

# Discursos de médicos de família brasileiros e italianos sobre autonomia na perspectiva bioética

## Brazilian and Italian general practitioners' discourses on autonomy from the bioethical perspective

### Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

Universidade do Vale do Itajaí. Centro de Ciências da Saúde.  
Itajaí, SC, Brasil.  
E-mail: rita.lima@univali.br

### Marta Inez Machado Verdi

Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis, SC, Brasil.  
E-mail: marta.verdi@ufsc.br

## Resumo

Este artigo analisa discursos de médicos de família brasileiros e italianos sobre o potencial de impulsão à autonomia de sujeitos-usuários competentes cognitivamente nas decisões do cuidado, em ações de atenção primária à saúde, na perspectiva bioética. Pesquisa qualitativa de caráter exploratório, realizada em 2007, em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, e na província de Roma, região Lazio, Itália, com 15 médicos de família brasileiros, 15 médicos de família italianos e um diretor sanitário do Serviço Sanitário Nacional (SSN), Itália. Foram utilizados como instrumentos de coleta entrevistas semiestruturadas e diário de campo. O tratamento e a sistematização do conteúdo das mensagens geraram duas categorias analíticas: “racionalidade biomédica *versus* racionalidade emancipatória” e “da condição histórica de menoridade ao desejo de ser autônomo”. Em ambos os países, depoimentos revelaram: a) fragilidade na materialização da autonomia diante do imperativo biomédico contemporâneo de prevenir riscos probabilísticos; e b) movimentos emancipatórios geradores de estratégias concretas e simbólicas para o enfrentamento da desconstrução da prática médica, historicamente produzida através do lastro obediência. Discursos brasileiros apontaram os protocolos produtivistas, impostos por gestões, como instrumento de preservação de menoridades. Médicos de família italianos sinalizaram um maior reconhecimento de sujeitos-cidadão de direitos na condução do cuidado. A pesquisa revelou a necessidade de a APS brasileira dialogar com teorias das ciências humanas e investir em mecanismos de impulsão ao exercício ético para

## Correspondência

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima  
Rua Uruguai, 458, Bloco F6, Sala 311. Itajaí, SC, Brasil. CEP 88302-202.

rever o sentido que vem ocupando a adoção da bipolítica de prevenção ao risco na continência da saúde concreta do tempo presente.

**Palavras-chave:** Autonomia; Atenção Primária à Saúde; Brasil; Itália; Prevenção ao Risco; Bioética.

## Abstract

This article analyzes Brazilian and Italian general practitioners' discourses on the potential to boost autonomy among subjects-users who are cognitively competent with regard to their care decisions, through primary health care actions, from the bioethical perspective. Qualitative research with an exploratory approach, carried out in 2007, in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, and in the Province of Rome, Lazio Region, Italy, with 15 Brazilian general practitioners, 15 Italian general practitioners, and 1 health director of the Italian National Health Service (SSN). Semi-structured interviews and a field diary were used as data collection instruments. Processing and systematization of messages' content have generated two analytical categories: "biomedical rationality versus emancipatory rationality" and "from the historical condition of minority to the wish to be autonomous." In both countries, testimonies have revealed: a) poor materialization of autonomy in face of the contemporary risk-prevention biomedical imperative; and b) emancipatory movements that generate concrete and symbolic strategies in order to cope with deconstruction of the medical practice, historically produced through the path of obedience. Brazilian discourses pointed out productivist protocols, imposed by administrations, as a threshold to preserve minorities. Italian general practitioners suggested greater recognition of subjects-citizens of rights when providing care. The research revealed there is a need the Brazilian Primary Health Care (APS) dialogue with humanities theories and invest in mechanisms to boost ethical behavior to review the sense that has been occupying the adoption of the risk prevention biopolicy in the continence of actual health at this time.

**Keywords:** Autonomy; Primary health care; Brazil; Italy; Risk prevention; Bioethics.

## Introdução

Em 2013 comemoramos 25 anos da Constituição Federal que destinou o Capítulo II para o acolhimento do sonho coletivo por uma nação democrática que comportasse em sua estrutura o fundamento do direito à saúde como direito de cidadania. Esse preceito constitucional resultou na conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) (Lima, 2013). Na década seguinte, o Programa Saúde da Família (PSF)<sup>1</sup> foi oficialmente induzido pelo Ministério da Saúde como estratégia potencial de reordenamento da atenção primária à saúde, nomeada no Brasil atenção básica e estruturante de um novo modelo de atenção (Heimann; Mendonça, 2005) pautado na integralidade do cuidado. Em um de seus sentidos, o princípio da integralidade expressa impulso à autonomia de sujeitos-usuários nas decisões sobre a condução de seus processos de saúde e doença. A materialização dessa face da integralidade requer interlocução com as ciências humanas (Brasil, 2004).

A atenção básica foi implementada como uma política de Estado (Temporão, 2009), em 2006, com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada e atualizada em 2011. Atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações estratégicas, transversais e integrais de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde de sujeitos individuais e coletivos, de um território definido. Tais ações devem ter caráter democrático e participativo, impactar a autonomia de sujeitos-usuários na condução de seu processo de cuidado, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural (Brasil, 2011).

Revisão de bibliografia internacional realizada por meio de duas editoras do Portal de Periódico da Capes, Biomed Central e Sage, com as palavras-chave *primary care*, no período 1999 a 2009, buscou identificar e analisar especialmente o cotidiano do processo de trabalho dos profissionais. Os resumos e artigos qualitativos selecionados e analisados sinalizaram um distanciamento entre as ações de APS e as ciências humanas. Autores mostram-se conectados com a importância de reconhecimento

<sup>1</sup> Consolidando-se como uma estratégia de abrangência nacional, o Programa Saúde da Família passa a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2006).

de problemas “humanos”, no âmbito da atenção de base, mas esse reconhecimento não se transforma em interlocução com as teorias das ciências humanas, no sentido de promover autonomia, sujeitos competentes para lidar com os seus fenômenos de saúde e doença. O desenvolvimento de tomada de decisões compartilhada “é tido como raro e difícil”. (Souza; Meandro, 2011, p. 532). A maior parte dos trabalhos dirige o foco para “[...] o ‘lugar do especialista’ que pensa, atua e decide pelo outro” (Souza; Menandro, 2011, p. 533).

A APS brasileira desafia limites semelhantes. O profissional “gentificado” (Gomes; Ramos, 2014), que reconhece o direito do sujeito-usuário narrar seu saber, valores e percepções sobre o sofrimento que o acomete; que reconhece o cuidado compartilhado como um espaço de encontro entre saberes e fazeres, revelador de seu próprio significado e do sentido de algo mais a ele inerente, ainda é uma imagem-objetivo sombria. De acordo com Seppilli (2007), o encontro entre profissional de saúde e sujeito desejante de cuidado é um espaço de produção de subjetividades não individuais, mas dialeticamente ligadas à experiência do mundo real. Nessa perspectiva, o não reconhecimento da importância da escuta sobre o modo como o sujeito-usuário experimenta seu processo saúde-doença recai em uma implicação ética.

Parte desse cenário deve-se ao fato de que a formação na área da saúde vem se apoiando em um modelo que ainda “[...] não promoveu uma cultura político-pedagógica orientada ao SUS” (Almeida-Filho, p. 1681). A maior parte de currículos ainda fechados em universidades brasileiras aliena os diferentes saberes entre si e extravia a tão necessária formação humanística proporcionada por estudos

mais gerais, resultando em trabalhadores despreparados para lidar com a complexidade do fenômeno saúde-doença (Almeida-Filho, 2013), na APS. Nesse sentido, tanto a formação quanto a prática são lócus de problematização bioética, pois são espaços sociais em que valores são (ou não) estimados e realizados (Finkler, 2009), micropoderes e explicações do processo saúde-doença se confrontam, culturas se apresentam, motivações se expressam, atitudes se colocam e tomadas de decisão se consolidam.

Este artigo objetiva analisar implicações éticas presentes em discursos de médicos de família brasileiros e italianos sobre autonomia do sujeito-usuário em seu processo de cuidado. Considera-se autonomia um valor não *per se*, mas produzido em relação por meio de redes de dependência desprovidas de sujeição (Canguilhem, 2006), no encontro com cada “outro de mim” competente cognitivo e moralmente (Schramm, 2007). O médico de família brasileiro é um ator social da equipe de saúde da família na APS brasileira e o médico de família italiano representa o primeiro ponto de escuta para o cidadão italiano, no que se refere ao seu processo de saúde e doença, ainda que seja um profissional liberal,<sup>2</sup> conveniado ao Servizio Sanitario Nazionale (SSN)<sup>3</sup>. Os profissionais de ambos os países atuam em um modelo de atenção de base territorial<sup>4</sup> e, ressalvadas as especificidades, desenvolvem ações de caráter multidisciplinar.

As concepções de médicos de família brasileiros foram analisadas em uma aproximação com a medicina de família italiana, pois durante três séculos (do início do século XVII ao início do XX) esta categoria preservou o caráter antropológico-social na condução dos processos de saúde e doença da sua sociedade (Cosmacini, 2005). Ainda que a Itália

2 Até 1992, os médicos de família italianos eram servidores municipais. A partir da Reforma De Lorenzo-Garavaglia, ocorrida naquele ano, eles decidiram-se pela medicina privada, conveniando-se ao SSN. A De Lorenzo-Garavaglia instituiu o modelo de gestão sanitária *Aziendalizzazione* transferindo a organização e funcionamento do SSN a diretores gerais, sanitários e administrativos das regiões. A reforma pautou-se pela necessidade intervir na despesa, acomodar o consumo sanitário aos recursos existentes e viabilizar maior autonomia regional (Cavicchi, 2007).

3 Cicogna, V. A. *Entrevista* realizada em Albano Laziale, província de Roma, em 17 de abril. De 2008. Direttore Sanitario della USL Roma H, 2007 (material não publicado).

4 A medicina de território ganhou impulso na Itália no início do século XXI. Em 2006, o Plano Sanitário Nacional 2006-2008 assumiu a reorganização da APS. Em 2008, o Estado italiano apresentou aos médicos de família um sistema de governo clínico-territorial, formado por eles próprios (credenciamento de seus consultórios), médicos distritais, especialistas ambulatoriais, enfermeiros, assistentes sociais, recursos humanos da área de reabilitação, pessoal técnico-administrativo distrital, com participação comunitária. Uma diferença entre o modelo de territorialização do Brasil e o da Itália é que o cidadão italiano tem liberdade para escolher os profissionais que deseja em qualquer município pertencente ao distrito (Lima, 2008).

tenha vivido rupturas profundas e rediscussões culturais nesse campo ao longo do século XX, o discurso contemporâneo pode expressar dimensões desse produto histórico e diferentes modos sobre como deduzir de uma ruptura paradigmática outras transformações, alargando o campo de possibilidade de novas significações. Além disso, na voz de médicos de família italianos poderá ser apreendido “[...] o sujeito novo, um sujeito político [...]”, que se emancipou do paradigma original de um modelo de tutela paternalística de sua saúde, quando desejou deixar de ser ajudado de modo caridoso em uma hierarquia tutor-tutelado, capaz-incapaz, historicamente produzida (Cavicchi, 2007, p. 12).

## Metodologia

Pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo, aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o número 213/07, em 2007, em conformidade com as determinações da Resolução CNS 196 (1996).

A amostra foi composta por 15 médicos de família brasileiros atuantes em Florianópolis, Brasil; 15 médicos de família italianos que exerciam suas atividades na província de Roma, região Lazio, Itália, e 1 diretor sanitário dessa província, escolhidos por sorteio casual.

A coleta de dados processou-se mediante entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio, seguindo um roteiro previamente elaborado composto por dois casos clínicos e cinco questões.

Os casos clínicos buscaram, respectivamente, a conduta do médico de família diante de um senhor que, em virtude da perda do trabalho, não compareceu ao retorno agendado para o controle da diabetes e hipertensão, e diante da primeira consulta de uma senhora queixando-se de sofrimento por depender de seus familiares até para as pequenas ações cotidianas, em virtude de fortes dores musculares generalizadas.

As questões do instrumento exploraram coerências e contradições na interface entre discursos e exemplos práticos sobre o modo como o encontro é conduzido pelo médico de família, bem

como as potencialidades e fragilidades da participação dos sujeitos no momento clínico. O diário de campo utilizado estimulou o pensamento e gerou um “fluxo livre de idéias” no tratamento e análise dos dados (Strauss; Corbin, 2008, p. 101). No diário de campo italiano foram anexadas cópias de vários avisos, orientações e advertências do SSN, observados nos consultórios visitados, referentes ao protocolo de cuidado.

Após a organização, transcrição dos depoimentos e tradução das entrevistas italianas, o material foi analisado na integração dialógica entre três vertentes: a epistemológica, a instrumental e a reflexiva (Minayo, 2010). Dessa etapa resultaram duas categorias de análise: “racionalidade biomédica *versus* racionalidade emancipatória” e “da condição histórica de menoridade ao desejo de ser autônomo”.

O anonimato dos sujeitos brasileiros foi garantido por meio de codinomes representantes dos membros formadores do Clube da Esquina<sup>5</sup>, acrescidos da letra B (Brasil), e o anonimato dos sujeitos italianos foi preservado por codinomes de cineastas e seguidores do neorealismo italiano, acrescidos da letra I (Itália).

## Resultados e discussão

### Caracterização dos sujeitos de pesquisa

A amostra brasileira contemplou três médicos(as) de cada uma das cinco regiões de Florianópolis, selecionados mediante sorteio. Dos 15 sujeitos, 11 eram mulheres e quatro homens, com tempo de formação variando entre um e 33 anos. Do total de sujeitos, oito haviam cursado medicina de família e comunidade, dois haviam feito residência em outras áreas e cinco não haviam cursado residência. Sobre os sujeitos de pesquisa italianos, oito eram do sexo feminino e oito do sexo masculino, com tempo de formação entre 14 e 32 anos; sete atuavam na APS desde o final da graduação, dentre os quais um possuía residência em medicina de família, oito eram especialistas que optaram pela prática da medicina de família e um ocupava a função de diretor sanitário de um distrito da província de Roma. Alguns médicos haviam sido

<sup>5</sup> Produção cultural mineira, gerada na combinação de ritmos regionais brasileiros com ritmos internacionais como o jazz e as canções latino-americanas (Souza, 2011).

graduados antes da implantação do SSN, gestado na década de 1960 pelo Movimento de Reforma Sanitária e conquistado pela sociedade italiana em 1978.

A primeira categoria de análise - racionalidade biomédica *versus* racionalidade emancipatória - refere-se aos desdobramentos de ambas as racionalidades no direito de o sujeito-usuário se expressar, se assim o desejar, nas decisões sobre seu processo de cuidado.

Ao serem questionados sobre a condução do cuidado diante de uma senhora que dizia estar vivendo diferente por depender dos filhos para realizar as coisas simples do cotidiano, desde o acometimento de fortes dores musculares, e de um senhor que havia iniciado timidamente seu relato justificando na perda do trabalho a ausência na consulta de retorno para o controle de diabetes e hipertensão, médicos de família brasileiros e italianos revelaram uma incongruência entre o conteúdo apreendido e o conteúdo-queixa, expresso nas falas. O sofrimento expresso no “viver diferente” e “na perda do trabalho”, representando fatos da realidade dialética das experiências de ambos os sujeitos em seus sistemas de vida, foi deslocado da estrutura concreta das realidades (Kosik, 1986) e interpretado como resultante de dores musculares, diabetes e hipertensão:

*[...] seguramente, iniciaria a pesquisa com pedido de exames de sangue, para avaliar a condição geral e enzimas musculares, e investigaria se ela está usando algum medicamento que poderia estar levando a problemas musculares* (Germi/I).

*[...] o senhor é pré-diabético e tá numa encruzilhada: ou segue uma mudança de estilo de vida ou vai virar diabético e continuar aqui na minha frente [...]* (Beto/B); *[...] a doença é sua, você deve gerenciá-la, e eu lhe digo como* (Bertolucci/I) *[...] pediria os exames de rotina que seriam necessários [...]* o correto era encaminhar essa senhora para uma clínica psiquiátrica (Maricota/B).

A racionalidade biomédica parece deter potencial para transformar problemas sociais de cunho ético em problemas científicos de ordem técnica. O “viver diferente” e a angústia pela “perda de trabalho”

não foram compreendidos como momentos de um determinado todo; como fatos históricos que quando se produzem são produtos de um todo, expresso em um sujeito que é desde a sua concepção - e até antes dela - um sujeito social.<sup>6</sup> A supremacia da prática biologicista centrada no procedimento técnico acabou esvaziando a perspectiva de totalidade concreta que as necessidades manifestadas requeriam, e catalogando o demandante do cuidado em um objeto de deveres: “*a doença é sua, você deve gerenciá-la e eu lhe digo como*” (Bertolucci/I).

Além disso, a questão central implicada no sofrimento (intimidação pelo atraso na consulta de retorno por perda do trabalho) subsumiu-se ao risco probabilístico - “*o senhor é pré-diabético e tá numa encruzilhada*” (Beto/B). A garantia de continência ao sofrimento do tempo presente, uma histórica aspiração sólida da existência e uma dimensão do direito à saúde, derreteu-se naquele contexto para enfatizar um novo sólido, que vem liderando a ordem social: a predição do futuro (Bauman, 2001), núcleo da biopolítica de prevenção ao risco. A conduta no cuidado parece concentrar-se na mudança de estilo de vida.

Na palestra “O nascimento da medicina social”, publicada em 1989, Foucault discorre sobre o conceito de biopolítica como uma estratégia de controle social que começa com a intervenção “[...] sobre os indivíduos [...] no corpo, com o corpo” (Caponi, 2004, p. 447). Na construção dos Estados nacionais, a sociedade foi base estratégica, isto é, o “social” foi objeto de intervenção disciplinar. Através da gestão das vidas, os Estados conseguiram inserir a economia (até então familiar) em uma lógica de governo de exercício político, em uma economia política (Foucault, 2007).

Imbuída da missão de proteger a saúde coletiva contra o outro da ordem, o caos, a biopolítica vem operando sobre permanente estado de exceção, ao qual estão submetidas sociedades globalizadas. Essa estratégia rompe limites ao adentrar a esfera privada individual com um dispositivo utilitário, impulsionado um confinamento de todos em uma única categoria, sejam vulneráveis, vulnerados, em riscos reais de cunho coletivo, em riscos probabilísti-

6 Seppilli, T., 2012. *Entrevista*. Realizada na Fondazione Angelo Celli, Perugia, Itália, em 04 de dezembro de 2012 (material não publicado).

cos advindos de escolhas individuais privativas e, às vezes, culpabilizando individualmente (Schramm, 2006). Sujeitos autores de suas histórias são destituídos desse direito e reduzidos a corpos, à vida nua (Agamben, 2007). Nesse sentido, a biopolítica de prevenção ao risco tem gerado efeitos eticamente não aceitáveis no direito de sujeitos apropriados de suas faculdades moral e cognitiva, deliberar sobre sua vida, no fim proposto para si.

A robustez desse produto histórico é tão expressiva a ponto de gerar uma lógica moralmente questionável de enquadramento do cuidado de uma senhora que se queixava “viver diferente”, em função da relação de dependência de terceiros para fazer as coisas simples do cotidiano, em um transtorno psiquiátrico: “*o correto era encaminhar essa senhora para uma clínica psiquiátrica*” (Maricota/B). As escolhas operacionais da racionalidade utilitária, na qual se abriga a racionalidade biomédica, é mediada por algum tipo de interesse subjetivo (Weber, 1987) e influenciada pelo modelo de organização social. O modo de produção capitalista, ao trazer uma lente racional, normativa e ordenadora do futuro, promoveu eventos silenciosos operacionais na construção do conhecimento e na ética do trabalho (Bauman, 2001). Nesse modelo excludente de organização social parece natural classificar o ser humano limitado em suas condições infraestruturais como desordem psiquiátrica, e gerar efeitos imprudentes e intimidadores, muitas vezes capazes de potencializar sentimentos internos negativos em um contexto de sofrimento causado por ausência de condições materiais de existência.

Depoimentos revelaram que o bem-estar dos sujeitos será alcançado se o momento clínico for conduzido pela confiança no saber-fazer médico. Esse modelo de prática corresponde a um produto histórico que se consolidou a partir de um modelo pactuado de obediência (Schraiber, 2008):

*[...] meus pacientes me seguem, seguem as minhas indicações (Visconti/I).*

Seguir as indicações do médico de família pode representar sinal de confiança e reconhecimento de uma autoridade moral no saber-fazer médico. É

verdade que tal elemento amplia o campo de possibilidades para a construção de relações saudáveis entre médico de família e sujeito, pois confiança e reconhecimento no saber-fazer médico são atributos positivos do cuidado. No entanto, o cuidado pautado nessa confiança determinada historicamente terá valor moral quando a escolha do sujeito “em seguir as indicações médicas” emergir não de obediência, mas da negociação traçada no processo dialógico, entre sujeitos “[...] ambos competentes cognitivamente e moralmente [...] numa sociedade de autênticos indivíduos, as decisões sobre suas vidas deveriam ser tomadas pessoalmente”<sup>7</sup>.

Embora a reformas sanitárias italiana, de 1978, e a brasileira se tenham configurado a partir de distintos eixos, respectivamente, “[...] a tutela da saúde no ambiente de trabalho” (Berlinguer, 1983, p. 64) e a democratização da saúde (Lima et al., 2009), tais movimentos sociais foram impulsionados por lentes defensoras do processo de trabalho em saúde que considera a realidade social como “[...] o caldo de cultura dos processos que se relacionam com a saúde” (Collicelli, 2011, p. 17); como um processo que para ser apreendido requer atenção aos fenômenos enquanto eles são construídos. Nessa perspectiva, o Servizio Sanitario Nazionale (1978) e o SUS (1988) foram conquistados.

Embora o processo histórico da medicina de família italiana seja temporalmente distanciado do da brasileira, ambas as categorias encontraram-se em condições históricas globais oportunizadas no século XX, sobre as quais se propagaram um chamado para a ideia de risco, por “[...] pressões midiáticas frequentemente influenciadas por interesses econômicos ou orientações políticas dominantes” (Berlinguer, 2011, p. 39). Em contraposição à racionalidade biomédica, foi possível reconhecer em discursos brasileiros e italianos uma racionalidade dialógica experimentada por sujeitos competentes cognitivamente. Uma racionalidade que reconhece o cuidado como um espaço social complexo de encontro entre sujeitos históricos, em que as dimensões de saúde estão postas dialeticamente:

*Mas que bom! O senhor faltou, mas está aqui agora, fale-me como está a vida, como foi a perda do emprego [...] (Duca /B).*

<sup>7</sup> Schramm, F. R. 2008. *Entrevista*. Realizada através de endereço eletrônico, em 29 de fevereiro de 2008 (material não publicado).

[...] *escavar a sua vida, suas relações familiares, mas, sobretudo, escutar, as pessoas têm o direito de falar, ser ouvidas [...] sem se sentirem julgadas* (Tornatore/I).

Percebe-se que o *ethos* dialógico dessa racionalidade encontra-se no espaço de encontro e detém potencial para transformá-lo em lócus de produção social de saúde. Mediando as dimensões humanas da “vida activa” (o processo de trabalho do homo faber e o de ação), e interpenetrando “[...] a experiência, material e sensorialmente” (Arendt, 2008, p. 381; 562). A produção social do cuidado de base emancipatória facilita a compreensão de saúde na realidade ao permitir que o saber médico-institucional, socialmente reconhecido, influencie e seja influenciado pelo saber do sujeito demandante de cuidado, autor da sua vida. Nesse trânsito, os atores sociais inevitavelmente diferentes (Arendt, 2004), pertencentes a campos sociais distintos, se reconhecem sujeitos políticos, livres (Arendt, 1999), se produzem mutuamente.

Em outra abordagem, ao conceber o ser humano como “[...] sujeito historicamente determinado, isto é, que se desenvolve e vive em certas condições, em um determinando conjunto de relações sociais” (Gramsci, 2007, p. 1765), a racionalidade emancipatória permite a desconstrução do modelo simplificado de competências, historicamente engendrado na formação e prática em saúde. Ela constitui-se em um terreno fértil para o alargamento do conceito de saúde, pois as dimensões necessidade e autonomia poderão se interpenetrar organicamente.

A segunda categoria de análise - da condição histórica de minoridade ao desejo em ser autônomo - revelou nos discursos de médicos de família brasileiros e italianos sujeitos-usuários na condição de minoridade, isto é, na condição de subalternidade ao saber-fazer médico, e sujeitos que são respeitados em seus desejos de autonomia nas decisões que dizem respeito às suas vidas. A minoridade aqui referida assume o sentido metafórico na opção de garantir a tutela da vida ao médico de família:

[...] *eles têm vergonha porque, às vezes, nem sabem falar, têm que medir as palavras* (Wagner/B).

[...] *às vezes, brinco: “Vocês estão vendo alguma bola de cristal na minha frente?”* (Yé/B).

*O sujeito é ativo no sentido de colaborar com as nossas propostas terapêuticas e diagnósticas [...] e não colocar os bastões entre as rotas* (Zavattini/I).

No Brasil, é provável que o processo sócio-histórico influencie a escolha pela minoridade em virtude do forte traço de exclusão social alimentado por sentimentos de pequenez inscritos em grande parte da sociedade brasileira. Assim, a questão talvez não seja conferir a tutela de sua vida ao médico de família e não querer a maioridade, mas não sentir-se em condições para tal e não compreender autonomia como valor humano. No entanto, sendo o médico de família um porta-voz autorizado pela sua competência linguística socialmente reconhecida, ele pode mobilizar seu caráter de agente (Bourdieu, 1996) e ativar o sistema de simbolização dos sujeitos cuidados por ele.

Comentar “*que não tem uma bola de cristal*” para a solução do problema do outro pode carregar a intenção de estimular o diálogo, a partir do uso do recurso lúdico terapêutico do “brincar com”. Resgatando a concepção de que toda existência humana gira em torno do universo infantil e aproximando-a da visão de cultura como circulação de liberdades, seria possível pensar que a fala pode fomentar no sujeito a irradiação do brilho da infância e a reconciliação com sua criança, elemento constitutivo de autonomia no adulto (D’Epinai, 1988). No entanto, a metáfora pode ser internalizada como um instrumento de intimidação, estreitando a possibilidade de o sujeito se manifestar, podendo demonstrar que a condição de minoridade pode ser “[...] mais um preconceito que uma característica marcante do imaginário social do Brasil”<sup>8</sup>).

A fala italiana que menciona “*o sujeito ativo como aquele que não coloca os bastões entre as rotas*” (Zavattini/I) recai numa implicação ética, na medida em que engessa a potencialidade de o sujeito exercitar a participação no seu cuidado, nega a contingência, o caráter histórico da dimensão humana e impulsiona o processo de (a) sujeição político-social. Para a bioética, a saúde e o exercício das liberdades são dimensões da qualidade de vida (Schramm, 2007).

8 Schramm, F. R. 2008. *Entrevista*. Realizada através de endereço eletrônico, em 29 de fevereiro de 2008 (material não publicado).

Esse processo pode ser fraturado pela ampliação da dimensão ética na produção do cuidado em saúde (Finkler, 2009), que corresponde à reflexão em uma realidade histórica, exercitada no encontro entre a estimativa de valores e a realidade (Cortina, 2005 apud Finkler, 2009), no qual nos tornamos “realidades morais” (Gracia, 2000 apud Finkler, 2009). O encontro com a realidade potencializa a estimação de valores experimentada cotidianamente no processo de viver (Cortina, 1995 apud Finkler, 2009), e dá condições para se projetar ações compartilhadas e pensar consequências. Nesse sentido, a dimensão ética contempla a possibilidade de o profissional refletir sobre si mesmo, com o auxílio de outros, e reconhecer os diferentes tipos de ação impostas pela práxis que seriam boas para a autoprodução no trabalho e para os envolvidos que ao profissional recorrem em busca de amparo a um dado sofrimento. A solidificação dessa dimensão no processo de trabalho pode legitimar o saber-fazer entre sujeitos históricos a partir da produção de novos espaços relacionais indutores de autonomia.

Vale comentar que ao revelarem sujeitos-usuários maiores de idade e conhecedores do direito de expressão médicos de família também mostraram que eles, os médicos, vinham sofrendo restrição de liberdade por parte de medidas adotadas pelo SSN.<sup>9</sup> Esse fato revela a tendência de o ser humano, não raramente, dar voz às suas angústias, quando interrogado sobre questões humanas geradas em suas relações sociais.

Depoimentos sinalizaram que a sociedade italiana tem apontado “[...] a exigência de cidadania [como] o significado primário de ser [...]”, de ser exigente, de saber exigir seu direito (Cavicchi, 2007, p. 75). Esse saber armazenado culturalmente (capital cultural) parece impulsionar a maioria nas decisões sobre o próprio cuidado, ao atuar como um instrumento para a aptidão em ser autônomo no enfrentamento dos fenômenos de saúde e doença:

*[...] sou um co-participante [...] é o paciente que determina soluções novas para si mesmo* (Puccini /I).

*[...] a liberdade é um direito do cidadão e deve ser um direito para todos [...] eu envolvo o paciente nas escolhas terapêuticas* (Castellani /I).

Discursos brasileiros sinalizaram “um ponto de indistinção” entre a determinação objetiva da APS (continência do sofrimento) e as determinações subjetivas do pensamento dos sujeitos, os quais, “presos nesta realidade”, respondem pela garantia das ações objetivas em si. Cabe ressaltar, citando Marx, que tal “ponto de indistinção” entre a determinação objetiva e as subjetivas da realidade social das ações de APS não é específico desse subsistema do SUS. Na perspectiva marxista, as determinações objetivas de toda realidade social são também determinações subjetivas, já que elas são determinadas pelos sujeitos que estão inevitavelmente inscritos na realidade dialética (Nhadan, 2012).

Nesse sentido, o “diagnóstico” sistêmico do conjunto de ações que determina um objetivo (central) das atividades em APS (continência ao sofrimento) é, em si, subjetivo e também “seu próprio sintoma”, pois é fruto de reações subjetivas lançadas pelos atores sociais que compõem a realidade, em resposta aos entraves com os quais os atores sociais se confrontam na prática (Nhadan, 2012). Um exemplo de entrave é a obrigatoriedade de cumprimento de protocolos estáticos produtivistas, como normativa cotidiana, imposta por gestões:

*[...] se eu tiver que atender 20 [...] não dá pra perguntar: “Como vai a sua vida?”* (Beto/B).

No contexto supracitado, a sociedade usuária estaria vivendo a supressão do direito fundamental à continência de seu sofrimento com qualidade, a negação à produção de saúde como um meio para alcançar dignidade<sup>10</sup>. A atitude estimula a produção de uma sociedade condicionada à vida nua (Agamben, 2007). Pois diante da necessidade institucional de um

9 Como a despesa farmacêutica da região Lazio estava fora de controle, a Azienda Lazio encaminhou uma normativa determinando a obrigatoriedade de os médicos de família controlarem as suas prescrições, de modo a não extrapolar o teto máximo *per capita* de assistência farmacêutica, para a região (E 175/*per capita*) (Germi/I). No período de realização do estudo, avisos e advertências fixados em consultórios médicos confirmavam tais medidas.

10 DINIZ, D. Supremo Tribunal Federal. *Audiência Pública Judicialização da Saúde*: depoimento. Disponível em: <[http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Debora\\_Diniz.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Debora_Diniz.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2014.



número mínimo de produtividade de atendimentos/dia o sujeito em sofrimento estaria à mercê da própria sorte, privado da possibilidade de atuar na gestão de sua vida, podendo remeter à máxima kantiana: “É tão cômodo ser menor!” (Kant, 1985, p. 100; grifos do autor).

## Considerações

O presente estudo analisou as concepções de médicos de família brasileiros e italianos sobre o potencial de impulsão à autonomia do sujeito nas decisões de seu processo de cuidado, por parte de médicos de família. A Política Nacional de Atenção Básica atribui à APS a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde do SUS (Brasil, 2011). Um dos objetivos das ações exercidas pelas equipes, de caráter democrático e participativo, é o de impactar a autonomia de sujeitos-usuários (Brasil, 2011). O médico de família é um dos atores sociais. A APS italiana é a principal estrutura do SSN, no contato direto com as pessoas. O médico de família italiano é considerado a primeira referência do núcleo familiar, um verdadeiro filtro nos confrontos, uma vez que representa o primeiro ponto de escuta para o cidadão italiano (Cicogna, 2007). A APS em ambos os países é de base territorial, ainda que com distintas especificidades.

Uma distinção sobre a produção de autonomia na APS brasileira e italiana encontra-se no capital cultural das sociedades. O sujeito-paciente italiano se emancipou de seu estilo de pensamento original, de um modelo de tutela paternalística de sua saúde, ao vivenciar a transformação da figura social de paciente em “[...] um sujeito novo, um sujeito político [...]”, que não deseja ser ajudado de modo caridoso, em uma hierarquia tutor-tutelado, capaz-incapaz, por um sistema público universal (Cavicchi, 2007, p. 12). O Brasil, por sua vez, vem desafiando o justo para que saúde na APS possa ser um direito universal e um meio para a dignidade<sup>11</sup>, ainda que sob a vigência do preceito constitucional saúde como direito de todos e dever de Estado.

A pesquisa revelou a “racionalidade biomédica *versus* racionalidade emancipatória”, na condu-

ção dos processos de saúde e doença, em ambos os países. De um lado, depoimentos revelaram fragilidade na materialização da autonomia dos sujeitos-usuários diante do imperativo biomédico contemporâneo de prevenir riscos probabilísticos. O dispositivo de prevenção ao risco apresentou-se a serviço da qualidade de vida e mostrou-se tendente à prática prescritiva, indutora do esvaziamento das potencialidades de interlocução que possam contemplar os modos singulares com os quais as pessoas se relacionam com seus sistemas de vida, bem como o modo como elas percebem, experimentam, sentem e pensam saúde. Em contrapartida também se expressou a racionalidade emancipatória, geradora de estratégias concretas e simbólicas para o enfrentamento da desconstrução da prática histórica produzida através do lastro obediência. Diferentemente de falas brasileiras, depoimentos italianos apresentaram a peculiaridade de, mesmo sustentados na racionalidade biomédica, valorizar a escuta dirigida à prevenção ao risco.

Apreendeu-se a necessidade de ampliação do reconhecimento da dimensão ética na produção do cuidado, para ancorar caminhos compartilhados, pavimentando-a de tal sorte que a sociedade usuária competente cognitivamente possa trafegar com liberdade e confiança na sua consolidação como sujeitos históricos, autores de suas histórias. Os dados apontaram que o processo de cuidado requer interação à luz do princípio da singularidade, expressão de cada um, e trato ético na forma com que esse princípio aparece em todos, respeitando os distintos tempos internos e contextos. Requer comprometimento com a dimensão ética do cuidado e, citando Gomes e Ramos (2014, p. 978), “[...] a ética como utopia de um novo sujeito.”

Outra categoria explorada foi “da condição histórica de menoridade ao desejo em ser autônomo”. A menoridade aqui referida assumiu o sentido metafórico na opção de garantir a tutela da vida ao médico de família. Médicos de família brasileiros revelaram a condição de menoridade em sujeitos-usuários relacionada ao sentimento de vergonha para se expressar, como ausência de recursos

11 DINIZ, D. Supremo Tribunal Federal. *Audiência Pública Judicialização da Saúde*: depoimento. Disponível em: <[http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Debora\\_Diniz.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Debora_Diniz.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2014.

concretos e simbólicos para se apropriarem dos saberes que lhes são inerentes nas experiências do processo saúde-doença. Em virtude do forte traço de exclusão social alimentado por sentimentos de pequenez inscritos em grande parte da sociedade brasileira é provável que não se trate de uma opção pela menoridade, mas de não se sentir em condições para tal e não compreender autonomia como valor humano universal.

Depoimentos brasileiros apontaram os protocolos produtivistas impostos por gestões como instrumento de preservação de menoridades, revelando a necessidade de a APS brasileira rever o seu papel na construção da rede de atenção à saúde no SUS, especialmente o modo como vem construindo suas ações programáticas. O direito de os sujeitos-usuários expressarem seus saberes promotores, preventivos e curativos construídos em seus grupos sociais vem sendo subsumido pela exigência de produtividade, representando um revés na conquista do direito à saúde como direito de cidadania.

Médicos de família italianos também enunciam a menoridade de sujeitos-usuários. Utilizando-se do autoritarismo, um médico apontou que o sujeito-usuário se mostra ativo nas decisões de seu processo saúde-doença quando opta por “*não colocar os bastões entre as rotas*” (Zavattini/I). No entanto, uma ênfase maior foi observada no reconhecimento de sujeitos maiores de idade, conhecedores do direito de expressão e do direito de exercer sua autonomia em seu cuidado como direito de cidadania.

A pesquisa revelou a necessidade de a APS brasileira dialogar com teorias das ciências humanas e investir em mecanismos de impulsão ao exercício ético para alavancar a autonomia de sujeitos competentes nas decisões sobre seus processos de saúde-doença, a partir da solidificação da estimativa de valores nas realidades (Finkler, 2009) e do fomento ao debate sobre o papel que o conceito de risco tem gerado na continência ao sofrimento. Rumo a uma era de esclarecimento, sobre saúde e risco, alimentada por um horizonte autônomo universal.

A PNAB explicita a importância de as ações serem orientadas pela integralidade da atenção, responsabilização, humanização e participação social, bem como a importância de impactarem a autonomia dos sujeitos-usuários. No entanto a adoção de

critérios de risco pela política tem representado uma operação de hegemonia unificadora do pensamento e ação voltada para a produção de uma identidade (Gramsci, 2007) de saúde como prevenção ao risco: deslocando a continência da saúde concreta do tempo presente para a do risco da vida probabilística.

## Referências

AGAMBEN, G. *Estado de exceção*. 2. ed. Belo Horizonte: Ufmg, 2007.

ALMEIDA FILHO, N. M. de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em saúde coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, 2013.

ARENDT, H. *O que é política?* 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1999.

ARENDT, H. *Origens do totalitarismo*. 5. ed. São Paulo: Schwarcz, 2004.

ARENDT, H. *A condição humana*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BERLINGUER, G. *Storia della salute: da privilegio a diritto*. Firenze: Giunti, 2011.

BERLINGUER, G. *A saúde nas fábricas*. São Paulo: Cebras-Hucitec, 1983.

BOURDIEU, P. *A economia das trocas lingüísticas*. 2. ed. São Paulo: Edusp, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus\\_doc\\_base.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2014.

BRASIL. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a 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). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 51.

- BRASIL. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2006.
- CAPONI, S. A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 445-455, 2004.
- CAVICCHI, I. *Autonomia e responsabilità*. Bari: Dedalo, 2007.
- COLLICELLI, C. *La salute come processo sociale: sanità e ricerca sociologica*. Milano: Franco Angeli, 2011.
- COSMACINI, G. *Storia della medicina e della sanità in Itália*. Roma: Laterza, 2005.
- D'ÉPINAI, M. L. *Groddeck: a doença como linguagem*. Campinas: Papyrus, 1988.
- FINKLER, M. *Formação ética na graduação em odontologia: realidades e desafios*. 2009. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2007.
- GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. Ética e comprometimento do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva numa região metropolitana do sul do Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 289-300, 2014.
- GRAMSCI, A. *Quaderni del carcere: a cura di Valentino Gerratana*. 3. ed. Torino: Einaudi, 2007. v. 3.
- HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa Saúde da Família no SUS. In: LIMA, N. T. et al. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.
- KANT, I. Resposta à pergunta: que é “esclarecimento”? In: \_\_\_\_\_. *Textos Seletos*. Petrópolis: Vozes, 1985. p. 100-117.
- KOSIK, K. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- LIMA, R. C. G. S. O direito à saúde e o fenômeno da judicialização: implicações éticas dos discursos de representantes dos poderes do Estado e do controle social em Minas Gerais. In: CAPONI, S. et al. *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. 2. ed. Florianópolis: Prismas, 2013. p. 311- 324.
- LIMA, R. C. G. S. et al. A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 118-130, 2009.
- LIMA, R. C. G. S. *Concepções de médicos de família no Brasil e na Itália sobre autonomia e solidariedade: implicações éticas para o cuidado na atenção primária de saúde*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
- MINAYO, M. C. dos S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- NHADAN, W. N. Introdução. In: ZIZEK, S. *O ano em que sonhamos perigosamente*. São Paulo: Boitempo, 2012, p. 9-12.
- SCHRAIBER, L.B. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- SCHRAMM, F. R. A saúde é um direito ou dever? Prolegômenos a uma autocrítica de saúde pública. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 2, n. 2, p. 187-200, 2006.
- SCHRAMM, F. R. Espiritualidade e bioética: o lugar da transcendência horizontal do ponto de vista de um bioeticista laico e agnóstico. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 161-166, 2007.
- SEPPILLI, T. L'antropologia tra individuo e contesto: una interpretazione sistemica della condizione umana. In: MELE, A. et al. *Salute e complessità: viaggio nei campi del sapere*. Bologna: Il Mulino, 2007. p. 39-71.

SOUZA, A. B. Clube da Esquina: um movimento cultural. *Revista Eptic*, São Cristóvão, v. 13, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufs.br/index.php/eptic/article/view/46>>. Acesso em: 21 de abr. 2015.

SOUZA, L. G. S.; MENANDRO, M. C. S. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações: revisão de bibliografia internacional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 517-539, 2011.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. *Pesquisa qualitativa técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2008.

TEMPORÃO, J. G. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1322-1323, 2009. Suplemento 1.

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. 5. ed. São Paulo: Pioneira, 1986.

---

### **Contribuição dos autores**

Lima participou da concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Verdi participou da concepção, análise e interpretação dos dados.

Recebido: 22/05/2014

Aprovado: 11/11/2014