

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

DORIS GOMES

**A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-
REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA**

**FLORIANÓPOLIS
2013**

DORIS GOMES

**A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-
REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Linha de Pesquisa: Filosofia e Ética em Saúde e Enfermagem

**FLORIANÓPOLIS
2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Gomes, Dóris

A subjetividade do profissional da saúde pós-
reestruturação produtiva / Dóris Gomes ; orientadora, Dra.
Flávia Regina Souza Ramos - Florianópolis, SC, 2013.
179 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. ética. 3. profissional da saúde. 4.
mercado de trabalho. I. Ramos, Dra. Flávia Regina Souza.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

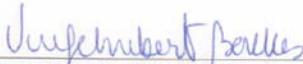
DÓRIS GOMES

**A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-
REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 30 de abril de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

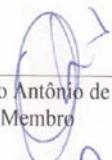


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

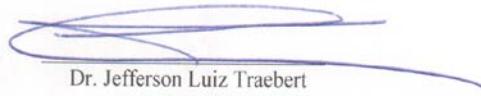
Banca Examinadora:



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Presidente



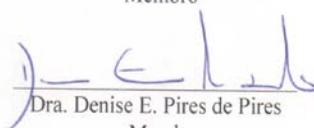
Dr. Paulo Antônio de C. Fortes
Membro



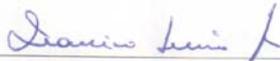
Dr. Jefferson Luiz Traibert
Membro



Dra. Soráia Dornelles Schoeller
Membro



Dra. Denise E. Pires de Pires
Membro



Dra. Francine Lima Gelboke
Membro

AGRADECIMENTOS

Ao intentar uma análise do discurso profissional que remete às questões ligadas à ética, precisaram ser removidos obstáculos no impedimento à problematização da ética como parte da ação cotidiana, assim como tabus e corporativismos que revestem o discurso do profissional sobre sua realidade de fazer saúde. A ética é comentada ou expressada através das negações, dos silêncios e dos acordos possíveis. A fala sobre a ética foi perpassada por expressões faciais silenciosas, onde os olhos voltados para as mãos seguidos de rugas na testa denotavam preocupação com o possível uso deste discurso. Boa parte das vezes um movimento involuntário da cabeça perscrutando o nada, vinha acompanhado de um trejeito corporal que fazia transparecer um peso súbito às costas. Outras vezes, um sorriso curto seguido pela mão que coça algum pedaço da orelha parecia dizer “este assunto é um tanto quanto capcioso”. Um olhar direto ao entrevistador interrogava “onde estás querendo chegar?!”.

Quando não se consegue certo grau de empatia do interlocutor (pesquisado) ou quando o medo supera a confiança, há a negação da fala. Alguns profissionais não permitiram que as suas palavras fossem além do anonimato, estabelecendo padrões de conversa que não poderiam ser documentados. A ética permaneceu, nestes casos, escondida por detrás de uma postura cética e desencorajadora como algo mascarado, velado, intocado, justamente num movimento contrário a qualquer proposição científica. O espectro da ética fez ali sua morada, sem direito a servir de emulação ao debate científico, calado diante do gravador! Por sorte, tivemos acesso a um corpo de profissionais que se permitiram falar, pondo em palavras parte importante de sua ação, a partir da exposição de seus dilemas, observações, experiências e pensamentos.

A estes profissionais que voluntariamente se dispuseram a participar deste trabalho de pesquisa nossos sinceros agradecimentos, sem eles nada teria sido possível!

AGRADECIMENTOS

A todos os professores e funcionários da pós-graduação em Enfermagem o meu carinho e gratidão por não me deixarem sentir uma estranha no ninho, ao contrário, me ofereceram muitas portas abertas! Uma grande lição de solidariedade e construção interdisciplinar!

À UFSC como instituição, por ser a grande responsável pela minha formação enquanto profissional e, também, pós-graduanda.

A Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Palhoça pela acolhida como sede primeira desta nossa empreitada de estudos. É sempre bom estar em casa!

Aos professores da Faculdade de Saúde Pública da USP que me receberam em suas aulas e compartilharam comigo o seu conhecimento.

Aos nobres professores que aceitaram o desafio desta banca. Muito obrigada.

A todos os meus amigos pela gigantesca paciência de compartilhar esta dedicação ao doutorado e me perdoar pelas ausências.

Aos amigos Álvaro e Gisela da Funorte/Soebras que de uma forma ou de outra estiveram comigo nesta caminhada.

Aos meus maravilhosos irmãos, irmãs, sobrinhos (as) e familiares queridos que estão ao meu lado. Vocês moram no meu coração!

A minha irmã Janete um abraço especial pelas vastas horas de revisões.

Ao Jaime e Claudia pela ajuda final e fundamental na formatação da tese.

A minha orientadora Flávia pela sabedoria, compreensão e tantas horas de dedicação.

Ao meu Companheiro Nildão por sempre acreditar no nosso potencial. Todo amor.

GOMES, Doris. **A subjetividade do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva.** 2013. 179 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Linha de Pesquisa: Filosofia e Ética em Saúde e Enfermagem

RESUMO

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) nas décadas de 1980/90 no Brasil se dá no auge da reestruturação produtiva e no pós “welfare state” dos países desenvolvidos, conformando um embate entre diferentes interesses público/privado - com forte intersecção no sentido da hegemonia dos interesses privados sobre os públicos. A ética nos espaços da ação profissional em saúde, considerando as diferentes alteridades, surge como um desafio numa conjuntura trespassada por uma ideologia do mercado que coersiona todos os aspectos da vida contemporânea. **Objetivo:** analisar os problemas éticos encontrados na relação ou intersecção das realidades público/privadas sob o ponto de vista dos profissionais da saúde no Brasil pós-reestruturação produtiva. **Método:** uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritivo, onde foram entrevistados 30 profissionais (enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas) da região metropolitana de Florianópolis com experiência de trabalho na área pública e privada. A análise dos dados se deu através do método de Análise Textual Discursiva, utilizando-se o software ATLAS.ti como auxiliar nas etapas de formação de unidades base e categorização.. **Resultados e Discussão:** foram consideradas quatro macrocategorias, cada uma tratada em um manuscrito específico. Na primeira, denominada “Intersecção público/privado: *problemas estruturais e éticos na relação público-privado*” os problemas éticos mostraram-se tanto nas restrições de autonomia do paciente ou nas determinações sociais, quanto na vontade do profissional em fazer o melhor, driblando possíveis problemas estruturais; *as questões centrais foram a complementação de pagamento, a humanização versus o ganho secundário, capitalização, e incorporação tecnológica.* No segundo manuscrito foi abordado o “comprometimento, ética e sofrimento moral”, focando uma transformação no tradicional compromisso “benfeitor” introspectado nas profissões como diferencial às ocupações. Traz para o debate o papel do profissional da saúde enquanto sujeito

moral, com diversos graus de comprometimento com a construção e proteção do “bem público”. O profissional assume ‘práticas possíveis’ para se manter “minimamente” ético em realidades que coersionam a tomada de decisões. O sofrimento moral aparece relacionado a sentimentos de impotência frente a situações de determinação do processo saúde-doença ou institucional-administrativas. No terceiro manuscrito, a subjetividade do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva é trabalhada a partir da experiência de uma profissão específica – a odontologia. Os principais achados se referem à ética na relação inter-pares; problemas éticos e serviço privado (competição de mercado, a realidade das Clínicas populares, os convênios e planos odontológicos); ética e ideal do serviço público: a construção da excelência para a odontologia pública como necessidade socialmente construída. O manuscrito quatro focou a relação de um padrão moderno de produtividade em lógicas diferenciadas público/privado e a produtividade como sinônimo de qualidade, comprometimento e ética. Algumas questões foram trazidas para o debate: até que ponto este padrão de produtividade “moderno/estressor” pode significar uma postura ética positiva e que estímulos alternativos poderiam ser pensados no sentido de uma produtividade necessária no serviço público associada a um comprometimento, qualidade/humanização, ética mínima e não-lucro. **Conclusões:** Desvelar problemas éticos na intersecção público/privado do sistema de saúde brasileiro parece fundamental para o resgate do trabalho como espaço de formação e transformação do próprio ser-profissional. A ausência de comprometimento com o outro como fato do mundo moderno surge como efeito e ao mesmo tempo causa de um processo contraditório. A busca por um humano que não se perceba isolado do todo, mas como um sujeito que pensa e que pode construir um diferencial ético no seu trabalho, “gentificado” e fazedor de história, parece significativo para a construção da qualidade e excelência no público. Na odontologia, uma crise profissional propõe problemas éticos: por um lado, o mercado reforça um sentido comercial na profissão odontológica, construindo configurações empresariais com ampliação da capitalização na odontologia sobre realidades de precarização no trabalho. Por outro lado, a ação exclusiva do profissional da odontologia no sistema público de saúde estimula um papel coletivo protagonista na busca por uma excelência de trabalho a partir de novos processos ético-políticos e epistemológicos.

Palavras Chave: ética, profissional da saúde, mercado de trabalho.

GOMES, Doris. **La subjetividad del profesional de salud post-reestructuración productiva**. 2013. 179 p. Tesis (Doctorado en Enfermería) Programa de Post Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Línea de Investigación: Filosofía y Ética en Salud y Enfermería.

RESUMEN

El proceso de construcción del SUS en 1980/90 en el auge de la reestructuración productiva en Brasil y post- “welfare state” en países desarrollados, confirma una realidad en la salud de fuerte intersección entre los intereses públicos/privados. La ética en los espacios de acción profesional en salud, considerando las diferentes otredades, surge como un desafío en una coyuntura traspasada por una ideología del mercado que cohesiona todos los aspectos de la vida contemporánea. **Objetivo:** analizar los problemas éticos encontrados en la relación o intersección de las realidades público/privadas bajo el punto de vista de los profesionales de salud post-reestructuración productiva en Brasil. **Metodología:** una pesquisa cualitativa de tipo exploratoria-descriptiva, donde fueron entrevistados 30 profesionales (enfermeros, médicos y cirujanos-dentistas) de la región metropolitana de Florianópolis con experiencia de trabajo en el área pública y privada. El análisis de los datos se dio a través del método de Análisis Textual Discursiva, utilizando el software ATLAS.ti como auxiliar en las etapas de formación de unidades base y categorización. **Resultados y Discusión:** fueron consideradas cuatro macro-categorías, cada una tratada en un manuscrito específico. En la primera, denominada “Intersección público/privado: problemas estructurales y éticos en la relación público-privado” los problemas éticos se mostraron tanto en las restricciones de la autonomía del paciente o en las determinaciones sociales, como en la voluntad del profesional en hacer lo mejor, driblando posibles problemas estructurales; *las cuestiones centrales fueron la complementación del pagamiento, la calidad/humanización versus la ganancia secundaria y la incorporación tecnológica*. En el segundo manuscrito fue abordado el “compromiso, ética y sufrimiento moral”, enfocándose una transformación en el tradicional compromiso “benefactor” introyectado en las profesiones como diferencial hacia las ocupaciones. Tras el debate, el papel del profesional de salud en relación al sujeto moral, con diversos grados de compromiso con la construcción

y protección del “bien público”. El profesional asume “prácticas posibles” para mantenerse “mínimamente” ético en realidades que cohesionan la toma de decisiones. El sufrimiento moral aparece relacionado a sentimientos de impotencia frente a situaciones de determinación del proceso salud-enfermedad o institucional-administrativas. En el tercer manuscrito, la subjetividad del profesional de salud post-reestructuración productiva es trabajada a partir de la experiencia de una profesión específica: la odontología. Los principales hallazgos se refieren a la ética en la relación inter-pares; problemas éticos en el sector privado (competencia en el mercado, la realidad de las Clínicas Populares, los convenios y planos odontológicos); ética e ideal del servicio público: la construcción de la excelencia para la odontología pública como necesidad socialmente construida. El manuscrito cuatro enfocó la relación de un patrón moderno de productividad en lógicas diferenciadas público/privadas y la productividad como sinónimo de calidad, compromiso y ética mínima. Algunas cuestiones fueron traídas para el debate: hasta qué punto este patrón de productividad “moderno/estresor” puede significar una postura ética positiva y qué estímulos alternativos podrían ser pensados en sentido de una productividad necesaria en el servicio público asociada a un compromiso, calidad/humanización, ética mínima y no-lucro. **Conclusiones:** Desvelar problemas éticos en la intersección público/privado del sistema de salud brasileño parece fundamental para el rescate del trabajo como espacio de formación y transformación del propio ser profesional. La ausencia del compromiso con el otro como hecho del mundo moderno surge como efecto que no se percibe aislado del todo, mas como un sujeto que piensa y que puede construir un diferencial ético en su trabajo, “gentificado” y hacedor de historia, parece significativo para la construcción de la calidad y excelencia en el público. En la odontología, una crisis profesional propone problemas éticos: por un lado, el mercado refuerza un sentido comercial en la profesión odontológica, construyendo configuraciones empresariales con ampliación de la capitalización en la odontología sobre realidades de precarización en el trabajo. Por otro lado, la acción exclusiva del profesional de la odontología en el sistema público de salud estimula un papel colectivo protagonista en la búsqueda por una excelencia de trabajo a partir de nuevos procesos ético-políticos y epistemológicos.

Palabras llaves: ética, personal de salud, mercado de trabajo.

GOMES, Doris. **The subjectivity of the health professional's post-productive restructuring.** 2013. 179 p. Thesis (Ph.D. in Nursing) Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Advisor: Dr. Flavia Regina Souza Ramos

Line of Research: Philosophy and Ethics in Health and Nursing

ABSTRACT

The process of constructing the SUS in 1980/90 at the peak of productive restructuring in Brazil and after the welfare state in developed countries, types a strong intersection in reality of health between public and private interests. Ethics in the spaces of professional health performance, considering the different otherness, is a challenge in an environment pierced by a market ideology that links all aspects of contemporary life. **Objective:** To analyze the ethical problems found in the relationship-intersection of the public/private realities from the health professional's perspective, post-productive restructuring in Brazil. **Method:** A qualitative research with an exploratory and descriptive approach, where 30 professionals (nurses, physicians and dentists) were interviewed in the metropolitan area of Florianópolis, with work experience in the private and public areas. Data analysis was made by using the method of the Textual Analysis discourse and the ATLAS.ti software was used in order to create the base units and categorizations. **Results and Discussion:** four mega-categories were considered; each of them represents a specific manuscript. The first, called "Public-private intersection: *structural and ethical issues in the public-private relationship*" ethical problems were shown in the restrictions on patient autonomy and in the social determinations. According to the professional's perspective, they will do their best while dodging possible structural problems; *the central issues were the completion of payment, quality/humanization versus secondary gain and technological resources.* In the second manuscript the "commitment, ethics and moral suffering," were addressed while focusing on a transformation of the traditional "benefactor" commitment hard-pressed in the professional formation such as the differential among occupations. Bring to debate the role of the health professional as a moral subject, with varying degrees of commitment to the construction and protection of the "public welfare." The professional assumes "possible practices" to remain "minimally" affected by the ethics that

exist in the realities that convey ethical decision-making. Moral distress appears to be related to feelings of powerlessness in situations of determining the disease. In the third manuscript, the subjectivity of the health professional, post-productive restructuring, is crafted from the experience of a particular profession - odontology. The main findings relate to ethics in the inter-peer relationship; ethical problems and the private services (market competition, the reality of popular hospitals, covenants and dental plans); ethics and the ideal public service: the construction of excellence for public dentistry as a socially constructed need. The fourth manuscript focused on the relationship of a modern standard of productivity in the differentiated logistics for public/private interests and "productivity" as a synonym for quality, commitment and minimal ethics. Some issues were brought to the debate: to what extent can this "modern/stressor" pattern of productivity contribute to a positive ethical posture; and which alternative motivations could be thought towards necessary productivity in the public service combined with commitment, quality/humanization, minimal ethical and non-profit issues. **Conclusions:** Unveiling ethical problems at the intersection of the public/private health system in Brazil seems fundamental to the rescue work, as space formation and transformation of one's self-training. The lack of commitment to each other as the fact of the modern world emerges and causes contradictory processes. The search for a human who does not look at himself as isolated, but as a person who thinks and who can build a difference in their work ethic, "socialized" and history-maker, seems significant to the building of quality and excellence in the public area. In odontology, a professional crisis proposes ethical problems: firstly, the market reinforces a sense of commercialism in the dental profession, building business settings with magnification in dentistry capitalizing on the realities of precarious work. Moreover, the unique actions of the dental professional in the public health system encourages a collective protagonist role in the search for excellence of work from new ethical-political and epistemological processes.

Keywords: ethics, health personnel, job market.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E SETOR DE SERVIÇOS	25
3.2 MIX PÚBLICO-PRIVADO PÓS-REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NO BRASIL.....	30
3.3 UMA NOVA SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE	37
4 METODOLOGIA	45
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	45
4.2 SUJEITOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	47
4.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS	49
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	50
5 RESULTADOS	51
5.1 MANUSCRITO 1 - A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: A ÉTICA NO MIX PÚBLICO-PRIVADO.....	51
5.2 MANUSCRITO 2 - A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: COMPROMETIMENTO E ÉTICA.....	80
5.3 MANUSCRITO 3 - A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: UM ENFOQUE NA ODONTOLOGIA.....	108
5.4 MANUSCRITO 4 - A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: ÉTICA E PRODUTIVIDADE NA RELAÇÃO PÚBLICO/PRIVADO.....	134
CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS	161
APÊNDICES	175

1 INTRODUÇÃO

Desvelar a construção da subjetividade do profissional da saúde na contemporaneidade tem como ponto de partida algumas interrogações contidas na história das profissões e na construção da alteridade de cada um de nós - profissionais: como o ideal liberal de profissional bem-sucedido se constrói intersubjetivamente, de forma naturalizada e invisível, e é percebido por nós na prática cotidiana do trabalho no mix público-privado? A democratização no acesso à saúde e o comprometimento com o outro – desconhecido – é evidenciado como problema ético no serviço em saúde no Brasil? O desafio de uma varredura na própria construção pessoal, como profissional da saúde que vivencia os conflitos e problemas éticos existentes na atuação em saúde em ambientes diferenciados de trabalho público e privado, bem como a percepção das transformações na subjetividade advindas da reestruturação da produção em saúde que define novos e complexos problemas e identidades profissionais, nos emula como objetivo desse estudo.

As transformações no mundo do trabalho no Brasil, em especial na produção em saúde nas últimas décadas, imbricam-se com as mudanças significativas na força e no mercado de trabalho dadas em função do esgotamento da “era dourada”, inicialmente nos países de capitalismo desenvolvido – após um dos períodos de maior expansão da tecnologia e do capital do mundo ocidental. É percebida uma diminuição da classe operária industrial tradicional associada a uma enorme ampliação do assalariamento no setor de serviços aliada a uma “subproletarização intensificada” - trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado e terceirizado (ANTUNES, 1995).

O complexo processo de financeirização mundial expressa uma nova relação de forças onde passam a dominar os grandes interesses do mercado financeiro em detrimento do investimento produtivo, o que intensifica ainda mais a reestruturação do trabalho na produção (CHESNAIS, 2011). As relações humanas são grandemente influenciadas por uma ideologia de mercado totalizadora que estimula a individualização, a comercialização do corpo ou partes dele, bem como, a mercantilização da saúde. Esta realidade vai insuflar a indústria de seguros, o tradicional complexo médico-industrial e o fortalecimento do monopólio das multinacionais na saúde.

O impacto do avanço técnico e a complexificação do aparato tecnológico nas cargas de trabalho dos profissionais, ao mesmo tempo

em que torna mais leve fisicamente o desenvolvimento do serviço, se transforma em fonte de competição e stress pelas elevadas exigências de produtividade. Uma realidade que traz como subproduto uma relativa desumanização nos cuidados à saúde. Aliado a este processo, o imaginário liberal-privatista é reforçado historicamente no Brasil desde os processos educativos como ideal de sucesso profissional (CECCIM et al., 2009), o que interfere diretamente na construção da subjetividade profissional.

A construção de uma universalidade calcada em um pensamento do “bem estar social” no campo da saúde no Brasil enfrentou desde os anos 1980, a realidade de uma economia nacional refém das orientações do sistema financeiro e voltada ao processo de privatizações e enxugamento do Estado. A garantia de direitos sociais de cidadania já na constituição de 1988 inviabilizou um modelo puramente liberal de atenção à saúde no país, manteve estabelecidas as garantias constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), mas foi confrontada na sua essência ao programa neoliberal de austeridade do Estado brasileiro.

Para Amélia Cohn (2009) as mudanças no perfil do Estado na área social por sua enorme capilaridade, tendem a borrar as fronteiras entre as dimensões pública e privada da vida social, e dos setores público estatal e privado da produção de serviços. As políticas públicas situadas na lógica das necessidades sociais, em um projeto neo-desenvolvimentista de país que perpassa realidades complexas e contraditórias de intersecção público/privado, precisa se pautar sobre a relevância dos processos subjetivos que envolvem o profissional da saúde na conformação de problemas éticos e na construção de novas identidades profissionais e perspectivas humanizadoras

a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado (BRASIL, 2004, p. 5)

Este entendimento parte do pressuposto de que o desenvolvimento do trabalho na saúde não passa somente pelas questões técnicas do trabalho, mas também, por diferentes maneiras de realizar projetos para além do trabalho prescrito. Uma realidade que potencializa

o profissional da saúde a assumir conflitos na busca por soluções possíveis e que pode, também, significar armadilhas éticas no cotidiano do fazer-saúde. Especialmente num momento histórico onde a ampliação do potencial de capitalização na saúde se dá sob o signo de um Sistema de saúde que se preconiza único e universal.

Uma realidade enfrentada pelos profissionais da saúde no seu cotidiano de trabalho, em especial, aqueles que assumem duplo vínculo público/privado e que os obriga a dar respostas no campo da ética no ato do seu trabalho sob diferentes lógicas, quando não contraditórias, entre o potencial de lucratividade e as reais necessidades individuais e sociais. A experiência própria e a convivência com um grande contingente de profissionais que vivenciam esta realidade nos instigam esta inquietação. A tentativa de compreender e desvelar as transformações advindas da reestruturação produtiva no campo da saúde no Brasil, mais especificamente, para o profissional da saúde na dimensão subjetiva da relação público-privado, nos mobiliza a esta investigação.

Neste sentido, esta pesquisa teve por objeto desvelar os problemas éticos expressados pelos profissionais da saúde a partir das suas próprias vivências e experiências de trabalho. A pergunta mobilizadora do estudo foi “que problemas éticos podem ser apreendidos nas experiências de trabalho de profissionais com atuação simultânea em instituições públicas e privadas de saúde no contexto brasileiro pós-reestruturação produtiva?”. Em resposta a esta questão, propôs-se a **tese**: No contexto brasileiro pós-reestruturação produtiva, elementos relacionados à inter-seção público-privado produzem problemas éticos e na relação subjetiva dos profissionais com o seu trabalho em saúde. A partir desta tese o estudo foi orientado pelos objetivos apresentadas a seguir e por uma abordagem qualitativa, já que privilegiou a experiência de profissionais envolvidos nas antigas e novas modalidades de interseção entre o serviço público e o privado.

No capítulo 1 é apresentado o referencial teórico com síntese dos principais autores que embasaram a análise dos dados, numa abordagem que engloba três etapas: o novo quadro de reestruturação produtiva e setor de serviços; a realidade do mix público-privado no sistema de saúde brasileiro e uma nova subjetividade do profissional da saúde nesta realidade.

No capítulo 2 são apresentados os resultados na forma de quatro manuscritos. O artigo 1 trata dos problemas éticos na interseção público/privado com o objetivo de identificar quais são os principais problemas desvelados nas experiências de trabalho a partir do discurso dos profissionais. No artigo 2 foi abordada a relação entre

comprometimento, ética e sofrimento moral, trazendo para o debate o papel do profissional da saúde enquanto sujeito moral, com diversos graus de comprometimento com o outro, o que implica compreender os problemas éticos na implementação de novas tecnologias imateriais na intersecção público/privado. O artigo 3 procurou aprofundar o debate entre a reestruturação produtiva e o campo de trabalho da odontologia, com objetivo de identificar e discutir as questões éticas à luz das transformações desta profissão no contexto brasileiro. O artigo 4 focou a relação entre um padrão de produtividade pós-reestruturação produtiva ou “moderno” e lógicas diferenciadas público/privado, resgatando o objetivo de debater a conexão das questões éticas identificadas com a ideologia do mercado.

Buscou-se, assim, evidenciar a subjetividade dos agentes envolvidos no processo do fazer saúde, imbricados na complexa rede vivida em seu cotidiano, onde afloram sua condição social, suas vivências, crenças e valores; sempre tomando a subjetividade não apenas como coercionada pela ideologia do mercado, mas repleta de idiosincrasias e significados, dilemas éticos e sofrimentos, individuais e coletivos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as implicações éticas das experiências de profissionais com atuação simultânea em instituições públicas e privadas de saúde no contexto brasileiro pós-reestruturação produtiva.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar quais são as principais implicações éticas das experiências de trabalho na intersecção público-privado na saúde a partir do discurso dos profissionais.

- Discutir as questões éticas identificadas à luz do contexto brasileiro pós-reestruturação produtiva.

- Compreender a relação das implicações éticas junto à implementação de novas tecnologias imateriais na intersecção público/privado.

- Debater a conexão destas questões éticas identificadas com a ideologia do mercado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E SETOR DE SERVIÇOS

O consenso keynesiano do “welfare state” procurava conciliar a “anarquia” do mercado ao planejamento do Estado adotando políticas econômicas anticíclicas, com elevação do padrão de consumo de bens e serviços de parcela significativa dos trabalhadores, especialmente nos países de capitalismo desenvolvido. Segundo Hobsbawn (2002), uma das tendências mais impressionantes do século XX. Mas, a partir de fins da década de 1960 já aparecem os primeiros sintomas de declínio da chamada ‘era dourada’. Surge uma economia cada vez mais transnacional calcada em três pilares: uma nova divisão internacional do trabalho, as empresas transnacionais e um aumento de financiamento externo.

A produtividade do trabalho dá sinal de desgaste, o sistema monetário com base no padrão dólar-ouro declina e ressurgem um estado de desestruturação, crises e incertezas. O acirramento da concorrência inter-capitalista e pólos/Estados-nação importantes e reaquecidos da economia como a Europa reconstruída, o capital japonês e os tigres asiáticos - incluindo mais recentemente o socialismo de mercado Chinês -, somados ao conflito distributivo, passam a minar a dominância da supremacia da indústria estadunidense, já com claros sinais de esgotamento de seus mecanismos de crescimento e da regulação global adotada (BELLUZZO, 2009). O pacto anterior entre governos, proprietários de riqueza e trabalhadores é substituído pela concorrência desimpedida e a hostilidade ao intervencionismo Estatal.

A “terceira revolução industrial” identificada como pós-fordista ou pós-industrial, traz uma mudança significativa na organização do processo produtivo. A chamada racionalização científica de organização no trabalho tipo Taylorista impunha a divisão do trabalho entre os chefes técnicos (gerentes) e os trabalhadores, para que fosse retirado de cada trabalhador um máximo de produção. Já a invenção de Ford do trabalho em cadeia consistia não em fazer trabalhar melhor, mas em fazer trabalhar mais. Um padrão produtivo que surgiu em resposta ao crash da Bolsa de Nova York em 1930, às reivindicações dos trabalhadores estimulados pelas revoluções socialistas do século XX e, posteriormente, como consequência dos arranjos internacionais da

segunda guerra mundial.

A chamada globalização econômica segundo Minayo-Gomez e Costa (1999) se estrutura sobre uma nova divisão social e internacional do trabalho, intensificando a fragmentação da produção com a dispersão dos processos produtivos por várias nações, o que compromete a continuidade desta regulação fordista. Caracteriza-se pelo crescimento das corporações transnacionais, pela predominância de investimentos no âmbito financeiro e mobilidade de capitais produtivos por diferentes países - com base nos potenciais de mercado, recursos naturais, capacidade estratégica (investimento em pesquisa), condições de comercialização, infra-estrutura e mão-de-obra barata.

A reestruturação da produção nasce baseada na automação e inovação tecnológica da indústria, procurando na tecnologia informatizada um aumento da produtividade, buscando a eficiência através da intensificação do trabalho na máquina. Há diminuição da estrutura e tamanho das empresas com intensificação da terceirização e estreitamento dos laços entre produção e comercialização, ditado pela encomenda. Exige-se um trabalhador mais escolarizado e polivalente, com garantia de empregos a uma fração reduzida de trabalhadores e, contraditoriamente, condições de trabalho mais precarizadas para a grande maioria. Amplia-se uma grande massa de desempregados, em uma realidade de enfraquecimento do movimento coletivo (sindical) com hegemonia do capital nas decisões trabalhistas (PIRES, 2008).

Um aumento considerável das diversas e complexas atividades ligadas ao setor de serviços, desde a distribuição da produção até a manutenção da ordem se reflete, também, sobre o campo da saúde. Entretanto, este campo apresenta características especiais, diferenciando-se da produção material e industrial, e do trabalho no setor primário da economia. A relação entre inovação tecnológica e desemprego pode ser considerada uma destas especificidades, pois ao contrário de outros setores da produção, o uso intensivo de tecnologia de ponta no setor saúde não tem resultado em aumento do desemprego, mas sim, acresce postos de trabalho - apesar de serem observadas alterações significativas nas cargas e relações de trabalho (PIRES, 2008).

Além disto, na saúde a produção e o consumo são simultâneos, ou seja, os próprios efeitos do trabalho transformam-se em mercadoria, tangível, vendável e, portanto, produtora de lucro para o capital empregador. Os próprios atos do trabalho transformam-se em mercadoria - produtora de lucro - quando desenvolvida no setor privado. Marx já acentuava que a relação mercadológica de compra e venda é

fruto de uma relação social, portanto, “a atividade de serviço nas relações capitalistas pode ser produtiva se ela resulta na agregação de valor ao capital, ou seja, transforma-se em mercadoria capaz de produzir mais-valia” (PENA; MINAYO-GOMEZ, 2010, p. 374).

Para Mészáros (2002) um novo tipo de relacionamento entre ciência, tecnologia e indústria, eleva a realização das potencialidades produtivas da sociedade a uma extensão anteriormente inimaginável e a ciência e a tecnologia acabam subordinadas a esta produção. O consumo de bens e serviços passa não mais à realização de necessidades, mas a sua própria produção, obedecendo ao imperativo abstrato da “realização” ou lucratividade do capital.

Outras maneiras de criar e preservar os interesses monopolistas, diferentes da era monopolista-imperialista, foram pensados para manutenção da relação centro-periferia de desenvolvimento da economia global. O crédito concedido no pós-guerra aos países mais pobres acaba se tornando por volta dos anos 1980, um problema de endividamento abusivo. O Clube de Paris é formado para estabelecer regras de reescalonamento dessas dívidas, o que amplia o processo de aprisionamento destes países ao sistema de circulação do capital. Além disso, a ajuda externa estadunidense sempre esteve vinculada, também, à compra de bens e serviços, em geral, já obsoletos daquele país. Agora, os interesses dos países centrais continuam garantidos através de uma militarização com centralização do capital “o domínio por meio do poder financeiro, economias de escala e posição de mercado, e a ávida proteção das vantagens tecnológicas por meio de direitos de patente, leis de licenciamento e direitos de propriedade intelectual” (HARVEY, 2004, p. 85).

Segundo Giddens, Beck e Lash (1997) a modernidade tradicional estaria em transição: há uma desincorporação para nova reincorporação de outras formas sociais industriais, chamada modernidade reflexiva. Camadas sociais, ocupação, papéis de sexo, família, setores empresariais, classes sociais e as formas do progresso técnico-econômico deixam de ser o que eram. A vitória do capitalismo produziria a nova forma social: intenso crescimento econômico, tecnificação rápida, maior segurança no emprego (para uma minoria de trabalhadores nos moldes Toyotistas de organização da produção). Através de uma auto-reflexão difusa e reflexiva, o mundo estaria em etapa de transformação e toda consideração objetiva estaria nela subsumida. A sociedade da incerteza e da alienação seria, tendencialmente autocrítica e construtora de novos fóruns de negociação, sem garantia de sucesso.

A constatação de que as respostas às crises econômico-sociais não foram dadas sem agravamento das desigualdades, aumento do desemprego e da pobreza, guerras e desequilíbrio ambiental - a ponto de significarem uma ameaça à própria sobrevivência da espécie humana - leva a caminhos alternativos. Para a modernidade reflexiva estaríamos vivendo a sociedade do risco, onde os processos de modernização estariam cegos e surdos aos seus próprios efeitos e ameaças. Qualquer perspectiva positiva de transformação societária parece inexistente. Já sob o ponto de vista marxiano o trabalho estaria cada vez mais subordinado ao capital, agora fundamentalmente especulativo-parasitário e gerador de profunda crise estrutural.

O desenvolvimento técnico e tecnológico atuando de modo contraditório, ao mesmo tempo em que abre a possibilidade para um indivíduo mais reflexivo, assume características crônicas de alienação e precarização no trabalho. A convivência pacífica entre as nações é subordinada à expansão do lucro e as grandes contradições do sistema se acentuam. Mesmo a informática tendo substituído parte do parque industrial e os administradores transnacionais aparecerem como o novo poder hegemônico, o trabalho continua central para transformar “a contradição entre produção e necessidades sociais e o controle hierárquico e discriminatório da produção e do consumo” (MÉSZARÓS, 2004).

A manifestação desta contradição afeta variadas dimensões da vida humana: social, institucional, científica e filosófica, e pode ser considerada parte essencial da crise das ideologias. Jamenson (1999) destaca que a retórica do mercado é um componente central na luta ideológica de nossa época, como conseqüência do episódio do fim das ideologias ao final da década de 1950, quando incorpora-se um saber aceito por todos: de que nenhuma sociedade pode funcionar eficientemente sem o mercado e que o planejamento social é, evidentemente, impossível - o mercado faria parte, desde sempre, da natureza humana. A força do conceito de mercado, portanto, reside em sua estrutura “totalizante”: a ideologia de mercado “assegura-nos que os seres humanos estragam tudo quando tentam controlar seu destino (‘o socialismo é impossível’), e que é uma felicidade possuímos um mecanismo interpessoal - o mercado - capaz de substituir a arrogância e o planejamento humanos” (JAMENSON, 1999, p. 291).

O autor sugere que a dimensão ideológica está intrinsecamente inserida na realidade, sendo destilada por ela como um traço necessário de sua própria estrutura. Os dois aspectos bastante contraditórios do sistema de mercado como a liberdade e a igualdade, acabam figurando

como uma dimensão profundamente imaginária. Na prática essa liberdade e igualdade se revelam como falta de liberdade e desigualdade. O mercado como conceito, raramente teria qualquer relação com a escolha ou a liberdade, já que estão todas determinadas de antemão por modelos pré-padronizados:

todo mundo precisa querê-las, mas elas não podem realizar-se. A única coisa que pode acontecer é que o sistema que as gerou desapareça, assim abolindo os “ideais” juntamente com a própria realidade (JAMENSON, 1999, p. 281).

Zizek (1999) afirma a existência da ideologia como matriz geradora que regula a relação entre o visível e o invisível, o imaginável e o inimaginável, bem como as mudanças nessa relação. A mera possibilidade de mudanças modestas no atual modo de produção torna-se impensável na contemporaneidade, como se a realidade do capitalismo liberal pudesse sobreviver mesmo na eminência de uma catástrofe ecológica global, onde a própria economia (a lógica do mercado e da concorrência) se impõe cada vez mais como ideologia hegemônica. Desta maneira, a crítica “pós-moderna” da ideologia deve nomear os elementos que apontam para o caráter antagônico do sistema e que desse modo, alienam da evidência de sua identidade estabelecida.

Esta exacerbação da ideologia do mercado como causa e ao mesmo tempo conseqüência da reestruturação produtiva, traz uma realidade de enfraquecimento do movimento coletivo (sindical) e de hegemonia do capital nas decisões trabalhistas. Configura-se um quadro de dificuldades para a organização dos trabalhadores enfrentarem a nova roupagem da exploração no trabalho, com omissão do Estado em funções fundamentais no âmbito da proteção social. Aumenta o investimento de dinheiro fora da produção - no sistema financeiro - ou em novos meios de produção que, de maneira geral, resultam em desemprego e precarização. Há necessidade de entendimento do novo quadro sócio-econômico e seus reflexos na subjetividade humana para a construção de novas resistências e perspectivas societárias.

Foucault (2002) na direção dos aparelhos disciplinares que funcionam ao nível do ‘micropoder’, destaca que no desenvolvimento do conhecimento reflexivo o homem começa a ser pensado a partir dele próprio, chegando ao campo do inconsciente e, de maneira geral, às formas do impensado. Todo o pensamento moderno é atravessado,

portanto, pela lei de pensar o impensado. Inaugura-se uma forma de reflexão onde está em questão o ser do homem, a dimensão onde o pensamento se dirige ao impensado e com ele se articula. Neste entrelaçamento entre a condição objetiva de vida humana com base na sociabilidade inerente e no trabalho como sua consequência lógica, funda-se a consciência e o impensado ou inconsciente, numa conjunção em dupla hélice de um mesmo ser: o homem. Estrutura-se esta subjetividade humana que a crítica contemporânea patenteia o seu desvelar. Forma-se uma antropologia que fala de um homem tornado estranho a si mesmo e uma economia que fala de mecanismos exteriores à consciência humana.

Na atualidade, a produção de ações e serviços em saúde, as formas de organização e relações de trabalho, especialmente as contemporâneas - pós-reestruturação produtiva - se sustentam em princípios que podem sacrificar a subjetividade do trabalhador em nome da rentabilidade e da competição e este cenário complexo contribui para e/ou interfere nas possibilidades de satisfação ou sofrimento no trabalho e na configuração de problemas éticos que necessitam ser estudados. Neste sentido, os processos sociais e subjetivos parecem afetar o comprometimento do trabalhador da saúde com o seu objeto de trabalho: o ser humano. Uma realidade que suscita algumas indagações neste trabalho: quais as possíveis convergências e antagonismos entre um enfoque estruturalista e um voltado para ação do sujeito reflexivo? A universalidade na saúde, não somente como forma de resistência, mas como projeto de emancipação, é realizável em plena crise da modernidade?

3.2 MIX PÚBLICO-PRIVADO PÓS-REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NO BRASIL

Uma característica importante do sistema de saúde no Brasil é a interpenetração entre interesses públicos e privados, tanto na prestação dos serviços quanto no financiamento. Nos anos 1990 as políticas de ajuste monetário que seguiram o “consenso de Washington” - medidas impostas na negociação das dívidas externas dos países latino-americanos - ocorreram associadas a uma liberalização do mercado interno (privatizações) e reformas para enxugamento da máquina Estatal. Neste período de ascensão do ideário neoliberal o Estado passa a dar tratamento ambíguo às políticas sociais na área da saúde. Há um

processo de acumulação de capital no tratamento hierarquizado do setor privado em saúde. A flexibilização dos serviços do Estado, com orçamentos incertos e privatização, estimularam o financiamento da saúde de forma individual (para si mesmo) ou através de seguros empresariais (no trabalho).

Há o estímulo à ampliação da renúncia fiscal em saúde, permitindo a justaposição de dois modelos distintos de políticas, um que seguia o aparato jurídico constitucional e outro neoliberal – o que favoreceu a expansão da oferta hospitalar privada e, principalmente, o crescimento do mercado de planos de saúde. Associada a esta realidade, a redução do financiamento público na saúde em relação ao crescimento do gasto em saúde da população estimula o aumento da participação de seguradoras com redução da medicina de grupo. Além disto, a descentralização fora dos padrões originais da proposta – que tinha por objetivo “adequar melhor as ações públicas às necessidades diversas de um grande país heterogêneo e permitir um controle social mais próximo da execução das ações” (ANDREAZZI et al., 2011, p. 91) -, foi fortemente influenciada pelo receituário do Banco Mundial.

A recomendação dos organismos financeiros internacionais para o setor saúde dos países de capitalismo tardio sempre foi clara na intenção de beneficiar a iniciativa privada no objetivo do co-pagamento de serviços e terceirização das gestões – um processo ainda em disputa na atualidade. Com o aprofundamento da descentralização ou municipalização da saúde no Brasil, especialmente a partir de 1996, é redefinida a arena decisória, reposicionando a disputa de interesses público/privado quando traz para a cena dos principais acontecimentos em saúde “os gestores municipais, responsáveis diretos pela administração da rede de serviços e pela própria implementação do SUS” (SOUZA; BODSTEIN, 2002, p. 482).

Segundo Bahia e Scheffer (2010) aproximadamente 43 milhões de brasileiros estavam vinculados a planos privados de assistência médica em 2009 (um número que já chega a 49,2 milhões, ou seja, 25,9% da população brasileira segundo o último PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2010)), operados por mais de mil empresas que movimentaram uma receita em torno de 62 bilhões de reais - um valor bem superior ao disposto pelo Governo Federal para assistir a uma população brasileira três vezes maior a dos segurados privados. Os interesses particulares das empresas de saúde privadas também no espaço público são percebidos nas intrincadas relações no financiamento e sobreposição na assistência.

Dados do último PNAD (IBGE, 2010) mostram que a cobertura

por plano de saúde ainda é expressivamente maior nas áreas urbanas, apesar de um aumento significativo na área rural em relação ao crescimento de pessoas asseguradas entre 1998 e 2008. As Regiões Sudeste (35,6%) e Sul (30,0%) registram percentuais aproximadamente três vezes maiores do que os verificados para o Norte (13,3%) e Nordeste (13,2%), fazendo uma relação importante com poder aquisitivo. Em relação às internações brasileiras, cerca de dois terços foram através do SUS, sendo que 6,3% destas declararam possuir algum plano de saúde e 5,2% declararam ter pagado algum valor pela internação. Dados que transparecem as diferenças regionais na relação público/privado no atendimento em saúde, tanto em relação às regiões geográficas do país, quanto às zonas urbana e rural.

O conflito e disputas em torno dos escassos recursos públicos se agravam e isto fortalece a participação do setor privado na oferta de serviços de saúde no Brasil. O incremento da eficácia e eficiência da gestão do sistema, também se dá pela alocação de gastos entre o setor público e privado. Algumas questões podem ser apontadas neste debate: 1. desigualdade e diferenças público/privado em relação às tecnologias relacionais e ética; 2. experiências de problematizações éticas na vida real e negociações necessárias: como os profissionais fazem para conseguirem manter-se éticos, apesar das inúmeras restrições que lhes são impostas; 3. a relação entre planos de saúde e exploração no trabalho; 4. como transformar o conceito hegemônico presente na sociedade brasileira de que o privado é melhor do que o público.

A garantia constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) marcou uma nova fase de definição das políticas de saúde no Brasil. Os ideais sanitaristas de publicização que foram impulsionados pelo movimento de democratização do país em busca da consolidação da cidadania, se baseavam em novos paradigmas para a saúde – na organização dos serviços e na compreensão do processo saúde-doença. Através do Estado seria possível o acesso do indivíduo à seguridade social e seria regulada a esfera privada, subordinando os interesses privados ao interesse público/social geral. Mas, as políticas neoliberais de Estado mínimo acentuam o crescimento do mercado na saúde - apoiado em uma complexa intersecção de interesses público/privado e num sub-financiamento Estatal crônico.

Segundo Menicucci (2011) os debates em torno da construção do SUS e da definição de saúde como um direito não garantiu a universalidade através da ação única do Estado brasileiro, mantendo a dualidade público/privado. A potência de reversão do modelo assistencial curativo, da efetivação do controle social no plano político e

no desenho de novas tecnologias imateriais para uma assistência mais humanizada, caminha em passo de resistência na permanente disputa entre lógicas diferenciadas público/privado, sofrendo avanços e recuos ao longo desta construção. Nos países onde os sistemas de saúde foram pautados no “estado de bem estar social” o público foi assumido como sinônimo de estatal - mesmo os baseados nos direitos do trabalho -, mas em sistemas com prevalência do mercado na saúde - seguindo o clássico modelo estadunidense -, se constrói a noção de coisa pública ou interesse público mínimo intermediado pelo Estado.

A evidente indefinição do modelo brasileiro para a saúde a partir de uma universalidade mínima garantida pelo Estado apoiada em uma reestruturação de gestão no SUS para aumento da qualidade, mas ainda com problemas cruciais como o financiamento a serem resolvidos, sofre forte apelo mercadológico. A partir da descentralização do SUS, acompanhada por descompromisso financeiro da União e a constituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com alto grau de autonomia administrativa e sem submissão real às instâncias de decisão e gestão do SUS, passa a haver um aprofundamento no processo de acumulação de capital no setor privado em saúde. Essa realidade de imbricamento do privado nas entranhas do público, consumindo seus já poucos recursos, associado ao aumento da participação do capital internacional e do capital financeiro no mercado da saúde, é ainda parcialmente conhecida e regulada de forma insatisfatória pelo Estado (ANDREAZZI; ANDREAZZI; CARVALHO, 2006, p. 56).

Esta realidade de privatização do espaço público, aumentando a segmentação e construindo, na prática, um modelo dual de saúde, tem fragilizado o SUS do ponto de vista político-ideológico. A idéia de que o público não pode prescindir do privado têm sido amplamente trabalhada e naturalizada no Brasil ao longo das últimas décadas. Historicamente a figura do Estado brasileiro sempre esteve no centro do repasse ou da abertura de possibilidades para a instalação do complexo privado na saúde e parece haver dificuldades no apontamento de soluções em contrário, “sem a destinação de expressivas subvenções estatais, uma vez que o mercado fosse tensionado pelo mutualismo, estariam dadas as condições objetivas para torná-lo, de fato, suplementar” (OCKÉ-REIS, 2011, p. 110).

Os modelos “alternativos” com lógica de gerência privada – com o pioneirismo do governo do Estado de São Paulo a partir das Organizações Sociais (OS), entre outras - são apresentados como solução aos problemas de autonomia gerencial e à pressão por eficiência e efetividade da gerência pública. O valor pago pelo Ministério da Saúde

aos procedimentos de média e alta complexidade - setores prevalentes da saúde suplementar e complementar - representa, aproximadamente, o dobro do destinado às ações de atenção básica (NOGUEIRA, 2011)

A regulação da saúde privada ao invés de manter os serviços privados sob o domínio do interesse público, no sentido da proteção dos direitos sociais, tem servido grandemente para formalizar esta dualidade e segmentação na assistência. Os recursos federais já sub-financiados na década de 1990 com o fim do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e posteriormente dos tributos como CPMF (Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira), mantém no mesmo patamar insatisfatório o financiamento para a última década e sem perspectiva próxima de mudança (visto a aprovação da Emenda Constitucional - EC 29 ao final de 2011). O que pode significar que “os déficits de financiamento para o SUS não impediram certos avanços, mas impulsionaram a disposição individual de aquisição de planos privados de saúde” (BAHIA, 2011, p. 123-124).

A lógica proposta pelo SUS de que o serviço privado serviria como complemento ao público é vencida pela ideologia do mercado na idéia de que o SUS estaria voltado às pessoas que não podem efetuar o pagamento à saúde, aparecendo o serviço privado como referência de qualidade e eficiência. Um contexto que impõe uma importante pauta à saúde coletiva: a necessidade de conhecimento das interconexões de serviço público e privado com intuito de sua regulação pelos interesses públicos. Uma necessidade que surge como resposta aos problemas causados por uma atuação predatória das empresas atuantes neste mercado (cada vez mais centralizado por grandes empresas) e que desvirtuam os valores socialmente construídos e constitucionalmente assegurados.

São visíveis os dilemas impostos pela ordem histórica: a saúde como um direito social percorre um tortuoso caminho de afirmação em épocas de hegemonia do capital financeiro. Políticas públicas que imponham restrições a esta interconexão e que, ao mesmo tempo, definam as possibilidades de atuação aos agentes privados em saúde, seriam fundamentais para superar esta dicotomia entre um mercado sem regras e o interesse público baseado nas necessidades sociais. O debate em torno da natureza e significado dos interesses, valores e direitos públicos e privados parece assumir relevância neste contexto. Tanto no entendimento desses conceitos quanto da subjetividade produzida e, ao mesmo tempo produtora, desta relação.

Uma justiça distributiva atuante sob o prisma das necessidades

sociais – valorizando o indivíduo como um fim em si mesmo - onde o Estado de direito intervenha no campo social e econômico para garantia dos direitos à cidadania com equidade e respeito às diferenças, não pode estar condicionado, necessariamente, “aos objetivos de eficiência e de custo-efetividade” (FORTES, 2008, p. 27). A ética neste íterim não pode prescindir de uma valorização das pessoas pautada na dignidade humana e independente do mérito pessoal – nas sociedades liberais normalmente associados ao poder de compra.

Uma ética com ancoradouro nas singularidades relacionais profissional-paciente deve incorporar, também, sentido molar universalizante e transformador, para que as relações profissional/paciente não sejam apenas receptáculos de uma ideologia da ética utilitarista no seu sentido individual/hedonista ou de uma ética restrita às responsabilidades em uma instituição (empresa) - como um código de ações predefinidas de acordo com objetivos funcionais. Mas, que consiga reproduzir nos micro-espacos de poder as contradições e as pluralidades sociais, sem prescindir de uma meta-teoria transformadora, que perceba o direito no sentido social, entenda a ideologia como um trespasse invisível de conceitos hegemônicos na ação cotidiana e o agente ético como sujeito “como um ser racional e consciente que sabe o que faz, como um ser livre que decide e escolhe, como um ser responsável que responde pelo que faz” (CHAUÍ, 2011, p. 379).

O desafio da restauração dos laços sociais para além dos desejos de consumo construídos pelo mercado e pelo aparato técnico-científico subsumido ao imperativo da lucratividade especialmente pós-reestruturação produtiva, passa pela construção de novas tecnologias relacionais pautadas no direito cidadão à saúde e na lógica do não-lucro no serviço público. Em 2004 parte importante deste ideário humanizador incorpora uma política transversal de Estado através do humanizaSUS (BRASIL, 2004). Uma política que entende humanizar como ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Transversal porque se propõe um conjunto de princípios e diretrizes traduzidas em ações nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, com características de uma construção coletiva.

Uma estratégia que procurou aumentar o grau de coresponsabilidade dos diferentes atores do Sistema a partir de uma mudança com sentido coletivo: na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Para os profissionais, significaria troca de saberes, melhorias nas condições de trabalho, espaços de criação em

novas ações e participação como co-gestores dos processos de trabalho construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de coresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz (BRASIL, 2004, p. 8).

Afinal, a compreensão destas biopolíticas de construção de relações sociais que permitem uma convivência com a diversidade e a construção de novas formas de viver tem por base a produção da vida de modo “solidário, no sentido do comum que todos somos” (MERHY, 2007, p. 21).

Mas as contradições entre os diferentes ideais liberal/privatista e do serviço público, numa realidade de intersecção público/privado perpassada pela ideologia de mercado, que superestima os interesses financeiros em detrimento dos direitos sociais - quando o setor saúde deveria se reger por uma racionalidade contrária à dinâmica do mercado -, estabelece diversificados problemas neste processo. O papel do Estado permanece central juntamente com a ação ética e a resistência dos profissionais, trabalhadores, fóruns da saúde e usuários/pacientes que construíram e constroem cotidianamente o SUS, garantindo a saúde como direito de cidadania.

Neste sentido, é fundamental buscar entender a questão da formação e transformação do sujeito no campo da saúde no Brasil no quadro contemporâneo, a partir do resgate de uma subjetividade apreendida para além de ferramentas, máquinas e outros recursos produtivos e que revele o que caracteriza a pessoa “por meio de suas dimensões cognitivas, seu registro emocional, afetivo e moral, em relação também com a biografia, uma trajetória particular, o que torna a pessoa diferente das outras e, portanto, não substituível” (LINHART, 2011, p. 152). Uma realidade desvelada no discurso dos profissionais, em seus problemas éticos vivenciados no trabalho em saúde, em diferentes lógicas, condições e relações de trabalho.

Neste estudo adotamos a conceitualização de público extraída de Gastão Wagner Campos (2005) como sendo o “caráter de projetos e programas de uma organização que abrangem interesses coletivos, funcionam de acordo e em consonância ao bem-estar coletivo”. Mesmo havendo interesses privados ou particulares nas organizações públicas, entende-se público como estatal (administração direta do Estado/governo, autarquias, fundações e empresas públicas). Já o privado se estabelece oposto ao estatal, indica o caráter da propriedade e a forma de organização privada que atua no mercado, bem como filantrópica ou comunitária. Para o profissional da saúde não parece haver dúvidas quanto a estes conceitos, pois partem da percepção da origem do assalariamento/pagamento: se estatal - público, se oriundo de empresa privada, seguradora, convênios ou diretamente do cliente/paciente - privado.

3.3 UMA NOVA SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

Por ser consumido no momento em que é produzido o trabalho na saúde configura uma realidade de trabalho imaterial, que é uma recomposição do trabalho manual e do intelectual, ultrapassando as duas visões. O trabalho imaterial consiste no valor de uso do trabalho vivo, envolvendo habilidades intelectuais, manuais e empresariais em atividades de coordenação, gestão, pesquisa e inovação. Sendo organizado em formas comunicativas e lingüísticas e tendo o saber sob base cooperativa, a produção em saúde depende sempre mais da unidade de conexões e de relações sociais que constituem este trabalho lingüístico e intelectual, com o produto derivado de um indivíduo coletivo. Uma produção que não resulta de bens duráveis e materiais, mas em informação (produção de conhecimento), serviços (produções de relações) e afeto “o trabalho imaterial produz imediatamente relações sociais e assume uma forma social de manifestação baseada na colaboração de relações afetivas; por isso só pode ser realizado em comum” (SODRÉ, 2011, p. 301).

Para Zizek, (2011) esse trabalho imaterial que produz relações sociais de forma direta é ainda mais subjugado à economia de mercado pós-reestruturação produtiva, significando novos domínios para o próprio mercado – uma produção intelectual que antes estava excluída e que agora passa a ser mercantilizada. Pode-se dizer que as sociedades

modernas vivem um novo processo de privatização do social ou privatização do intelecto geral (coletivo), com a construção de novos cerceamentos. Esta condição pós-industrial do capitalismo caracterizada pelo ato do lucro se tornar renda conforma uma contradição essencial: enquanto sua lógica é desreguladora e desterritorializada, o lucro em renda leva ao fortalecimento do Estado com função reguladora.

Neste processo, a acumulação de capital na saúde e o ideal liberal-privatista são reforçados por uma realidade de trabalho liberal-empresarial e assalariado precarizado. Esse ideal do exercício liberal no cenário consultório-prescrição como possibilidade autônoma de trabalho, estabelece a hegemonia da imagem liberal-privatista, também incorporada nos setores estatal e suplementar (CECCIM, 2009). Por outro lado, há o ideal da humanização que é construído concomitantemente ao SUS e emerge como uma necessidade de mudança de paradigma no atendimento público mais propriamente com a política nacional de humanização – HumanizaSUS – em 2004, que repercute na construção das novas tecnologias relacionais ou imateriais como: interdisciplinaridade, acolhimento-diálogo multiprofissional e gestão participativa. Nessas tecnologias, a produção de afetos, relações, comunicação, cooperação e envolvimento com comunidades devem acontecer a partir de uma produção coletiva, em rede.

Segundo Teixeira (2005) a análise desta rede complexificada de relações sociais com múltiplos vetores de formação da subjetividade humana traz o componente social ou coletivo fortemente presentes, especialmente quando desenvolve a idéia de que a subjetividade é “coisa produzida” em ato. No atendimento diálogo, a noção de “zona comunitária” interligada é necessária à construção de uma “zona de singularidade”, pois se trata de relações. A potência da singularidade significa que o aspecto universal que um indivíduo compartilha com outros seres humanos não constitui sua essência, mas sim, a singularidade e como ela se relaciona com outras singularidades. Para se chegar a esta singularidade se passa pelo que é percebido como comum, o que emola, o que emociona, o que dá a empatia, para então se potencializar a relação no que é diferente e contraditório (não necessariamente antagônico) e que leva a uma mudança qualitativa na relação.

Marx (2006) ressalta a dimensão do coletivo como potencializadora, pois o ser humano “ao cooperar com outros de acordo com um plano, desfaz-se dos limites de sua individualidade e desenvolve a capacidade de sua espécie” (MARX, 2006, p. 382). A relação deste coletivo como possibilidade-potência de se chegar ao

humano singular, verdadeiramente livre das amarras sócio-econômicas baseadas no trabalho assalariado alienado, leva a formulação da máxima ‘a cada um segundo suas necessidades’ a partir de uma liberdade real, não só formal. Na maioria dos trabalhos produtivos de qualquer tipo e com inúmeras conexões e esferas, o contato social “provoca emulação entre os participantes, animando-os e estimulando-os, o que aumenta a capacidade de realização de cada um” (MARX, 2006, p. 379).

Segundo Zizek (2011), a fórmula de Kant, “pense livremente, mas obedeça” sugere que

participamos da dimensão universal da esfera pública exatamente como indivíduos singulares extraídos da identificação comunitária substancial, ou até opostos a ela; só se é verdadeiramente universal quando se é radicalmente singular, nos interstícios das identidades comunitárias (ZIZEK, 2011, p. 93).

Como a produção imaterial se faz inerentemente coletiva (a produção de linguagem e do conhecimento é coletiva) e na política do comum, o processo de modernização contemporâneo das empresas se esforça para quebrar esta dimensão do trabalho através de estratégias individualizantes (ou dividualizantes) que vulnerabilizam os assalariados. Desta forma, o tema onipresente do sofrimento no trabalho, suicídio e depressão, além de tantas outras doenças do mundo moderno com causa obscura, parecem centrais nesse debate. A capacidade dos coletivos de abrir espaço para a ajuda mútua, a solidariedade, o compartilhamento de valores ligados a uma experiência comum - valores com conotação sindical, política ou profissional -, é permanentemente abalada pela individualização, que visa manter os assalariados em estado de insegurança e de dependência. O objetivo é “criar um tipo de precariedade subjetiva para que os trabalhadores não se sintam à vontade no trabalho nem entre eles, para que não possam desenvolver redes de cumplicidade e de apoio com os colegas, com a hierarquia, nem com seus clientes” (LINHART, 2011, p. 152).

Esta individualização não é uma “descoberta” do mundo contemporâneo, aparece como determinados aspectos subjetivo-biográficos do processo civilizatório, em especial, desde a industrialização capitalista. Mas, na contemporaneidade ou modernidade avançada, a individualização acontece sob condições de um processo de socialização que progressivamente impossibilita emancipações

individuais: ao se desonerar das estruturas e vínculos tradicionais, recebe em troca as pressões do mercado de trabalho, de uma subsistência baseada no consumo e nas padronizações e controles contidos em ambos. A individualização passa a significar

dependência do mercado em todas as dimensões da conduta na vida [...] correspondem a um mercado de massa e a um consumo de massa atomizados, inconscientes de si mesmos [...] conduzem as pessoas a uma padronização e um direcionamento controlados de fora (BECK, 2010, p. 195).

Os sentimentos de medo e insegurança contribuem para despedaçar redes de solidariedades que antes eram consideradas basais das relações sociais. A apatia e a tolerância para com as injustiças sociais, pobreza, assédios, desemprego, analfabetismo, clientelismo e fisiologismo surgem como consequência desta dinâmica social contemporânea. Há um contexto de falta de perspectivas sociais transcendententes à ordem estabelecida com intensificação do individualismo em detrimento da valorização do sujeito, o culto ao corpo para o sucesso individual e social, o narcisismo em detrimento do coletivo, a vontade de eficácia a qualquer custo, colocando em xeque a viabilidade de projetos coletivos nas organizações de saúde. Uma parte dos profissionais é levada a uma incapacidade de “se solidarizarem com a dor e sofrimento alheios e, até mesmo, sua capacidade de causá-los” (SÁ, 2001, p. 154).

Segundo Dejours et. al (2007) as motivações subjetivas da dominação e do consentimento-adesão com suas implicações éticas passam por um processo de sofrimento, que aumenta com o esforço no trabalho que não permite satisfazer as expectativas criadas no plano material, afetivo, social e político. A partir do “sofrimento no trabalho que se forma o consentimento para participar do sistema [...] o sofrimento aumenta porque os que trabalham vão perdendo gradualmente a esperança de que a condição que hoje lhes é dada possa amanhã melhorar” (DEJOURS et al., 2007, p. 17). Mas, a banalização que implica responsabilidades pode ser interrompida, controlada ou dominada por decisões humanas que dependem da vontade, da liberdade e do poder de controle sobre elas, e que pode ser potencializada pelo conhecimento do funcionamento deste processo.

O sofrimento abordado por Dejours (1992) ressalta que o real do

trabalho sempre se manifesta efetivamente para o sujeito. Em geral, quanto mais a organização do trabalho é rígida, menor é o seu conteúdo significativo - a insatisfação em relação com o conteúdo significativo do trabalho engendra um sofrimento cujo ponto de impacto é mental, ao contrário do sofrimento ergonômico, que se localiza no corpo. As satisfações concretas dizem respeito à saúde do corpo: proteção da vida, ao bem-estar físico, biológico e nervoso. As satisfações simbólicas tratam do sentido, da significação do trabalho nas suas relações com o desejo ou a motivação.

Bauman (2005) aponta que a busca e a formação de novas identidades aparece como um debate contemporâneo importante, pois ao mesmo tempo em que surge o anseio de uma identidade junto a um desejo de segurança, este sentimento traz consigo uma ambigüidade: de um lado a necessidade de identidade, de outro, a sua fuga como algo ultrapassado. Na sociedade contemporânea, o indivíduo livremente flutuante e desimpedido torna-se o herói popular, então, “estar fixo” - ser identificado de modo inflexível e sem alternativa - passa a ser algo cada vez mais *démodé*. Esta individualização em excesso faz surgir as chamadas comunidades guarda-roupas, que se reúnem pelo tempo de um espetáculo e depois se desfazem.

Para Ayres (2001) esta realidade de idéias pautadas na permanência identitária e na produção do devir, ou a idéia de subjetividade como ato ou estado de ser sujeito, passa a ser substituída na contemporaneidade pela intersubjetividade - considerando o caráter relacional e contingente de identidades e historicidades como indivíduos e grupos. Partindo-se do princípio de que não existe o sujeito individual, apenas a imagem na relação com o outro, o sujeito pode ser identificado a partir de dois eixos de interpretação: o sujeito identidade/eu - sujeito como auto-diferenciação (do outro), ser autêntico, dotado de necessidades e valores próprios, uma situação particular; e o sujeito transformador/si, o ser que produz história, o responsável por seu devir, que se refere ao existencial, ao sujeito relacional.

Segundo Giovanni Alves (2011) as novas tecnologias de comunicação e informação associadas à reestruturação produtiva facilitam a construção de imagens-objetos que transformam a vida numa extensão do trabalho. Uma espécie de “nova cultura” de qualidade, competitividade e modernidade aparece como mudança de atitude necessária a um “engajamento estimulado” e “inevitável” ao processo produtivo. Uma nova inteligência reflexiva é solicitada ao trabalhador, mas com fortes vieses instrumentais: dentro dos parâmetros morais, objetivos e valores da empresa, e associados à alta produtividade como

uma “racionalidade cínica” - a partir dos interesses particulares da empresa. Valoriza-se um auto-empresendedorismo que oculta sua incompatibilidade com uma ascensão no mercado “para todos”.

O espírito da terceirização e precarização, da gestão por competência e eficiência, e da intensificação do trabalho contra a eliminação do desperdício, capturam a subjetividade e transgridem um forte potencial de transformação e auto-transformação do ser humano no trabalho. Um consentimento é forjado no engajamento integral a valores-fetichê: o medo do desemprego/precarização, o imperativo da lucratividade/consumo, o valor-dinheiro, a obsolescência de aparatos coletivos de proteção social, estão contidos como operações intrapsíquicas. Uma auto-disciplina como biopolítica conforma um tipo específico de indivíduo dentro de uma estrutura normalizada de gestos e pensamentos, mais envolvente e mais manipulatória, porque penetra no âmago das instâncias da pré-consciência e do inconsciente. O inconsciente é ampliado, pois é nele que está contido o simbólico, o desconhecido, as representações-imagens/formas-fetichê que o indivíduo é estimulado a continuar ignorando. O pré-consciente contém a utopia de um sonhar para frente, para uma possibilidade de futuro. (ALVES, 2011, p. 117).

Para Zizek (2011) a grande campanha por novos laços de solidariedade a partir de uma reação a um hedonismo solipsista que desintegra laços sociais e reduz a todos como átomos sociais, deve considerar o “grande Outro” percebido como mecanismo aparentemente neutro numa relação de vínculos (laços sociais) entre: ficção e real, narcisismo e imersão na multidão, significado e verdade, privado e público, singular e universal. Na contemporaneidade este grande outro é buscado no universo finito e imaculado do fetiche-dinheiro, que traz a angústia como único afeto, por testemunhar a proximidade do real e a inexistência deste grande Outro “causada pela claustrofobia do mundo atonal que não tem nenhum ‘ponto’ estruturante, a angústia do narciso patológico” (ZIZEK, 2011, p.55).

O real, em última análise, seria a própria mudança de ponto de vista do primeiro para o segundo lugar de observação “a característica fundamental da sociedade de hoje é o antagonismo inconciliável entre a totalidade e o indivíduo” (ZIZEK, 2011, p.139). Isto significa um real paralítico sem nenhuma densidade substancial, apenas uma lacuna entre dois pontos de vista, que explica a própria multiplicidade de aparências do mesmo Real subjacente – “não é núcleo rígido que persiste como o Mesmo, mas o osso duro do conflito que pulveriza a mesmice numa miríade de aparências”, puramente virtual que, na verdade, inexistente.

Um real que opõe-se à noção-padrão lacaniana do real, como aquilo que “sempre volta ao seu lugar” ou o que continua o mesmo em todos os universos (simbólicos) possíveis (ZIZEK, 2011, p. 139).

O desafio da restauração dos laços sociais para além dos desejos de consumo - construídos no mercado pelo aparato técnico-científico subsumido ao imperativo da lucratividade – precisa incorporar o sentido molar e coletivo das necessidades sociais e o micro-político das tecnologias relacionais pautadas no não-lucro e no respeito pela diversidade. A constituição de valores de cidadania como o direito do consumidor abre um processo que culmina no Brasil no Código de Defesa do Consumidor (CDC), como uma tentativa de subordinação do consumo em serviços – saúde – à ética e ao Estado de direito. A essência da relação entre micro/macro, singular/universal, indivíduo/coletivo não parece estar localizada somente em uma fragmentação do presente como devir, mas na compreensão dialética do movimento de interconexão entre estes diferentes movimentos, no sentido do todo, pois não só “as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes” (KOSIK, 2002).

Assim, o resgate dos diferentes sentidos e múltiplos significados da dor e do sofrimento para diferentes sujeitos, mobilizando vontades na construção de projetos coletivos, podem se sobrepor aos processos ainda hegemônicos de banalização, do individualismo narcísico e hedonista e do conformismo. Se o trabalho não for considerado apenas um espaço de produção, mas também de auto-produção, mesmo quando escolhas individuais parecem quase inexistentes, a ética e a estética para o sujeito-trabalhador que responde com seu próprio trabalho, continuam válidas como uma utopia de trabalho mais humano “no agir cotidiano dos trabalhadores da saúde” (RAMOS, 1995, p. 44).

A produção de afetos, simbolismos e conhecimentos (produção imaterial) ainda subsumida ao trabalho assalariado precário, flexibilizado e aos interesses do mercado, pode ser vivida de forma extremamente alienante. A relação dialógico/dialética entre universalidade e singularidade, que deveria seguir um movimento de potencialização na complementaridade, nas sociedades capitalistas contemporâneas transforma-se em negação/supremacia de um pelo outro, levando a uma individualização hedonista. Mas, assim como existem resistências, espaços de saber e fazer alternativos, e uma nova realidade de frações da classe trabalhadora em busca por novas identidades coletivas, o entendimento da subjetividade passa a ser

central. Tanto sob a ideologia de mercado ou na sociedade de controle, não há possibilidade de transformação da opressão de classes sem a consciência/organização e se “o desejo mesmo não tiver tomado uma posição revolucionária mobilizando as próprias formações do inconsciente” (GUATARRI, 2010, p. 30).

Desta maneira, o investimento ético não pode significar a recusa de um objetivo transformador da sociedade com a renúncia de horizontes coletivos, com posturas apenas ancoradas em uma boa moral e consciência individuais (SAUVIAT, 2011). Quando se tem por objetivo trabalhar a subjetividade, devem ser identificados os confrontos ideológicos, dilemas éticos e sofrimentos, que advém destas interações sociais complexificadas e que são focadas aqui, na pertinência do mercado da saúde – no discurso do profissional na sua relação entre o serviço público e o privado.

Algumas questões estão postas para se pensar a viabilidade da construção de processos alternativos na saúde: qual a real possibilidade de desencadeamento de processos sociais e intersubjetivos de criação e recriação constante de pactos conjunturais, transitórios e/ou transformações essenciais no mundo contemporâneo? Como pode acontecer a construção de projetos coletivo-societários universais na saúde, a partir de critérios técnico-científicos incorporados, também, de critérios ético-políticos e econômico-sociais contra-hegemônicos?

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para analisar a subjetividade do profissional da saúde foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório descritivo. Parte-se do entendimento de que as metodologias de pesquisa qualitativas são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações e estruturas sociais. Desta forma, procurou-se apreender as realidades em seu advento e transformação como construções humanas significativas. O debate do qualitativo é trazido para a saúde aproximando a realidade complexa deste campo a conhecimentos distintos, como o das ciências sociais, mas ao mesmo tempo, com um olhar integrado e procurando enfatizar as questões da intervenção “é preciso entender que, ao ampliar suas bases conceituais, as ciências sociais da saúde não se tornam menos “científicas”, pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam” (MINAYO, 1999, p. 16).

Dependendo da concepção de realidade social defendida pelo pesquisador, varia o método para trazer à luz um novo conhecimento científico. Alguns critérios fazem parte da tessitura da ciência: a coerência que significa sua propriedade lógica; a consistência como capacidade de resistir à argumentações contrárias; a originalidade; e a objetivação - tentativa de “descobrir” a realidade social. Como critério externo aparece a inter-subjetividade da comunidade científica, ou seja, uma opinião coletiva de construção e reconhecimento que denota a marca social do conhecimento. A ciência quantitativa seria caracterizada por um instrumento técnico com vistas a dominar a realidade vista de fora, sem necessariamente, discuti-la – posição que constrói a pecha da neutralidade científica. Para as ciências humanas não são restritos os horizontes da vida social às formalidades mecânicas, mas as necessidades humanas como felicidade, democracia e identidade cultural, tomam uma importância relevante. Assim, há “a importância de critérios formais, da competência instrumental no método e na teoria” (DEMO, 2011, p. 26), mas aparece a dimensão do cientista também como ator político. O critério de cientificidade é o da discutibilidade, pois só pode ser científico o que for discutível.

Ao abordar temas relacionados à saúde ou doença abraça-se uma

carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode estar contida em levantamentos matemáticos e/ou estatísticos apenas. A complexificação das idéias no mundo moderno trouxe a possibilidade do confronto de diferentes perspectivas de entendimento da realidade. A superação da tradição quantitativa, inicialmente com caráter fortemente positivista, abre espaço para uma tendência qualitativa como alternativa metodológica. A falsa dicotomia quanti-quali é cada vez mais rejeitada por sua construção artificial e inútil às ciências, especialmente sociais e humanas (TRIVIÑOS, 1987). Assim, as abordagens qualitativas adquirem uma grande importância na saúde para o questionamento de paradigmas de práticas hegemônicas. O pesquisador passa a se preocupar menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão de grupos sociais, organizações, políticas ou representações. Como este trabalho de pesquisa se destinou estudo dos possíveis problemas éticos do profissional da saúde na relação público-privado, observando a ideologia do mercado na formação de uma intersubjetividade no fazer saúde, a pesquisa qualitativa não só foi fundamental como, também, necessária ao aprofundamento exigido pelo tema proposto.

Algumas características da pesquisa qualitativas foram observadas: 1. a importância do ambiente na configuração da personalidade, problemas e situações de existência do sujeito, partindo de um fenômeno social concreto; 2. ser uma pesquisa descritiva no intento de captar não só a aparência do fenômeno, mas a explicação de sua origem, relações, mudanças e possíveis conseqüências; 3. preocupar-se com o processo, procurando suas relações, aspectos evolutivos, identificando forças decisivas de seu desenrolar; 4. partir do fenômeno social explicado num processo indutivo-dedutivo; 5. iniciar uma escolha de assunto ou problema, coleta e análise de informações, mas sem seqüência rígida das etapas, podendo recorrer a nova busca de dados e novas hipóteses e caminhos “na pesquisa qualitativa existe pouco empenho por definir operacionalmente as variáveis [...] não é, em geral, preocupação dela a quantificação da amostragem. E, ao invés da aleatoriedade, decide intencionalmente, o tamanho da amostra” (TRIVIÑOS, 1987, p. 132)

A pesquisa qualitativa considera a participação do sujeito um dos elementos principais do fazer científico e reconhece nas entrevistas um método privilegiado de coleta de informações. A entrevista teve como objetivo central recolher dados que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado: atitudes, valores, opiniões, sentimentos, maneiras de pensar e sentir, comportamentos, razões conscientes ou inconscientes de

ação “são informações ao nível mais profundo da realidade que os cientistas sociais costumam denominar “subjetivos”. Só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos” (MINAYO, 1999, p. 108). Esta interação do sujeito com o pesquisador é essencial e fundamentou-se, neste estudo, na entrevista.

4.2 SUJEITOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Através da entrevista semi-estruturada foram focados nesta pesquisa: 1. a relação entre serviço público/privado e a humanização do cuidado; 2. Os problemas éticos que este profissional apresenta nestas relações de trabalho; 3. as questões éticas frente a ideologia do mercado. Partiu-se de um questionamento para além das aparências e que teve como objetivo principal resgatar de sua alienação, a subjetividade dos sujeitos. Sujeitos de investigação percebidos teoricamente como componentes do objeto de estudo, em uma relação intersubjetiva de interação com o pesquisador, dando vida aos pressupostos teóricos e hipóteses levantadas, construindo o processo de conhecimento.

Este trabalho de pesquisa desenvolveu as entrevistas semi-estruturadas no período de março a junho do ano de 2012. As perguntas foram estruturadas e abertas, dando a possibilidade do entrevistado discorrer livremente sobre o tema em pauta (roteiro de entrevista no apêndice 02). Como as entrevistas não são consideradas sob o ponto de vista de “dados neutros”, foram localizadas numa arena de conflitos e contradições: a fala individual foi reveladora de códigos e valores contraditórios e se fez à luz de uma interação social entre pesquisador e pesquisado – com implicações sócio-políticas, culturais e ideológicas.

Através da interação dada pela palavra, as pessoas puderam refletir e relatar conflitos e contradições em uma relação dialética de resistência e submissões indivíduo/coletivo/sistema. O significado da palavra ou da fala são reveladores das condições estruturais, valores e as representações de um grupo social pré-determinado, no caso os profissionais da saúde. Em um contexto histórico específico, tem o poder de apontar a densidade e a particularidade do fato social de forma privilegiada. Assim, a entrevista como a fala gravada de sujeitos, não refletiu apenas uma consideração individual em si mesma, mas uma amostra da relação inter cruzada de uma consciência coletiva e individual. Então, se cada sujeito experimenta o fato social de forma singular “em que condições esses indivíduos representam e em que

medida o indivíduo fala por si mesmo?” (MINAYO, 1999, p. 113). Por isto, a compreensão do indivíduo foi completada com variáveis da especificidade histórica e de determinações sociais.

Para fazer a generalização dos resultados e conceitos estudados, a metodologia qualitativa se preocupa com um critério de representatividade numérica da população estudada. A partir de um número pré-contabilizado de 30 sujeitos, as entrevistas foram aplicadas nos profissionais da saúde de três categorias pré-definidas: enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas da região metropolitana de Florianópolis com experiência de trabalho concomitante, na área pública e privada. A seleção dos participantes privilegiou os sujeitos sociais que detém as características necessárias ao conhecimento buscado e foi se definindo a partir do método bola de neve “quando os participantes vão sendo definidos ao longo do estudo por indicação deles mesmos” (PRADO et al., 2008, p. 92). Um entrevistado inicial recomenda outro, repetindo-se o processo com os novos incluídos até atingir o critério de saturação de informações, confirmando o número previsto: “o tamanho da amostra se define durante o processo de coleta e análise dos dados, com base nos resultados obtidos pelo investigador, o que chamamos de saturação” (PRADO et al., 2008, p. 92).

Dada as características dos sujeitos e os critérios de inclusão dos mesmos não houve necessidade de estabelecer limites institucionais ou formas de acesso exclusivas por esta via. Inicialmente foram acessados, por conveniência, profissionais que atuam no serviço público e que tem experiência de trabalho público/privado, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de uma cidade metropolitana de Florianópolis. Como o acesso por via institucional foi limitado ao primeiro grupo de sujeitos, se contou, inicialmente, apenas com a autorização desta Secretaria Municipal de Saúde. Não foram estabelecidos limites institucionais ou formas de acesso exclusivas por esta via.

Foram feitos contatos prévios com os profissionais solicitando autorização para início do trabalho de campo, o contato com o restante dos sujeitos foi feito por telefone ou pessoalmente e, no caso da concordância em receber o pesquisador para convite formal, foram fornecidas informações mais detalhadas sobre o estudo, bem como acordadas as condições para a entrevista. Foi utilizado na entrevista individual um roteiro semi-estruturado e as entrevistas gravadas com auxílio de gravador de voz e posteriormente transcritas. Os sujeitos do estudo foram reconhecidos pelo entrevistador a partir da letra P (profissional) seguida de uma numeração crescente para manutenção do anonimato.

Não houve qualquer relação do pesquisador com instituições de saúde privadas, sendo acordado um local de encontro neutro e conveniente aos sujeitos. Não se buscou qualquer forma de interpretação que identificasse instituições específicas, pois foi do interesse do estudo que estas fossem as mais variadas possíveis, expressando dinâmicas e questões comuns às experiências profissionais em múltiplos serviços de saúde privados e públicos.

4.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para análise dos resultados utilizou-se o método de Análise Textual Discursiva (MORAES; GALIAZZI, 2011) que se organiza em torno dos focos: 1. desmontagem dos Textos: faz-se um exame dos textos em seus detalhes, seguido de sua fragmentação em unidades base; 2. estabelecimento de Relações: constrói-se relações entre as unidades base formando sistemas de categorias; 3. captação do novo emergente: procura-se uma compreensão renovada do todo a partir desta nova combinação de sentidos expressados em um metatexto, construído pelo próprio autor e embasado na literatura; 4. um processo auto-organizado: novas compreensões emergem a partir de um ciclo de análise (crítica e validação) do metatexto.

Na etapa de formação de unidades base e categorização se utilizou uma ferramenta eletrônica desenhada e adaptada às pesquisas qualitativas, o software ATLAS.ti - The *Qualitative Data Analysis Software*. Uma obra da engenharia alemã desenhada por Thomas Muhr e lançada como versão comercial em 1993, hoje usado em todo o mundo. O método ATLAS.ti parte de quatro (4) princípios norteadores da análise: 1. Visualização: faz uso de ferramentas adequadas para gerir a complexidade dos dados; 2. Integração: reúne todos os dados e interpretações relevantes em um único projeto: a Unidade Hermenêutica estruturada em objetos lógicos *primary documents, quotations, codes, memos, families, e networks*. 3. Intuição: analisa de forma intuitiva os dados, encontrando respostas/achados inovadores; 4. Exploração: examina o percurso de interpretação através dos *primary documents, quotes e codes*. Este software não fez a análise, mas auxiliou sobremaneira na codificação e na construção de categorias temáticas. Os objetivos foram: aumentar a compreensão do fenômeno e apresentar os achados e considerações do estudo.

Na etapa final se estabeleceu a articulação entre os dados

coletados e o referencial teórico da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base nos objetivos e, na medida do possível, sugerindo proposições e conceitos.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

A execução do projeto passou pela solicitação e aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - CEPESH/UFSC/2461. Somente após o recebimento do comunicado de aprovação da pesquisa foi dada continuidade às atividades de entrevista. Os profissionais da saúde entrevistados foram convidados pessoalmente a participar da pesquisa e orientados de forma clara e objetiva sobre seus propósitos e objetivos. O esclarecimento sobre aspectos do estudo e a obtenção de sua anuência foi feito por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (que consta no apêndice 1). A participação ocorreu de forma voluntária, sem remuneração, observando as condições de pleno exercício da autonomia e liberdade individual.

A todos que participaram da pesquisa foi garantido privacidade e preservação do anonimato. Os sujeitos estão sendo reconhecidos pela letra P (de profissional) seguida por uma numeração garantindo o sigilo e a confidencialidade em qualquer forma de apresentação dos dados. Todo material coletado está armazenado por responsabilidade da pesquisadora em uma pasta exclusiva e será mantido por cinco anos a fim de comprovar os dados se em algum momento isto for necessário. Ocorrerá a devolução dos dados aos sujeitos da pesquisa através da entrega de cópia de um manuscrito. Ficou sempre resguardada a possibilidade de desistência da participação e acesso a qualquer informação solicitada sobre o andamento da referida pesquisa. O estudo foi conduzido conforme a Resolução do CNS 196/96 que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisa com seres humanos no Brasil.

Nas publicações resultantes deste projeto de pesquisa, estará garantido o anonimato das instituições onde foi desenvolvida a pesquisa, bem como de todos os envolvidos enquanto sujeitos de pesquisa.

5 RESULTADOS

Os resultados estão estruturados em forma de quatro manuscritos intitulados:

Manuscrito 1 - A Subjetividade do Profissional da Saúde Pós-Reestruturação Produtiva: a Ética no mix público-privado.

Manuscrito 2 - A subjetividade do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva: comprometimento e ética.

Manuscrito 3 - A subjetividade do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva: um enfoque na odontologia.

Manuscrito 4 - A Subjetividade do Profissional da Saúde Pós-Reestruturação Produtiva: Ética e produtividade na relação público/privado.

5.1 MANUSCRITO 1 - A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: A ÉTICA NO MIX PÚBLICO-PRIVADO

A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: A ÉTICA NO MIX PÚBLICO-PRIVADO

THE SUBJECTIVITY OF HEALTH PROFESSIONALS POST-PRODUCTIVE RESTRUCTURATION: THE ETHICS IN MIX PUBLIC-PRIVATE

LA SUBJETIVIDAD DEL PROFESIONAL DE SALUD POST-REESTRUTURACIÓN PRODUCTIVA: LA ÉTICA EN MIX PÚBLICO-PRIVADO

Doris Gomes
Flávia Regina Souza Ramos

RESUMO: O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) nas décadas de 1980/90 no Brasil se dá no auge da reestruturação produtiva e no pós “era dourada” dos países desenvolvidos, configurando um embate entre diferentes interesses público/privado. A ética nos espaços da ação profissional em saúde, considerando as

diferentes alteridades surge como um desafio numa conjuntura trespassada por uma ideologia do mercado que coersiona todos os aspectos da vida contemporânea. Este manuscrito tem por objetivo desvelar os problemas éticos no mix público-privado, a partir da subjetividade do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva. **Método:** foi realizada uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritivo, onde foram entrevistados 30 profissionais (enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas) da região metropolitana de Florianópolis com experiência de trabalho na área pública e privada. Utilizou-se como auxiliar nas etapas de formação de unidades base e categorização o *software ATLAS.ti*. A análise dos dados se deu através do método de Análise Textual Discursiva. **Resultados e Discussão:** foram encontradas como categorias: 1. problemas estruturais e éticos na relação público-privado: os problemas éticos encontram-se tanto nas restrições de autonomia do paciente ou nas determinações sociais, quanto na vontade do profissional em fazer o melhor, driblando possíveis problemas estruturais; 2. ética e intersecção público/privado: *complementação de pagamento; qualidade no atendimento/humanização e ganho secundário; e mix público/privado e incorporação tecnológica*. **Conclusão:** desvelar problemas éticos na intersecção público/privado do sistema de saúde brasileiro parece fundamental para o resgate do trabalho como espaço de formação e transformação do próprio ser-profissional.

Palavras-chave: ética, profissional da saúde, mercado de trabalho.

ABSTRACT: The process of construction of the SUS after the welfare state and at the peak of the productive restructuring in Brazil signifies a strong intersection in the health reality between public and private interests. Ethics in the spaces of health professional performance, considering the different otherness, is a challenge in an environment penetrated by a market ideology that links all aspects of contemporary life. The objective of this manuscript is to reveal the ethical problems in mix public-private, from the subjectivity of the health professional post-productive restructuring. **Methods:** a qualitative research with an exploratory-descriptive approach. We interviewed 30 professionals (nurses, doctors and dental-surgeons) in the metropolitan area of Florianópolis with work experience in the private and public sectors. The Textual Analysis Discursive method was used. **Results and Discussion:** 1. structural and ethical issues in public-private relationships: the ethical problems exist within the restrictions on patient autonomy and social determination, as the professional will do their best

while dodging possible structural problems, 2. ethics and the intersection of the public/private sector: *supplementary payment, humanization and secondary gain, and technological resources.*

Conclusion: unveiling ethical problems at the intersection of public/private health system in Brazil is fundamental to rescue the work as a space of formation and transformation of being ourselves.

Keywords: ethics, health professional, job market.

RESUMEN: El proceso de construcción del SUS post “welfare state” y en el auge de la reestructuración productiva en Brasil conforma una realidad en la salud de fuerte intersección entre intereses público/privado. La ética en los espacios de acción profesional en salud, considerando las diferentes alteridades, surge como un desafío en una coyuntura traspasada por una ideología de mercado que cohesionan todos los aspectos de la vida contemporánea. Este manuscrito tiene por objetivo revelar los problemas éticos en el mix público-privado, partir de la subjetividad del profesional de salud post-reestructuración productiva. **Método:** investigación cualitativa de tipo exploratoria-descriptiva que entrevistó 30 profesionales (enfermeros-médicos y cirujanos-dentistas) de la región metropolitana de Florianópolis con experiencia de trabajo en el área pública y privada. Se utilizó como método el Análisis Textual-Discursivo. **Resultados y Discusión:** 1. problemas estructurales y éticos en la relación público-privada: los problemas éticos se encuentran tanto en las restricciones de autonomía del paciente o en las determinaciones sociales, en cuanto a la voluntad del profesional en realizar lo mejor, eludiendo posibles problemas estructurales; 2. ética e intersección público/privada: *complementación del pago, humanización y ganancia secundaria, e incorporación tecnológica.* **Conclusión:** revelar problemas éticos en la intersección público/privada del sistema sanitario brasileño parece fundamenta para el rescate del trabajo como espacio de formación y transformación del ser.

Palabras llave: ética, profesional de salud, mercado de trabajo.

INTRODUÇÃO

A ampliação substancial das necessidades e dos direitos sociais à parte significativa da população mundial a partir do mix fordismo/keynesianismo da “era dourada”, vai embasar a construção de diferenciados padrões de proteção social e produzir uma nova dimensão

de cidadania (BEHRING, 2011). Mas, o “welfare state” é vencido pela tese da desregulamentação e eliminação das barreiras à entrada e saída de capital-dinheiro já em fins da década de 1960. A mundialização do capital segue dois caminhos que se entrelaçam: a consolidação de uma forma específica de acumulação de capital onde a forma dinheiro se valoriza através de aplicações financeiras em mercados especializados e a reestruturação da produção, associada às políticas de liberalização, precarização no trabalho e privatização (CHESNAIS, 2011).

Os direitos à cidadania, ligados ao estatuto do pleno emprego e a essência de seu poder protetor, recebem um *status* depreciativo como todo conceito que englobe o sentido coletividade-trabalho. O potencial de lucratividade no campo da saúde é ampliado e os sistemas universais de saúde edificados sob o ideário keynesiano - com maior ou menor grau de imbricamento público/privado, sob diferentes realidades históricas e amplitude de direitos sociais -, sofrem contínuo processo de resistência e recuos de posição no sentido da universalidade (JAKUBWSKI, SALTMAN, 2013). Sem impactos substanciais que inviabilizem o padrão de universalização já conquistado, o processo de reestruturação desses sistemas pauta-se em mudanças nos arranjos de governança com estímulo ao enxugamento de gastos através da descentralização e aumento da concorrência pela introdução de mecanismos de mercado. Apenas poucos países mantêm um formato de sistema nacional de saúde com prestação exclusivamente estatal.

As condições de crescimento de um mercado de seguros privados nesses países esbarram na preocupação com a construção de uma dualidade de sistemas para pobres e ricos, como nos atestam López-Fernandes et. al (2012) ao discutirem os problemas das últimas reformas do sistema de saúde Espanhol, que modificam o modelo de universalidade ao propor um novo tipo de asseguramento. O questionamento de uma focalização intencional perceptível em programas estadunidenses para o fortalecimento dos sistemas de saúde sustentáveis em ambientes de baixa renda ao nível global (BLOLAND et al., 2012), nos instiga a perguntar: o sistema único (SUS) brasileiro tende a funcionar na prática como modelo dual e focalizado: diferenciando os que podem ou não efetuar pagamento direto ou indireto na saúde?

No Brasil a reestruturação na saúde acontece sob o signo das políticas neoliberais, a partir de uma justaposição de modelos distintos de políticas que impulsionam a renúncia fiscal em saúde, intensificado especialmente, na década de 1990 - o que favoreceu a expansão da oferta hospitalar privada e, principalmente, o crescimento do mercado

de planos e seguros de saúde. O subfinanciamento crônico do sistema, mesmo num processo de resistência a partir de alterações importantes no âmbito da política brasileira, não parece ainda, ter revés significativo. Os conflitos e disputas em torno dos escassos recursos públicos fortalece a participação do setor privado na oferta de serviços (BAHIA, 2011), estimulado ainda mais por diretrizes governamentais que induzem a ampliação da cobertura pelos seguros privados com ampliação do repasse de dinheiro do Estado à compra desses serviços.

Um processo que reposiciona interesses particulares dos prestadores e empresas privadas de saúde no espaço público e que caracteriza uma nova forma de incremento da eficiência da gestão pública adotada pelos gestores municipais, reconhecidos como “nova arena decisória” responsável direta pela administração da rede de serviços e pela própria implementação do SUS (SOUZA; BODSTEIN, 2002). Se, por um lado, pauta-se uma reestruturação de gestão no SUS para aumento da eficácia e eficiência, com importante investimento nas tecnologias não-materiais e humanizadoras (BRASIL, 2004) impulsionadas por uma valorização da saúde como conquista de cidadania - apesar de teto salarial persistentemente baixo no atendimento público -, por outro lado, é possível relatar o crescimento de oligopólios, monopólios locais, movimentos de fusão e aquisições, com aumento da participação do capital internacional e do capital financeiro no mercado da saúde, que reforça a acumulação de capital. (ANDREAZZI; ANDREAZZI; CARVALHO, 2006).

O setor privado não homogêneo é ainda pouco desvelado e regulado pelos interesses/necessidades sociais através da ação do Estado. Um acirrado processo competitivo entre os hospitais e serviços marca a reestruturação produtiva no campo da saúde e é responsável, juntamente com o avanço tecnológico, por criar novos métodos de produção. Nesta linha, verifica-se um crescimento da rede privada ambulatorial para desvio da internação com diminuição do custo no tratamento. Nas áreas que mais sofreram inovações técnicas e tecnológicas, como os laboratórios de análises clínicas, o processo de centralização e penetração do capital tem sido observado associado a uma revolução da produtividade do trabalho e mudanças nas relações de produção. (ANDREAZZI; KORNIS, 2003). Há aumento de novos postos de trabalho com exigência de novos requisitos produtivos, muitas vezes de forma precarizada e acrescentando novas cargas de trabalho (PIRES, 2008).

Observa-se uma recente concentração no mercado hospitalar e formação de redes de serviços de saúde, especialmente, em regiões de

ponta do capitalismo brasileiro, configurando potencial ampliação do duplo vínculo trabalhista nesse mix público-privado. A realidade de incorporação intensa de novas tecnologias na produção de medicamentos e equipamentos médicos, é responsável por uma nova diferenciação no acesso à saúde e “muda o significado da prática médica, que passa a ser instrumento para viabilizar a realização das mercadorias produzidas pelo setor industrial” (ANDREAZZI; ANDREAZZI; CARVALHO, 2006, p. 50). Assim, é suscitada nova problemática sobre valores e direitos, sugerindo diferentes intencionalidades que orientam, obrigatoriamente, o debate da saúde no Brasil: o direito social dentro de uma visão contratual individualista de compra e venda de serviços em contraste com uma concepção social pautada na universalidade, cidadania e pleno emprego (MARQUES; MENDES, 2007).

A consolidação de um sistema de saúde onde o suplementar não atua como substitutivo ou optativo ao público/estatal (como acontece em países como Canadá e França), mas como duplicado, define diversificados problemas no mix público-privado. A prestação dos serviços é sobreposta, permitindo “aos prestadores a livre busca pela otimização da receita, combinando diferentes formas de trabalho” (SANTOS, 2011, p. 2749) em seu próprio benefício e ocasionando uma sobrecarga ao público com graves problemas na relação entre co-pagamento e restituição. Os profissionais da saúde, em especial o corpo médico, além de cumprirem o papel profissional, cumprem em boa parte dos casos, o papel de empresários em busca de acúmulo de capital, confundindo bens de serviços e mercado da saúde.

O debate da ética neste contexto parece pouco explorado, pois parte-se do princípio de que não há grandes diferenciações técnicas - de conteúdo - no atendimento profissional. As diferenças eticamente aceitas se referem a aspectos de forma (estéticos), através da aparência das instalações e comodidade de horários. Entretanto, os obstáculos ocultos nas entrelinhas dos preceitos legais de regulação da assistência suplementar e os conflitos de interesses vividos cotidianamente por boa parte dos profissionais subsumidos a uma relação de trabalho público/privada, instigam a necessidade de ampliação deste debate. Como a ética e a estética para o sujeito-trabalhador, que responde com seu próprio trabalho, continuam válidas como uma utopia de trabalho mais humano na saúde (RAMOS, 1995, p. 44), o investimento ético não pode significar a renúncia de horizontes coletivos com posturas apenas ancoradas numa boa moral e consciência individuais (SAUVIAT, 2011).

Nesse sentido, as estratégias pensadas no campo da humanização

devem considerar a compreensão dos processos sociais contemporâneos, em diferentes dimensões. Possíveis reducionismos conceituais podem ser superados na apreensão dialética entre o molar/sócio-econômico e o micro-político das relações de poder, onde a subjetividade humana assume espaço privilegiado, não só como força de consciência organizada, mas como potência de desejo. Uma subjetividade apreendida para além de instrumentos e tecnologias, que deve revelar o que caracteriza a pessoa “por meio de suas dimensões cognitivas, seu registro emocional, afetivo e moral, em relação também com a biografia, uma trajetória particular, o que torna a pessoa diferente das outras e, portanto, não substituível” (LINHART, 2011, p. 152).

Este manuscrito objetiva desvelar os problemas éticos no mix público-privado, a partir da subjetividade do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva. Relacionando o fazer ético cotidiano e a ideologia de mercado, procura compreender uma realidade que parece central no apontamento de novas alternativas em saúde e na formação e transformação do sujeito. Que experiências, negociações e problematizações se desenvolvem em relação à ética no cotidiano do trabalho na intersecção público/privado?

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritivo, que utilizou entrevista individual semi-estruturada como técnica de coleta de dados, com foco: 1. nos problemas éticos na intersecção público/privado; 2. nas questões éticas frente a ideologia do mercado. As entrevistas foram aplicadas a 30 profissionais de três categorias pré-definidas: enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas da região metropolitana de Florianópolis com experiência de trabalho concomitante, na área pública e privada. A seleção dos participantes foi se definindo a partir do método bola de neve, onde um entrevistado inicial recomenda outro, repetindo-se o processo com os novos incluídos até atingir o critério de saturação de informações.

Iniciou-se com profissionais que atuam no serviço público vinculados a uma Secretaria Municipal de Saúde da região. O acesso por via institucional foi limitado ao primeiro grupo de sujeitos, necessitando apenas da autorização desta Secretaria. Não foram estabelecidos limites institucionais ou formas de acesso exclusivas por esta via. Foram feitos contatos prévios com os profissionais solicitando autorização para início do trabalho de campo, o contato com o restante dos sujeitos foi feito por telefone ou pessoalmente e, no caso da concordância em receber o

pesquisador para convite formal, foram fornecidas informações mais detalhadas sobre o estudo, bem como acordadas as condições para a entrevista.

Não houve qualquer relação do pesquisador com instituições de saúde privadas, sendo acordado um local de encontro neutro e conveniente aos sujeitos. Não se buscou qualquer forma de interpretação que identificasse instituições específicas, pois foi do interesse do estudo que estas fossem as mais variadas possíveis, expressando dinâmicas e questões comuns às experiências profissionais em múltiplos serviços de saúde privados e públicos. Os sujeitos do estudo são reconhecidos pelo entrevistador a partir de uma numeração crescente, mantendo-se o anonimato.

Para análise dos resultados utilizou-se o método de Análise Textual Discursiva (MORAES; GALIAZZI, 2011) que se organiza em torno dos focos: 1. desmontagem dos Textos: se faz um exame dos textos em seus detalhes, seguido de sua fragmentação em unidades base; 2. estabelecimento de Relações: constrói-se relações entre as unidades base formando sistemas de categorias; 3. captação do novo emergente: procura-se uma compreensão renovada do todo a partir desta nova combinação de sentidos expressados em um metatexto, construído pelo próprio autor e embasado na literatura; 4. um processo auto-organizado: novas compreensões emergem a partir de um ciclo de análise (crítica e validação) do metatexto. Utilizou-se como auxiliar nas etapas de formação de unidades base e categorização o *software ATLAS.ti - The Qualitative Data Analysis Software*.

A execução do projeto passou pela prévia aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - CEPESH/UFSC/2461. O esclarecimento sobre aspectos do estudo e a obtenção de sua anuência foi feito através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A participação ocorreu de forma voluntária, sem remuneração, observando as condições de pleno exercício da autonomia e anonimato proposto na Resolução CNS 196/96.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias propostas nos permitiram uma análise e, quiçá, uma contribuição aos novos caminhos na resolução dos problemas éticos vivenciados no cotidiano da relação público/privado para o profissional da saúde no Brasil: 1. Problemas estruturais e éticos na relação público/privado; 2. Ética na intersecção público/privado.

1. Problemas estruturais e éticos na relação público/privado

como é demorado ou estava estragado, para agilizar, a gente encaminha para fazer o RX lá na empresa X, mas a gente enfatiza, não é obrigada a fazer lá (P 8).

o exame complementar pode demorar um pouquinho mais e no privado o resultado é quase imediato, aí a gente acaba deixando a critério do paciente (P14).

Os dilemas éticos do profissional se ancoram tanto nos determinantes sociais do processo saúde-doença que restringem a autonomia do paciente, quanto nos problemas estruturais do sistema oriundos da falta de financiamento, gerenciamento precário, entre outros. A vontade do profissional em fazer o melhor, driblando as possibilidades e os poucos recursos, conforma “situações limite” que ensejam o profissional a “abrir portas” à figura do privado para cobrir as possíveis falhas do público.

Em alguns países de sistema universal há possibilidade de escolha por substituição do atendimento suplementar, ou seja, público ou privado. Há os que permitem complementação ao sistema estatutário quando da necessidade ou opção por acesso a serviços não cobertos: no caso do sistema de saúde francês há uma legislação protetora - um sistema de seguro básico com cobertura a todos e o sistema de seguros-saúde suplementar por escolha preferencial -, o seguro privado é suplementar não-duplicado e cobre co-pagamentos impostos pelo sistema estatutário. Há, ainda, os sistemas complementares como o Canadense, onde é vetada a possibilidade de compra da assistência própria em áreas cobertas pelo seguro governamental (KRUGMAN, 2010; SANTOS, 2011).

Os sistemas suplementares associados a uma duplicação de cobertura como no caso brasileiro, significam na prática que “por um lado, os detentores de esquemas privados de asseguamento continuam utilizando serviços públicos e que, por outro, o seguro privado tem freqüentemente adicionado gasto à despesa total em saúde (e não substituído o financiamento público)” (SANTOS et al., 2008, p. 1433). O profissional da saúde que trabalha nesta intersecção, quando facilita uma transposição do público para o privado e vice-versa, não significa a priori estar cometendo uma infração ou uma ação anti-ética, mas esta

realidade de trabalho circunscreve importantes problemas éticos como: *intersecção e substituição público-privado; alta demanda; e duplo vínculo.*

Intersecção e substituição público/privado

um paciente foi levado para uma destas clínicas... ele não tinha convênio, a família pagou pelo atendimento e eu tive que tentar uma vaga pra ele depois no serviço público... alguns hospitais me negaram vaga por este paciente estar sendo atendido num serviço privado... estas coisas acontecem com bastante frequência, a gente tem de dar prosseguimento e quer o melhor atendimento para o paciente, o que muitas vezes não depende da decisão profissional (P20)

O fortalecimento dos serviços privados e planos de saúde sem garantia de universalidade no atendimento e sem ressarcimento ao serviço público quando usado na suplementação público-privado, constrói armadilhas éticas aos profissionais pela falta de nitidez de limites. Por um lado, a integralidade garantida constitucionalmente abre caminho ao público como válvula de escape às limitações impostas pelo mercado - para garantir uma universalidade que não interessa ao privado pelo alto envolvimento financeiro. Por outro lado, o profissional acaba aceitando certas condições de trabalho como irrenunciáveis, tentando ser “o mais ético possível” na corda-bamba entre a lógica de mercado e a qualidade no serviço público, dando respostas às necessidades do paciente e aprendendo a jogar entre público/privado.

Tomando decisões no que ele pensa ser o melhor para o paciente (ou muitas vezes em benefício próprio ou da empresa), mesmo em detrimento do ideal funcionamento da saúde coletiva e, portanto, da ética sob o ponto de vista mais amplo/social, acaba muitas vezes quebrando protocolos, furando filas, utilizando dinheiro e estrutura públicos em realidades não aceitáveis de trabalho, com co-pagamentos de toda espécie sem ressarcimento ao Estado. Uma realidade que parece invisível e dificilmente debatida enquanto coletivo profissional. É banalizada diante da permissividade do sistema de saúde brasileiro, quando deveria ser, ao contrário, pauta de debate ético/bioético nas categorias profissionais e na sociedade, de forma inter e transdisciplinar, num sentido claro da melhoria na qualidade do sistema. Visto que esta qualidade está diretamente relacionada ao financiamento e seu uso

racional-consciente pelos profissionais da saúde, sem redução ou anulação do molar na singularidade da relação profissional-paciente.

Há profissionais, que conscientes desta oneração desvantajosa à coisa pública e/ou ao próprio paciente, percebem algumas ações como sofrimento moral: um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando o profissional não consegue executar situações moralmente adequadas segundo sua consciência “após uma decisão de um conflito ético, reconhecem uma ação pessoal dificultada por barreiras individual, institucional ou social” (BARLEM et al., 2012). Por outra via, este mix público-privado auferem um sentimento de impotência coletiva para a ação contestadora e diferente que, aliado a variados corporativismos, banaliza a indiferença e o baixo comprometimento com o outro e/ou o serviço.

Um processo cotidiano, que joga com graus diferenciados de autonomia, humanismo, racionalidade, coerção e controle, a partir da esfera de decisão situada nas relações profissional-paciente-sistema. A ideologia como algo que faz parte ativa destas inter-subjetividades atua de forma indelével nestas relações, podendo transformar uma ação permissível em um ato anti-ético, quando do favorecimento do privado sobre os já poucos recursos públicos.

Alta demanda

essa grande massa de atendimento é prestada pelo serviço público de saúde que são as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), hospitais, emergências, etc., ficando para o setor privado a parte que a gente considera comercialmente mais lucrativa (P20).

a demanda não comporta a quantidade de pacientes que a gente tem... existem muitos pacientes que não tem lugar devido, não tem uma condição melhor, digna, o paciente que está grave não tem um tratamento em termos de conforto adequado, tem muita dificuldade em internar o paciente pela dificuldade de vaga (P16).

Associada aos problemas de saúde contemporâneos, como os acidentes de trânsito e a violência urbana, a alta demanda é geradora de uma barreira estrutural que pode se transformar em um problema ético quando o profissional tem que fazer opções de tratamento diante de uma

realidade peculiar - que envolve uma reflexão ética restrita, ou seja, restringida por esta realidade. Problemas relatados especialmente nos serviços de emergência, com porta de entrada quase exclusiva no público, ainda que em uma rede hospitalar defasada no tempo pela escassez acumulada de novos investimentos ou pela presença de uma considerável demanda reprimida, este primeiro atendimento não sofre, geralmente, nenhum tipo de ressarcimento pelos planos e seguros de saúde privados, quando eles existem e deveriam ser responsáveis por esta cobertura ou quando há opção pelo privado através de pagamento direto.

Somados a isto, há uma quantidade considerável de tratamentos e internações não cobertos por alguns planos que acaba onerando ainda mais o sistema público, sem nenhum tipo de ressarcimento posterior. Há um encaminhamento para o SUS em virtude de restrições que constam em cláusulas do plano, sem distinção de serviço ou restituição de pagamento aos cofres públicos. A internação de pacientes de planos na rede pública cresce 60% “de 2005 a 2010, aumentou em 103.524 as internações de pacientes de operadoras privadas nos leitos públicos do SUS” (O GLOBO, 2013).

Duplo vínculo trabalhista (ou triplo, ou mais)

é um mecanismo de certa forma perverso, porque você paga pouco, o profissional trabalha pouco e obriga ele a ter um vínculo em outro lugar... já chegam cansados no trabalho, como não podem fazer corpo mole no setor privado, acabam fazendo corpo mole no público (P19).

Diferentemente de outros sistemas universais de saúde, no sistema brasileiro a possibilidade de duplo, triplo ou mais vínculos trabalhistas, ocasiona uma forte aproximação de trabalho entre serviços com lógicas e objetivos distintos - entre o lucro (produtividade) e as necessidades sociais. Nas regiões brasileiras onde há maior incorporação tecnológica e construção de amplo aporte de convênios e seguros privados em saúde, esse engajamento público/privado é potencializado. Mesmo havendo a idéia de complementaridade com possibilidade de maior aprendizado a partir do trabalho em diferentes ambientes, esta interconexão pode ser responsável por problemas éticos, acentuando um baixo comprometimento no serviço público:

1. o profissional que já chega cansado do trabalho privado pela

exigência de produtividade, pela alta competitividade de mercado, e pelo medo constante da perda do emprego e acaba incorporando uma postura “corpo-mole” perpassada à qualidade no público;

2. problemas gerenciais no público que compactuam e favorecem, direta ou indiretamente, este tipo de postura e perpetuam o mito do serviço ineficiente;

3. um forte corporativismo construído como forma de resistência à exploração no trabalho pode ser, ao mesmo tempo, percebido como uma ação coletiva que emperra o andamento de atividades. Quando utilizado com objetivos alheios aos da defesa do trabalhador, pode engessar a ação e servir de anteparo a um profissional com atuação insatisfatória ou deletéria, comprometendo a qualidade, agilidade e produtividade.

4. a lógica liberal como ideal de sucesso profissional, reforçada também no trabalho em saúde coletiva - ausente de lucratividade -, pode significar um descomprometimento com o serviço e com o próprio paciente.

5. quando os profissionais assumem diferentes vínculos trabalhistas sem delimitação da lógica de trabalho pelas necessidades sociais, ao contrário, esta orientação se dando no sentido de maior identificação no exercício profissional com o capital ao invés do trabalho (CECCIM et al., 2009), se abrem amplas portas a uma relação promíscua público-privado, com possibilidade de favorecimento de receita em favor do privado e maior oneração ao público.

mesmo no vínculo onde a carga horária é maior como no PSF o salário é uma merreca e ele é obrigado a arrumar outra coisa, depois que sai dali ou fazendo uma carga menor ou fazendo plantões, ou vai para uma outra clínica para compensar os baixos salários.. mesmo no setor estadual com a criação do ponto facultativo, a maioria não bate o ponto corretamente, muitos vão lá batem o ponto e saem, vão trabalhar em outros lugares, vão fazer outras coisas, outros estão lá mas não trabalham, cumprem a carga horária lá dentro, mas sem produzir (P19).

Apesar de muitos avanços da reestruturação da produção pautada na Estratégia de saúde da família (ESF), para Silva et. al (2013) muitas limitações e desafios são observados, um deles se refere ao vínculo no sentido da responsabilização. A formação do perfil profissional ainda

esbarra nas deficiências no aparelho formador (antes e de forma contínua no serviço) entre outras limitações estruturais, que se traduzem em relações de trabalho nos moldes antigos: antigas práticas na mesma lógica dos modelos hegemônicos que não favorecem a mudança nas concepções dos sujeitos. Uma realidade reforçada pelo duplo-vínculo trabalhista que confunde lógicas e papéis. Além disso, permanece uma cultura da não-participação dos profissionais, visto que não se comportam como usuários do SUS ou sujeitos do processo: há poucas ações inter-setoriais e baixo fortalecimento da participação popular.

2. Ética e ganho secundário na intersecção público/privado

Três questões compuseram esta categoria: complementação de pagamento; qualidade no atendimento/humanização e ganho secundário; e incorporação tecnológica no mix público/privado.

Complementação de pagamento

por exemplo, cobrança de complementação do SUS. No setor público ainda existe isto, é uma coisa ilegal, é uma coisa que não acontece no hospital, acontece fora do hospital, mas ainda acontece (P18).

A complementação de pagamento ainda acontece não exatamente dentro da estrutura pública, mas em situações onde alguns profissionais aparecem drenando de forma habilidosa o paciente para uma opção de pagamento de certos serviços fora do ambiente público, mas a partir desta relação primeira. Do ponto de vista do profissional, seria eticamente justificável esta postura? Surge a discussão: até onde estas situações seriam éticas, já que alguns procedimentos oferecidos de forma privada não estão disponíveis no serviço público ou se estão, não com a mesma agilidade. Até onde seriam situações ou falhas reais no sistema de saúde e até onde seriam possíveis falhas construídas para favorecer este tipo de “drenagem”.

No Brasil parece haver uma banalização construída pela ótica patrimonialista ao longo de séculos, de que a utilização do público por interesses privados é prática corrente e politicamente aceitável. A relação entre liberalismo e coronelismo já no início da República brasileira estabeleceu um processo de dualidade estrutural entre uma forma de poder tradicional e a nova ordem legal: manteve o velho *status* político-econômico na nova estrutura, dando origem ao nepotismo,

clientelismo e, mais modernamente, a outros tipos de corrupção. Um movimento responsável, também, pelo atraso na constituição da cidadania brasileira e pela construção de um *ethos* que mistura autoritarismo, impunidade, passividade, cooptação, obstrução de autonomia e permissividade nas relações de poder.

Um processo mais visível ao nível mais orgânico do Estado, mas também, permeável às distintas capilaridades dos micro-poderes a partir de uma subjetividade histórico/socialmente construída. O poder auferido aos profissionais da saúde pela racionalidade científica e configurado nas instituições e administrações como saberes disciplinadores que nascem concomitantemente à formação dos Estados-nação no capitalismo moderno - através de uma governamentalidade baseada em táticas políticas (FOUCAULT, 2000) -, traz uma constante disputa no campo da autonomia e da ética, especialmente incrementada na atualidade pela corrida desenfreada por aumento da lucratividade. Uma realidade que pode conformar graves problemas éticos, assim como resistências e movimentos ético-políticos alternativos.

A medicina se constrói como uma estratégia biopolítica, como tecnologia empregada: uma técnica, método e instrumento social eficaz de controle sobre os indivíduos, de poder sobre o corpo. Um disciplinamento que se transformou nas últimas décadas em uma espécie de controle ou auto-controle a partir da junção das técnicas normativas com a normalização da técnica e da política - que perpassa todos os meandros das relações sociais e está situada em uma estratégia mais ampla: o biopoder. O interesse do poder se desloca para a vida: se trata agora de garantir a sobrevivência de uma população dentro de uma lógica biológica “a velha mecânica do poder de soberania tornou-se inoperante diante da explosão demográfica e da industrialização... se as disciplinas se dirigiam ao corpo, ao homem-corpo, a biopolítica se dirige ao homem vivo, ao homem-espécie” (PELBART, 2003, p. 57).

Um biopoder que é exercido através de sistemas de comunicação e redes de informação, onde o indivíduo reativa a si próprio num estado de ‘alienação autônoma’. O conjunto da vida social se desenvolve na sua virtualidade controlada. A vida passa a incluir uma criatividade coletiva, em rede, com espaços comuns de produção, com uma cooperação social e subjetiva num contexto de produção material e imaterial - o intelecto geral. Para Zizek (2011) há uma nova configuração de incorporação do trabalho ainda mais subjugado à economia de mercado pós-reestruturação produtiva, há um novo processo de privatização do social ou do intelecto geral, com a construção de novos cerceamentos e novos domínios para o próprio mercado, com novas configurações de classe.

Para Milton Santos (2011) há a emergência de uma dupla tirania: a do dinheiro e a da informação “ambas, juntas, fornecem as bases do sistema ideológico que legitima as ações mais características da época e, ao mesmo tempo, buscam conformar segundo um novo *ethos* as relações sociais e interpessoais, influenciando o caráter das pessoas” (SANTOS, 2011, p. 37). Constroem-se realidades que causam desconforto ético enquanto categoria profissional, mas que ao mesmo tempo, são justificadas como parte de algo maior: a baixa remuneração salarial resultante de um processo de pauperização e perda de *status* profissional. Uma ação de certa forma incorporada pelo coletivo e até certo ponto estabelecida como tendência.

o governo é muito conivente com o que está acontecendo... as pessoas para se operarem hoje dentro de um plano de saúde e também no SUS têm que pagar por fora. Porque os profissionais não querem atender pela tabela em função dos valores muito baixos... existe uma tendência em não atender muito bem o paciente no setor público para que ele seja forçado a fugir para o setor privado, para os planos de saúde, existe essa tendência (P19).

Conflitos de interesse existentes na relação da assistência privada de planos de saúde com a Agência reguladora (ANS) como no ressarcimento de serviços ao SUS, acaba sendo confundido nas entrelinhas do princípio da universalidade e ficando à mercê de uma regulamentação que não acontece. A Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (Tunep) provoca reações de resistência no setor médico que se recusa a usá-la em procedimentos onde o SUS remunera melhor do que as operadoras. Já as operadoras argumentam que seus clientes optam espontaneamente pelo SUS para certos procedimentos, ocasionando mecanismos de transporte de clientes entre o público e o privado (BAHIA, 2011).

Segundo Lígia Bahia (2013) o problema do pagamento por procedimento que predomina no Brasil - para cada remédio prescrito e equipamento utilizado -, gera uma modalidade de remuneração que estimula a decomposição de ações assistenciais e atua articulando interesses entre produtores e distribuidores de insumos, hospitais, clínicas e profissionais da saúde – médicos, na realização ou cobrança de exames e tratamentos caros. Como o valor/procedimento-SUS é normalmente menor quando comparado ao pago por planos e seguros de

saúde, a permissão da cobrança direta e indireta de medicamentos e a divisão do tratamento em sessões, induz maior quantidade e atrai os procedimentos melhor remunerados.

Estudos internacionais mostram que a administração do paciente em sistemas com cobertura duplicada tende a ser realizada em benefício do médico no sentido da produção lucrativa: transfere os de menor risco e custo à iniciativa privada e os mais complexos e de maior custo ao sistema público – orientando a produção para o tipo de financiamento que corresponda a maior possibilidade de ganho. Como grande parte dos leitos e equipamentos no Brasil é compartilhada entre SUS e segmento suplementar, a busca por otimização da receita se dá, em geral, com oneração ao sistema público – pela falta de regras claras e limites nítidos entre esta duplicação de serviços (SANTOS, 2011). Uma realidade que desmonta o pensamento construído de que o setor privado aliviaria o setor público de uma carga desnecessária (BAHIA, 2011).

Pergunta-se: como o corpo de profissionais lida subjetivamente com esta realidade que, ao mesmo tempo em que é considerada geradora de problemas éticos e posturas antiéticas, pode ser parte de uma necessidade objetiva de urgência na resolução de problemas em saúde? Como construir uma nitidez de limites quando, apesar da demora, grande parte dos serviços prestados no serviço privado é oferecida pelo público? Como deve ser enfrentado este debate pelas corporações profissionais? Como separar os dois espaços como forma a evitar possíveis relações promíscuas público-privado?

A idéia de que o ganho fácil ou secundário sobre o sistema público é permissível na intersecção público-privado, relaciona diferentes pontos da questão ética: 1. o direito a negação de atendimento pela tabela SUS por um contingente de profissionais não tem sido pauta de um debate ético aprofundado; 2. a construção de uma tendência obscura de não dar um atendimento com a mesma qualidade e dedicação ao paciente público, como forma de forçar uma drenagem ao privado – para o pagamento de certos procedimentos – ou simplesmente pelo baixo comprometimento com o outro, em especial na relação com um terceiro: o social/coletivo; 3. a questão da cobertura duplicada que enseja um debate sobre o sistema suplementar como optativo, ou seja, sem financiamento direto ou indireto do Estado.

A cultura do “jeitinho brasileiro” ou uso da máquina pública para ganhos privados parece não ter sido completamente vencida, pois se constrói sobre a herança de um poder Estatal centralizado, patrimonial, autoritário e ancorado no capitalismo tardio brasileiro; numa ausência crônica de autonomia em base a uma imensa desigualdade e

vulnerabilidade social; e na hegemonia de uma ética utilitarista do tipo hedonista baseada na liberdade de consumo e poder de compra – ampliada na contemporaneidade. Para fugir ao esquema da baixa remuneração percebida pelo profissional no público, associada à possibilidade de acumulação de capital na saúde, se constrói um pensamento permissível à utilização do público pelo privado. O problema ético está assim pautado: a incorporação da ética do tipo hedonista associada ao biopoder aparece como ideologia do culto ao corpo e ao prazer, realizados no mercado.

Qualidade da assistência/humanização e ganho secundário

é claro, ninguém vai ser irresponsável de não acompanhar o seu paciente seja onde for, mas quando o paciente está pagando o profissional, ele está mais disponível, ele vai estar mais presente naquele hospital. Eu não diria que o médico falta com a ética no serviço público, mas a maneira como está estruturado o sistema, acaba sendo tendencioso (P20).

Parece se desvelar uma relação entre respeito e comprometimento profissional ou de níveis diferenciados de respeito e compromisso: há um respeito mínimo com o paciente, enquanto paciente, mas há um comprometimento a mais configurado enquanto tendência, quando há um ganho secundário lucrativo na relação profissional/paciente. A reflexão sobre uma ética mínima necessária no campo da saúde e da vida parece perpassar este debate público/privado/ganho secundário.

Segundo Adela Cortina (2009) um realismo conformista na atualidade reduz a razão prática à razão estratégica e se baseia no “é o que há” em substituição ao “deve ser”. O relativismo ético não consegue considerar a existência de bases morais universalizáveis construídas pela história humana, mas se baseia na urgência pragmática do instante - o que impede o enfrentamento de uma tarefa moralizante, individual e coletiva, que pressupõe vínculo com o passado e, ao mesmo tempo, com um projeto de futuro. Para a autora, uma sociedade democrática e plural é pautada nos mínimos morais, ou seja, o que é aprendido através da história como “princípios, valores, atitudes e hábitos aos quais não podemos renunciar sem renunciar, ao mesmo tempo, à própria humanidade” (CORTINA, 2009, p. 36).

Um relativismo ético na justificativa a uma mudança da

qualidade na relação profissional/paciente, a partir de uma possibilidade de lucro ou ganho secundário, parece ancorado numa ideologia da ética do tipo utilitarista-hedonista sob a lógica liberal-contratual. A idéia de que a qualidade do serviço pode estar ligada à possibilidade de um ganho secundário é justificada como uma tendência que está grandemente relacionada aos problemas de subfinanciamento e falhas do sistema público. O micro-poder profissional que atua nas singularidades relacionais é ampliado pela fragmentação do poder/saber das especializações. Um poder que tenta ser democratizado através de políticas e tecnologias humanizadoras como a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), mas que esbarra numa cultura tradicional como resistência corporativa, bem como, na baixa autonomia e poder de reivindicação do usuário do sistema público. Criam-se guetos de poder que confundem saberes, novas tecnologias e lucratividade.

veio um paciente para ser operado de duodenopancreatectomia, este paciente veio orientado pelo cirurgião a procurar um gastroentereologista, este médico propôs um procedimento para o paciente que era colocar uma endoprótese no canal que passa a bile, só que o paciente já ia fazer uma cirurgia para resolver o problema dele em 3 dias, só que aconteceu aí o que se chama de capitalização, o profissional que vai operá-lo mandou para um clínico que vai fazer um outro procedimento, que ao meu ver, posso estar errado, não era indicado para aquele paciente, ele ia correr um risco, porque o procedimento é sob anestesia geral e não teria porque o paciente passar por isto se dali a 3 dias ele teria o problema dele resolvido. Mas o que é isto? É o que se chama de capitalização, fazer com que um colega ganhe dinheiro em cima de um paciente sem haver necessidade (real) do procedimento (P 18)

O problema ético caracterizado pelos profissionais médicos como “capitalização”, acontece no faturamento de procedimentos desnecessários ou extras derivados do diagnóstico de uma determinada doença, com favorecimento ao trabalho de outro profissional visando ganho adicional. A convivência diária com a precariedade (tanto do sistema público, quanto do usuário) e o acesso privilegiado a um saber-fazer

especializado, leva o profissional a se utilizar destes subterfúgios em uma atuação que poderia ser considerada anti-ética para auferir a si ou a um igual, se possível, algum tipo de lucratividade - mesmo em detrimento da qualidade e da verdade, portanto, da ética na atenção.

O problema ideológico que trespassa a ética na contemporaneidade está centrado na aceitação silenciosa de um tipo de ação hedonista subsumida ao imperativo da lucratividade como natural e inevitável no meio profissional: sinal dos tempos. As possíveis justificativas se pautam por posturas ditadas pelo contexto público/privado como acima da capacidade de intervenção singular ou de uma abordagem no debate coletivo. Há, ainda, a culpabilização do Estado por possibilitar situações permissíveis a este tipo de relação promíscua como tendência, estímulo, ou mesmo, passividade na utilização deste esquema de ganho secundário. A construção de um clima de aceitação passiva, fuga ou alienação do corpo profissional, possibilita este caminho ao lucro adicional e permite interrogações à atuação coletiva destas categorias, que já há algum tempo sofrem um processo de individualização - 'cada um por si' - atrás das próprias possibilidades de lucro/produtividade e manutenção do *status quo*.

em determinadas áreas é evidente, a relação profissional-paciente muda, porque esse lado financeiro fala, a medicina não vira uma mercantilização, mas... a gente vê que muitas vezes os pacientes acabam cedendo pra ter um acesso mais rápido à saúde, é inegável, vemos acontecer todos os dias... eu acho que muda sim, eu não diria que os profissionais são menos éticos, mas é uma relação que você vê que tem um ganho secundário (P20).

Os códigos profissionais geralmente especificam obrigações profissionais correlatas aos direitos do paciente e outros membros da profissão, mas os problemas éticos que têm origem em conflitos de valores na atualidade, ultrapassam o espaço profissional restrito. Os códigos podem ser simplificados nas exigências morais e, muitas vezes, relativizados a partir de uma visão mercadológica. A regra do juízo ponderado a partir de um equilíbrio reflexivo argumenta que há diferenças entre os códigos de ética profissionais e a ética dos negócios na relação profissional/paciente, onde um profissional “não deve explorar seus pacientes para seu próprio lucro porque os interesses do paciente vêm em primeiro lugar” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002,

p. 37). Mas, esta regra não é uma premissa categórica para todos os casos, pois a relação entre princípios e regras não elimina vários conflitos contingentes e detém algum grau de indeterminação e incoerência.

As políticas públicas podem dirimir possíveis conflitos éticos ao normatizar as intervenções institucionais no âmbito mais legal, mas também são limitadas em referência aos conflitos morais propriamente ditos. As teorias éticas em que as ações corretas são as que produzem o maior equilíbrio possível de felicidade e infelicidade, motivadas pela ideologia do sucesso a qualquer custo e acrescidas do individualismo liberal, acabam ligando a felicidade e o prazer às preferências e projetos individuais. Mesmo que em conflito com alguma base dos direitos, serve à defesa do egoísmo ético “segundo o qual o nosso único dever é promover os nossos próprios interesses” e percebe a ética altruísta como negação do valor dos indivíduos. Interesses individuais acrescidos de ganho monetário que freqüentemente conflituam com interesses sociais/coletivos - comuns (RACHELS, 2004).

As bioéticas latino-americanas da proteção e da intervenção partem de uma crítica às propostas principialistas que se baseiam na exaltação da moral individualista, onde os contextos sócio-históricos e culturais são menosprezados, minimizando a idéia de justiça. Estas novas abordagens incluem questões relacionadas à qualidade da vida humana, trazendo para a pauta central de debates os direitos humanos e cidadania, prioridades na alocação de recursos sanitários, preservação da biodiversidade e equilíbrio do ecossistema, formas de discriminação e desigualdade social, numa combinação que relaciona ética, política, poder e justiça (GARRAFA; KOTTOW; SAADA, 2006).

Mix público/privado e incorporação tecnológica

a proximidade do representante com o profissional é muito grande, eles levam o material e são os instrumentadores da cirurgia... têm muita coisa importada... a empresa dá aquele vídeo para o profissional para ele usar o material descartável deles (P18).

não tem vídeo para fazer uma cirurgia de laparoscopia, você tem que abrir o paciente, cortar, isto é um infração que hoje pode se considerar da administração do hospital (P19).

Mudanças cada vez mais rápidas nas tecnologias em saúde, utilizadas de maneira geral para beneficiar a população, trazem novos desafios estratégicos ao sistema de saúde. Há a mediação da tecnologia como construtora e reprodutora de novos panoramas: identitários de profissionais e usuários/pacientes e organizativos nos serviços de saúde (TRINDADE, 2008). O problema crônico da insuficiência de investimento administrativo e financeiro no setor hospitalar público é percebido como um estimulante à entrada das novas tecnologias pela porta de trás, ou seja, de forma irregular na relação com o profissional. Uma situação que não atinge somente o profissional que quer oferecer o melhor para o seu paciente, mas também, o profissional que intenta vantagem lucrativa nesta relação e, principalmente, o paciente que quer ter ou é induzido ao acesso às novas tecnologias e que, para tanto, tem que pagar “por fora”. A permissividade à incorporação privada de novas tecnologias no espaço duplicado público/privado, onde um interpenetra o outro na singularidade das relações profissional/paciente e no lugar físico onde elas se dão, parece estimular relações promíscuas com uma tendência ao rompimento da ética em detrimento do estabelecimento de relações de mercado.

A complementação de pagamento em alguns procedimentos ou a coerção a procedimentos desnecessários parece ter relação direta com esta utilização de novas tecnologias. De outra maneira, a busca a este acesso pelo próprio paciente constrói situações que levam o profissional a relações eticamente desconfortáveis. Um problema postulado como parte fundamental da medicina moderna e mascarado na relação entre racionalidade científica e mercado: o incremento tecnológico associado ao acúmulo de capital na saúde, que entram no sistema de saúde via hospitais e clínicas privadas, de forma não subsumida às reais necessidades sociais. A lógica empresarial capitalista abarca todos os segmentos produtivos na saúde, desde as indústrias de bens e medicamentos, aos de prevenção e prestação de serviços e, em geral, coersiona uma incorporação tecnológica baseada na concorrência de mercado. A relação desta lógica com o setor público constrói uma precarização subjetiva ao profissional, pela incorporação tecnológica sem poder de competição e qualidade, em certos setores do público.

As mudanças qualitativas experimentadas na construção do SUS, especialmente no modelo organizacional, conformou um complexo industrial na saúde caracterizado por uma clara relação de interdependência setorial. O Estado aparece como um propulsor efetivo destas mudanças, mas com ausência de uma política industrial numa área estratégica como a saúde. Sob o período neoliberal a política

macroeconômica minou a capacidade de inovação como base competitiva da indústria nacional, o que se torna um problema crítico quando confrontadas ambas as lógicas da saúde e a econômica, tratadas como interesses opostos e incompatíveis. Como resultado, a dependência comercial em saúde é generalizada e a máquina tecnológica cada vez mais sofisticada, cara e multinacional – importada em grande parte de países desenvolvidos. Um problema que se reflete para o profissional da saúde como um alto custo privado e acesso restrito, que poderia ser evitado com o estímulo e investimento em tecnologia pelo Estado brasileiro, a partir dos interesses sociais, com permeação às inovações no sentido do desenvolvimento e fugindo da pura concorrência de mercado (GADELHA, 2003; GADELHA, 2006).

Os impasses impostos pela corrida tecnológica e estabelecidos pelo capital se dão num espaço em que as preocupações do movimento sanitário pouco têm alcançado ou que tem acontecido em forma de resistência, na evidência dos altos custos atribuídos e no embate por projetos que priorizam a construção da prevenção e da abordagem integral - seguindo uma lógica defendida de cuidado em saúde não somente como produção e consumo de procedimentos biomédicos, mas com prevenção e integralidade (CECCIM et al., 2009). Seguindo este caminho, o Ministério da Saúde procurou construir uma Política Nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde na última década, com a criação da Rebrats em 2008 (rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa voltada à geração e à síntese de evidências científicas no campo da avaliação de novas tecnologias) e da lei 12.401/2011 que dispõe sobre a incorporação de tecnologias no âmbito do SUS, dando origem a uma comissão nacional (Conitec) que considera não apenas as evidências científicas na incorporação de novas tecnologias, mas também as necessidades de saúde da população e aspectos relacionados à sustentabilidade do sistema (SILVA et al., 2012).

Um movimento que ainda não consegue realizar um planejamento estratégico para incorporação tecnológica na saúde pelo Estado brasileiro. Diante da pouca regulação no campo da saúde suplementar no sentido das necessidades sociais ou do interesse público de forma planejada e de uma subjetividade construída de aceitação passiva ou tácita dos paradigmas de mercado hegemônicos, o profissional fica à mercê do alto custo das novas tecnologias e na “corda bamba” entre as necessidades do paciente e o serviço público, que não as disponibiliza em tempo real. Um processo que constrói armadilhas éticas passadas pelo ideológico: o avanço tecnológico como espaço

de acumulação de capital e o Estado como pesado, ultrapassado e sem força de intervenção para a inovação e incorporação de novas tecnologias de foram planejada para o mix público-privado. Um grande desafio que se constrói: a criação de mecanismos de Estado para o planejamento na incorporação de novas tecnologias no setor privado, tanto quanto no público, baseados em evidências científicas e articulados às diretrizes do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio da restauração dos laços sociais para além dos desejos de consumo - construídos no mercado pelo aparato técnico-científico subsumido ao imperativo da lucratividade – precisa incorporar o sentido molar e coletivo das necessidades sociais e o micro-político das tecnologias relacionais pautadas no não-lucro (no público/estatal) e no respeito pela diversidade. Os processos de trabalho na saúde baseados nas relações humanizadas procuram manter o entendimento e a negociação a partir de uma disposição ética, racional e sensitiva. Mas, devem ser compreendidos, também, como processos singulares perpassados pelo macro-político e ideológico.

Alguns problemas éticos desvelados na intersecção público/privado apontam para uma relação importante entre “ser” e “dever ser” e sinalizam a identificação prazer/dever como um ideal utópico de reflexão ética:

1. A percepção de problemas estruturais do duplo vínculo trabalhista e a alta demanda nos serviços públicos de saúde como facilitadores de relações promíscuas na intersecção público-privado configuram uma série de problemas éticos como a indução de complementação ou substituição público-privado. Localizados tanto nas restrições de autonomia do paciente dadas pelas determinações sociais, quanto na vontade ou intenções do profissional, distorcem a essência do compromisso profissional com o outro.

2. Problemas éticos desvelados na intersecção público/privado acontecem sob novas formas: como complementação de pagamento, na relação entre qualidade da assistência/humanização e ganho secundário, a partir de uma capitalização sobre a doença ou na incorporação tecnológica com ausência de planejamento subsumido aos interesses da coletividade – como política pública.

Pergunta-se: como haver uma construção ética de comprometimento com o outro nos possíveis acordos construídos em comum, quando os interesses privados ficam subsumidos ao imperativo

da lucratividade?

Para esta resposta, não basta enunciar a autonomia como preceito “a priori”, pois a ética que tem seu ancoradouro nas singularidades relacionais não pode prescindir de um sentido molar de justiça, proteção e transformação, em contextos ricos de vulnerabilidades humano-sociais. A associação de uma ética hedonista ou relativista em situações permissíveis de complementação ou substituição público/privado mantém intactas as armadilhas que transformam relações sociais em saúde em relações de mercado. Os horizontes coletivos transcendentais à ordem estabelecida devem ser resgatados no debate da felicidade como premissa ética, além da boa moral e consciência individuais.

Constrói-se a necessidade de um debate ético/bioético inter e transdisciplinar pautado:

1. no “direito” à negação de atendimento pela tabela SUS por um contingente de profissionais-médicos;

2. na tendência obscura de não dar um atendimento com a mesma qualidade e dedicação ao paciente público por um contingente profissional, como forma de forçar uma drenagem ao privado – para o pagamento de certos procedimentos – ou simplesmente, pelo baixo comprometimento com o outro;

3. no sistema suplementar não duplicado, ou seja, sem financiamento direto ou indireto do Estado;

4. na incorporação tecnológica sem real planejamento e gerenciamento pelo Estado brasileiro;

5. na permissividade do duplo-vínculo trabalhista – público/privado;

6. na cultura de não-participação dos profissionais nas instâncias decisórias do SUS, com poucas ações inter-setoriais e baixo fortalecimento da participação popular.

A idéia de um planejamento social segundo critérios racionais (técnico-científicos) tem sido incrementada na contemporaneidade brasileira por um enfoque estratégico no planejamento público, construindo espaços de disputa ao e no hegemônico, com a introdução da dimensão ética, coletiva e política. Ampliar esses espaços coletivos e/ou institucionais de debate da ética/bioética com enfoque na subjetividade do profissional da saúde e nas relações de interesses diferenciados público/privado, com novo movimento de incorporação e comprometimento do corpo profissional e da sociedade, parece central no embate a uma ideologia que subestima a capacidade de resgate do trabalho como espaço de vivência ética e de formação do “ser”-profissional.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, M. F. S.; ANDREAZZI, M. A. R.; CARVALHO, D. M. Dinâmica do Capital e sistemas locais de saúde: em busca de uma análise integradora do setor saúde. **Interface-comunic, saúde, Educ.** v. 9, n. 18, p. 43-58, 2006.

ANDREAZZI, M. F. S; KORNIS, G. E. M. Transformações e Desafios da Atenção Privada em Saúde no Brasil nos anos 90. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 157-191, 2003.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 115-128.

_____. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2011.

_____. **Alerta Vermelho**. Predomina o pagamento por procedimento médico, modalidade de remuneração que estimula a decomposição de ações assistenciais e o interesse na realização ou cobrança de exames e tratamentos caros, 2013. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/opiniao/alerta-vermelho-8357118>>. Acesso em: 20 mai. 2013.

BARLEM, E. L. D. et al. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 681-688, 2012.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BEHRING, E. R. **Política social no capitalismo tardio**. São Paulo, Cortez, p. 37, 2011.

BLOLAND, P. et al. The role of public health institutions in global health system strengthening efforts: the US CDC's perspective. **PloS Medicine**, v. 9, n. 4, p. 1-5, 2012. Disponível em: <www.plosmedicine.org>. Acesso em: 20 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CECCIM, R. B. et al. Imaginários sobre a perspectiva pública e privada do exercício profissional em saúde e a educação em saúde. In: PEREIRA, R.C.; SILVESTRE, R.M. (Orgs). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde - Brasil, 2009.

CHESNAIS, F. **A finança mundializada**: raízes sociais e políticas, configuração, conseqüências. São Paulo: Boitempo, 2011. p. 20-21.

CORTINA, A. **Ética mínima**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro, Graal, 2000.

GADELHA, C. A. G. O Complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 11-23, 2006.

GARRAFA, V., KOTTOW, M., SAADA, A. **Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano.** São Paulo: Gaia, 2006.

JAKUBWSKI, E.; SALTMAN, R. B. **The changing national role in health system governance.** United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies, 2013. 2013).

KRUGMAN, P. **A consciência de um liberal.** Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2010.

LINHART, D. Entrevista: Danièle Linhart. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 149-160, 2011.

LÓPEZ-FERNANDES, L. A. et al. Está em peligro la cobertura universal em nuestro sistema nacional de salud? **Cac. Sanit.**, v. 26, n. 4, p. 298-300, 2012.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil.** São Paulo: Annablume, 2008.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar. **Saúde Soc.**, v. 16, n. 3, p. 35-51, 2007.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva.** Rio Grande: UNIJÍ, 2011.

O GLOBO. **Internação de pacientes de planos na rede pública cresce 60%.** Disponível em:
<http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=1270>.
Acesso em: 20 mai. 2013.

PELBART, P. P. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003. p. 55-59.

RACHELS, J. **Elementos de Filosofia moral**. Lisboa: Gradiva, 2004.

RAMOS, F. R. S. **Obra e manifesto**: o desafio estético do trabalhador da saúde. 1995. f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2011.

SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n.6, p. 2743-2752, 2011.

SANTOS, I. S., UGÁ, M. A. D., PORTO, S. M. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SAUVIAT, C. Os fundos de pensão e os fundos mútuos: principais atores da finança mundializada e do novo poder acionário. In: CHESNAIS, F. **A finança mundializada**. São Paulo: Boitempo, 2011.

SILVA, H. P.; PETRAMALE, C. A.; ELIAS, F. T. S. Avanços e desafios da política nacional de gestão de tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. supl., p. 83-90, 2012.

SILVA, L. A.; CASOTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia de saúde da família e a mudança

no modelo de atenção. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SOUZA, R. G. S, BODSTEIN, R. C. A. Inovações na Intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 481-492, 2002.

TRINDADE, E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 951-964, 2008.

_____. **Primeiro como tragédia, depois como farsa**. São Paulo: Boitempo, 2011.

5.2 MANUSCRITO 2 - A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: COMPROMETIMENTO E ÉTICA

A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: COMPROMETIMENTO E ÉTICA

THE SUBJECTIVITY OF HEALTH PROFESSIONAL POST-PRODUCTIVE RESTRUCTURATION: COMMITMENT AND ETHICS

LA SUBJETIVIDAD DEL PROFESIONAL DE SALUD POST-REESTRUCTURACIÓN PRODUCTIVA: COMPROMISO Y ÉTICA

Doris Gomes
Flávia Regina Souza Ramos

RESUMO: Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritivo, que objetivou desvelar a relação entre ética, comprometimento e sofrimento moral no mix público/privado a partir da

subjetividade do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva. Entrevistou-se 30 profissionais (enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas) da região metropolitana de Florianópolis com experiência de trabalho na área pública e privada. Os dados foram analisados pelo método a Análise Textual Discursiva. Resultados: são apresentadas duas categorias de análise: 1. ética e comprometimento na contemporaneidade, que aborda uma transformação no tradicional compromisso “benfeitor” introspectado nas profissões como diferencial às ocupações. Por um lado é substituído por uma ética da competitividade e, por outro lado, há resgate de um comprometimento como utopia do “dever ser” em congruência com o próprio ser; 2. comprometimento no mix público-privado, relaciona diferentes lógicas de atuação e comprometimento no cotidiano de trabalho do profissional da saúde; 3. Comprometimento e Sofrimento moral, que aborda a relação do comprometimento ético com a responsabilidade para com o outro, a coisa pública/coletiva, e o humano/social. Traz para o debate o papel do profissional da saúde enquanto sujeito moral, com diversos graus de comprometimento com a construção e proteção do “bem público”. O profissional assume ‘práticas possíveis’ para se manter minimamente ético em realidades que coersionam a tomada de decisões. O sofrimento moral aparece relacionado a sentimentos de impotência frente a situações de determinação do processo saúde-doença ou institucional-administrativas. Conclusão: A ausência de comprometimento com o outro como fato do mundo moderno surge como efeito e ao mesmo tempo causa de um processo contraditório. A busca por um humano que não se perceba isolado do todo, mas como um sujeito que pensa e que pode construir um diferencial ético no seu trabalho, “gentificado” e fazedor de história, parece significativo para a construção da qualidade e excelência no público.

Palavras-chave: ética, profissional da saúde, mercado de trabalho.

ABSTRACT: This is a qualitative research with a descriptive-exploratory approach aimed at uncovering the relationship between the ethical actions and commitment from the subjectivity of health professional post-productive restructuration. We interviewed 30 professionals (nurses, doctors and dentists) in the metropolitan area of Florianópolis with work experience in the private and public areas. The data were analyzed using the Textual Analysis Discursive. **Results:** two categories of analysis are presented: 1. ethics and commitment contemporaneity, that discourses a transformation in traditional "benefactor" commitment interleaved in all professions as a differential

in the occupations. On one side is replaced by an ethic of competitiveness and, on the other side, there is a commitment to rescue the utopia of "ought to be" in congruence with the self; 2. commitment in public-private mix, relates different logics of action and commitment in the daily work of health professionals; 3. commitment and moral suffering, which addresses the relationship of ethical commitment to the responsibility to the others, in a public/collective perspective or in a human/social point of view. This category brings to debate the role of the health professionals as a moral subject, with varying degrees of commitment to the construction and protection of the "public good." The professional assumes "possible practices" to stay minimally ethical in realities that fusion decision-making. The moral distress appears related to the feelings of powerlessness in situations of determining the disease process or in front of institutional-administrative issues.

Conclusion: The lack of commitment to each other as a result of the modern world emerges as an effect and at the same time represents a contradictory process. The search for a human who does not picture himself isolated of the world, but look himself as a person who thinks and who can build a difference in their work ethic, "humanized" and history-maker, it seems significant in order to build quality and excellence in public.

Keywords: ethics, health professional, job market.

RESUMEN: Se trata de un estudio cualitativo exploratorio descriptivo cuyo objetivo fue descubrir la relación entre ética y compromiso a partir de la subjetividad del profesional de la salud después de la reestructuración productiva. Se entrevistaron 30 profesionales (enfermeras, médicos y dentistas) en el área metropolitana de Florianópolis con experiencia de trabajo en los sectores público y privado. Los datos fueron analizados utilizando el método de análisis textual discursiva. **Resultados:** Se presentan dos categorías de análisis: 1. El compromiso y la ética que aborda una transformación en el compromiso tradicional de "benefactor" introducido en las profesiones como agente diferencial de las ocupaciones. Por un lado, se sustituye por una ética de la competitividad y, por otro lado, existe el compromiso de rescatar la utopía del "deber ser", en congruencia con el propio ser, convirtiéndose en un movimiento esencial en el trabajo diario de los profesionales de la salud 2. El sufrimiento y el compromiso moral, que aborda la relación de compromiso ético con la responsabilidad para con el prójimo, sea con relación a asuntos públicos/colectivos o humano/sociales. Esta categoría trae el debate del papel del profesional

de la salud como sujeto moral, con distintos grados de compromiso en la construcción y la protección del "bien público". El profesional tiene "prácticas posibles" para mantenerse en realidades mínimamente éticas que cohesionan a la toma de decisiones. La angustia moral parece estar relacionada con los sentimientos de impotencia en situaciones de determinar el proceso de la enfermedad o en situaciones que tienen relación con hechos institucionales-administrativos. **Conclusión:** La falta de compromiso con el otro como un hecho del mundo moderno aparece como un efecto y, al mismo tiempo debido a un proceso contradictorio. La búsqueda de un ser humano que no se perciba como un ser aislado, sino como un hombre que piensa y que puede crear una diferencia en su ética de trabajo, "gentificado" y creador de la historia, parece ser significativo en la construcción de la calidad y la excelencia pública.

Palabras clave: ética, profesional de salud, mercado de trabajo.

INTRODUÇÃO

Nos anos dourados da economia keynesiana a configuração da idéia de saúde pela OMS (Organização Mundial da Saúde) como bem-estar, constrói a valorização da saúde como direito de cidadania, baseada na ética utilitarista de felicidade e no sonho de consumo dado pela "medicina do bem-estar". Um processo que impulsiona o crescimento e a complexificação das profissões e do campo da saúde e que acaba se sobrepondo ao âmbito de toda a vida humana. Esta medicalização da vida passa a ditar o que é certo, errado ou o que pode ser considerado normal, alterando a atuação do Estado para ações higienistas e sanitárias, e a própria ética, quando considera bom aquilo que produz saúde ou o que pode ser considerado saudável (GRACIA, 2010).

O Sistema Único de Saúde é conquistado pela sociedade brasileira como direito de cidadania já em plena débacle do "welfare state". No processo de reestruturação da produção uma nova concepção de saúde é impulsionada: as novas técnicas e tecnologias construídas e incorporadas à fase consumista do 'ser saudável para produzir mais' fortalece o modelo liberal e de mercado de atenção à saúde. Uma resistência complexa do movimento de saúde coletiva possibilita avanços e recuos na construção do SUS. A evidente disputa entre o complexo médico-industrial e o movimento de saúde coletiva impulsiona uma mudança nos paradigmas assistenciais e consolida lógicas distintas: uma lógica fortemente influenciada por aspectos

econômicos e mecanismos de mercado, e a lógica das necessidades sociais, que impulsiona os profissionais a repensarem o seu papel no cuidado.

A incorporação de novas técnicas e tecnologia na saúde significou novos postos, cargas e relações de trabalho, mas também, novos processos de precarização (PIRES, 2008) com forte potencial de acumulação de capital. O forte imbricamento público/privado é construído sobre uma realidade de sobreposição de interesses privados no repasse - direto ou indireto - de verbas e gerenciamento (MARQUES, MENDES, 2007; BAHIA, 2011; ANDREAZZI, OCKÉ-REIS, 2007). Uma expectativa de consumo cada vez mais abstrata, que advém do próprio modo hegemônico de fazer ciência, traz consigo os embates pelo seu próprio limite. O mix público-privado se estabelece pregando armadilhas éticas aos profissionais no seu saber-fazer cotidiano.

A saúde começa a fazer parte da vida, do social e das construções individuais, assumindo um papel normalizador complexo dos indivíduos nas sociedades modernas, o que não significou contraditoriamente, aumento de vida, felicidade e, mesmo, saúde. Uma ideia ampla de ser humano, perfil civilizatório e vida, começa a afrontar os parâmetros de saúde tecnologicamente expandida pelo mercado, como contraponto a ser repensado sobre os limites do eticamente correto. É desencadeado um debate sobre a necessidade de uma ética aplicada às questões da vida e às novas questões formuladas pelo avanço tecnológico em saúde. Na América Latina esse debate se transforma em um novo campo de formulações epistemológicas pautadas no relacionamento entre direitos humanos, vulnerabilidades individuais e sociais, poder e justiça (GARRAFA; KOTOW; SAADA, 2006).

Nesta complexa e contraditória realidade, aparece como resultado um novo constructo humano e social: o indivíduo hedonista. A subjetividade do profissional da saúde passa a ter um papel destacado, pois além do trabalho prescrito há o espaço da criação e reflexão, modos diferentes de realizar projetos e recriar a si mesmo no próprio trabalho. Assim, este artigo objetiva desvelar os problemas éticos no modo como vêm sendo produzidas as ações e os serviços de saúde dirigindo o foco para o comprometimento do profissional com a essência do seu trabalho: o ser humano.

METODOLOGIA

Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória

descritiva, que utilizou entrevista individual semi-estruturada como técnica de coleta de dados, focalizada: 1. na relação entre ética e comprometimento no mix público/privado; 2. nos problemas éticos e sofrimentos morais que o profissional de saúde relata nestas relações de trabalho. As entrevistas foram aplicadas a 30 profissionais de três categorias pré-definidas: 10 enfermeiros, 10 médicos e 10 cirurgiões-dentistas da região metropolitana de Florianópolis com experiência de trabalho concomitante, na área pública e privada. Os sujeitos foram se definindo a partir do método bola de neve, onde um entrevistado inicial recomenda outro, repetindo-se o processo com os novos incluídos até atingir o critério de saturação de dados.

O estudo foi iniciado com profissionais que atuam no serviço público vinculados a uma Secretaria Municipal de Saúde da região: acesso limitado ao primeiro grupo de sujeitos, necessitando apenas da autorização desta Secretaria. Não foram estabelecidos limites institucionais ou formas de acesso exclusivas por esta via. Foram feitos contatos prévios com os profissionais solicitando autorização para início do trabalho de campo e, no caso da concordância em receber o pesquisador, foram fornecidas informações mais detalhadas sobre o estudo, bem como acordadas as condições para a entrevista – um local de encontro neutro e conveniente. Os sujeitos do estudo são reconhecidos pelo entrevistador pela letra P seguida de numeração crescente para se manter o anonimato.

Para análise dos resultados utilizou-se o método de Análise Textual Discursiva (MORAES; GALIAZZI, 2011) que se organiza em torno dos focos: 1. desmontagem dos Textos: exame dos textos em seus detalhes para sua fragmentação em unidades base; 2. estabelecimento de Relações, onde se constroem relações entre as unidades base formando categorias; 3. captação do novo emergente: compreensão renovada do todo a partir de uma nova combinação de sentidos como um metatexto, construído pelo próprio autor e embasado na literatura; 4. um processo auto-organizado: emergência de novas compreensões a partir de um ciclo de análise do metatexto (crítica e validação). Utilizou-se como auxiliar nas etapas de formação de unidades base e categorização o software ATLAS.ti - *The Qualitative Data Analysis Software*.

A execução do projeto passou pela prévia aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - CEPESH/UFSC/2461. Utilizou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para obtenção da anuência. A participação ocorreu de forma voluntária, sem remuneração, observando as condições de pleno exercício da autonomia, liberdade individual e

anonimato, contidos na Resolução CNS 196/96.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Historicamente na área da saúde a compreensão da subjetividade ou processos de construção de inter-subjetividades são mediados pelas éticas de respeito e comprometimento com o outro, mas nos processos contemporâneos de forte influência de uma ideologia de mercado fragmentadora, os profissionais acabam assumindo uma ética do “é o que há”. Para aprofundar esta compreensão, foram estabelecidas como categorias de análise: 1. Comprometimento e ética; 2. Comprometimento e sofrimento moral.

1. Ética e comprometimento na contemporaneidade

uma das coisas que está acontecendo hoje, é esta nova geração, Y, Z que não tem comprometimento... se o Hospital A oferece mais, vai pra o A e sai do B, “estou querendo sempre coisas novas e com salários melhores, instituições melhores”, aí independe se é na instituição particular ou pública, se não der certo aqui eles não estão ligando... Já vem muito bem informados, daí qualquer coisa é assédio moral... com um nível bem alto de exigência e isto atrapalha bastante, eles sabem muito bem o que estão fazendo, mas às vezes esquecem um pouco dos deveres... ex. “eu estava cansada, tinha muito paciente (o plantão era até às 19:00) mas às 18:00 eu me dei ao direito de sair”, e a pessoa se dá ao direito e sai, não é comprometido, não é ético, é bem complicado, e é bem engraçado, é esta nova geração (P29).

O debate da ética em torno do comprometimento parece peça chave na contemporaneidade. A falta de comprometimento desvelada no discurso profissional mantém relação com alguns aspectos das transformações contemporâneas como: precariedade nas relações de trabalho; luta pela ascensão profissional a qualquer custo – geradora de uma subjetividade competitiva inter-pares; um egoísmo narcísico acima de possibilidades de comprometimento relacional; enfraquecimento da centralidade do trabalho na garantia de direitos sociais e na possibilidade

de transformação societária como perspectiva coletiva; um nível de informação de direitos levado ao extremo na relação com os deveres – uma disposição verbalizada de não ir além do prescrito no “uso de si”; um desapego emocional; uma dificuldade de se perceber enquanto parte de um todo, coletivo de trabalho ou social na construção de diferentes alteridades; e subsunção do interesse público ao privado.

Uma responsabilidade para com o outro tem potência para ir em direção ao outro desconhecido, especialmente quando entra na relação um terceiro: o social percebido como uma comunidade moral. Nesse sentido, expande-se a necessidade de códigos, leis, jurisdições e instituições que possibilitem o senso moral encarnado como justiça social. Uma realidade que nos traz a velha contradição de uma relação moral: a singularidade da relação *sub judice* do coletivo - o desafio ético para o qual todos os seres humanos estão expostos pela própria presença dos outros. Pergunta-se: Na atualidade os interesses sociais são pauta na singularidade da relação profissional/paciente?

tem a ver com a parte de formação dos novos profissionais, o pessoal que acaba vindo para o serviço público, não sei se é falta de treinamento, falta de vontade... não quer fazer o serviço que a gente fazia quando entrou, têm aversão a fazer isso, é um profissional incompleto (P 1).

Segundo Bauman (2011) nas sociedades modernas os sistemas de regulação normativa tradicionais passam por um processo de crise e as pessoas parecem buscar cada vez mais se “libertar” de condutas humanas previamente padronizadas pelo social – socializadas -, transferindo-as para a esfera das políticas de vida individuais. Seguir o princípio do máximo prazer significa relegar a realidade social a um papel defensivo, uma postura sustentada pela promessa de consumo infinito. Um processo que torna cada um responsável por fixar seus próprios limites, como por instinto reflexivo. Na contemporaneidade o privado definitivamente procura sobrepor-se ao público em um eterno movimento de anexação “a grandiosa visão social foi cindida numa multidão de valises individuais e pessoais, muito semelhantes, mas decididamente não complementares. Cada uma feita na medida da felicidade dos consumidores” (BAUMAN, 2011, p. 34).

Ao mesmo tempo em que o ser humano necessita e deseja viver em sociedade para se abrigar contra as incertezas da vida, cada vez mais os laços inter-humanos tradicionais perdem sua proteção institucional e

transformam-se em obstáculo a ser superado na corrida pela liberdade hedonista. Uma grande contradição vivida pelo homem moderno que acaba por assumir uma relativização da ética em cada momento dado, refugiando-se num hedonismo levado ao extremo pelos interesses de mercado e fugindo, assim, do “dever ser” social e historicamente construído. Uma individualização que não é uma “descoberta” do mundo contemporâneo, mas que aparece como aspectos subjetivo-biográficos da civilização, em especial, na industrialização capitalista.

Má vontade é assim: eu to aqui para cumprir as minhas 8 horas, eu tenho uma agenda para cumprir de 12 pacientes e eu não vou cumprir nada além disso. Eu não quero saber do fulano que chegou com dor de cabeça, com dor na coluna, eu não tenho nem o trabalho de levantar do meu lugar e ir lá ver o que realmente está acontecendo, alguns são assim... ah, hoje eu estou de bom humor, então eu faço tudo. Ah, hoje eu acordei com dor na minha unha, então eu não faço nada, nem olha pra mim (P25).

Ao se desonerar das estruturas e vínculos tradicionais, o indivíduo recebe em troca as pressões do mercado de trabalho, significando dependência ao mercado, ao consumo de massas atomizado e às padronizações e controles contidos em ambos (BECK, 2010). Para Giddens (1997) esta fuga do “tradicional” na contemporaneidade se dá sob uma cultura individualizada de acúmulo de conhecimento em base científica, mas a própria certeza científica, também produz riscos e uma auto-reflexividade que a desnuda. O próprio debate bioético que surge como necessidade dada pelas ameaças do avanço técnico-científico, fabricando uma moral para a ciência - no sentido da sobrevivência humana como meta a bioética se torna imperiosa (RAMOS, NITSCHKE, BORGES, 2009) -, assume seus próprios riscos e limites como disciplina científica: como controlar seus caminhos e poder?

A substituição do tradicional por uma normalização das vidas se pauta na ciência e na promessa de consumo eterno. Ao mesmo tempo em que a informação nunca esteve tão presente no cotidiano das pessoas aproximando de uma forma nunca antes vista mundos, civilizações, crenças, culturas e economias; e possibilitando um cidadão conectado, em rede, coletivo, multicultural; a exacerbação de desejos de consumo nunca satisfeitos, permeadas por interesses particularistas naturalizados, constrói processos de desapego emocional e de possíveis conteúdos

humanos de verdade. A ciência cada vez mais se volta ao avanço tecnológico subsumido ao imperativo da lucratividade e serve a construção de necessidades cada vez mais abstratas (MÉSZARÓS, 2004).

As novas formas de organização na produção, ao mesmo tempo em que exigem um trabalhador mais criativo e reflexivo, capturam a subjetividade no trabalho a partir da precarização nas condições e relações. Sentimentos de medo e insegurança configurados na perda do poder protetor do trabalho contribuem para despedaçar redes de solidariedade, tão necessárias a reflexão ética. Há um contexto de falta de perspectivas sociais transcendentais à ordem estabelecida com intensificação do individualismo em detrimento da valorização do sujeito e da identidade de classe. O culto ao corpo e a eficácia em busca do sucesso a qualquer custo, colocam em xeque a viabilidade de projetos coletivos nas organizações de saúde e a capacidade de solidariedade (SÁ, 2001, p.154) e comprometimento dos profissionais.

Num mundo comandado pelo dinheiro as tradicionais relações de respeito são secundarizadas. As relações de comprometimento que não demandam necessariamente um vínculo puramente financeiro, como o vínculo afetivo, familiar, socialmente hierárquico, por maturidade ou sabedoria - o que em seu fim último significa laços sociais e humanos -, perdem sua centralidade. É ampliado o espaço da ética da competitividade, ou melhor, uma anti-ética naturalizada como essência humana a partir de um relativismo ético preso ao momento do aqui e agora ou aos interesses privatistas.

A ausência de comprometimento como fato do mundo moderno, surge como efeito e ao mesmo tempo, causa de um processo contraditório: o isolamento coersionado dos indivíduos que dificulta um olhar reflexivo sobre si mesmo enquanto parte de um todo social e histórico, acontece num mundo construído cada vez mais em redes, ou seja, em espaços de intercomunicação. A utopia do resgate do “dever ser” em congruência com o próprio “ser”, parece se constituir num movimento essencial no cotidiano de trabalho do profissional da saúde, reposicionando a perspectiva do diferente, do revolucionário, do humano para além do dinheiro, como indivíduo solidário e numa relação comprometida.

2. Comprometimento no mix público-privado

no privado outro dia eu comentei: ah, fulano de tal tu conheces? Conheço. E aí como ele é? Meu deus, um espetáculo de funcionário. O que? Como

assim? Se ele nunca trabalhou uma semana completa, ele sempre falta, ele falta com a agenda cheia, ele não avisa, eu ligo e o celular está desligado, daí dois dias depois ele aparece como se nada tivesse acontecido... quer dizer, a pessoa tem uma postura no setor privado totalmente diferenciada do que no setor público (P25).

ah, eu já atendi a minha emergência de hoje, eu não vou atender mais. Acho que nem é uma questão de bom senso, é se colocar no lugar do paciente, eu já atendi a minha emergência e o serviço não vai me pagar mais por isto, mas é um ser humano que está ali (P25).

No dicionário o comprometimento aparece descrito como ato de se comprometer, ou seja, assumir compromissos, responsabilidades: implicar-se, envolver-se, empenhar-se, obrigar-se ao seu cumprimento (FERREIRA, 1999). Como conteúdo do juramento de Hipócrates, significa a promessa de fazer certas coisas e evitar outras, portanto, comprometer-se. É muito mais do que um contrato civil ou mercantil, por princípio, seria um vínculo profundo que não pode ser rompido ou que se rompe com suma dificuldade, um tratado não borrável, como uma aliança (GRACIA, 2010).

No paradigma atual, os ofícios assim como as profissões, parecem imbuídos igualmente da busca por uma excelência, mas dentro de uma visão empresarial ou liberal de compromisso, que significa priorização dos interesses corporativos e/ou hedonistas individuais. Um saber-fazer profissional assumido como ascensão e sucesso na carreira, associado a uma superioridade de classe – uma profissão como prática social de identificação com o capital e não com o trabalho (CECCIM et al., 2009). Um condicionante da ética transformado não somente pelo respeito ao outro como um fim em si mesmo, mas contraditoriamente, pela monetarização da vida, que incorpora o valor de troca nas relações humanas, coisificando-as.

Para Diego Gracia (2010) a busca da excelência profissional associada a características morais como o comprometimento, tem diferenciado tradicionalmente as profissões de outros papéis ocupacionais. Uma relação de compromisso que não mais se basta. O tipo de comprometimento que seguia tradicionalmente uma ética beneficente tinha a justificação moral dos atos ligada à figura

paternalista do profissional na relação profissional/paciente. Um paradigma clássico que está em crise seguindo dois sentidos diferenciados:

1. o sentido de excelência profissional se modifica sob aspecto bem distinto do tradicional: muito mais associado à busca por ascensão no mercado de trabalho ligada à competitividade e conhecimento técnico. No Código de Defesa do Consumidor ocupação e profissão já não se diferenciam sob o prisma do bom serviço e do serviço profissional, especialmente nas áreas onde predomina o conhecimento estético com promessa de resultado, o que por um lado, protege e, por outro, banaliza: os procedimentos servem ao consumo;

2. mudanças no conceito de beneficência: um conceito compreendido na atualidade como cálculo social, onde beneficiar o outro se impõe como princípio bioético pautado numa prática voltada ao respeito pelo outro, no sentido da proteção e no fomento da autonomia cidadã. Para Beauchamp e Childress (2002) o princípio da beneficência refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros, um princípio utilitarista criticado muitas vezes, por parecer permitir que os interesses sociais imperem sobre interesses e direitos individuais.

No debate ético mais amplo esta beneficência incorpora a relação existente entre vulnerabilidades sociais e senso de justiça, seguindo uma perspectiva de compreensão que parte do cuidado e/ou do direito à proteção. Desta forma, a pauta da solidariedade, dos sentimentos e da reflexão, abarca os determinantes e condicionantes das desigualdades nos processos de saúde-doença, dos indivíduos e/ou de populações. Uma realidade que incorporada ao debate ético coletivo no trabalho em saúde, constringe as possibilidades de ação que rompem com a ética do “dever ser” (FORTES; ZOBOLI, 2003).

Para Zizek (2011) a fórmula de Kant “pense livremente, mas obedeça” sugere que a construção do *self* só é possível numa relação de pertencimento a uma comunidade, na participação da dimensão universal da esfera pública como indivíduos singulares extraídos de uma identificação comunitária substancial, ou opostos a ela. A construção desta consideração com o outro percebido como terceiro ou comunitário/social, deve ser resgatada de uma “totalização autonomista” construída para captação da subjetividade dos trabalhadores nos novos modelos de produção toyotistas. Uma pauta de valorização do coletivo e dos interesses públicos parece um resgate necessário na construção de um indivíduo si, solidário e comprometido com as diferentes alteridades e preceitos de justiça social.

Assim, problematiza-se o comprometimento na saúde: na relação

inter-pares; na singularidade profissional-paciente; na relação com a instituição de saúde e a sociedade; e na relação com uma causa coletiva, invisível e mobilizadora.

Na valorização profissional inter-pares.

eu tive 3 profissionais que trabalhavam comigo, aí você chega na clínica e o teu sócio está atendendo paciente que era teu, isso é péssimo (P 3)

têm muitos colegas que criticam o trabalho um do outro, pra ganhar dinheiro, para pegar o paciente, isto acontece muito (P 4).

o resultado não depende só de mim, depende de toda a equipe, da continuidade do trabalho, então não adianta eu me desempenhar o máximo possível e o meu colega ou a pessoa que vai continuar o trabalho, não ter o mesmo desempenho (P22).

A relação de comprometimento e respeito com o outro significa que o que fazemos ou pensamos faz diferença não apenas para “mim”. Um mundo sob a égide do mercado e da insegurança no trabalho, adicionado por uma forte relação de risco entre poder e conhecimento, subsumidos aos mesmos interesses mercadológicos, fornece um solo fértil para a configuração de um crescente ressentimento inter-pares. A ética do “dever ser” perde espaço para relações dificilmente preenchidas por laços fraternos e coletivos, tornando-se presa fácil do hedonismo utilitarista. Mas, contraditoriamente, há a construção de espaços de saber e fazer alternativos e a busca de novos espaços públicos, por relações interdisciplinares e por novas identidades coletivas. Os espaços coletivos e de auto-produção no trabalho mantém a ética como utopia de um novo sujeito, que possa refletir sobre si mesmo na sua relação com o outro e alterar positivamente o curso da história do trabalho em saúde.

No comprometimento institucional

eu vejo de anti-ético é a falta de vontade de atender e, às vezes, a restrição de atendimento, não por falta de condições materiais, mas por falta de boa vontade (P 2).

no serviço público tem muito empurra-empurra, eu noto de profissionais que não querem fazer o trabalho, daí encaminham para outro. Eu acho uma falta de ética não com o outro profissional, mas com o outro paciente, coisas que você poderia solucionar e a gente vê que vem de outros outros lugares, o profissional diz que não pode fazer, e aí a gente vê que é um corpo mole... isso eu acho uma falta de respeito com o ser humano que está ali sendo tratado, vai para lá, vem para cá (P 4).

A quebra dos espaços público/sociais como referência para além do trabalho é transformada em uma cobrança simples e objetiva de produtividade, ou seja, há uma alienação do próprio sentido humano do trabalho. O rompimento dos aparatos coletivo-sociais e o estabelecimento de uma sociabilidade restrita aos interesses particularistas e éticos que acontecem na empresa privada são repassados para o serviço público como sinônimo de modernidade administrativa. A política do comum quando assumida como política de empresa relativiza a ética, fragmenta e vulnerabiliza os trabalhadores através de estratégias individualizantes. A capacidade dos coletivos de abrir espaço para a ajuda mútua e o compartilhamento de valores ligados a uma experiência comum - valores com conotação sindical, política ou profissional -, é permanentemente abalada pela individualização, que mantém os assalariados em estado de dependência.

Segundo Linhart (2011) o objetivo deste constructo seria de criar uma precariedade subjetiva para que os trabalhadores não se sintam à vontade no trabalho nem entre eles e para que não desenvolvam redes de cumplicidade e apoio. Aparecem o tema onipresente do sofrimento no trabalho, suicídio e depressão, entre tantas doenças do mundo moderno com causa “obscura”. Um ambiente de trabalho coletivamente mais justo, a partir de ações conscientes e de classe, se contrapõe a uma resistência meramente corporativa ou individual ao comprometimento e à ética num sentido mais amplo/social. As avaliações de gestões que consideram a dimensão subjetiva e inclusiva do trabalho (BOSI, MERCADO-MARTÍNEZ, 2011) têm como desafio esta dimensão da ação em saúde: o nível do comprometimento entre sistema, gestores, pacientes/usuários e profissionais da saúde.

Na singularidade profissional-paciente.

às vezes o da rede privada ele fica indo de profissional em profissional até achar aquele que fala o que ele quer ouvir, que nem sempre é o certo, faz uma maquiagem, inventa coisa para poder ganhar o cliente, o cara quer ganhar o cliente e direciona, ele faz o exame que a mãe quer, que o pai quer, tem condições de fazer, tem plano, tem dinheiro para pagar, fazem, você acaba cedendo para não perder o paciente (P17).

os meus pacientes me conhecem, aceitam as minhas orientações, eles voltam, eles fazem direitinho, tanto é que o paciente que é desleixado não volta comigo, vai levar bronca... e a mãe que é responsável, que faz direitinho, volta (P17).

O entendimento de reciprocidade como obrigação de beneficência geral para com os pacientes e a sociedade, parece ser um entendimento mais acertado do que a reciprocidade entendida como uma retribuição em base a um compromisso pessoal. O princípio da beneficência incorpora a autonomia do paciente, pois os interesses do paciente têm relação com os deveres para com eles, mas suplanta esta autonomia quando agir no seu melhor interesse signifique relevar um desejo irresponsável, mesmo que percebido pelo paciente como necessidade. Um processo decisório é justo e aceitável em virtude dos princípios que representa e na perspectiva de produzir uma boa decisão ou um bom resultado. O relacionamento entre profissional e paciente se distingue das práticas comerciais baseadas em contratos e relações mercantis, por isto se considera um relacionamento baseado na confiança (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002), portanto, na virtude do comprometimento com a construção da própria relação.

Nas relações dialógicas da busca pelo consenso a realidade disforme tem que ser substituída por situações ideais de diálogo, para que a manipulação ou a alienação dos participantes não possibilite que interesses particulares sejam acatados como universais (CORTINA, 2009). Pergunta-se: isto seria factível em um contexto repleto de iniquidades, interesses privatistas e coerção para o consumo? Como manter acordos onde há sobreposição de interesses e falta de comprometimento com uma possível construção social? Como haver uma construção dialógica se o comprometimento com o outro é

condição *sine qua non* nos possíveis acordos construídos em comum?

Na relação do comprometimento com uma causa coletiva, invisível e mobilizadora

é sempre uma preocupação de tu estares tratando o paciente sem pensar no lucro, eu acho que a gente sempre fica pensando assim, se tu poderias fazer melhor pelo paciente público, caso tu tivesse acesso, digamos, brigar por mais alguma coisa que tu achas que seria possível. Mas, eu acho que no geral a gente vai se virando com o que tem a disposição, tentando sempre dar o melhor para o paciente, nem sempre dá, mesmo (P13).

o profissional não está escutando o paciente, ele não está dando atenção ao paciente, eu acho que ele se sente mal remunerado, aí ele faz coisas não tão certas, jogando o paciente de um lado para o outro, não tentando resolver um problema que poderia ser simples (P 6).

A forte coerção ideológica fragmentadora das grandes causas humanas, das transformações sociais pautadas em conflitos dialéticos de surgimento do novo, da prevalência da verdade construída coletiva e historicamente como “dever ser”, faz o mercado ser encarado como parte da natureza humana na contemporaneidade (JAMENSON, 1999). Os projetos ético-políticos de humanização contemporâneos, já inseridos em vários aspectos da formação profissional no campo da saúde, esbarram num certo vazio instituído no setor público. Há uma construção insatisfatória de valores pautados na realidade do outro e não amalgamados ao lucro: se comprometer a partir de que estímulo? Com o sistema que não paga bem, que deixa faltar material, com desvios político-utilitário/hedonistas? Como pensar o indivíduo/si, solidário, se não se conceber o indivíduo socialmente comprometido?

A busca por um humano que não se perceba isolado do todo, mas a partir da dimensão do coletivo como possibilidade-potência ao humano singular (MARX, 2006), passa pela liberdade das amarras sócio-econômicas do trabalho alienado e atomizado. Um movimento que ultrapasse as barreiras do individual hedonista segue um reposicionamento do coletivo, chamando o profissional da saúde ao comprometimento com as necessidades sociais, desejo do alternativo e

possibilidade real de construção do diferente. Que aponte um horizonte desenhado com várias mãos, não perdido no vazio de um eu isolado. O comprometimento com o outro, com o posicionar-se no lugar do outro, solidário e a partir de valores não restritos à capacidade de pagamento, constrói um caminho diferente da ideologia do mercado que subsume trabalho, vida, relações, racionalidades, à moeda como valor universal.

3. Comprometimento e sofrimento moral

como eu sei que faço um serviço decente na rede pública eu me acho mais útil, na rede privada eles tem oportunidade de procurar outro, e no público eles não têm... às vezes cai para outro que não deixa nem o paciente sentar, não escuta o que o paciente tem de queixa, não faz o que tem que ser feito ou por falta de tempo ou porque este profissional, particularmente, tem um atendimento diferente do público para o privado... aí eu sei que eu estou fazendo a diferença aqui, que eu estou dando um atendimento de qualidade para a pessoa que merece igual ao outro, mas não tem a grana que o outro tem (P17).

a gente lida muito com a questão da falta: falta de medicamentos, de atendimento médico, de vaga para exames... acho bem frustrante esta questão de estar dizendo sempre não, não, chega no final do dia e acaba se sentindo mal, acaba deixando a gente decepcionada (P25).

A lógica do serviço público segue um sentido ético de justiça social, beneficência e respeito à autonomia, mas também, de cuidado, proteção e intervenção em situações críticas persistentes. Em uma construção intersubjetiva enquanto sujeito/si – relacional - com forte base coletiva/social e solidária, o sentimento expressado de amor pelo outro no cuidado, é percebido como sinônimo de um trabalho profissional comprometido. Na contemporaneidade brasileira, dada a relação de embricamento público/privado perpassado pela ideologia do mercado, a pauta da ética como construção não subsumida ao lucro, tem sua importância ressaltada. Não como óde à pobreza ou ao voluntariado, mas como uma inversão da lógica liberal/privatista na saúde coletiva. Subsumida não ao imperativo da lucratividade/produzividade/ganho

secundário, mas a uma co-participação coletiva e construtora de uma ordem diferenciada: a pública.

O componente coletivo/social e relacional/humano presente na saúde incorpora o comprometimento como valor positivo, que deve posicionar o não-lucro/mercado/empresa como essencial à construção deste ambiente solidário. O comprometimento ético com a coisa pública/coletiva, a identidade humano/social e a responsabilidade para com o outro, considera as vulnerabilidades secundárias como significativas. O que traduz a proteção como “além de engajada livremente, também comprometida praticamente, o que pode torná-la irrevogável moralmente, visto que o agente e as conseqüências de seus atos estão a princípio definidos e identificados” (SCHRAMM, 2004, p. 80).

Um processo que envolve não somente o planejamento e gerenciamento das políticas públicas - que suscitam um debate em torno da relação singular/universal no sentido dos direitos e das conseqüências dos atos e que podem conferir um certo grau de impessoalidade e impunidade no âmbito mais geral da responsabilização -, mas que traz para o debate, também, o papel do profissional da saúde enquanto sujeito moral, com diversos graus de comprometimento com a construção e proteção do bem público.

Para Cecílio (2007) o conceito de trabalhador moral, ou seja, aquele moralmente comprometido com determinados projetos, é percebido pela administração moderna como o “homem funcional” - um ator que pensa, formula e joga nos espaços pré-definidos pelos dirigentes. Ao contrário, um projeto que se permita superar os controles verticais deveria partir do pressuposto de que o trabalhador, assim como os usuários, não é uma folha em branco, mas que faz uso de seus espaços de autonomia para realizar sua ação, como sujeito com valores e interesses próprios. A margem de autonomia no trabalho deve ser apreendida pela gestão como possibilidade real de mudança e construção dos próprios trabalhadores - que desenvolvem conceitos e/ou modos de ação diferenciados -, ao invés de pretender uma normalização de fora para dentro, predizendo o que seria o “bom ato de cuidar”.

Observa-se que a solidariedade (não como caridade), a esperança (de uma história como possibilidade) e as práticas possíveis (como sujeito ético que reflete sobre o seu próprio trabalho e faz além do prescrito) conformam um quadro de resistência que possivelmente dribla os problemas materiais e relacionais impostos pela realidade, no sentido de um comprometimento ético positivo e de uma ética mínima na relação profissional/paciente. No setor público este

comprometimento faz frente a uma realidade social desigual de desproteção que vulnerabiliza o outro desconhecido. O profissional acaba por assumir “práticas possíveis” para se manter minimamente ético em realidades que coersionam a tomada de decisões, driblando o sofrimento moral em situações como: imposições gerenciais e/ou ações ligadas ao clientelismo político – relativamente comum ainda na realidade brasileira:

falando da ética, o que ocorre é essa relação do político, eles acham que estar na coordenação significa que tu tens que fazer as coisas independente da obrigação com a profissão. Mas eu busco uma tática muito simples, quando me pedem qualquer coisa para ser atendida fora dos padrões, eu mando que venha por escrito, a gente já tem muito tempo rodado (P12).

A construção do *ethos* profissional público no Brasil sofre, historicamente, os com-dicionantes da burocracia patrimonialista - origem do clientelismo, nepotismo e corrupção -; dos formatos administrativos autoritários e centralizadores; e mais modernamente, dos interesses privatistas neoliberais a partir de ações deliberadas de descrédito do público/Estatal. Códigos invisíveis que se tornam deletérios quando enraizados na moral comum do coletivo. O pertencimento não somente ao micro-espço das relações de poder localizadas no próprio consultório ou no ambiente restrito de uma unidade ou equipe de trabalho deve ser ultrapassada pelo pertencimento às normas sociais. Entretanto, o sentido de compromisso social no trabalho público sofre os reveses no tempo e constrói, subliminarmente, distorções no sentido da estabilidade e corporativismo, que abrem espaço para a constituição de uma subjetividade de “corpo mole”, baixa produtividade, passividade e falta de comprometimento com o outro.

no privado não sei se o pessoal é comprometido ou se é porque se não for trabalhar, der muito atestado, é demitido. Não sei qual é a diferença, mas aqui eu vejo que o pessoal tem bem menos compromisso com o trabalho (P27).

a ética é um pouquinho complicado porque a ética é basicamente a moral da coisa, então, você pode dizer que não há um estímulo para fazer com que o profissional produza bastante, e ele

não produzir muito, não é antiético e também não é ilegal (P19).

Os valores do serviço público estatal, descritos pelos trabalhadores franceses (LINHART, 2011) como engajamento, lealdade e dedicação, como qualidades de servidores identificados com sua instituição ou missões, são sistematicamente abaladas pela perspectiva de excelência profissional baseada na produtividade associada ao lucro secundário - referencia do atendimento privado. As vitórias gerenciais de uma estratégia individualizante sistemática na modernidade, facilita incorporações fragmentadas de novas tecnologias, especializações, autonomias herméticas e hierarquias arraigadas, e conduzem a uma descaracterização do valor socializante do trabalho, fazendo se perder sua dimensão altruísta. Valores que no público não parecem ser impostos ou consentidos, mas solicitados, pois são constitutivos de uma sensação de pertencimento à sociedade e considerados fundamentais na construção da subjetividade que se nutre do outro, como finalidade de todo trabalho, ou seja, ser da sociedade.

Assim, o comprometimento deve ser construído dialógico e dialeticamente pelos profissionais, gestores e planejadores de políticas públicas nos espaços macro e micro do fazer saúde, a partir de uma visão inclusiva do profissional e do usuário, e de respeito às alteridades e às necessidades sociais sob o ponto de vista da justiça e da proteção e, portanto, da relação do sujeito trabalhador com o coletivo/comunitário/social. A importância da valorização do profissional não passa somente pelo ganho secundário ou salarial atribuído, mas também, pela construção de espaços de debate da ética/bioética e conhecimentos atribuídos, pela pauta da excelência na formação continuada e na qualidade ética das relações construída como possibilidade de resposta relacional positiva do usuário, da gestão e da sociedade de maneira geral. O resgate de uma dimensão coletiva e social no trabalho traduz a satisfação do profissional num espaço de formação de si próprio enquanto sujeito na ação, relacionada diretamente à satisfação do usuário e à mediação ética alcançada (GOMES et al, 2010).

Quando não há uma possibilidade de lidar subjetiva e coletivamente com situações que comprometem a ética no trabalho para além do julgamento deontológico e num sentido molar/social, abre-se espaço para o sofrimento moral.

na ESF às vezes a gente fica de mãos atadas... é

muito difícil, um atendimento que precisa ou emergencial para um paciente é muito sacrifício, a gente passa trabalho e o paciente mais ainda... um problema ético sim da... a palavra não seria instituição, mas de como é formado o sistema de saúde que não respeita ele como um ser humano (P21).

Desvelado como um problema ético na ação cotidiana do profissional em saúde no Brasil, o sofrimento moral surge como um desafio contemporâneo. Ampliado para as categorias profissionais estudadas, este sofrimento aparece subsumido a um conjunto de fatores onde a relação profissional/paciente é trespassada por determinações molares como violência estrutural. O profissional ao fazer uma relação entre direitos do usuário e as possibilidades de cuidado, no sentido de tomar a decisão no que ele julga melhor para o paciente, percebe um relativo desrespeito aos direitos de cidadania, em situações que ferem a dignidade humana como: escassos recursos públicos diante de uma grande demanda em saúde; problemas gerenciais do bem público; determinantes sociais do processo saúde doença; pouca autonomia e poder de pressão do usuário; negação ou atraso em procedimentos terapêuticos; e possibilidade de mercantilização na intersecção público/privado.

Constrói-se um sentimento de impotência associado à impunidade como um problema ético traduzido em sofrimento moral.

às vezes acaba saindo um pouco frustrado do serviço público porque tu vê que o paciente precisa de um exame, pode precisar de um tratamento melhor e infelizmente não tem condição de receber ou, às vezes, não tão rapidamente, mas aí a gente acaba acostumando com a limitação também (P14).

O sofrimento moral tem sido descrito como decorrente de uma incoerência entre as ações das pessoas e suas convicções, como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando o profissional não consegue executar situações moralmente adequadas segundo sua consciência “reconhecem uma ação pessoal dificultada por barreiras individual, institucional ou social”

(BARLEM et al., 2012, p. 682). O desconhecimento dos problemas éticos e as tensões profissionais podem conduzir a este sofrimento. Na prática da enfermagem este sofrimento moral tem sido mais estudado e associado a situações específicas do seu cotidiano. Os sentimentos de raiva e tristeza são os mais citados como seus efeitos biopsicossociais e podem levar ao conformismo, distanciamento dos doentes, aumento de doenças laborais, depressão, insônia, ansiedade e incapacidade de concentração, sentimentos de culpa, solidão profissional, descontentamento com o trabalho, afastamento e/ou abandono da profissão (LUNARDI et al., 2009).

Algumas compensações são construídas coletiva e/ou individualmente por alguns profissionais “comprometidos”. Mas, algumas vezes, o sofrimento acaba se transformando em uma frustração muda, que desvaloriza o trabalho e a ação enquanto sujeito ético. Pode resultar em abandono das convicções sobre os direitos do doente, chegando ao erro e/ou a uma opção de fuga: assumindo serviços que não demandem maior comprometimento com o social; aderindo à lógica do privado: optando por serviços que possibilitem uma contrapartida financeira maior e pouco envolvimento com problemas sociais.

muitas vezes a gente faz sabendo que não é o ideal, mas para a situação era o que dava para fazer, é o que acontece aqui, muitas vezes um paciente vem fazer a endo de molar, ele não tem condições de pagar nem a passagem de ônibus, só que depois vai ter que fazer uma coroa em cima e ele já diz que não tem como fazer se não for de graça, aí tu ficas assim... este dente amanhã vai ser extraído porque ele não vai dar seqüência ao tratamento (P 10).

É um sofrimento que aparece como uma violência constitutiva: um sistema de saúde pautado em uma garantia universal do direito à saúde, onde o bem acaba se tornando mera ausência do mal e o posicionamento ético, relativizado em situações estressoras. Uma realidade que fixa a imagem do presente como eterno “como se não fosse feito das ações humanas e como se não tivesse causas passadas e efeitos futuros” e que “procura mostrar que qualquer ideia positiva do bem, da felicidade e da liberdade, da justiça e da emancipação humana é um mal” (CHAUÍ, 2011, p. 381).

O molar, temporariamente inadequado, impõe suas restrições às possibilidades de respostas dadas na ação profissional, o que reforça o

mito do fracasso do serviço público. O sofrimento moral como subproduto destas restrições necessita de um aporte coletivo que construa uma integridade moral dos envolvidos, a partir de programas de educação e ética - com debate de temas éticos variados. Não somente no sentido da punição a uma determinada ação moral, mas como construção de valores inter e trans-disciplinares para além de códigos deontológicos, numa comunidade moral de forte trabalho em equipe e/ou a partir da constituição de espaços de debate ético/bioético, com envolvimento da coletividade usuária. O resultado pode vir a se constituir num comprometimento ético positivo.

Para Paulo Freire (2008) uma pedagogia do compromisso requer uma capacitação para intervir, mudar o mundo, transformá-lo, fazê-lo mais belo ou mais feio, nos tornando, assim, seres éticos. A ideologia fatalista de uma realidade imutável segundo a qual não há mais nada a fazer, deve ser substituída por uma disposição para mudança das formas de luta, não para desistência da própria luta. O sujeito da saúde (profissional) assim como o educador popular, parte de uma posição, de um lugar com uma perspectiva diferente: deve discutir com o povo, pesquisar seus níveis de saber, como o povo conhece, como eles sabem. A formação continuada no sentido da “gentificação” contrapõe o comprometimento ao fatalismo e segue o rumo da tomada de consciência do mundo, dos interesses historicamente negados, da presença do político e do libertário, dos sujeitos autônomos como fazedores de história. O diálogo entre o saber popular e o científico é um passo importante para resgatar a dignidade do sistema público de saúde, do usuário e do próprio profissional.

CONCLUSÃO

A ausência de comprometimento com o outro como fato do mundo moderno surge como efeito e ao mesmo tempo causa de um processo contraditório: o isolamento coersionado dos indivíduos que impede ou dificulta um olhar reflexivo sobre si mesmo enquanto parte de um todo social, histórico e possível de “dever ser”, como realidade de num mundo cada vez mais construído em redes, ou seja, em espaços de intercomunicação. Constrói-se um tipo de comprometimento subsumido ao sonho de consumo que artificializa as relações humanas e que comanda os desejos mais íntimos de felicidade: sobre a posse de coisas, que se reflete, também, na posse sobre outros e na violência para estabelecê-la. Quando sistemas lógicos críticos que contenham condições de coerência são percebidos como ultrapassados pelo

relativismo e uma visão fragmentada-diminuída da realidade, a possibilidade de uma construção contemporânea de comprometimento parece distante. A busca da verdade numa perspectiva “sistêmica” é negada. As relações singulares entre si e deste particular com o todo, negado, estabelece o “é o que há” como ideologia.

A impessoalidade é a marca do contato físico moderno, a rapidez da vida confere status ao vazio dos sentimentos. O oco ocupa o seu lugar. Como haver comprometimento? Quando a própria verdade perde o seu sentido histórico e transformador – os fundamentalismos existem a preço de custo como esperança -, como não minar a confiança no outro? Como haver comprometimento sem doação de si e confiança? Como haver ética sem comprometimento? O que é realmente humano sem estar impregnado da concorrência, do mal estar, da crise existencial, da solidão coletiva que acompanha o mundo moderno? Como descobrir as contradições que podem partir a mera lógica do lucro/dinheiro? A partir da construção por todos os possíveis jeitos do sentido do anti, do diferente, do contraditório, e do verdadeiro, do humano, do socialmente necessário, do histórico, e do minimamente ético?

Onde há o comprometimento com o outro na lógica do serviço público, sem o entrecruzamento direto do mix público-privado, o incremento da qualidade e da excelência passa pela construção de uma ética que leva em conta as vulnerabilidades sociais e individuais; com valorização do profissional não como coisa, mas como sujeito dos processos construtivos em saúde; no fortalecimento da satisfação no trabalho; na construção de uma excelência do serviço público não subsumido ao imperativo da lucratividade ou ao ideal liberal; com construção de uma inter-subjetividade profissional que permita uma percepção de si mesmo enquanto parte singular e essencial de um coletivo de trabalho e de um todo social; no respeito às possíveis diferenças e autonomias na relação profissional-paciente; mas também, na visualização e engajamento às necessidades coletivas e/ou comunitárias.

Na contemporaneidade brasileira, a permanência dos dois serviços público/privado como uma dualidade de interesses acaba atuando como balizador de produtividade e qualidade no ritmo de trabalho imposto a partir de relações de mercado, precárias ou não. Um imperativo inexistente no serviço público, mas que age como uma ideologia contaminadora de todos os espaços relacionais, que impõe a lógica liberal/privatista como referencial de qualidade, constrói situações conflitantes entre lógicas diferentes: das necessidades sociais e do lucro. A ética no serviço público deveria estar embricada em uma

construção intersubjetiva enquanto sujeito relacional - de comprometimento com o coletivo/social, estabelecida no diálogo entre o saber popular e o científico para resgate da dignidade do sistema público de saúde, do usuário e do próprio profissional.

A busca da felicidade se transforma no grande tema do nosso tempo, a justiça e o respeito às diferentes alteridades parecem prerrogativas éticas na busca desta felicidade, mas esta busca não acontece fora do coletivo/social, comprometido com o outro – mesmo desconhecido. Um humano que não se perceba isolado do todo, mas como um sujeito que pensa e que pode construir um diferencial ético no seu trabalho, “gentificado” e fazedor de história, que tenha como referencial principal o corpo social, parece significativo para a construção desta qualidade e excelência públicas mediadas pela ética. Ao menos enquanto os seres humanos perecerem ao mesmo esquema capitalístico de sociedade - mesmo contemporâneo -, que não possibilita a identificação entre prazer e dever a partir da superação dos seres humanos como mercadorias/coisas em relações subsumidas as distinções de classe.

Na saúde, a relação entre direitos públicos e privados e seus imbricados interesses observados na própria construção do SUS, leva a uma necessidade de entendimento tanto desses conceitos na atualidade, quanto das realidades sociais em que estas relações acontecem. O debate em torno da subjetividade no trabalho e os confrontos por mudanças contextualizadas nas novas tecnologias relacionais do SUS apontam a necessidade de um engajamento do profissional. Empreender o debate bioético inter e transdisciplinar que englobe ética, comprometimento e sofrimento moral, em espaços de construções coletivas democráticas com controle e participação social, parece um caminho para o entendimento das mudanças operadas no trabalho em saúde e na construção de uma nova subjetividade profissional.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, M. F. S.; OCKÉ-REIS, C. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 521-544, 2007.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000:

tendências e justificação. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Orgs.). **Gestão pública e relação público/privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 115-128.

BARLEM, E. L. D. et al. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 681-688, 2012.

BAUMAN, Z. **A ética é possível num mundo de consumidores?** Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

BEAUCHAMP, T. L, CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BECK, U. Individualização, institucionalização e padronização das condições de vida e dos modelos biográficos. In: BECK, U. **Sociedade de risco**. Rumo a uma outra Modernidade. São Paulo: 34, 2010.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. São Paulo: Unicamp, 2011.

CECCIM, R. B. et al. Imaginários sobre a perspectiva pública e privada do exercício profissional em saúde e a educação em saúde. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Orgs.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde - Brasil, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface – comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p. 345-51, 2007.

CHAUÍ, M. Ética e Violência no Brasil. **Rev Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 5, n. 4, p. 378-383, 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1999.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs.) **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia do compromisso**. São Paulo: Villa das Letras, 2008.

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

GOMES, D. et al. Satisfação e sofrimento no trabalho do cirurgião-dentista. **RFO**, Passo Fundo, v. 15, n. 2, p. 104-110, mai./ago. 2010.

GIDDENS, A.; BECK, U.; LACH, S. **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1997.

GRACIA, D. **Pensar a bioética: metas e desafios**. São Paulo: Loyola, 2010.

JAMENSON, F. O pós-modernismo e o mercado. In: **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999.

LINHART, D. Entrevista: Danièle Linhart. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 149-160, 2011.

LUNARDI, V. L. et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 599-603, 2009.

MARX, K. **O capital**. v 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MARQUES, R. M.; MENDES. A. Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v. 16, n. 3, p. 35-51, 2007.

MÉSZARÓS, I. **O poder da ideologia**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. Rio Grande: UNIJÍ, 2011.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 2008.

RAMOS, F. R. S.; NITSCHKE, R. G.; BORGES, L. M. A bioética nas contingências do tempo presente - a crítica como destino? **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 788-796, out./dez. 2009.

SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 151-164, 2001.

SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção em saúde pública. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs.) **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2003.

ZIZEK, S. **Primeiro como tragédia, depois como farsa**. São Paulo: Boitempo, 2011.

5.3 MANUSCRITO 3 - A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: UM ENFOQUE NA ODONTOLOGIA

A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: UM ENFOQUE NA ODONTOLOGIA

THE SUBJECTIVITY OF THE HEALTH PROFESSIONAL POST- PRODUCTIVE RESTRUCTURATION: A DENTISTRY APPROACH

LA SUBJETIVIDAD DEL PROFESSIONAL DE LA SALUD POST-REESTRUCTURACIÓN PRODUCTIVA: UN ENFOQUE DESDE LA ODONTOLÓGÍA

Doris Gomes

Flávia Regina Souza Ramos

RESUMO: A busca de entendimento sobre as transformações na identidade profissional na atualidade e sua relação com o *status* liberal estimulam uma varredura na construção sócio histórica da profissão odontológica. Objetivo: desvelar os problemas éticos nas novas configurações identitárias e nos novos processos ético-políticos e epistemológicos na realidade público/privado pós-reestruturação produtiva. Metodologia: pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritivo através de entrevista individual semi-estruturada. Para análise dos resultados utilizou-se o método de Análise Textual Discursiva. Resultados: categorias de análise: 1. ética na relação inter-pares; 2. problemas éticos e serviço privado: *competição de mercado e ética deontológica; problemas éticos na realidade das clínicas populares; ética, convênios e planos odontológicos*; 3. ética e ideal do serviço público: a construção da excelência para a odontologia pública como necessidade socialmente construída. Conclusão: Uma crise profissional aponta problemas éticos no campo da saúde bucal. Por um lado, o mercado reforça um sentido comercial na profissão odontológica, construindo configurações empresariais com ampliação da capitalização na odontologia sobre realidades de precarização no trabalho. Por outro lado, a ação exclusiva do profissional da odontologia no sistema público de saúde estimula um papel coletivo protagonista na busca por uma

excelência de trabalho a partir de novos processos ético-políticos e epistemológicos.

Palavras Chave: ética, profissional da saúde, mercado de trabalho, odontologia.

ABSTRACT: The pursuit for understanding the changes in professional identity today and its relationship to the liberal status arouse and stimulate a deep analysis in order to build the socio-historical odontology professional background. **Objective:** To reveal the ethical problems in new identity settings and in the new ethical-political and epistemological processes in the public/private reality post-productive restructuration. **Methodology:** A qualitative research with an descriptive-exploratory approach that used an individual and semi-structured interview. For data analysis we used the method of Textual Analysis Discursive. **Results:** categories of analysis: 1. Ethics among peer relationship 2. ethical problems and private service: *market competition and deontological ethics, ethical issues in the popular reality Clinics; ethics, covenants and dental plans*; 3. ethical ideal of public service: the construction of excellence for dentistry public need as socially constructed. **Conclusion:** A crisis offers professional ethical problems in the field of oral health. On one hand, the market reinforces a sense in commercial dental profession, building configurations with expansion of business capitalization in dentistry about realities of precarious work. Moreover, the unique action of the dental professional in the public health system encourages a collective protagonist role in the search for excellence of work from new processes ethical-political and epistemological.

Keywords: ethics, health professional, job market, dentistry.

RESUMÉN: La búsqueda de la comprensión de los cambios en la identidad profesional de hoy en día y su relación con el estado liberal estimulan una limpieza en la construcción socio histórica de la profesión dental. **Objetivo:** revelar los problemas éticos en la nuevas configuraciones de identidad y los nuevos procesos de identidad epistemológica y la realidad ético-política de los sectores público/privado post-reestructuración productiva. **Metodología:** Investigación cualitativa, con abordaje descriptivo exploratorio, que utilizó entrevista individual semi-estructurada para recolectar los datos. Para el análisis de los datos se utilizó el método de Análisis del Texto Discursivo. **Resultados:** categorías del análisis: 1. la ética en relación con pares 2. problemas éticos y el servicio privado: la competencia en el

mercado y la ética deontológica, cuestiones éticas en la realidad de las clínicas populares, la ética, convenios y planes odontológicos 3. Ética y el ideal del servicio público: la construcción de la excelencia para una odontología pública como una necesidad socialmente construida. **Conclusión:** una crisis profesional propone problemas éticos en el campo de la salud oral. Por un lado, el mercado refuerza un sentimiento comercial en la profesión dental, construyendo configuraciones empresariales con ampliación de la capitalización en la odontología sobre las realidades de precarización en el trabajo. Por otra parte, la acción única del profesional de odontología en el sistema de salud pública estimula un papel colectivo protagonista colectivo en la búsqueda por la excelencia en el trabajo de nuevos procesos ético-políticas y epistemológicas.

Palabras clave: ética, profesional de salud, mercado de trabajo, odontología.

INTRODUÇÃO

Nos anos dourados da economia Keynesiana a ideia de saúde como bem-estar é construída pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e incorporada aos sistemas de saúde como conquista de cidadania. A era dourada é marcada por um dos períodos de maior expansão da tecnologia, do consumo de massa e do capital, um processo que impulsiona a complexificação das profissões no campo da saúde e a ampliação de modo crescente de novas necessidades. A medicalização da vida assume papel normalizador complexo dos indivíduos e a ética vai se pautar, também, pelo que é saudável como sinônimo de bom (GRACIA, 2010).

Mas, a utopia do *welfare state* passa por um esgotamento que desemboca no processo da globalização ou financeirização mundial do capital, onde passam a dominar os grandes interesses do mercado financeiro em detrimento do investimento produtivo. Pautada na automação e na inovação tecnológica, a reestruturação produtiva surge como um processo que alia transformações na organização da produção, diminuição da classe operária industrial tradicional e uma enorme ampliação do assalariamento no setor de serviços – boa parte precarizado (PIRES, 2008).

A realização das potencialidades produtivas da sociedade é elevada a uma extensão anteriormente inimaginável e o consumo de bens e serviços passa não mais à realização de necessidades, mas a sua

própria produção. A ciência e a tecnologia acabam subordinadas a esta produtividade obedecendo ao imperativo abstrato da “realização” da lucratividade (MÉSZARÓS, 2002). O consumo estético é massificado como fetiche de felicidade aparente, uma ideologia necessária à dissimulação dos riscos sociais deste tipo de desenvolvimento.

A ampliação do trabalho imaterial exige um alto grau de habilidades ético-cognitivas do trabalhador (tomada de decisões e escolhas), possibilitando um indivíduo mais reflexivo. Mas, a apropriação da subjetividade humana nos moldes organizacionais da reestruturação, pede inovações sociometabólicas que garantam a adesão de um novo tipo de trabalhador, traduzidas numa tempestade ideológica de valores, expectativas e utopias de mercado (ALVES, 2011). As necessidades em saúde que já adquiriram conotação de bens de consumo, agora, começam a fazer parte de uma abordagem lucrativa com potencial ainda superior de acumulação de capital. A ética é constantemente subsumida aos interesses de mercado.

Para analisar a construção da subjetividade do profissional da odontologia na contemporaneidade algumas interrogações contidas na construção da profissão e da alteridade de cada profissional acabaram aparecendo: como o ideal liberal de profissional bem-sucedido se constrói subjetivamente de forma naturalizada e invisível? A democratização no acesso à saúde bucal e o comprometimento com o outro – desconhecido – ainda é evidenciado como problema ético no serviço odontológico?

Talvez se possa considerar a vitória de um sistema de idéias quando nada em contrário pode ser pensado, até o momento das complicações, onde os fatos já não coersionam o coletivo e as transformações na subjetividade profissional são evidenciadas. Uma odontologia que inicialmente se constituiu compilando o esforço artesanal de uma arte dentária prática a uma intelectualização própria da área médica edificou a base moderna de sua ciência nas descobertas de Miller (1890). Um Estilo de Pensamento científico pautado na doença cárie consolidou um coletivo de pensamento odontológico sobre uma sólida base de “fatos” (GOMES; DA ROS, 2008).

Enquanto profissão a odontologia já se reivindicava cientificamente autônoma: para combater o empirismo dos cirurgiões-barbeiros e dar origem e identidade à corporação dos odontólogos era preciso que surgissem as entidades organizacionais de classe, uma produção literária e a oficialização do ensino formal da arte dentária (BOTAZZO, 2000). O componente “prática” como base formadora do dentista – especialmente cirurgia e prótese dentária - era a marca das

primeiras faculdades brasileiras, com incorporação tardia da “clínica” (WARMLING; MARZOLA; BOTAZZO, 2012).

Para Cristiana Carvalho (2006) a construção histórica da profissão se dá a partir de alguns fatores: 1. a alta prevalência da cárie dental junto ao processo de urbanização no mundo ocidental; 2. a possibilidade de desenvolvimento técnico e organizacional que acompanhou as necessidades da prática neste mesmo período e construiu um monopólio de mercado; 3. a consolidação de um grande mercado consumidor a partir de necessidades construídas em bases utilitaristas – estética e cosmética; 4. a luta pelo reconhecimento público da profissão a partir da união entre ciência e arte, que supera a visão de um comércio artesanal voltado ao lucro, dando origem a um serviço normatizado e indispensável de saúde bucal.

Diferentemente de outras profissões na área da saúde, a odontologia construiu seu referencial profissional baseado na lógica liberal - que classicamente rivaliza o bom serviço com o desejo de lucro. O monopólio da prestação dos serviços por uma categoria profissional definida é estabelecido com a criação dos conselhos profissionais em 1964 (NARVAI, 1997), numa realidade de disputa com diversos grupos de prestadores informais. Uma subjetividade de forte resistência corporativa na formação da identidade profissional do odontólogo é construída e percebida, ainda hoje, como objeção defensiva à formação e atuação de técnicos em saúde bucal e ao trabalho em equipe.

O modelo flexneriano de ensino incorporado à área da saúde a partir da década de 1960 no Brasil - apoiado na industrialização do capitalismo tardio brasileiro -, transforma significativamente a formação do odontólogo, dando continuidade à base científica do modelo biomédico. Voltado à alta tecnologia e especialização, à prática individualizada e liberal, impulsiona uma visão mais total e complexificada do ser humano e do processo saúde-doença em sua dimensão social. Um *ethos* acadêmico e profissional é construído sob estas bases. Um ideal profissional é incorporado à ontogênese da profissão e trespassa a realidade público/privado brasileira.

No entanto, este perfil profissional entra em crise a partir da transição epidemiológica da doença cárie na década de 1980 - em virtude de ações coletivas paralelas ao arcabouço profissional hegemônico pelo Estilo de Pensamento multicausal-biologicista. Na atualidade, a tradição liberal clássica não consegue mais sustentar a realização do *status* profissional e é atravessada por uma ideologia de mercado que altera substancialmente a relação profissional-paciente: antes baseada em uma moral deontológica do serviço em saúde e na cura

aliada à estética e, hoje, potencializada no consumo estético/especializado com ampliação da capitalização sobre o trabalho, precarizado e/ou sob uma organização de grupo ou empresarial.

As distintas soluções no mix público/privado apontam para uma transição: no serviço privado há ênfase na estética e nas especializações e, no público, no ideal da odontologia coletiva. A crise paradigmática nas novas realidades público/privado abre espaço para se desvelar os problemas éticos nesta “diluição das matrizes identitárias dos cirurgiões-dentistas” e “ambigüidades da sinuosa configuração do saber/fazer técnico odontológico” (EMMERICH; CASTIEL, 2009).

Neste sentido, o objetivo deste manuscrito é desvelar os problemas éticos nas novas configurações identitárias e nos novos processos ético-políticos e epistemológicos desta realidade público/privado contemporânea. O debate que este estudo procurou fazer se pautou numa nova configuração da subjetividade deste profissional pós-reestruturação produtiva, que parece central na consolidação de projetos ético-políticos comprometidos em saúde bucal.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritivo, que utilizou entrevista individual semi-estruturada como técnica de coleta de dados. Foram focados: 1. a configuração dos problemas éticos na odontologia na relação público/privado na contemporaneidade; 2. a nova configuração da subjetividade deste profissional pós-reestruturação produtiva. As entrevistas foram aplicadas no todo aos profissionais de três categorias pré-definidas: enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas da região metropolitana de Florianópolis com experiência de trabalho concomitante, na área pública e privada. Este recorte foi baseado na análise dos dados obtidos junto aos dez sujeitos pertencentes a categoria profissional dos odontólogos, privilegiando os sujeitos sociais que detêm as características necessárias ao conhecimento buscado.

A seleção da amostra se definiu pelo método bola de neve, onde um entrevistado inicial recomenda outro, repetindo-se o processo com os novos incluídos até atingir o critério de saturação de informações, confirmando o número previsto inicial de 10 profissionais da odontologia. O estudo se iniciou com profissionais que atuam no serviço público vinculados a uma Secretaria Municipal de Saúde da região, configurando-se como único acesso por via institucional e limitado ao primeiro grupo de sujeitos - com autorização desta Secretaria. Não

foram estabelecidos limites institucionais ou formas de acesso exclusivas por esta via. Foram feitos contatos prévios com os profissionais solicitando autorização para início do trabalho de campo, o contato com o restante dos sujeitos foi feito por telefone ou pessoalmente e, no caso da concordância em receber o pesquisador para convite formal, foram fornecidas informações mais detalhadas sobre o estudo, bem como acordadas as condições para a entrevista.

Como era do interesse do estudo que as instituições fossem as mais variadas possíveis, expressando dinâmicas e questões comuns às experiências profissionais em múltiplos serviços de saúde privados e públicos, não se buscou qualquer forma de interpretação que identificasse instituições específicas. Foram acordados locais de encontros neutros e convenientes aos sujeitos, sem qualquer relação do pesquisador com instituições de saúde privadas. Os sujeitos do estudo passaram a ser reconhecidos pelo entrevistador pela letra “P” seguida de numeração crescente, mantendo-se o anonimato.

Para análise dos resultados utilizou-se o método de Análise Textual Discursiva (MORAES; GALIAZZI, 2011) que se organiza em torno dos focos: 1. desmontagem dos Textos: se faz um exame dos textos em seus detalhes, seguido de sua fragmentação em unidades base; 2. estabelecimento de Relações: constrói-se relações entre as unidades base formando sistemas de categorias; 3. captação do novo emergente: procura-se uma compreensão renovada do todo a partir desta nova combinação de sentidos expressados em um metatexto, construído pelo próprio autor e embasado na literatura; 4. um processo auto-organizado: novas compreensões emergem a partir de um ciclo de análise (crítica e validação) do metatexto. Utilizou-se como auxiliar nas etapas de formação de unidades base e categorização o software ATLAS.ti - *The Qualitative Data Analysis Softwar*.

O projeto foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - CEP/UFSC sob o número 2461. Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para obtenção de anuência e esclarecimento dos aspectos do estudo. A participação ocorreu de forma voluntária, sem remuneração, observando as condições de pleno exercício da autonomia, liberdade individual e anonimato proposto pela Resolução CNS 196/96.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um mal estar acompanha, normalmente, o discurso profissional

na abordagem de problemas éticos, configurado na dúvida quanto ao uso dos resultados. Quando se estabelece uma relação de confiança entrevistado-entrevistador, são rompidos estranhamentos que, aqui, desvelam as categorias de análise: 1. ética na relação inter-pares; 2. problemas éticos e serviço privado: *competição de mercado e ética deontológica; problemas éticos na realidade das Clínicas populares; ética e convênios e planos odontológicos*; 3. ética e ideal do serviço público: a construção da excelência para a odontologia pública como necessidade socialmente construída.

1. Ética na relação inter-pares:

Talvez o retrato mais fiel e, ao mesmo tempo, mais impactante de décadas de hegemonia da odontologia liberal no Brasil, se encontre na relação inter-pares: a construção de uma inter-subjetividade concorrencial na formação da identidade profissional. São percebidos três caminhos que se entrelaçam:

1. Forte subjetividade concorrencial construída numa realidade de trabalho pautada num mercado com saturação profissional e numa formação voltada à sobrevivência individualizada nesta realidade – liberal. A exigência de uma autonomia com sentido moral relacionada a valores éticos perde espaço a um constructo de autonomia baseada numa visão tecnicista da profissão (FREITAS, 2007).

têm muitos colegas que criticam o trabalho um do outro, pra ganhar dinheiro, para pegar o paciente, isto acontece muito (P 4).

2. Subsunção da ética ao imperativo da lucratividade: utilização do saber-fazer especializado na relação singular profissional-paciente para a manipulação do paciente, em situações onde os interesses particulares substituem o comprometimento ético necessário às construções dialógicas. O processo contemporâneo de “(in) individualização” acaba por constituir o outro como coisa, consequência direta da competitividade e da ascensão social a qualquer preço, que transforma as relações afetivas e éticas em relações subjugadas ao ter, não ao ser. Um constructo que mina a confiança e o comprometimento inter-pares na construção da identidade profissional e do próprio *self*.

tenho exemplo de colegas que botaram trabalho de acrílico dizendo para o paciente que foi porcelana... O paciente ficou muito chateado com o dentista dele por que estava sendo enganado (P 6).

3. Aprofundamento de um ressentimento inter-pares: ao outro enquanto igual e ao outro enquanto coletividade.

o dentista vê o outro como inimigo, parece que está tirando o teu espaço profissional... tenho colegas que quando sabem que você é dentista, ficam estranhos. No prédio que eu moro acontece isso, no prédio onde eu trabalho acontece isso, eu acho que o dentista não é amigo de outro dentista, ele pode conversar contigo e ser simpático, mas acho que tem outro sentimento aí (P 3).

O profissional da odontologia não foi ao longo de sua história como categoria profissional, estimulado a desenvolver o sentimento de fazer parte de um todo, de um coletivo, de uma realidade social, ao contrário, foi formado dentro de estratégias concorrenciais. O profissional se constrói narcísico, percebendo o outro como ameaça ao seu próprio desempenho. A falta de atuação como coletivo não potencializa um ambiente de solidariedade e comprometimento com o outro: “galgar postos, aumentar status, passar por cima”, são discursos que se constroem como ideologia. A ética, bem como a percepção do humano nas relações em saúde, fica subsumida aos interesses imediatistas de mercado.

Segundo Ceccim (2009) um sentido de profissão é forjado no imaginário liberal-privatista e ancorado no ensino da saúde dentro de uma concepção marcada pela prática de consultório e pelo atendimento individual embasado na díade diagnóstico-prescrição, onde a doença é referência e a cura-biologicista, o paradigma. Um profissional bem sucedido: dentro de um saber-fazer tecnicista e/ou especializado; de um poder autônomo e hermético do consultório, em torno de si mesmo; com tecnologia de ponta; pragmatismo para sobrevivência no mercado; e *status* de classe. Um subjetivo profissional que rejeita à priori qualquer chancela de regulação pública - esta regulação seria função do próprio mercado e estaria centrada na figura da competência e da competição – uma excelência produtiva como diferencial.

Aliado a esta realidade, o desafio ético entre singular e universal na contemporaneidade, para o qual todos os seres humanos estão expostos pela própria presença dos outros, estaria sendo desmantelado e as pessoas estariam buscando cada vez mais se “libertar” de condutas humanas previamente padronizadas pelo social (socializadas), transferindo-as para a esfera das políticas de vida individuais. Seguir o

princípio do máximo prazer significa assumir um papel defensivo à realidade social, sob uma postura sustentada na promessa de consumo infinito. Um processo que torna cada um responsável por fixar seus próprios limites, como por instinto reflexivo: o privado se sobrepondo ao público em um eterno movimento de anexação.

Ao mesmo tempo em que o ser humano necessita e deseja se referenciar em um coletivo para se abrigar das incertezas da vida, cada vez mais os laços inter-humanos tradicionais perdem sua proteção institucional e se transformam em obstáculo a ser superado na corrida pela “liberdade” hedonista. Uma grande contradição que acaba por assumir uma relativização da ética em cada momento dado, refugiando-se num utilitarismo levado ao extremo pela ideologia de mercado e fugindo, assim, do “dever ser” social e historicamente construído. Uma individualização que não é uma “descoberta” do mundo contemporâneo, mas surge em aspectos subjetivo-biográficos do processo civilizatório, especialmente, desde a industrialização capitalista.

O indivíduo ao se desonerar das estruturas e vínculos tradicionais, recebe em troca as pressões do mercado de trabalho, baseadas no consumo, nas padronizações, e nos controles contidos em ambos (BECK, 2010). Mas, a construção do self só é possível em uma relação de pertencimento a uma comunidade “só se é verdadeiramente universal quando se é radicalmente singular, nos interstícios das identidades comunitárias” (ZIZEK, 2011, p. 93). O que constrói uma necessidade individual e coletiva de reflexão sobre os atos no trabalho em saúde e a valorização de um novo espaço coletivo para a construção do indivíduo si, comprometido com o outro, “gentificado” (FREIRE, 2008).

O problema ético da relação inter-pares na formação das identidades profissionais é desvelado como um marco significativo na construção de uma individualidade pautada no ego, no eu profissional e nas relações regidas de forma mercadológica. O amor, a solidariedade, o comprometimento perdem espaço a uma disputa competitiva, onde a valorização do status profissional passa pela valorização do eu socialmente descompromissado. A velha concorrência é substituída por um tipo de competitividade que chega eliminando qualquer forma de compaixão na luta para vencer o outro e ocupar o seu lugar (SANTOS, 2011, p. 46).

O ressentimento é incorporado como produto e produtor destas relações. Não somente como “aquilo que é abatido” do indivíduo numa relação hierárquica que não pode ser reconhecida, porque, a partir deste reconhecimento se aceitaria a própria inferioridade, mas, também, como um sentimento que surge entre iguais. Ao se auto-afirmarem e auto-

definirem, a relação de posição social com semelhante atribuição aos sujeitos, leva-os a uma árdua luta para chegar ao topo atirando os outros para baixo. O ressentimento resulta em competição, em luta pela redistribuição de poder e prestígio, e pode ser sentido “pelos membros das classes médias entre si e incitando-os a competir febrilmente por conquistas similares, a promover a si mesmos, ao mesmo tempo em que degradam os outros como eles” (BAUMAN, 2011, p. 43).

Um tipo de comportamento onde a riqueza e a opulência, baseadas num consumo ostensivo, forcem a humilhação do outro que não apresenta o mesmo poder de compra. Se o outro não implementa esta busca consumista como padrão de normalidade, é reconhecido como estranho. Um mundo sob a égide do mercado e da insegurança como produto da precarização no trabalho, associada a forte relação entre poder e conhecimento subsumidos aos mesmos interesses, acaba por fornecer um solo fértil à configuração de um crescente ressentimento inter-pares. A ética do “dever ser” perde espaço para relações dificilmente preenchidas por laços fraternos ou comprometidos.

Especialmente num momento de crise profissional onde a lógica liberal-privatista não consegue sustentar o *status* idealizado, a condição de ser respeitado pelos pares que deriva da conclusão de que o que faço ou penso faz a diferença não apenas para “mim”, é desestimulada. Se não há mobilização de vontades na construção de projetos coletivos, prevalecem os processos ainda hegemônicos de individualização e conformismo. Mas, assim como existem resistências, espaços de saber e fazer alternativos há a busca pela construção de novos espaços públicos e por novas identidades.

Parece que a busca por uma excelência na odontologia coletiva surge como um resultado importante desta crise profissional e aponta um novo paradigma de trabalho em equipe, interdisciplinar, não biologicista, não mercadológico, inclusivo e participativo, como necessário a concepção deste novo sujeito trabalhador. Uma ética pautada nas máximas universais historicamente construídas, em contraposição à ética do “é o que há” precisa ser construída pelo investimento ético sem renúncia de horizontes coletivos e transformadores. Trilhando o caminho de um indivíduo que possa refletir sobre si mesmo na sua relação com o outro e alterar positivamente o curso da história do trabalho na saúde bucal.

2. Problemas éticos e serviço privado:

Competição de mercado e ética deontológica

A “falta de qualidade” referida como problema ético no serviço está relacionada a “qualidade técnica” a partir de julgamentos inter-

pares sobre como executar melhor uma determinada técnica e/ou uso de tecnologia. Um ver dirigido ao trabalho executado no dente.

A falta de qualidade. O dentista é ruim, Ah! Ele fez isso, nossa, que burrada gigantesca, vem aqui que eu arrumo pra você, isso é o habitual, o pessoal que diz que faz e não tem a menor noção do que tá fazendo (P 1).

Alguns pressupostos parecem relevantes nesta análise:

1. Desconfiança sobre algum tipo de “charlatanismo” nos procedimentos técnicos executados sob um viés comercial em detrimento da ética deontológica;

2. Falta de habilidade manual e conhecimento limitado para chegar a uma excelência em determinado procedimento técnico, boa parte especializado e alçado como ideal profissional, o que pode configurar imperícia, negligência ou imprudência.

3. Eterna busca de uma excelência técnica para se configurar o mais preparado neste domínio, como uma forma de diferenciação no mercado e, também, como satisfação profissional: ser melhor, ter mais conhecimento, ter mais prestígio, ter mais dinheiro - discursos percebidos como parte do ideal liberal da profissão.

4. a questão da humanização incluindo o debate da ética na formação da identidade profissional ocupa um espaço secundário em relação à questão da qualidade técnica voltada à excelência. Uma realidade que contradiz as novas diretrizes curriculares e conflitua com os interesses sociais.

5. A saúde privada é transformada em referencial de trabalho: na satisfação da boa prática e lucrativo. Neste sentido, a “concorrência de mercado” é estendida ao Serviço Público e às Escolas de Formação.

essas escolas também estão concorrendo com os dentistas, e daí tem o PSF, que tem um lado legal da coisa, mas também tem o lado ruim, também puxa mais paciente (P3).

Pergunta-se: o ideário liberal como referência de trabalho no mix público/privado afeta de forma subjetiva a valorização e, também, a qualidade do trabalho no serviço público?

Problemas éticos na realidade das clínicas populares:

A saturação de mercado na odontologia traz uma realidade de clínicas populares confeccionadas dentro de parâmetros de contratação precária de profissionais sob o signo da profissionalização empresarial na busca de capitalização na saúde bucal.

estas clínicas populares são para lavagem de dinheiro... É aviltante, é degradante para um profissional se submeter a isto... uma ex-aluna minha falou que ganhava três reais por profilaxia e flúor e fazia uma a cada 10 minutos (P6).

a minha colega falou que tinha 15 minutos para cada paciente, independente do que fosse fazer... ela falou que tinha, não era uma sineta, mas uma lâmpada que ficava ali e quando dava o tempo eles ficavam acendendo a lâmpada... do jeito que está sendo feito hoje só estão buscando o lucro em detrimento da saúde... o próprio profissional se corrompe (P10).

Grande parte dos problemas está associado a uma exigência de alta produtividade em cenários que desconsideram a ética deontológica e a autonomia profissional a partir da adequação a uma postura profissional pré-delimitada em quesitos como: submissão a tempos pré-determinados de atendimento (sinais luminosos que avisam a hora de acabar o atendimento e trocar de paciente); reutilização de Equipamentos de Proteção Individual em diferentes pacientes; aprovação de pré-plano de tratamento, delineado por um outro profissional; valores cobrados abaixo das tabelas preconizadas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO); proprietários e/ou administradores sem formação na área da saúde ou odontologia, impulsionados por interesses meramente comerciais; exploração de profissionais recém-formados.

As clínicas populares vendem um sonho de consumo de uma odontologia estética/funcional sem oferecer, boa parte das vezes, a resolução técnica e humana adequada ou em condições próprias de trabalho. Constroem problemas éticos em relação às cargas de trabalho profissionais e na relação ética profissional-paciente. Alguns pressupostos baseiam este tipo de investimento na odontologia: 1. necessidades reais de uma população de baixa renda que ascende a um mercado consumidor em saúde (classes c ou d); 2. propaganda massiva na idéia construída de que a saúde privada é melhor do que a pública; 3.

pouca autonomia dos indivíduos associada à ignorância de conhecimentos especializados e a uma baixa escolaridade e cultura restrita; 4. restrição de acesso ou à cobrança dos direitos em saúde a esta parcela-alvo da população - seja por via judicial ou a partir de mecanismos de Estado.

Segundo Cavalcanti et al. (2010) a odontologia brasileira privada passa por um momento de transição: de uma prestação de serviços baseada no vínculo de confiança profissional-paciente se observa, especialmente pós-década de 1980, uma massificação dos serviços com aumento do número de planos de saúde e clínicas populares, implementando uma prática subsumida aos interesses do mercado de consumo, com possibilidade real de capitalização através da exploração no trabalho profissional. Instaura-se um perfil profissional que fere a ética deontológica, uma realidade evidenciada pelo número elevado de processos éticos instaurados junto aos Procons e CROs (Conselhos Regionais de Odontologia), baseados nos direitos do consumidor.

Mudanças significativas no código de ética odontológica, em especial, às entidades com atividade no âmbito da odontologia, apontam esta preocupação. Mas apesar disto, as ações não parecem ser suficientes diante de uma realidade de crise: “mão-de-obra” excedente com forte potencial de “mais-valia” sobre a mercadoria trabalho; grandes desigualdades sociais que dificultam o acesso das classes c e d a uma odontologia ainda cara e restritiva; autonomia e acesso à justiça restringida pelas vulnerabilidades sociais; e um sistema público com alta demanda.

É vendida a idéia de que as clínicas populares seriam um atendimento suplementar ao atendimento odontológico do SUS e que seriam importantes para suprir as necessidades em saúde bucal de uma população de baixa renda. Subjetivamente, o padrão exigido nas clínicas populares seria semelhante ao padrão médio aceito para o serviço público e praticado por boa parte dos profissionais ao longo da história da odontologia brasileira – qualidade duvidosa e rapidez no atendimento. Um padrão questionado na atualidade e em transformação: tanto pelas políticas públicas voltadas à formação profissional passando pela formação permanente no trabalho, até a ampliação das equipes de saúde bucal.

O pensamento hegemônico de que o mercado regularia o acesso democrático a todos esbarra em um padrão de clínicas populares que significa concorrência de mercado dentro de uma visão empresarial/comercial. Uma realidade questionada pelos profissionais como eticamente imprópria a um padrão de serviço privado.

o mercado regula, que atenda o público a ou b ou c, e todos podem ganhar dinheiro em todos os segmentos sendo honestos. Eu só vejo que as clínicas populares, as maiores, os donos estão visando o lucro, é uma empresa, o meio caminho não sei como está (P10)

Algumas preocupações extraídas deste debate permanecem como desafio: porque o profissional têm se submetido a condições precárias de trabalho? Como fica a atuação dos Conselhos de Odontologia frente às posturas profissionais que subsumem a ética deontológica aos interesses de mercado? A regulamentação feita pelas Agências Reguladoras da Saúde Suplementar tem sido voltada a esta realidade das clínicas populares? Como fica a atuação das entidades sindicais na defesa dos direitos trabalhistas dos profissionais da odontologia frente a esta nova realidade de precarização no trabalho? A vigilância sanitária estaria cumprindo o seu papel na exigência de parâmetros mínimos de condições de trabalho segundo as normatizações existentes?

Convênios, planos odontológicos e ética

Acompanhando uma lógica que não difere muito de outras áreas da saúde, na odontologia os planos e convênios não atendem às necessidades dos profissionais em vários quesitos, mas procuram atender prioritariamente às suas próprias necessidades de mercado. Uma realidade perversa, quando ao mesmo tempo em que constrói uma relação de indispensabilidade ao profissional, acaba contraditoriamente, inviabilizando o ideal de um profissional bem sucedido a partir do *status* liberal, garantindo não mais que a própria sobrevivência e atingindo, em especial, os recém formados.

sempre vão dando um jeito para driblar a lei, são muito criativos e a gente só trancado entre quatro paredes não pensa o todo e embarca de gaiato... a remuneração deles é muito baixa... quanto é que vai sobrar, não sei nem se sobra, tá pagando para trabalhar... está marginalizando a profissão, estão largando os convênios por isto (P10).

a minha clientela era mais convênio e chegou uma fase que não valia mais a pena, porque os convênios estão com um preço do repasse para os profissionais mínimo, a gente acaba ficando até

chateada, para manter uma estrutura, desanima (P 8).

Os planos e convênios de saúde têm seu início na década de 1960 no Brasil, em regiões de maior desenvolvimento industrial pela demanda crescente de necessidades de saúde dos trabalhadores. Eram basicamente regidos pelas leis do livre-mercado. O grande estímulo das políticas neoliberais na década de 1990 ao incremento deste tipo de atividade e a crescente insatisfação dos profissionais e usuários com as distorções e desassistências deste segmento, traz a necessidade de uma regulamentação que dá origem à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Segundo Bahia e Scheffer (2010) o segmento dos planos de saúde odontológicos sofreu maior expansão pelo aumento da demanda estimulada por recursos do Estado na compra direta de serviços - que sustenta parte deste mercado -, e pela transferência da sua função provedora para a iniciativa privada “a escassez da oferta e a baixa qualidade dos serviços públicos de saúde, ambas resultantes da progressiva falta de financiamento, favoreceram a dinâmica do mix público-privado da saúde no Brasil” (BAHIA; SCHEFFER; 2010, p. 27).

A adesão da categoria odontológica aos planos de saúde, sem grande conhecimento de suas limitações e inferências na autonomia profissional, provém das crescentes dificuldades em manter o *status* profissional através da prática liberal em consultório “em razão da crise do mercado, o convênio seria uma opção atraente para consultórios vazios” (BRAGANÇA et al., 2011, p. 136). A alta competitividade dada pelo excesso de profissionais, a queda na demanda de pacientes, a diminuição do poder aquisitivo e a melhoria da saúde bucal da população, favoreceu o surgimento desta “nova modalidade de trabalho para o cirurgião-dentista, os convênios e cooperativas odontológicas” (SALIBA et al., 2011, p. 215).

O desconhecimento dos profissionais da Odontologia de conceitos de gestão e ignorância sobre a relação de custo/receita/lucro resulta numa nova forma de precarização do trabalho liberal. Apesar da franca expansão deste ramo do mercado, é identificada uma insatisfação majoritária da categoria (VILELLA et al., 2010). Mas, em lugar de um questionamento sobre a assertividade deste novo ramo na saúde bucal, se constrói uma disposição para aprender a lidar com seus benefícios e mazelas.

Esta realidade de mercado dos planos e convênios estabelece uma

série de problemas éticos: 1. a necessidade de controle do trabalho profissional para comprovação de procedimentos realizados, ocasionando um ambiente de desconfiança nos procedimentos glosados, no lugar de um ambiente de respeito no trabalho em saúde; 2. o excesso de exames comprobatórios que acabam submetendo o paciente a procedimentos desnecessários sem conhecimento ou anuência prévia, construindo um conflito ético ao profissional que é obrigado a desenvolvê-los - realidade que influiu em mudanças no código de ética deontológico; 3. é construído um sentimento de desamparo e insegurança pela falta da ação coletiva, o que parece ser facilitador de espaços para ascendência dos convênios sobre os direitos do profissional e do consumidor.

acho que os convênios estão querendo sacanear os dentistas, que é uma classe já desunida, que não luta pelos seus direitos (P10).

Apesar desta realidade, não se verifica uma mudança de postura profissional com diminuição da qualidade no atendimento aos pacientes de planos em comparação aos outros pacientes, pois há uma intenção subliminar de conquistá-los para outros tratamentos não cobertos. Além disto, aflora o peso da responsabilidade civil imputada aos profissionais do setor privado.

3. Ética e ideal do serviço público: a construção da excelência para a odontologia pública como necessidade socialmente construída

Um forte sentimento de desvalorização profissional é desvelado tanto na odontologia privada quanto na coletiva, associado a uma precarização nas relações de trabalho. Ainda se percebe uma série de implicações éticas na incorporação automática da tradicional lógica liberal e de mercado como um ideário hegemônico, inclusive no serviço público. Há um sentimento de inadequação profissional, reflexo de uma ideologia de mercado produtora de pulsão de desejo por *status* e ascensão social, em contraposição a uma busca por valorização em uma nova formatação da identidade profissional no serviço público.

se eu não estivesse aqui hoje fazendo o que eu faço, eu não tenho certeza que teria alguém com uma qualificação semelhante ou tão boa quanto, para fazer o tipo de serviço que eu faço. Isso assusta um pouco, normalmente no serviço público a idéia dos dentistas é um trampolim ou um suporte temporário para você depois ter um

consultório particular e ter a sua vida resolvida financeiramente (P 1).

eu não acredito naquele profissional que trabalha no público de uma maneira e no privado de outra. Capricham mais no privado e no público... não, eu acho que a gente tem que ter os mesmos cuidados, porque se não... você pode ir pegando vícios que vai acabar levando para o privado também (P 4).

Historicamente se construiu uma dualidade de interesses público/privado ao profissional da odontologia: enquanto o serviço privado-liberal fornece status e ganho financeiro, o serviço público garante estabilidade e vantagens trabalhistas. Há uma subjetividade construída nas relações profissionais de que a odontologia pública é para pessoas que não podem pagar direta ou indiretamente o atendimento sob a égide do contrato liberal (pobres). Uma realidade que parece atingir o comprometimento profissional, e, portanto, a ética, quando o saber universitário aparece como prática de classe social e há uma identificação no exercício da profissão com o capital ao invés do trabalho (CECCIM et al., 2009).

A tentativa de construção de um serviço odontológico forjado na odontologia sanitária do método incremental - utilizado para eliminar as necessidades acumuladas e voltada aos escolares -, não fez a odontologia pública avançar “a odontologia sanitária teve a tarefa histórica de produzir uma prática odontológica que rompesse com a odontologia de mercado – e fracassou” (NARVAI, 2006, p. 143).

no serviço público tem muito empurra, empurra. Eu noto de profissionais que não querem fazer o trabalho daí encaminham para outro, eu acho uma falta de ética não com o outro profissional, mas com o paciente (P 4).

Na atualidade abrem-se novos espaços para o questionamento da introspecção da lógica privada pelo profissional do serviço odontológico público, situados: 1. na precarização no trabalho com o crescimento de uma proletarização assalariada e/ou terceirizada como realidade das clínicas populares e planos e seguros de saúde; 2. nos problemas de qualidade subsumida ao potencial comercial; 3. no desconforto

profissional com uma excessiva concorrência inter-pares no mercado de trabalho; 4. numa ênfase em políticas públicas democratizantes dos serviços odontológicos com a ampliação da odontologia coletiva em várias direções - mudanças na formação, inclusão das equipes de saúde bucal, construção de centros de especialização, entre outras ações.

Situações facilitadoras da evasão de responsabilidade naturalizadas no público, abrem espaço a uma qualidade de ação profissional questionável, mas muito pouco ou quase nunca, (auto) questionada. Apesar de ainda somente 26,2% dos odontólogos do Brasil pertencerem ao setor público (VILALBA; MADUREIRA; BARROS, 2009, p. 263) e na contramão das transformações no mundo do trabalho, a consolidação de um coletivo odontológico de profissionais que atuam exclusivamente no serviço público promove um espaço de saber-fazer que pode ser ético-politicamente re-construído como espaço de reflexividade.

Uma odontologia coletiva de excelência e em bases distintas da lógica liberal, como direito de cidadania e não pertencente a constructos exclusivos da odontologia de mercado assume um sentido de transformação da odontologia moderna. Uma epistemologia com referencial de bucalidade transcendente à boca e aos dentes, a partir da relação do indivíduo si com o mundo, surge como contradição ao já naturalizado “a inseparabilidade das vísceras da boca e o conceito de função bucal, os trabalhos que realiza em meio às regulações éticas e sociais” poderiam “representar a possibilidade de a odontologia se reconciliar inicialmente com a clínica e depois reconciliar-se com a sociedade e consigo mesma” (BOTAZZO, 2006, p. 15).

Mas a construção desta transição epistemológica ainda esbarra em uma perspectiva humanista reduzida ao sentido da produtividade, também nos marcos da odontologia coletiva – parâmetro usado em resposta a uma defasagem entre necessidade social e amplitude de cobertura. A realidade de um profissional ainda fechado em consultório, mesmo já inserido num trabalho em equipe e minimamente interdisciplinar, aparece como entrave a um profissional coletivamente comprometido. Parece haver a necessidade de constituição de uma inter-subjetividade sob novas bases: tanto necessária à sobrevivência profissional quanto ao fazer social, que tende a se diferenciar em uma nova lógica coletiva e participativa, construtora de condições ético-políticas favoráveis às mediações profissional/paciente e indivíduo/comunidade, sob a égide de um trabalho eticamente comprometido.

acredito que a tendência é melhorar e aí cabe aos

dentistas também exigir isto (P 9).

o trabalho no setor público pra mim é muito mais interessante, mais gratificante por causa do maior número de contato com pessoas, do maior número de pacientes, maior número de profissionais envolvidos, porque a equipe é grande... o contato com o ser humano na saúde pública evidentemente é maior (P 2).

Ressalta-se na nova ação profissional a importância de se “cultivar uma relação nova com a comunidade, baseada na atenção, na confiança, no respeito e no cuidado” (SANCHEZ; DRUMOND; VILAÇA, 2008, p. 524). As novas competências incorporadas da LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação), das novas diretrizes Nacionais e modelos de formação, objetivam um “saber-fazer reflexivo, crítico, o suficiente para que o aluno se sinta participante do seu contexto social, o que lhe permitirá decidir, utilizar, modificar e mobilizar recursos disponíveis para resolver com sucesso problemas surgidos na prática profissional” (COSTA; ARAÚJO, 2011, p. 1182).

Entretanto, a formação a partir das novas Diretrizes Curriculares Nacionais ainda revela uma complexa realidade de comprometimento docente diferenciado às transições curriculares. Percebe-se uma valorização aquém dos objetivos e possibilidades “da formação humanística, cultural e política, em relação à orientação didática e a cenários de ensino-aprendizagem”, bem como, “em relação às disciplinas éticas e formação docente, pela incipiente presença da Bioética enquanto disciplina e tema transversal curricular” (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

As dificuldades em um protagonismo coletivo do odontólogo, seja no planejamento ou no gerenciamento, nas atividades interdisciplinares, nas equipes de saúde bucal, na ação co-participativa junto às comunidades esbarra em processos com pouco comprometimento para além do prescrito, além da boca e do consultório. As mudanças na formação ou na educação permanente em relação à humanização não se mostram suficientes sem uma política de valorização do servidor público, de investimento na satisfação do profissional da saúde e no debate em torno da ética da responsabilidade a partir de uma necessidade desvelada de comprometimento com o outro.

Para Cecílio (2007) a idéia de trabalhador moral deve partir de um sujeito que pensa, formula e joga nos espaços pré-definidos pelos gestores, pois o trabalhador, assim como o usuário, não é uma folha em branco, mas faz uso de seus espaços de autonomia para realizar sua ação como sujeito, com valores e interesses próprios. A margem de liberdade e autonomia da ação humana deve ser apreendida pela gestão como possibilidade real de mudanças, como construção dos próprios trabalhadores.

Um debate articulado em espaços de mediação coletiva, que quebre a atomização do profissional-consultório, aproximando o serviço da realidade social, dos conselhos de saúde e comitês de bioética, como inclusão co-partícipe e comprometida com um espaço de saber/poder coletivo, pode servir de anteparo aos possíveis sofrimentos morais e à ideologia do mercado “politizar a Odontologia é perceber que o ato odontológico é fenômeno social, econômico, ideológico e político” (COELHO-FERRAZ; VALVASSORI; OLIVEIRA, 2011).

A transformação de um saber-poder atuante numa complexa rede de controle (hoje também, auto-controle), sustentada na ciência e nas relações de mercado como “governamentalidade”, surge como problema ético-político central (FOUCAULT, 2012). A construção de um paradigma que vá além das imposições consumistas do mundo moderno parece ser forjada numa identidade profissional de excelência ética e estética como projeto coletivo/social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na realidade profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva, as mudanças nas relações de mercado (o crescimento acentuado do mercado de planos, clínicas populares, visão empresarial e capitalizadora), acentua uma concorrência inter-pares que desperta ressentimentos e constrói uma nova realidade de precarização profissional no trabalho do odontólogo. Se por um lado, há um forte investimento em especialização e estímulo ao consumo estético para sobrevivência no mercado liberal da odontologia, por outro lado, há a transformação da clássica odontologia liberal em trabalho terceirizado, assalariado, mal remunerado e com pouca visualização de direitos ao profissional.

Uma realidade que constrói um novo quadro para odontologia de mercado: 1. consolidação de uma odontologia baseada na estética e nas especializações, que conferem uma sobrevida ao perfil profissional baseado na lógica liberal e de mercado; 2. construção de uma camada

profissional subcontratada - a partir de contratos de trabalho precarizados, especialmente nas clínicas populares; 3. consolidação de um mercado de planos e seguros de saúde odontológicos que acabam construindo uma realidade perversa para o profissional liberal: vendem a ilusão das vantagens do trabalho liberal, mas funcionam sobre a égide da precarização no trabalho; 4. incorporação de uma subjetividade individual-narcisista e concorrencial que ocasiona um mal-estar inter pares e constrói problemas éticos de construção da própria identidade profissional; 5. percepção da odontologia pública e das Escolas de aperfeiçoamento profissional como concorrência de mercado.

No setor público parece estar sendo construído um novo paradigma profissional com a ampliação do serviço odontológico e a formação de um coletivo de pensamento com atuação exclusiva ou prioritária no serviço público. Um processo que ainda sofre os impactos de uma subjetividade profissional baseada na lógica liberal e de mercado e edificadora de alguns mitos da odontologia pública: 1. como um serviço voltado àqueles que não podem pagar o tratamento privado (pobres) e que, portanto, não tem os mesmos direitos de exigência de resultado; 2. dificuldades em incorporar novos paradigmas coletivos de planejamento e ação em equipe, trans ou interdisciplinares; 3. passos tímidos em direção a novos campos de ação em posições administrativas e/ou gerenciais; 4. existência de dilemas entre prevenção e cura, indivíduo e social, consultório e comunidade, macro e micro poderes; 5. pouco avanço no estabelecimento da importância da qualidade técnica e estética como base da própria humanização - fugindo de uma odontologia restrita à cura/funcionalidade e em direção à incorporação do estético - não subsumido à ideologia do mercado.

Entretanto, as mudanças na formação e na educação permanente para construção de uma excelência na odontologia pública não se mostram suficientes se não há uma política de valorização do servidor público, com investimento na satisfação do profissional da saúde e no debate em torno da ética da responsabilidade a partir de uma necessidade desvelada de comprometimento com o outro – um indivíduo si coletivo e histórico. Um espaço cidadão-profissional-inclusivo no serviço como espaço inter-subjetivo de bucalidade - que sirva de anteparo aos sofrimentos morais e ideologias de mercado, articulando conselhos de saúde e comitês de bioética -, para transcender a boca reduzida em direção a uma nova concepção identitária do profissional da saúde bucal.

Algumas questões tomam importância central neste debate:

1. A odontologia pública contemporânea continua se apoiando no

tradicional fazer-curativo/funcional, agora também, interdisciplinar/pré-ventivo. Na contemporaneidade deve dar atenção, também, ao processo de incorporação do estético. A valorização que a questão estética e a especialização assumem para a profissão e para a sociedade como ampliação da satisfação com o serviço, em uma cobertura mais abrangente e democrática, deve ser incorporada não como campo exclusivo de uma odontologia de mercado.

2. O campo da saúde bucal tem que avançar e muito, no sentido da construção de uma ética mínima do serviço público, conquistada não só nos espaços de mediação singulares profissional/paciente, mas como construção coletiva, tendo por base os direitos de cidadania e o enfrentamento à ideologia de mercado. O ser comunitário continua descaracterizado e desacreditado, buscado nos espaços para além dos ambientes de consultório, não têm ainda visibilidade por sua pouca utilização como sentido de construção de cidadania e saúde. O comprometimento com o outro passa pela construção de espaços não impregnados com a hierarquia do saber-poder. A valorização dos conselhos de saúde como singulares e, ao mesmo tempo, comunitários, democráticos e alternativos ao biopoder coersitivo, deve ser ressaltada.

3. A ampliação para o debate da ética a partir da constituição de comitês de bioética como um novo poder coletivo voltado aos problemas do cotidiano do fazer-saúde, pode diminuir as distâncias entre as reais necessidades das pessoas e o sistema de saúde, quebrando um padrão tradicional de saber-fazer/poder apenas contido em relações individualizadas ainda hegemônicas de consultório. A ampliação e o comprometimento com a construção destes espaços democráticos conquistados na luta pelo direito à cidadania e pautados no SUS precisa ser reformulada e ampliada como um poder coletivo com forte potencial de mudança e valorização de um novo profissional.

A odontologia moderna precisa do espaço profissional da saúde coletiva para sua própria sobrevivência enquanto corporação e, nesta condição, há uma transformação da realidade profissional objetivada nas políticas de saúde e educação e subjetivada na própria existência desta necessitação. Mesmo havendo uma forte tendência à persistência dos clássicos Estilos de Pensamento da ciência odontológica arraigados em uma identidade liberal-concorrencial, há por outro lado, um movimento ético-político e epistemológico de transformação. O caminho para uma odontologia comprometida com as conquistas de cidadania se amplia e o profissional precisa assumir um protagonismo como sujeito deste processo - de re-construção de uma excelência humanizada em uma nova identidade coletiva.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. **Trabalho e subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.
- BOTAZZO, C. **Da arte dentária**. São Paulo, Hucitec/FAPESP, 2000.
- _____. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006.
- BAHIA, L.; SCHEFFER, M. **Planos e Seguros de Saúde**: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: UNESP, 2010.
- BAUMAN, Z. **A ética é possível num mundo de consumidores?** Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- BECK, U. Individualização, institucionalização e padronização das condições de vida e dos modelos biográficos. In: BECK, U. **Sociedade de risco**. Rumo a uma outra Modernidade. São Paulo: 34, 2010.
- BRAGANÇA, D. P. P. et al. Avaliação dos procedimentos clínicos mais glosados nos convênios odontológicos. **RFO**, Passo Fundo, v. 16, n. 2, p. 136-139, mai./ago. 2011.
- COELHO-FERRAZ, M. J. P.; VALVASSORI, A.; OLIVEIRA, R. A. Estudo da Odontologia como ciência da vida. **Rev. Bioét.**, v. 19, n. 1, p. 95-103, 2011.
- COSTA, I. C. C.; ARAÚJO, M. N. T. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1181-1189, 2011.

CAVALCANTI, A. L. et al. Odontologia e o Código de Defesa do Consumidor: análise dos processos instaurados contra cirurgiões-dentistas e planos odontológicos em Campina Grande – Paraíba. **Rev Odontol UNESP**, Araraquara, v. 40, n. 1, p. 6-11, jan./fev. 2011.

CECCIM, R. B. et al. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface – comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-531, mai/ago. 2007.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L. D. A ciência odontológica, Sísifo e o “efeito camaleão”. **Interface, comunicação, saúde, educação**, v. 13, n. 29, p. 339-351, abr./jun. 2009.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4481-4492, 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Graal, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do compromisso**. São Paulo: Villa das Letras, 2008.

FREITAS, C. H. S. M. Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 25-38, jan./apr. 2007.

GRACIA, D. **Pensar a bioética: metas e desafios**. São Paulo: Loyola, 2010.

MÉSZARÓS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MORAES, R., GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. Rio

Grande: UNIJI, 2011.

MORAIS, M.; SANTOS, N. M. D. Imaginários sobre a perspectiva pública e privada do exercício profissional em saúde e a educação em saúde. In: PEREIRA, R.C.; SILVESTRE, R.M. (Orgs). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde - Brasil, 2009.

NARVAI, P. C. Recursos Humanos para Promoção da Saúde Bucal. In: KRIGER, L. (Org). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

_____. Saúde Bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 141-147, 2006.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 2008.

SALIBA, O. et al. Honorários praticados por operadoras de planos odontológicos e pelo SUS em relação aos definidos pelo Conselho Federal de Odontologia. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v. 47, n. 4, out/dez. 2011.

SANCHEZ, H. F., DRUMOND, M. M., VILAÇA, E. L. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 523-531, 2008.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2011.

VILALBA, J. P.; MADUREIRA, P. R.; BARROS, N. F. Perfil

profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 27, n. 3, p. 262-268, 2009.

VILELLA, M. C. et al. M. Perfil e grau de satisfação profissional de cirurgiões-dentistas credenciados a uma operadora de planos odontológicos. **Braz Dent Sci.**, v. 13, n. 6, p. 39-44, jan./jun. 2010.

WARMLING, C. M.; MARZOLA, N. R.; BOTAZZO, C. Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino brasileiro da odontologia. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-195, jan./mar. 2012.

ZIZEK, S. **Primeiro como tragédia, depois como farsa**. São Paulo: Boitempo, 2011.

5.4 MANUSCRITO 4 - A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: ÉTICA E PRODUTIVIDADE NA RELAÇÃO PÚBLICO/PRIVADO

A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: ÉTICA E PRODUTIVIDADE NA RELAÇÃO PÚBLICO/PRIVADO

THE SUBJECTIVITY OF HEALTH PROFESSIONALS POST-PRODUCTIVE RESTRUCTURATION: ETHICS AND PRODUCTIVITY IN THE PUBLIC/PRIVATE RELATIONSHIP

LA SUBJETIVIDAD DEL PROFESIONAL DE SALUD POST-REESTRUCTURACIÓN PRODUCTIVA: ÉTICA Y PRODUCTIVIDAD EN LA RELACIÓN PÚBLICO/PRIVADA

Doris Gomes
Flávia Regina Souza Ramos

RESUMO: Um padrão de produtividade como “moderno/estressor” é

construído como necessário a uma excelência profissional, tanto nos moldes do ideal liberal e de mercado quanto como no serviço público e na vida – acompanhando as transformações no modelo de organização da produção. **Objetivo:** desvelar os problemas éticos em relação ao padrão “moderno/estressor” de produtividade no trabalho em saúde pós-reestruturação produtiva. **Método:** uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritivo, onde foram entrevistados 30 profissionais (enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas) da região metropolitana de Florianópolis com experiência de trabalho na área pública e privada. Utilizou-se como auxiliar nas etapas de formação de unidades base e categorização o *software ATLAS.ti*. A análise dos dados se deu através do método de Análise Textual Discursiva. **Resultados e Discussão:** foram focados: 1. produtividade como sinônimo de qualidade, comprometimento e ética; 2. produtividade, ética da empresa e lógica diferenciada público/privado. Algumas questões são debatidas: até que ponto este padrão de produtividade “moderno/estressor” pode significar uma postura ética positiva e que estímulos alternativos poderiam ser pensados no sentido de uma produtividade necessária no serviço público associada a um comprometimento, qualidade/humanização e não-lucro. **Conclusão:** a construção de uma subjetividade “engajada” aos interesses da produção na reestruturação produtiva parece construir problemas na relação entre ética, produtividade e comprometimento do profissional da saúde, a partir do confronto e/ou entrelaçamento entre diferenciadas lógicas na relação público/privado. **Palavras-chave:** ética, mercado de trabalho, profissional da saúde, eficiência.

ABSTRACT: A pattern of "modern" productivity is constructed as necessary to professional excellence, not only in the liberal mold of the ideal market, but also with the ideal of life and public service -attending the changes in the model of production organization. **Objective:** To uncover the ethical problems in relation to the "modern" pattern of labor productivity of the post-productive restructuration health professional. **Method:** A qualitative research with an exploratory and descriptive approach, where there were interviewed 30 professionals (nurses, doctors and dentists) in the metropolitan area of Florianópolis with work experience in the private and public sectors. The ATLAS.ti software was used as an auxiliary in steps of formation of the base units categorization. Data analysis was made using the method of Textual Analysis Discursive. **Results and Discussion:** We focused on: 1. Productivity as synonymous with quality, commitment and minimal

ethics 2. Productivity, business ethics and differentiated public/private logic. Some issues are discussed: the extent to which this pattern of "modern/stressor" productivity can mean an ethical and positive alternative incentives that could be thought towards a necessary productivity in the public service combined with a commitment, quality/humanization, minimal ethics and non-profit. **Conclusion:** The building of a subjectivity "betrothed" in the interests of the production seems to construct productive restructuring problems in the relationship between ethics, commitment and productivity of health care, from the confrontation and/or entanglement between different logics in the public/private relationship.

Keywords: ethics, job market, health professional, efficiency.

RESUMEN: Un patrón de productividad como "moderno" es construido como necesario a una excelencia profesional, no solamente en los moldes del ideal liberal del mercado, sino como en el ideal de la vida y del servicio público - que acompaña a los cambios en el modelo de organización de la producción. **Objetivo:** Comprender los problemas éticos en la relación con el "moderno" patrón de la productividad del trabajo del profesional de la salud post-reestructuración productiva. **Método:** Estudio cualitativo de tipo exploratorio y descriptivo, donde fueron entrevistados 30 profesionales (enfermeras, médicos y dentistas) en el área metropolitana de Florianópolis con experiencia de trabajo en los sectores público y privado. Se utilizó como un auxiliar en los pasos de formación de las unidades de base y categorización el software ATLAS.ti . El análisis de datos se realizó utilizando el método de análisis de discurso textual. **Resultados y Discusión:** Se enfocaron en: 1. La productividad es sinónimo de calidad, compromiso y ética mínima 2. Productividad, ética y lógica del negocio diferenciando la pública/privada. Algunos temas son discutidos: el grado en que este patrón de productividad "moderno/estresante" puede significar una postura ética positiva y qué estímulos alternativos podrían ser pensados en el sentido de una productividad necesaria en el servicio público combinado con un compromiso de calidad/humanización, ética mínima y sin ánimo de lucro. **Conclusión:** La construcción de una subjetividad "encajada" en los intereses de la producción parece crear problemas productivos de reestructuración en la relación entre la ética, el compromiso y la productividad de la atención de la salud, de la confrontación y/o el cruce y entrelazamiento de las lógicas diferentes en la relación público/privado.

Palabras clave: ética, mercado de trabajo, profesional de salud,

eficiencia.

INTRODUÇÃO

Segundo Marx (2006) a produção das idéias e da consciência está diretamente ligada à atividade material e seu intercâmbio, a partir dos seres humanos em sua atividade real. Assim o trabalho é identificado como um processo em que o ser humano através de sua ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza, e assim também, desenvolve sua auto-produção. O grau de complexidade que envolve este trabalho assume feições históricas diferenciadas de acordo com características econômicas, culturais e subjetivas.

As mudanças sociometabólicas complexas que acompanharam a reestruturação produtiva pós-crise do *welfare state* constituíram um novo tipo de consentimento corpo-mente/alma do trabalhador, necessário à nova organização da produção tipo toyotista. Associado a uma forte realidade de precarização no trabalho e alta produtividade, há a construção de um engajamento integral aos valores-fetiches, expectativas e utopias de mercado como ideologia, fundamental a este consentimento (ALVES, 2011). Uma nova realidade de interposição do consumo de bens ao consumo de serviços influencia sobremaneira o pensar, o sentir e o agir humano contemporâneos.

A desagregação profunda do trabalho abala a essência do seu poder protetor, o que revela uma crise fomentadora de forte ideologia de mercado como negação de qualquer possibilidade de transformação societária emergente de uma lógica classista e dialeticamente contraditória. A manipulação de desejos através de imagens estetizadas amplia artificialmente as necessidades de consumo. A busca da auto-expressão como uma marca de identidade individual dentro de um coletivo, acaba plasmada por estilos de vida a serem consumidos. A disciplinação, normalização e controle dos corpos e, em especial, da força de trabalho, parece misturar normatização, repressão, familiarização, cooptação e cooperação, perpassando todos os meandros das relações humanas (HARVEY, 2011, p. 100).

Neste mundo contemporâneo das relações impessoais, o dinheiro aparece cada vez mais como um poder exterior e independente de quem produz socialmente, mascarando as relações sociais como relações coisificadas. Acaba fundindo o poder da economia, da política e da ideologia e construindo visões fragmentárias, obcecadas pela deslegitimação de uma meta-teoria “capaz de apreender os processos político-econômicos que estão se tornando cada vez mais

universalizantes em sua profundidade, intensidade, alcance e poder sobre a vida cotidiana”, empurram esta perspectiva de resistência e transformação “para o subterrâneo, onde ela continua a funcionar como uma efetividade agora inconsciente” (HARVEY, 2011, p. 112).

A área da saúde se vê transformada em palco de grandes disputas entre interesses sociais e de mercado, com forte ampliação da acumulação de capital. A nova dimensão de cidadania construída constitucionalmente e representada pelo SUS passa a receber um status depreciativo como todo conceito que englobe o sentido coletividade-trabalho. O tratamento ambíguo do Estado brasileiro às políticas sociais pela coerção neoliberal, mesmo com mudanças substanciais efetuadas na política brasileira nos últimos governos, constrói uma evidente indefinição do modelo brasileiro de saúde.

Segundo Menicucci (2011) a dualidade público/privado foi mantida quando a universalidade através da ação única do Estado na definição de saúde como um direito, não foi garantida. Há uma universalidade mínima sustentada pelo Estado e apoiada em uma reestruturação de gestão no SUS para aumento da qualidade, mas mantém-se problemas cruciais como o sub-financiamento do sistema (BAHIA, 2011; MARQUES, MENDES, 2007). A permanente disputa entre lógicas diferenciadas público/privado, com avanços e recuos ao longo desta construção, não conseguiu transpor o modelo assistencial curativo, efetivar o controle social no plano político e incorporar tecnologias relacionais para uma assistência mais humanizada.

O debate em torno da natureza e significado dos interesses, valores e direitos públicos e privados assume relevância na contemporaneidade. Tanto no entendimento desses conceitos, quanto da subjetividade produzida e, ao mesmo tempo produtora, desta relação. A necessidade de conhecimento destas interconexões tem o intuito de uma regulação pelos interesses coletivos e surge como resposta ao desvirtuamento dos valores socialmente construídos e constitucionalmente assegurados. Uma justiça distributiva atuante sob o prisma das necessidades sociais (FORTES, 2008, p. 27) valoriza a intervenção do Estado no campo social e econômico para garantia da cidadania, com equidade e respeito às diferenças.

São visíveis os dilemas impostos pela ordem histórica: a saúde como um direito social percorre um tortuoso caminho de afirmação em épocas de hegemonia do capital financeiro. Diversos problemas éticos ficam estabelecidos neste processo. A questão da produtividade associada aos novos padrões de organização do trabalho e ao imperativo da lucratividade assume relevância quando se discute o papel do

profissional da saúde na contemporaneidade. A ética, neste íterim, não pode prescindir de uma valorização das pessoas sem renúncia de horizontes coletivos e independente do mérito pessoal – nas sociedades liberais, normalmente, associado ao poder de compra.

Este recorte tem por objetivo desvelar os problemas éticos em relação ao padrão “moderno/estressor” de produtividade no trabalho em saúde pós-reestruturação produtiva, privilegiando a realidade dos profissionais da saúde sob um padrão produtivo assumido como eticamente correto nos diferentes espaços do serviço público e privado.

METODOLOGIA

Caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritivo, que privilegiou a manifestação dos sujeitos trabalhadores – profissionais da saúde - sobre suas experiências de trabalho na relação entre serviço público e o privado. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual semi-estruturada. Este manuscrito focou: 1. a relação entre ética e produtividade no mix público/privado; 2. os problemas éticos que o profissional de saúde relata no trabalho público relacionados à produtividade e a qualidade no cuidado. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, aplicadas em profissionais das categorias pré-definidas: enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas da região metropolitana de Florianópolis com experiência de trabalho concomitante, na área pública e privada.

Como critério de representatividade numérica da população estudada foi pré-definido um teto inicial de trinta entrevistados, divididos igualmente nas categorias. Iniciou-se com profissionais que atuam no serviço público vinculados a uma Secretaria Municipal de Saúde da região - com autorização desta Secretaria -, não sendo estabelecidos limites institucionais ou formas de acesso exclusivas por esta via. A amostra privilegiou os sujeitos sociais que detêm as características necessárias ao conhecimento buscado e foi se definindo a partir do método bola de neve, onde um entrevistado inicial recomenda outro, repetindo-se o processo com os novos incluídos até atingir o critério de saturação de informações, confirmando o número previsto. Os contatos com os profissionais solicitando autorização para início do trabalho de campo foram feitos com antecedência e no caso da concordância em receber o pesquisador foram fornecidas informações mais detalhadas sobre o estudo e acordadas as condições da entrevista. Os sujeitos do estudo são reconhecidos pela letra P seguida de numeração para manutenção do anonimato.

Utilizou-se como auxiliar nas etapas de formação de unidades base e categorização o software ATLAS.ti - The *Qualitative Data Analysis Software*. Na análise dos resultados utilizou-se o método de Análise Textual Discursiva (MORAES; GALIAZZI, 2011) que se organiza em torno: 1. da desmontagem dos textos para sua fragmentação em unidades base; 2. no estabelecimento de Relações entre as unidades base formando sistemas de categorias; 3. na captação do novo emergente para uma compreensão renovada do todo a partir desta nova combinação de sentidos expressados em um metatexto; 4. num processo auto-organizado onde novas compreensões emergem a partir da crítica e validação do metatexto.

O projeto de pesquisa foi previamente aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - CEPESH/UFSC/2461. O esclarecimento sobre aspectos do estudo e a obtenção de sua anuência foi feito através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A participação ocorreu de forma voluntária, sem remuneração, observando as condições de pleno exercício de anonimato e autonomia contidos na Resolução CNS 196/96.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idéia de que a busca incessante por produtividade é uma exigência da modernidade, especialmente localizada no serviço privado, justificaria as idéias incorporadas no mix público/privado de que produtividade é sinônimo de qualidade e referência ética no serviço de saúde e, ainda, de que o serviço privado, por este motivo, seria referência de um padrão de “excelência” - eficiente e comprometido. Algumas características são associadas a este padrão produtivo: estímulo monetário, competência técnica, medo da perda de emprego e insegurança no trabalho - relações precárias e sem aporte coletivo como proteção. Um tipo de estímulo à produção que não se justifica no serviço público. Por outro lado, a ausência deste tipo de estresse-padrão-productividade no público associado à estabilidade no emprego, abre espaço a uma postura acomodada, pouco produtiva, com baixo comprometimento com o outro, a ponto de se transformar em um problema ético importante.

no público a gente não se realiza, primeiro a questão de salário, não tem diferença se você se esforça ou não, você pode fazer um bom trabalho e ganhar X e se você não se esforçar e fizer um

trabalho medíocre você ganha o mesmo X (P 4).

Algumas questões se destacam: até que ponto este padrão de produtividade “moderno/estressor” pode significar uma postura ética positiva; que estímulos alternativos poderiam ser pensados no sentido de uma produtividade necessária no serviço público associada a um comprometimento, qualidade/humanização, ética mínima e não-lucro; qual a interferência desta intersecção público/privado na abordagem da ética e produtividade no atendimento humanizado no serviço público?

Categorias de análise nesta relação: 1. Produtividade como sinônimo de qualidade, comprometimento e ética; 2. Produtividade, ética da empresa e lógica diferenciada público/privado.

1. Produtividade como sinônimo de qualidade, comprometimento e ética.

é muito mais barato hoje para o governo pagar um hospital privado para fazer um procedimento, do que esse procedimento na própria instituição... mesmo pagando bem, você não consegue fazer a estrutura andar, está emperrada numa UTI que não comporta o número de cirurgias, esbarra no corporativismo profissional... já no hospital privado você tem que produzir, se não produzir é mandado embora e esse hospitais produzem (P19).

Em muitos casos a relação custo-benefício de compra de serviços privados pelo Estado a partir de novas formas de contratualização de empresas de saúde (terceirização dos exames complementares, de procedimentos, laboratoriais, etc.), sinalizam vantagens para as gerências que conseguem implementá-las. A idéia de que há ineficiência, menor agilidade e qualidade do serviço público em relação ao privado é transformada em um mito que, boa parte das vezes, se confunde com a realidade. Uma idéia transportada, também, para as gerências de hospitais e instituições através das Organizações de Saúde (OSs), que trariam ganhos de resolutividade, tão reclamados pelos usuários do sistema público.

É construída uma subjetividade de valorização profissional e busca pelo sucesso pautada nos marcos do ideal liberal. Segundo Ceccim et. al (2009) um sentimento forjado no imaginário liberal-

privatista e ancorado no ensino da saúde dentro de uma concepção marcada pela prática de consultório, embasada no diagnóstico-prescrição, onde a doença é referência e a cura biológica, o paradigma. Um profissional bem sucedido, dentro de um saber-fazer tecnicista e/ou especializado, do poder autônomo e hermético do consultório - em torno de si mesmo -, com tecnologia de ponta, *status* de classe e o pragmatismo da produtividade para sobrevivência no mercado.

Um subjetivo profissional que rejeita, à priori, qualquer chancela de regulação pública. Esta regulação seria função do próprio mercado e estaria centrada na figura da competência e da competição – uma excelência produtiva como diferencial. Uma ética utilitarista do tipo hedonista e/ou relativista aparece como uma tendência justificada numa cultura de aceitação da busca individual ou empresarial pelo lucro. Um imperativo transformado em ideologia: não há espaço para pensar que o caminho ao sucesso profissional possa ser diferente. Um ideal que planta armadilhas na relação público/privado, influenciando a atuação profissional no público, onde uma parcela importante dos trabalhadores se sente descompromissada com o trabalho que não esteja dentro deste padrão de produção.

A produtividade/lucro/acumulação de capital como carro chefe da saúde sob o ponto de vista do mercado serve como mola propulsora de qualidade na relação profissional-paciente e impregna todos os espaços relacionais. Na empresa privada a exigência de dedicação e o engajamento do assalariado para comprometimento com os valores da empresa está associado a uma precariedade no trabalho e ocasiona um estado de tensão e precariedade subjetiva, traduzida no medo de perder o emprego, na concorrência exacerbada inter-pares, na corrida por lucratividade/produtividade como ganhos adicionais ou como necessidade de manutenção de um *status-quo* profissional.

eu percebia medo dos funcionários em perder o emprego: no privado as pessoas falavam: que bom que tu és efetiva na prefeitura, porque tu não tens a preocupação de, se perderes o emprego aqui, ficar sem emprego (P26).

no privado não sei se o pessoal é comprometido ou se é... porque se não for trabalhar, der muito atestado, é demitido (P27).

esta diferença de salário, de valorização, não quer dizer que tu tenhas que fazer que trabalha no público, não, eu acho que tu tens que produzir,

não enrolar (P6).

Para Giovanni Alves (2011) a reestruturação produtiva constrói critérios de produtividade e desempenho que ultrapassam o tempo-espaço do trabalho e impregnam o social, até mesmo as relações afetivo-existenciais. As novas tecnologias de comunicação e informação facilitam a construção de imagens-objetos que transformam a vida na mera extensão do trabalho. Uma espécie de “nova cultura” de qualidade, competitividade e modernidade aparece como mudança de atitude necessária a um “engajamento estimulado” e “inevitável” ao processo produtivo. Uma nova inteligência reflexiva é solicitada ao trabalhador, mas com fortes vieses instrumentais: dentro dos parâmetros morais, objetivos e valores da empresa, e associados à alta produtividade como uma “racionalidade cínica” - a partir dos interesses particulares da empresa.

O espírito da terceirização e precarização, da gestão por competência e eficiência, e da intensificação do trabalho contra a eliminação do desperdício, capturam a subjetividade e transgridem um forte potencial de transformação e auto-transformação do ser humano no trabalho. Valoriza-se um auto-empresendedorismo que oculta sua incompatibilidade com uma ascensão no mercado “para todos”. Cada um se sente responsável por sua própria saúde e adaptação a conhecimentos como qualidades de sobrevivência. A adaptação a novas atitudes comportamentais é solicitada, ou seja, uma nova subjetividade, um “novo nexo psicofísico”, um “novo homem produtivo” (ALVES, 2011, p.97).

Um consentimento é forjado no engajamento integral a valores-fetichê. O medo do desemprego está contido como uma operação intrapsíquica, como imagem-fetichê crucial na “captura” da subjetividade na construção deste consentimento. O desemprego é percebido como pavor, coisa atemporal, ahistórica, quase natural. Uma auto-disciplina como biopolítica conforma um tipo específico de indivíduo dentro de uma estrutura normalizada de gestos e pensamentos, mais envolvente e mais manipulatória, porque penetra no âmago das instâncias do pré-consciente e do inconsciente. O inconsciente é ampliado, pois é nele que está contido o simbólico, o desconhecido, as representações-imagens/formas-fetichê que o indivíduo é estimulado a continuar ignorando. O pré-consciente contém a utopia de um sonhar para frente, para uma possibilidade de futuro. A administração pelo estresse e o medo impede uma ‘vida cheia de sentidos’, amplia-se o sofrimento no

trabalho e as novas doenças “da alma”. (ALVES, 2011, p.117).

eu me sinto mais cobrada no privado, mais horário, te cobra desde a aparência, o modo como tu estás vestido, se teu jaleco está bem passado, se está bem branquinho, o SUS é menos cobrança (P11).

A aceitação do mercado como regulador das vidas humanas aparece como processo inevitável, como imagem-fetice subjetivada, como ideologia totalizadora (HARVEY, 2011). A importância que o dinheiro/mercado adquire na contemporaneidade deve ser considerada mesmo nos projetos ético-políticos pensados como tecnologias relacionais na saúde coletiva, pois assume papel significativo como potência de desejos e consciências. Associado ao ganho produtivo secundário nas relações concorrenciais e a uma interface entre saber e poder: as verdades se constituem como estratégias de poder, contidas nos próprios discursos científicos.

Segundo Foucault (2012) nunca se pode estar “fora do poder”, o que não quer dizer, ser inteiramente capturado por ele. Pode-se partir do pressuposto de que o poder é coextensivo ao corpo social; que as relações de poder estão intrincadas com outros tipos de relação (produção, família, etc.); que seu entrecruzamento delinea fatos de dominação organizada em estratégia mais ou menos coerente e unitária numa produção multiforme de relações de dominação; que as relações de poder servem, de fato, a um interesse econômico; e que não há relações de poder sem resistências. Assim, a luta de classes é percebida como “garantia de inteligibilidade de algumas grandes estratégias” (FOUCAULT, 2012, p. 244).

Para Žizek a hegemonia do discurso científico na atualidade torna inócua toda uma rede de tradição simbólica como sustentáculo da identidade/identificação do sujeito “em termos políticos, a mudança é do poder fundamentado na autoridade simbólica tradicional para a biopolítica” (ŽIZEK, 2011, p. 51). Para este autor, o discurso científico viceja como a única universalidade remanescente, afora isto, a multiplicidade de ficções locais constrói uma complementação, uma ficção simbólica (uma verdade) que tanto pode complementar o mundo real normalizado ou, no máximo, perturbar o seu funcionamento. Além disso, o escudo do fundamentalismo assume caráter de pânico para evitar o desmoronamento desta tradição.

A grande campanha por novos laços de solidariedade na

contemporaneidade deve, além de tudo, identificar a ausência de um “grande Outro” - buscado no universo finito e imaculado do fetiche-dinheiro. A angústia do narciso patológico que aparece como único afeto testemunha a proximidade do real e a inexistência deste “inevitável” grande outro. Os laços sociais são substituídos por um mundo de átomos sociais sem nenhum “ponto” estruturante: entre ficção e real, narcisismo e imersão na multidão, significado e verdade. Constrói-se um real paralítico, sem nenhuma densidade substancial, apenas uma lacuna entre dois pontos de vista, puramente virtual, que na verdade, inexistente. Um real que se opõe à noção-padrão lacaniana do real, como aquilo que “sempre volta ao seu lugar” ou o que continua o mesmo em todos os universos (simbólicos) possíveis e que seria, em última análise, a própria mudança de ponto de vista do primeiro para o segundo lugar de observação.

Segundo Zizek (2011) a característica fundamental da sociedade moderna seria o aparente antagonismo inconciliável entre a totalidade e o indivíduo. A “felicidade como dever supremo” ou “felicidade como realização pessoal” é a forma contemporânea de transgressão a uma injunção moral. Mas, contraditoriamente, as nações mais “felizes” neste sentido, são as que apresentam níveis mais altos de suicídio e medicalização para doenças da alma. A inveja assume papel essencial - o que conta não é tanto o que se possui, mas o que os outros possuem. A biomoralidade concentrada na felicidade e na prevenção do sofrimento acaba condicionada às reações ético-emocionais instintivas e milenares de sofrimento e dor testemunhados direta e individualmente. O que justifica ou mantém a uma distância segura de banalização grandes atos, relativizados por uma conjuntura que parece construir zonas cinzentas de legalidade e processos de corrupção moral. Um processo que quebra “uma parte da nossa coluna vertebral ética”, amolecendo e desfazendo “a realização que, com justiça, é a maior da civilização, o crescimento de nossa sensibilidade moral espontânea” (ZIZEK, 2011, pg. 69)

Processos que contradizem as proteções sociais e o direito de cidadania ligado ao estatuto do pleno emprego, advindos das transformações no mundo do trabalho (CASTEL, 2005), depreciam todo conceito que englobe o sentido coletividade-trabalho. Diferentes intencionalidades e lógicas que orientam as ações no trabalho em saúde, constroem uma noção padronizada de produtividade que influencia o comprometimento e a ética do profissional no serviço público.

a questão da agilidade é cobrada muito mais dos profissionais no setor privado, ou seja, a realização das tarefas de forma mais rápida e

eficaz, do que no setor público - mesmo aquele funcionário que é meio malandrinho, que não tem tanto estímulo próprio, ele é cobrado pelas chefias. No setor público depende da personalidade e da iniciativa de cada funcionário (P18).

No público os profissionais desonerados do padrão “moderno/estressor” de estímulo à produtividade, vêem orquestrar-se uma desvalorização do seu trabalho. Por não acompanhar este fluxo de imagens-fetiches de padrão produtivo, um sentimento de ideal público-coletivo-estatal como tradicional e ultrapassado - “fora da maré” do ideal de produtividade moderno – constrói uma precariedade subjetiva de desvalorização e descomprometimento com um espaço público de valores e desejos para além do meramente monetário ou minimamente prescrito. Ao invés de um engajamento pautado em sentimentos de solidariedade e responsabilidade social, muitos profissionais do serviço público se sentem desonerados, aliviados e acabam por transgredir o próprio sentido de comprometimento.

A valorização do profissional na relação com o seu trabalho parece central, além do resgate de utopias-valores e imagens pautadas em projetos coletivos e desejo do diferente - transformador e universal -, deve ser construída em espaços de reflexividade sobre o próprio trabalho, condizentes com a ética na relação profissional-paciente-sistema de saúde. Pauta-se a questão: como ampliar o comprometimento “gentificado” que segue o rumo da tomada de consciência do mundo, dos interesses historicamente negados, da presença do político e do libertário, dos sujeitos autônomos como fazedores de história (FREIRE, 2008), a partir de um padrão produtivo refletido como um padrão social de trabalho para além do estímulo estressor/monetário?

2. Produtividade, ética da empresa e lógica diferenciada público/privado.

Problemas éticos importantes são evidenciados quando existem conflitos de interesse entre os preceitos éticos deontológicos ou universalizantes e códigos morais particulares da empresa, subsumidos à lucratividade na singularidade relacional profissional-paciente. Seja uma produtividade voltada à relação com planos de saúde ou à remuneração do próprio trabalhador dentro de uma relação precarizada de trabalho, a partir do medo de ferir interesses empresariais, medo de perder o

emprego ou associada a ganho produtivo secundário.

2.1 Ética e imperativo da lucratividade.

tu sabes que ele tá preocupado como a rentabilidade da empresa... uma época eu trabalhei num... convênio de planos de saúde onde eles terceirizavam os ambulatórios, se tu fosses muito bonzinho com os empregados, no sentido de afastar muito do trabalho tu estavas prejudicando a empresa, então, nesse sentido, a gente fica num conflito de interesses e tentando ser o mais ético possível, porque tu tem que te preocupar é com o teu paciente e não com o teu empregador, mas tu não podes deixar de lado né, se o empregador ficar insatisfeito ele vai te colocar na rua (P13).

no setor privado a gente é cobrado por muitas coisas: produtividade, eficiência, até porque o nosso salário muitas vezes depende disto, você ganha por atendimentos a convênio, etc., então, você é mais cobrado (P20).

Alguns códigos de ética invisíveis e restritos aos locais de trabalho são construídos como aceitação passiva de problemas éticos no cotidiano e como resistência a imposições da realidade ou gerencial, em especial na ausência de espaços coletivos de debate sobre a ética. Estes códigos tornam-se problemáticos quando enraizados na moral comum de aceitação a determinadas regras morais já consideradas “tradicional” por um coletivo como: a idéia de que o profissional assalariado deve se submeter a uma ética relativizada pelo potencial de lucratividade. Uma ação acompanhada de forte sentimento de medo: do desemprego; da não manutenção de uma produtividade compatível com o salário; de não trabalhar dentro dos padrões éticos da empresa; de não estar correspondendo aos interesses do patrão.

Os códigos deontológicos vêm suprir a necessidade de uma ética aplicada ao ato do fazer saúde, mas permitem mediações conjunturais, colocando para os profissionais grandes problemas quando há um forte apelo a um utilitarismo do tipo hedonista - individual ou empresarial. A grande questão talvez esteja na permissividade de uma ética onde o máximo de satisfação possível entre desejos, necessidades, interesses e

preferências individuais ou empresariais não esteja subsumida aos interesses sociais/coletivos. Um conflito configurado em uma realidade esteticamente fragmentada que encobre grandes desigualdades sócio-econômicas e culturais, e que alimenta a valorização da saúde e do corpo como objetos de trocas mercadológicas, em contraposição à saúde valorizada como um direito cidadão.

Assim, a ética pode ser confundida com a organização e divisão de responsabilidades dentro de uma empresa e entendida como um código de ações definidos de acordo com os objetivos da instituição (CHAUI, 2011). Um sentido de dedicação e abnegação ao social percebido no serviço público e mal importado pela gerência privada constrói uma precariedade subjetiva aos trabalhadores: o desenvolvimento de uma ética relativizada leva o profissional ao engajamento e dedicação aos valores da empresa, ou seja, de comprometimento coersionado aos seus interesses restritos. Esta ideologia da ética restrita acontece sob um permanente estado de insegurança que exige o máximo das potencialidades do profissional e uma superação sem descanso atrás da produtividade (LINHART, 2011), num ambiente de concorrência exacerbada inter-pares.

A ética, neste sentido, assume a conformação de uma violência estrutural, revelada numa autonomia profissional subsumida a valores morais restritos e relativizados de acordo com interesses particulares. Bem como num mito construído de que a ética utilitarista do tipo hedonista e o relativismo moral devem ser incorporados e naturalizados como fundamentos do mundo moderno. Segundo Adela Cortina (2009) o relativismo ético não consegue considerar a existência de bases morais universalizáveis construídas pela história humana - que pressupõe vínculo com o passado e, ao mesmo tempo, com um projeto de futuro -, mas se baseia na urgência pragmática do instante. Entretanto, a ética implica em níveis diferenciados de reflexão, onde a ação solicita uma reflexão filosófica de modo mediato, o que exige um sereno distanciamento e elaboração. Assim, uma sociedade democrática e plural deve se pautar em mínimos morais, ou seja, princípios, valores, atitudes e hábitos aos quais não podemos renunciar “sem renunciar, ao mesmo tempo, à própria humanidade” (CORTINA, 2009, p. 36).

Neste sentido, as mediações da ética devem conseguir reproduzir nos micro-espacos de poder as contradições, as vulnerabilidades e pluralidades sociais, sem prescindir da percepção do direito no sentido social, do entendimento da ideologia como um trespasse invisível de conceitos hegemônicos na ação cotidiana em saúde e do agente ético como sujeito: consciente e comprometido com o outro – singularizado

nos interstícios das identidades comunitárias.

2.2 Produtividade, ética e incorporação tecnológica

com relação à ética o privado é mais difícil, às vezes o chefe te cobra para pedir mais exames do plano para ti receber mais, tu acabas te batendo com a ética, ele te cobrando uma coisa que eticamente não é correto... na clínica tem uma pessoa que faz os RX - que é difícil manter -, às vezes vem dois chefes cobrando para ti pedir RX sem necessidade, para repassar o valor e ele conseguir manter ela (máquina) lá. Por um lado, eu entendo ele, mas por outro, é completamente anti-ético, eu não posso pedir RX sem realmente a pessoa precisar (P11).

A incorporação tecnológica pelas empresas privadas de saúde acontece na ausência de um planejamento social sob poder de regulação do Estado – não orientado pelas necessidades sociais. Deixa-se ao próprio mercado um amplo espaço de atuação o que, normalmente, significa uma incorporação/compra desregrada de tecnologias, satisfazendo primeiramente, interesses de mercado/consumo. Sob esta perspectiva constrói-se um conflito de interesses no cotidiano profissional: a decisão profissional acaba sendo, muitas vezes, baseada na necessidade de pagamento e manutenção desta tecnologia, em detrimento da real necessidade do seu uso no diagnóstico e/ou tratamento em saúde.

2.3 Ética e autonomia no serviço privado

a gente sabe que na clínica eles forçam um pouquinho mais que tu dê atestado, porque afinal de contas, isto gera consulta... para o teu empregador quanto mais consultas melhor, então, eles sempre forçam para que tu faças tudo que o paciente quer, mesmo que tu aches desnecessário, por exemplo, um paciente que vem só porque quer um exame, tu podes achar que aquele exame não é indicado naquele caso, mas tu sabes que vai ter alguém falando: “este paciente quer, faz o que ele quer”, tu passa o tempo todo por estas questões (P13).

São desveladas situações onde o profissional se sente pressionado na relação com o paciente: um conflito existente entre o respeito à autonomia deste indivíduo - com desejos e necessidades que ele acredita existirem -, e o que o profissional acredita ser realmente necessário com base em um saber-poder construído. Uma relação sempre mediada pela ética, bem como, por interesses mercadológicos e, também, por construções societárias de necessidades de consumo e normalidades auto-impostas ou socialmente aceitas. Uma negociação ativa onde interesses particulares da empresa, do indivíduo, ou mesmo, do próprio profissional podem se sobrepor ao que seria considerado ético sob a perspectiva do cuidado e da proteção.

2. Produtividade, ética e autonomia profissional no serviço público

é bem mais difícil o privado do que o público, o público tu faz o que tu achas que tem que fazer e não tem ninguém pra te cobrar “olha tem que pedir mais exame o rendimento está baixo, tu estás dando pouco dinheiro para a clínica” (P11).

era a terceira cirurgia que ia fazer, não tinha condições de fazer mais uma lipo, daí foi num outro que cobrou mais barato e fez. A menina passou por apuro. Se ela tivesse ido ao hospital público para fazer a cirurgia eles diriam “não minha senhora, a senhora não pode” (P17).

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

Há um sentimento desvelado no serviço público de maior satisfação profissional em um ambiente facilitador de poder-fazer em conformidade com uma decisão ética no sentido do coletivo e de preceitos deontológicos. A relação entre maior produtividade e ética parece ser pautada em posturas comprometidas com o outro, em situações desveladas no trabalho: sob o prisma das necessidades individuais e sociais; expressado como discordância a um comportamento descomprometido de alguns profissionais; e como sofrimento moral.

Segundo Linhart (2011) várias pesquisas demonstram que os valores do serviço público estatal se baseiam no engajamento, na lealdade, na dedicação como qualidades descritas de servidores franceses que se identificam e dedicam a sua instituição e suas missões. O pertencimento não somente ao micro-espço das relações de poder localizadas no próprio consultório ou no ambiente restrito de uma unidade ou equipe de trabalho deve ser ultrapassado por um pertencimento a normas sociais universalizáveis, que não são impostas ou consentidas, mas solicitadas como constitutivas de uma sensação de pertencimento à sociedade.

As vitórias gerenciais modernas tentam domesticar pela racionalidade econômica seguindo uma estratégia de individualização sistemática. No campo da saúde um processo facilitado pelas especializações, incorporações fragmentadas de novas tecnologias, autonomias herméticas e hierarquias arraigadas, que conduzem a uma descaracterização do valor socializante do trabalho com perda de sua dimensão altruísta.

3. Produtividade, ética e autonomiado paciente/usuário

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

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

no setor privado as pessoas que procuram o teu atendimento são de maneira geral mais esclarecidas, elas te questionam mais a respeito do diagnóstico e tratamento e elas exigem mais. No setor público o que eu vejo esta diferença é a verdadeira carência do povo, muitas vezes até a ignorância, eles pouco te questionam e o atendimento que você presta, eles se satisfazem

pelo simples fato de terem sido atendidos nesse dia, porque às vezes, tem que esperar muito mesmo e acabam não sendo atendidos (P20).

Um debate ético parece perpassar os espaços de autonomia: o que seria um comprometimento com a autonomia do usuário na singularidade relacional profissional-paciente, considerando interesses, necessidades, desejos e saberes do paciente nesta construção dialógica?

Para Merhy (2012) uma aposta no SUS utopia e na vida como direito inalienável de cada pessoa, está relacionada com a maneira como o outro é ouvido/tratado: como objeto ou sujeito. Há um saber-poder constituído que pode significar vínculo como dominação, além de escutas e falas com consideração diferenciada: especialmente na diferenciação público/privado. É construída uma lógica em que o saber do usuário só interessa se ele falar aquilo que se quer ouvir.

Há um forte *ethos* enraizado sob uma realidade social de profunda desigualdade e vulnerabilidades como enfoque de classe: ‘pobre tem menos cultura e conhecimento dos seus direitos’, portanto, tem um entendimento mais simples, não precisa ser ouvido, não quer, ou apenas ‘obedece’ - associado a uma urgência no atendimento ou a uma realidade de fila de espera. A autonomia do paciente e/ou um poder de pressão (certo empoderamento pessoal ou familiar) sobre a decisão profissional está subsumida ao objeto-fetiche do pagamento direto ou indireto através de planos e convênios como mediador da relação profissional/paciente. Há uma relação de subserviência ou diferença no respeito à “autonomia” do paciente em função deste pagamento ou ganho secundário, associada a uma abertura profissional à possibilidade de exigência ou escuta “a mais” se comparado ao usuário que “não paga”.

Na relação público-privado diferentes lógicas são pautadas pelos profissionais no seu cotidiano, jogando com graus diferenciados de autonomia, humanismo, racionalidade científica, coerção e controle, a partir de uma esfera de decisão singular profissional-paciente. Há toda uma interface entre verdade, saber e poder que se constitui em estratégias de poder – contidas nos próprios discursos científicos -, não somente na forma como são racionalizados “essas produções de verdades não podem ser dissociadas do poder e dos mecanismos de poder, ao mesmo tempo porque esses mecanismos de poder tornam possíveis, induzem essas produções de verdades” que, ao mesmo tempo, adquirem efeitos de poder (FOUCAULT, 2012, p. 224).

A ideologia como algo que faz parte ativa destas inter-subjetividades atua de forma indelével na formação destas singularidades relacionais. Segundo Santos (2011) a emergência da dupla tirania do dinheiro e da (des) informação, conforma uma lei ideológica do valor que ganha espaço no campo da saúde e é responsável “pelo abandono da noção e do fato da solidariedade... daí o despreço à saúde como um bem individual e social inalienável” (SANTOS, 2011, p. 48). O incremento da acumulação de capital na saúde num mercado propalado como inevitável, insubstituível e irrevogável, torna nebulosa a visão da possibilidade de uma publicização universalizada; de uma proteção às vulnerabilidades sociais; de um referencial de qualidade-produtividade; como também, de certa naturalização do ganho secundário sobre a “pauperização” da coisa pública.

A construção de um ambiente de forte aproximação de trabalho entre dois serviços com lógicas e objetivos distintos - entre o lucro (produtividade) e as necessidades sociais -, pode ser responsável por problemas éticos, construindo uma precariedade subjetiva ao profissional. A identidade profissional tende a uma visão empresarial/comercial/liberal no serviço em detrimento do comprometimento com um direito cidadão, a partir da fraca identificação do profissional como trabalhador com identidade de classe - coletiva.

CONCLUSÃO

O profissional da saúde convive cotidianamente com o confronto entre o ideal liberal de mercado na saúde e a lógica do serviço público – baseada nas necessidades sociais. Nos últimos governos brasileiros marcados por certa resistência às políticas neoliberais, emerge forte contradição: a tentativa de conciliação de um projeto de saúde universalizado, baseado em uma visão socializante ou keynesiana neo-desenvolvimentista de Estado, com modelos dominados pelo mercado financeiro e encarnados na ideologia da privatização, individualização de benefícios e desregulamentação. O pensamento de maior inclusão para o desenvolvimento através de políticas sociais é coersionado pela “necessária” austeridade do Estado brasileiro. Os conflitos e disputas em torno de escassos recursos públicos se agrava e isto fortalece a participação do setor privado na oferta de serviços de saúde. Pergunta-se: esta dualidade na saúde brasileira coersiona a quebra dos direitos à saúde relacionada ao estatuto de cidadania e pleno emprego, no sentido

de modelos diferenciados pobre-ricos?

Uma convivência pelos profissionais da saúde com valores-fetiche construídos no processo de reestruturação produtiva centram o debate da ética na intersecção com a ideologia de mercado como pauta reflexiva nos interstícios relacionais do trabalho. As diferentes alteridades e a dimensão subjetiva assumem caráter essencial nas sociedades contemporâneas. Nesta subjetividade atuam o estresse associado ao medo da perda do emprego, a insegurança da precariedade no trabalho, a maximização da lucratividade em um padrão produtivo pautado na “competição” e na busca da “excelência” técnica: hegemônico como referência de serviço. Uma realidade que parece contribuir para quebrar redes de solidariedade e mediações éticas pautadas no comprometimento com o outro.

O sentimento percebido de impotência ou mesmo passividade na incorporação acrítica de um relativismo ético restrito ao espaço e interesses individuais ou da empresa, parece um importante problema ético na cadeia de novas questões advindas do conflito público/privado. Há um contexto de falta de perspectivas sociais transcendentais à ordem estabelecida com intensificação do individualismo em detrimento da valorização do sujeito, do privado sobre o coletivo. Os empregos precários e baixos salários, a retirada de benefícios sociais e a incorporação de tecnologias com novas cargas de trabalho, configuram uma realidade de instabilidade que atinge a satisfação no trabalho e a formação do sujeito reflexivo.

Ao contrário de representar um pensamento acabado esta relação entre produtividade, comprometimento e ética abre portas para um debate importante no campo da saúde coletiva na contemporaneidade. A construção do *self* em uma relação de pertencimento a uma comunidade, onde se pode participar da dimensão universal da esfera pública como indivíduos singulares, coloca em pauta uma nova valorização do serviço público na construção deste indivíduo si – solidário. A referência de serviço profissional pautado numa formação e num espaço de trabalho relacional “gentificado”, com escuta atenta aos indivíduos e coletivos como direito, parece necessitar de espaços de debate coletivos sobre a ética.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 115-128.

CASTEL, R. **A insegurança social: o que é ser protegido?** Petrópolis: Vozes, 2005.

CECCIM, R. B. et al. Imaginários sobre a perspectiva pública e privada do exercício profissional em saúde e a educação em saúde. In: PEREIRA, R. C, SILVESTRE, R. M. (orgs). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde - Brasil, 2009.

CHAUÍ, M. Ética e Violência no Brasil. **Rev Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 5, n. 4, p. 378-383, 2011.

CORTINA, A. **Ética mínima**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

FORTES, P. A. C. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 25-39, 2008.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia do compromisso**. São Paulo: Villa das Letras, 2008.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 2011.

LINHART, D. Entrevista: Danièle Linhart. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 149-160, 2011.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar. **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, v.16, n. 3, p. 35-51, 2007.

MARX, K. **O capital**: Crítica da economia Política: livro 1. 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 24-47.

MERHY, E. E. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012.

MORAES, R., GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. Rio Grande: UNIJÍ, 2011.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2011.

ZIZEK, S. **Em defesa das causas perdidas**. São Paulo: Boitempo, 2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar as implicações éticas voltadas à intersecção público-privado no contexto brasileiro e na relação subjetiva dos profissionais da saúde com o seu trabalho, pós-reestruturação produtiva, desvelou alguns problemas éticos neste cenário a partir do olhar do profissional em saúde e abriu portas a importantes enfoques contemporâneos. O entendimento e a negociação a partir de uma disposição ética, racional e sensitiva que marca os processos de trabalho na saúde - em relações humanizadas -, devem ser compreendidos, também, como processos singulares perpassados pelo macro-político e ideológico. Mantém-se como desafio a restauração de laços sociais rompidos por um aparato técnico-científico subsumido a subjetividades construídas em base aos desejos de consumo e interesses de mercado.

Incorporar o sentido molar e coletivo das necessidades sociais e o micro-político das tecnologias relacionais do não-lucro e do respeito ao diferente, apontam para uma relação importante entre “ser” e “dever ser” e sinalizam a identificação prazer/dever como um ideal utópico de reflexão ética. Foram trabalhados diferentes sentidos na compreensão destes processos em saúde:

1. A percepção de problemas estruturais do duplo vínculo trabalhista e a alta demanda nos serviços públicos de saúde como facilitadores de relações promíscuas na intersecção público/privado. Configura-se uma série de problemas éticos como a indução de complementação ou substituição público/privado, localizados tanto nas restrições de autonomia do paciente dadas pelas determinações sociais, quanto na vontade ou intenções do profissional. Problemas que distorcem a essência do comprometimento com o outro si e social. Assim, os problemas éticos desvelados na intersecção público/privado acontecem sob novas formas: como complementação de pagamento, na relação entre qualidade/humanização e ganho secundário, a partir de uma capitalização sobre a doença, e na incorporação tecnológica com ausência de planejamento subsumido aos interesses da coletividade – como política pública. Pergunta-se: como haver uma construção ética de comprometimento com o outro nos possíveis acordos construídos em comum, quando os interesses privados ficam subsumidos ao imperativo da lucratividade?

Para esta resposta, não basta enunciar a autonomia como preceito “a priori”, pois a ética que tem seu ancoradouro nas singularidades relacionais não pode prescindir de um sentido molar de transformação

em um contexto pautado nas vulnerabilidades humano-sociais e no sentido de justiça. A associação de uma ética utilitarista do tipo hedonista e/ou relativizada aos interesses individuais ou da empresa, em situações permissíveis de complementação ou substituição público-privado, mantém intactas as armadilhas que transformam saúde em mera mercadoria. Desta maneira, o investimento ético não pode significar a recusa de horizontes coletivos transcendentais à ordem estabelecida, com posturas ancoradas apenas em uma boa moral e consciência individuais.

2. A ausência de comprometimento com o outro como fato do mundo moderno surge como efeito e ao mesmo tempo causa de um processo contraditório: o isolamento coersionado dos indivíduos que impede ou dificulta um olhar reflexivo sobre si mesmo enquanto parte de um todo social, histórico e possível de “dever ser”, e como realidade de num mundo cada vez mais construído em redes, ou seja, em espaços de inter-comunicação. Na lógica do serviço público, quando há o comprometimento com o outro, o incremento da qualidade e da excelência passam: pela construção de um debate coletivo sobre a ética; pela valorização do profissional não como coisa, mas como sujeito dos processos construtivos em saúde; pelo fortalecimento da sua satisfação no trabalho; por um ideal ligado ao não-lucro (não subsumido ao imperativo da lucratividade e ao ideal liberal); pela construção de uma inter-subjetividade profissional que permita uma percepção de si mesmo enquanto parte singular e essencial de um coletivo de trabalho e de um todo social; pelo respeito às possíveis diferenças e autonomias na relação profissional-paciente; mas também, pela visualização e engajamento às necessidades coletivas e/ou comunitárias.

3. Na contemporaneidade brasileira, a permanência dos dois serviços - público/privado - como uma dualidade de interesses, acaba atuando como balizador de produtividade e qualidade no ritmo de trabalho imposto a partir do imperativo da lucratividade pessoal ou empresarial. Um imperativo inexistente no serviço público, mas que age como uma ideologia contaminadora de todos os espaços relacionais, que impõe a lógica liberal/privatista como referencial de qualidade, construindo situações conflitantes entre lógicas diferentes: das necessidades sociais e do mercado. A ética no serviço público deveria estar embricada em uma construção intersubjetiva enquanto sujeito relacional - de comprometimento com o coletivo/social e solidário, estabelecida no diálogo entre o saber popular e o científico no resgate da dignidade do sistema público de saúde, do usuário e do próprio profissional.

A ampliação dos espaços coletivos e/ou institucionais de debate

da ética e bioética com enfoque na subjetividade do profissional da saúde na intersecção público/privado, com incorporação da sociedade de forma representativa surge como meta no resgate do trabalho como espaço de vivência e formação do “ser”- profissional. Parece significativo para a construção desta qualidade e excelência públicas, mediadas pela ética, a busca por um humano que não se perceba isolado do todo, mas como um sujeito que pensa e que pode construir um diferencial no seu trabalho, “gentificado” e fazedor de história, que tenha como referencial principal o corpo social. Ao menos, enquanto os seres humanos perecerem ao mesmo esquema capitalístico de sociedade - mesmo contemporâneo -, que não possibilita a identificação entre prazer e dever, a partir da sua superação como mercadorias e em relações humanas subsumidas às distinções de classe.

4. Na realidade do profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva, as mudanças nas relações de mercado (o crescimento acentuado do mercado de planos, clínicas populares, visão empresarial e de acumulação de capital) acentuam uma concorrência inter-pares que desperta ressentimentos e constrói uma nova realidade de precarização profissional no trabalho. Se por um lado, há um forte investimento em especialização e estímulo ao consumo estético para sobrevivência no mercado liberal da odontologia, por outro lado, há a transformação da clássica odontologia liberal em trabalho precarizado, mal remunerado e com pouca visualização de direitos ao profissional. Além disto, um percentual importante de profissionais que atuam somente na odontologia pública, solicita novas necessidades identitárias. Parece significativo na construção de uma excelência da odontologia pública o resgate da estética como parte desta saúde bucal e a construção de espaços de debate ético com participação e envolvimento com comunidades.

As mudanças na formação e na educação permanente não são suficientes para construção de uma excelência no serviço público – incluindo a odontologia -, se não há uma política de valorização do servidor, com investimento na satisfação do profissional da saúde e no debate em torno da ética da responsabilidade a partir de uma necessidade desvelada de comprometimento com o outro – um indivíduo si coletivo e histórico. Mostra-se uma necessidade emergente um espaço cidadão-profissional-inclusivo no serviço, como espaço intersubjetivo e como anteparo aos sofrimentos morais e ideologias de mercado, articulando espaços de participação/controle social como os conselhos de saúde e espaços bioéticos de debate coletivo, em direção a uma nova concepção identitária do profissional.

O comprometimento com o outro na construção de espaços que não estejam impregnados de hierarquia baseada no saber-fazer leva ao ser comunitário para além dos ambientes de consultório. Uma realidade que não têm ainda suficiente visibilidade pelo profissional e se traduz em dificuldades na construção da saúde como cidadania. A ampliação e o comprometimento com a construção destes espaços democráticos, muitos já conquistados na luta pelo direito à saúde no Brasil e pautados nos princípios do SUS, precisam ser reformulados e ampliados como espaços de poder com forte potencial de mudança e valorização profissional.

Permanece como grande desafio diminuir as distâncias entre as reais necessidades das pessoas e o sistema de saúde, quebrando um padrão tradicional de poder/saber-fazer apenas contido em relações individualizadas de consultório, ainda hegemônicas. Outro importante desafio é dar continuidade ao debate da ética na relação público/privado e sobre a subjetividade do profissional sob coerção da ideologia de mercado pós-reestruturação produtiva. Procurou-se iniciar um caminho para o aprofundamento destes processos contemporâneos relacionados à ética e à subjetividade do profissional da saúde. Um caminho ainda incipiente, que promete ser longo e que deve ser trilhado e ampliado rumo a um sistema de saúde verdadeiramente único e de qualidade no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.

ANDREAZZI, M. F. S.; OCKÉ-REIS, C. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 521-544, 2007.

ANDREAZZI, M. F. S.; KORNIS, G. E. M. Transformações e Desafios da Atenção Privada em Saúde no Brasil nos anos 90. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 157-191, 2003.

ANDREAZZI, M. F. S.; ANDREAZZI, M. A. R.; CARVALHO, D. M. Dinâmica do Capital e sistemas locais de saúde: em busca de uma análise integradora do setor saúde. **Interface -comunic, saúde, Educ**, v. 9, n. 18, p. 43-58, jan/jun. 2006.

ANDREAZZI, M. F. S. et al. Copagamentos no Sistema Público Brasileiro: anomalia ou tendência? **Serv. Soc. Soc.**, n. 105, p. 89-109, jan./mar. 2011.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 115-128.

_____. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2011.

_____. **Alerta vermelho**. Predomina o pagamento por procedimento médico, modalidade de remuneração que estimula a decomposição de ações assistenciais e o interesse na realização ou cobrança de exames e tratamentos caros, 2013. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/opiniaio/alerta-vermelho-8357118>>. Acesso em: 20 mai. 2013.

BAHIA, L; SCHEFFER, M. **Planos e Seguros de Saúde**: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: UNESP, 2010.

BARLEM, E. L. D. et al. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 681-688, 2012.

BAUMAN, Z. **Identidade: entrevista a Benedetto Vecchio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

_____. **A ética é possível num mundo de consumidores?** Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

BEAUCHAMP, T. L, CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BEHRING, E. R. **Política social no capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 37.

BECK, U. Individualização, institucionalização e padronização das condições de vida e dos modelos biográficos. In: BECK, U. **Sociedade**

de risco. Rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34, 2010.

BELLUZZO, L. G. **Os antecedentes da tormenta:** origens da crise global. Campinas: Editora Unesp, 2009.

BLOLAND, P. et al. The role of public health institutions in global health system strengthening efforts: the US CDC's perspective. **PloS Medicine**, v. 9, n. 4, p. 1-5, 2012. Disponível em: <www.plosmedicine.org>. Acesso em: 20 mai. 2013.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde.** São Paulo: Editora Unicamp, 2011.

BOTAZZO, C. **Da arte dentária.** São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2000.

_____. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006.

BRAGANÇA, D. P. P. et al. Avaliação dos procedimentos clínicos mais glosados nos convênios odontológicos. **RFO**, Passo Fundo, v. 16, n. 2, p. 136-139, mai./ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S. O público, o estatal, o privado e o particular nas políticas públicas de saúde. In: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOSA, R. (Orgs.) **O público e o privado na saúde.** São Paulo: Hucitec/Opas/IDRC, 2005.

CASTEL, R. **A insegurança social: o que é ser protegido?** Petrópolis: Vozes, 2005.

CAVALCANTI, A. L. et al. Odontologia e o Código de Defesa do Consumidor: análise dos processos instaurados contra cirurgiões-dentistas e planos odontológicos em Campina Grande – Paraíba. **Rev Odontol UNESP**, Araraquara, v. 40, n. 1, p. 6-11, jan./fev. 2011.

CECCIM, R. B. et al. Imaginários sobre a perspectiva pública e privada do exercício profissional em saúde e a educação em saúde. In: PEREIRA, R.C.; SILVESTRE, R.M. (Orgs). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde – Brasil, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface – comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.11, n. 22, p. 345-51, May/Aug. 2007.

CHAUÍ, M. Ética e Violência no Brasil. **Rev Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 5, n. 4, p. 378-383, 2011.

CHESNAIS, F. **A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, conseqüências**. São Paulo: Boitempo, 2011. p. 20-21.

CORTINA, A. **Ética mínima**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

COELHO-FERRAZ, M. J. P.; VALVASSORI, A.; OLIVEIRA, R. A. Estudo da Odontologia como ciência da vida. **Rev. Bioét.**, v. 19, n. 1, p. 95-103, 2011.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, 2009.

COSTA, I. C. C.; ARAÚJO, M. N. T. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1181-1189, 2011.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2007.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 2011.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L. D. A ciência odontológica, Sísifo e o “efeito camaleão”. **Interface, comunicação, saúde, educação**, v. 13, n. 29, p. 339-351, abr./jun.2009.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4481-4492, 2011.

FORTES, P. A. C. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 25-39, 2008.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs.) **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

_____. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia do compromisso**. São Paulo: Villa das Letras, 2008.

FREITAS, C. H. S. M. Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 25-38, jan./abr. 2007.

GADELHA, C. A. G. O Complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

_____. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 11-23, 2006.

GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. **Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano**. São Paulo: Gaia, 2006.

GOMES, D.; DA ROS, M. A. A etiologia da cárie no Estilo de Pensamento da ciência odontológica. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 1081-1090, 2008.

GOMES, D. et al. Satisfação e sofrimento no trabalho do cirurgião-dentista. **RFO**, Passo Fundo, v. 15, n. 2, p. 104-110, mai./ago. 2010.

GIDDENS, A.; BECK, U.; LACH, S. **Modernização Reflexiva:** política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997.

GRACIA, D. **Pensar a bioética:** metas e desafios. São Paulo: Loyola, 2010.

GUATARRI, F. Entrevista sobre o anti-Édipo. In: DELEUZE G. **Conversações.** 2. ed. São Paulo: 34, 2010.

HARVEY, D. **O novo imperialismo.** São Paulo: Loyola, 2004.

_____. **A condição pós-moderna.** São Paulo: Loyola, 2011.

HOBBSBAWN, E. **A era dos extremos.** São Paulo: Schwarcz, 2002.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios:** um panorama da saúde no Brasil. Disponível em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2013.

JAKUBWSKI, E.; SALTMAN, R. B. **The changing national role in health system governance.** United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies, 2013.

JAMENSON, F. O pós-modernismo e o mercado. In: **Um mapa da Ideologia.** Rio de Janeiro: Contraponto, 1999.

KOSIK, K. **Dialética do concreto.** São Paulo: Paz e Terra, 2002.

KRUGMAN, P. **A consciência de um liberal**. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2010.

LINHART, D. Entrevista: Danièle Linhart. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 149-160, 2011.

LÓPEZ-FERNANDES, L. A. et al. Está em peligro la cobertura universal em nuestro sistema nacional de salud? **Cac. Sanit.**, v. 26, n. 4, p. 298-300, 2012.

LUNARDI, V. L. et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 599-603, 2009.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar. **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, v.16, n. 3, p. 35-51, 2007.

MARX, K. **O capital**: Crítica da economia Política: livro 1. 23ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 24-47.

MERHY, E. E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos**: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Disponível em:
<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>.
Acesso em: 15 mar. 2012.

_____. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa,

molecularidades. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012.

MÉSZARÓS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

_____. **O poder da ideologia**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MINAYO-GOMEZ, C.; COSTA, S. M. F. T. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 411-421, 1999.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. Rio Grande: UNIJÍ, 2011.

NARVAI, P. C. Recursos Humanos para Promoção da Saúde Bucal. In: KRIGER, L. (Org.) **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

_____. Saúde Bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 141-147, 2006.

NOGUEIRA, R. P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 24-47.

OCRÉ-REIS, C. O. SUS: o desafio de ser único. In: SANTOS, N. R., AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 101-114.

O GLOBO. **Internação de pacientes de planos na rede pública cresce 60%**. Disponível em:

<http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=1270>.

Acesso em: 20 mai. 2013.

PELBART, P. P. **Vida capital: Ensaio de Biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003. p. 55-59.

PENA, P. G. L.; MINAYO-GOMEZ, C. Premissas para a compreensão da saúde dos trabalhadores no setor serviço. **Saúde soc.**, v. 19, n. 2, p. 371-383, 2010.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 2008.

PRADO, M. L. et al. El diseño en la investigación cualitativa.

Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. Washington: OPS, 2008. p. 87-100.

RACHELS, J. **Elementos de filosofia moral**. Lisboa: Gradiva, 2004.

RAMOS, F. R. S. **Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde**. 1995. f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

RAMOS, F. R. S.; NITSCHKE, R. G.; BORGES, L. M. A bioética nas contingências do tempo presente – a crítica como destino? **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 788-796, out./dez. 2009.

SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 151-164, 2001.

SALIBA, O. et al. Honorários praticados por operadoras de planos odontológicos e pelo SUS em relação aos definidos pelo Conselho Federal de Odontologia. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v. 47, n. 4, out/dez. 2011.

SANCHEZ, H. F.; DRUMOND, M. M.; VILAÇA, E. L. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 523-531, 2008.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2011.

SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n.6, p. 2743-2752, 2011.

SANTOS, I. S., UGÁ, M. A. D., PORTO, S. M. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SAUVIAT, C. Os fundos de pensão e os fundos mútuos: principais atores da finança mundializada e do novo poder acionário. In: CHESNAIS, F. **A finança mundializada**. São Paulo: Boitempo, 2011.

SILVA, H. P.; PETRAMALE, C. A.; ELIAS, F. T. S. Avanços e desafios da política nacional de gestão de tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. supl., p. 83-90, 2012.

SILVA, L. A.; CASOTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia de saúde da família e a mudança no modelo de atenção. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p.

221-232, 2013.

SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção em saúde pública. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs.) **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2003.

SODRÉ, F. O Trabalho e as redes. In: MINAYO-GOMEZ, C (Org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

SOUZA, R. G.; BODSTEIN, R. C. A. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 481-492, 2002.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 48-61, 2001.

TRINDADE, E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 951-964, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VILALBA, J. P.; MADUREIRA, P. R.; BARROS, N. F. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 27, n. 3, p. 262-268, 2009.

VILELLA, M. C. et al. M. Perfil e grau de satisfação profissional de cirurgiões-dentistas credenciados a uma operadora de planos odontológicos. **Braz Dent Sci.**, v. 13, n. 6, p. 39-44, jan./jun. 2010.

WARMLING, C. M.; MARZOLA, N. R.; BOTAZZO, C. Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino brasileiro da odontologia. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-195, jan./mar. 2012.

ZIZEK, S. **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999.

_____. **Primeiro como tragédia, depois como farsa**. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. **Em defesa das causas perdidas**. São Paulo: Boitempo, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE 01 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a), caso aceite participar, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é das pesquisadoras responsáveis.

A pesquisadora se coloca à disposição para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelos contatos informados neste termo assim como pessoalmente, se assim o preferir. As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação prévia.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa intitulada A SUBJETIVIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PÓS-REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA tem por objetivo analisar as implicações éticas das experiências de profissionais que atuam simultaneamente em instituições públicas e privadas de saúde no contexto brasileiro pós-reestruturação produtiva.

A coleta de dados será realizada através de entrevista que será respondida no seu local e horário de preferência. Você poderá em qualquer momento, se assim desejar, desistir da pesquisa sem qualquer prejuízo.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. É assegurado o anonimato e a confidencialidade das informações.

CONTATO DA PESQUISADORA

Pesquisadora responsável: Doutoranda Doris Gomes

Telefone para contato: 33042610 ou 99162119

E-mail: dorisgomes@bol.com.br

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Data: ____/____/____

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

APÊNDICE 02 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Local (is) de Trabalho:

1. Como é o seu trabalho no setor público e no setor privado?
2. Em que se diferencia sua experiência de trabalho no setor público e privado em relação a:
 - 2.1 Relações de trabalho com outros trabalhadores e gerência
 - 2.2 Sua realização pessoal e profissional
 - 2.3 O resultado do trabalho e a integralidade na atenção
 - 2.4 Questões relacionadas à ética

Problemas éticos:

1. Já passaste por situações que suscitaram questões éticas no trabalho público em relação ao privado (inter-relação publico/privado)? Um relato.
2. Já presenciaste o que poderias chamar de infração ética no serviço? Um relato.