimentos sociais, para não se deixar responsabilizar, exclusivamente, sobre o trabalhador o financiamento do sistema de saúde. Sendo assim, a luta pelo direito à assistência, enquanto direito social, é um dos meios para se garantir o respeito ou cumprimento do direito à saúde, como direito humano.

Pensamos que a distinção efetuada por Berlinguer (1996) é essencial, porque revela a diferença entre os direitos, da qual se pode deduzir a diferença entre equidade em saúde e equidade na assistência à saúde e, permitindo-nos distingui-la, esta última, da concepção de universalidade e igualdade do acesso aos serviços de saúde.

Tal distinção será, assim, nosso ponto de partida e ponto de chegada do presente texto que tem como objetivo fazer uma (breve) análise crítica do atual estágio da equidade em saúde na sua relação com a universalidade do acesso à assistência à saúde, no Brasil, à luz da bioética cotidiana. O argumento de que direito à saúde e direito à assistência à saúde estão inter-relacionados, mas são direitos diferentes, nos leva a pressupor que equidade em saúde e equidade na assistência à saúde também são diferentes. Tais pressupostos e distinções conceituais demarcarão a análise no decorrer do texto.

### **Equidade do acesso à saúde e universalidade da assistência, no Brasil**

Quando Berlinguer (1996) destaca a relevância das instituições na promoção da equidade, ele está se referindo às instituições públicas, estatais.

Embora possivelmente não esteja limitando essa responsabilidade exclusivamente a elas, ele certamente valoriza aquelas que podem promover a equidade. Em outras palavras, ele opõe firmemente à concepção de saúde como mercadoria. Um sistema de saúde público é condição *sine qua non* para a equidade do acesso à saúde e a universalidade da assistência. Seria o sistema que teria maior condição de contribuir para a garantia do direito à saúde, isto é, para a equidade em saúde.

Foi sob esta ótica, ou melhor, como resultado de um movimento social e acreditando na saúde como política pública, universal, que o Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou a implementação, na década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e complementada pela lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990 (Noronha, Lima & Machado, 2011).

A questão que se coloca hoje, é: até que ponto o SUS vem sendo desenvolvido na ótica do direito de acesso à saúde e como componente fundamental para a garantia do direito à saúde? Quais são os obstáculos de ontem e de hoje para que esse sistema público de saúde promova a equidade do acesso à saúde e contribua, de forma efetiva, para a equidade em saúde?

Responder a essas questões nos remete, necessariamente, à tensão histórica entre o público e o privado que levaram os movimentos sociais à luta contra a privatização dos serviços de saúde e pela construção de um sistema público de saúde acessível a toda população.

Historicamente, a privatização da saúde foi predominante. A apropriação e exploração privada dos serviços de saúde foram intensificadas durante o período ditatorial, no qual se delineava uma política econômica geradora de doenças e riscos à saúde, enquanto a oferta dos serviços públicos pelo Estado tornava-se cada vez mais restrita (Escorel, 1998).

Como afirmam Rodrigues e Santos (2011, p. 156): “o Estado brasileiro contribuiu de diferentes formas para o crescimento do mercado privado de saúde”. No período dos governos da Ditadura Militar, segundo os autores, esta contribuição se deu,

Em primeiro lugar, por meio da contratação para o INPS e, a partir de 1974, para o INAMPS, da prestação de serviços de hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde, o que ampliou enormemente a demanda de serviços privados de saúde e incentivou que crescesse a oferta desses serviços. Em segundo lugar, pelo subsídio fiscal às empresas que contratavam planos privados de saúde, ou organizavam assistência médica em regime de autogestão aos seus empregados (Rodrigues & Santos, 2011, p. 156).

Devido às consequências e prejuízos sociais daquele modelo político-econômico, os agentes sociais envolvidos na questão da saúde passaram a exigir o redimensionamento do modelo assistencial privatista. Um desenvolvimento teórico, a partir das universidades, passou a dar sustentação ao movimento sanitário, que surge no final da década de 1970, com a mobilização de vários segmentos da sociedade contra o descalabro do sistema de saúde vigente e em defesa do fortalecimento do setor público de saúde (Cohn & Elias, 2003).

Durante o período de transição política, na segunda metade da década de 1980, o movimento sanitário se rearticula e se fortalece; se prepara para a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que aconteceu em 1986, para discutir e obter subsídios, visando contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar elementos para o debate na futura constituinte (Escorel, 1996).

Portanto, a VIII Conferência Nacional de Saúde, foi um marco que contribuiu para as reformas e composição do sistema público de saúde a partir dos temas abordados e discutidos – “saúde como direito de cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor –, que alimentaram um intenso debate travado até a aprovação da Constituição de 1988” (Noronha, Lima & Machado, 2011, p. 436).

Escorel (1996, p. 187) afirma que “a VIII CNS foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais”. Foi a primeira conferência com coparticipação da sociedade civil. Dos debates na VIII CNS, surgiram os princípios e diretrizes daquilo que deveria ser o primeiro sistema público de

saúde. O resultado dos debates foi encaminhado por meio da Plenária Nacional de Entidades de Saúde da Conferência Nacional de Saúde à Assembleia Nacional Constituinte (ANC) e aprovados como Art. 196 do texto da Constituição Federal (CF) em que diz: “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1998,p. 108).

Não obstante, o movimento sanitaria deparou-se com os interesses do setor privado na saúde e dos políticos que os representavam na ANC. Esta tensão desfavorável ao movimento popular custou o contraditório Art. 199 da CF, avalizando que a exploração dos serviços de “assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (Brasil, 1998, p. 109). Em suma, podemos dizer que aos interesses da classe trabalhadora contrapuseram-se os interesses dos empresários do setor saúde. Decisivamente, é desta contradição, inconciliável – que já existia concretamente, apenas se formalizou no texto constitucional e vem se consolidando e se propagando para todo o setor da saúde – que emerge a crise do setor saúde em geral e do SUS em particular.

A definição da saúde na CF, juntamente com as Leis 8.080 e 8.142, que estabelecem os princípios legais para o funcionamento da rede de assistência do SUS, e a reforma ministerial que desvinculou a saúde do INAMPS, representaram avanços significativos em termos de reconhecimento legal do direito de acesso à saúde. Entretanto, segundo Pires (1998), na prática, ocorreram poucas mudanças em virtude dos interesses do setor privado e dos defensores do modelo de mercado.

Ou seja, a criação legal do SUS coincidiu com o recrudescimento da crise estrutural do capital, a crise financeira do Estado e o advento da política neoliberal de Estado mínimo, implantada a partir da década de 1990. Como resultado, o SUS se manteve subfinanciado e o setor privado avança livremente, mantendo “o consumo dos serviços de saúde dentro da lógica do mercado que comercializa as doenças e legitima a desigualdade do acesso” (Pires, 1998, p. 99). Conforme a autora, “as denúncias dos reais problemas do

SUS são aproveitadas por estas forças [os defensores do modelo de mercado, neoliberais e setor privado] para um trabalho de desvalorização do serviço público e dos trabalhadores do serviço público e para defender a ilusão da eficácia do setor privado” (Pires, 1998, p. 99).

Em outras palavras, podemos pensar que chegamos a um ponto no qual o “sucesso” do setor privado depende do “fracasso” do público e vice-versa. No seio desta contradição, infelizmente, encontra-se o setor público, o SUS, que vem agonizando com seus escassos recursos devido ao subfinanciamento.

Aliás, desde a promulgação da CF, denomina por alguns de constituição “cidadã” – que, em realidade, é síntese de interesses antagônicos e da luta de classes e, portanto, repleta de contradições como a que destacamos no setor saúde – é o projeto político privatizante e de desmonte do Estado de bem-estar social, que tem avançado mais rapidamente no Brasil. Obviamente, se na aplicação das políticas privatistas predominam os processos de ampliação do mercado – apesar dos direitos sociais estarem garantidos na CF –, no que se refere ao setor saúde, não poderia ser diferente: prevalecem os interesses do setor privado, ou seja, a liberalização do mercado e a privatização dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a passagem do SUS logo no seu surgimento, por dois governos com características neoliberais e com indicativos de corrupção – distinguindo a era Collor-FHC – delimitou uma fase de estagnação do sistema recém-criado. Com o advento da coalizão política em torno do Partido dos Trabalhadores (PT) – distinguindo a era Lula-Dilma – houve certo equilíbrio entre as políticas neoliberais e as políticas públicas, resultando em um considerável desenvolvimento do sistema público de saúde. Por um considerável período, o SUS foi sendo desenvolvido na ótica do direito de acesso à saúde e como componente fundamental para a garantia do direito à saúde.

Esse período termina quando o governo Dilma mergulha no auge da crise estrutural do capital que afeta, desde 2008, todo o sistema capitalista globalizado. Esta crise é agravada com a crise política em torno da qual se uniu a oposição, a qual destituiu do poder, a presidenta democraticamente eleita por meio de um processo de impeachment com características de “golpe de estado”.

A velha oligarquia que sempre comandou a política no Brasil assume o governo em torno de um projeto denominado “uma ponte para o futuro”, que apesar de ser um projeto do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) do então vice-presidente, não é o mesmo projeto por meio do qual ele foi eleito na coalizão em torno do governo Dilma, ou seja, não é, nem de longe, um projeto que passou pelo crivo do voto popular; pelo contrário, é um projeto autoritário e antidemocrático.

Um projeto cuja base era a “redução estrutural das despesas públicas e a execução de uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada” (Fundação Ulysses Guimarães – PMDB, 2015), só poderia significar, para a maioria da população, uma ponte para o passado, pois só poderia aumentar a miséria, as desigualdades e iniquidades sociais. Mesmo diante de uma enxurrada de denúncias de envolvimento em corrupção, o governo Temer – o qual não permite que o povo participe e opine nas mudanças do país, permanecendo apenas a vontade de um pequeno grupo e seus simpatizantes com o slogan “não pense em crise, trabalhe” – se manteve no poder executando seu projeto de colisão destruidora de direitos.

Suas políticas dominaram o cenário nacional, inviabilizando os principais avanços na implantação das conquistas legais do SUS e de interesse da maioria da população. No sentido de inviabilizar o SUS, sua principal investida foi a aprovação da EC 55 que instituiu um novo regime fiscal impondo limite de despesas públicas por um período de 20 anos. Em outras palavras, a PEC 55 congelou os investimentos sociais, em especial na saúde e na educação.

A saúde é uma das áreas mais afetadas pela EC 55, pois, em 20 anos, o SUS pode deixar de receber mais de 400 bilhões de reais. A mudança de regra imposta pela nova norma poderá, assim como na educação, tirar dinheiro da área no longo período de vigência da lei, o que, com o crescimento e o envelhecimento da população, poderia trazer efeitos danosos para um setor já bastante problemático (Bedinelli, 2016).

Não há dúvida que a intenção, além de fragilizar o SUS enquanto política pública, visa desmobilizar os movimentos sociais que se construiu em

torno do SUS, inclusive com estrutura estatal, como é o caso dos Conselhos de Saúde e respectivas instâncias deliberativas. De fato, a implantação do SUS em sua concepção original significou romper com a estrutura construída durante várias décadas e todo o processo histórico tem demonstrado a fragilidade da democracia e dos avanços à consolidação de políticas públicas e sociais abrangentes, bem como solidárias e equitativas.

A outra investida, ainda em andamento, é a autorização de venda de planos de saúde que “prevê acesso a menos serviços com menor custo ao beneficiário”, ou seja, diminuindo a cobertura mínima obrigatória exigida pela Agência Nacional de Saúde; é o chamado “plano de saúde popular”. Uma proposta que certamente poderá “aquecer” o mercado de planos de saúde, além de “provocar um acesso desigual, impactando o sistema público de saúde naquilo que é mais caro: a média e alta complexidade, assim como o serviço de urgência” (Simers, 2017). Não há dúvidas que o investimento no sistema público de saúde será reduzido drasticamente para que o sistema privado prospere, abarcando, inclusive, uma clientela de baixa renda, que poderá pagar pouco, para ter direito a quase nada.

Marx (2003) já afirmara que “a história se repete, a primeira vez como tragédia e a segunda como farsa”; o que nos leva a acreditar que os obstáculos para que o SUS promova a equidade do acesso à saúde e contribua efetivamente para a equidade em saúde ao melhorar a saúde das pessoas, são, essencialmente, os mesmos, de ontem e de hoje, haja vista que, paulatinamente, a história vem demonstrando que os serviços de saúde, ao serem predominantemente privados, trazem profundas repercussões sobre a saúde das populações, na medida em que promovem a exclusão do direito à assistência, ao serem restritos à parcela de pessoas que pode pagar por tais serviços. Em suma, no processo de mercantilização dos serviços de saúde também se aprofunda a negação do direito à saúde como direito universal, isto é, no âmbito dos direitos humanos.

Infelizmente, ao se manter a atual conjuntura política, o setor privado continuará avançando vorazmente, expandindo suas relações capitalistas de produção, por meio de políticas nefastas sustentadas por grupos políticos ligados aos empresários do setor privado.

Apesar da continuidade, paralelamente, do sistema privado, após a Constituição de 1988, o Brasil passou de um quadro de acesso aos serviços de saúde, limitado aos contribuintes da Previdência Social, para o de direito amplo da saúde constitucionalmente entendido como “direito de todos e dever do Estado”. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pelos brasileiros como garantia fundamental do direito à saúde e configura-se como a primeira política social universal do Brasil. É a principal política pública para saúde, no âmbito do setor saúde, organizando e integrando um conjunto de outras garantias ao direito à saúde.

Entretanto, desde a sua criação, vem passando por contrarreformas estruturais e ressignificação dos valores que o constituem. Por sua vez, é importante ressaltar que a universalidade do acesso é um dos seus princípios doutrinários e possui uma forte ancoragem ética, entre outros motivos, por ser construído a partir da concepção dos principais valores que compõem as necessidades do ser humano.

Desde a implantação do SUS, até os dias atuais, as políticas públicas para o setor de saúde têm garantido maior ou menor efetivação deste princípio a partir das manifestações de condições sócio-históricas vivenciadas pelo povo brasileiro. Felizmente, a luta em defesa do SUS – mesmo diante de suas derrotas e fragilidades – e do direito à assistência e à saúde como direito humano, mantém sua resistência às privatizações e persiste na construção de um sistema público de saúde. Somente por meio de lutas sociais, poderemos impedir os influxos e garantir os princípios de universalidade, igualdade e equidade no acesso aos serviços de saúde.

Cumpre-nos ressaltar, que embora a situação descrita indique uma diminuição dos investimentos públicos em saúde em favor do crescimento do setor privado, a quantidade de investimento é crucial. No entanto, é igualmente importante notar que, mesmo com recursos substanciais, o resultado seria inadequado se não houver uma distribuição equitativa desses recursos nos vários níveis de atenção à saúde.

## **O SUS como componente do direito à assistência e como condição fundamental para a equidade em saúde**

Analisamos que a política em vigor, dominante e autoritária, significa um influxo no desenvolvimento do SUS. Em curto prazo, veremos um aumento das iniquidades no acesso à saúde. Resta saber, desde já: quais serão os impactos dessas iniquidades, na equidade em saúde? Considerando que a equidade em saúde não se alcança apenas com o sistema de saúde, que outros setores afetados pelas políticas retrógradadas impactarão nela?

Para iniciar o debate, que certamente não se esgotará neste texto, definiremos o que entendemos por equidade, a distinção entre equidade em saúde e equidade no acesso à saúde, bem como a introdução do princípio da equidade no SUS e sua relação com os princípios da igualdade e universalidade da assistência, para então compreendermos o SUS como componente do direito à assistência e como condição fundamental para a equidade em saúde.

### **A equidade como princípio ético**

A equidade, genericamente falando, é um princípio ético que tem relação direta com os princípios de igualdade e de justiça. Desde Aristóteles passando “pelos juristas romanos”, a equidade é vista como um “apelo à justiça com o objetivo de corrigir a lei em que a justiça se expressa” (Abbagnano, p. 396). Para Aristóteles (1979) há casos de disparidade entre justiça e lei. A razão disso é que toda lei é universal e algumas vezes sua aplicação é difícil ou impossível, em certas situações. Nesses casos, a equidade é chamada para corrigir a justiça legal que não é legalmente justa (EN, 1137b 10 e 25). Diz Aristóteles (1979):

O equitativo é justo, superior a uma espécie de justiça – não à justiça absoluta, mas ao erro proveniente do caráter absoluto da disposição legal. E essa é a natureza do equitativo: uma correção da lei quando ela é deficiente em razão da sua universalidade [...], motivo por que nem todas as coisas são determinadas pela lei (EN, 1137b 25).

De fato, a equidade é um dos princípios doutrinários que vem sendo, gradativamente, incorporado no Sistema Único de Saúde (SUS), não apenas devido o caráter de universalidade das legislações, mas também pelos vazios ocasionados pela lei ou onde não pode, por ela, ser determinado. A Lei n.º 8.080, por exemplo, fala da universalidade do acesso e igualdade da assistência; mas não define que em uma emergência hospitalar, todos devem ser atendidos concomitantemente – o que seria um absurdo – ou que alguns devem ser atendidos primeiro. Caso típico em que a equidade pode ser chamada a intervir.

No âmbito da ética das virtudes de Aristóteles, a equidade é vista como uma virtude e, quem a pratica, é um homem virtuoso. Ou seja, aquela pessoa que, mesmo quando a lei determina, por exemplo, uma distribuição igual para os diferentes, toma menos para si em relação ao outro em desvantagem. É o que afirma Aristóteles sobre o homem equitativo: “o homem que escolhe e pratica tais atos [de equidade], que não se aferra aos seus direitos em mau sentido, mas tende a tomar menos do que seu quinhão embora tenha a lei para si, é equitativo; e essa disposição de caráter é a equidade, que é uma espécie de justiça [...]” (EN, 1138a 35).

Berlinguer (1996) ao “aprofundar aspectos éticos e conceituais relativos à justiça” afirma que, mais que se referir às teorias da justiça de Aristóteles, prefere assumir o conceito de equidade (*fairness*), que está nas teses de John Rawls, pois nesse autor as instituições têm papel fundamental no exercício da equidade. De acordo com Berlinguer:

Uma das polêmicas de Rawls, voltada contra os que consideram a injustiça inevitável [...], é baseada no reconhecimento das diversidades: “a distribuição natural não é justa nem injusta; nem é injusto que os homens nasçam em condições particulares no âmbito social. Esses são simplesmente fatos naturais. O que é justo ou injusto é a forma pela qual as instituições tratam estes fatos (*A Theory of Justice*, 1971)”. As instituições podem na verdade optar por ampliar as condições mais vantajosas, ou então reduzir os danos das condições mais desfavoráveis (Berlinguer, 1996, p. 86).

De fato, é importante avançar para além da concepção de equidade como atributo do caráter das pessoas. Alcançar a equidade em saúde significa atribuir responsabilidades, sobretudo, às instituições. Em se tratando do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se ainda conceitos de universalidade e igualdade no acesso à assistência ou ao sistema de saúde, mas é importante esclarecer que eles não se opõem ao princípio de equidade, podendo se concretizar em graus e estágios diferentes.

Sob esta ótica, a defesa de políticas públicas universais e igualitárias não impede que, em um momento seguinte, prevaleça o princípio da equidade. Pode-se dizer que se reconhecem sistemas universais que buscam a equidade para se tornarem mais justos, não se conhecem experiências de políticas focalizadas que resultassem em sistemas universais. No SUS, a universalidade supõe acesso igualitário aos serviços e ações de saúde, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. A equidade possibilita a concretização da justiça, com a prestação de serviços, destacando um grupo ou categoria essencial como alvo especial das intervenções (Paim & Silva, 2010).

## **O SUS e a equidade na assistência à saúde**

Para conferir materialidade às necessidades de mudanças no país, no setor saúde, a expressão “Sistema Único de Saúde” (SUS) reflete a crítica aos modelos de saúde em vigor até a década de 1980. Todo um arcabouço normativo, baseado em princípios, foi formulado para sustentar as mudanças em direção a um novo modelo de saúde. Quais são esses princípios e quando o princípio da equidade passa a compor a estrutura normativa? Segundo Bahia (2008, p. 357):

O Sistema Único de Saúde alude em termos conceituais ao formato e aos processos jurídico-institucionais e administrativos compatíveis com a universalização do direito à saúde e em termos pragmáticos à rede de instituições – serviços e ações – responsável pela garantia do acesso aos cuidados e atenção à saúde.

No art. 7º da Lei n.º 8.080/1990 está descrito que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I. universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III. preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV. IV igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; [...].

Como se percebe, o princípio da equidade, inicialmente, não fazia parte do arcabouço jurídico do SUS (CF/1988, Lei n.º 8.080/90, Lei n.º 8.142/90); surgindo à medida que o sistema foi sendo desenvolvido. É mais antiga sua presença no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com Berlinguer (1996), foi em um relatório da OMS escrito em 1990, sobre a temática da justiça, que Margaret Whitehead atribui o caráter de iniquidade às diferenças em saúde que têm duas características em comum: que são desnecessárias e evitáveis e que são consideradas reprováveis e injustas. Segundo Escorel (2008), a definição de Whitehead é caudatária da teoria da justiça de John Rawls, considerada por Amartya Sen, a teoria da justiça mais influente neste século, ao definir a justiça como equidade.

Sabe-se que, Giovanni Berlinguer é adepto da teoria da justiça de John Rawls, atualizada em 1982, “em parte para tornar claro o que estava ambíguo, mas também para responder algumas críticas” (Sen, 2001, p. 129). Segundo Amartya Sen (2001, p. 129-130),

Rawls expressou esses princípios da seguinte forma:

1. Cada pessoa tem igual direito a um esquema plenamente adequado de liberdades básicas iguais que seja compatível com um esquema similar de liberdades para todos.
2. As desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições..

Em primeiro lugar, devem estar associadas a cargos e posições abertos a todos sob condições de igualdade equitativa de oportunidades; e, em segundo, devem ser para o maior benefício dos membros da sociedade com menos vantagens.

Sen (2001, p. 130) destaca que “a ‘igualdade equitativa de oportunidades’ recebe uma ênfase renovada”. Este princípio foi desconsiderado por Whitehead ao afirmar que “não devem ser consideradas injustas as diferenças devidas: a) a variáveis naturais, b) a comportamentos prejudiciais à saúde, se escolhidos deliberadamente” (Berlinguer, 1996, p. 85). Ao passo que Whitehead naturaliza as variáveis naturais e considera a liberdade individual como sendo absoluta, Giovanni Berlinguer critica essa afirmação do relatório da OMS por estar em descompasso com esta teoria.

De acordo com Berlinguer (1996, p. 85) a responsabilidade em manter e promover a própria saúde pode ter dois significados: “pode ser sinônimo de consciência, meticulosidade, empenho, mas também culpabilidade. No campo da saúde prevalece frequentemente a segunda interpretação”. Sobre as “variáveis naturais”, Berlinguer (1996, p. 86- 87) contesta, argumentando:

A vida e a saúde, em resumo, podem ser prejudicadas desde o início da existência por uma ‘arbitrariedade moral’ que escapa às escolhas individuais e às decisões coletivas, porquanto se manifesta no próprio ato do nascimento. Com o nascimento, na verdade, vem ao mundo indivíduos diferenciados quanto ao fenótipo e genótipo. Sua diversidade e imprevisibilidade constituem a infinita riqueza da espécie humana, mas forma a base das iniquidades. Essas iniquidades podem depender de doenças ou predisposições genéticas, das condições materiais que cercam a gravidez e o parto,

e ainda muitas vezes da família, do local e da classe social na qual se vem e se cresce no mundo.

Para Berlinguer, concordando com a teoria da justiça de Rawls, somente a igualdade equitativa, isto é, a qual pressupõe a igualdade de oportunidades, pode retirar o caráter de injustiça daquilo que Whitehead considerou injusto por si só. Nesse sentido, para Berlinguer (1996, p. 85) seriam injustas as diferenças que derivam de: “comportamentos insalubres, quando a escolha do próprio estilo de vida é limitada; exposição a condições de vida e trabalho estressantes e insalubres; e, acesso inadequado aos serviços de saúde essenciais”.

Enquanto os sistemas de saúde são apenas um dos componentes de saúde que podem contribuir para a equidade, a promoção da equidade no acesso à saúde tornou-o concretamente um princípio do SUS e hoje está descrito, nos diversos documentos institucionais, especialmente nos programas de saúde direcionados a grupos específicos considerados vulneráveis.

Entretanto, assim como os demais princípios do SUS, possui obstáculos a serem enfrentados, alguns dos quais abordamos inicialmente. Nesse sentido, não haveria exagero em se afirmar que os serviços privados que são conveniados e que deveriam integrar o SUS, vem passando de sistema complementar a sistema competitivo, na medida em que a prestação de serviços ao SUS nem sempre atende seus anseios de lucratividade.

Mesmo diante dos obstáculos, acreditamos que o princípio da equidade como princípio ético deve ser reforçado como instrumento para se alcançar a universalidade com justiça. Quando se busca a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência no sistema público de saúde estamos afirmando que “o acesso universal é a expressão de que todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos” (Noronha, Lima & Machado, 2011, p. 439). A universalidade pressupõe igualdade, porém, “a igualdade é a consequência desejada da equidade, sendo esta o ponto de partida para aquela [...]. Basicamente, equidade significa a disposição de reconhecer

igualmente o direito de cada um a partir de suas diferenças” (Garrafa, Oselka & Diniz, 1997, p. 2).

Diante desta reflexão, começamos a compreender que, assim como o direito à saúde é um *prius* em relação ao direito à assistência, a equidade em saúde também o é, em relação à equidade na assistência. Ou seja, o princípio da equidade em saúde não pode ser reduzido à equidade na assistência, haja vista que, “até mesmo nos países industrializados, contudo, o ‘poder ser atendido’ vem passando a constituir uma possibilidade apenas para aqueles que possuem renda. Por isso, acima da historicidade e da contingência do direito à assistência, deve ser superposta a universalidade do direito à saúde” (Garrafa, Oselka & Diniz, 1997, p. 2). Da mesma forma, a equidade não pode ser reduzida ao campo da saúde, pois, como afirma Cristina Possas (*apud* Minayo, 2000, p. 190), “não existe nenhuma alternativa de solução dos problemas de saúde da população brasileira que possa ser buscada apenas no interior do próprio setor SAÚDE”.

### **O SUS como componente fundamental, mas não suficiente, para a promoção da equidade em saúde**

Após delineararmos que a equidade na saúde não se resume à equidade na assistência, tentaremos deixar mais claro a importância do SUS para a promoção da equidade na saúde, considerando que este sistema não se restringe à assistência à saúde, ou seja, na prestação de serviços de saúde. Além disso, é na área da saúde, com forte impulso pela bioética, que as discussões sobre equidade vêm sendo fortalecidas – até mesmo extrapolando o setor saúde.

Tanto que, de acordo com Garrafa, Oselka e Diniz (1997) o debate em torno da equidade, vem sendo reanimado particularmente pelas discussões em saúde, a partir do encontro da OMS ocorrido em Genebra, em 1997, acerca da proposta do programa “Saúde para todos no ano 2000”, no qual o conceito de equidade foi retomado com vigor e passou a constituir-se na palavra-chave para a saúde no final do século.

Ao passo que, no Brasil, a partir da década de 1980, começa a surgir um conceito ampliado de saúde que pressupõe a equidade em saúde como

resultado de ações intersetoriais, pois, de acordo com este conceito, não apenas o setor de saúde seria responsável pela promoção da saúde. Assim, quando analisamos questões como a relação entre o conceito de saúde e trabalho, em que, segundo o relatório da VIII Conferência de Saúde (1986, p. 4), “a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde” necessariamente retornamos ao fato de que as formas de organização social de produção no país geram grandes desigualdades nos níveis de vida dos cidadãos brasileiros.

O conceito ampliado de saúde, oriundo dos debates do movimento sanitário, está refletido, como vimos, no Art. 196 da CF; tendo como uma das diretrizes o “atendimento integral”. Esse conceito e diretrizes foram os guias para a implantação do SUS com princípios como a universalidade e igualdade na assistência. É esse sistema com seus princípios que nos permite hoje, décadas após sua criação, refletir sobre a universalidade de acesso e igualdade da assistência e constatar que as desigualdades sociais e econômicas presentes no território brasileiro representam uma realidade repleta de iniquidades.

Temos, portanto, sob a concepção ampliada de saúde, inúmeros fatores que são geradores de iniquidades que implicam a promoção da equidade na intersectorialidade. O SUS, como sabemos, não se ocupa apenas da assistência propriamente dita. Ele atua em diversos setores que implicam na saúde da população, tais como, a vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária, nutricional, medicamentos, fiscalizações, saúde do trabalhador, etc. Todas as áreas contribuem para a promoção da equidade em saúde.

A saúde do trabalhador, por exemplo, é uma das questões mais controversas e muito debatidas atualmente. Ou seja, a relação trabalho e saúde, apontando que a degradação do trabalho na sociedade capitalista é um dos principais fatores de geração de iniquidades. Pensamos que discutir esta temática na sua relação com a equidade em saúde é importante.

O trabalho que, segundo Marx (1996), é a origem e o fundamento do ser social, processo em que o homem transforma a natureza para satisfazer suas

necessidades humanas e, ao mesmo tempo, transforma a si mesmo, sob as relações de produção capitalista – em que de um lado está o capitalista proprietário dos meios de produção e, de outro, o trabalhador que dispõe apenas de sua força de trabalho e necessita vendê-la ao capitalista para sobreviver, em uma relação de compra e venda da força de trabalho aparentemente entre iguais – tem se convertido em uma fonte geradora de doenças e iniquidades em saúde. De fato, estamos no auge do modo de produção capitalista que mantém as necessidades dos seres humanos subsumidas à lógica da produção de mercadorias e que tem como motor propulsor a exploração da força de trabalho, cada vez mais intensificada em detrimento das condições de vida e saúde dos seres humanos.

Na atual conjuntura política brasileira, descrita anteriormente, os capitalistas – proprietários dos meios de produção – amparando-se nos seus simpatizantes e políticos que os representam, não tem economizado esforços para aumentar a espoliação da classe trabalhadora para aumentar seus lucros ao extinguir direitos trabalhistas e promover a redução de salários e condições precárias de trabalho. A investida mais recente foi o projeto de lei que permite a terceirização de atividades fins e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros (PL n.º 4.302/1998) que foi aprovado pela Câmara dos Deputados em uma quarta-feira (22 de março de 2017). É importante esclarecer que a primeira versão do texto havia sido enviada ao Congresso ainda na gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso, em 1998, e estava arquivada desde 2002.

O projeto de lei aprovado pela Câmara dos Deputados e transformado na Lei Ordinária 13.429/2017 alterou dispositivos da Lei n.º 6.019 de 3 de janeiro de 1974, impondo ao trabalhador brasileiro a perda de direitos e condições de trabalho historicamente conquistados. A partir dessa lei, foi possível contratar trabalhadores temporários para a realização das principais atividades de uma empresa privada ou serviço público; sejam elas “atividades meio” ou “atividades fim” (Brasil, 2017, p. 3).

Em relação às condições de trabalho, estabeleceu-se que a empresa contratante não tem obrigação de proporcionar aos funcionários terceirizados

acesso ao refeitório, nem o mesmo atendimento médico e ambulatorial oferecido para os demais empregados, como afirma o Art. 4:

A contratante *poderá* estender ao trabalhador da empresa de prestação de serviços o mesmo atendimento médico, ambulatorial e de refeição destinado aos seus empregados, existente nas dependências da contratante, ou local por ela designado (Brasil, 2017, p. 8, *grifo nosso*).

Além disso, os trabalhadores perdem direitos como licença maternidade e férias, pois o tempo máximo de contratação passa de três meses para seis meses, com possibilidade de prorrogação por mais 90 dias. Assim, o tempo máximo de contrato de trabalho é de nove meses. O trabalhador temporário que cumprir o período estipulado de contrato temporário, somente poderá ser colocado à disposição da mesma tomadora de serviços em novo contrato temporário, após noventa dias do término do contrato anterior. Não há dúvida de que a perniciosa rotatividade de trabalhadores aumentará, pois estes deverão se adaptar a cada três, seis ou nove meses a um ambiente de trabalho novo com normas e regras estabelecidas por cada instituição e horários de trabalhos diversificados.

É certo que teremos muito a refletir e discutir sobre a saúde do trabalhador, considerando os fatores biológicos, psicológicos e sociais. Isso se deve ao fato de que, no caso de contratos temporários, as pessoas já têm um prazo previsto para seu fim, permanecendo cotidianamente na incerteza de um espaço de trabalho estável e organizado para a sua vida e de sua família. Nesse contexto, o estresse, que já é um fator desencadeante de várias doenças, pode atingir níveis alarmantes, impondo a milhares de brasileiros condições adoecedoras e, possivelmente, sem condições adequadas de saúde para continuar em busca de um emprego que ofereça perspectiva de aumento salarial, plano de carreira e treinamento. Além disso, há o risco de acidentes de trabalho, uma vez que as empresas terceirizadas, devido aos contratos de curto prazo e à preocupação com a quantidade de mão de obra disponível,

tendem a investir menos em treinamentos e especializações para a melhoria das condições laborais e assistência oferecida à população.

Convém ainda lembrar que a contratação de trabalho temporário terceirizado permite a substituição de trabalhadores que estejam lutando por seus direitos a partir de greves ou paralisações consideradas “abusivas”. Portanto, há uma restrição do direito de expressar e lutar pelos seus direitos como trabalhadores. Diz a Lei:

Art. 2º Trabalho temporário é aquele prestado por pessoa física contratada por uma empresa de trabalho temporário que a coloca à disposição de uma empresa tomadora de serviços, para atender à necessidade de substituição transitória de pessoal permanente ou à demanda complementar de serviços (Brasil, 2017, p. 1).

Não menos grave é a possibilidade de a empresa prestadora de serviços contratarem outros prestadores de serviço para realizar os serviços de contratação, remuneração e direção do trabalho a ser desenvolvido pelos trabalhadores nas dependências da empresa contratante, ou seja, “a empresa prestadora de serviços contrata, remunera e dirige o trabalho realizado por seus trabalhadores, ou subcontrata outras empresas para realização desses serviços” (Brasil, 2017, p. 6).

Com a inclusão da terceirização em todo o setor público, é possível afirmar que estamos nos aproximando do fim do trabalho estável, sobretudo por concursos públicos nas esferas do governo – União, estados e municípios – com o retorno da possibilidade de cargos para parentes e filhos. Em síntese, há possibilidade de aberturas de novas empresas prestadoras de serviço, que apenas precisam ser indicadas, para que as pessoas já determinadas pelos contratantes sejam contratadas, resultando um aumento da corrupção e não um combate a ela.

É indispensável acrescentar que esta reforma trabalhista se articula com a reforma da Previdência Social, para ampliar a degradação do trabalhador, pois a instabilidade dos contratos temporários, agora com prazo ampliado e a rotatividade de empregos irão impactar no tempo de contribuição e, conseqüentemente, na idade mínima para aposentadoria. Ao refletir sobre

o assunto, conclui-se diante dessas contrarreformas, que a maioria dos trabalhadores não terá a oportunidade de se aposentar antes de morrer.

Junto com a reforma da previdência (PEC 287/2016) – que só não está avançando com mais velocidade devido à força dos movimentos sociais em torno dessa questão – a reforma trabalhista significa o fim de uma era de conquistas sociais. Enquanto a reforma da previdência significa nada menos que a destruição do Sistema de Seguridade Social, as terceirizações significam a reestruturação do trabalho para intensificar a exploração e aferimento de maiores lucros para os empresários.

Assim sendo, a distribuição de recursos em saúde e para o trabalho, não permanece orientada para o combate das iniquidades e sim para apropriação privativa dos meios de produção por uma minoria da população, ocasionando reflexos negativos na saúde da maioria dos trabalhadores que vivenciarão diariamente a exploração sem limites da sua força de trabalho, transformando a realidade do trabalho não em sua liberdade, mas sim na sua alienação. Isso porque, no modo de produção capitalista, sistema social em que as relações sociais são regulamentadas pelo mercado, o trabalho,

Longe de ser, de acordo com a sua essência uma atividade de dominação da natureza, em que a humanidade encontra a sua liberdade, a produção submete-se a relações sociais, das quais os homens necessariamente participam e as quais se impõem a eles como lei natural. (Larrère, 2013, p. 1044).

No trabalho, o homem não encontra sua liberdade. As relações de trabalho se apresentam como uma relação entre coisas. Seu comportamento é controlado como uma máquina. Não há dúvida, para Berlinguer (2004, p. 139):

A tendência ao controle de comportamento dos trabalhadores, mesmo extraprofissional, que apresenta muitos precedentes ao longo da história (os primeiros inspetores do trabalho nas fábricas inglesas, por exemplo, foram religiosos, os quais se responsabilizavam pelo controle da integridade física e moral dos trabalhadores), sofreu notável expansão em épocas recentes.

Por sua vez, é necessário acrescentar a essa tendência duas consequências relevantes. A primeira é a culpabilidade da vítima, ou seja, não são analisados os problemas, as circunstâncias e as causas, direcionando-se a atenção para as vítimas de maneira perversa e injusta. Neste momento, há uma busca de justificativas e argumentos que responsabilizam as vítimas (trabalhadores) pelos fatos a partir das leis e normas, em que a lei precisa ser obedecida pela maioria da população, que são os menos favorecidos economicamente, sendo controlados por normas que não analisam as dificuldades financeiras e sociais vivenciadas no cotidiano, ao passo que o poder é controlado por uma minoria que, “para evitar a desordem social, deve auxiliar as decisões da natureza, acrescentando felicidade aos afortunados e sofrimento aos desventurados” (Berlinguer, 1996, p. 77). É importante lembrar que historicamente a culpa de doenças e acidentes predominante recaia sobre os trabalhadores e não às empresas, devido ao poder que possuem na sociedade e logicamente com o capital; com tais reformas, o fenômeno de culpabilidade das vítimas – o victim blaming, que Berlinguer crítica – só tenderá a aumentar.

A outra consequência é a “imposição de comportamentos pessoais considerados saudáveis” pela empresa para o desenvolvimento de uma atividade, sem considerar que a escolha do próprio estilo de vida dos trabalhadores é limitada por fatores culturais, econômicos e/ou sociais. Em outras palavras, ao buscar definir a conduta de comportamento dos trabalhadores, disseminando medidas ilustradas como “preventivas”, as empresas repassam as responsabilidades de doenças e acidentes para o próprio trabalhador, por exemplo, as pessoas que são expostas “a agentes carcinogênicos no trabalho devem aprender a não fumar, a fim de reduzir o seu risco de tumores, os hipertensos que trabalham em condições continuamente estressantes devem aprender a relaxar” (Berlinguer, 2004, p. 141, grifos do autor).

Dessa forma, é preciso compreender que a acumulação de lucro, no capitalismo,

Advém de uma relação contratual da compra e venda da força de trabalho entre forças desiguais: quem detém capital e quem detém

apenas sua força de trabalho. Estar de um lado ou de outro não é uma questão de escolha, mas resultado de um processo histórico que precisa ser apreendido. A dificuldade de perceber a exploração reside no fato de que o capital compra o tempo de trabalho dos trabalhadores numa transação e contrato sob o pressuposto da igualdade e liberdade das partes. Na realidade, trata-se apenas de uma igualdade e liberdade formal e aparente (Frigotto, 2008, p. 403).

Como vemos, as iniquidades estão presentes em vários setores da sociedade e não apenas na assistência à saúde, apesar de, se não serem combatidas, refletirão no sistema de saúde em virtude de seu potencial gerador de doenças. Consideramos o trabalho, no capitalismo, um grande gerador de iniquidades, pois ao invés de ser o principal elemento gerador de renda e fator de distribuição de riquezas, cai em contradição com os interesses dos capitalistas de acumulação de riquezas à custa do trabalhador.

Se por um lado, o Sistema Único de Saúde contextualiza a expressão da igualdade, por outro lado, as iniquidades em saúde, que são “desnecessárias e evitáveis”, bem como “reprováveis e injustas” predomina na sociedade brasileira, demonstrando a necessidade de lutas e movimentos sociais para primeiramente alcançar a equidade em saúde. A igualdade, apesar de estar contida no aparato normativo-legal está muito longe de ser conquistada, diante da realidade que procuramos compreender e descrever; mas ela deve estar no horizonte como “igualdade equitativa”. Não há dúvida que as injustiças tornam-se maiores quando são naturalizadas e aceitas pela classe trabalhadora, “seja pelo grau de conhecimento, de recursos, de meios técnicos disponíveis, por tendências culturais gerais, pela valorização específica da relação existente entre saúde, variantes biológicas, comportamentos pessoais e condições ambientais” (Berlinguer, 1996, p. 84).

Chegamos em um certo momento que debater a equidade é fundamental. O horizonte do futuro próximo se apresenta sombrio. Os projetos que estão sendo aprovados, tais como o teto dos gastos públicos, limitando investimentos em saúde e educação e programas sociais, a liberação geral das

terceirizações, os cortes de investimentos em áreas estratégicas, a entrega de riquezas nacionais ao capital transnacional, a contrarreforma da previdência, a contrarreforma do ensino e a degradação da democracia representativa, são apenas algumas das ações impostas pelo governo usurpador que nos conduzirá a sociedade, em curto prazo, cada vez mais à miséria, não apenas material, mas, sobretudo à “miséria da existência humana”, da qual falava Bertold Brecht.

No que se refere à miséria como ausência ou distribuição desigual de “bens primários” (Rawls, apud Sen, 2001), essa tem implicação direta na equidade na assistência e em saúde. Garrafa, Oselka e Diniz (1997, p. 3), já alertavam que “situações como a de extrema pobreza impedem não apenas o cumprimento do direito social e histórico à assistência, mas, principalmente, o cumprimento do direito mais fundamental, que é o direito à vida, por meio de uma de suas exigências primárias, o direito à saúde”. Salientam ainda que é somente por meio da exigência do cumprimento do direito à saúde que iremos enfrentar questões como a pobreza extrema (Garrafa, Oselka & Diniz, 1997).

Diante do quadro assombroso, as lutas sociais, os movimentos sociais nos mais diversos matizes, têm um papel vital para trazer de volta a possibilidade de humanização do ser humano. O debate em torno da equidade como princípio ético é importante para se ter no horizonte das lutas, a justiça social como igualdade equitativa. Uma “equidade que levaria em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas” (Escorel, 2008, p. 205). Se um dia a classe trabalhadora conseguir ampliar a consciência política, poder-se-á também pensar em colocar em prática uma equidade mais elevada.

Essa justiça equitativa seria resultante do princípio de justiça distributiva marxiana: “de cada um segundo suas capacidades e a cada um segundo as suas necessidades”. Segundo Marx (2012, p. 34), em *Crítica do Programa de Gotha*, esta justiça distributiva depende da suplantação do modo de produção capitalista, maior gerador da distribuição desigual; para Marx, a distribuição não pode ser considerada independente do modo de produção. Se o sistema é desigual, a distribuição também será desigual e iníqua. É o que ele afirma:

A distribuição dos meios de consumo é, em cada época, apenas a consequência da distribuição das próprias condições de produção; contudo, esta última é uma característica do próprio modo de produção. O modo de produção capitalista, por exemplo, dadas aos não trabalhadores sob a forma de propriedade do capital e de propriedade fundiária, enquanto a massa é proprietária somente da condição pessoal de produção, da força de trabalho. Estando assim distribuídos os elementos da produção, daí decorre por si mesma a atual distribuição dos meios de consumo. Se as condições materiais de produção fossem propriedade coletiva dos próprios trabalhadores, então o resultado seria uma distribuição dos meios de consumo diferente da atual, baseia-se no fato de que as condições materiais de produção (Marx, 2012, p. 34, grifo nosso).

Como se percebe, a injustiça distributiva é decorrente do próprio modo de produção; que é desigual e, por conseguinte, a distribuição também o é. Mas quando mudamos o modo de produção, modifica-se, também, o modo de distribuição. Apesar de Marx se referir a uma sociedade futura, a mudança no modo de produção e a distribuição pode começar a ocorrer no interior do próprio sistema capitalista, como é o caso das “cooperativas fundadas por famílias do MST” (MST, 2016). Com a superação da sociedade capitalista, o princípio da equidade estabeleceria um critério – para toda a sociedade – de “igualdade de segundo nível” (Marx, 2012) e não de uma distribuição baixa, inteiramente igualitária em todos os aspectos; teríamos uma eticidade fundada na equidade.

Embora possamos estar distantes desse objetivo e talvez nunca o alcancemos totalmente, o que é crucial é a necessidade urgente de promover a equidade em todos os setores da sociedade, não apenas na saúde. Devemos, pelo menos, dar os primeiros passos em direção à “igualdade de segundo nível”, começando pela promoção da justiça distributiva que considere as diferenças e as necessidades de cada um. Como afirmam Garrafa, Oselka e Diniz (1997, p. 2):

É somente através do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade. A igualdade não é mais um ponto de partida ideológico que tendia a anular as diferenças. A igualdade é o ponto de chegada

da justiça social, referencial dos direitos humanos e onde o próximo passo é o reconhecimento da cidadania. A equidade é, então, a base ética que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos. É somente através deste princípio, associado aos princípios da responsabilidade (individual e pública) e da justiça, que conseguiremos fazer valer o valor do direito à saúde. A equidade, ou seja, o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais, é o caminho da ética prática em face da realização dos direitos humanos universais, entre eles o do direito à vida, representado [...] pela possibilidade de acesso à saúde. A equidade é o princípio que permite resolver parte razoável das distorções na distribuição da saúde, ao aumentar as possibilidades de vida de importantes parcelas da população.

Dessa forma, consideramos que o desenvolvimento do SUS enquanto sistema público e como política pública, é fundamental para a garantia do direito à saúde e, por conseguinte, o direito à assistência à saúde. Só assim poderemos praticar a equidade na assistência e a equidade em saúde.

## **Considerações Finais**

No Brasil as iniquidades socioeconômicas e de saúde entre regiões, estados e municípios e dentro de regiões do mesmo município são significativas. As políticas públicas de saúde são pilares importantes dos sistemas de proteção social que foram construídas e conquistadas ao longo do século XX. Para a elaboração das políticas públicas existe tanto um tensionamento entre os interesses particulares e os gerais quanto uma disputa entre a dimensão técnica e a dimensão política. Cabe ao Estado, garantir que os interesses particulares e/ou corporativos não se sobreponham à vontade e necessidades de saúde da maioria da população, respeitadas as diferentes concepções.

Não há dúvida de que o tamanho, as funções e os papéis dados ao mercado e ao Estado variam na história, variando também a sua responsabilidade e dever na área da saúde. O Estado é reflexo das diversas conjunturas, da composição de forças sociais e políticas de cada momento, assim como as políticas públicas produzidas para o setor. Não haveria exagero

em se afirmar que a existência de direitos fundamentais, não garante que a população consiga usufruir deles, são necessárias garantias jurídicas, políticas, processuais e institucionais eficazes que defendam o direito universal à saúde. Por sua vez, tais garantias precisam ser impulsionadas por meio da luta constante dos diversos grupos e movimentos sociais, das universidades, de gestores e trabalhadores. A história mostra que somente assim é possível não apenas a manutenção dos direitos adquiridos, mas, sobretudo, a ampliação das garantias necessárias e redução das iniquidades.

Ao se debater a equidade como princípio do SUS, deve-se considerar que ele não se limita apenas à equidade na assistência, mas, sobretudo, devido à abrangência das suas ações e serviços, se torna fundamental para a promoção da equidade em saúde que, por sua vez, depende do desenvolvimento das condições materiais assim como a justa distribuição dos recursos para atender as necessidades humanas. Portanto, o SUS, como componente do direito à assistência à saúde, é condição fundamental para se alcançar a equidade em saúde, vale dizer, para se garantir o direito humano à saúde e à vida.

Vimos no decorrer do texto, que a “repetição da história” significa, atualmente, o retorno a um tipo de governo – que imaginávamos superado – com aspectos ditatoriais, porque impõe à sociedade um modelo político-econômico que diminui drasticamente os limites de investimento no sistema de saúde e nas áreas sociais. Um modelo que privilegia o setor privado em detrimento do setor público. Consideramos que a política atual terá reflexos negativos nos princípios do SUS e na equidade do acesso à assistência, e, por conseguinte, da equidade em saúde. Mas afastamos, na análise, uma visão fatalista de que esse modelo imposto poderá prevalecer. Avaliamos que um retorno à democracia é possível e necessário e dependerá da correlação de forças, das lutas e movimentos sociais em torno de um projeto comum de sociedade.

De fato, tentamos demonstrar, que ao sairmos de um período ditatorial – em que equidade e democracia estavam apartadas – tivemos um novo pacto social com a constituição cidadã que possibilitou o surgimento do SUS. Em

seguida, entramos em uma longa fase de conservadorismo seguido de um período progressista, com uma considerável ascensão da democracia e busca pela equidade. Mas, como em uma repetição da história – embora nunca com a mesma forma – parafraseando Marx, adentramos em um período de autoritarismo cujo horizonte aponta, novamente, para uma separação da equidade e democracia, anulando – em uma velocidade que só governos autoritários conseguem fazer – as mais importantes conquistas sociais. Em vista desse cenário, é que podemos apreender e defender que equidade e democracia devem andar juntas.

A justiça social deve ser pactuada com todos os envolvidos considerando as diferentes necessidades e as diferenças individuais; para tanto a democracia é essencial, pois ela pressupõe participação. Por conseguinte, a equidade, na justiça social, é princípio ético fundamental. Não por acaso, Giovanni Berlinguer preferiu ultrapassar a concepção aristotélica de justiça, que é particularista, para uma concepção social que atribui responsabilidade às instituições, mas sem excluir a responsabilidade e a liberdade individual, que pressupõe “consciência, meticulosidade e empenho” para poder superar a tendência do *victim blaming*. Além disso, Berlinguer enfatiza a importância das instituições e sistemas de saúde universalistas pela sua importância na promoção da equidade em saúde. Haverá um retorno à democracia para que possamos retomar a construção da equidade?

## Referências

- Abbagnano, N. (2012). *Dicionário de Filosofia* (6ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Aristóteles. (1979). *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Abril Cultural.
- Bahia, L. (2008). Sistema Único de Saúde. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Eds.), *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* (2ª ed. rev. ampl., pp. 210-212). Rio de Janeiro: EPSJV.
- Berlinguer, G. (2004). *Bioética Cotidiana*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Berlinguer, G. (1996). *Ética da Saúde*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Bedinelli, T. (2016). PEC 241: o que vai mudar na saúde dos brasileiros? *El País*. Disponível em: [http://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/14/politica/1476478906\\_158199.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/14/politica/1476478906_158199.html). Acesso em: 26 Mar. 2017.

- Brasil. (1998). *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Saraiva.
- Brasil, Câmara dos Deputados. (2017). *Redação Final Projeto de Lei nº 4.302-E de 1998*. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20794>. Acesso em: 24 Mar. 2017.
- Brasil, Câmara dos Deputados. (1974). *Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974*. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6019.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6019.htm). Acesso em: 24 Mar. 2017.
- Brasil, *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. (1990). Brasília, DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 10 Fev. 2017.
- Brasil, Câmara dos Deputados. (2017). *Proposta de emenda à constituição*. PEC 287/2016. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=211988>. Acesso em: 06 Fev. 2017.
- Cohn, A., & Elias, P. E. (2003). *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços* (5ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Escorel, S. (1998). *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Escorel, S. (2008). Equidade em Saúde. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Eds.), *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* (2ª ed. rev. ampl., pp. 76-77). Rio de Janeiro: EPSJV.
- Fundação Ulysses Guimarães – PMDB. (2015). *Uma Ponte para o Futuro*. Brasília.
- Frigotto, G. (2008). Trabalho. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Eds.), *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* (2ª ed. rev. ampl., pp. 348-351). Rio de Janeiro: EPSJV.
- Garrafa, V., Oselka, G., & Diniz, D. (1997). Saúde Pública, Bioética e Equidade. *Revista Bioética*, 5(1), 27-35. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/361/462](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462). Acesso em: 26 Mar. 2017.
- Larrère, C. (2013). Trabalho: Propriedade, Riqueza, Trabalho. In M. C. Sperber (Ed.), *Dicionário de Ética e Filosofia Moral* (pp. 437-441). São Leopoldo, RS: Ed. UNISINOS.
- Marx, K. (2003). *O Dezoito Brumário de Louis Bonaparte*. Goiânia: Centauro Editora.
- Marx, K. (2012). *Crítica do Programa de Ghotá*. São Paulo: Boitempo.
- Marx, K. (1996). *O Capital: Crítica da Economia Política*. Vol. I, Livro Primeiro. São Paulo: Nova Cultura.
- MST. (2016). Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Cooperativas do MST Estruturam Comercialização de Seus Alimentos no RS. Disponível em: <http://www.mst.org.br/2016/12/05/cooperativas-do-mst-estruturam-comercializacao-de-seus-alimentos-no>
- Minayo, M. C. de S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (7ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Noronha, J. C., Lima, L. D., & Machado, C. V. (2008). O Sistema Único de Saúde – SUS. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, et al. (Eds.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio

de Janeiro: Editora Fiocruz.

Paim, J. S., & Silva, L. M. V. (2010). Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde* (Impr.), 12(2), São Paulo.

Pires, D. (1998). *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume.

Rodrigues, P. H., & Santos, I. S. (2011). *Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS* (2ª ed.). São Paulo: Atheneu.

Simers. Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul. (2017). Disponível em: <http://www.simers.org.br/2017/01/entenda-proposta-de-plano-de-saude-popular-do-governo-federal/>. Acesso em: 26/03/2017.

Sen, A. (2001). *Desigualdade reexaminada*. Rio de Janeiro: Record.



## CAPÍTULO 7

# ÉTICA NA ATENÇÃO BÁSICA E A INSERÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS: reflexões a partir de um estudo sobre problemas vivenciados por farmacêuticos em um município catarinense

Leandro Ribeiro Molina  
Mirelle Finkler

### **Dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família aos problemas éticos da Atenção Básica – uma contextualização**

A Atenção Básica (AB) reflete os pressupostos da Atenção Primária à Saúde (APS) estabelecidos na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida em Alma-Ata no ano de 1978, quando se discutiu a importância do desenvolvimento de uma APS de forma integrada aos sistemas de saúde, partindo de uma concepção abrangente do processo saúde-doença e entendendo a necessidade de intervenção junto aos determinantes sociais de saúde. Esses pressupostos se inseriram no contexto do movimento da Reforma Sanitária brasileira e na discussão dos princípios que balizaram a elaboração da Constituição de 1988, a qual contemplou um modelo de seguridade social abrangente, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Giovanella & Mendonça, 2012).

A AB então é vista como a porta preferencial de acesso à rede de saúde, de forma que possa ser capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde

da população. Deve também assumir o papel de coordenação do cuidado quando há necessidade de atendimento nos demais níveis de atenção. Para tanto, há a necessidade de se constituir como serviços pautados na lógica da acessibilidade, integralidade e longitudinalidade da atenção, acolhimento, vínculo e responsabilização (Brasil, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido priorizada no Brasil como forma de organização da AB. Assim, são constituídas equipes multiprofissionais, as Equipes de Saúde da Família (EqSF), compostas por médicos generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo também incluir equipe de saúde bucal. Este modelo prevê que a EqSF se responsabilize pela população de um território definido, passando então a desenvolver um trabalho segundo os princípios da AB.

A ESF foi se expandindo no Brasil, passando de uma cobertura populacional estimada de 4,40% em 1998 a 63,62% em 2020 (Brasil, 2023a), e de maneira geral, tem conseguido romper com a lógica de serviços seletivos e focalizados voltados a oferecer um pacote restrito destinado a populações mais pobres. Nesse sentido, a ESF contribuiu para o fortalecimento da AB no Brasil, com melhoras dos indicadores e diminuição das desigualdades em saúde. No entanto, ainda persistem disparidades entre as diversas regiões do país e inúmeros desafios a serem superados, como a precarização dos serviços e subfinanciamento do SUS, escassez e/ou profissionais sem qualificação para atuação na área, assim como também fragilidade dos vínculos trabalhistas e dificuldade de fixação dos profissionais (Giovanela & Mendonça, 2012; Andrade et al., 2012).

Nesse contexto da ESF, em 2008, foram instituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que por meio da inserção de equipes multidisciplinares objetivou ampliar o escopo e abrangência das ações das EqSF, procurando aumentar a resolutividade e a qualidade da AB (Brasil, 2017). Apesar de iniciativas anteriores, isoladas e espalhadas por diversas regiões do país, muitas vinculadas a programas de residência multiprofissional em Saúde da Família, foi principalmente a partir da criação dos NASF que houve um aumento considerável do número de profissionais de saúde que passaram a

atuar na AB. A estratégia do NASF é relativamente recente, mas, após quase 15 anos, o número de equipes distribuídas por todos os estados já é bastante significativo. Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2023b) indicavam que o número total de equipes NASF implantadas era de 4.010 em fevereiro de 2017.

Os NASF não constituem porta de entrada do sistema, ou seja, o acesso para atendimento dos profissionais do NASF deve ser regulado pelas EqSF. O trabalho deve ser sempre integrado entre o NASF e as EqSF no sentido de uma responsabilização compartilhada. Este modelo está ancorado no referencial teórico do Apoio Matricial e da Clínica Ampliada, onde se inserem também estratégias como o Projeto Terapêutico Singular e o Projeto de saúde no Território (Brasil, 2010, 2014, 2017).

Importante pontuar que desde a instituição das equipes NASF em 2008, houve publicações de portarias e marcos regulatórios do Ministério da Saúde, as quais modificaram alguns parâmetros da composição das equipes, normas relacionadas ao financiamento, bem como alterações na forma de denominação das equipes. A Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (Brasil, 2017) passou a adotar o termo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Posteriormente, em 2020, outro marco importante foi a publicação de uma nota técnica que determinou a revogação do repasse financeiro para custeio das equipes (Brasil, 2020), representando um grande retrocesso. O incentivo financeiro federal só foi retomado em maio de 2023 com a publicação de nova portaria do Ministério da Saúde (Brasil, 2023c), a qual, inclusive, adota outra nomenclatura – equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti).

Todo este contexto da AB é propício para a emergência de inúmeros problemas éticos nas inter-relações que se estabelecem entre trabalhadores e equipes de saúde, usuários, comunidade e o próprio sistema. Elma Zoboli (2003; Zoboli & Fortes, 2004) é uma das pioneiras desta discussão, ressaltando que o debate bioético tem deixado o cenário da AB de lado, focando basicamente nas questões que permeiam o ambiente hospitalar, os serviços e os procedimentos de alta complexidade. Assim, a autora, corroborando Berlinguer (1993),

destaca que se tem priorizado os casos de situações limites em detrimento às situações cotidianas.

Como resultado de suas primeiras pesquisas investigando a ocorrência de problemas éticos vivenciados por médicos e enfermeiros de EqSF na cidade de São Paulo, Zoboli e Fortes (2004) identificaram vários problemas, classificando-os em três categorias, a saber: problemas éticos na relação com o usuário e a família, problemas éticos na relação da equipe, e problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde. Em suas conclusões, os autores destacam que:

Os problemas éticos apontados parecem confirmar que, na atenção básica, esses são constituídos, de maneira geral, por preocupações do cotidiano, aspectos éticos que permeiam circunstâncias comuns da prática diária da atenção à saúde e não por situações dilemáticas [...] Isso não significa que sejam de menor monta ou importância, e sim que a atenção básica, em comparação à hospitalar, lida com problemas éticos distintos, que à sua maneira, também são amplos e complexos, ainda que de menor dramaticidade. Essa peculiaridade dos problemas éticos vividos na atenção básica pode levar à dificuldade em identificá-los como tal, pondo em risco a relação vincular que está no cerne do PSF. (Zoboli & Fortes, 2004, p. 1697)

Seguindo esta mesma linha, outros autores e grupos de pesquisas têm trabalhado esta temática (Junges et al., 2012; Siqueira-Batista et al., 2015; Motta et al., 2015; Simas et al., 2016; Gomes et al., 2019), havendo também publicação de artigos de revisão (Vidal et al., 2014; Nora et al., 2015). Estes trabalhos, embora com especificidades locais, chegam a conclusões semelhantes, confirmando a relevância da temática e os impactos da ocorrência de problemas éticos na AB. Percebe-se que a maioria dos estudos citados utiliza a mesma classificação das categorias adotadas por Zoboli e Fortes (2004) ou outras muito semelhantes. Há exemplos de outras categorias que surgiram apontando novas áreas de investigação, como problemas ligados à esfera ambiental (Vidal et al., 2014) e problemas relacionados à relação ensino-trabalho-comunidade (Siqueira-Batista et al., 2015).

Chama atenção que estes estudos se limitam a investigar os profissionais das EqSF, a maioria médicos, enfermeiros e ACS, mas também em alguns há participação de cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal e técnicos de enfermagem. Percebe-se que os problemas vivenciados pelos profissionais das equipes NASF têm sido pouco explorados. Ainda se apresentam como exceção trabalhos como o de Pereira (2011), o qual buscou reconhecer o processo de trabalho de equipes NASF, discutindo os conflitos éticos presentes nessa dinâmica. A autora aponta que “o NASF traduz-se na prática de modo ambíguo, pois simultaneamente se apresenta como uma potência para a qualificação da AB e como conservação da tradicional fragmentação do trabalho” (Pereira, 2011, p. 138), destacando questões como: limitações no exercício da autonomia no processo de trabalho do NASF, relações de autoritarismo e dependência entre NASF e EqSF, e dificuldades para consolidação de uma prática interdisciplinar. Assim, reforça-se a necessidade do aprimoramento de uma reflexão crítica ampliada sobre a prática multiprofissional e do trabalho em equipe na AB.

### **Problemas éticos vivenciados por farmacêuticos do NASF**

Considerando o contexto da prática farmacêutica, para além da pouca discussão sobre a atuação multiprofissional na AB, no Brasil observa-se uma lacuna no conhecimento quanto à identificação e discussão das questões éticas que permeiam o cotidiano da atuação profissional em seus diversos âmbitos (Molina & Finkler, 2016a; 2016b). Nesse sentido, este texto abordará questões relativas à dimensão ética do exercício profissional de farmacêuticos inseridos em equipes NASF, a partir dos resultados de uma pesquisa de mestrado, a qual intencionou identificar os problemas éticos vivenciados por farmacêuticos atuantes na AB (Molina, 2016). Importante destacar que neste texto, optamos por manter a sigla NASF para designação destas equipes multiprofissionais, termo oficialmente adotado no período de realização da pesquisa mencionada.

Segundo o referencial adotado, problemas éticos referem-se à ocorrência de conflitos de valores, partindo-se do entendimento de que diante

destes conflitos não existem apenas dois cursos de ação (como sugere a ideia de “dilema”), mas sim diversas alternativas possíveis, e que, nesse sentido, diferentes decisões poderiam ser éticas – prudentes ou responsáveis. Dessa forma, o termo “problema ético” é mais abrangente e apropriado para se referir a conflitos de valores, pois implica em analisar a realidade considerando sua riqueza e complexidade (Gracia, 2014). Ainda, há que se considerar que os problemas éticos devem ser percebidos enquanto uma produção social, e não como fenômenos isolados (Berlinguer, 2004).

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado em um município de médio porte da Região Sul do Brasil. Foram convidados a participar todos os farmacêuticos integrados à rede de AB deste município. Desta forma, foram incluídos farmacêuticos das Farmácias de Referência Distritais (FRD) – as quais centralizam a dispensação dos medicamentos sujeitos a controle especial – das equipes NASF (incluindo residente do segundo ano do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família), bem como aqueles lotados no âmbito da gestão. Após a aprovação ética do projeto (CEPSH/UFSC – parecer n.º: 1.249.348), 19 participantes foram entrevistados com o auxílio de um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram transcritas e os dados obtidos foram analisados com auxílio do software Atlas.ti®7.5.11, pelo método de Análise de Conteúdo, seguindo a técnica da Análise Categrorial Temática (Bardin, 2011). A identificação das falas se deu por meio de um código formado pela letra F seguida dos números de 1 a 19 atribuídos posteriormente por meio de sorteio.

Quanto à totalidade dos resultados obtidos, foram identificados 31 problemas éticos subdivididos em três categorias: problemas éticos nas relações com os usuários (12), problemas éticos na relação com outros profissionais de saúde e equipes (9), e problemas éticos na relação com a organização e o sistema de saúde (10). Uma quarta categoria emergiu da análise dos dados quanto aos entendimentos e impressões sobre ética expressos pelos farmacêuticos. O estudo empreendido, porém, não se limitou a investigar as situações enfrentadas pelos farmacêuticos que atuam no NASF, de forma

que, dos 19 participantes, apenas sete compunham equipes NASF. Assim, o objetivo deste texto é apresentar um recorte dos resultados, qual seja o de questões especificamente relacionadas à rotina e atuação destes farmacêuticos junto ao NASF: incompreensão ou desconhecimento do papel do farmacêutico por parte dos profissionais da EqSF; problemas relacionados ao processo de trabalho das equipes NASF; discussão de casos em reuniões da EqSF com presença dos ACS; e limites da interferência entre profissionais na conduta/decisão uns dos outros.

### **Incompreensão ou desconhecimento do papel do farmacêutico por parte dos profissionais da EqSF**

O fato de que ainda se tem como desafio a consolidação de um processo de trabalho de forma integrada às EqSF foi um dos pontos destacados pelos farmacêuticos entrevistados. Nesse sentido, um dos problemas apontados foi certa incompreensão ou desconhecimento do papel do farmacêutico por parte de outros profissionais:

*[...] agora o farmacêutico está inserido nas equipes e a principal dificuldade é entender o papel deste farmacêutico... [...] não estar bem claro pra todos qual o papel e atribuição de cada um, qual o limite de cada um, né... (F17)*

*[...] toda a profissão tem seu núcleo de saber específico, e nós, como todas as profissões, temos no nosso... e esse núcleo de saber específico tradicionalmente no SUS ele não é reconhecido... (F14)*

*[...] tem profissionais das equipes que às vezes é difícil você conseguir ter acesso a eles... [...] parece que eles não veem tanto a importância do nosso trabalho... (F19)*

Esta dificuldade se refere principalmente às atribuições do farmacêutico que estão para além daquelas ligadas ao ciclo logístico dos medicamentos (seleção, programação, aquisição e distribuição), bem como às atividades técnico-gereciais da rotina do serviço de farmácia de uma unidade de saúde,

tradicionalmente mais reconhecidas. Os farmacêuticos relatam que muitos profissionais das EqSF tendem a achar que “a gente é simples dispensador de medicamentos, que a gente só tá ali pra dispensar, né...” (F19). Portanto, a dificuldade está em entender de que forma o farmacêutico pode se inserir nas atividades das EqSF, como ele pode contribuir no processo de cuidado, e que profissional seria esse do lado de fora dos “muros-paredes” da farmácia.

Nakamura e Leite (2016), discutem que a ausência de um reconhecimento do papel do farmacêutico pelas EqSF pode, por um lado, dar mais liberdade ao farmacêutico (no sentido de que pode ser mais fácil propor um novo processo de trabalho quando não há expectativas pré-concebidas), mas por outro, constitui um fator limitante quando as EqSF não percebem as potencialidades do farmacêutico e deixam de incluí-lo na discussão e no planejamento de projetos terapêuticos. Nesse sentido, um dos entrevistados comenta: “a gente percebe que existem usuários que se beneficiariam do nosso atendimento, do atendimento farmacêutico, e, infelizmente acontece [...] essa dificuldade pra tá encaminhando essas pessoas pra gente...” (F14).

A principal questão ética está na impressão de que essas falhas na interação com a EqSF acarretam prejuízos na atenção à saúde dos usuários, principalmente daqueles com problemas e/ou dificuldades associadas à farmacoterapia. Alguns farmacêuticos se sentem angustiados pelo fato de que “a gente tá ainda se oferecendo pro trabalho, eu acho que a gente não é solicitado para o trabalho...” (F5), expressando assim as barreiras para o farmacêutico se integrar, principalmente, aos espaços de apoio matricial. Esta realidade envolve deficiências no processo de formação (dos profissionais de saúde de forma geral), além de disputa de poderes, levando a “uma insegurança que paira no ar, dos farmacêuticos para com os outros profissionais e dos outros profissionais para com o farmacêutico” (F16).

Discussões semelhantes surgiram em um estudo sobre a atuação dos profissionais do NASF em Recife (Bezerra, 2013), de forma que a autora também identificou problemas relacionados a entraves na integração entre NASF e EqSF, bem como às dificuldades de compreensão do papel do NASF

por parte dos profissionais das EqSF e usuários. Todo este contexto reflete os desafios presentes na AB, no sentido de romper velhos paradigmas, avançando na direção de uma clínica ampliada e do exercício de uma prática interdisciplinar essencial na busca pela integralidade do cuidado, bem como na maior resolutividade na produção do cuidado.

No entanto, “não é simples, no cotidiano, estabelecer-se esse tipo de diálogo, com decisões e tarefas definidas de modo compartilhado” (Campos & Domitti, 2007, p. 405). Assim, o enfrentamento desses desencontros exige ampla discussão e planejamento conjunto de ações estratégicas, ressaltando o papel crucial de uma política de educação permanente contextualizada com as necessidades e problemas vivenciados pelas equipes.

### **Problemas relacionados ao processo de trabalho das equipes NASF**

Dificuldades relacionadas ao processo de trabalho das equipes NASF foi outro problema relatado pelos farmacêuticos, como este que relata que: “Quando eu comecei a atuar no NASF, a proposta era um pouco diferente da atual proposta que a gente vem trabalhando... hoje eu vejo o NASF como... como profissionais que trabalham isoladamente [...] ele não é mais um Núcleo...” (F16). Esta fala indica uma desestruturação do NASF enquanto equipe, de forma que “agora tá cada um no seu quadrado” (F16), o que em parte se justificaria pela própria estrutura de alguns CS que não favorecem a presença em um mesmo período de muitos profissionais da equipe NASF, e pelo fato de que a coordenação municipal do NASF teria “deixado o NASF de lado, deixou o NASF solto” (F16).

Quanto a isso, outra questão revelada foi a dificuldade para efetivamente se integrar às atividades das equipes NASF, em um cenário onde há farmácias em todos os CS, sendo que apenas três abrigam FRD com farmacêutico em período integral. Por isso, uma das entrevistadas refere que “a gente trabalha muito com redução de danos” (F14), no sentido de que não é possível ao farmacêutico do NASF suprir a demanda reprimida que exigiria (inclusive

legalmente) a presença contínua do farmacêutico nas unidades, e não apenas em alguns períodos, tal como se apresenta no processo de trabalho do NASF.

Essa demanda reprimida força o farmacêutico a assumir o papel de apoiador dos serviços técnicos-gerenciais das farmácias em detrimento do apoio às EqSF, o que possibilitaria a ampliação da clínica na AB. Ademais, às vezes, é necessário “a gente sair do nosso local de trabalho, e se deslocar para um outro lugar para cobrir” (F14), situações em que o farmacêutico interrompe o processo de trabalho do NASF pela necessidade de cobertura de uma das FRD, por exemplo, em período de férias de outro profissional.

Toda essa realidade corrobora o que foi observado por Nakamura e Leite (2016) em um estudo sobre a construção do processo de trabalho de farmacêuticos no NASF, em que as autoras discutem o “dilema do profissional farmacêutico na definição das atividades a serem realizadas, ora sendo um apoiador das equipes de SF, ora sendo um farmacêutico mais restrito às farmácias” (p. 1567), bem como destacam as limitações impostas pelo cotidiano dos serviços, lembrando, ainda, que é impossível a realização de todas as atividades preconizadas nas diretrizes do NASF para a AF por um farmacêutico que se responsabilize por diversas EqSF e CS.

Nesse sentido, as dificuldades impostas pela forma de organização do processo de trabalho das equipes NASF quanto à proporção do número de EqSF e/ou CS a que estão vinculadas, foi outro problema levantado pelos farmacêuticos:

*[...] praticamente tem dias em que eu tô em dois lugares, de manhã num lugar e de tarde em outro, né... [...] dificulta o vínculo, dificulta... (F19)*

*[...] a gente trabalha em cinco unidades, e acaba que em cada uma tem pessoas diferentes, então cada equipe resolve querer fazer as coisas de uma maneira, e você fica quase louco no meio daquilo ali... [...] a visão que eles têm é que a gente não faz parte da equipe... (F9)*

Essa questão está entrelaçada ao problema anterior. Se há dificuldade para os profissionais compreenderem o papel e a forma de atuação dos profissionais das equipes NASF, o fato de não estar todos os dias no mesmo

CS contribui ainda mais para dificultar o vínculo e interação entre as equipes e profissionais NASF (Nakamura & Leite, 2016). Os dados evidenciaram uma sobrecarga de demandas e responsabilidades pelo fato dos participantes serem referência para muitas EqSF (alguns inclusive relatam número de equipes acima do preconizado), gerando certa frustração e sensação de que nunca é possível atingir as expectativas e metas esperadas. Nesse contexto surgem diversos conflitos, principalmente porque é necessário estabelecer critérios para a distribuição da carga horária entre os diversos CS e EqSF.

Alguns estudos já observaram este aspecto da sobrecarga e precarização das condições de trabalho enfrentadas pelas equipes NASF (Leite et al., 2014; Hori & Nascimento, 2014; Gonçalves et al., 2015). Sobre a discussão específica com relação ao número de EqSF e CS vinculados às equipes NASF, Barros et al. (2015) apontam este fator como uma questão a ser avaliada no sentido da reflexão sobre os limites e potencialidades do trabalho do NASF. Este problema parece ter sido de fato sentido na realidade dos serviços, dado que já houve uma expressiva mudança dos parâmetros para composição das equipes NASF (que para as equipes NASF tipo 1 era de 8 a 20 equipes vinculadas em 2008, passando para 5 a 9, em 2012).

### **Discussão de casos em reuniões da EqSF com presença dos ACS**

Outro problema relatado diz respeito à relação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como exemplifica a seguinte colocação: “Uma coisa que pega muito é a presença dos ACS nas reuniões, que moram na comunidade e quase todos os casos são parentes deles [...] eles não sabem conduzir esta situação, eles não sabem!” (F9).

Percebe-se, assim, a dificuldade na abordagem de algumas situações nas reuniões das EqSF na presença dos ACS. Estes, enquanto trabalhadores vinculados às EqSF, normalmente são trabalhadores da própria comunidade e têm por atribuições cadastrar e acompanhar as famílias da sua micro área, por meio de visita domiciliar. Nesse contato permanente com as famílias, devem

desenvolver ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde no território, dentre outras atividades. Assim, estes trabalhadores cumprem uma função estratégica para integração entre a equipe de saúde e a comunidade (Brasil, 2017).

O problema colocado expõe algumas fragilidades dessa diretriz de se ter um trabalhador da própria comunidade integrado à equipe de saúde, partindo da percepção de que os ACS, e também os demais profissionais, não estariam preparados para delimitar e distinguir o papel do ACS enquanto morador do bairro com o do ACS trabalhador. Trata-se de uma questão que já vem sendo discutida, sendo que o trabalho de Zoboli e Fortes (2004) já havia apontado a dificuldade para o ACS preservar o segredo profissional como um dos problemas éticos identificados a partir da vivência de médicos e enfermeiros da ESF.

Para além da problemática da discussão de casos nas reuniões, essa situação está integrada a questões bem mais amplas relacionadas aos diversos desafios éticos que podem estar presentes no cotidiano, principalmente no que se refere a lidar com os diferentes problemas presentes na vida das pessoas, tais como estigma e preconceito envolvendo certas doenças, desemprego, pobreza, prostituição, tráfico de drogas e exposição a outras tantas formas de violência e vulneração social. Nesse sentido, discute-se que a dimensão ética da prática dos ACS não deve ser ignorada, de forma que “a problematização dos conflitos vividos pela equipe, nos aspectos da formação de vínculos e do cuidado longitudinal, requer um processo de educação permanente como meta, não só para os ACS, mas de toda equipe da ESF” (Vidal et al., 2015, p. 137).

### **Limites da interferência entre profissionais na conduta/decisão uns dos outros**

Limites e consequências da interferência entre profissionais na conduta/decisão uns dos outros foi uma das questões levantadas, tanto no que se refere às relações entre os próprios farmacêuticos ou com os demais membros das equipes, como exemplificado nas falas:

*[...] inclusive os nossos colegas se acham no direito de interferir nos nossos atendimentos [...] interferir na tua tomada de decisão... (F9)*

*[...] como é que você vai interferir no trabalho do médico né? O médico não aceita: Pô, o farmacêutico tá vindo e questionando a minha prescrição?! Então é isso que eu sinto... (F19)*

Quanto aos outros profissionais da EqSF, alguns farmacêuticos destacam uma preocupação frente às divergências com relação a projetos terapêuticos em curso, que podem envolver não apenas questões relativas à terapia medicamentosa, mas à condução do processo de cuidado de uma forma geral. Essa temática também já surgiu em trabalhos que discutem problemas éticos nas relações entre profissionais da EqSF, em que algumas questões, dentre outras, foram destacadas em artigo de revisão (Vidal et al., 2014): desrespeito e despreparo para o trabalho em equipe, dificuldades na delimitação do campo de atuação de cada profissional, e questionamentos no desenvolvimento das atividades clínicas.

No contexto de atuação multi e interdisciplinar, em que a integralidade da atenção requer necessariamente o trabalho em equipe, é pertinente resgatar as palavras de Gracia (2014), quando coloca que uma postura ética exige a capacidade de escutar os outros, entendendo que um ponto de vista individual é sempre limitado, e que para uma tomada de decisão prudente é necessário ampliar as perspectivas a partir dos diversos olhares, o que pode ser feito por meio do processo deliberativo. Assim, em qualquer situação que envolva a relação entre profissionais de saúde é necessário respeito diante de posicionamentos divergentes e legítima disposição para compreender os demais, para possibilitar o diálogo, a fomentar a troca de ideias, fugindo-se do confronto que tende a levar à adoção de posicionamentos extremos e opostos.

Nesse sentido, é interessante destacar a fala de uma das entrevistadas que diz compreender que as diferenças de opiniões fazem parte do trabalho em equipe, e que nessas situações “eu naturalmente gosto de defender o meu posicionamento, então às vezes isso gera uma reflexão no sentido de: ah, vamos discutir? Tá, a

gente pode dialogar?” (F8). A disponibilidade para escutar, compreender, dialogar e mudar pontos de vista prévios, aprendendo com e ensinando aos demais, no entanto, não é nossa tendência natural. Mas pode ser aprendida e treinada (Gracia, 2014), o que depende de uma valorização da dimensão ética do processo de trabalho em saúde e dos próprios sujeitos nele envolvidos.

## **Considerações finais**

Os resultados apresentados explicitam problemas importantes vivenciados por farmacêuticos do NASF, especialmente no escopo das relações com outros profissionais e/ou equipes, bem como nas relações com a organização e o sistema de saúde. Embora o estudo tenha explorado a realidade local de equipes de um município, de uma forma geral, observa-se certa convergência com relação a questões abordadas em outras pesquisas que já investigaram o trabalho das equipes NASF em outras cidades e regiões do país.

Na maioria dos estudos que abordam a temática surge a discussão com relação aos desafios da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe, especialmente quanto às dificuldades de compreensão da função do NASF e do papel destes novos profissionais que se inseriram na AB. Também se inclui o debate quanto à organização do processo de trabalho e os entraves em função da sobrecarga de demandas e precariedade das condições de trabalho e da estrutura dos serviços. Estes pontos sinalizam aspectos que precisam ser melhor investigados e compreendidos para subsidiar o aprimoramento da Política Nacional de AB, bem como das diretrizes que orientam a composição e organização do trabalho do NASF.

Contudo, não há como discutir a qualificação dos serviços no âmbito da AB de forma descontextualizada do atual cenário de precarização, com cortes orçamentários e sucessivos ataques aos princípios constitucionais que expressam o dever do Estado de prover a todos os cidadãos o acesso universal a serviços de saúde públicos e de qualidade. A aprovação da emenda à Constituição que instituiu o congelamento dos gastos públicos por 20 anos, bem

como o desmantelamento da Consolidação das Leis do Trabalho, representado pela aprovação da lei que autoriza o trabalho terceirizado para qualquer tipo de atividade, são exemplos concretos da gravidade do atual momento político brasileiro. Com relação à Política Nacional de AB, a alteração realizada em maio de 2016, por meio de Portaria do Ministério da Saúde, que retira a obrigatoriedade da inclusão dos ACS na composição das EqSF, representa um evidente retrocesso, indo na contramão do que defendemos no sentido do fortalecimento do trabalho em equipe na AB. Neste contexto, a discussão sobre os problemas éticos vivenciados pelos profissionais de saúde se torna ainda mais necessária.

Por fim, concluímos que o debate ético se faz necessário em todos os espaços ligados à prática farmacêutica no SUS, bem como na interface da atuação integrada junto a outros profissionais e equipes de saúde. A reflexão a partir da realidade de um grupo de farmacêuticos ressalta o fato de que, para o avanço da compreensão dos problemas éticos na AB é essencial que se explore a realidade da inserção de todos os profissionais que compõem as equipes NASF.

## Referências

- Andrade, L. O. M., et al. (2012). Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In G. W. S. Campos et al. (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva* (2ª ed., pp. 845-902). São Paulo: Hucitec.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barros, J. O., et al. (2015). Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2847-2856.
- Berlinguer, G. (1993). *Questões de vida* (Ética, Ciência, Saúde). Salvador / São Paulo / Londrina: APCE – HUCITEC – CEBES.
- Berlinguer, G. (2004). *Bioética Cotidiana*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Bezerra, P. A. (2013). *Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife: desafios e possibilidades* (Dissertação de Mestrado). Mestrado Acadêmico em Saúde Pública. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família* (Caderno de Atenção Básica nº 27). Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. V. 1 – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Brasília:

Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. (2020). *Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2023a). *Histórico de Cobertura da Saúde da Família*. Disponível em: [URL]. Acesso em: 09 set. 2023.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Disponível em: [URL]. Acesso em: 09 set. 2023.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2023c). *Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023*. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2017). *Histórico de Cobertura da Saúde da Família*. Disponível em: [URL]. Acesso em: 16 mar. 2017.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. (2012). Atenção Primária à Saúde. In L. Giovanella et al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (2ª ed., pp. 493-545). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Gomes, D., Zoboli, E. L. C. P., & Finkler, M. (2019). Problemas éticos na saúde bucal no contexto da atenção primária à saúde. *Physis*, 29(2), e290208.
- Gonçalves, R. M. A., et al. (2015). Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(131), 59-74.
- Gracia, D. (2014). La deliberación como método de la bioética. In D. Porto et al. (Orgs.), *Bioética: saúde, pesquisa, educação* (Vol. 2, pp. 223-259). Brasília: CFM/SBB.
- Hori, A. A., & Nascimento, A. F. (2014). O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3561-3571.
- Junges, J. R., et al. (2012). Hermenêutica dos problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária. *Revista Bioética*, 20(1), 97-105.
- Leite, D. F., Nascimento, D. D. G., & Oliveira, M. A. C. (2014). Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis*, 24(2), 507-525.
- Molina, L. R. (2016). *Problemas éticos vivenciados por farmacêuticos na atenção básica à saúde em um município do sul do Brasil* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina.

- Molina, L. R., & Finkler, M. (2016a). Ética e prática profissional farmacêutica: um panorama das discussões em pauta. In R. R. P. Carvalho & C. F. Rosaneli (Orgs.), *Bioética e Saúde Pública*, Série Bioética – Volume 1 (pp. 145-163). Curitiba: CRV.
- Molina, L. R., & Finkler, M. (2016b). Concepções de ética por farmacêuticos de uma rede municipal de atenção básica à saúde: entre o dito e o não dito. *Revista Brasileira de Bioética*, 12, 1–12.
- Motta, L. C. S., et al. (2015). En busca del ethos de la Estrategia Salud de la Familia: una investigación bioética. *Revista Bioética*, 23(2), 366-379.
- Nakamura, C. A., & Leite, S. N. (2016). A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1565-1572.
- Nora, C. R. D., Zoboli, E. L. C. P., & Vieira, M. (2015). Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(1), 112-121.
- Pereira, K. G. (2011). *Conflitos éticos no processo de trabalho do Núcleo de Apoio a Saúde da Família em um município de Santa Catarina/SC* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina.
- Simas, K. B. F., et al. (2016). (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1481-1490.
- Siqueira-Batista, R., et al. (2015). (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 113-128.
- Vidal, S. V., et al. (2014). Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. *Revista Bioética*, 22(2), 347-357.
- Vidal, S. V., Motta, L. C. S., & Siqueira-Batista, R. (2015). Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 129-140.
- Zoboli, E. L. C. P. (2003). *Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família* (Tese de Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Zoboli, E. L. C. P., & Fortes, P. A. C. (2004). Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1690-1699.



## CAPÍTULO 8

# PROJETO DE LEI 7082/2017 E OS ATAQUES AO SISTEMA DE AVALIAÇÃO ÉTICA DAS PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS NO BRASIL SOB A ÓTICA DA BIOÉTICA COTIDIANA

Fernando Hellmann  
Jucélia Maria Guedert  
Sílvia Cardoso Bittencourt

O Projeto de Lei do Senado 200 de 2015 (PLS 200/2015), de autoria dos senadores Ana Amélia Lemos (PP/RS), Waldemir Moka Miranda de Britto (PMDB/MS) e Walter de Freitas Pinheiro (PT/BA), “dispõe sobre a pesquisa clínica com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa Clínica com Seres Humanos” (Brasil, 2017). Após quase dois anos de discussão no Senado Federal, foi aprovado, em 13 de março de 2017, com emendas ao projeto inicial apresentado sem, entretanto, modificar a sua essência.

A partir de meados de março de 2017, o Projeto de Lei (PL), agora denominado PL 7082/2017, tramita em regime de prioridade em diferentes comissões, para análise de mérito e posterior sujeição da apreciação do plenário da Câmara dos Deputados (Câmara dos Deputados, 2017). São elas, (a) Comissão de Ciência e Tecnologia, Comunicação e Informática; (b) Comissão de Seguridade Social e Família; e (c) Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania. Apesar das mudanças ocorridas no projeto original, permanecem problemas de ordem ética que comprometem a integridade dos

participantes de pesquisa clínica no Brasil, especialmente naquelas pesquisas com patrocínio estrangeiro impetrada na parcela mais pobre da população.

Segundo a Análise Técnica elaborada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para a versão original do PLS 200/2015,

[...] o PL é extensivamente baseado no Documento das Américas, que é a versão latino-americana do GCP-ICH documento E6 (*Good Clinical Practice – International Conference on Harmonisation*), cujos princípios éticos são pautados na Declaração de Helsinque. Cabe recordar que o Brasil não é signatário da Declaração de Helsinque por divergências profundas e inconciliáveis em relação aos critérios de uso de placebo e o acesso ao produto investigacional após o estudo (Brasil, 2015).

A partir dos escritos do médico sanitário e bioeticista Giovanni Berlinguer sobre a experimentação com a espécie humana, buscamos problematizar a discussão dos atuais ataques ao Sistema CEP-CONEP. Para tanto, seguiremos as seguintes etapas: (1) aproximação da perspectiva de Berlinguer ao contexto da ética em pesquisa envolvendo seres humanos; (2) apresentação dos atores envolvidos na elaboração da proposta do PLS 2000/2015; (3) argumentação sobre aspectos não éticos existentes na proposta, que podem ser corroborados com a retirada do controle social existente até o momento; (4) apresentação de nós críticos do projeto aprovado, tais como o não respeito à autonomia nas “pesquisas em situação de emergência”, o mercado humano nas pesquisas clínicas, a questão do uso do placebo<sup>3</sup> como comparador e o acesso pós-estudo às intervenções identificadas como benéficas.

## **Berlinguer e a ética em pesquisa envolvendo seres humanos**

No livro *Questões de Vida: ética, ciência, saúde*, editado em 1991, Giovanni Berlinguer (1993, p. 63) tem o cuidado de dedicar um capítulo ao que ele chamou de “Bioética da Experimentação”. O autor discute aspectos

<sup>3</sup> Placebo: 1. Preparação farmacologicamente inerte, utilizada mais para o alívio mental [psicológico] do paciente, do que pelo seu efeito na desordem [em tratamento]; 2. Substância inerte e inócua utilizada especialmente em experimentos controlados que testam a eficácia de uma substância (droga). (Merriam-Webster Dictionary. Definição médica de placebo. 2017. Disponível em: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/placebo>>. Acesso em: 30 abril 2018.

relevantes das pesquisas intervencionistas em seres humanos. É interessante notar que tais reflexões antecedem a criação do Sistema CEP/CONEP no Brasil, em 1996, na Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/1996 (Brasil, 1996), ou seja, da instituição dos Comitês de Ética em Pesquisa e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. O autor destaca que

[...] quando se passa à experimentação *stricto sensu*, encontra-se imediatamente um tema que tem vastas implicações éticas: a **relação entre fins e métodos da ciência**. Esse tema foi visto nas suas formas mais extremas no processo de Nuremberg contra os médicos nazistas que haviam feito experimentos com prisioneiros dos “lager” (n.a – campos de concentração). **As finalidades, o método, o local, as condições dos sujeitos, as consequências para eles mesmos**, induzem qualquer pessoa à repulsa moral, que se estende também à intenção de conhecer e utilizar qualquer novo conhecimento que seja possível extrair nessa situação (Berlinguer 1993, p. 69, grifo nosso).

De fato, a relação entre os fins e os métodos da ciência, especialmente quando “os fins” correspondem ao almejado pela indústria de medicamentos e “os métodos da ciência” aos caminhos que essa indústria pretende utilizar para alcançar o lucro máximo, suscitam reflexões no campo da ética a partir de diferentes valores morais. De um lado aparece a indústria pretendendo, via de regra, lançar ao consumo um novo medicamento/procedimento e de outro lado o do participante da pesquisa que, no Brasil, corresponde geralmente a um indivíduo desprovido de recursos, doente e dependente da assistência à saúde gratuitamente disponível.

Vale lembrar que a atuação da indústria farmacêutica, muitas vezes influenciando a população (em seus diferentes segmentos) para necessidades de medicamentos e, conseqüentemente, pesquisas com esses medicamentos que algumas vezes não existiam, tem sido apontada por diversos autores contemporâneos. Alguns exemplos que podem ser citados: o suporte financeiro para associações de pessoas com doenças específicas, o financiamento de viagens para médicos/pesquisadores e congressos para diferentes categorias profissionais (tanto para aqueles que atuam na assistência como para aqueles

que atuam no ensino e pesquisa) e finalmente o financiamento das próprias pesquisas (Angell, 2007 [2004]; Conrad, 2007).

Ainda que nem todas as pesquisas envolvendo seres humanos possam ser incluídas nesse contexto, a indústria tem seus interesses econômicos e pode se utilizar de estratégias, no âmbito da pesquisa, que ferem os direitos dos participantes da pesquisa. Convém ressaltar que no panorama internacional, tomando em conta os processos de revisão da Declaração de Helsinque no início deste século, “a participação da indústria farmacêutica nos processos de revisão foi maior e mais significativa do que daquelas associações que representaram os interesses dos pacientes e, portanto, dos sujeitos de pesquisa” (Hellmann, 2014, p. 112). Assim, as necessidades da ciência e do mercado disputam espaços com a proteção devida dos sujeitos de pesquisas.

### **Quem está por trás do PLS 2000/2015 e quais suas justificativas?**

As mudanças propostas no PL vão ao encontro do que tem sido defendido pela Aliança Pesquisa Clínica, uma associação que se define como um “movimento criado em abril de 2014 por diversos segmentos públicos e privados da ciência e da inovação, com o objetivo de fortalecer o diálogo com a sociedade e o governo sobre a importância da pesquisa clínica para o Brasil” (Aliança, 2017). Embora associações como a Aliança Pesquisa Clínica façam críticas e proponham mudanças para a avaliação de pesquisa no Brasil, o sistema de regulamentação brasileiro sobre ética em pesquisa tem sido considerado modelo por vários países do mundo. Em especial nos países de poucos recursos, os comumente chamados de “terceiro mundo” e “em desenvolvimento”, em que a ausência de normativas éticas tem deixado consequências graves para os participantes de pesquisa em alguns estudos (Times of India, 2014).

Essas críticas parecem mais traduzir interesses da indústria farmacêutica, muitas vezes influenciando os pesquisadores, do que a necessidade concreta de inovação ou desenvolvimento de um novo recurso terapêutico. Essa situação nos remete às questões apontadas por autores como Angell (2007 [2004]) e

Conrad (2007) ao problematizarem a influência dos laboratórios farmacêuticos tanto na demanda por determinados medicamentos, quanto na elaboração de determinados protocolos de pesquisas.

Vale destacar que os ataques ao Sistema CEP-CONEP tomaram corpo após a revisão da Declaração de Helsinque, em 2013, da qual o Brasil não se tornou signatário, uma vez que tanto a CONEP, como a Sociedade Brasileira de Bioética e o Conselho Federal de Medicina se posicionaram contra esse documento. Dentre os quesitos principais para tal recusa, pode-se assinalar a questão do uso do placebo e do (não) acesso às drogas no pós-estudo. É digno de nota que os países líderes na proposição de estudos clínicos são geralmente aqueles que tendem a terceirizar a coleta de dados para países periféricos de modo a baratear os custos das pesquisas, dentre outros motivos (Hellmann, 2014).

Dentre os argumentos utilizados pelos defensores do PL, a demora na análise ética dos protocolos de pesquisa pela CONEP tem sido destaque. Porém, conforme dados compilados pela Associação Brasileira de Organizações Representativas de Pesquisa Clínica (ABRACRO) acerca dos prazos de análise de estudos clínicos pela CONEP, estes têm diminuído no último ano, enquanto a proposta do PLS 2000/2015 continua com esse argumento (Abracro, 2017).

Se em 2012, esse argumento era válido, com prazos de 285 dias para o primeiro parecer e 446 dias para o parecer final no primeiro trimestre daquele ano, em 2016, devido aos ajustes operacionais implementados pela CONEP e à mobilização de relatores e assessores da Comissão, a quantidade de protocolos analisados aumentou, chegando a “fila zero” (backlog) para análise de protocolos submetidos. Observa-se que no último trimestre de 2016 o tempo para o primeiro parecer foi de 47 dias e para o parecer final somou-se 94 dias, desmontando assim a “principal justificativa” do PL.

Outro argumento que os proponentes do PL utilizam para defendê-lo é o suposto vácuo legislativo em termos de pesquisas clínicas. Essa justificativa é infundada, visto que o referido projeto em nenhum momento se refere à Resolução CNS 466/12, mencionando-se apenas as resoluções já revogadas. Porém, convém assinalar que resoluções emitidas pelo Conselho Nacional

de Saúde são de caráter infralegal e parecem não serem consideradas pelo judiciário brasileiro. Por exemplo, em recente batalha para garantir o acesso aos medicamentos no período pós-estudo para participantes de ensaio clínico finalizado, o estado de São Paulo perdeu em primeira instância para a indústria farmacêutica. Isso porque o desembargador entendeu que norma de caráter secundário não imputa em obrigação da indústria (SBB, 2017).

Outra justificativa dada pelos autores do PLS 200/2015 refere-se a uma burocratização excessiva do sistema CEP/CONEP. No intuito de defender essa posição, os proponentes dizem haver burocratização das análises dos projetos no Brasil, que prejudica as pesquisas clínicas no país. Sobre esta, em conjunto com as demais críticas, a Sociedade Brasileira de Bioética – SBB reconhece haver necessidade de ampliar o financiamento público ao Sistema CEP/CONEP, bem como criar mecanismos para que o atual sistema possa ser aprimorado, sem, obviamente, excluí-lo, tal como propõe o PLS 200/2015. O problema não parece residir especificamente na ausência de leis, mas sim em (falta de) condições para a execução das normativas já existentes.

O que parece existir é a necessidade de aprimorar ainda mais o controle ético das pesquisas clínicas no país, e não, diminuir o controle que já existe. Dessa forma, ampliando as ações, seria possível resguardar a população que, via de regra, é a mais “solicitada” nas pesquisas: aqueles com pior condição socioeconômica, os doentes dependentes do sistema público de saúde e em situação de vulneração social.

### **Assimetria de poder e perda controle social**

Outro aspecto ético abordado por Berlinguer (1993), no âmbito das pesquisas envolvendo seres humanos, refere-se à assimetria de poder que existe entre pesquisador e pesquisado. Essa situação é destacada pelo autor ao apresentar a situação ocorrida há poucas décadas, quando ele lembra que

[...] um outro caso, mais pertinente à experimentação médica, que também suscitou recentemente vastas polêmicas, tem como protagonista a Comissão para os Serviços Sociais da Câmara dos Comuns inglesa. Refiro-me à

sugestão de que, para se chegar à descoberta da vacina contra a Aids, “os países africanos poderiam fornecer a população adequada para os experimentos clínicos, quando estiverem concluídas as experiências em chimpanzés” [...].

Todavia, não se foge à impressão de que se repete, neste caso, a eterna diferença de poder entre quem decide e quem é submetido à experimentação [...] (Berlinguer. 1993, p. 70).

A assimetria de poder pode ser abrandada quando o controle social permite proteger os interesses dos participantes de pesquisas. Atualmente, o sistema CEP-CONEP está vinculado ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e essa posição viabiliza a realização de avaliações dos protocolos de pesquisa relativamente livres de amarras mercadológicas e corporativas. O CNS garante, de certo modo, o controle social frente às propostas governamentais, muitas vezes imbuídas de caráter mercadológico frente aos investimentos lobistas, proporcionando a proteção aos sujeitos que se encontram em situação de vulnerabilidade.

A retirada do Controle Social é um dos pontos, se não o mais importante, a ser destacado como mudança importante na proposta desse PL. Hoje, todo o sistema CEP-CONEP compõe uma comissão do CNS – órgão do controle social do Sistema de Saúde brasileiro. O PL retira esse sistema do CNS transferindo sua coordenação para a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, com clara ameaça de fragilizá-lo socialmente e transformá-lo em apenas mais um “órgão técnico” do MS. Defender que o Brasil tenha um sistema de avaliação da eticidade das pesquisas envolvendo seres humanos, fundamentado no Controle Social e nos principais documentos de entidades internacionais comprometidas com os Direitos Humanos, é defender a saúde como direito inerente a todos. Também significa defender o Sistema Único de Saúde (SUS), muitas vezes ameaçado pelos interesses de indústrias de medicamentos e equipamentos que oneram esse sistema além de suas possibilidades de autossustentação.

## **“Nós Críticos” que aparecem na proposta do PL 200/15**

Muitos “nós críticos” emergem da proposta em trâmite no Congresso brasileiro e aqui serão abordados três deles.

### **I. Possibilidade de mercado humano no âmbito das pesquisas clínicas**

O pagamento aos sujeitos saudáveis que participarem de pesquisa clínica de fase I foi previsto na Resolução 466/2012 (Brasil, 2012) como forma de não inviabilizar as pesquisas de desenvolvimento de novos fármacos originárias no Brasil. Entretanto, no PL 200/2015 (PL 7082/2017) consta a proposta de criação de um “cadastro nacional” de participantes deste tipo de estudo. Isso pode abrir a possibilidade de se criar uma casta de “profissionais” participantes de pesquisa, fazendo com que pessoas que se encontrem nos espaços de necessidade, sobretudo financeira, “vendam” seus corpos às empresas de pesquisa em troca de pagamento.

Cabe ressaltar que o Brasil ainda vivencia altos índices de desigualdade, fazendo com que aqueles que estão em maior grau de vulneração possam ter seus corpos e suas funções transformadas em objeto de transação comercial. Zanette e Tannous (2015) alertam para o fato de que remunerar participantes de pesquisa pode fazer a relação paciente-profissional, mediada como mercadoria, ficar demasiadamente assimétrica e heterônoma.

### **II. O uso de placebo como comparador em estudos clínicos**

Nos estudos que propõem a utilização de placebo, o pesquisador pretende provar estatisticamente se o medicamento em teste (ou a nova intervenção) é superior em termos de eficácia/resultados, quando não existe tratamento para a doença, ou se é superior, ou não inferior, ao que já existe e já é utilizado como recurso terapêutico.

Ou seja, a utilização de placebo como comparador tem sido

preconizada no sentido metodológico como a melhor forma de comparação com a droga em estudo. Isso não quer dizer que seja aceitável, eticamente falando, utilizar o placebo nas pesquisas. Portanto, embora possa haver uma aceitável justificativa metodológica, do ponto de vista ético, o uso de placebo pode não ser aceitável, por exemplo, quando existem intervenções conhecidas para a doença em estudo. Na análise da eticidade da pesquisa envolvendo seres humanos, especialmente os ensaios clínicos envolvendo o uso de placebo como comparador, as normas brasileiras atualmente em vigor, especialmente a Resolução CNS 466/2012, são claras e definem que

[...] a utilização de placebo somente é permitida em estudos envolvendo doenças para as quais não existem métodos aprovados de profilaxia, diagnóstico ou tratamento. Para as situações em que existe tratamento, o pesquisador deve “apresentar justificativa, em termos de não maleficência e de necessidade metodológica, sendo que os benefícios, riscos, dificuldades e efetividade de um novo método terapêutico devem ser testados, comparando-o com os melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos atuais (Brasil, 2012).

A proposta aprovada pelo Senado brasileiro e ora tramitando na Câmara dos Deputados – PL 7082/2017 – em seu Art. 29 estabelece que

**O uso exclusivo** do placebo só é admitido quando inexistirem métodos comprovados de profilaxia, diagnóstico ou tratamento para a doença objeto da pesquisa clínica, **conforme o caso**, e desde que os riscos ou danos decorrentes do uso do placebo **não superem os benefícios da participação na pesquisa** (Brasil, 2017).

Digno de destaque, na redação da nova regra, está o seu Parágrafo Único:

Em caso de **uso de placebo combinado** com outro método de profilaxia, diagnóstico ou tratamento, o participante da pesquisa não pode ser privado de receber o melhor tratamento ou procedimento **que poderia ser habitualmente realizado na prática clínica** (Brasil, 2017, grifo nosso).

Dessa forma, pode-se apontar no texto que tramita no Congresso, elementos diferentes daquilo que é atualmente preconizado. Esses elementos comprometem a proteção dos participantes de pesquisa nos seguintes aspectos: (a) introduzem a diferenciação entre placebo puro (exclusivo) e placebo combinado (quando associado a um método profilático, diagnóstico ou outro tratamento); (b) trazem expressões que podem dar margem a situações de flexibilização não ética da pesquisa, tais como, “conforme o caso” e “benefícios da participação na pesquisa”; e (c) estabelecem que o participante de pesquisa deve receber o melhor tratamento ou procedimento que “poderia ser habitualmente” realizado na clínica, ou seja, nem sempre o melhor tratamento contemporâneo existente no momento.

Do ponto de vista técnico da metodologia de pesquisa, pode-se inferir que estaria legalmente (nunca eticamente) justificada a utilização de placebo em pesquisas, por exemplo, de diabetes tipo 2, em indivíduos que clinicamente precisariam receber tratamento medicamentoso, mas, na pesquisa receberiam placebo e um método profilático – como cuidados alimentares. Mais ainda, observa-se, frequentemente, que o benefício para participar da pesquisa e receber assistência médica de melhor qualidade, seria justificativa aceitável para privá-lo do medicamento que necessita.

Por fim, no caso de placebo combinado - quando associado a um método profilático –, um grupo receberia o medicamento em teste combinado com placebo e o outro grupo receberia um sub-standard de tratamento, geralmente um medicamento de segunda linha, visto que este é o tratamento que “poderia ser habitualmente realizado naquele ambiente”, ou seja, aquele que estaria disponível no local da pesquisa. Neste caso, o participante da pesquisa seria privado do melhor tratamento conhecido para a doença em questão, bem como seriam barateados os custos de produção.

É importante recordar que muitos dos problemas éticos identificados em pesquisas clínicas recentes envolvem justamente o uso não ético do placebo. O objetivo de coibir as pesquisas que utilizam essa metodologia não é inviabilizar o desenvolvimento de novos fármacos ou

impedir o avanço da ciência e sim garantir o direito à saúde ao garantir que não seja privado, para uma pessoa doente, o melhor tratamento disponível no momento. Nessa direção, vale lembrar o que dizem Zanette e Tannous (2015, p. 789) ao se referirem ao uso do placebo em estudos clínicos quando afirmam que

[...] a raiz de toda oposição é de fundamento eminentemente ético: a negação dos princípios da beneficência e autonomia. Beneficência, quanto às questões do placebo e do fornecimento de medicamento pós-estudo; autonomia, quanto à ampliação da condição abusível da relação paciente-profissional e da remuneração de participantes doentes. Para doentes, placebo é controle de experimento com a negação do benefício de tratamento convencionado.

### III. A obrigatoriedade ética do fornecimento pós-estudo

O último “nó” a ser sinalizado, nessa proposta de avaliação dos protocolos de pesquisa, é o acesso pós-estudo às intervenções identificadas como benéficas no decorrer da pesquisa. Atualmente, segundo a Resolução CNS 466/12 (Brasil, 2012), no seu item III.3 (d), as pesquisas que utilizam metodologias experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos [...] deverão

[...] assegurar a todos os participantes ao final do estudo, por parte do patrocinador, **acesso gratuito e por tempo indeterminado**, aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se demonstraram eficazes. [...] O acesso também será garantido no intervalo entre o término da participação individual e o final do estudo, podendo, nesse caso, esta garantia ser dada por meio de estudo de extensão, de acordo com análise devidamente justificada do médico assistente do participante. (Brasil, 2012, grifo nosso).

A versão substitutiva em tramitação (Brasil, 2017), dedica o Capítulo VI à questão da continuidade do tratamento pós-pesquisa clínica e no seu Artigo 30 estabelece que

[...] ao término da pesquisa, o patrocinador garantirá aos participantes o fornecimento gratuito, e por tempo indeterminado, do medicamento experimental que tenha apresentado maior eficácia terapêutica e relação custo-benefício mais favorável que a do tratamento em comparação, sempre que o medicamento experimental for considerado pelo médico do estudo como a melhor opção terapêutica para a condição clínica do participante da pesquisa, **podendo esse fornecimento ser interrompido apenas nas seguintes situações:** I – decisão do próprio participante [...]; II – cura da doença ou do agravamento à saúde alvos da pesquisa, comprovada por laudo do médico assistente do participante de pesquisa; III – quando o emprego do medicamento não trazer benefício ao participante da pesquisa, considerando-se a relação risco-benefício fora do contexto da pesquisa clínica, fato devidamente documentado pelo médico assistente do participante de pesquisa; IV – quando houver reação adversa que, a critério do médico assistente do participante de pesquisa, inviabilize a continuidade do tratamento, mesmo diante de eventuais benefícios; V – impossibilidade de obtenção ou fabricação do medicamento por questões técnicas ou de segurança, devidamente justificadas; VI – **quando o medicamento estiver sendo fornecido gratuitamente pelo sistema público de saúde** (Brasil, 2017, grifo nosso).

Cabe lembrar que o texto original submetido ao Senado pelos propositores era ainda mais restritivo e o acima descrito foi fruto de emendas posteriores. Mesmo assim, percebe-se que o fornecimento pós-estudo não está explicitamente assegurado e que há a intenção de transferir a responsabilidade dos patrocinadores e o ônus para o SUS. Entende-se que não é ética uma pessoa acometida por enfermidade concordar em se tornar alvo de experimentação para o desenvolvimento de novas drogas, por exemplo, sem ter a garantia de que, ao final de sua participação, estará assegurada a continuidade dessa nova terapêutica, caso esta esteja lhe sendo favorável quanto ao seu tratamento.

Também não é ético a administração da droga em estudo ter prazo definido de início e fim para ser fornecida ao participante da pesquisa e caso ele esteja se beneficiando do procedimento terapêutico, seja privado de recebê-lo pelo tempo em que lhe for benéfico. Zanette e Tannous (2015, p.

789) alertam que “o não fornecimento de medicamento pós-estudo é negação à continuidade do benefício do tratamento experimental encerrado ou quando finalizada a participação individual”, situação esta não ética.

Se considerarmos que os novos fármacos geralmente pertencem a categorias farmacêuticas extremamente caras e inacessíveis para a maioria da população brasileira, deve haver o compromisso explícito do patrocinador no sentido de fornecê-lo. Ressalta-se que grande parte dos ensaios clínicos realizados no Brasil, sob patrocínio das empresas farmacêuticas internacionais, ocorrem em ambientes públicos, como ambulatórios de hospitais estatais e/ou universidades e que, via de regra, essas indústrias se utilizam da estrutura existente, montada pelo Estado brasileiro, para assistência e ensino, sem a devida contrapartida financeira. Dessa forma, não é ético onerar o SUS para assegurar a continuidade do tratamento aos participantes de pesquisa.

## **Considerações finais**

As investidas da associação “Aliança Pesquisa Clínica” na mudança das regras concernente à ética em pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, nos remetem às necessidades do mercado sobrepostas aos dos participantes do estudo. Representam, no Brasil, a continuidade da flexibilização da ética em pesquisa empreendida no panorama internacional desde o final do século XX, quando as pesquisas clínicas se globalizaram, na busca de participantes com menores custos (para a indústria) no desenvolvimento de ensaios clínicos cada vez mais sofisticados.

No parlamento brasileiro, o debate não tem sido travado livre de interesses particulares de senadores e deputados e, muito menos, considerando os aspectos éticos da proteção aos brasileiros participantes de pesquisas clínicas. Como nos apontam Zanete e Tannous (2015, p. 790):

Isso tornaria nítido como ações de representação versus participação na democracia brasileira repercutem no setor; evidenciaria a força dos lobbies em oposição à amplitude, legitimidade, tempo, esforço, dedicação e cultura de milhares de

pessoas mobilizadas na discussão, revisão e efetivação das normas do CNS sobre pesquisas com seres humanos. Pois, politicamente, constata-se que o Sistema CEP- CONEP é edificação democrática densa, “pedra no sapato” do neoconservadorismo elitista predominante na gestão dos poderes da República. Tanto que, às vezes, parlamentares deixam escapar ressentimentos quanto às atividades normativas infralegais do CNS, as quais, para eles, solapam prerrogativas representativas do Legislativo.

Percebe-se que a questão da ética em pesquisas clínicas envolvendo seres humanos travada no parlamento é apenas a ponta de um iceberg. Interesses privados das indústrias farmacêuticas tendem a prevalecer frente aos interesses públicos e coletivos por conta do *lobby* da indústria que é grande no Senado e no Congresso. Como lembra Berlinguer (1993, p. 62), ao se referir à pesquisa experimental:

Antes de falar em experimentação em sentido restrito, mencionarei a experimentação constante, também para assinalar a existência – frequentemente desconsiderada – de uma bioética cotidiana, vencida, tanto no interesse público quanto na atenção dos especialistas, pela bioética das situações limites.

## Referências

- Aliança para Pesquisa Clínica. (2017). Disponível em: <http://www.aliancapesquisaclinica.com.br/website/index.php/quem-somos/historia-da-alianca>.
- Angell, M. (2007). *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record.
- Berlinguer, G. (1993). *Questões de vida (ética, ciência, saúde)*. São Paulo: HUCITEC.
- Binsfeld, P. (2017). *Record de análise de protocolos de pesquisa clínica no Brasil*. [Comunicação Informal].
- Brasil. Câmara dos Deputados. (2017). PL 7082/2017. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2125189&ord=1>.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/resolucoes.htm](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/resolucoes.htm).
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em

- Pesquisa. (2015). *Análise técnica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa sobre o Projeto de Lei nº 200/2015*. Brasília, 14 de maio de 2015. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/Web\\_comissoes/conep/aquivos/Analise-tecnica-Lei200-2015.pdf](http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/aquivos/Analise-tecnica-Lei200-2015.pdf).
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (1996). *Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>.
- Brasil. Senado Federal. (2017). *Projeto de Lei (Texto oficial remetido à Câmara dos Deputados)*. Dispõe sobre a pesquisa clínica com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa Clínica com Seres Humanos. Disponível em: <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/120560>.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hellmann, F. (2014). *A Declaração de Helsinque como um Dispositivo Biopolítico: uma genealogia do duplo standard para ensaios clínicos nos países em desenvolvimento*. [tese de doutorado]. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Projeto de Lei nº 200/2015. (2016). Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/).
- SBB. Sociedade Brasileira de Bioética. (2017). *Governo paulista perde no TJ-SP disputa com indústria farmacêutica*. 19 de abril de 2017. Disponível em: [http://www.sbbioetica.org.br/uploads/repositorio/2017\\_04\\_19/Governo-perde-no-TJ.pdf](http://www.sbbioetica.org.br/uploads/repositorio/2017_04_19/Governo-perde-no-TJ.pdf).
- Times of India. (2014). 370 die in clinical trials in 2 years, kin of only 21 get compensation. Disponível em: <http://timesofindia.indiatimes.com/india/370-die-in-clinical-trials-in-2-years-kin-of-only-21-get-compensation/articleshow/45516891.cms>.
- Zanetti, C. H. G., & Tannous, G. S. (2015). Sob a pele do PL-200/2015 do Senado Brasileiro. [Artigo de Opinião]. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 24(4), 789-794.



## BIOÉTICA E SAÚDE COLETIVA





## CAPÍTULO 9

# POLÍTICA PÚBLICA E BIOÉTICA: A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM QUESTÃO

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.  
Maria Claudia Souza Matias  
Marta Inez Machado Verdi

### Introdução

*A Exceção e a Regra*  
“Estranhem o que não for estranho. Tomem por inexplicável o habitual. Sintam-se perplexos ante o cotidiano. Tratem de achar um remédio para o abuso Mas não se esqueçam de que o abuso é sempre a regra”.  
(Bertolt Brecht)

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) diferentes experiências, construções de saberes, planejamentos e implementações de políticas e programas de saúde foram consolidando novos modelos de atenção à saúde. É sabido, no entanto, que o SUS enfrenta grandes impasses e desafios em sua implantação, em suas fontes de financiamento, na distribuição de recursos em quantidade suficiente e na qualificação da atenção primária, a despeito de seu crescimento vertiginoso (Campos, 2007). Assim, não obstante, em todos os avanços alcançados no SUS, inúmeras contradições ainda se fazem presentes na política de saúde brasileira.

Simultaneamente, instituições hospitalares desenvolvem complexas intervenções utilizando alta tecnologia, enquanto centenas de pessoas enfrentam problemas de saúde que poderiam ser resolvidos ou mesmo evitados. Conforme Garrafa (2004), a “saúde como direito de todos e dever do Estado” necessita de propostas palpáveis a serem concretizadas, induzindo a radicalidade na defesa da vida e dos reais interesses da população brasileira.

Constata-se, então, que enfrentamentos de diversas ordens se impõem como desafio à unidade do Sistema, colocando para a sociedade a tarefa cotidiana de sustentar este sentido de “único” proposto pelo SUS, ou seja, de um sistema que é também ou deveria ser algo que nos une enquanto sociedade, que pode e deve servir como causa comum, e que, enquanto política pública, contribui para o bem coletivo, pelas ações comprometidas com a transformação social. A complexa realidade social, com seus setores interdependentes, pode abrir uma aproximação analítica com as possíveis implicações éticas na transformação do modelo de saúde.

Ao falar de universalidade, integralidade, equidade, enfrentam-se conflitos éticos estabelecidos e decorrentes de problemas sociais e econômicos persistentes, colocando como campo para análise, situações e conflitos relacionados ao acesso a bens e serviços às camadas menos favorecidas. Nessa esteira, alguns autores (Fortes & Zoboli, 2003; Kottow, 2011; Junges & Zoboli, 2012) têm realizado esforços em conectar a discussão da saúde pública à bioética. Neste campo de interseção, deparamo-nos com uma potente fonte de subsídios para reflexão teórica mais ampla de dilemas e questões de vida, como diria Berlinguer (1993).

O delineamento, ainda que amplo, consiste no exercício de pensar a bioética como referencial de ética aplicada à experiência, uma bioética da vida cotidiana, referindo-se àquelas situações cotidianas que exigem de nós um posicionamento norteado pelo olhar ético às condições desiguais da vida, perpetuadas por relações sociais e políticas assimétricas. Nesse sentido, os fatores econômico-sociais são indispensáveis para compreender o processo saúde-doença como fenômeno coletivo, mas insuficientes para explicar as diferenças individuais em saúde.

A noção de saúde a que todos os sujeitos humanos têm direito é central na reflexão bioética, pois, ao mesmo tempo, é um processo íntimo da pessoa e um fenômeno ligado à vida coletiva. Assim, como campo da ética que se volta à discussão do que seja a produção do bem comum na saúde, a Bioética Cotidiana se afirma como um referencial balizador do debate acerca de temas centrais para a construção de um quadro de eliminação das iniquidades na saúde, indo na direção da defesa dos direitos, da autonomia e do empoderamento dos sujeitos (Berlinguer, 1993, 1996, 2004).

Nesta perspectiva, outros autores ligados à Bioética Social tratam de temas como as desigualdades como fator de produção de doenças, a saúde como direito coletivo e dever do Estado, e o respeito ao pluralismo moral e cultural, colocando a Bioética como um referencial que pode contribuir para a análise crítica acerca da moralidade das políticas públicas na área da saúde (Schramm & Arreguy, 2005). A Bioética Social tem colocado o tema da justiça sanitária como pauta de sua agenda e a política como dimensão inalienável da discussão sobre ética e saúde. Em função disto, a Bioética Social vem se constituindo como uma ponte conceitual consistente para análise das questões e conflitos ético-políticos que se colocam para as políticas de saúde.

A tarefa que nos propomos, no presente capítulo, é relacionar dois pontos de fundamental importância na discussão da sociedade: políticas públicas e bioética, fazendo um recorte em torno da proposta da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) em seu diálogo com a Saúde Coletiva. A escolha por esta política de saúde, em especial, deve-se ao fato de que a mesma vem se apresentando, ao longo de seus 20 anos de existência, como política pública assentada em um compromisso ético-político, materializado na defesa de valores transversais às práticas de produção de saúde, como o fomento à autonomia e ao protagonismo dos sujeitos, à corresponsabilidade entre eles, à solidariedade dos vínculos estabelecidos, a defesa dos direitos dos usuários e a participação coletiva no processo de gestão.

Estas premissas, assim colocadas, conferem à PNH a possibilidade de constituir-se como dispositivo importante da ampliação da agenda da política

de saúde no Brasil. A transposição do pensar e do agir ético-político para o plano das práticas tem sido tomada pela PNH como tarefa cotidiana que requer profunda mobilização de gestores, trabalhadores e usuários em torno da construção de projetos cogерidos. Desse modo, abordaremos aspectos da PNH a partir do olhar da Bioética Social, na perspectiva de apontar intercessões entre os dois campos.

## **Ética e Política: reflexões para o campo da Saúde**

Embora ética e moral sejam termos que vêm sendo utilizados quase sempre como sinônimos e tratam do conhecimento sobre a moralidade – as condutas que nos permitem enfrentar a vida de modo compatível com nossa humanidade –, ambos o fazem com objetivos e modos distintos. Ética é um saber filosófico sobre o comportamento moral, o modo como se dá a formação do caráter na vida cotidiana, e em função disto também é chamada de filosofia moral. Já a moral é um saber prático, constituído pelos modos individuais de internalização e externalização das normas, princípios e valores que orientam as relações entre as pessoas, estando sempre referenciada a um certo contexto social e histórico (Vazquez, 1980).

A moral busca orientar as pessoas a atuarem racionalmente ao longo da vida, sendo a razão aqui enfatizada aquela associada à capacidade de compreensão humana que provém de uma inteligência que tem a característica de sentir, é a razão prudente, aquela que nos aconselha a escolher os meios oportunos para ser feliz. Dito de outro modo, “aquela que, ao escolher, não leva apenas em conta um momento concreto da sua vida, mas o que lhe convém no conjunto de sua existência, ponderando os bens que pode conseguir e estabelecendo entre eles uma hierarquia, a fim de obter em sua vida o maior bem possível” (Cortina, p. 23).

Sinteticamente, a relação entre moral e ética poderia ser assim descrita: as normas morais emergem dos distintos campos da vida cotidiana, refletindo o pensamento de um grupo, uma comunidade, uma sociedade, situada em

determinado momento histórico. A ética deveria ser o exercício de reflexão que nos mostra quais procedimentos racionais devemos lançar mão para decidir se uma dada norma moral é correta ou não.

Vale ressaltar que tal exercício deve se dar sempre em situação, isto é, aplicado a um caso singular que permita considerar sob quais circunstâncias a aplicação da norma se dá. Neste ponto da discussão, podemos indagar sobre o que seria tal reflexão aplicada ao campo da Saúde Coletiva.

Apesar dos avanços históricos do processo de fortalecimento do SUS, as questões e discussões sobre a organização de um sistema público assentado em uma ética da solidariedade e da equidade inerentes ao trabalho em saúde mantiveram-se abertas. A ética é produção sócio-histórica que se dá a partir e sobre as pessoas, em um cenário social no qual os diferentes sujeitos se produzem enquanto subjetividade, em que a relação singular de suas existências se intersecciona com a dimensão coletiva. Isto implica dizer que, a produção ética está para além de uma adequada organização dos serviços de saúde.

Novas práticas de saúde, alicerçadas na solidariedade e na equidade, demandam a produção de novas subjetividades, o que não se dá a partir de decretos e portarias, mas apenas em ato, em um plano de experimentação de um novo modo de estar em relação (Pasche, 2010). Ao analisar o caso da formação médica na Itália nos anos 1970, Berlinguer (1987, p. 5) formulou a proposta de uma consciência sanitária, definindo-o como “a tomada de consciência de que a saúde [...] é um direito da pessoa e um interesse da comunidade”, e frisou: “[...] como este direito é sufocado e descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo”, dando ênfase a esta dimensão de intervenção na realidade social.

Para o autor, a formação de uma nova consciência entre os trabalhadores seria premissa para a formação de outra consciência social entre os médicos, pois naquela década havia indicativos de que estes profissionais poderiam orientar-se pelo exercício de funções estritamente terapêuticas e para orientações conservadoras, em função da dificuldade de reconhecimento e valorização do exercício desta profissão como função socialmente ativa.

A reforma universitária e a reforma sanitária seriam as duas premissas institucionais capazes de fato de conferir organicidade e continuidade à educação sanitária de massa e à formação médico-social dos trabalhadores sanitários. Embora a educação sanitária fosse uma ação voltada às massas, Berlinguer enfatizava que os especialistas assumem importante função social e fomentam experiências de formação articuladas aos movimentos organizados dos trabalhadores e dos cidadãos. Também, no Brasil, a conquista do direito à saúde tem sido um desafio cotidiano de cidadania.

A radical exigência do cumprimento das leis e a participação efetiva do conjunto de lutas e movimentos sociais, vem tornando imperativa a discussão sobre a produção dessa consciência sanitária e dos modos de construí-la coletivamente. Esta construção pode se dar mediante ações que oportunizem a reflexão e ação ético-política, capaz de efetivamente contribuir para que se ultrapasse o pensamento do senso comum, avançando em direção a uma consciência mais crítica e criativa, em uma perspectiva verdadeiramente emancipadora.

Assim, no campo da saúde coletiva, faz-se necessário um tipo de intervenção que vá além do idealismo das consciências individuais e se relacione com o modo de atuação e escolha de participação das pessoas, delineando um campo no qual ética e política se tornam forças intercessoras indissociáveis. Enquanto atividade ou práxis humana, o conceito de política se associa estreitamente ao de poder (Bobbio, 2010, p. 955), sendo este “o conjunto dos meios que permitem alcançar uma vantagem qualquer ou os efeitos desejados”.

Este sentido de Política aponta justamente para esta relação de intimidade entre política e ética, a ser considerada na análise das políticas públicas. Garrafa (2005), ao analisar o papel da ação política na transformação social, atribui aos intelectuais o exercício ativo da cidadania – pois a interlocução cotidiana entre razão e ação se dá pela participação ativa na vida pública. No caso da saúde, compreendemos que tal exercício deva se estender a outros atores sociais, sendo também os trabalhadores, gestores e usuários, a nosso ver, agentes estratégicos para a consolidação da justiça sanitária.

Para tal, faz-se necessária uma formação em saúde pautada pelo debate ético-político. Estes atores podem exercer uma ação social de transformação a partir de práticas de produção de saúde compromissadas com a ética e com a democratização das relações de poder, compreendendo atenção e gestão em saúde como ações indissociáveis neste processo.

Assim, a construção de uma sociedade mais igualitária caracteriza-se como resultado também da ação coletiva de trabalhadores, gestores e usuários da saúde, em suas lutas por melhores condições de saúde, de trabalho e de vida. A formação consciente, ética e politizada é determinante para que se conheça e compreenda mais amplamente a realidade, tendo a possibilidade de destacar o que é mais relevante e deve ser priorizado no processo de produção de saúde, bem como os modos como este deve ser realizado, tendo em vista objetivos articulados com a realidade social concreta.

Assim, a formação ético-política assume relevância no agenciamento da transformação social, a partir do engendramento de práticas ancoradas em relações de trabalho e relações terapêuticas mais democráticas e éticas. Isto é, a partir da ação concreta destes atores junto aos serviços poderia se dar a intervenção nos problemas sociais.

### **O dever SUS à luz da Bioética: o desafio da humanização**

Ainda que o SUS seja uma conquista político-social do povo brasileiro, esta conquista, que se deu por meio de marcos legais, assinala elementos de incompletude, identificados nos impasses e desafios anteriormente citados. Estas ações e censuras regulatórias, ao introduzir a lógica de Seguridade Social e a criação do SUS, representam a ruptura com o modelo tanto de Estado quanto de cidadania anterior (Fleury, 2009), apoderando-se da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Fundamenta-se, portanto, a garantia do acesso universal.

De outro modo, o SUS foi importante conquista político-social dos anos 1980, quando as mudanças de modelo na saúde foram oportunizadas

pela confluência da participação popular nas decisões públicas, da reflexão de intelectuais sobre o modelo de atenção à saúde e da abertura política do país à democracia.

Estes distintos aspectos que se reuniram naquele tempo-espaço representaram a possível transformação necessária dos rumos da saúde pública no país. Tal desenho macropolítico resulta de um processo histórico-social de mudança no sistema de saúde no Brasil, acompanhado sob a ótica da reforma política e da Reforma Sanitária. Toma relevo aqui a condição mutante do fazer em saúde, na qual coabitam forças e tensões que, permanentemente, ocupam e desocupam poderes, colocando-nos à prova a aproximação da proposta discursiva do SUS à sua realidade concreta. Neste sentido, um dos desafios identificados no final da década de 1990 é o da qualidade da atenção ofertada ao usuário e o das condições de trabalho dos trabalhadores da saúde. Algumas experiências espalhadas pelo Brasil (Merhy, 1998; Franco, Bueno & Merhy, 1999) sinalizavam a necessidade de um novo modelo assistencial e de cuidado em saúde.

Em busca de uma ação de enfrentamento para este quadro problemático, o Ministério da Saúde (MS) estabelece no ano de 2000 o tema da humanização como uma de suas pautas na agenda institucional. Neste ano, é regulamentado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cujo objetivo era aprimorar as relações entre profissionais e entre usuários/profissionais no âmbito hospitalar (Deslandes, 2004). No entanto, o fato do PNHAH focar apenas hospitais e restringir-se à dimensão assistencial, sem um método que avançasse efetivamente sobre a raiz das causas associadas ao quadro de esgotamento da saúde, levou o MS a extingui-lo em 2002. Como coloca Deslandes (2004), em artigo no qual analisa o sentido de humanização presentes nos documentos sobre o PNHAH:

[...] outro aspecto fundamental e pouco explorado nos documentos (do PHNAH) diz respeito às condições estruturais de trabalho desse profissional de saúde, quase sempre mal remunerado, muitas das vezes pouco incentivado e sujeito a uma carga considerável de trabalho. Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência (Deslandes, 2004, p. 13).

Constatou-se que a humanização demandaria do MS a elaboração de uma proposta que abrangesse temas como a mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, bem como um método para fomentar a ação coletiva, por parte dos diferentes sujeitos envolvidos com os processos de produção de saúde.

Em 2003, o PNHAH é extinto e é criada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH). O status de política é conferido à PNH a fim de que pudesse colocar-se transversalmente aos diferentes setores e programas do Ministério da Saúde, pautando o tema da valorização da dimensão humana das práticas de saúde como proposta para a produção de um plano comum no Ministério e no SUS.

Um dos cuidados que a PNH toma é o de precisar o seu sentido de humanização. Por se tratar de um termo polissêmico, a palavra humanização tem permitido vários enunciados e imprecisões, sendo que os diversos sentidos refletem as múltiplas práticas encontradas na saúde (Heckert, Passos & Barros, 2009). O tema da humanização, em uma parte significativa das produções acadêmicas e das ações de formação da saúde, é associado ao campo subjetivo das relações, com idealização dos sujeitos. Assim, é comum encontrar o termo associado a conceitos e valores tais como voluntarismo, assistencialismo, paternalismo e tecnicismo gerencial.

Fuganti (1990) coloca que no campo da saúde ainda persiste em relação à humanização sentidos ligados à ideia de caridade ou religiosidade, como ser bom, sorrir, ser educado, dar mais de si, respeitar o paciente, criar um grupo de humanização no serviço. Tais sentidos produzem, em geral, práticas de humanização marcadas por ações individualizadas, tutelares e piedosas. Práticas marcadas por estes sentidos produzem um cuidado moral ou prescritivo que tendem a destituir o trabalho de sua potência inventiva, geradora de autonomia e protagonismo (Neves & Massaro, 2009).

O sentido de humanização proposto pela PNH é o da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, tomando como pressuposto que a produção de saúde não se dissocia da produção de

subjetividades. O termo valorizar assume o sentido de fomento da autonomia, protagonismo e corresponsabilidade entre os sujeitos da saúde, estando também implícito o estabelecimento de vínculos solidários, de participação coletiva no processo de gestão, bem como a defesa de um SUS que reconhece a diversidade (Benevides & Passos, 2005a; Brasil, 2008). Ao afirmar tais valores como base de sustentação das práticas de atenção e gestão, a PNH avança no sentido de inserir a dimensão ética como questão cotidiana, contrariando o que usualmente acontece na área da saúde, em que é mais frequente que as questões éticas apareçam em situações limite como o aborto e a quebra de privacidade, etc.

O cuidado à saúde está marcado pelo encontro intersubjetivo, no qual a dimensão ética é inerente, sem que muitas vezes tenhamos consciência de que nosso modo de viver envolve escolhas éticas o tempo todo (Zoboli, 2010). Assim, faz-se necessário apresentar estes conceitos apontados a fim de melhor alcançar o sentido de humanização proposto.

A ideia de autonomia, em seu sentido etimológico, refere-se à produção das próprias leis ou à capacidade de se reger por suas próprias leis, designando ainda a faculdade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo, em oposição à ideia de heteronomia (Fontinha, 1978). Já em relação ao termo protagonismo, a PNH o define como: “a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos e corresponsáveis no processo de produção de sua própria saúde” (Brasil, 2008, p. 16).

Etimologicamente, o termo “protagonismo” é formado por duas raízes gregas: “proto”, que significa “o primeiro, o principal”; “agon”, que significa “luta”. Agonistes, por sua vez, significa “lutador”. Protagonista quer dizer, portanto, lutador principal, personagem principal, ator principal (Fontinha, 1978).

Encontramos definição semelhante no Dicionário Houaiss (Houaiss, Villar & Franco, 2001), no qual protagonismo vem do grego *protagonistés* e significa o primeiro, o principal lutador, o personagem principal de uma peça dramática, pessoa que desempenha ou ocupa o primeiro lugar em um acontecimento.

Outro princípio que orienta as práticas de humanização é o da “transversalidade”, que consiste na mudança do padrão comunicacional na saúde, com ampliação dos graus de comunicação intra e intergrupos. O conceito de transversalidade inspira-se na proposta do filósofo e ativista político francês Félix Guattari (1930-1992) apresentada em *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*, traduzida no Brasil pela editora Brasiliense em 1981.

O princípio objetiva desestabilizar as fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho. Enunciado por Benevides e Passos (2005a, p. 392), aparece referenciado ao conceito formulado inicialmente por Guattari, caracterizando-se como: “[...] grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de posição que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados”.

Aumentar os graus de transversalidade é superar a organização do campo assentada em códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da verticalidade e horizontalidade: um eixo vertical que hierarquiza os gestores, trabalhadores e usuários e um eixo horizontal que cria comunicações por estames. Ampliar o grau de transversalidade é produzir uma comunicação multivetorializada, construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal (Benevides & Passos, 2005a).

O princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão proposta pela PNH reflete o entendimento de que gerir e cuidar são facetas de um mesmo processo. O trabalhador, no cotidiano de sua prática, elabora estratégias que nos dizem dos saberes de todo trabalho humano (Brasil, 2008). Para produzir esta centralidade do sujeito na saúde, a PNH propõe como método uma tríplice inclusão nos processos de produção de saúde: sujeitos, movimentos sociais e analisadores sociais. Os analisadores sociais são aqueles fenômenos ou perturbações que apontam para o que não vai bem, e que quando colocados sob a luz da análise permitem melhor compreensão de um problema.

Este conceito aproxima-se muito da noção de analisador institucional, cunhada por Lourau (2004) para definir aquilo que permite o desbloqueio

e que promove a análise, pois dá condições para condensar o que estava disperso, com o objetivo de fazer emergir um material analisável, sendo então dispositivo de explicitação daquilo que estava oculto.

Torna-se impossível resumir aqui as contribuições e bases conceituais da Análise Institucional, uma corrente institucionalista que tem como fundadores e expoentes os franceses René Lourau e Georges Lapassade, para a solidificação dos ideários da PNH, entretanto, convém assinalar a fundamental interferência da Análise Institucional na PNH. Nesse sentido, destacamos a necessidade da produção de conhecimento atrelada à manutenção de um espírito de renovação da saúde coletiva, um processo instituinte de humanização. A força da PNH vem, dessa maneira, apontar para o compromisso com uma posição ético-estético-política no campo da saúde.

Ética porque implica mudança de atitudes dos usuários, dos gestores e trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como corresponsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; estética por se tratar do processo de produção/criação da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (Heckert, Passos & Barros, 2009, p. 495).

Se democracia pode ser compreendida como sendo o exercício da razão pública, empreendido por pessoas livres e legítimas para tal (Kottow, 2011), a proposta formulada pela PNH de apostar em práticas agenciadoras dos diferentes sujeitos pode contribuir para a invenção de novos espaços públicos, democráticos, participativos e deliberativos. Tais espaços constituem-se como estratégias de fortalecimento e oportunização da participação cidadã e da força política da sociedade civil.

A partir dos espaços da gestão, do cuidado e da formação, a PNH propõe que os sujeitos e coletivos possam se debruçar sobre os analisadores e tornar-se protagonistas de propostas de intervenções nos espaços de trabalho. Tal método teria no agenciamento entre sujeitos a potência necessária para tornar-se uma prática social transformadora, de ampliação dos vínculos de

solidariedade e corresponsabilidade (Pasche & Passos, 2010).

Tal formulação pode ajudar a pensar saídas para o que Zoboli (2010) denomina de “quadratura do círculo”, ou seja, a tentativa que as sociedades ocidentais têm feito de convocar os cidadãos a serem solidários com os vulneráveis e vulnerados, ao tempo que esta mesma sociedade fomenta a cultura do individualismo. Estas colocações nos imputam o desafio de pensar que o fortalecimento das políticas públicas de saúde implica muito mais opções ético-políticas do que técnicas, exortando-nos a ações que ultrapassam as práticas solidárias. Somos convocados a incluir o momento estrutural da sociedade em nossas análises e ações, pois a consolidação do SUS depende de não nos limitarmos ao possível, pois isto significaria a manutenção de um estado de coisas que não se coaduna com os princípios da justiça social.

Para formular suas diretrizes, a PNH inspirou-se em experiências exitosas no SUS, como a de Cogestão, Clínica Ampliada e Compartilhada, Acolhimento, Saúde e Trabalho, Ambiência, Defesa dos Direitos dos Usuários, que se baseiam em tecnologias relacionais, isto é, em modos de os sujeitos entrarem em relação. Tais tecnologias se concretizam a partir de arranjos específicos de organização do processo de trabalho, denominados dispositivos. Estes, se caracterizam pela capacidade de desencadear movimentos de mudança na realidade quando postos em curso por coletivos agenciados e engajados em práticas locais, e sintonizados com os princípios e métodos descritos acima. Os sujeitos envolvidos neste processo transformam e são transformados pelas práticas que engendram, se reposicionando subjetivamente (Benevides & Passos, 2005a).

A aposta da PNH reside no modo coletivo e de cogestão de produção de saúde e na potência dos sujeitos implicados nesta produção, incorporando outros níveis de atenção à saúde para além do âmbito hospitalar. “A PNH ganha a dimensão de política pública porque é transversal às demais ações e programas de saúde e porque atenta ao que, como movimento e rede social, dialoga e tensiona com suas proposições” (Heckert, Passos & Barros, 2009, p. 496). Tal movimento proposto pela PNH pode contribuir para suscitar entre

os sujeitos novos modos de experimentação da participação cidadã. Esta, apesar de ser o sustentáculo da democracia deliberativa, tem se deparado com a perda crescente de interesse, por parte da população em geral, nas instâncias participativas e nas manifestações por meio do voto, em função da pouca governabilidade sobre aquilo que é público, trazendo um conseqüente distanciamento da política e um encasulamento em torno dos assuntos da vida privada (Kottow, 2011). Como modo de fortalecer-se enquanto política transversal, a PNH tem buscado agir a partir do diálogo com outras políticas:

[...] a PNH não se apresenta como uma política específica de nenhum tipo de serviço de saúde, especialidade profissional ou âmbito gerencial no SUS, de forma que o enfoque sobre as demais políticas de saúde, sem se contrapor a abordagens especializadas, busca compor com elas (Brasil, 2009b, p. 6).

Esta paradoxal inserção da PNH na dimensão institucional do SUS e na sociedade civil busca avançar rumo ao fortalecimento das políticas de saúde, a partir da democratização da gestão, do acesso aos bens e serviços e das práticas de saúde. Portanto, se a gestão democrática inclui um processo ativo de humanizar, tem-se como superfície a dimensão ética. E, “[...] ética significa ter possibilidades de opção” (Pasche, 2010, p. 388).

Os processos de produção de saúde referem-se a um trabalho coletivo e cooperativo entre sujeitos por meio de uma rede de relações que permitem o diálogo e a interação permanentes. Embora existam assimetrias de saber e de poder, o cuidar dessa rede de relações é a exigência maior, pois são elas, em seus questionamentos, que constroem as práticas de corresponsabilidade no processo de produção de saúde e autonomia das pessoas implicadas (Brasil, 2006).

Kottow (2011) irá nos dizer que estas diferenças de poder e sua polarização são inerentes a toda ordem social, sendo a luta por igualdade mais um norte do que uma possibilidade imediata, devendo-se, deste modo, buscar um modo ético de lidar com as iniquidades de poder, exigindo-se a proteção dos

vulnerados daqueles que detêm as condições de fazê-lo. A PNH está pautada em parâmetros técnico-éticos e de solidariedade, com o reconhecimento do usuário como sujeito participante do processo de produção de saúde.

Falar de saúde como processo de produção é falar de uma experiência que não se reduz ao binômio queixa-conduta, pois aponta para a multiplicidade de determinantes da saúde e para a complexidade das relações entre os sujeitos, trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. O que se produz neste processo é, simultaneamente, a saúde e os sujeitos aí implicados. Por isso, falamos da humanização do SUS como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde.

Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas (Benevides & Passos, 2005b, p. 570). Pretendendo interferir no processo de trabalho de uma equipe de saúde e no modo como gestores e trabalhadores se relacionam com o propósito de produzir saúde, a PNH aponta a necessidade de garantir a realização profissional e pessoal dos trabalhadores, reproduzindo o SUS como política democrática e solidária, objetivando um pacto de corresponsabilidade (Brasil, 2009b).

Destarte, a PNH representa uma das respostas das políticas públicas à presença do tema da ética no âmbito da construção do SUS. Ayres (2009), ao considerar que os saberes e fazeres da integralidade para se realizarem como práticas implicam inexoravelmente na dimensão ética, propõe uma questão de grande importância: como seria possível produzir diálogos uma vez que os aspectos subjetivos na atenção partem de expectativas e pressupostos diferentes? Ou, então, falar de “redes de produção de saúde” sem incluir as diferenças e a capacidade de produzi-las e produzir novos ou pelo menos outros sujeitos?

Nesse plano de indagações, percebe-se a inevitável interferência da dimensão política na dimensão ética e vice-versa. A dimensão política expõe um campo de ações e de relações entre agentes que estabelecem as ações possíveis

e legítimas em determinadas condições em articulação com cristalizações técnicas e a dimensão ética, convida os agentes a pensar suas ações e serem pensados a partir delas. Nesta constante mutabilidade, a discussão sobre os processos de saúde para além das dimensões técnicas e tecnológicas podem envolver, também, os aspectos subjetivos e éticos que atravessam as práticas de saúde. Bem como, as práticas institucionais alcançam em parte o encontro entre trabalhador e usuário, ao mesmo tempo, em que gestor e trabalhador.

A dialética entre a organização e os modelos que operam no cotidiano revela que “as tecnologias apresentam uma inexorável abertura em seu devir prático” (Ayres, 2009, p. 13) e, dessa forma, são gerados novos horizontes discursivos para aplicação e gestão das tecnologias.

Ainda que tenhamos códigos éticos profissionais, normatizações, portarias, resoluções, estamos situados em um campo ético-político que opera entre limites, alcances e tensões.

## **Considerações finais**

Se por um lado as políticas públicas subsidiam a institucionalização de um modo de operar a vida cotidiana, por outro, deixa escapar as sutilezas abertas entre as relações humanas. Nesse encontro entre o externo-público e o íntimo-sujeito arranja-se uma infinita variabilidade de caminhos na constituição em sociedade e, concomitantemente, um infinito cerceamento de regras e de valores atrelados às necessidades no convívio.

Na saúde, temos o mesmo reflexo, em que o arranjo externo e íntimo confere uma transição entre o dever do Estado e o direito do cidadão. De tal modo, um olhar da bioética em saúde coletiva inscreve-se no entrecruzamento dos distintos conflitos cotidianos, sem negligenciar ou enaltecer as situações extremas. Permanece no horizonte o desafio de lidar com as iniquidades e com as profundas diferenças socioeconômicas que aparecem nas distintas regiões do Brasil.

A diferença entre ricos e pobres está aumentando e as possibilidades de um poder de Estado que se incline rumo à equidade têm se tornado distantes.

Kottow (2011) apresenta como possibilidade de enfrentamento a este quadro o desenvolvimento de uma ética que empodere os vulnerados, para que possam fortalecer sua presença e sua capacidade de gestão sobre suas vidas. Tal empoderamento é colocado pelo autor como um dos meios plausíveis para a participação cidadã. Nessa dimensão, a PNH seria a aposta na potência da resposta micropolítica às práticas de saúde autoritárias e desrespeitosas com a vida dos sujeitos individuais e coletivos, isto é, a tentativa de transformar as relações do cuidado em saúde assimétricas e polarizadas em relações sustentadas por uma micropolítica ética.

## Referências

- Ayres, J. R. C. M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Revista Saúde e Sociedade*, 18(supl.2), 11-23.
- Benevides, R., & Passos, E. (2005a). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 389-394.
- Benevides, R., & Passos, E. (2005b). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 567-571.
- Berlinguer, G. (1987). *Medicina e Política*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Berlinguer, G. (1993). *Questões de Vida: ética, ciência, saúde*. São Paulo: APCE/Hucitec/CEBES.
- Berlinguer, G. (1996). *Ética da Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Berlinguer, G. (2004). *Bioética Cotidiana*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2006). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* (2ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Política Nacional de Humanização. *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009a). Política Nacional de Humanização. *Trabalho e Redes de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009b). Política Nacional de Humanização. *O HumanizaSUS na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bobbio, N. (2010). *Dicionário de política* (13ª edição). Brasília: Unb.
- Campos, G. W. S. (2007). Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2), 301-306.

- Chauí, M. (1995). *Convite à Filosofia*. São Paulo: Editora Ática.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), 7-14.
- Fleury, S. (2009). Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 14(3), 743-752.
- Fontinha, R. (1978). *Novo Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. Lisboa: Domingos Barreira.
- Fortes, P. A. C., & Zoboli, E. L. C. P. (2004). *Bioética e saúde pública* (2ª ed.). São Paulo, Loyola.
- Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 345-353.
- Fuganti, L. (1990). Saúde, desejo e pensamento. In: Lancetti, A. (Org.) *Saúde e Loucura*. São Paulo: Hucitec.
- Garrafa, V. (2004). Refletindo políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: Fortes, P. A. C., & Zoboli, E. L. C. P. (Eds.), *Bioética e saúde pública* (2ª ed., pp. 49-61). São Paulo: Loyola.
- Garrafa, V. (2005). Introdução à Bioética. *Revista do Hospital Universitário UFMA*, 6(2), 9-13.
- Heckert, A. L. C., Passos, E., & Barros, M. E. B. (2009). Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface: comunicação, saúde, educação*, 13(supl.1), 493-502.
- Houaiss, A., Villar, M. S., & Franco, F. M. M. (2001). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Editora Objetiva: Rio de Janeiro.
- Junges, J. R., & Zoboli, E. L. C. P. (2012). Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 1049-1060.
- Kottow, M. (2011). Bioética pública: uma proposta. *Revista Bioética*, 19(1), 61-76.
- Lourau, R. (2004). Objeto e método da análise institucional. In: Altoé, S. (Org.), *René Lourau: analista institucional em tempo integral* (pp. 66-86).
- Merhy, E. E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público* (pp. 103-120).
- Neves, C. A. B., & Massaro, A. (2009). Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 13(supl.1), 503-514.
- Pasche, D. (2010). Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: Caponi, S., Verdi, M., Brzozowski, F. S., & Hellmann, F. (Eds.), *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica* (pp. 381-389). Palhoça/SC: Editora Unisul.
- Passos, E. (2010). Apresentação. In: Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, *Cadernos HumanizaSUS*; v. 1 (pp. 5-10).
- Schramm, F. R., & Arreguy, E. E. (2005). Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise

pela bioética da proteção. *Revista brasileira de cancerologia*, 51(2), 117-123.

Vasquez, A. S. (1980). *Ética*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira.

Zoboli, E. L. C. P. (2010). Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: Caponi, S., Verdi, M., Brzozowski, F. S., & Hellmann, F. (Eds.), *Medicalização da vida: ética, saúde pública e Indústria farmacêutica* (pp. 373-380). Palhoça/SC: Editora Unisul.



## CAPÍTULO 10

# SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR EM SAÚDE: a relação entre sofrimento moral e a síndrome de burnout

Maria Esther Souza Baibich  
Marta Verdi  
Vanessa Maria Vieira

### Introdução

Na sociedade contemporânea, a relação entre saúde e trabalho tem adquirido papel importante nas relações sociais. O trabalho ganhou centralidade na vida cotidiana, assumindo lugar de realização pessoal e de mantenedor das necessidades básicas de sobrevivência, dentre outras funções. Entretanto, simultaneamente a esse movimento, a exacerbação do trabalho nos espaços da vida culminou na sua absoluta dominação da criatividade, do tempo e até da liberdade das pessoas, chegando ao limite de provocar adoecimento físico, psicológico e sofrimento moral.

Para o ergonomista e psicanalista Christophe Dejours (1993, p. 99) “a saúde não seria um estado, mas um objetivo”, ou seja, algo a ser alcançado sempre e que não é estático, é dinâmico. Em contrapartida, “a doença implica na quebra de equilíbrio”, desafiando os profissionais da área para desenvolver ações para prevenir a doença e conquistar a saúde.

No que tange a categoria trabalho, a saúde buscaria o estado de equilíbrio entre os aspectos físicos, psíquicos e sociais, o que representa não

só a ausência de doença, mas a realização plena do potencial do trabalhador, bem-estar, alegria, produtividade e autoconfiança. Nesta perspectiva, o trabalho pode ter conotações positivas, mas infelizmente, também pode estar relacionado a conotações negativas, como violência, ansiedade, transtornos e sofrimento psíquico/mental e moral (Campos, 2006).

O trabalho, enquanto atividade de transformação entre o homem e a natureza, é portador de significado e constitutivo da subjetividade, e se expressa na identidade na analogia entre o que eu sou e o que eu faço. Sua expressividade se reporta ao seu aspecto negativo de sofrimento e castigo, e não à sua potencialidade como fator de inserção e integração ao mundo social. O trabalho constitui a identidade e autoestima dos sujeitos, podendo ser fonte de prazer e satisfação ou de insatisfação e adoecimento.

Ressaltando este papel do trabalho na subjetividade, o modo como o trabalho é executado (a atividade e seu processo de realização), mas também o que resulta deste trabalho (o produto) são importantes na construção da identidade humana e ambos os fatores dizem respeito à questão do seu significado e da satisfação obtida por seu intermédio. Assim, o trabalho tem sido considerado uma instituição social instituída e instituinte, à qual é inerente o caráter transformador e subjetivo, em uma perspectiva dialética segundo a qual, ao trabalhar, os sujeitos transformam algo e do mesmo modo são transformados como resultado deste ato (Baibich & Martínez-Hernández, 2014).

Dejours (2005, p. 21, 27-28), ao descrever a psicodinâmica das relações entre trabalho, sofrimento e prazer, afirma que:

O trabalho tem efeitos poderosos sobre o sofrimento psíquico. Ou bem contribui para agravá-lo, levando progressivamente o indivíduo à loucura, ou bem contribui para transformá-lo, ou mesmo subvertê-lo, em prazer, a tal ponto que, em certas situações, o indivíduo que trabalha preserva melhor a sua saúde do que aquele que não trabalha [...] há o sofrimento dos que temem não satisfazer, não estar à altura das imposições da organização do trabalho: imposições de horário, de ritmo, de formação, de informação, de aprendizagem, de nível de

instrução e de diploma, de experiência, de rapidez de aquisição de conhecimentos teóricos e práticos e de adaptação à “cultura” ou à ideologia da empresa, às exigências do mercado [...]

O modo como o trabalho está organizado nos contextos laborais representa hoje importante fonte de sofrimento para os(as) trabalhadores(as), conforme evidenciado por Machado (2010), para quem as estatísticas de órgãos de saúde e previdenciários confirmam essa tendência. A Organização Mundial de Saúde (OMS) registra a presença de 30% de trabalhadores com transtornos mentais leves e 5% a 10% com transtornos mentais graves. No Brasil, as estatísticas do Instituto Nacional de Seguridade Social apontam que os chamados “transtornos mentais e do comportamento” representam a terceira causa para o afastamento do trabalho (Jacques, 2015).

Essas questões também não são estranhas ao mundo do trabalho dos (as) profissionais que cuidam de nossa saúde, pelo contrário, fazem parte do seu cotidiano. Atividades ligadas ao cuidar, conforme a literatura, estão associadas à chamada Síndrome de Burnout, prevalente entre profissionais da educação e da saúde.

O Burnout foi conceituado por Maslach e Jackson (1981) como uma síndrome que leva a exaustão emocional, despersonalização e redução de realização pessoal, provocada por ações que envolvem distúrbios emocionais ocasionados no ambiente de trabalho. A comorbidade afeta principalmente trabalhadores que atuam diretamente com seres humanos, dentre eles estão os médicos, os enfermeiros, os psicólogos e outros. Os efeitos dessas alterações psíquicas refletem no desempenho profissional, ocasionando esgotamento, imprudência e improdutividade na realização das atividades (Fonte, 2011).

Em uma pesquisa realizada com profissionais de saúde, a maioria revelou que apesar da exaustão emocional relatada, a realização pessoal com o trabalho realizado se apresentava como importante recurso para o alívio do sofrimento oriundo tanto das condições precárias de trabalho a que muitas vezes está exposto, como aos modos de sua organização em que “guerra”, “luta” e o assédio moral não lhe são desconhecidos (Jacques & Codo, 2003).

Neste capítulo, pretende-se sintetizar alguns estudos e tecer algumas considerações que colaborem para a compreensão sobre a vivência de sofrimento no processo de trabalho e sua significação nos processos de subjetivação, saúde e doença dos trabalhadores em saúde. O texto apresenta algumas reflexões acerca da dimensão subjetiva presentes no ato técnico e pertencentes à especificidade do trabalho em saúde, diante da dupla natureza desse trabalho, que abarca no seu interior as esferas técnico-ético-afetivas de atuação.

## **O trabalho em saúde**

Inicialmente, é necessário compreender que o trabalho e a natureza do trabalho mudaram para todos. Os riscos também são de outra natureza, mais amplos, alguns deles imateriais e invisíveis. Tem a ver, principalmente, com o processo de trabalho, a forma como é organizado, seus ritmos, sua intensidade, as condições com que é realizado e, principalmente, com o conteúdo mental do trabalho. A saúde pública já compreendeu de forma muito clara essa nova dinâmica do trabalho e vem produzindo conhecimento nesse sentido. Mas o setor saúde tem um limite de atuação. O setor não consegue atuar de forma preventiva sozinho.

As mudanças dos processos produtivos na saúde podem ser verificadas se olharmos a partir da incorporação de novas tecnologias de cuidado, nos processos produtivos, nas outras maneiras de organização do processo de trabalho e, até mesmo, nas mudanças das atitudes dos profissionais e no modo de cuidar do outro. Esses novos processos de subjetivação dos profissionais também podem determinar uma certa reestruturação produtiva, desde que impactam o modo de se produzir o cuidado (Franco, 2003).

Para Merhy (2002), os produtos na saúde trazem a particularidade de uma certa materialidade simbólica, uma vez que a produção na saúde se realiza por meio do “trabalho vivo em ato”, ou seja, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas esse trabalho vivo interage o tempo todo com instrumentos, normas,

máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias que configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado. Na saúde, isso ocorre a partir dos mesmos dispositivos que provocam a reestruturação produtiva, aos quais são acrescentados processos de subjetivação, que redefinem um modo de agir no mundo do trabalho em saúde, diferente do anterior, por meio do predomínio do trabalho vivo em ato e das tecnologias leves no processo produtivo.

Essa transição tecnológica aponta para as mudanças de sentido na produção do cuidado, de conceber o próprio objeto e a finalidade do cuidado, alterando de modo significativo a lógica de produção do cuidado de procedimento centrada para relacional centrada. Com o olhar voltado para e sempre se subordinando ao mundo das necessidades de saúde, individuais e coletivas (Franco, 2003; Merhy, 2002).

Para Franco (2003), desde a década de 1970, o trabalho em saúde no Brasil passou a priorizar a composição de equipes de profissionais com diferentes formações. Apesar de trazer consigo o risco de fragmentação do trabalho apresenta o benefício de incrementar as possibilidades terapêuticas, propondo uma prática estrutural que permite reciprocidade, o enriquecimento mútuo auxilia a ciência a estabelecer relações profissionais horizontais. A prática interdisciplinar exige um “pensar com” e “mútuo” sobre um tema que instigue o fazer institucional e o fazer clínico e que seja elaborado todo um corpo de estratégias teóricas, clínicas e políticas sobre as ações e seus efeitos, pois a prática interdisciplinar é um posicionamento ético e, portanto, contínuo (Schramm, 2004).

Berlinguer (2003, p. 109) já anunciava que a relação entre trabalho e saúde, advém da interface da biologia humana e da economia, dois campos de interesse crescente pela ética e com o qual também se envolveu a bioética, “fortalecida na onda dos conhecimentos e dos progressos das ciências”.

No âmbito do trabalho no SUS, a proposta de uma nova produção de cuidado humanizada, exige dos profissionais maior implicação em reconhecer e respeitar a singularidade do usuário, desenvolvendo estratégias e intervenções

terapêuticas diferenciadas de acordo com a necessidade e o contexto de cada caso. A atenção domiciliar, atualmente um dos programas prioritários do SUS, incorpora novas práticas adequadas a esse novo ambiente. Isso requer a utilização de tecnologias, incluindo tanto as tecnologias duras, quanto as tecnologias leve-duras e as leves (Brasil, 2016).

No domicílio, assim como em outros espaços de cuidado, o diálogo entre equipe, família, cuidador e usuário, permite interações que desencadeiam transformação nas relações e processos de trabalho, no compartilhamento e formação de compromissos para melhoria e integralidade da atenção. Essas relações desenvolvidas em domicílio, são uma boa amostra de tecnologia leve, com a produção de vínculo, autonomia e acolhimento (Merhy, 2002).

### **O sofrimento moral e a Síndrome de Burnout do trabalhador em saúde**

A vivência de dilemas éticos no processo do trabalho em saúde tem sido cotidiana, oportunizando o aparecimento do grave fenômeno que é o sofrimento moral. Este surge quando o trabalhador sabe o correto a ser feito, mas, devido a incompatibilidades institucionais, não realiza o que acredita ser correto. As consequências podem aparecer de diversas formas, pois os valores que permeiam suas ações e consciência, são singulares (Barlem, 2013; Lunardi, 2009).

Apesar de o sofrimento moral ser um fenômeno antigo que se intensificou com a transição tecnológica, causando danos à vida e saúde dos trabalhadores em saúde, ainda são poucos os estudos e as intervenções nesse sentido. Barth et al. (2013) realizaram uma revisão bibliográfica, no período de 2007 a 2013, sobre o conceito de sofrimento moral e sua relação com a enfermagem, consultando bases de dados em inglês, português e espanhol. No portal da BVS encontraram apenas nove artigos disponíveis on-line e que estavam de acordo com o objetivo do estudo. No Portal da CAPES, das sete dissertações, apenas três adequaram-se aos critérios de inclusão. Segundo este estudo, o sofrimento moral é definido como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos de dor e angústia que ocorrem quando o

profissional sabe qual a escolha moralmente correta a seguir, mas devido a barreiras institucionais ou conflitos interpessoais, é levado a realizar ações que julga moralmente incorretas.

As principais causas apontadas estão relacionadas a falta de condições adequadas de trabalho, de recursos materiais e pessoal de enfermagem (que levam os profissionais a improvisar), a falta de competência da equipe de trabalho, a obstinação terapêutica, a negligência e descaso, o desrespeito aos direitos e autonomia dos pacientes. A falta de tempo, relutância de chefias, constrangimentos legais e a incapacidade de resistir ao poder médico, não exercer as suas funções conforme seus preceitos morais, foram outras causas encontradas (Barth et al., 2013).

O fenômeno do sofrimento moral está relacionado, portanto, à violação da integridade moral que ao romper-se, faz com que o profissional desenvolva sentimentos dolorosos de impotência, culpa, medo, ansiedade, frustração, raiva, mágoa, e que podem levar ao seu adoecimento e ao abandono da profissão.

No cotidiano da prestação de serviços dos profissionais de saúde é possível observar a associação entre o sofrimento moral e a Síndrome de Burnout, que geram questões dilemáticas e afetam o processo de cuidado e de cura. O aparecimento de conflitos éticos envolvendo estes profissionais pode surgir em decorrência de dificuldades na tomada de decisão e encorajamento ligados à constituição de valores desenvolto a conduta apropriada (Dalmolin et al., 2014).

A doença ocupacional mais relevante entre os trabalhadores é o Burnout, considerada uma alteração biopsicossocial. Esta síndrome é desmembrada em três fases: na primeira fase o indivíduo sofre fadiga física e mental; a segunda fase é representada por ações pouco humanitárias na rotina de trabalho, envoltas ao menosprezo das atividades e/ou dos colegas de equipe; na terceira e última fase, o fenômeno envolve indagações referentes à autoavaliação, nesse estágio o trabalhador torna-se pouco produtivo, pois desenvolve sintomas de incapacidade, baixa autoestima e depressão (Pegoraro, 2015).

Inicialmente, pensava-se que o esgotamento afetava predominantemente os médicos mais experientes que prestavam cuidados críticos, entretanto, pesquisas demonstram que na realidade os médicos mais jovens estão desenvolvendo de maneira predominante a doença, com a prevalência é representada por quase metade dos casos. Possivelmente, essa questão está ligada às práticas acadêmicas, como as residências provenientes de instituições de saúde, que favorece a capacitação dessa classe. As condutas éticas vivenciadas pelos médicos no cotidiano da clínica, possibilitam o desencadeamento do Burnout, em contrapartida, os enfermeiros são mais acometidos pelo sofrimento moral (Moss et al., 2016).

Para estes autores, a Síndrome de Burnout atinge geralmente os indivíduos que não apresentaram história prévia de transtornos mentais e os sentimentos podem ser provenientes de angústia moral, advindas de restrições internas, como a falta autoconfiança, a ansiedade e a culpa. A sensação de frustração pode ocorrer na prestação de cuidados a pacientes, que provavelmente não resistirão ao tratamento médico do qual são submetidos. O contato com o paciente crítico torna-se desafiador para os trabalhadores, permitindo a fragilidade emocional. Outro motivo pode estar relacionado com frustração em relação às suas expectativas de trabalho e a realidade vivenciada na prática. Além desses fatores, destaca-se a caracterização da despersonalização, como um comportamento desajustado ou indiferente expressado na rotina laboral e no tratamento com a equipe (Moss et al., 2016).

A análise destas implicações é abordada em outra pesquisa realizada com trabalhadores de enfermagem atuantes em hospitais específicos do Rio Grande do Sul, com o propósito de identificar as percepções vivenciadas pelos integrantes da investigação. Dentre as dimensões do sofrimento psíquico moral que acometem os envolvidos e tornam o indivíduo propenso a desenvolver o Burnout, destacam-se os métodos sem relevância terapêutica que prolongam a angústia do paciente, chamado de obstinação terapêutica. Tal circunstância leva os participantes a enfatizarem a realização profissional como sendo um fator depreciativo, que corrobora para o aparecimento da síndrome (Dalmolin et al., 2014).

Entretanto, os autores detectaram uma baixa correlação entre o sofrimento moral e o esgotamento, e por este motivo, não houve viabilidade para clarividência da definição de causa e efeito entre esses dois fenômenos. Todavia, por meio da análise dos achados, observou-se, de maneira tênue, uma relação negativa entre essas dimensões. Desta forma, concluíram que mesmo que de maneira pouco expressiva, a relação se fez presente entre os envolvidos na pesquisa. O desprestígio de profissionais enfermeiros, proveniente de ações que reduzem a capacidade intelectual e a construção de valores, propicia o adoecimento. Não obstante, tais fatores necessitam de aprofundamento científico no intuito de melhorar essas proposições (Dalmolin et al., 2014).

Em um estudo realizado por meio da análise de publicações científicas, os autores abordam questões que remetem ao entendimento dos profissionais de enfermagem em relação à exaustão psíquica envolvendo a Síndrome de Burnout, e como pode refletir na atividade laboral de uma unidade de terapia intensiva. Entre outros fatores que aumentam o nível de estresse é citado o sofrimento moral, considerado gerador de instabilidades psicológicas. Além de prejudicar a qualidade da assistência prestada ao paciente, torna a atuação dos enfermeiros degradada, gerando sensação de impotência e insatisfação profissional. Esses aspectos incidem na principal causa de abandono de trabalho dos profissionais de enfermagem (Machado et al., 2012).

De acordo com o Código de Ética da Associação Americana de Enfermagem, esses profissionais são incumbidos de atuar como agentes morais e se, por alguma circunstância, mediante negociação com a organização, o enfermeiro julgar que a preservação de sua integridade foi violada, ele poderá afastar-se da mesma. Dessa forma, incentiva a categoria a abandonar instituições que infrinjam os padrões éticos, assim como são orientados a identificar e intervir sobre os sentimentos de aflição (Davidson et al., 2015).

Os trabalhadores de saúde que atuam em setores de cuidados intensivos estão mais propensos a desenvolver o esgotamento emocional. Os sinais e sintomas apresentados pela síndrome foram reconhecidos nos últimos tempos. As alterações psicológicas provocam a sobrecarga de trabalho e afetam

o desempenho profissional dos indivíduos. A permanência em ambientes deletérios, o curto tempo para realização das tarefas e falta de recursos necessários para a prestação de serviço, propiciam as desordens psicológicas, junto do estresse excessivo, que prejudica a saúde dos colaboradores e altera as funções físicas e psíquicas.

As produções científicas abordam, principalmente, a atuação da equipe de enfermagem intensivista e de cuidados paliativos, sob os efeitos do sofrimento moral. Essa afirmativa pode relacionar-se no sentido de que as equipes de saúde criam expectativas não condizentes com a realidade do cotidiano de trabalho, originando, provavelmente, o desapontamento (Moss et al., 2016; Davidson et al., 2015).

Com o objetivo de indagar o entendimento sobre sofrimento moral, resíduo moral e clima ético, foi realizada uma investigação com enfermeiras que atuam em um centro médico acadêmico da Carolina do Norte. Por meio da busca literária, as autoras perceberam a possível associação dessas proposições à exaustão emocional, rotatividade e empoderamento psicológico (Sauerland et al., 2015).

Os achados de uma pesquisa realizada na Grécia, mostraram um aumento do número de casos de exaustão moral concernentes a enfermeiros que prestam serviços a pacientes com transtornos mentais. Foi identificado que a Síndrome de Burnout está intimamente ligada às relações interpessoais, principalmente entre a equipe de trabalho. Nesse sentido, é preciso melhorar a comunicação, proporcionando reuniões que auxiliem no compartilhamento de saberes, e logo, diminuindo a geração de conflitos. A mobilização da instituição é imprescindível no combate ao Burnout, no intuito de incitar a participação e a autonomia dos profissionais, e dessa forma gerar vínculos positivos entre os envolvidos (Lahana et al., 2017).

É possível constatar que a associação da angústia moral e o esgotamento também estão presentes na atenção primária no Brasil. Os profissionais de enfermagem apresentam uma estreita ligação com a consternação moral, ainda que pesquisas sobre essas dimensões sejam escassas nessa área. Nesses setores, as situações são concernentes a conflitos éticos, tais como: vínculos

desajustados entre a equipe de Estratégia de Saúde da Família, incapacidade técnica dos profissionais e demanda de trabalho excessiva. Entretanto, a desolação moral não é exteriorizada necessariamente no ambiente profissional. Mesmo que não se concretize em outras situações vivenciadas, ela provoca reflexos negativos no cotidiano dos envolvidos, desconsiderando seus valores pessoais (Pegoraro, 2015).

Os sintomas recorrentes do Burnout também podem ser observados na prestação de serviços da atenção básica do SUS, como já comentado anteriormente, estando correlacionados às mudanças do modelo de atenção à saúde que ocorreram nos últimos tempos e a outros fatores comumente vistos em outras organizações. Essa hipótese pode justificar-se pela falta de recursos humanos e materiais e os desacordos que permeiam as relações (Pegoraro, 2015).

Segundo Ramos et al. (2016), o sofrimento moral causa insatisfações, tristezas, falta de reconhecimento pessoal e incerteza no ambiente laboral. Nesse sentido, os trabalhadores adquirem uma carga elevada de estresse, essa relação de esgotamento físico e mental os torna suscetíveis ao desenvolvimento de problemas psíquicos, possibilitando o acometimento de danos irreversíveis à sua saúde mental. Tais características podem ser observadas na Síndrome de Burnout e suscitam uma ligação estreita com a angústia psíquica. Para os autores, as consequências dessa alteração psicológica ainda se apresentam pouco exploradas cientificamente.

É fundamental que os trabalhadores de saúde expostos a setores críticos e agentes estressores sejam alertados para os sinais e sintomas de esgotamento, para que evitem níveis gradativos de desolação. Esse comportamento ativo proporcionará uma intervenção adequada, preservando a sua saúde mental e física.

Da mesma forma, o envolvimento da instituição com o indivíduo é essencial para formação de vínculos e estreitamento das relações interpessoais. A Critical Care Societies Collaborative (CCSC) procura desenvolver meios para mitigar e prevenir os seus efeitos nocivos. As condutas éticas aplicadas corretamente no ambiente de terapia intensiva, amenizam as manifestações da consternação moral, refletindo uma assistência de qualidade e livre de riscos (Moss et al., 2016).

No sentido de implementar ferramentas eficazes para redução ou eliminação dos efeitos provocados pela angústia moral, é imprescindível ações no âmbito da educação, comunicação e organização. Assim, deve-se promover processos para educação permanente, comunicação qualificada e garantia da valorização profissional, por meio do engajamento das instituições. Contudo, de acordo com Pegoraro (2015, p. 58) “as medidas coletivas serão mais eficazes antes do esgotamento causado pelo trabalho, ou seja, têm caráter preventivo ao Burnout e sofrimento moral”. As ações conjuntas para a prevenção e encorajamento do trabalhador, envolvem a relação estreita dos dirigentes com os profissionais de saúde, a adequação do dimensionamento de pessoal e ambientes apropriados para construção de diálogos saudáveis.

## **Considerações finais**

Para ofertar um cuidado humanizado em saúde, é de extrema importância que os trabalhadores se sintam seguros, motivados e realizados com a sua atuação, satisfazendo assim, tanto os aspectos objetivos quanto a dimensão subjetiva do seu trabalho. Entretanto, se nesse trabalho houve uma porcentagem maior de sofrimento, também a saúde desses trabalhadores será comprometida, trazendo reflexos para a sua saúde e, por conseguinte na qualidade e efetividade do atendimento. Vimos que a dimensão do sofrimento atrelado ao trabalho em saúde incorpora uma gama diversa e heterogênea de variáveis inter-relacionadas, indicando sua relação com o processo de trabalho e as novas formas de produção de saúde.

Observamos que muitas questões e problemáticas que envolvem as atuais demandas, os direitos e a oferta de serviços em saúde, fazem interface com o tema da ética, uma vez que o trabalho em saúde exige de seus profissionais a reflexão constante e a tomada de posição ética, tornando o desenvolvimento deste tipo de competência um grande desafio.

A necessidade de normas morais que sirvam para orientar a conduta dos indivíduos é tão antiga quanto a própria convivência social, sendo um tema

extremamente contemporâneo, tendo em vista os contínuos desafios éticos que estão postos para a vida em sociedade. Neste sentido, a impregnação do sentido ético no trabalho representa a possibilidade do ser humano se desenvolver em um contexto de trabalho favorável à construção de relacionamentos considerados saudáveis por meio de políticas e ações de gestão do trabalho, construindo pontes para a consolidação de uma cultura organizacional saudável e de excelência emocional (Silva & Tolfo, 2011).

Os dilemas éticos que permeiam os processos de trabalho, tornam-se cada vez mais constantes no cotidiano dos trabalhadores. Tais circunstâncias propiciam o aparecimento de alterações psíquicas, que atingem a saúde desses indivíduos. Observa-se que os profissionais da área da saúde estão seriamente expostos em relação ao grave fenômeno que é o sofrimento moral. Diante de rotinas estressantes, de locais de trabalho insalubres, de sujeição a métodos imperativos depreciativos, os envolvidos acabam sendo afetados por sentimentos negativos. As implicações decorrentes dessas ações podem acarretar adoecimento, e logo, favorecem a manifestação de comorbidades, como o surgimento da Síndrome de Burnout, que potencializa os efeitos indesejados, refletindo fortemente na saúde do profissional e na qualidade da assistência prestada aos doentes.

Estudos detectaram uma relação estreita entre as dimensões da angústia moral e da Síndrome de Burnout entre os profissionais de enfermagem. A impressão obtida perante essa aproximação pode se justificar pelo nível elevado de horas despendidas no cumprimento de suas atividades em instituições de saúde, propiciando um contato propínquo com a equipe multiprofissional e os pacientes.

Cabe ressaltar, que esses achados não reduzem a suscetibilidade dos demais trabalhadores da saúde, visto que, também lidam com diversos tipos de situações que provocam a angústia moral. Enfatizamos, ainda, que as causas podem ser evitadas por meio do respeito mútuo, ou seja, praticando o exercício da ética profissional e no trabalho.

Consideramos, igualmente importante, que se busque ampliar tanto a compreensão acerca dessa relação entre a Síndrome de Burnout e sofrimento

moral, bem como de sua interface com a ética e o contexto de trabalho. De tal modo que, trabalhadores e gestores, ao identificá-los, possam fomentar estratégias de reconhecimento e enfrentamento, influenciando positivamente no bem-estar e qualidade de vida dos trabalhadores, na melhoria do cuidado ao usuário e na promoção de ambientes laborais saudáveis.

## Referências

- Baibich, M. E. S., & Martínez-Hernández, A. (2014). Reflexões acerca das contribuições da psicologia no campo da saúde mental e trabalho. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 6(13), 21-46.
- Barlem, E. L. D., et al. (2013). Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(Spec), [09 telas].
- Barlem, E. L. D. (2009). *Vivência do sofrimento moral no trabalho da enfermagem: percepção da enfermeira* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.
- Barth, P. O., Drago, L. C., Barlem, E. L. D., & Ramos, F. R. S. (2013). Sofrimento Moral e a interface com a enfermagem: uma breve revisão sobre o tema. *Anais 17º SENPE*. 03 a 05 de junho de 2013.
- Berlinguer, G. (2003). *Bioética Cotidiana*. Brasília: UnB.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016*. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Campos, M. I. (2006). *Diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais e sua relação com o trabalho de servidores públicos estaduais* (Dissertação de Mestrado). UFSC, Florianópolis, SC.
- Dalmolin, G. L., et al. (2014). Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem? *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 22(1), 1-8.
- Davidson, J. E., et al. (2015). Workplace Blame and Related Concepts. *Chest*, 148(2), 543-549.
- Dejours, C. (2000). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Ed. FGV.
- Dejours, C. (2005). *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Ed. Paralelo 15.
- Franco, T. B. (2003). *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde* (Tese de Doutorado). Unicamp, Campinas, SP.
- Fonte, C. M. S. da. (2011). *Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory*.
- Jacques, M. G. S. (2015). *Desafios e questões relacionadas ao mundo do trabalho para o(a)s psicólogo(a)s*. Jornal do CFP, Brasília.

- Jacques, M. G. S., & Codo, W. (Eds.). (2003). *Saúde Mental & Trabalho*. Leituras. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2ª Edição.
- Lahana, E., et al. (2017). Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled. *Bmc Nursing*, 16(15), 01-10.
- Lunardi, V. L., et al. (2009). Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, 62(4), 599-603.
- Machado, D. A., et al. (2012). O esgotamento dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa sobre a síndrome de Burnout em UTI. *R. Pesq.: Cuid. Fundam*, 4(4), 2765-75.
- Machado, J., Soratto, L., & Codo, W. (Eds.). (2010). *Saúde e trabalho no Brasil*. Uma revolução silenciosa. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes.
- Merhy, E. E. (2002). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec. Moss, M., et al. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement. *Critical Care Medicine*, 44(7), 1414-1421.
- Pegoraro, P. B. (2015). *Desgaste psíquico moral na atenção primária à saúde: uma proposta de enfrentamento para a gestão local no município de Campinas-SC* (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Campinas.
- Sauerland, J., et al. (2014). Assessing and Addressing Moral Distress and Ethical Climate, Part 1. *Dimensions Of Critical Care Nursing*, 33(4), 234-245.
- Schramm, J. M. A., et al. (2004). Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 897-908.
- Ramos, F. R., et al. (2016). Consequências do sofrimento moral em enfermeiros: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.*, 21(2), 1-13.
- Silva, N., & Tolfo, S. da R. (2012). Trabalho Significativo e Felicidade Humana: Explorando Aproximações. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 12(3), 341-354.



## CAPÍTULO 11

# PROBLEMAS ÉTICOS NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL: a importância da formação histórica e política

Juliara Bellina Hoffmann  
Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima  
Mirelle Finkler

### **Experiências participativas e a formação humana em sociedade**

As práticas de participação social no Brasil produziram na década de 1980, durante o Movimento da Reforma Sanitária, uma de suas maiores conquistas: o reconhecimento da saúde como um direito e um valor humano a ser realizado por todos (Lima et al., 2016). Efeito dessa transformação político-ideológica foi a conquista – não sem resistência – do direito da sociedade brasileira de participar da “coisa pública”, possibilitando que sujeitos passivos se fizessem atores ativos, e sujeitos individuais, atores coletivos.

O posicionamento crítico-propositivo desse bloco histórico atravessou o estado de exceção e fundamentou um projeto político capaz de superar a ausência de participação da sociedade civil nas decisões políticas. Foi pela práxis, entendida como a consciência plena das contradições (Gramsci, 2007b), que o caso brasileiro desencadeou uma nova operação de hegemonia (Gramsci, 2007c), baseada na compreensão de que sociedade civil também é Estado (Gramsci, 2007b).

As condições essenciais para essa conquista se deram no estabelecimento da práxis política, da formação humana e da luta cultural (Vieira, 1999). Esses

elementos compuseram um *front* indispensável na concepção de Conselhos de Saúde, regulamentados na década seguinte como instâncias de poder deliberativo sobre a agenda e as estratégias políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) do país. Esta aproximação entre sociedade e Estado, por meio do Controle Social do SUS, almejou legitimar uma cultura participativa brasileira (Brasil, 2006), acompanhando a tendência de democratização da saúde nos países latinos, como as experiências do México (Orozco-núñez, et al., 2009); Uruguai (Aran & Laca, 2013), República Dominicana (Rathe & Moliné, 2011), Peru (Aalcalde-rabanal et al., 2011), Nicarágua (Muiser et al., 2011), El Salvador (Acosta, 2011) e Colômbia (Guerrero, 2011).

No século XXI, tem pululado, no Brasil e na América Latina, uma nova chama sobre a importância da práxis política na formação humana, reacendida nos temas históricos de desigualdades sociais e econômicas e inflamada nos últimos anos com governos antidemocráticos. Estas iniquidades têm sido discutidas como problemas estruturais para a manutenção da democracia, principalmente na crítica ao liberalismo, em que a desigualdade política tem seu papel de duplo efeito e causa das desigualdades socioeconômicas (Lavalle, 2016) – condição está evidenciada na Pandemia de covid-19, quando “a maior crise sanitária da humanidade” (Soares, Correia & Santos, 2021, p. 119) disputou espaço de decisões governamentais com a “maior crise capitalista da história” (Irineu et al., 2021, p. 8).

A retomada do poder político das ideologias neoliberais na América Latina fortaleceu o alinhamento entre as decisões políticas e os interesses econômicos – estabelecendo cidadanias formalmente mais inclusivas, mas que influem muito menos nas decisões políticas. No Estado brasileiro, a repressão aos modelos institucionalizados de estímulo à diversidade cultural, direitos das minorias e ao próprio caráter público da máquina estatal – impulsionando o desmonte do sistema público de saúde – principalmente a partir de 2016, têm levado atores da sociedade civil organizada a pressionar seus governantes com temas demandados do coletivo e debatidos em ações de ocupação. Novamente é preciso fortalecer a participação política da sociedade e organizar resistências (Gramsci, 2007b).

A análise da teoria da hegemonia, realizada por Antonio Gramsci em interlocução com sua vontade de unificação do pensamento e da ação, sinalizou que a construção da hegemonia civil não resulta exclusivamente da luta de intelectuais orgânicos, mas de todo o grupo social que eles representam. Sua operação requer a reforma intelectual e moral das grandes massas populares (Fontana, 2003), uma vez que tanto os valores morais socialmente priorizados quanto os incomuns irão permear-se para dentro das instituições políticas, dando sentido às escolhas (individuais ou coletivas), nos espaços participativos.

De acordo com Batagello (2011, p. 627), o Controle Social é traduzido como a “capacidade da sociedade civil de promover um enfrentamento moral que permite ponderação entre as decisões tecnicamente orientadas, as juridicamente balizadas e as socialmente desejadas”. Com efeito, esse enfrentamento acarreta problemas morais ao aproximar valores e interesses historicamente distanciados pelas funções jurídico-administrativas da política hegemônica e as necessidades sociais em saúde da sociedade civil. Assim, no momento em que a política democrática participativa não consegue fazer com que o discurso de interesse público encontre respaldo prático na realidade vivida pelos cidadãos, os problemas morais produzidos na condução das políticas públicas se multiplicam (Batagello, 2011).

A análise ética deste contexto toma por base a consolidação de mínimos de justiça para toda a população. A partir disso, os indivíduos poderiam procurar suas realizações pessoais (Cortina, 2005). O problema é que esta etapa prévia exige a priorização dos interesses comuns sobre os particulares, coincidência longe de ser alcançada em democracias liberais que primam à formação para uma economia de Estado.

Na perspectiva de Gramsci, o caminho a ser trilhado é a formação histórica e política das grandes massas operacionalizada por trabalho crítico, penetração cultural e impregnação de ideias (Buttigieg, 2003). No contexto latino-americano, em que a efetivação democrática do conhecimento não se traduz na realidade de desigualdades sociais, essa concepção ativista da educação parece ser a alternativa de enfrentamento para o resgate, a manutenção

e a consolidação dos espaços participativos. Essa formação para a participação cidadã exige reinvestimento no projeto ético-político de cada país (Semeraro, 2011), em que a grande massa possa fortalecer e realizar valores de interesse comum, reconhecendo seu direito de deliberar sobre as políticas públicas.

A dificuldade consiste em materializar esse Estado ético-político no cenário contemporâneo instituído pelo imperialismo do mercado, com a onipresença do capital financeiro e as transformações ocasionadas nos sistemas produtivos pela entrada do trabalho flexível, provisório, volátil, terceirizado e indigno. Este modo de produção, ao isolar e dispersar grande parte da sociedade produtiva brasileira, gerou uma perversa invisibilidade do trabalho material como valor (Semeraro, 2007) e um tecido social com menor aporte organizativo. Apesar disto, há um forte potencial biográfico neste tecido, no qual as decisões individuais vão se constituindo em unidade e colocando-se como soluções para as condições sistêmicas (Beck, 2011).

Neste sentido, uma condição de enfrentamento para a construção de identidades cidadãs participativas se encontra no desnudamento dos problemas morais gerados na disputa entre interesses diversos (individuais/coletivos, econômicos/sociais, prática/técnica, Estado/sociedade) no âmbito da participação social. Qual decisão tomar diante destes diversos e, por vezes, conflitivos valores caracteriza um problema ético (Gracia, 2014), exigindo daqueles que participam uma conduta crítica e autocrítica, que pode ser alcançada justamente na experiência participativa. É a ação de participar das decisões da vida pública que dota de habilidades, repertórios simbólicos e técnicas que favorecem e qualificam o engajamento político (Lavalle, 2016). Para além disso, enfrentar problemas éticos habilita estes “novos” atores políticos a compreender os valores e interesses envolvidos, munindo de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o bem comum da sociedade.

A reflexão sobre os problemas éticos dessas experiências participativas é, portanto, parte indispensável da formação humana em sociedade. A diversidade cultural, a pluralidade moral e os conflitos de valores advindos forjam a própria identidade individual (Hoffmann, 2021). Vivências

indissociáveis da práxis política são capazes de alimentar uma cultura ética de participação. Uma cultura “humanística”, educativa, a ser legada a novas gerações, na perspectiva de criar formas mais avançadas de civilidade (Gramsci, 2007a).

### **O vazio da formação histórica e política: a compreensão dos desafios éticos da participação social**

A incapacidade do modelo político representativo de responder às demandas dos cidadãos fortalece a inserção de modalidades participativas, como conselhos gestores, conferências temáticas, reuniões de grupos de interesse, planos plurianuais participativos, ouvidorias, audiências e consultas públicas (Carvalho et al., 2022).

Os Conselhos de Saúde têm buscado encurtar a distância entre cidadãos e o sistema político formulando estratégias, debatendo e acompanhado as políticas públicas de saúde (Brasil, 2012). Objetivando a melhoria da qualidade destes espaços públicos, diferentes problemas têm sido estudados na literatura. O que ainda é pouco evidenciado é o caráter moral destas questões (Hoffmann & Finkler, 2018). Neste sentido, este texto aborda os problemas éticos presentes nos Conselhos de Saúde, advindos dos confrontos entre valores individuais, coletivos e institucionais.

Para tanto, relata-se aqui uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa que consistiu em um estudo de caso único de um Conselho Municipal de Saúde (CMS). A partir da identificação e análise dos problemas éticos vivenciados por seus conselheiros, buscou-se, sob o referencial de Antonio Gramsci, entender como a formação histórica e política tem contribuído no seu enfrentamento.

O estudo se deu em uma capital do Sul do Brasil. Obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina UFSC (n.o 539.891/2014) antes de ter sua coleta de dados iniciada, realizada em três etapas. Primeiramente, realizou-se a análise documental das atas das últimas onze reuniões do CMS, publicamente disponíveis, correspondentes

a um ano de reuniões, período este que abarcou duas gestões do conselho. A fim de sanar as dúvidas que emergiram durante o estudo, documentos legais e regimentais também foram incluídos na investigação.

A segunda etapa foi observação não participante de cinco reuniões mensais da plenária do CMS e de uma reunião de sua Câmara Técnica, registradas em um diário de campo (DC). Estas coletas de dados propiciaram uma aproximação com a realidade vivenciada no CMS, favorecendo a elaboração de um roteiro de entrevista semiestruturado, que foi avaliado por dois especialistas em metodologias qualitativas e pré-testado. Este instrumento, empregado na terceira etapa da coleta de dados, continha, além de perguntas-guia, a descrição de uma situação que envolvia problemas éticos, inspirada no conteúdo das atas analisadas, disparadora da entrevista, compreendida como uma conversa com finalidade (Minayo, 2014).

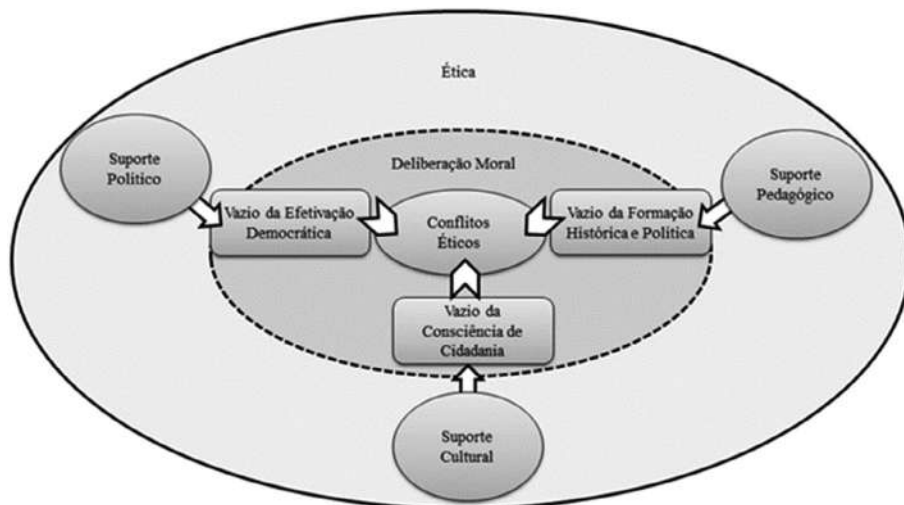
Foram realizadas e gravadas em áudio 12 entrevistas, sendo três com conselheiros, representantes de gestores e de prestadoras de serviço (G), três com representantes de trabalhadores da saúde (T) e seis com representantes de usuários do SUS (U), mantendo-se assim a proporção numérica da amostra equivalente à distribuição entre os três eixos de representações nos Conselhos de Saúde.

Inicialmente os entrevistados foram selecionados aleatoriamente, mas a partir das suas indicações outros conselheiros foram sendo entrevistados. As entrevistas foram finalizadas ao se perceber a repetição dos dados e então, transcritas. Juntamente com o diário de campo e as atas, compuseram o corpus de dados que foi analisado de acordo com a Análise de Conteúdo Temática (Minayo, 2014) com o auxílio do software Atlas.ti® 7.1.8.

Adotou-se como referencial teórico-metodológico o Modelo de Vazios Paradigmáticos de Silva (Silva, 2006) que traz o tripé “pedagogia-cultura-política” como desafios para a transição de uma gestão ineficaz para o modelo de gestão participativa, efetiva e emancipada. Para Silva (2006), “vazios” seriam lacunas “grávidas de potencialidades”, que à medida que são preenchidas diminuem a distância entre a teoria do que deveria ser e a prática do que realmente é.

Estes três eixos – pedagógico, cultural e político – foram tomados na pesquisa como categorias operacionais ou *a priori*, nas quais os problemas éticos observados foram inicialmente agrupados. A proximidade de seus conteúdos permitiu então a elaboração de categorias temáticas dentro de cada uma das categorias operacionais, gerando assim grandes categorias temáticas: Vazio da Consciência de Cidadania, Vazio de Efetividade Democrática e Vazio da Formação Histórica e Política (Figura 1). Os problemas agrupados nesta última grande categoria temática são apresentados e discutidos neste texto a partir dos estudos sobre a formação histórica e política de Antonio Gramsci.

**Figura 1.** Representação gráfica do Modelo de Vazios Paradigmáticos adaptado de Silva



Fonte: autoras

## Problemas éticos no Controle Social do SUS

Uma síntese dos problemas éticos encontrados é apresentada no Quadro 1.

**Quadro 1.** Problemas éticos que compuseram a categoria Vazio da Formação Histórica e Política

Problemas Éticos	Triangulação de Dados (Alguns Exemplos)		
	Entrevistas com os conselheiros de saúde	Diário de Campo	Análise de Atas do CMS
Exigência de decisões sem conhecimentos suficientes	“Isso que eu te falo, a gente consegue ser mais pontual e mais firme quando tem esse conhecimento prévio [...]” (G3)	Conselheiros mostram-se irritados quando interrompidos para apressar a decisão – “questão de ordem” (DC3)	...preocupou-se quando irá construir o parecer, e em ter que aprovar sem ter analisado antes (Ata03; T4)
Exigência de decisões sem tempo hábil para análise e deliberação	“...a gente iniciou [...] alguns embates de que nós não podíamos aprovar as coisas com pressa. Só é possível aprovar com discussão” (U2)	Não há aprofundamento nas discussões, os conselheiros parecem insatisfeitos, por vezes nem participam da votação – por não entender? (DC4)	...propõe alteração de pauta sugerindo que todos os itens [...] sejam substituídos pela LOA, que tem prazo legal [...] (Ata08)
Negação do diálogo pela imposição de opiniões	“Você tem que ouvir todas as visões sobre o assunto. As vezes não é isso que acontece, tem conselheiro [...] que só quer que sua visão prevaleça” (U4)	Alguns conselheiros que “discordam muito” parecem ter suas colocações ignorados pela plenária, já rotineiramente (DC4)	O presidente pede que as questões vão para Mesa Diretora, a conselheira diz é a Plenária que decide – há insistência e decide-se pela Mesa (Ata05)
Votação como método decisório	“Votar acho antidemocrático. Não sei, tinha que ser consenso, discutir antes, discutir tudo” (G2)	A votação parece ser pedida pelo gestor quando este não consegue impor sua opinião (DC02)	Ao que todos concordam a proposta é levada à votação, sendo aprovada por unanimidade (Ata01)
Construções coletivas frágeis e insuficientes	“É que já vem tudo muito marcado...” (U3)	Os conselheiros dão mais importância às discussões burocráticas do que para formulação de estratégias e controle de execução de políticas (DC2)	Sugeriu-se [...] enviar bem antes a apresentação e na reunião, apresentar sucintamente, abrindo espaço para dúvidas e esclarecimentos (Ata03)
Incerteza do pertencimento ao grupo deliberativo	“[...] desses conselheiros aqui, três, quatro, que vão pro embate, o resto entra mudo e sai calado, quando não dorme na reunião inteira” (U6).	Alguns conselheiros parecem não estar nada interessados nas discussões – ficam no celular ou, por vezes, dormindo (DC1)	Deve-se ver o que fazer, pois está se dialogando, mas não conquistando para que todos compareçam (Ata02)

Limitação da aprendizagem de um grupo diverso à capacidade individual	“[...] a participação vai muito da articulação da pessoa. Então tem uns que ficam mais quietos” (G2)	Pouco envolvimento do coletivo; parece ser sempre os mesmos a falarem (DC2)	Sugere [...] reunião, não em caráter deliberativo, mas para que possam se conhecer, saber o que cada um faz, o que representa, para poderem planejar ações (Ata02)
Capacitações concebidas no modelo pedagógico tradicional	“Primeira coisa que eles reclamam é capacitação, mas faz capacitação agora [...]. Parece que a frequência maior foi seis [...]” (U5)	Os conselheiros cobram os gestores por capacitação, mas muitos parecem nem ler o que é enviado para a reunião (DC4)	...houve menção de que a capacitação é de acordo com a visão do gestor (Ata02)
Conhecimento técnico super valorizado sob os demais saberes	“[...] As questões técnicas vão ser tratadas por técnico[...]. Caso contrário tem que ter posição de cada um, da comunidade” (U2)	O conceito “técnico da área” parece gerar um silenciamento nas opiniões diferentes deste saber (DC4)	Esta apresentação altamente técnica só pode ser discutida com pessoas que tenham conhecimento [...] (Ata06; P02)
Concentração do poder decisório nos que detêm as informações técnicas	“é frequente, um conselheiro não compreender um dado [...] as vezes é a forma como a gestão apresenta [...] ninguém apresenta dado que vá se prejudicar né” (G3)	Parece que tudo que é trazido à discussão é empurrado para a câmara técnica (DC1)	[...] diz que foi um trabalho de formiga [...] gradativamente vencendo uma série de obstáculos e prevalecendo sempre o critério técnico (Ata05)
Omissão de informações no processo comunicativo	“Quando se apresenta daquele jeito, cheio de sigla, cheio de coisas, não se quer chegar nesse cara [...] nem dá o direito dele participar na discussão” (G3)	Apresentações de planilhas com siglas e poucas explicações – desconforto e confusão nos questionamentos dos conselheiros (DC3)	...a informação enrolada, não objetiva com diversas explicações, passa um ar de desconfiança, como se a informação não fosse completa (Ata05)
Redução de interlocutores para facilitar os processos decisórios	...a gente já tenta resolver e trazer pra plenária simplesmente para a aprovação [...] um número menor de ideias resolve melhor o problema (U1)	Não há exposição na plenária sobre o que foi discutido na CT, apenas o seu parecer que é quase sempre aceito pelos outros conselheiros (DC5)	No seu entendimento a CT funcionou de forma capenga [...] sugere que esteja alerta às comissões que não estão funcionando a contento... (Ata01)

As dificuldades geradas pela ausência de unidade teórico-prática na atuação deliberativa, traduzidas no sentimento de despreparo para o exercício do Controle Social, prevaleceram na análise do CMS brasileiro. A falta de conhecimento sobre assuntos que são pautas de reuniões incomoda os conselheiros e prejudica sua tomada de decisão. Há um conflito moral ao se sentirem espectadores quando o espaço exige que se firmem como protagonistas (Freire, 1987). Nesta tensão, consolida-se um problema ético ao se exigir *uma tomada de decisão por parte de indivíduos que consideram não terem conhecimentos suficientes*, principalmente quando sua decisão responde por todo um coletivo: “[...] imagina se eu vou entender de orçamento [...] por isso eu fiquei quietinha” (U3).

*[...] gera esse constrangimento de não perguntar por vergonha, porque como é que eu sou conselheiro de saúde e não sei o que esses caras tão dizendo?! (G3).*

Constranger-se e inibir-se expõe um componente reflexivo, ainda que em uma dialética de alienação no processo e de vontade política para a humanização (Semeraro, 2006), que acaba gerando desumanização (Gomes & Schaiber, 2006) do ato deliberativo, enquanto ofusca a potência transformadora do fluxo de comunicação. A falta de compartilhamento mínimo de informações vem articulada a outro problema ético: *a falta de tempo para a comunicação, análise e deliberação* das questões em pauta, urgência muitas vezes associada aos prazos legais:

*[...] só ter uma reunião por mês é pouco, você não consegue debater no tempo necessário [...] enfim no final sempre acaba se aprovando né [...] você quer que as coisas fluam. Ai fica nesse impasse... (U4).*

Situações permeadas por incertezas geram conflitos que demandam procedimentos de deliberação sistematizados e organizados (Zoboli, 2013), e estes, por sua vez, necessitam de tempo e do compartilhamento de determinados conhecimentos e atitudes, como humildade e vontade de compreender a

perspectiva dos demais. Para além da troca de todas as informações possíveis, o respeito ao tempo necessário no processo deliberativo permite encontrar os cursos de ações mais responsáveis e prudentes (Gracia, 2014).

Há que se dialogar para que o exercício ético individual não se baseie na inflexão do pensamento, mas na curiosidade e no coparticipar no mundo (Freire, 2013). Nesse sentido, destaca-se um problema ético bastante marcante: *a negação do diálogo pela imposição de opiniões*: “[...] o presidente lá, ele não sabe ouvir, ele quer resolver a pauta que ele traz pro conselho, aí contrariou ele já viu (U3).

De acordo com Gramsci (Coutinho, 2009), o representante político ao legislar deveria sempre expressar uma vontade coletiva, que só pode se efetivar por sua manifestação. Essa vontade não pode ser representada por um “homem”, mas sim, por um coletivo – do contrário, ficar-se-ia fadado a um despotismo burocrático que haveria de se decompor continuamente. Essa tríade informação–tempo–diálogo compõe o método deliberativo que tem sua potência de aprendizado justamente na sua experimentação, no protagonismo participativo desses espaços políticos.

A participação, mesmo “pensada com o propósito de incentivar comportamentos de civilidade”, por vezes engendra atores sociais que se opõem ao processo democraticamente construído (Abrantes-Pêgo, 1999). Para que se estabeleça essa direção coletiva com consciência histórica é primordial a disposição para a “con-vivência”, ou seja, a vontade e determinação para escutar e compreender os outros. Em outras palavras, é necessário respeitar e aprender com os diferentes olhares, pressuposto de que a verdade sobre os fatos nunca é absoluta, mas relativa a quem a apresenta. O componente ético das decisões coletivas decorre justamente do fato de que tudo que precisa ser decidido envolve valores morais, pois sobre qualquer fato estão depositados valores e, sobre estes valores, nossos deveres (Gracia, 2014).

Dada a hierarquização dos valores morais, intrínseca a cada indivíduo, não se podem almejar decisões sempre consensuais. De fato, é a diversidade de opiniões que qualificam de democrático o espaço do CMS. Mas isto tampouco referenda as decisões a base de voto que suprimem minorias pela maioria.

Este problema ético não está na votação – reflexo do *modus operandi* do CMS – mas nas intenções que alimentam essa prática. A votação é uma forma de enfrentamento deste Conselho, mas deveria ser um recurso último, não o padrão em um coletivo verdadeiramente deliberativo.

Na ausência de diálogo – dada as limitações de conhecimento, tempo, imposições – os conselheiros tendem a participar passivamente. Alienando-se no silenciamento e na marginalização, ou ainda na indução por influência daqueles que dominam determinados conhecimentos ou habilidades retóricas, os conselheiros se deslocam da atividade política requerida, cristalizando uma posição subalterna. Assim, consolida-se uma dificuldade da construção coletiva que prejudica o caráter deliberativo deste espaço público.

*[...] tem conselheiro que tá lá, há uns oito anos, e nunca abriu a boca. Conhecimento deve ter [...] mas, e aí? É só pra sentar na cadeira e ocupar o espaço? Ou pra fazer o debate político? (U3).*

Esta expressão de subalternidade somada ao reconhecimento da falta do aporte (mesmo experiencial) necessário à prática de ser conselheiro e do dever de realizar o debate político acaba gerando uma incerteza de pertença. É o sentimento de pertença a um grupo que pode gerar a consciência de se ter responsabilidades e obrigações de lealdade para com essa comunidade (Cortina, 2005). Na ausência de pertença, a participação social na saúde tem se utilizado da ausência e da omissão, reduzindo o Controle Social a mero mecanismo de consentimento.

A participação paritária da comunidade na gestão do SUS foi galgada pelos usuários em relação aos demais segmentos. Paulatinamente, essas representações passaram a compor uma sociedade, em cada município brasileiro, criada para ser ativa e defender um projeto específico: deliberar sobre as políticas públicas de saúde (Brasil, 1990). Sendo cada um dos segmentos concebido como um grupo social vinculado a uma classe e diretamente ligado a um determinado modo de produção (Semeraro, 2006), a participação dos conselheiros parece requerer o ativismo de seus intelectuais orgânicos –

aqueles que emergem do território, do campo cultural, ao qual estão inseridos, compondo ativamente a sociedade em expansão.

Difere-se dos intelectuais tradicionais, preexistentes (Gramsci, 2007a), justamente por carregarem um projeto global de transformação/fortalecimento da classe em que estão vinculados, manifestando suas atividades intelectuais nos diversos campos relacionais de sua vida, integrando conhecimento, filosofia e ação política. A participação social destes, fortalecida pela teoria e prática, consolida uma concepção ético-política para os exercícios culturais, educacionais e organizativos, buscando garantir a hegemonia da classe em que conscientemente se inserem (Semeraro, 2006).

*Como conselheira, eu me sinto pouco capacitada pelo CMS em si, pra que a gente consiga ter mais profundidade nas discussões, entendeu? Aí então o que eu busco fazer, ler, me inteirar, que é esse SUS, o que é tudo isso (G3).*

A dificuldade das trocas de informação entre os conselheiros e a restrita trajetória formativa desses representantes políticos, tanto fora como dentro do espaço do CMS, leva à configuração do problema ético da limitação da aprendizagem de um grupo diverso à capacidade individual (e solitária) de aprendizagem de cada conselheiro.

A intervenção dos intelectuais orgânicos do grupo social a que estes conselheiros pertencem favoreceria o ativismo de relações de reciprocidade nas quais ambos os sujeitos aprenderiam e ensinariam ao mesmo tempo (Semeraro, 2006). Em outras palavras, quem poderia instrumentalizar esse conselheiro, municiá-lo do reconhecimento de que ele pode sim se apropriar dos conhecimentos necessários não é o Conselho de Saúde, mas os intelectuais orgânicos de seu grupo social.

Quem não compreende sua realidade não pode perceber os desafios dessa condição, muito menos transformá-la (Freire, 2013). Tais expressões da práxis convergem para uma exigência: para que espaços de gestão sejam locais de intervenção, faz-se imperativa a produção de sujeitos aptos a imprimir mudanças nos modos de cuidar e gerir a saúde.

Em seu arcabouço legal, o Estado brasileiro refere como “fundamental” a geração de “processos de capacitação de Conselheiros de Saúde”, visando à compreensão estrutural e funcional do SUS, bem como “do processo de construção do modelo assistencial adequado [...]” e de “uma compreensão ampliada de saúde” (Brasil, 2002). As capacitações são historicamente apontadas como solução, contudo, este estudo evidenciou que, mesmo quando realizadas, têm baixa adesão, o que pode sinalizar um processo formativo, se não, ineficiente, ao menos insuficiente.

Frente ao observado desconhecimento dos conselheiros sobre seu papel social (Jurberg, Oliveira & Oliveira, 2014) algumas experiências de extensão universitária têm provocado docentes e pesquisadores a pensar que a formação de base dos representantes da sociedade civil em conselhos de saúde está para além da capacitação permanente em saúde. Não será somente entendendo do complexo arcabouço filosófico, jurídico e institucional do SUS que os conselheiros poderão superar a complexidade do desejado processo deliberativo de conselhos de saúde (Labra & Figueiredo, 2002).

A alternativa apontada seria uma formação de base histórica e política, fato que vai justamente de encontro às tendências dos novos projetos políticos brasileiros, como os Projetos de Lei (PL) n.º 867/2015 (Brasil, 2015a), n.º 1411/2015 (Brasil, 2015b) e n.º 193/2016 (Brasil, 2016). Apesar de não terem sido aprovados, suas ideias foram pulverizadas no cotidiano, fazendo com que diferentes estados buscassem determinar como que pretendem determinar como válidos os conteúdos escolares que servem à manutenção do status quo, e como doutrinários os que apresentam uma visão crítica – eliminando a política como esfera de reflexão, debate e formação cidadã.

A concepção ativista de educação em Gramsci, expressa no modelo de escola unitária (Gramsci, 2007a), nos dá margem a pensar o processo de formação histórica e política como potencial para alargar o horizonte compreensivo sobre o SUS e, com efeito, fortalecer o reconhecimento do direito à prática deliberativa de suas políticas públicas. O processo formativo pode deflagrar a ressignificação da tendência de dependência por parte dos

conselhos das ações de capacitação do Estado, no que concerne à educação permanente em saúde.

Tal proposta aponta para uma compreensão emancipatória, com base em uma matriz epistêmica de produção de consciência histórica da realidade. Esta prática social incita uma forma de libertação com base na postura ativa do Controle Social, capaz de enfrentar os problemas éticos do processo participativo a que estão expostos. Trata-se de uma formação pedagógica crítica, em cujas relações os sujeitos penetram-se culturalmente, em prol de uma participação ético-política, porque reflexivo-ativa.

A pedagogia crítica mostra-se oportuna ao enfrentamento de outro problema ético encontrado: a reivindicação de um processo pedagógico em que os próprios conselheiros não seriam os protagonistas. Um processo que prescindiria de sua participação ativa: “[...] a gente vai pro Conselho bem cru mesmo, e depende muito da iniciativa dos conselheiros, buscar as coisas, documentos [...]” (U3).

Com base no referencial político-pedagógico crítico, seria possível conceber que somente enquanto protagonistas do processo, os conselheiros se sentiriam aptos para deliberar. O potencial da formação histórico-política para o seu empoderamento seria dificilmente alcançado por meio de capacitações. Para tanto, Gramsci assinala a necessidade de maturidade intelectual e moral (Gramsci, 2007a), conquistada na luta coletiva por uma nova relação pedagógica de hegemonia.

O movimento de aprender, não para se adaptar às novas situações, mas para transformar a realidade, é um dos grandes objetivos da educação comprometida com a práxis (Freire, 2013). A filosofia da práxis vê a transformação social no encontro de saberes e fazeres entre “homem culto” e “homem simples”. Neste processo, teoria e prática minimamente se aproximam, expandindo a possibilidade da produção da unidade (práxis) (Gramsci, 1981). Para tanto, faz-se necessário produzir uma linguagem com a qual sujeitos cultos e simples possam se fazer entender, dialogicamente, em prol de uma nova cultura (Buttigieg, 2003): uma cultura de pertença como cidadão e como protagonista nas deliberações do Controle Social.

O diálogo entre “cultos” e “simples” seria o caminho para a formação de um “bloco intelectual-moral que tornaria politicamente possível um progresso intelectual de massa, e não apenas de pequenos grupos intelectuais”. Esta produção corresponde a uma escolha ética enquanto realiza valores capazes de balizar o encontro nas diferenças, com o direito de cada conselheiro se apropriar de “seu papel social” nas ações locais de saúde (Jurberg, Oliveira & Oliveira, 2014).

Os conselhos de saúde expressam a dimensão da diversidade e pluralidade de interesses da sociedade brasileira. Há uma tendência do senso comum em categorizar o usuário como aquele advindo de um Brasil invisibilizado e, portanto, despreparado intelectualmente. Na mesma medida, há uma inferência do senso comum de que os espaços acadêmicos são constituídos de intelectuais, sabedores do conhecimento. No entanto, “o exercício da intelectualidade [é] função da inteira coletividade” (Semeraro, 2006) – “todos os homens são intelectuais; mas nem todos os homens têm a função de intelectuais na sociedade [...] eles se formam historicamente das categorias especializadas para o exercício da função intelectual” (Gramsci, 2007c).

A materialização de um fluxo formativo gerado no encontro entre mulheres e homens exige vontade política: academia e conselheiros com vontade para se envolver. Todas e todos abertos ao diálogo e imbuídos de uma responsabilidade a ser compartilhada. Um desafio, portanto, para a sociedade civil que tem seu primeiro passo na superação da concepção freiriana de educação bancária (Freire, 1987), perpetuada na relação entre os segmentos, em que representantes dos usuários são apontados como “aqueles que deveriam ser capacitados”. Este papel, quando aceito por estes representantes, ajuda a sustentar a relação paternalista com o Estado, tornando a “exigência” de capacitações o foco único da democratização da informação. Esse pensamento faz da capacitação técnica um ponto central para os conselheiros: “[...] O conselho vai ter que encontrar uma forma para que o nível de conhecimento dos conselheiros, principalmente da representação social, esteja no mesmo nível dos técnicos” (U3).

Esta *supervalorização do saber técnico em detrimento dos demais saberes e percepções*, exigindo a equiparação e homogeneização de conhecimentos é, sem dúvida, um problema ético que reforça a histórica hegemonização do conhecimento, em que o “popular” declina com subserviência ao “acadêmico”. Assim, a desvalorização coletiva do saber dos usuários – como resultado dessa tentativa de qualificar as discussões pela via do saber técnico – depaupera justamente a sua atribuição, aquela que permitiria a interpretação dialética do movimento teórico-prático: o estranhamento das questões propostas em plenária, seu questionamento e intervenção na análise.

A transformação social exige percepção, ação e reflexão sobre a realidade (Freire, 2013). De acordo com Gramsci (2012) estudos necessitam ser materializados em trabalho, em ação, pois seriam as mãos, as obras, que dariam sentido ao cérebro pensante. Neste sentido, mais do que conhecimentos sobre políticas de saúde, os segmentos de participação social como os do CMS necessitam identificar e fortalecer suas funções próprias, impulsionados por intelectuais orgânicos e pelo saber da e para a realidade local, apoiados pela escola e pela academia que podem contribuir fomentando uma formação histórica e política, baseada, por exemplo, na concepção ativista gramsciana de educação.

Desconcentrar o poder instituído, “desmonopolizando” o saber técnico como única forma de conhecimento legítimo, passa por reconhecer o potencial não somente fiscalizatório dos CMS, mas também criativo e propositivo. Tratar-se-ia de um reconhecimento da própria realidade. Como ninguém tem “poder” de libertar ninguém, e tão pouco sendo possível libertar-se sozinho, o encontro entre cultos e simples adquire potência de instrumento transformador libertário.

A ação-reflexão-ação não pode ser transferida, delegada a outrem, ou decidida na solidão, estando diretamente ligada ao coparticipar, copensar (Gracia, 2014; Freire, 2013), cogerir, e a deliberar. Em um processo verdadeiro de cogestão (Gramsci, 2012), poderiam os conselheiros ampliar os processos de escuta e compreensão, qualificar as relações de diálogo, e diluir as hierarquias

instituídas nas relações entre os segmentos. Deste modo, o caminho do “vir a ser” conselheiro e o próprio CMS se transformariam em processo/espaco pedagógico de aprendizagem crítica e de vivência real de participação democrática, em que os diferentes atores aprendam com estas experiências participativas (Abrantes-Pêgo, 1999). Conforme prevê a cogestão, os espaços coletivos tornam-se estratégias de superação das capacidades assimétricas de decisão, compartilhando-se o poder e publicizando as instituições (Campos, 2000).

As capacidades assimétricas de decisão têm como um dos seus pilares de sustentação o exercício do poder de uns sobre os outros e suas possibilidades de resistência. Para Foucault (1995), outro importante teórico político da modernidade (embora não político prático), a questão não está propriamente em como se exerce o poder, mas sim como este se manifesta: “[...] a gente modela eles pra pensar de um jeito, tem tudo isso [...] se não eles não conseguem acompanhar muitas discussões. Eles têm que entender para poder acompanhar” (G2).

Estas percepções dos conselheiros revelam o problema ético de se ter o exercício do poder sendo concretizado pelos conselheiros que detém as informações técnicas, levando a decisões por vezes impostas. Problema imbricado com a supervalorização do saber técnico consolidada no tecido social do próprio CMS.

As relações de poder manifestam-se em diferentes domínios: sobre a ação de outrem; sobre relações de comunicação e seus signos e sobre as capacidades produtivas ou aptidões (Foucault, 1995). São relações que estão sempre imbricadas, apoiando-se e servindo-se reciprocamente. Os procedimentos de dominação por meio da comunicação e da fabricação de sentido, fortalecidos pelo domínio do trabalho e da técnica, levam a processos de coação. Neste sentido, o CMS se constitui em um bloco de capacidade-comunicação-poder, que não é uniforme nem constante, mas que vem se ajustando de forma controlada nos espaços que deveriam ser de poder igualmente distribuído. Nestes espaços a omissão de informações no processo comunicativo, seja por dificuldades técnicas – tempo de exposição, dificuldade

de comunicação – ou por questões de interesse e poder, soma-se aos problemas de caráter ético já encontrados.

A concentração de poder nunca é um consenso nas relações. Pode em alguma esfera haver consentimento, mas dificilmente anuência constante. As relações de poder acontecem no ato de uns sobre os outros, uma ação de conduta sobre a conduta dos outros, ação esta que só pode ser exercida sobre pessoas livres, que têm a possibilidade de ação. Neste sentido, onde há poder, há formas de resistência. Toda relação de poder implica uma estratégia de luta. O que define a dominação de um grupo e suas resistências é a capacidade de este integrar as relações de poder com as relações de estratégias (Foucault, 1995).

Das formas de enfrentamento/resistência desenvolvidas – votação, omissão, estudos individualizados, supervalorização do saber técnico – foi na criação de uma Câmara Técnica (CT) que se observou consenso entre os conselheiros sobre as melhorias. Desde a criação deste espaço de participação extra (embora ainda com uma minoria presente) observou-se um melhor entendimento e aprofundamento das discussões pautadas. Se os espaços previamente instituídos não são capazes de dar voz à sociedade, então novos espaços são criados. A democracia cria seus próprios espaços (Mendonça, 2016), a exemplo das ocupações das escolas brasileiras por estudantes secundaristas, e este movimento é causa e efeito da formação política destes cidadãos.

Em contrapartida, percebe-se a diminuição da diversidade de opiniões devido ao menor número de interlocutores presentes na troca de informações. Além disso, há certa acomodação em cima das recomendações da CT, que se consolidam enquanto decisões nas reuniões plenárias. Embora a chamada CT (que não discute necessariamente apenas questões técnicas) contribua com a possibilidade de diálogo no CMS, cabe ressaltar que esta estratégia não deveria desviar a responsabilidade sobre as discussões nas plenárias. Neste sentido, ressalta-se a necessidade de fortalecimento do CMS enquanto espaço primordialmente dialógico e dialético, em que a análise das relações (internas)

de poder é uma tarefa política incessante (Foucault, 1995) de enfrentamento cotidiano. É necessariamente este reconhecimento e enfrentamento que desencadeia o potencial formativo destes espaços democráticos.

### **Aprendendo eticamente no seu próprio operar participativo**

Os espaços participativos, como instâncias decisórias, articulam fatos, valores e deveres, configurando-se como locais de responsabilidade ética. O estudo aqui apresentado mostrou que em dependência dos valores priorizados, evidenciam-se problemas que interferem na consolidação e na efetivação do Controle Social – e tratando-se de problemas éticos, cabe aos envolvidos o processo resolutivo-formativo destas questões.

Compreender estes problemas e as diferentes formas de enfrentamento das quais lançam mão os conselheiros de saúde (votação, omissão, estudos individualizados, supervalorização do saber técnico, criação de câmara técnica), possibilitou refletir acerca do Vazio de Formação Histórica e Política destes espaços. Este Vazio evidencia uma demanda por referenciais teórico-metodológicos de formação e trabalho que, para além do diálogo efetivo, sejam instrumentos do processo de deliberação, pautando-se no respeito e na valorização do outro como legítimo na construção social. Este referencial metodológico é inerente à formação histórica e política para que a qualificação de “democrático” do Controle Social não se dê pela presença apenas quantitativa da população nesses espaços.

A participação popular em qualquer instância política requer preparo, formação, e uma educação cada vez mais ética – embasada em valores morais, humanizadores das relações e práticas – e política – embasada nos contextos sócio-históricos. Este empoderamento civil é crucial no atual contexto brasileiro, haja vista a necessidade de sociabilização do poder, movimento capaz de dismantelar estruturas de dominação, possibilitando, para além de um controle, uma gestão compartilhada dos CMS, promovendo a corresponsabilização cidadã – motor essencial à

participação. A igualdade política, tão cara aos países latinos, não está na simples criação de espaços participativos – estes são sempre inclusivos e excludentes. É na própria luta política por inclusão que se estabelecem os espaços formativos de cidadania.

Os estudos de Gramsci abrem possibilidades para a construção de novas relações hegemônicas, em que a luta coletiva evidencia a importância do protagonismo formativo dos intelectuais orgânicos, colocando o momento deliberativo entre o homem “culto” e “simples”, como o espaço necessário à formação de base histórica e política. É este aprender eticamente com o seu próprio operar que será capaz de transformar os problemas que persistem imoralmente.

O pensar, sentir e transformar a realidade por parte da sociedade estrutura seus elementos culturais além de conceber o projeto de formação dos seus indivíduos. O Controle Social como espaço formativo pode auxiliar na construção de uma cultura de participação, passo essencial nas sociedades que se qualificam como democráticas.

## Referências

- Abrantes-Pêgo, R. (1999). Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil. *Salud Publica Mex*, 41, 466-474.
- Acosta, M., et al. (2011). Sistema de salud de El Salvador. *Salud Publica Mex*, 53(supl. 2), 188-196.
- Alcalde-Rabanal, J. E., Lazo-González, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Publica Mex*, 53(supl. 2), 243-254.
- Aran, D., & Laca, H. (2013). Sistema de salud de Uruguay. *Salud Publica Mex*, 53(supl. 2), 265-274.
- Batagello, R., Benevides, L., & Portillo, J. A. C. (2011). Conselhos de Saúde: controle social e moralidade. *Saúde Soc*, 20, 625-634.
- Beck, U. (2011). *La società del rischio*. Urbino: Carocci.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde. Conselho Nacional de Saúde*. Série CNS Cadernos Técnicos J6. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Câmara dos Deputados. (2015a). *Projeto de Lei nº 876 de 2015*. Inclui entre as diretrizes e bases da educação nacional, o “Programa Escola sem Partido”. Brasília (DF).
- Brasil. Câmara dos Deputados. (2015b). *Projeto de Lei nº 1411/2015*. Tipifica o crime de Assédio Ideológico e dá outras providências.
- Brasil. Câmara do Senado. (2016). *Projeto de Lei nº 193/2016*. Inclui entre as diretrizes e bases da educação nacional, de que trata a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, o “Programa Escola sem Partido”.
- Buttigieg, J. (2003). Educação e hegemonia. In: C. N. Coutinho & A. P. Teixeira (Orgs.), *Ler Gramsci, entender a realidade* (pp. 39-50). Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.
- Campos, G. W. S. (2000). *Um método para análise e cogestão de coletivos*. A construção do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método em roda. São Paulo: Hucitec.
- Carvalho, J. S. O., et al. (2022). Controle social e conselhos de políticas públicas: análise sobre a assistência social brasileira. Documentos y Aportes en *Administración Pública y Gestión Estatal*, 22(38).
- Cortina, A. (2005). *Cidadãos do mundo: para uma teoria de cidadania*. São Paulo: Editora Loyola.
- Coutinho, C. N. (2009). O conceito de vontade coletiva em Gramsci. *Rev Katál*, 12, 32-40.
- Fontana, B. (2003). Hegemonia e nova ordem mundial. In C. N. Coutinho & A. P. Teixeira (Orgs.), *Ler Gramsci, entender a realidade* (pp. 113-125). Rio de Janeiro: Ed Civilização Brasileira.
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In H. Dreyfus & P. Rabinow (Orgs.), *Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica* (pp. 231-249). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- Freire, P. (2013). *Educação e mudança*. São Paulo: Editora Paz e Terra.
- Gomes, R. M., & Schraiber, L. (2011). A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. *Interface*, 15, 339-350.
- Gracia, D. (2014). La deliberación como método de la bioética. In D. Porto et al. (Orgs.), *Bioética: saúde, pesquisa e educação* (pp. 265-283). Brasília: CFM/SBB.
- Gramsci, A. (1981). *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Gramsci, A. (2007a). *Quaderni del Carcere*. Turim: Einaudi, v. 1.
- Gramsci, A. (2007b). *Quaderni del Carcere*. Turim: Einaudi, v. 2.
- Gramsci, A. (2007c). *Quaderni del Carcere*. Turim: Einaudi, v. 3.

- Gramsci, A. (2012). *Come va il tuo cervellino?*. Roma: L'orma.
- Guerrero, R., et al. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex*, 53(supl. 2), 144-155.
- Hoffmann, J. B. (2021). *Dimensão ética da educação superior nos cursos de graduação da área da saúde: construindo uma teoria fundamentada nos dados* (Tese de Doutorado). Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Odontologia – UFSC.
- Hoffmann, J. B., & Finkler, M. (2018). Ethical problems in a Municipal Health Council: necessary confrontations for participatory culture. *Espacios*, 39(37), 7.
- Irineu, B. A., et al. (2021). Crise do capital e pandemia: impactos na formação e no exercício profissional em serviço social. *Temporalis*, 21(41), 7-18.
- Jurberg, C., Oliveira, E. M., & Oliveira, E. S. G. (2014). Capacitação para quê? O que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 4513-4523.
- Labra, M. E., & Figueiredo, J. S. A. D. (2002). Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 537-547.
- Lavalle, A. G. (2016). Participação, (des)igualdade política e democracia. In L. F. Migual (Org.), *Desigualdades e democracia: o debate da teoria política* (pp. 171-202). São Paulo: Ed. Unesp.
- Lima, R. C. G. S., et al. (2016). Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2791-9.
- Mendonça, D. (2016). Democracia e desigualdade: pós-estruturalismo. In L. F. Miguel (Org.), *Desigualdades e democracia: o debate da teoria política* (pp. 323-363). São Paulo: Ed. Unesp.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento* (14a ed.). São Paulo: Editora Hucitec.
- Muiser, J., Sáenz, M. R., & Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Nicaragua. *Salud Publica Mex*, 53(supl. 2), 233-242.
- Orozco-Núñez, E. (2009). Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la Vida. *Salud pública Méx*, 51, 104-113.
- Rathe, M., & Moliné, A. (2011). Sistema de salud de República Dominicana. *Salud Publica Mex*, 53(supl. 2), 255-264.
- Semeraro, G. (2011). A “utopia” do Estado ético em Gramsci e nos movimentos populares. *Educ. Publ.*, 20, 465-480.
- Semeraro, G. (2006). Intelectuais “orgânicos” em tempos de pós-modernidade. *Cad. Cedes*, 26, 373-391.
- Semeraro, G. (2007). Da libertação à hegemonia: Freire e Gramsci no processo de democratização do Brasil. *Rev. Sociol. Polit.*, 29, 95-104.
- Silva, D. (2006). *Desafios sociais da gestão integrada de bacias hidrográficas: uma introdução ao conceito de governança da água*. In Congrès de l'ACEFAS, 74. UniversitéMcGill. Montreal, Canadá.
- Soares, R. C., Correia, M. V. C., & Santos, V. M. (2021). Serviço Social na política de saúde no

enfrentamento da pandemia da covid-19. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, 140, 118-133.

Vieira, C. E. (1999). Cultura e formação humana no pensamento de Antonio Gramsci. *Educação e Pesquisa*, 25, 51-66.

Zoboli, E. L. C. P. (2013). Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Rev. Bioét.*, 21, 389-96.

## CAPÍTULO 12

# DESAFIOS ÉTICO-CULTURAIS VIVENCIADOS EM UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Juliara Bellina Hoffmann  
Leandro Ribeiro Molina  
Mirelle Finkler

As dificuldades na consolidação de uma cultura de participação passam por desafios da construção de um ideal de cidadania que possa ser compartilhado em um mundo de intencionalidade econômica globalizada e moralmente plural. Em momentos em que o próprio Estado deixa de legitimar e incentivar o exercício pleno da cidadania participativa, cabe aos movimentos sociais e populares a resistência como forma de proteção aos direitos conquistados, porém nunca garantidos (Hoffmann & Finkler, 2017). A própria ruptura ideológica e intencional da educação para a práxis política democrática dificulta o desenvolvimento do “ser cidadão” e da construção da cultura participativa (Oliveira & Bianchini, 2017). Essa construção cultural, enquanto exercício de direitos e deveres na busca de uma causa comum para com toda a sociedade, é a própria razão de ser da civilidade (Cortina, 2005).

No Brasil, o direito da sociedade civil de expressar seus interesses, pressionando, fiscalizando e acompanhando as ações do Estado no âmbito das políticas públicas de saúde instituiu-se na participação cidadã por meio do controle social nos Conselhos de Saúde – instâncias participativas do Sistema Único de Saúde (SUS). O controle social vem, então, constituir-se como espaço de empoderamento social e estímulo à participação política na sociedade, com

finalidade de promover acesso aos bens e serviços essenciais ao bem-estar coletivo (Araujo et al., 2023). Assim, inclui-se o indivíduo como ser autônomo capaz de decidir sobre seu destino e, sobretudo, responsabilizar-se sobre o que lhe é, constitucionalmente, de direito (Brasil, 2006).

O controle social, mesmo em suas discussões técnicas e legais, também é espaço de desenvolvimento de questionamentos e reflexões sobre as próprias construções culturais da sociedade, devendo objetivar o bem comum. A necessidade de reflexão sobre as questões morais que o permeiam fica explícita ao se contrastar os objetivos individuais daqueles que exercem sua cidadania com os objetivos da comunidade que representa (Cortina, 2005).

Do choque entre valores morais distintos que ocorrem neste contexto, surgem os problemas éticos da participação social no SUS. São de difícil enfrentamento, pois prescindem da análise usual e dilemática do certo ou errado, ou da análise a partir de uma perspectiva simplesmente jurídica. Necessitam de uma análise problematizadora que busca perceber as diversas soluções possíveis e encontrar, dentre elas, a que se coloca como mais responsável e prudente (Gracia, 2014; Finkler, 2021), mas esta perspectiva de análise dos problemas éticos tem sido pouco explorada no Brasil (Hoffmann & Finkler, 2018).

A pouca atenção que se tem dispensado na análise dos problemas morais produzidos no âmbito do SUS – a exemplo do pouco que se tem investido na educação em valores enquanto uma dimensão essencial da educação profissional em saúde (Finkler et al., 2010; Finkler, Caetano & Ramos, 2011; 2013) – tem levado à formação de profissionais com pouca experiência na resolução de problemas éticos tanto na prática do cuidado em saúde como na construção democrática do SUS. Ademais, pesquisas que têm se debruçado sobre os problemas éticos provenientes das relações cotidianas da Atenção Básica (Zoboli & Fortes, 2004; Lima et al., 2009; Silva, Zoboli & Borges, 2006; Zoboli, 2010; Amorin & Souza, 2010; Molina, Hoffmann & Finkler, 2020; Gomes, Zoboli & Finkler, 2019) não têm abordado a temática da participação social em saúde.

Este texto aborda uma parte do trabalho de Hoffmann (2015) que buscou compreender os problemas éticos produzidos a partir das vivências de usuários, gestores e trabalhadores a partir de suas práticas enquanto conselheiros de saúde. A análise visou compreender esses problemas éticos a partir de uma perspectiva da construção cultural, sendo esta percebida enquanto espaço de invenção coletiva de símbolos, valores, ideias e comportamentos capazes de fomentar ou estimular uma cultura de cidadania (Chauí, 1995).

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa – previamente aprovada por um Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/UFSC n.º 539.891/2014). Se configurou como estudo de caso único, realizado em cenário caracterizado como o de um município de médio porte na Região Sul do Brasil. A coleta de dados consistiu na análise documental das atas publicamente disponíveis, durante um ano de reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS), abarcando duas gestões. Também foram analisados regimentos e documentos legais. Antes de findar-se esta etapa, sistematizou-se um diário de campo a partir dos dados registrados durante a observação não participante de cinco reuniões mensais da plenária do CMS e de uma reunião de sua Câmara Técnica.

Estas etapas proporcionaram a elaboração de um roteiro de entrevista semiestruturado, que foi avaliado por dois especialistas em metodologias qualitativas e pré-testado. Este roteiro continha um relato de uma reunião do CMS, permeado por problemas éticos, cujo objetivo era ter uma compreensão inicial da sensibilidade dos conselheiros entrevistados sobre essas questões morais. Foram realizadas 12 entrevistas gravadas em áudio. A fim de manter uma proporção equivalente da amostra com os três eixos de representações nos Conselhos de Saúde, entrevistou-se três conselheiros representantes de gestores e de prestadoras de serviço (G), três representantes de trabalhadores da saúde (T) e seis representantes de usuários do SUS (U). O corpus de dados foi composto então por entrevistas, diário de campo e atas, e analisado de acordo com a Análise de Conteúdo Temática e com emprego do software Atlas.ti® 7.1.8. Após a análise dos dados, identificaram-se categorias temáticas, denominadas de “Dimensão Política”, “Dimensão Pedagógica” e “Dimensão Cultural”.

Neste capítulo, pretende-se apresentar um recorte específico relacionado aos resultados relativos à “Dimensão Cultural”, os quais foram agrupados em três subcategorias: a “Desafios da representação” que reúne os problemas éticos advindos das dificuldades de apropriação do modo de exercício político deste espaço; a subcategoria “Sentimento de pertencimento comunitário”, aglutinando os problemas relativos às questões motivacionais e de interesse do conselheiro; e a de “Construção e implementação de projetos de interesse comum”, que evidencia as dificuldades de operacionalização deste espaço democrático. Estas subcategorias, suas caracterizações culturais e os problemas éticos a elas vinculados podem ser visualizados no Quadro 1.

**Quadro 1.** Dimensão cultural: categorias temáticas e problemas éticos identificados

Subcategorias	Problemas éticos	Características
<b>Desafios da representação</b>	Autorrepresentação	Dificuldade de compartilhamento de valores
	Desinteresse das bases representativas	
	Distanciamento de posições entre base e representante	
	Representação dos usuários	
<b>Sentimento de pertencimento comunitário</b>	Omissão nos processos decisórios	Dificuldade de estabelecer uma moralidade cívica
	Pouco incentivo à participação da sociedade	
	Olhar privatista e tecnocrático (colonialidade)	
<b>Construção e implementação de projetos de interesse comum</b>	Demandas condicionadas às obrigatoriedades legais	Dificuldade de realização dos valores normatizados no SUS
	Construção incipiente de políticas de saúde	
	convivência frente à mecanismos de instrumentalização do Conselho	
	Baixa governabilidade do controle social	

Fonte: os autores

## Desafios da representação

Os problemas éticos agrupados nesta subcategoria apresentaram como característica dificuldades na aproximação e no compartilhamento de valores presentes na relação entre conselheiros, destes com suas bases representativas

e com a sociedade. Os resultados evidenciaram que, ao refletirem sobre seu processo de decisão nas reuniões plenárias, os conselheiros assumem desacreditar quanto à expressão de desejos, crenças e valores pessoais no CMS. Quando estas preferências pessoais se destacam, este processo é enfatizado como uma “autorrepresentação”:

[...] não adianta eles dizerem que eles representam a sociedade, que representam os usuários, não representam. Cada um toma decisão a partir do que considera correto [...] pra mim é um modelo ruim, não funciona pra representar a sociedade (G2).

[...] eu acho que ele tem que saber que ele não se autorrepresenta, eu acho que é isso que ele tem que saber (U4).

As dificuldades provenientes da compreensão do que é representação e o que é autorrepresentação se fortalecem no distanciamento existente entre a entidade a qual pertence à vaga no CMS e o conselheiro a ela delegado, evidenciado, principalmente, “desinteresse das bases representativas”:

*[...] o que existe é assim, determinado segmento não consegue levar pra comunidade aquilo que ocorre dentro do conselho (U1);*

*[...] normalmente não há uma aproximação entre a instituição e o seu representante. Eu, por exemplo, posso falar qualquer bobagem, que a instituição não vai ficar sabendo (U2).*

Os conselheiros apontam que este vácuo comunicativo é um problema fomentado pelo próprio desinteresse da entidade em conhecer o que acontece no CMS:

*[...] existe uma falha. Eu sei dos meus deveres como conselheiro, mas eu só tive oportunidade uma vez só de me reportar a minha entidade, quando eu fui apresentado como representante [...] eu reclamei, mandei e-mail [...] eu estou há dois anos e eu não pude dar um relatório (U5).*

A inclusão das bases e da comunidade não significa somente ser representado. Este é um equívoco da cultura democrática representativa. Incluir exige também aproximação, troca e construção (Yúdice, 2008). O desinteresse das instâncias de base em estabelecer uma relação com os conselheiros revela um distanciamento institucional, das entidades, e comunitário, dos usuários, correspondendo à realidade cultural brasileira ainda desacostumada a participar e pouco consciente do seu poder transformador. A dificuldade da sociedade em se organizar e reivindicar direitos a torna vulnerável e sujeita a uma gestão que pode ser pouco permeável às necessidades da população (Rocha et al., 2021).

Assim como o pouco ou ausente compartilhamento entre conselheiro e base representativa se coloca como problema ético, também, quando há proximidade entre base e representação, evidenciam-se problemas provindos do distanciamento de posições entre base e representante, ou seja, entre as instituições de representação e as crenças e valores pessoais dos conselheiros:

*eu, às vezes, me sinto um pouco tolhida, no sentido de que eu estou como representante da gestão e algumas situações acontece das pessoas lá fazerem uma discussão contrária à gestão [...] eu fico no meio, as vezes até concordo com o que está sendo discutido [...] é um pouco pesado essa representatividade (G1).*

O último problema ético desta subcategoria se refere à representação dos usuários. No conselho analisado, aos conselheiros representantes do segmento dos usuários é atribuído o papel de defesa dos interesses de toda a sociedade, o que, no caso do controle social, traduz-se nos usuários do SUS. Sendo assim, um problema ético foi a ocupação das vagas correspondentes aos usuários do SUS por conselheiros que não são considerados parte deste grupo:

*Às vezes ele vem como usuário, mas não é nem usuário do sistema, então pelo menos que ele seja usuário do sistema, pelo menos isso, e aí sim, aí ele já viveu, já teve possivelmente recusas de atendimento, então ele tem essa vivência individual (G2).*

Da mesma forma como muitos conselheiros se posicionam sob esta égide, muitos refutam este argumento:

*Eu não utilizo o sistema não, porque assim, o fato de eu não usar não quer dizer que eu não tenha que brigar pela qualidade dele, eu represento o bairro e as pessoas utilizam, então você tem que discutir o funcionamento e a qualidade dos atendimentos (U3).*

Neste contexto, evidenciou-se a necessidade da participação social para além de uma valoração idealizada de um “nós” usuário, compreendendo que esses usuários se caracterizam de forma diversificada e que a sua diferença não diminui sua coesão social. Construir diálogo valorizando a multiculturalidade permite novos modos de pensar e fazer a saúde (Mendonça, Alves & Spadacio, 2022). É justamente essa contribuição diversificada que é capaz de provocar mudanças estruturais a partir de um objetivo em comum. Quando os segmentos representativos não se percebem como parceiros na construção e qualificação do SUS, vigora o descompromisso capaz de originar outros problemas, dentre eles a própria fragmentação já relatada como problema ético entre as equipes de atenção primária (Marin & Ribeiro, 2018) e que pode ser percebida na falta de companheirismo e colaboração entre os segmentos representativos do CMS.

Na falta de um projeto comum de cidadania e de sociedade a defender, os conselheiros acabam delegando ao representante do segmento dos usuários toda a responsabilidade de defesa do SUS e representação da comunidade. Assim, não caberia significar a representação no CMS a partir da defesa de um segmento (usuário, gestão ou trabalhadores e entidades), mas há que se identificar o que lhes pode ser compartilhado, pois estes segmentos que compõem o CMS são escolhidos para representar a população municipal como um todo na busca pelo aprimoramento do SUS (Brasil, 2003).

Nesta subcategoria de análise foi possível perceber as dificuldades no estabelecimento de um compromisso comum entre conselheiros, bases representativas e sociedade, dificuldades condizentes com o regime democrático representativo (Miguel, 2017), uma vez que os problemas éticos

vinculados à representação dos conselheiros evidenciaram conflitos de valores que se fundamentam na concepção equivocada do consenso enquanto condição da representação democrática.

Em sociedades pluriculturais há necessidade de se aprender a representar em contexto de diversidade. Os problemas éticos apresentados indicam a necessidade de desenvolver propostas a partir de um dissenso compartilhado (Otte & Glenen, 2019), de compreender e lidar com as diferenças morais. Assim, esta subcategoria agrupou os problemas referentes ao papel do conselheiro provenientes dos conflitos gerados entre ser condizente aos próprios valores morais ao mesmo tempo, em que se compartilha os valores da entidade de base e aos anseios da sociedade.

Há necessidade, então, de se desenvolver espaços de sociabilidade capazes de produzir na diversidade da realidade, ao mesmo tempo que busca transformá-la. Esses espaços de participação teriam a função não de substituir, mas de aprimorar as instituições representativas (Miguel, 2017). Paradoxalmente, como evidenciado nos problemas éticos, autorrepresentação e distanciamento de posição entre as bases e representantes, a suposta necessidade de consenso social a partir de uma “homogeneidade de ideias” pode diminuir o potencial da representação democrática ao gerar mais conflitos que soluções (Yúdice, 2008).

Assim como já evidenciado na atenção básica, faz-se primordial uma competência interpessoal, uma aptidão em lidar de forma eficaz com as outras pessoas (Marin & Ribeiro, 2018). Para que a construção coletiva tenha resultados práticos, a ação representativa deve ir além da supressão dos valores individuais pelos coletivos, as decisões a serem tomadas devem partir de uma articulação entre morais, capaz de aproximar representantes e representados. A representação legitimada pela participação ativa dos grupos e organizações sociais (Luchmann, 2011) não significa, no entanto, uma inibição de subjetividade dos conselheiros. Para Campos (2013) a subjetividade estimulada dos sujeitos pode auxiliar sua capacidade de análise e intervenção, tirando-os da posição de um mero executor de interesses e desejos impostos

externamente a ele, mas capacitando-o na leitura crítica da sociedade em que vive. Essa valorização do sujeito é ainda pouco estimulada no CMS, onde as decisões autônomas passam a ser visualizadas como autointeressadas, ou mesmo desvinculadas das bases, por vezes incutindo preocupação em se colocar e decidir enquanto conselheiro.

Uma atuação legítima nos moldes atuais da democracia de “representação por meio de associações” requer uma redistribuição das responsabilidades dessa representação, fugindo do antigo pressuposto de passividade de qualquer um dos lados dessa relação (Young, 2006 apud Luchmann, 2011, p. 137). É essa capacidade de se relacionar de forma dialética e de articular com suas bases representativas seus valores individuais e coletivos, que leva ao cumprimento do papel do conselheiro na formulação de estratégias e diretrizes e no acompanhamento ininterrupto da execução de políticas, conectando-as com os direitos e necessidades dos seus segmentos (Brasil, 2002).

## **A construção de um sentimento de pertencimento comunitário**

A subcategoria “Sentimento de pertencimento comunitário” tem como característica a dificuldade de definição de uma moralidade cívica capaz de mobilizar engajamento e guiar as tomadas de decisões (Hoffmann & Finkler, 2017), agregando os problemas referentes às dificuldades deste espaço de participação gerar sentimento de pertencimento nos conselheiros. Para Cortina (2005) existe uma dificuldade de sociedades pós-industriais gerarem em seus membros um sentimento de pertencimento que os faça trabalhar em conjunto pelo bem comum. Apesar do conceito de cidadania ter sido criado no âmbito político, há uma dimensão cidadã que é afetada por demais esferas sociais, como a econômica e a privada, sendo necessário, portanto, incluí-las na responsabilidade do participar cidadão.

Um primeiro problema ético nesta subcategoria se refere à falta de posicionamento (omissão) de conselheiros frente aos processos deliberativos do CMS:

*Olha não dá nem de dizer que eu me sinto contemplada nas discussões do CMS, ou que eu me enxergo dentro das decisões finais, porque eu fico num papel meio de espectadora. Embora eu seja conselheira, tenha voz no conselho [...] eu acabo muitas vezes contemplando o que foi colocado em discussão meio sem uma opinião própria, sabe? [...] tem horas assim que a minha posição de neutralidade é a mais confortável [...] talvez não seja a mais correta, mas é a mais confortável (G1).*

*desses conselheiros que tem nossos aqui hoje, tem três, quatro, que vão pro embate, o restante entra mudo e sai calado. Isso quando não dorme na reunião inteira (U6).*

A representação democrática no Brasil traz uma legitimação política ancorada na ideia de que “as decisões políticas devem ser tomadas por aqueles que estarão submetidas a elas por meio do debate público” (Luchmann, 2011, p. 130). Quando o SUS incorpora este modelo de participativo por meio do Controle Social, tem como objetivo materializar um espaço em que a sociedade pudesse pressionar, fiscalizar e acompanhar as ações do Estado (Batagello, 2011), porém seu simples estabelecimento não tem garantido a qualidade da participação social, mesmo porque, não havendo interação, torna-se difícil haver um compromisso com o resultado (Franco, Bueno & Merhy, 1999). Essa questão é denotada no problema ético da falta de posicionamento e omissão dos conselheiros durante as assembleias do CMS. De acordo com Luchmann (2011) quando se analisam de fato os espaços participativos, como conselhos gestores, a realidade deixa transparecer situações bem diferentes do desejado “engajamento cívico”, e o que se encontra é uma quantidade reduzida de indivíduos efetivamente ativos.

A participação social passa pelo envolvimento, pelo diálogo, pela implicação no processo decisório, em que a omissão desqualifica o controle social. Ela pode ser reforçada pela falta de estímulo aos setores reconhecidos e mesmo os não institucionalizados pelo Estado. Perde-se, assim, o potencial de pressionar os poderes políticos (interno e externamente) a se difundirem, ampliando a ação tradicional dos movimentos sociais e perpetuando o

importante papel de “tornar a democracia, por assim dizer, mais democrática” (Stolz, Franckini & Kyrillos, 2011, p. 196).

A ocupação da vaga de conselheiro sem uma efetiva participação e contribuição no espaço deliberativo se soma ao pouco incentivo à participação da sociedade neste espaço instituído como lócus de cidadania:

*insistir nas divulgações perante as comunidades [...] mobilizar mais as comunidades para ter maior número de pessoas para gerar o interesse futuro de ser conselheiro (Ata02; G4).*

Neste sentido, o pouco incentivo à participação denota a fragilidade da construção identitária do conselheiro de saúde, perdendo potencialidade no estímulo a uma cultura participativa. Seria necessário que os conselheiros compreendessem que a ampliação das oportunidades de participação pode levar à própria ampliação da qualidade dessa representação (Miguel, 2017).

Por fim, a questão ética relacionada ao domínio do olhar privatista e tecnocrático sobre as decisões do Conselho – baseado numa visão “norte-americanizada” ou “eurocentrada” de interpretação do mundo, foi evidenciado como um limitante do Controle Social do SUS:

*Por que o serviço público da Dinamarca funciona e aqui não funciona? Aqui tem o deboche da própria sociedade civil “ah isso aí é serviço público, é assim mesmo”, entendeu? É isso que eu tô dizendo, se é serviço público eu quero serviço de qualidade! Enquanto a sociedade não incorporar isso, vai ser a mesma coisa sempre (U3);*

*[...] sabe, não dá, eu não consigo admitir que “ah porque é de graça”, não é de graça, tem que começar a botar na cabecinha dessa gente, cheia de caraminhola, que é pago, sai do bolso de todo mundo (U6).*

Outra marca da colonialidade evidenciada nos dados foi a supervalorização da tecnologia dura como condição única de cuidado e saúde:

*[...] às vezes eu penso que quando se discute saúde eles estão discutindo só o atendimento nos centros de saúde [...]. Não vi o*

CMS ter uma relação com a questão da saúde preventiva [...] como que é a qualidade de água e saneamento? Como que é qualidade da habitação dessas pessoas que são atendidas aqui? [...] não vai dar certo, discutir só o atendimento à saúde (U3);

*a população não está acostumada num sistema Brasil de assistencialismo, nós somos um país assistencialista né, onde a gente contribui, a gente paga e acha que vem de graça (T1).*

O problema ético do domínio do olhar privatista e tecnocrático deve ser analisado a partir da construção histórica da sociedade brasileira em que, sob a égide da Constituição “Cidadã” buscou-se, no Brasil pós-ditatorial, uma cidadania amplamente baseada em direitos. Apesar desse avanço sobre o reconhecimento das opressões e discriminações socioculturais, ainda não se dá o devido valor às reflexões acerca das desigualdades sociais e às raízes históricas do processo de colonização, responsáveis por articularem diversas formas de dominação (Scherer-Warren, 2011). As diferentes dominações, muitas das quais, reproduzidas pelos órgãos públicos, têm sido estudadas como resultados da colonialidade, produzindo estruturas culturais, políticas e ideológicas embutidas da visão “eurocentrada” de interpretação do mundo (Nascimento & Garrafa, 2011).

Esse olhar eurocêntrico recai sobre a Atenção Primária em Saúde (APS) que, ao produzir cuidado a partir de tecnologias leves, acaba sendo descolada do considerado mundo desenvolvido, moderno, tecnológico, que impera como um ideal a ser alcançado onde, sob este pilar, tudo que não é moderno é visto como não civilizado, retrógrado, que precisa ser educado, melhorado, desenvolvido. “Há uma quase natural afirmação da inferioridade de quem não é marcado pela modernidade” (Nascimento & Garrafa, 2011, p. 290).

Esse pensamento colonialista impôs (e ainda impõe) padrões morais, econômicos e políticos marcados pelo acúmulo de poder, capital e saber científico, colocando os produzidos como desiguais, como bárbaros a serem “generosamente” salvos pela modernidade. Esses padrões ideológicos respingam em todas as formas de socialização, incluindo o olhar sobre a saúde

pública (Mendonça, Alves & Spadacio, 2022) e que, por “desprestigiosamente” ser de todos, acaba não sendo de ninguém em especial: sem um valor de desejo intrínseco também não lhe é atribuído valor externo.

A colonialidade cultural impregna no signo do “público” a impressão de algo que é subalterno, antiquado e de baixa qualidade. Sem negar os diversos problemas existentes (muito dos quais advindos desse próprio descaso com o que é público), entende-se que essa colonização de ideias impute uma valorização negativa até em quem não utiliza a assistência direta da APS. Esse imaginário sendo reproduzido no próprio CMS é um problema ético na medida em que se propõe defender e valorizar um sistema público gratuito e de qualidade, que prima pela visão ampliada da saúde em meio ao imaginário popular, sob o signo da colonialidade. Para que os cidadãos se compreendam como parte integrante do SUS, este conflito de valores – individuais e coletivos, privatistas e públicos, preventistas e curativistas necessitam ser mais bem dialogados a partir do CMS e dali pulverizados.

### **Construção e implementação de projetos de interesse comum**

A terceira subcategoria reuniu os problemas éticos provenientes da dificuldade de se realizar na prática do controle social os valores e princípios normatizados no SUS. Esses problemas são evidenciados nas dificuldades de construção e implementação de projetos de interesse comum (Hoffmann & Finkler, 2017). A começar pela própria obrigatoriedade constitucional da presença desses conselhos nos municípios e sua vinculação ao repasse dos recursos da saúde da União para os municípios (Brasil, 1990), o que levou CMSs a estarem presentes em 97,3% dos municípios do país – uma abrangência bastante à frente da maioria dos conselhos municipais de políticas públicas (Brasil, 2012). Acontece que a garantia legal desses espaços de participação não os consolida como instâncias efetivas de Controle Social (Bravo & Correia, 2012).

O primeiro problema ético evidenciado foi o de demandas condicionadas às obrigatoriedades legais: “Tudo se resume a isso: o que vier é aprovado no final.

[...] Porque se não for aprovado não vem o repasse das verbas, e daí a gente fica amarrado” (T1).

*Isso acontece, como existe um prazo, o orçamento pode ser aprovado com ressalvas, na resolução que aprova o orçamento a gente coloca essa ressalva. Agora cabe à plenária cobrar se as ressalvas foram atendidas (U5).*

Tal situação, além de diminuir a efetividade do controle social no SUS, pode tornar os Conselhos de Saúde meros mecanismos de consentimento público às execuções do Estado (Bravo & Correia, 2012; Rocha et al., 2021). A ausência de oportunidades e o desestímulo estrutural de influir nas decisões plenárias podem levar a uma apatia dos conselheiros (Miguel, 2017), já evidenciada no problema ético da omissão nos processos decisórios.

A questão de aprovar as demandas (“porque tem que aprovar” como costumam dizer) auxilia na consolidação da instrumentalidade do CMS, evidenciando relações hierárquicas que reduzem o controle social a um espaço puramente governamental (Hoffmann & Finkler, 2018). Esta realidade posiciona os conselheiros em um papel de consentimento ativo às ações do Estado e dificulta a elaboração de estratégias da política de saúde (Rocha et al., 2021, Araujo et al., 2023).

Essa condição engessa a função de formulação e proposição de projetos de interesse comum pelo Controle Social, que por vezes parece mais um controle do Estado do que sobre ele próprio. Apesar da constatação da grande maioria dos conselheiros quanto a pouca eficiência do CMS, pouco se pôde perceber quanto à articulação de ações concretas para a mudança dessa condição, havendo quase que uma convivência de alguns conselheiros frente aos mecanismos de instrumentalização do Conselho.

Complementando os resultados provenientes da dificuldade de deliberar sobre demandas atreladas a repasses financeiros ou mesmo demandas para além das obrigatoriedades legais, estão os problemas éticos acarretados pela ausência de construção e consistência na proposição de políticas de saúde no espaço do Conselho:

*a gente vê muita discussão de que “ah passa pelo CMS, é aprovado mas depois não retorna”, isso é uma verdade, não se tem uma apresentação periódica de cada projeto apresentado e aprovado (T1);*

*na parte política a gente observa que um sempre responsabiliza o outro, um poder responsabiliza o outro, então “não tem isso porque o Estado não participa”, ou “não tem aquilo, porque o MS não repassou” (T1).*

As dificuldades de efetividade do CMS em estabelecer ações concretas de transformação social torna a democracia representativa pouco atrativa para a participação cidadã (André et al., 2021), ao mesmo tempo que as necessidades e direitos sociais impõem às instituições públicas padrões de acesso, prestação, e avaliação que podem contradizer a capacidade de implementação dessas ações pelo Estado (Fleury, 2011). Essa relação entre o poder de transformação social esperado do Controle Social e a impossibilidade de uma maior governabilidade de suas ações consolidam o último problema ético encontrado.

Os dados apresentados nesta categoria reforçaram os problemas éticos da convivência frente aos mecanismos de instrumentalização do Conselho, reforçando a baixa governabilidade do Controle Social:

*Então fica sempre na mão daquele que executa os projetos e ele decide. E aí a gente fica meio que a mercê da sorte né, a única coisa é ter a convicção de que todos que estão ali estão pelo bem comum... então se todos estão ali por um bem comum, e vão decidir algo para todos, pra mim e pra todos, talvez seja confortável saber que foi aprovado e fim de papo, está sendo feito e foi aprovado (T1);*

*normalmente acontece isso, quando é demanda em cima da hora, põe as ressalvas, mas aprova... a ressalva nunca mais é vista. Isso é um outro ponto importante. Se a gente for ler as Atas da reunião de início do ano pra agora com certeza muita coisa a gente não retomou, e que a gente se comprometeu lá atrás, ou deixou uma ressalva... Pontualmente um conselheiro ou outro acaba lembrando (G3);*

*a gente usa muito a questão de pedir com ressalva a aprovação, só que dessas ressalvas nunca vem o retorno, só tem uma via, não tem via de mão dupla, é uma via só. Mesmo que seja aprovado com ressalva não tem um retorno das considerações feitas nas ressalvas (T1).*

A dificuldade de governabilidade dos conselheiros impede um dos objetivos do estímulo à participação popular (mesmo que representativa) de redistribuição do capital político, do estímulo à autonomia e da qualificação no diálogo (Miguel, 2017), o que, como já visto, desestimula à participação popular direta (André et al., 2021). Essa situação se assemelha aos problemas éticos vivenciados por profissionais da Atenção Básica ao relatarem os limites de sua atuação como mediadores de ações intersetoriais (Ribeiro, Gouvêa & Casotti, 2017).

A importância de fomentar uma cultura associativa e reivindicativa é apontada como um dos maiores entraves para a participação social (Rocha et al., 2021). Assim, os problemas de compreensão dos significados e efetuação da representação democrática, as relações sociais ainda pouco embasadas em um sentido de pertencimento comunitário e as dificuldades de construção de implementação de projetos de interesse comum estabelecem barreiras concretas no estímulo à participação democrática no Brasil. Esta problemática fortalece a necessidade basal do desenvolvimento do Controle Social no SUS como potencial de motivar os cidadãos a interferir no curso de sua saúde e da vida no coletivo.

## **Considerações finais**

Materializar a participação social sobre os alicerces da in experiência histórica, de um Estado que por vezes ainda enxerga a sociedade civil organizada como uma ameaça e em meio a uma economia estruturada no capitalismo neoliberal que nada tem a ganhar com o desacúmulo de capital (Chauí, 1995), é um grande desafio se o objetivo é a redução das desigualdades sociais em saúde e a democratização da sociedade. A participação social no

SUS tem potencial de responder dialeticamente às contradições das estruturas coloniais e patriarcais do capitalismo, e de algum modo, ao modelo médico privatista (Mendonça, Alves & Spadacio, 2022). Neste sentido, torna-se interessante consolidar uma cultura baseada em valores justificadores da participação cidadã e do Controle Social – como o diálogo e a solidariedade – para de fato efetivar a uma política democrática (Hoffmann & Finkler, 2017).

São as diferentes pressões e exigências exercidas em espaços coletivos, alinhadas aos distintos valores que acompanham as relações em sociedade, que podem servir como um antídoto para os poderes já estabelecidos e convenções enrijecidas. Este é o potencial da identificação dos problemas éticos nestes espaços coletivos, em que sua análise permite tencionar a lógica interna do controle social, uma vez que evidencia a necessidade de soluções dialógicas aos conflitos presentes. Essas transformações internas dos espaços políticos repercutem externamente, na vida em sociedade: uma retroalimentação positiva com potencial transformador, a medida em que é difundida e estimulada em todos os espaços sociais possíveis.

A democracia representativa pode ser um passo em direção à participação política cotidiana na sociedade, estabelecendo o empoderamento do cidadão na medida em que distribui capital político. Este processo participativo tem papel pedagógico essencial na vida da comunidade, na medida em que a participação por meio de mecanismos representativos pode ser capaz de qualificar o cidadão para a participação social direta.

Essa concretização da cidadania se dá no envolvimento dos indivíduos nas questões públicas, até que a dedicação somente aos assuntos privados não os contente mais. Este participar dos espaços políticos não tem sido capaz de gerar comprometimento a partir de sua compulsoriedade, mas ganha potência ao ser fundamentado em um sentimento de pertencimento desses cidadãos a uma comunidade, dotando-os de interesse comum capaz de levar a projetos de interesse coletivo.

## Referências

- Amorim, A. G., & Souza, E. C. F. D. (2010). Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. *Ciênc. saúde coletiva*, 15, 869-878.
- André, A. N., et al. (2021). Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. *Saúde em Redes*, 7(2).
- Araujo, B. O., et al. (2023). Atuação do controle social para a garantia do acesso à saúde como direito. *REAS*, 23(7).
- Batagello, R., Benevides, L., & Portillo, J. A. C. (2011). Conselhos de Saúde: controle social e moralidade. *Saúde Soc.*, 20(3), 625-634.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2002). *Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2003). *Resolução nº 333*. Estabelece as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. (2006). *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2012). *Perfil dos municípios brasileiros*, 2011. Rio de Janeiro: IBGE.
- Bravo, M. I. S., & Correia, M. V. C. (2012). Desafios do controle social na atualidade. *Serv. Soc.* (109), 126-150.
- Campos, G. W. S. (2000). *Um método para análise e cogestão de coletivos*. A construção do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método em roda. São Paulo: Hucitec.
- Chauí, M. (1995). Cultura política e política cultural. *Estud. av.*, 9(23), 71-84.
- Cortina, A. (2005). *Cidadãos do mundo: para uma teoria de cidadania*. São Paulo: Loyola.
- Da Silva, L. T., Zoboli, E. L. C. P., & Borges, A. L. V. (2006). Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. *Cogitare Enfermagem*, 11(2).
- Finkler, M. (2021). A Deliberação Moral: método para uma Bioética da Responsabilidade. In: Finkler, M. (org.). *Aprendendo a deliberar: fundamentos e método aplicados na disciplina de bioética da responsabilidade*. Florianópolis: UFSC.
- Finkler, M., Caetano, J. C., & Ramos, F. R. S. (2011). A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. *Ciênc. saúde coletiva*,

16, 4481-4492.

- Finkler, M., Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. *Ciênc. saúde coletiva*, 18, 3033-3042.
- Finkler, M., Verdi, M. I. M., Caetano, J. C., & Ramos, F. R. S. (2010). Formação profissional ética: um compromisso a partir das diretrizes curriculares? *Trabalho, Educação e Saúde*, 8(3), 449-462.
- Fleury, S. (2011). Direitos sociais e restrições financeiras: escolhas trágicas sobre universalização. *Ciênc. saúde colet*, 16(1), 18-30.
- Gomes, D., Zoboli, E. L. C. P., & Finkler, M. (2019). Problemas éticos na saúde bucal no contexto da atenção primária à saúde. *Physis*, 29(2), e290208.
- Gracia, D. (2014). La deliberación como método de la bioética. In: Porto, D. et al. (Org.). *Bioética: saúde, pesquisa e educação*. Brasília: CFM/SBB.
- Hoffmann, J. B. (2015). *Ética e controle social no SUS: problemas vivenciados por conselheiros municipais de saúde*. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Curso de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Hoffmann, J. B., & Finkler, M. (2017). A participação social no Sistema Único de Saúde à luz da teoria da cidadania de Adela Cortina. *Rev. Bras. Bioética*, 13, 1-18.
- Hoffmann, J. B. (2018). Problemas éticos em um Conselho Municipal de Saúde: enfrentamentos necessários para uma cultura participativa. *Revista ESPACIOS*, 39(37).
- Lima, A. C., Morales, D. A., Zoboli, E. L. C. P., & Sartório, N. A. (2009). Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. *Cogitare Enfermagem*, 14(2).
- Luchmann, L. H. H. (2011). Associativismo civil e representação democrática. In: Scherer-Warren, I.; Luchmann, L. H. H. (Orgs). *Movimentos sociais e participação: abordagens e experiências no Brasil e na América Latina* (pp. 115-140). Florianópolis: Ed. da UFSC.
- Marin, J., & Ribeiro, C. D. M. (2022). Problemas e conflitos bioéticos na prática em equipe da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bioética*, 26(2), 291-301.
- Mendonça, M. H. M., Alves, M. G. M., & Spadacio, C. (2022). Determinação Social da Saúde e Participação Social na APS. *APS em Revista*, 4(1), 54-60.
- Miguel, L. F. (2017). Resgatar a participação: democracia participativa e representação política no debate contemporâneo. *Lua Nova*, 100, 83-118.
- Mínayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento* (14. ed.). São Paulo: Hucitec.
- Molina, L. R., Hoffmann, J. B., & Finkler, M. (2020). Ética e assistência farmacêutica na atenção básica: desafios cotidianos. *Revista Bioética*, 28(2), 365-375.
- Nascimento, W. F., & Garrafa, V. (2011). Por uma Vida não Colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saúde Soc.*, 20(2), 287-299.
- Oliveira, M. A. T., & Bianchini, P. (2017). Educação política no Brasil e na Itália: duas histórias, muitos problemas comuns. *Hist. Educ.*, 21(52), 274-294.

- Rocha, D. S., et al. (2021). A patologia da representação: participação social e representatividade no Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco/Acre. Research, *Society and Development*, 10(15).
- Scherer-Warren, I. (2011). Para uma abordagem pós-colonial e emancipatória dos movimentos sociais. In: Scherer-Warren, I.; Luchmann, L. H. H. (Orgs). *Movimentos sociais e participação: abordagens e experiências no Brasil e na América Latina* (pp. 17-36). Florianópolis: Ed. da UFSC.
- Stolz, S., Franckini, T. M., & Kyrillos, G. M. (2011). Participação e representações alternativas nas democracias contemporâneas: dois fenômenos, uma abordagem. In: Scherer-Warren, I.; Luchmann, L. H. H. (Orgs). *Movimentos sociais e participação: abordagens e experiências no Brasil e na América Latina* (pp. 171-200). Florianópolis: Ed. da UFSC.
- Zoboli, E. L. C. P. (2010). Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, São Paulo, Brasil. *Atención primaria*, 42(8), 406-412.
- Zoboli, E. L. C. P., & Fortes, P. A. D. C. (2004). Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1690-1699.

## CAPÍTULO 13

# INFLUÊNCIAS DOS TROTES UNIVERSITÁRIOS NA DIMENSÃO ÉTICA DA EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE<sup>4</sup>

Neusa Maria Kuester Vegini  
Mirelle Finkler

Os processos formativos profissionais na área da saúde têm historicamente reproduzido o modelo médico-assistencial hegemônico de características individualistas e biologicistas, fortemente atrelado à mercantilização da saúde-doença, com uma tendência à medicalização dos problemas (Cutulo, 2006). A reorientação do modelo formativo tem sido uma preocupação importante, concretizada de diferentes maneiras, como, por exemplo, pela elaboração de Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da Área da Saúde em 2001/2002 e sua reelaboração nos últimos anos, e pela criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, que assumiu a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores, e da regulação profissional da área.

Dentro das inúmeras demandas desse processo, alguns autores alertam para a importância de se repensar a formação ética dos cursos de graduação, de modo a colaborar no desenvolvimento de profissionais e cidadãos

---

<sup>4</sup> Este capítulo é parte da dissertação de mestrado de Neusa Vegini (2016) intitulada *A dimensão ética da formação do profissional em saúde: um estudo a partir das representações sociais sobre o trote universitário*. A pesquisa foi realizada no âmbito das atividades do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

eticamente competentes e socialmente comprometidos com a transformação da realidade em direção a uma sociedade mais igualitária (Rego, 2003; Finkler & Ramos, 2017; Hoffmann, 2021). O processo de formação ética universitária compreende o desenvolvimento moral e a criação da própria identidade – pessoal, cidadã, acadêmica, de trabalhador da saúde e de profissional de saúde (Hoffmann, 2021) durante a formação acadêmica, que decorrem não apenas do currículo formal, mas também de um currículo “oculto”, composto pelas diferentes vivências, relações intersubjetivas e modelos profissionais com os quais os estudantes se deparam no processo de socialização profissional (Finkler, Caetano & Ramos, 2013).

Socialização é o processo que ocorre quando um indivíduo incorpora os modos de vivência do mundo ao seu redor. A socialização profissional é um tipo socialização secundária – a primária ocorre na infância, quando o mundo social é internalizado pela criança. A socialização secundária ocorre quando um adulto é iniciado em um novo contexto social, passando a compartilhar valores e aprender comportamentos. Assim, a socialização profissional passa pela aceitação de regras nas quais se manifestam controles próprios do grupo social ao qual se está vinculando, e que representam um teste de obediência do futuro profissional (Berger, 1986). Na maioria das organizações, o processo de socialização desvirtua os princípios e as metas que se pretendiam alcançar, produzindo um paradoxo ou conflito. Deste modo, é apontada como responsável por manter inalteradas a cultura e a estrutura das sociedades (Sell, 2006).

Rego (2003) estudou o processo de formação ética em Medicina e constatou problemas nos modos de formação que estariam transformando estudantes idealistas em profissionais arrogantes, indiferentes e voltados para o mercado, que valorizam mais o êxito financeiro e sua autopromoção do que o exercício da atenção e do cuidado em saúde. Finkler e Ramos (2017) investigaram o processo de formação ética em Odontologia, constatando um comprometimento pontual dos cursos por meio de ações isoladas e limitadas, algumas intencionais, outras nem conscientes, baseadas apenas no bom senso dos docentes e não como o resultado de uma ação coletiva planejada, como seria desejável.

Neste contexto, os trotes universitários são uma das primeiras vivências acadêmicas de muitos estudantes. Trata-se de uma série de atividades de recepção, preparadas pelos veteranos ou, ainda, por comitês específicos, compostos por docentes e estudantes. Podem ser compreendidos como um rito de passagem às avessas, caracterizado pela violência psíquica (e, frequentemente, física também), explicado como tradição, brincadeira e integração (Zuin, 2002).

Vegini (2016) evidenciou que as representações sociais dos trotes os apresentam sob diferentes “faces”: sob uma perspectiva cooperativa, o trote é representado como brincadeira e felicidade, confraternização e amizade, integração e participação, acolhimento e recepção. Sob uma perspectiva de violência, são representados como agressão, submissão e rito de passagem. Neles, os novos estudantes desempenham papéis. Podem não participar, mas se rejeitarem, também poderão ser rejeitados pelo novo grupo. Sob uma perspectiva sociológica, indivíduos tendem a aceitar os papéis que a sociedade ou, no caso, os veteranos lhe atribuem porque desejam fazer parte dela. Ainda que cheguem com muitas expectativas e idealismo em um grupo, os recém-ingressos são cobrados a cumprirem determinados papéis, incorporando a identidade que lhes é atribuída e socialmente reconhecida (Vegini, Finkler & Ramos, 2019).

Problemas éticos são questões que envolvem conflitos de valores que demandam análise e resolução. Chamam-se de conflitos justamente porque exprimem a ideia da colisão de diferentes valores entre si em situações concretas, demandando uma tomada de decisão sobre o que se deve ou não fazer (Gracia, 2010).

Este texto apresenta os resultados de uma pesquisa (Vegini, 2016) que investigou como a instituição universitária, seus docentes e discentes vêm lidando com o trote/recepção e se os estudantes e professores vivenciam ou percebem a possibilidade de ocorrerem problemas éticos nos trotes/recepção, a fim de analisar suas possíveis influências na dimensão ética da formação dos estudantes.

## **A pesquisa**

Trata-se de pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, que teve como cenário de estudo uma Universidade Federal situada no Sul do Brasil,

onde a ação de trote persiste, apesar de ter sido proibida há quase 30 anos. Após aprovação ética do projeto de pesquisa (CEPSH/UFSC n.º 553685), a pesquisadora entrou em campo no início de um semestre letivo, acompanhando a movimentação própria da época de recepção das turmas ingressantes por meio de observação não participante. Foram coletadas informações nas secretarias dos cursos a respeito de eventos e aulas de recepção aos calouros, bem como a localização dos Centros Acadêmicos, a fim de permitir o encontro com possíveis participantes da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, guiada por roteiro previamente elaborado com perguntas abertas e de livre associação, registradas em mídia digital. Ao todo, foram 25 pessoas entrevistadas em quatro cursos e profissões: Enfermagem, Fonoaudiologia, Medicina e Odontologia. A seleção dos cursos/profissões foi feita a partir da caracterização do campo mediante conversa com o diretor do Centro Ciências de Saúde em relação ao histórico de trotes/recepção de cada curso.

A amostra foi composta por: 13 estudantes, sendo 7 “calouros” (C) e 6 veteranos (V), todos jovens, porque são a maioria na universidade; selecionados a partir da indicação dos próprios estudantes; 8 professores, sendo um gestor de cada curso de graduação (G), e outros 4, docentes (D), indicados pelos professores gestores que deram preferência àqueles que já haviam de alguma maneira trabalhado mais proximamente às práticas de trote/recepção; e 4 profissionais (P) atuantes nas referidas áreas da saúde, devidamente registrados nos conselhos profissionais, para que se pudessem analisar as RS de pessoas não ligadas diretamente à graduação e à formação profissional. Depois de codificar os participantes com letras para o sigilo das identidades, foi acrescentado um dígito para diferenciá-los.

Finalizada a coleta, as entrevistas foram transcritas integralmente para arquivos de texto digitais, e estes, levados ao software Atlas Ti para a realização de análise de conteúdo temática. Este processo resultou na construção de quatro categorias temáticas, a saber: representações sociais dos trotes; vivências; problemas éticos; e influências na formação profissional. Neste

texto, apresentam-se os resultados referentes às duas últimas categorias como foco central, e transversalmente, elementos da categoria “vivências”.

## Valores e problemas éticos presentes nos trotes

Considerando a perspectiva cooperativa dos trotes/recepções, representados socialmente como brincadeiras; felicidade; confraternização e amizade; integração e participação; acolhimento e recepção (Vegini, Finkler & Ramos, 2019), esta pesquisa pode identificar os valores presentes em tais práticas (Quadro 1).

**Quadro 1.** Valores presentes nas práticas de trote

VALORES	EXEMPLOS DE COMO OS VALORES ESTÃO PRESENTES
Respeito	(...) <i>hoje está mais organizado, <b>mais respeitoso</b>, está muito correto. Pelo menos o trote que eu sofri e que eu apliquei.</i> (V1)
Autonomia/ Liberdade	<i>Bastante gente participou do trote, mas também teve alguns que <b>optaram por não fazer</b>.</i> (C9) (...) <i>nós não éramos obrigados a participar.</i> (C8) <i>Até porque <b>quem não quisesse participar tinha esse direito</b>...</i> (V1)
Cuidado/ Proteção/ Prudência	<i>Não sei se é a visão que eu tenho pelo trote que eu apliquei, mas em 2010 eu fiz outro curso e o nosso trote foi muito diferente desse, todo o <b>cuidado que nós tomamos</b>, eles nunca tomaram...</i> (V1) <i>O papel dos professores é de serem <b>atentos e vigilantes</b>, e não permitir que os alunos veteranos atuem de forma hierarquicamente agressiva sobre os novatos, porque não há uma política de dominação dos veteranos sobre os novatos, isso não pode existir. Se houver, os professores e a administração da universidade devem interferir.</i> (G2)
Solidariedade	(...) <i>eles já têm isso como tradição, eles <b>doam sangue, juntam alimentos</b>, eles procuram fazer uma coisa positiva também.</i> (D4) (...) <i>trote solidário, eles tinham que trazer um alimento e depois nós <b>fazíamos uma campanha</b> para levar para uma instituição junto com os veteranos para fazer essa visita.</i> (P4)(negrito nosso)
Amizade e Inclusão	(...) <i>achou muito divertido como calouro e foi veterano e pintou todo mundo e <b>saiu amigo de todos eles</b>.</i> (D2) <i>Uma forma de acolhimento, no sentido de <b>você estar inclusa</b> naquilo, porque agora sua vida a partir dali é junto com eles. Eles já passaram por isso e agora estão te recebendo da mesma forma, <b>você agora faz parte deles</b>.</i> (C3) <i>Uma questão de apresentação, uma questão social, pode ser até uma festa, algo <b>para se conhecer, para eles te procurarem e te oferecer ajuda durante o semestre</b>...</i> (C2) (...) <i>é legal eles terem essa compreensão que é algo que <b>estamos fazendo para interagir, para conhecer a turma</b>.</i> (C1)

Alegria/ Prazer/ Diversão	<i>(...) brincadeiras de percurso com obstáculos, pegar bala em uma vasilha com farinha, morto-vivo, eles também recolhiam dinheiro no semáforo para uma futura festa, <b>mas foi bem prazeroso</b>, em minha opinião, é claro. (V4)</i>
---------------------------------	--

Os problemas éticos decorrem do fato de que todos os valores podem colidir entre si em situações concretas. Essa conflitividade nos demanda analisar como resolver tais conflitos de modo a salvaguardar cada um dos valores conflitantes o máximo possível (Gracia, 2010). Neste sentido, um primeiro conflito surge quando a realização do trote ocorre mesmo sendo proibido, desrespeitando, assim, regulamentos legais que representam e formalizam um acordo social prévio. As leis buscam justamente preservar mínimos morais quando a ética civil não foi capaz de promover a proteção de determinados valores. Deste modo, o desrespeito às leis implica em um desrespeito à própria cidadania, sempre que tais leis estejam moralmente atualizadas.

*[...] a legislação que proíbe, como muito de nossas legislações, acaba sendo ineficaz, porque é proibido, mas acontece. Eu acho que uma discussão da própria população universitária, de professores, estudantes, em cada curso, analisando essas práticas e pesquisando – como você está fazendo – o que essas práticas significam para as pessoas que se envolvem, e buscando outras formas de receber os calouros, seria muito mais salutar e produtivo do que o modo como acontece hoje... ou do que uma lei, porque se as leis não forem compreendidas e introjetadas, acaba que as pessoas não conhecem, não têm um resultado efetivo. (G1)*

Alguns participantes pareciam apoiar a proibição formalizada na resolução universitária e até se davam conta da impunidade:

*Eu acho que a universidade tem que se posicionar mais em dar advertências para as pessoas que aplicam esses trotes, porque é proibido, mas quase todos os cursos fazem e a universidade, a coordenação e o centro não se posicionam [...] porque se você sai sempre impune vai continuar sempre. (V3)*

Foi possível perceber também que alguns calouros desconhecem a proibição e que, mesmo aqueles que a conhecem, podem ser cooptados a participar ou podem não perceber que os mesmos ritos dos trotes são praticados sob o nome de “recepção” – atividade regulamentada pela mesma resolução que proíbe os trotes. Embora seu texto legal não defina nem caracterize o trote e as atividades a serem realizadas pelos Comitês de Recepção aos Calouros, evidencia a distinção entre eles pelas consequências que seriam resultantes de trotes e que resultam em proibição e punição: coação ou agressão física, moral ou qualquer outra forma de constrangimento, ou ainda atos lesivos à propriedade.

Portanto, embora se possa afirmar o que o respeito ao calouro está presente, ou melhor, está mais presente na prática do trote atualmente do que antes, sob uma determinada perspectiva (em relação ao calouro), também é correto afirmar que sob uma perspectiva comunitária ele não está presente, na medida em que a não observação da resolução universitária vai contra os valores/princípios/direitos que a mesma visa proteger: solidariedade, a responsabilidade social, ética e respeito aos direitos humanos. Se não há respeito aos deveres e direitos expressos nas leis, não há, também, respeito à democracia. É ela quem nos impõe o dever perfeito – “eu devo”, e não apenas o dever imperfeito da ética – “eu deveria” de agir segundo justiça, de respeitar as diferenças, proteger os mais vulneráveis e admitir os direitos do outro.

O valor da autonomia enquanto capacidade de consentir livremente com a participação nas atividades do trote/recepção foi mencionada por alguns participantes: “[...] quem não quer participar e não assinou o termo não participa. Isso é bem respeitado no curso, nós acompanhamos” (G2); “[...] no ano que fizemos nós montamos uma comissão da recepção de calouros, nós elaboramos um projeto com todas as brincadeiras, tinha termo de consentimento do que seria usado e feito, todas as etapas” (V3).

O emprego de um termo de consentimento para consentir com a participação no trote é uma prática que traz à tona algumas reflexões importantes: talvez reflita uma preocupação ética de se tentar assegurar a

preservação de todos, ou quase todos, os valores identificados nas atividades de trote, mas também pode refletir uma preocupação mais legal ou jurídica do que ética, para proteger veteranos e docentes, podendo inibir futuras queixas. Frente a isto, há que se perguntar: se todas as atividades de “recepção” fossem inquestionavelmente livres e respeitadas, haveria, mesmo assim, necessidade de formalizar o consentimento quando o mesmo não é exigido para participação nas demais atividades universitárias? Será que os desvalores vivenciados nas tradicionais práticas de trotes, ainda hoje, justificam esta conduta? Quais as chances que os calouros teriam de não assinar o termo, significa dizer, o quanto de fato estariam livres para decidir, na dependência tanto das condições concretas das práticas, quanto das possíveis consequências de discordar (que podem pressupor ou que lhes podem advertir)? O quanto estariam livres para desistir de participar? E ainda mais: poderiam os termos acabar por legitimar as relações de poder que se revelam nos trotes, uma vez que formalizariam uma relação possivelmente hierárquica, de submissão de uns a outros?

*[...] o curso precisa se preocupar muito com isso, porque é um momento de risco, de violência, de quebra de relação de confiança do aluno com o seu curso ou com seus professores e seus colegas. (D2)*

Todas estas questões precisam ser analisadas no contexto em que participar ou não dos trotes implica em ingressar, ser aceito e pertencer (ou o contrário) ao corpo discente, segundo a teoria dos controles sociais de Berger (1986) sobre como ocorre a vinculação a um grupo social pelo exercício de determinada profissão – mediante a aceitação de regras explícitas e implícitas. Nos trotes há uma tendência à submissão “voluntária”, porque os veteranos têm o controle da situação e podem se valer de ações como intimidação, vaias, risos e até mesmo, exclusão. Há um desequilíbrio de forças que pode minar a resistência do indivíduo em participar de “brincadeiras” sendo delas objeto, ainda mais em frente a um coletivo.

*Primeiro eles nos disseram que não queriam de nenhuma forma nos humilhar, então eles pegaram os nossos tênis e levaram para frente e nós fizemos o clássico elefantinho com as plaquinhas e as tocas, e*

*eles falaram que não estavam ali para nos humilhar que isso também tinha acontecido com eles e que agora iria acontecer com a gente. (C5)*

*[...] eu vejo essa questão de invadir o outro porque a pessoa é veterana, que direito é esse? (P3)*

É de se supor que tal situação possa constituir um problema ético ao jovem estudante que precisa enfrentar, para esta tomada de decisão, pressões internas (porque a ele também interessam os valores da amizade, inclusão e diálogo) e pressões externas (que incluem a visão do veterano como um sujeito que sabe e pode mais, um exemplo a ser seguido).

A atribuição de uma suposta superioridade aos veteranos seria coerente com outra teoria que ajuda a compreender a aceitação dos calouros às práticas de trote: segundo a teoria do papel (Berger, 1986), os calouros seriam levados a interpretar os papéis que lhe são impostos, enquanto os veteranos esperariam deles as emoções características, possivelmente o reconhecimento do seu papel de superioridade como membro de um certo tipo de elite – a “elite dos que têm mais conhecimento” e assim, maior poder. Mais tarde, os calouros deveriam então assumir este papel de superioridade nas suas relações com os outros que “sabem menos”, que poderiam menos, que teriam menor poder.

*[...] é um problema ético, porque você discute uma relação de poder, fica uma relação hierarquizada e tem que ser uma relação horizontalizada, dialógica, no sentido de querer construir o trote e não pensar em impor o trote. (D1)*

Assim, apesar de alguns entrevistados afirmarem a existência de autonomia nos trotes, observa-se seu conflito com os valores compreensão, empatia e dignidade. Cabe então mencionar Comparato (2006), para quem toda e qualquer ação/tradição que ofenda a dignidade da pessoa humana, não pode ser considerada uma ação livre e autônoma.

Os valores cuidado e proteção foram evidenciados nas reflexões dos participantes, mas mais no sentido de serem uma preocupação quando

ausentes, deixando espaço para humilhações, discriminações, submissões, reprodução da cultura machista e racista dominante e outras situações de violações de direitos humanos. Tratam-se de práticas de violência moral (e eventualmente até física) que facilmente são legitimadas em uma hierarquia social com relações desiguais de poder.

*A principal coisa que eu vejo no trote é o desrespeito ao outro, querer subjugar, querer expor nesses trotes, que são apelações, esses momentos que não são construtivos. (P1)*

*O trote é usado de uma maneira deturpada, colocando o outro em uma relação de opressão e isso não pode acontecer, aí ele é crime, então ele não é proibido, mas ele tem limite. (D1)*

Os calouros chegam às universidades geralmente apresentando um grau maior ou menor de vulnerabilidade, fruto da própria condição humana, mas também de vulneração, conforme Kottov (2003), dada pelos modos de existência e reprodução social. Suas histórias e condições de vida, de saúde, suas expectativas e personalidades são questões desconhecidas que podem requerer algum tipo de proteção ou cuidado, mas que dificilmente encontram espaço e acolhimento nas práticas de trotes:

*A gente não sabe se na história de vida daquela pessoa ela já teve um episódio de depressão ou tentativa de suicídio, alguma tristeza profunda que possa vir à tona de novo, alguma frustração, se o trote não for positivo. (P2)*

*Brincadeiras de mau gosto e além do limite sempre têm consequência. Ele pode influenciar se ele for negativo e se a pessoa não souber trabalhar com essas coisas... (G4)*

Assim, constata-se um conflito ético entre os valores cuidado e proteção e os valores alegria, diversão e prazer. Em oposição a estes mesmos valores, observa-se também o conflito com o valor prudência.

*Eu acho que é algo que precisamos ter muito cuidado e acho que os alunos devem estar bem orientados. O que nós temos feito para que isso aconteça é colocar responsáveis pelos trotes, quem é responsável pelos trotes e qual é a turma. Nas primeiras aulas dos nossos alunos nós vamos à sala e conversamos sobre várias coisas. (D3)*

Particularmente importante em situações de risco, a prudência é necessária enquanto um valor que dirige nossas condutas na direção da responsabilidade. É um desafio para os educadores, principalmente quando o conceito de trote envolve mitos e falácias, como, por exemplo, o reconhecimento quase unânime de que se trata de uma questão cultural, um rito de passagem (Zuin, 2002) e, ainda mais, quando as representações sociais sobre estas atividades reforçam a ideia de que tais vivências podem sempre ser cooperativas (Vegini, Finkler & Ramos, 2019).

A prudência no caso dos trotes implica a visibilidade e a consideração das diferentes “faces” dos trotes e dos conflitos de valores a eles subjacentes, e não a tentativa de simplificação ou dilematização ao julgá-lo moralmente como certo ou errado, bom ou ruim. A fala de um dos “calouros” expressa um convite à reflexão sobre esta questão:

*Eu acho que eles deviam fiscalizar para não acontecer essas coisas que acontecem em alguns lugares. Eu acho que apoiar também, porque é uma coisa muito cultural, não sei se algum dia vão conseguir parar com isso. (C1)*

O valor da prudência, presente nas últimas falas citadas, também pode ser evidenciado na resolução que proíbe e pune trotes (embora não se tenha coletado dados evidenciando punições) e determina a criação de Comitês de Recepção aos Calouros, bem como por ações e cartilhas explicativas, que buscam orientar e conscientizar a comunidade acadêmica sobre a importância do tema.

A solidariedade, outro valor que emergiu dos dados, foi relacionada à prática de “trotes solidários”, quando são atribuídas aos calouros tarefas como pedir alimentos à população com a finalidade de doação para asilos, creches e/

ou instituições de caridade, ou doações de sangue. No Brasil, a doação de sangue é regida pelo princípio da não obrigatoriedade, conforme a Lei n.º 10.205, de 21 de março de 2001, que a regula, estabelecendo no art. 14 que o sangue deve ter origem restrita em doações voluntárias, não remuneradas. A juventude busca viver incluída em grupos ou tribos, motivados por afetos, sexualidade, interesses e sentimentos de admiração e cumplicidade (Zamboni, 2007), formando uma rede social. Deste modo, a questão da aceitação e inclusão, dos vínculos afetivos e amizades é muito valorizada e está afinada ao objetivo de ingressar na universidade para poderem se habilitar ao exercício de uma profissão (Rego, 2003). Mas por mais importantes que sejam, estes valores da amizade e inclusão também podem se chocar a outros valores, sempre que desvalores como desrespeito, coação, vergonha, perigo surjam ou sejam fomentadas.

Alegria, prazer e diversão também foram valores percebidos nas falas dos participantes que compreendem os trotes sob uma perspectiva cooperativa. Mas como também são compreendidos sob uma perspectiva de violência, ficam evidentes possíveis conflitos entre alegria, prazer e diversão com os valores respeito, liberdade, cuidado, compreensão e mesmo, amizade e inclusão. Isso porque as chamadas “brincadeiras” são preparadas por veteranos, em uma relação frequentemente caracterizada por dominação e submissão.

Segundo a teoria do conhecimento de Berger (1986), tratar-se-ia de uma ideologia – “quando certa ideia atende a um interesse da sociedade” (Idem, 1986, p. 126). A ideologia do currículo oculto que poderia estar presente nas ações de trotes seria a crença ou a ideia de que os veteranos têm como objetivo apenas realizar “brincadeiras” ou promover a integração com os calouros, quando, na realidade, poderiam estar servindo a relações de dominação (Bourdieu, 2001). Certas “brincadeiras” causam algum tipo de satisfação a quem a promove, mas podem ser desagradáveis e violentas a quem é objeto delas (Brisolla, Cassaro & Vilicice, 2009).

Idealizar os trotes como momentos de alegria ou violência pode estar relacionado às imagens que simbolizam o sucesso no vestibular e a chegada à universidade com “calouros” pintados e felizes, alternadas com imagens

submissão e humilhação, ajudando a compor a representação social dos trotes como rito (Vegini, 2016). À época da preparação para o vestibular, o jovem também é alvo da mídia das universidades privadas que vendem o sonho de “liberdade, futuro, juventude, felicidade”, contribuindo, muitas vezes, para uma perspectiva fantasiosa sobre o ingresso na universidade (Schmidt, 2006, p. 136). Neste contexto, entende-se que a aceitação em participar das atividades do trote pode ser uma oportunidade de expressar seu contentamento e satisfação por ter tido sucesso em um vestibular concorrido e/ou ter por ter ingressado em um curso de uma universidade pública, gratuita, o que parece atribuir maior valor ao fato e maior violência às práticas de trote.

Muito embora o poder público possa estimular essas ações como relevantes para a solidariedade humana (Brasil, 2001), há necessidade de se refletir sobre tal ação no contexto dos trotes. Em qualquer ação de cunho beneficente, a solidariedade só não geraria um problema ético se a liberdade/autonomia dos “calouros” em participar tivesse como de fato ser assegurada, o que é improvável, conforme discutido anteriormente. Assim, independentemente de se tratar de doação de sangue, de bens próprios (como roupas, sapatos) ou de arrecadação de alimentos para doação, a solidariedade por parte dos veteranos pode conflitar com a liberdade e dignidade dos “calouros”, com o respeito, a compreensão e a empatia com o seu contexto de recém-chegado, com sua moral e mesmo com suas condições de vida.

Também em relação à presença de solidariedade nos trotes, cabe ainda supor que esteja presente por parte dos transeuntes e motoristas que aceitam doar dinheiro nos semáforos onde calouros são levados para arrecadar fundos para as festas, frequentemente vestidos com roupas rasgadas ou sem calçados, com cabelos, rosto e corpo sujos e pintados (Vegini, 2016), em uma performance de mendicância. Poderia se discutir o quanto de solidariedade e/ou de compaixão tais situações suscitam, mas não sem vislumbrar os mesmos conflitos éticos com os valores dignidade, respeito, liberdade, cuidado e proteção, pelas situações de constrangimento, humilhação e perigo às quais os calouros possam estar expostos, de forma livremente consentida ou não.

A amizade e a inclusão foram outros valores percebidos na fala de muitos participantes: “eu conheci vários dos meus colegas ali, pessoas que eu me dou super bem até hoje” (V2). Neste sentido, a aproximação que os trotes proporcionam – “uma abordagem meio que quebra-gelo” (V4) – é apontada como um fator que influencia positivamente a vida acadêmica ao favorecer contatos, relações sociais e criar vínculos, importantes não apenas para a formação acadêmica, mas também para a vida profissional futura:

*[...] muito importante para a integração das pessoas. O trote tem a brincadeira e tudo mais, mas ele é muito importante para nós conhecermos as pessoas [...] o fato de facilitar essa interação ajuda muito, não só na profissão, mas também aqui na universidade. (C5)*

*[...] a partir daquele momento você vai começar a fazer contatos, então indiretamente a gente sabe que pode interferir, porque na vida profissional a social list, digamos assim, o ramo de pessoas que você conhece influencia bastante. (C4)*

*[...] pelo fato de ser uma brincadeira, de ser divertido – não deixa de ser uma iniciação para você conhecer mais pessoas, conversar com quem você ainda não tinha conversado – então o final foi muito mais interessante do que eu achei que seria. (C5)*

*[...] eu vou dar um exemplo, mas não é um exemplo nosso e sim da USP, eu acho que todo mundo sabe a violência que é o trote lá, quanto mais concorrido o curso pior é o trote. (D2)*

*Às vezes eu penso que isso se relacione com o fato de no Brasil principalmente, nós temos um número pequeno ainda de pessoas que conseguem ingressar e concluir uma carreira universitária. Então acaba de certa forma legitimando essa ideia de que você por ter uma formação de nível superior, seja melhor ou possa fazer determinados procedimentos que lhe dão o direito porque você tem essa formação, acho que isso pode acontecer. E uma certa legitimação da violência, não é saudável na minha compreensão. (G1)*

Nessa lógica, a aceitação dos “calouros” em participar das atividades se circunscreve no âmbito da comemoração de uma vitória ou de uma conquista em ser incluído no sistema educacional de nível superior público que tradicionalmente é um sistema excludente, uma vez que o vestibular exclui muito mais do que inclui. Portanto, os trotes constituem um rito de passagem da situação de socialmente excluído para socialmente incluído, legitimando, conforme aponta Fonseca (2002a) e reforçam Finkler, Caetano e Ramos (2013), o mito do direito natural de dominação de nossa sociedade dos que sabem menos pelos que sabem mais. Um aprendizado, que começa nos primeiros dias de vida universitária e não se acaba na formatura, pois quem sofre e depois aplica o trote, acaba convencido dessa “verdade natural”. Disto vislumbra-se outro conflito ético, entre o valor inclusão (dos “calouros” ao ensino superior) e o valor respeito, proteção e solidariedade (em relação aos excluídos deste mesmo acesso).

### **Influências dos problemas éticos dos trotes na formação profissional em saúde**

As escolas e universidades exercem um importante papel de reprodução social, conforme Bordieu (2001, p. 31):

*[...] o sistema escolar cumpre uma função de legitimação cada vez mais necessária à perpetuação da “ordem social” uma vez que a evolução das relações de força entre as classes tende a excluir de modo mais completo a imposição de uma hierarquia fundada na afirmação bruta e brutal das relações de força.*

Os trotes, enquanto ritos, reproduzem atitudes e comportamentos, e com eles seus valores, desvalores e conflitos éticos. Por meio deles os veteranos podem transmitir aos calouros, no semestre ou ano seguinte, tudo que vivenciaram, repetindo-se o processo de iniciação à universidade que faz parte da socialização profissional que se retroalimenta desta forma.

*[...] você tem que se submeter e depois você tem o direito de submeter alguém, uma escala muito assustadora, isso permeia a relação de todos, pelo menos no curso de [...]. (D3)*

*É um ciclo: a pessoa alimenta o desejo de ser o cara que vai ter o poder de subjugar os outros. (P1)*

Se a ordem social precisa ser revista, uma estratégia pode ser a análise do sistema de formação profissional, por exemplo, a partir dos conflitos éticos vivenciados nos trotes. Rego (2003) e Finkler e Ramos (2017) apontaram problemas éticos na formação de profissionais da saúde que desconsideram a dignidade dos pacientes, tratando-os como objetos. Estas atitudes opressivas guardam semelhanças com o tratamento recebido pelos “calouros” nos trotes e são sugestivas quanto às possíveis influências das diferentes vivências do processo de socialização profissional no desenvolvimento moral dos estudantes, e, portanto, na dimensão ética de sua formação profissional.

*Com certeza se repete. Porque eu identifico que quem tem essa desenvoltura e essa coragem às vezes para tamanha brutalidade, conforme o ato praticado pode repetir durante a carreira profissional. (P2)*

Parte dos entrevistados entende que a pressão por “brincadeiras” em um contexto de dominação/submissão pode atender a um padrão hegemônico presente em algumas carreiras da saúde. São relações de poder ancoradas no conhecimento – um saber-poder, um aprendizado que pode favorecer o predomínio de uma profissão sobre as demais e de profissionais de nível superior sobre os de outros níveis, bem como das pessoas em geral com mais estudo sobre aquelas que menos estudaram:

O trote sofrido no ingresso à universidade parece ser, portanto, uma pequena contribuição a pagar para manter a lógica da dominação que, para um estudante de nível universitário, num futuro próximo, será altamente favorável (Fonseca, 2002a, p. 3).

A eticidade de cada pessoa depende em muito do seu caráter, que é resultante do desenvolvimento moral que ocorre nos processos de socialização primária e secundária. A formação ética do profissional na saúde pressupõe a humanização da socialização profissional, o que inclui o cuidado com os estudantes. Contudo, as vivências de trotes configuram com maior frequência uma expressão da falta de cuidado com os estudantes (Finkler, Caetano & Ramos, 2013; Finkler & Ramos, 2017) que pode, por diferentes maneiras, levar ao sofrimento moral/psíquico, ao ponto de o estudante ser capaz de rejeitar a profissão que havia escolhido:

*Se causou um trauma ele pode desistir, achar que é da profissão essas coisas erradas que acontecem no trote, porque foi um curso que ele escolheu... bloquear a pessoa. (P4)*

*[...] acho que pode fazer até uma pessoa desistir de uma coisa que pode ser tão sonhada. Quando ele não é bem elaborado, ele pode frustrar a pessoa. (G2)*

Considerando-se os valores observados nos trotes e que são relevantes para a formação profissional, principalmente para as profissões da saúde, como o cuidado, a autonomia, o respeito, a prudência e a solidariedade, cabe pensar que a influência dos trotes na dimensão ética da formação profissional pode ser mais ou menos positiva, mais ou menos negativa, na dependência dos fatos concretos, dos valores e desvalores presentes, e dos conflitos morais mais ou menos refletidos, o que por sua vez, dependem em muito da atuação docente:

*[...] os professores participam porque permitem que (o trote) aconteça. (G1)*

*[...] os professores têm que se posicionar mais, eles ficam muito omissos quanto a isso [...] eles devam se posicionar contra e auxiliar não só os calouros a não aceitarem esse tipo de atitude, como também o pessoal que vai aplicar o trote. (V3)*

Compete ao corpo docente tomar para si a tarefa de se informar

sobre o que se passa entre os estudantes, buscando interferir de forma ativa e eficaz neste tipo de vivência acadêmica do currículo oculto resultando em significativos aprendizados. Segundo um dos professores entrevistados:

*[...] cabe ao docente, como papel de educador [...] junto com o estudante, sempre em uma relação dialógica e horizontal, refletir esse trote, qual é a história do trote, de onde vem, quais são os tipos, quem está implicado com isso, então o professor tem o papel de educador, de transformar esse senso comum em relação ao trote para algo que se torne pedagógico, algo que sirva para a sua vida, seja nos valores, seja que outra instância for [...] para discutir valores ele é essencial [...] porque o professor é a universidade. (D1)*

## **Considerações finais**

Apesar dos trotes serem, aparentemente, apenas a “ponta de um iceberg” (Cotrim, 2020), a análise das suas concepções, práticas e dos conflitos éticos que o permeiam põe em relevo a importância das relações intersubjetivas e dos modelos profissionais com os quais os estudantes entram em contato nas diferentes vivências acadêmicas que conformam o currículo oculto de sua formação profissional. O desvelamento deste currículo é imprescindível para se repensar a formação de profissionais com capacidade autônoma de percepção e reflexão crítica, preparados para tomar decisões éticas no cuidado à saúde e à vida.

Sob todas as suas formas, as vivências de trote que ocorrem desde muito cedo no processo de socialização profissional parecem ter o sentido de transformar o estudante, de onde se compreende sua potência para influenciar o desenvolvimento moral – a formação de seu caráter – e, por consequência, sua formação e futura atuação profissional. É função da universidade, por meio de suas políticas, mas sobretudo de seus professores, promover o desenvolvimento moral dos seus estudantes. Somente assim a formação profissional em saúde poderia de fato formar mais que técnicos, cidadãos comprometidos com a transformação da realidade.

Neste sentido, a chegada dos calouros à vida universitária deve ser aproveitada com uma intencionalidade ético-pedagógica. É preciso reforçar e

avançar nas boas práticas de recepção coletivamente pensadas e construídas, que propõem um acolhimento afetivo e efetivo e que não permitem sob sua égide a presença de desvalores. Práticas que incluam a análise, com estudantes recém-ingressos e veteranos, dos conflitos éticos que podem emergir nessas vivências, de suas consequências e potências. Assim poderíamos ressignificar um costume, transformando-o em favor de todos e de cada um.

Nem todos podem escolher a profissão que desejariam exercer, na realidade, apenas alguns apenas puderam escolher. Escolhas acompanhadas também de muito esforço que exigiram uma decisão, uma reflexão – nossa porção de liberdade e responsabilidade que nos garante as possibilidades de desenvolvimento como cidadãos autônomos e éticos, mas que precisa encontrar na universidade um ambiente promotor destas competências.

Por fim, parece ser necessário aprimorar os modos de escuta e gestão das situações de violências no campus. Porque embora nem sempre se tome conhecimento das queixas, sempre haverá o sentimento de culpa do estudante que reside no seu desejo de se juntar ao grupo, dispondo-se assim a atender os ditames da sociedade que o acolher, se ela assim exigir. Neste aspecto, a Universidade se omite quando se torna ciente desta necessidade e não a atende.

## Referências

- Berger, P. L. (1986). *Perspectivas sociológicas: uma visão humanística* (Trad. de Donaldson M. Garschagen). Petrópolis: Vozes.
- Bourdieu, P. (2001). *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Brasil. (2001). *Lei n.º 10.205, de 21 de março de 2001*. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10205.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10205.htm).
- Brisolla, F., Cassaro, F., Vilicice, F., et al. (2009). Atendentes do 190 ouvem de tudo. *Veja*. São Paulo. Disponível em <http://vejasp.abril.com.br/materia/atendentes-do-190-ouvem-de-tudo/>.
- Comparato, F. K. (2006). *Ética: Direito, Moral e religião no mundo moderno*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Cotrim, M. V. A. S. (2006). *Buscando transformar a cultura do trote universitário: a construção de um vídeo educativo*. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis: Curso de Graduação

em Odontologia – UFSC.

- Cutolo, L. R. A. (2006). Modelo Biomédico, Reforma Sanitária e a Educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35(4). Florianópolis: ACM. Disponível em <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>.
- Finkler, M., & Ramos, F. S. (2017). La dimensión ética de la educación superior en Odontología: un estudio en Brasil. *Bordón*, 69(4), 35–49.
- Finkler, M., Caetano, C., & Ramos, F. R. S. (2013). Um marco conceitual para o estudo da dimensão ética da formação profissional em saúde. In: Hellmann, F.; Verdi, M.; Gabrielli, R. (org.). *Bioética e Saúde Coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos* (2. ed.). Florianópolis: DIOESC.
- Fonseca, A. A. (2002). Calourada com responsabilidade social. Matéria publicada no Revelação (jornal-laboratório do curso de Comunicação Social da Universidade de Uberaba) n. 195. Disponível em: <http://www.revelacaoonline.uniube.br/portfolio/atitude.html>.
- Fonseca, A. A. (2002). A estratégia da dominação: trote universitário favorece lógica de opressão social. Matéria publicada no Revelação (jornal-laboratório do curso de Comunicação Social da Universidade de Uberaba), n. 199. Disponível em: <http://www.revelacaoonline.uniube.br/portfolio/domicacao1.html>.
- Gracia, D. (2010). *Pensar a Bioética: metas e desafios*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola.
- Hoffmann, J. B. (2021). *Dimensão ética da educação superior nos cursos de graduação da área da saúde: construindo uma teoria fundamentada nos dados*. Tese. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Odontologia – UFSC.
- Kottov, M. (2003). Comentários sobre a Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: Garrafa, V., & Pessini, L. (org.). *Bioética: poder e injustiça*. Brasília: Loyola.
- Moscovici, S. (2015). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 11. ed. Petrópolis: Vozes.
- Rego, S. (2003). *Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Sell, S. C. (2006). *Comportamento social e antissocial humano*. Florianópolis: Editora Digital Ijuris.
- Schmidt, S. P. (2006). *Ter Atitude: escolhas da juventude líquida: um estudo sobre mídia, educação e cultura jovem global*. Tese (Doutorado em Educação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Educação. Porto Alegre. Disponível em [http://www.ufrgs.br/neccso/pdf/tese\\_teratitude.pdf](http://www.ufrgs.br/neccso/pdf/tese_teratitude.pdf).
- Vegini, N. M. K. (2016). *A dimensão ética da formação do profissional em saúde: um estudo a partir das representações sociais sobre o trote universitário*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Vegini, N. M. K., Finkler, M., & Ramos, F. R. S. (2019). Representações sociais do trote universitário: uma reflexão ética necessária. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. Acesso em: 09 set 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0359>.

Zamboni, C. (2007). Juventude: uma questão de fronteira para a Psicologia Social. In Guareschi, P. A., & Veronese, V. (Orgs.). *Psicologia do cotidiano: representações sociais em ação*. Petrópolis: Vozes, p. 275-292.

Zuin, A. A. S. (2002). *O trote na universidade: passagens de um rito de iniciação*. São Paulo: Cortez.



## SOBRE AS AUTORAS E AUTORES

### **Marta Verdi** (organizadora)

Doutora e mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Departamento de Saúde Pública, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC. E-mail: [marta.verdi@ufsc.com](mailto:marta.verdi@ufsc.com)

### **Mirelle Finkler** (organizadora)

Doutora e mestra em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Departamento de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC. E-mail: [mirelle.finkler@ufsc.br](mailto:mirelle.finkler@ufsc.br)

### **Fernando Hellmann** (organizador)

Doutor em Saúde Coletiva e mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Naturólogo e professor do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC. E-mail: [fernando.hellmann@ufsc.br](mailto:fernando.hellmann@ufsc.br)

### **Carlos Alberto Severo Garcia Jr.** (organizador)

Doutor em Ciências Humanas. Professor do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), campus Araranguá, e Professor colaborador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE) – Polo UFSC e do Mestrado Profissional em Saúde Mental da UFSC. E-mail: [carlosgarciajunior@hotmail.com](mailto:carlosgarciajunior@hotmail.com)

**Eliane Ricardo Charneski**

Cientista social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC),  
Mestra em Saúde Coletiva, UFSC e Doutoranda em Saúde Coletiva,  
UFSC. E-mail: nanniricardo9@gmail.com

**Erica Lima Costa de Menezes**

Doutora em Saúde Coletiva (UFSC), Mestra em Saúde Coletiva (UnB),  
Especialista em Saúde da Família (UFBA). E-mail: ericalcmenezes@  
gmail.com

**Jucélia Maria Guedert**

Médica Pediatra. Membro Titular da Comissão Nacional de Ética em  
Pesquisa. Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal de  
Santa Catarina (UFSC). E-mail: juceliaguedert@gmail.com

**Juliara Bellina Hoffman**

Doutora em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina  
(UFSC). Mestra em Saúde Coletiva. E-mail: juliara.odt@gmail.com

**Leandro Ribeiro Molina**

Farmacêutico e mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva – UFSC. Especialista em Saúde da  
Família. E-mail: leandro.molina@grad.ufsc.br

**Luana Silvestre Pereira dos Santos**

Cientista social, mestra e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFSC. E-mail: luanasilvestre94@  
gmail.com

**Magda Duarte dos Anjos Scherer**

Professora no Departamento de Saúde Coletiva e do Programa de

Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB).  
Doutora em Enfermagem pela UFSC, mestra em Saúde Pública pela  
Fundação Oswaldo Cruz, Pós-doutorado pelo Conservatoire des Arts et  
Metiers. E-mail: magscherer@hotmail.com

**Maria Claudia Souza Matias**

Doutora e Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva – UFSC, Psicóloga pela Universidade do Vale do  
Itajaí. E-mail: claudiamatias2005@yahoo.com.br

**Maria Esther Souza Baibich**

Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva – UFSC, mestra pelo Mestrado Profissional em Saúde Mental  
e Atenção Psicossocial da UFSC. E- mail: estherbaibich@hotmail.com

**Melisse Eich**

Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFSC.  
Enfermeira e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de  
Santa Catarina (UFSC). E-mail: melisseeich@hotmail.com

**Neusa Maria Kuester Vegini**

Graduada em Direito pela PUC e em Psicologia pela Univali, Mestre em  
Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva –  
UFSC. E-mail: neusakvegini@gmail.com

**Paulo Duarte de Carvalho Amarante**

Professor, Investigador Titular e Coordenador do Laboratório de  
Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (LAPS) da Escola Nacional de  
Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Presidente  
de honra da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme). E-mail:  
pauloamarante@gmail.com

### **Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima**

Docente na Universidade do Vale do Itajaí e no Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Mestre em Saúde Pública e graduada em Odontologia. E-mail: regslima@gmail.com

### **Sandra Caponi**

Doutora em Filosofia. Professora Titular do Departamento de Sociologia e Ciência Política da UFSC. Pesquisadora CNPq. Email: sandracaponi@gmail.com

### **Silvia Cardoso Bittencourt**

Doutora em Ciências Humanas pelo Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Saúde Pública e Graduada em Medicina e Mestre em Saúde Pública – UFSC. E- mail: scbflor@hotmail.com

### **Vanessa Maria Vieira**

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFSC, mestra em Saúde Coletiva pela UFSC e bacharel em enfermagem pelo Centro Universitário Estácio de Sá. E-mail: vanessavieiravmv@gmail.com

### **Volnei Garrafa**

Professor Titular, Coordenador da Cátedra UNESCO e do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília (UnB). Presidente da International Association of Education in Ethics (IAEE –2017-2020). E-mail: garrafavolnei@gmail.com



## Publicações Editora Rede UNIDA

### Serie:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes  
Ética em pesquisa  
Participação Social e Políticas Públicas  
Pensamento Negro Descolonial  
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde  
Educação Popular & Saúde  
Saúde Mental Coletiva  
Atenção Básica e Educação na Saúde  
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde  
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde  
Saúde & Amazônia  
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional  
Vivências em Educação na Saúde  
Clássicos da Saúde Coletiva  
Cadernos da Saúde Coletiva  
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade  
Conhecimento em movimento  
Arte Popular, Cultura e Poesia  
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico  
Branco Vivo  
Saúde em imagens  
Outros

### Periodicos:

Revista Saúde em Redes  
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)

