

A solidariedade na medicina de família no Brasil e na Itália:

refletindo questões éticas e desafios contemporâneos

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima¹
Marta Inez Machado Verdi²

SOUZA LIMA, R.C.G.; VERDI, M.I.M. Solidarity in family medicine in Brazil and in Italy: reflecting on ethical issues and contemporary challenges. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.29, p.271-83, abr./jun. 2009.

This study reflects on solidarity in the practice of family medicine in two realities. The objective is to search for solidarity as an ethical principle in the relationship between family doctor and subject. It is a descriptive exploratory research carried out in Florianópolis, state of Santa Catarina, Brazil, and in the Province of Rome, Lazio Region, Italy. It included fourteen Brazilian family doctors and fifteen Italian family doctors. The theoretical framework consisted of Pierre Bourdieu's theory of Symbolic Power. The results show the importance of the role of the family doctor in the materialization of this ethical principle, as a spokesman for scientific knowledge and as an agent of a State policy. Solidarity was understood within distinct domains and the discursive productions also demonstrated the negation of solidarity in such practice. Globalization proved to be a contemporary challenge for an ethical practice of family medicine that is marked by solidarity.

Keywords: Solidarity. Family medicine. Brazil. Italy. Ethics.

Este estudo reflete sobre a solidariedade na prática da medicina de família no Brasil e na Itália, na perspectiva de buscá-la como um princípio ético na relação entre médico de família e sujeito. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, realizada em Florianópolis, Brasil, e na Província de Roma, Itália, com 14 médicos de família brasileiros e 15 médicos de família italianos. Sob o referencial da teoria de poder simbólico de Pierre Bourdieu, os resultados mostraram a importância do papel do médico de família na materialização deste princípio ético, enquanto porta-voz autorizado pelo saber científico e agente de uma política de Estado. A solidariedade foi apreendida, neste recorte, sob distintos domínios, e as produções discursivas também expressaram a negação da solidariedade nesta prática. Em nível macro, a globalização revelou-se um desafio contemporâneo para o exercício ético e solidário da medicina de família.

Palavras-chave: Solidariedade. Medicina de família. Brasil. Itália. Ética.

¹ Cirurgiã-dentista. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Rua Francisco Vieira, 567. Morro das Pedras, Florianópolis, SC, Brasil. 88.066-010 rcgslima@terra.com.br
² Enfermeira. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, UFSC.

Introdução

O debate contemporâneo sobre solidariedade apresenta-se voltado para um vasto universo de concepções e representações advindas de distintos sujeitos, individual e coletivo, e distintas produções discursivas.

Neste artigo, a solidariedade será analisada como um princípio ético norteador da relação entre médico de família e sujeito³, quando essa relação é processada no domínio da liberdade, e será pensada em uma dimensão moral para uma prática ética no campo da medicina de família.

Parte do entendimento de que essa prática é um espaço social de igualdade e de diferenças, no qual um dos sujeitos é um agente social autorizado pelo saber científico para participar do processo de cuidado daquele que a ele se dirige em condições de vulnerabilidade. Além disso, infere que a materialização desse campo social de interações simbólicas como um espaço solidário depende das especificidades das relações de poder e dos efeitos da biopolítica.

Essa estratégia de Saúde Pública de controle dos corpos – biopolítica – surgiu na política médica européia, no século XVIII, como a primeira forma de medicalização do indivíduo, com a finalidade de proteger o corpo social para o funcionamento da política higienista. Seu dispositivo – biopoder – detém expressiva visibilidade na cultura contemporânea de prevenção ao risco de sociedades democráticas e pluralistas, transformando o corpo, continuamente, em realidade biopolítica (Foucault, 2007).

O estudo de Pierre Bourdieu (1996) sobre as trocas linguísticas, relações de comunicação que se estabelecem especialmente sob relações de poder simbólico, trouxe expressiva contribuição para a análise da realidade social, de ações e práticas sociais, e corrobora, portanto, esta reflexão. Parte da premissa de que há um produtor (locutor) dotado de um capital linguístico, um consumidor (mercado) com capacidade para gerar um lucro em dimensões simbólicas e materiais, e um valor adquirido na relação produtor-mercado que depende das relações de poder estabelecidas a partir da competência linguística do produtor.

Nessa lógica sociofilosófica, os discursos carregam atributos simbólicos que oficializam o reconhecimento de uma dada classe de agentes, e a autorização para construir enunciados performativos, ou seja, para ser legitimado como um mercado autorizado depende: do grau de oficialidade concedido pela competência linguística, da oferta do mercado (saber científico), da demanda discursiva produzida e da capacidade de percebê-la (Bourdieu, 1996).

Contextualizando para o encontro médico de família e sujeito, pode-se deduzir que, uma vez oficial o mercado linguístico dos médicos de família, haja vista o aval a ele concedido pela competência linguística e pelo reconhecimento coletivo de seu capital simbólico, esses profissionais detêm a autoridade de enunciar e divulgar seus discursos na qualidade de porta-vozes autorizados. São agentes sociais cujas práticas linguísticas possuem recursos que podem dar conta, desde que disponibilizados, de gerar estratégias concretas e simbólicas para uma prática médica solidária.

O médico de família, no uso de suas disposições discursivas, pode gerar positivities no despertar do capital simbólico do sujeito, fortalecendo seus valores e respeitando seu direito de estabelecer novas normas para ancorar a saúde que deseja restabelecer para si (Canguilhem, 2006). Desse modo, a prática seria delineada, não no domínio da necessidade, mas no domínio da liberdade. Uma prática ética e dialógica. Uma prática solidária.

Caponi (2000, p.44) coaduna desse pensamento ao conceber a solidariedade, em sua dimensão moral, como “um dos princípios éticos mais desejáveis”

³ *Sub-jectum*, o que resulta da relação [e] do corpo a corpo entre viventes e dispositivos (Agamben, 2007).

fundamentado no respeito à autonomia, na admiração, na disposição simétrica entre sujeitos morais e materializado por meio de palavras, linguagem, diálogo, argumentação e disponibilidade (Caponi, 2000). A representação de que “o eu e o outro tiveram a mesma experiência” (Sennett, 2003, p.62).

Ao se percorrer o processo histórico da prática médica (Cosmacini, 2005; Caponi, 2000), percebe-se que, ao contrário dessa prática dialógica sobre o domínio da liberdade, a prática hegemônica é de um modelo relacional construído, ao longo da história, como desigual, sustentada provavelmente pela representação do sujeito ser passivo, e pelo reconhecimento de ser o médico uma autoridade detentora de um saber que prescinde o saber do sujeito.

Essa reflexão será realizada em duas sociedades globais, democráticas, complexas e distintas em seus Índices de Desenvolvimento Humano (IDH)⁴, Brasil e Itália, com o propósito de compreender se a solidariedade está inserida, como um princípio ético, no contorno das relações simbólicas dessa prática e a influência de capital cultural.

⁴ A Itália ocupa a 20ª posição no ranking mundial de IDH e o Brasil a 70ª posição (Brasil, 2008).

Ambos os países estão em processo de reorganização da Atenção Primária; temporalmente distanciados em seus processos históricos de Saúde Pública, mas ideologicamente aproximados, no século XX, em movimentos de restrição de liberdade (Estado Fascista e Estado Novo), e em movimentos de clamor por liberdade (Reformas Sanitárias); e irmanados biopoliticamente, no século XXI, por meio da cultura de prevenção ao risco.

Ponderadas essas similaridades, distanciamentos e distintos efeitos de biopoder em uma sociedade globalizada desenvolvida (Itália), e em uma sociedade globalizada em desenvolvimento (Brasil), a análise do espaço social médico de família e sujeito, do ponto de vista ético, sustenta-se, não isoladamente, mas a partir desses efeitos.

Breve retrospectiva da Saúde Pública na Itália e no Brasil

O Estado Italiano detém um reconhecimento histórico mundial no que concerne às primeiras ações realizadas no campo da Saúde Pública. Os primeiros construtores de instalações sanitárias, aquedutos, sistemas de esgotos e de banhos foram os romanos, no período em que conquistaram o mundo mediterrâneo (Rosen, 2006).

As primeiras medidas de desinfecção pública foram adotadas ao final do século XIII para o enfrentamento do primeiro episódio de peste negra. Organicamente, a Saúde Pública emergiu, na Itália, no século XV, período de transição do mundo feudal para a idade moderna, em um cenário de novos episódios da antiga peste. Nos séculos XVI e XVII, o país enfrentou epidemias urbanas; adentrou o século XVIII imerso em doenças da pobreza e do progresso, e, após sua unificação no século XIX, viveu a primeira reforma sanitária, por meio da qual o país conseguiu melhorar a saúde dos italianos, uma vez que associara a medicina social ao aporte científico da bacteriologia (Cosmacini, 2005). Nessa primeira reforma sanitária emergiu a biopolítica, estratégia adotada para a manutenção da ordem do corpo social (Guzzanti, 1999).

Na emergência do século XX, a Itália defrontou-se com a Primeira Guerra Mundial, intitulada “a última epidemia”, e com o fascismo. Nesse regime, eclodiu a política sanitária higienista de Mussolini, que apresentara ao país uma política preventiva centralizada e voltada para a desinfecção pública. As epidemias se faziam ainda presentes e, com a Segunda Guerra, “a mãe das revoluções”, o país viu-se assolado por endemias urbanas (Cosmacini, 2005).

Reconstruiu-se após a Segunda Guerra, conquistou inúmeras reformas

sanitárias, entre elas, a Reforma Sanitária 78, da qual nascera o Serviço Sanitário Nacional (SSN), cuja proposta central era a de consolidar o direito à saúde de modo universal, a partir da descentralização da gestão sanitária para Unidades Locais de Saúde. O SSN fora garantido, no plano jurídico, mediante a Lei 833/78, e a emergência desse serviço público italiano ocorrera sob o véu de insurgência de um novo dispositivo de biopolítica nas sociedades democráticas, segundo Berlinguer (1997), utópico: Saúde para todos no ano 2000.

Com a Reforma Sanitária *De Lorenzo-Garavaglia*, em 1992, a Itália passou a adotar um novo modelo de gestão sanitária, com vistas à regionalização, sob o comando de diretores gerais, sanitários e administrativos. Conjuntamente a essa proposta, a medicina de família, na representação de seus sindicatos, decidira pela medicina privada. O médico de família, anteriormente servidor público municipal, passou a ser um profissional liberal conveniado ao Serviço Sanitário Nacional (Itália, 1992). O país adentrou o século XXI municiado da biopolítica de prevenção ao risco, e o Plano Sanitário Nacional, elaborado para o biênio 2006-2008, comprometera-se com a reorganização da Atenção Primária.

Já no Brasil, essa trajetória histórica iniciou-se no século XX, período da Primeira República, no qual emergiram as primeiras políticas de Saúde Pública, instituídas em um cenário de grandes transformações sociais e econômicas direcionado para uma política de modernização e inserção do modo de produção capitalista. Três políticas sanitárias se destacaram: a reforma do porto do Rio de Janeiro, com vistas à adequação necessária para estabelecer relações sólidas com países interessados em estabelecer relações comerciais com o Brasil; a reforma urbana, para mostrar-se belo, ainda que para tal conquista desconsiderasse as diferenças sociais; e a reforma sanitária higienista, para vencer as epidemias e, por conseguinte, transformar a imagem brasileira e garantir a continuidade da política de exportação do café, carro-chefe da economia nacional (Verdi, 2002).

Não obstante emergirem efeitos benéficos para o contexto sanitário brasileiro, o modelo instituído gerou pesados custos sociais, dentre eles: ausência de comprometimento para com a liberdade de escolha; política sanitária fundada no autoritarismo, desconectada de valores essenciais internalizados historicamente pela sociedade brasileira e alheia às desigualdades sociais (Verdi, 2002).

O modelo de controle estatal da Saúde Pública, a prevenção, manteve sua hegemonia ao longo de todo processo histórico da Saúde Pública brasileira.

No Estado Novo, a Saúde Pública brasileira foi institucionalizada para dar forma a um sistema centralizado e fundamentado no fascismo (Arretche, 2005); após a Segunda Guerra Mundial, as condições sociais se agravaram e emergiram inúmeras doenças de massas.

Nesse cenário de pós-guerra, os EUA decidiram lançar uma política externa para a América Latina, que desaguou na emergência da Medicina Preventiva no Brasil, que se manteve por duas décadas (Tambellini, 2003, apud Arouca, 2003). Em 1960, o Brasil enfrentou uma crise no sistema previdenciário, instituído após a Segunda Guerra, que impulsionou a assistência médica individual.

Nos anos 1970, o Brasil viveu seu "milagre econômico", resultando em êxodo rural e consequente marginalização da saúde. Diante de um cenário insustentável ditatorial, movimentos na academia impulsionaram a prática médica, até então desenhada sobre o controle da prevenção, para uma prática médica social.

Esse movimento foi o embrião da grande mobilização social para a conquista de Reforma Sanitária, na década de 1980, reforma esta influenciada pela Reforma Sanitária italiana de 1978. Com o final da ditadura, iniciou-se a Nova República. A Assembléia Nacional Constituinte convocou a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, para discutir uma nova proposta de saúde, aprovada na Constituição de 1988.

A Constituição de 1988 representou um grande avanço para a sociedade brasileira no campo da saúde ao garantir, no plano institucional, o direito à saúde como um direito de cidadania.

Nasceu o SUS e, em 1990, mediante as Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, deu-se a sua regulamentação. Ainda que tenha expressado boas perspectivas em movimentos iniciais, o SUS começou a apresentar limitações impostas pelo campo do real, deflagrando um distanciamento entre o SUS idealizado e concebido pela Reforma Sanitária e o SUS capaz de configurar-se.

Ante esse cenário, foi instituído, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Ancorado na mesma lógica do modelo instituído em Cuba, Inglaterra e Canadá, na década de 1980, o PSF elegeu a família e

seu espaço social como núcleo básico de abordagem da atenção em saúde (Brasil, 2007). Fundamentou-se na concepção de que oportunizar os serviços de saúde na própria comunidade, por meio de equipe multidisciplinar, em uma abordagem interdisciplinar, poderia contribuir para a produção social de saúde.

Em 2006, ao completar doze anos de existência, tornou-se uma política de Estado da Atenção Primária em Saúde e passou a ser nomeado, não mais um programa, mas Estratégia Saúde da Família (ESF). O médico de família é um dos agentes sociais que compõem a equipe multidisciplinar que atua na ESF, diferentemente do médico de família italiano que optara pela privatização da categoria, ainda que também esteja este potencialmente comprometido com o tecido social de sua área de atuação.

O percurso metodológico

Estudo empírico, de abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC sob o número 213/07, realizado em conformidade com as determinações da Resolução CNS 196 (1996), em 2007, como parte de dissertação de mestrado.

Os sujeitos de pesquisa foram 14 médicos de família atuantes em Florianópolis, Brasil, e 15 médicos de família atuantes na Província de Roma, Itália, selecionados mediante a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Brasil, e de Diretores Sanitários do Serviço Sanitário Nacional, Província de Roma, Itália.

Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e observações registradas em diário de campo. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), resultando em duas temáticas categorias: **O porta-voz autorizado e a relação autoritária – especificidades das relações de poder** e **Solidariedade na prática da medicina de família – entre ser solidário em diferentes domínios e não ser solidário**. Garantiu-se o anonimato dos sujeitos brasileiros pelo uso de codinomes dos membros formadores do Clube da Esquina, movimento cultural mineiro eclodido na década de 1960, e o anonimato dos sujeitos italianos por meio de codinomes de cineastas formadores e seguidores do Neo-Realismo Italiano.

O porta-voz autorizado e a relação autoritária – especificidades das relações de poder

A análise dos dados italianos e brasileiros revelou que a interação entre médico de família e sujeito é ancorada em dois modelos de prática: uma prática vertical, construída sob uma relação autoritária entre médico de família e “paciente”, e uma prática construída com base em uma relação entre dois agentes sociais na qual o médico de família, na qualidade de porta-voz autorizado, reconhece o sujeito como agente de seu processo de cuidado.

Na Itália, alguns entrevistados expressaram uma prática autoritária de cuidado, embora tenha sido também apreendido que essa prática prioriza a escuta dirigida e o vínculo, historicamente construídos na Saúde Pública italiana. Notou-se, com base nesses depoimentos, que o desenho do cuidado é delimitado pela preocupação da medicina de família em priorizar a prevenção ao risco. Esses enunciados mostraram que os “pacientes são empoderados” para cuidarem de si com base na responsabilização de prevenir riscos probabilísticos:

[...] eles participam sim [...] seguem tudo que eu lhes digo [...] confiam cegamente em tudo que digo. (Visconti)

Com base na Bioética da Proteção - campo da ética aplicada fundado por pesquisadores latino-americanos preocupados com os conflitos e dilemas éticos em Saúde Pública, comprometido com o respeito à alteridade, com a materialização de corredores dialógicos entre o saber ético e o saber científico da Saúde Pública, com a proteção aos vulnerados (quando requerentes) e contrário às atitudes estatais paternalistas - a questão colocada requer visibilidade e discussão sobre os limites desse

dispositivo de prevenção ao risco, no que tange à sua legitimidade e a privacidade do cidadão sobre o seu direito de escolher o cuidado de si (Schramm, 2006). Cabe relevar que, na delimitação deste estudo, a prevenção ao risco está sendo pensada sobre uma realidade que não envolve terceiros.

Essa relação vertical assumiria um formato não moralmente questionável quando decidida por ambos os sujeitos, em pleno uso de suas competências cognitiva e moral, bem como quando o sujeito vulnerado deposita explicitamente sua confiança no saber-fazer médico, "embora numa sociedade de autênticos indivíduos, as decisões sobre suas vidas deveriam ser tomadas pessoalmente" (Schramm, 2008, p.3).

A confiança no saber-fazer médico, ainda que historicamente edificada sob um modelo pactuado de obediência, é o eixo da interação médico e sujeito. Seus desdobramentos, o caráter privativo da prática médica e a unicidade do ato, somados ao desempenho profissional dão a essa prática o caráter "moral-dependente", e o grau dessa dependência estabelece o traçado da relação (Schraiber, 1993a apud Schraiber, 2008).

Reportando-se a um dos domínios da genealogia de Foucault, o poder, observa-se que as relações sociais como espaços de poder nos quais os cidadãos agem sobre os outros são dotadas de potencialidades e de negatividades (Machado apud Foucault, 2007). A relação de autoridade pactuada na confiança ou oportunizada pela competência linguística e pelo reconhecimento coletivo é traduzida como uma positividade do poder. A relação autoritária não pactuada entre médico de família e "paciente" é a expressão da concepção negativa de poder, já que o médico de família intervém no cuidado, não "do sujeito", mas "para o paciente". Uma relação, portanto, moralmente questionável.

No Brasil, também foi revelada uma prática autoritária para o cuidado fundamentada na priorização à prevenção ao risco, expressando a responsabilização para com a mudança de hábitos e de estilo de vida como um eixo relevante para alcançar - remetendo a Schramm (2007) - "a qualidade de vida global", conforme a assertiva abaixo:

[...] a gente tem que engajar a família toda no estilo de vida saudável [...] eu sempre falo que a gente pode juntos tentar uma saída [...] ele é responsável pelo tratamento como eu.
(Fernando)

Essa política toma um outro sentido na realidade brasileira, uma vez que a demanda societária difere sobremaneira da italiana. O expressivo distanciamento de IDH, entre o Brasil e a Itália, traduz o significado de tempo e espaço em cada uma dessas realidades. Em países de terceiro mundo (Brasil), a vida globalizada se processa em um espaço comprimido pelo tempo, e em países de primeiro mundo (Itália), à vida global importa não o espaço, mas o tempo, já que esse mundo está cada vez mais livre de fronteiras (Bauman, 1999).

Essa configuração do processo de viver em distintas sociedades globais demonstra que as condições de mobilidade dadas aos usuários do SUS e aos usuários do SSN não são simétricas, pois, enquanto a sociedade italiana é dona de seu tempo, a sociedade brasileira parece ocupar um espaço acorrentado por um tempo sem pertencimento. Um tempo que limita seus movimentos. Um tempo que obstaculiza sua capacidade de entendimento, no que tange ao seu cuidado como um direito de cidadania. Um tempo produtor de tantas mazelas, capaz de provavelmente induzir a percepção de que é mais fácil escolher pela relação vertical e, portanto, pela menoridade:

[...] eu tento dar autonomia pro paciente, dele tentar ele mesmo buscar seu tratamento, mas nem sempre isso é possível [...]. (Bituca)

Contudo, ambos os países também demonstraram um modelo de prática não paternalista, mas emancipável. Na qualidade de porta-vozes autorizados à aplicação de enunciados performativos, relatos italianos expressam o exercício da autoridade na construção do cuidado do Outro, a partir do que esse Outro deseja para si, como revela o depoimento:

[...] o senso que dou ao meu trabalho é um senso de aproximação global à integridade do indivíduo [...] eu não amaria nunca ser tutor. (Puccini)

Médicos de família brasileiros também revelaram abertura para fazerem das relações de poder uma ferramenta de transformação, com vistas a uma prática libertadora. Foi possível apreender que a prática da medicina de família brasileira está paulatinamente construindo uma prática dialógica, abrindo possibilidades para uma prática integrada, comprometida com o acolhimento e com a escuta qualificada, embora com base na responsabilização do “paciente” e na prevenção ao risco.

O eixo principal desse novo modelo parece emergir das propostas instituídas pelo Estado Brasileiro a partir do Programa de Saúde da Família em 1994, ainda que alguns relatos tenham expressado valores intrínsecos e histórias de vida como determinantes na eleição de um modelo de atenção vivido entre dois sujeitos morais, como demonstra o relato a seguir:

[...] quando entrei na faculdade, a medicina de família me encantou, me pareceu mais bonito [...] como aquela que pensava quando levava minha avó ao médico [...]. (Marilton)

Solidariedade na prática da medicina de família: entre ser solidário em diferentes domínios e não ser solidário

Nesta categoria, são discutidos os domínios da necessidade e da liberdade, com base nas concepções dos sujeitos de pesquisa sobre solidariedade e a idéia de prática solidária, bem como a negação da solidariedade na prática da medicina de família.

Na tentativa de classificar essas visões de solidariedade em dois domínios, é importante que se traga, para esta discussão, a concepção de compaixão. A compaixão estrutura-se com base em um dispositivo singular de poder, construído sobre a serventia e a obediência, desaguando em relações verticais, “entre quem assiste e quem é assistido” (Caponi, 2000. p.16), estando, portanto, no domínio da necessidade. A solidariedade, por sua vez, se vivenciada no domínio da liberdade, é um princípio ético que traduz disposição para com o respeito à dignidade humana.

Ao perguntar aos médicos de família italianos sobre o sentido de solidariedade na prática da medicina de família, emergiram percepções no domínio da necessidade, com base na tecnologia de poder compassivo, no domínio da liberdade e, também, como negação na relação entre médico de família e sujeito.

Refletindo a negação da solidariedade na prática da medicina de família italiana, foi entendido que esse princípio é negado por ser compreendido como amizade. Esses profissionais, ao trazerem a amizade para o universo da prática médica, ou seja, para uma dimensão maior, mostram-se receosos de falharem no diagnóstico e de conduzirem o encontro com base em elaborações perigosas, fruto de afetos primários outros, como, por exemplo,

fique tranqüilo, não é nada; [...] a solidariedade é um elemento muito perigoso [...] você perde a lucidez clínica [...] compromete a prática ideal [...] faz você estimar mal [...]. (Bertolucci)

Ao se reportarem sobre experiências clínicas para justificar a negação da solidariedade nessa prática, esses médicos colocam essa negação como o recurso para preservar o respeito ao Outro e à própria liberdade do Outro. Em outras palavras, compreendendo solidariedade como amizade, ela se torna compassiva e controladora:

[...] um grande amigo meu, bem mais velho que eu, meu professor de tênis, com câncer de próstata [...] não queria se curar e eu o controlava em tudo. (Bertolucci)

Com relação aos sentidos conferidos à solidariedade no domínio da liberdade e da necessidade (como compaixão), alguns conceitos de Foucault (Caponi, 2000), sobre a relação entre poder e liberdade, serão aqui retomados em uma nova aproximação com Cosmacini (2005), na tentativa de se compreender a historicidade da solidariedade no domínio da necessidade e as relações de poder que se interpenetram neste domínio.

Em Cosmacini (2005) foram apontados alguns elementos que sinalizam o modo como foi construída a prática médica assistencial na emergência dos hospitais na Itália, no século XIV. Os médicos monárquicos eram médicos cristãos que viam Cristo encarnado nos doentes, e as relações se estabeleciam com base na caridade. Os hospitais eram espaços caridosos gratuitos e funcionavam em uma lógica de promover contenção à humanidade aflita, que sofria com a encarnação de seu Redentor. Em outras palavras, a humanidade era considerada por aquilo que representava.

Em Foucault (apud Caponi, 2000, p.16), essa dimensão caridosa demonstrada em relatos é fruto da emergência de “uma nova modalidade de exercício de poder”, propiciada pelo modo como foi construída a prática médica assistencial, gerando efeitos questionáveis do ponto de vista bioético, dentre eles, a comumente cristalização da relação entre médico de família e paciente no domínio da necessidade:

[...] minha mulher me diz que sou mais padre que médico [...] quem sabe daqui dez anos consigo ser um pouco duro e dizer não é problema meu [...]. (Ingrao)

A representação assimétrica, compaixão para com o outro, parece ter permanecido historicamente no imaginário médico como uma ação moral legítima pelo fato de se apresentar sobre um colorido humanitário. Essa estratégia eclodira sob o véu de uma ação de poder disponível para o Outro (piedosa), nomeada por Foucault como tecnologia pastoral⁵ (Caponi, 2000).

Corroborando esse pensar, Nietzsche (1981, p.133) expressa que, na ação caridosa, “pensamos muito mais em nós mesmos que nos outros”. O eixo da ação se encontra em um mecanismo de projeção para aliviar o próprio mal-estar. Ao agir em benefício do outro, para aliviar o sofrimento alheio, o homem tampona sua própria dor.

Diante do exposto, fez-se notar que a solidariedade apresentada em alguns relatos, no domínio da necessidade, corresponde não à solidariedade de fato, mas à caridade piedosa, compaixão, uma entidade que limita a liberdade e que é estruturada em uma dimensão vertical, resultando em relações não simétricas.

A concepção de solidariedade, no domínio da liberdade e como um elemento-chave na relação entre médico de família e sujeito, também apareceu nos relatos. Este direito humano fundamental, a liberdade, é considerada basilar no processo histórico da Saúde Pública Italiana e é um dos princípios inspiradores da consolidação do Serviço Sanitário Nacional. Talvez, por isso, pela sua historicidade, a solidariedade tenha sido apresentada, conceitualmente, de forma expressiva no domínio da liberdade:

[...] fundamental na nossa prática [...] fazer falar [...] compartilhar. (Tornatore)

[...] solidariedade é estar pronto, não é assistencialismo. (Pasolini)

Esses depoimentos encontram ressonância na expressiva hegemonia observada nos depoimentos italianos de que a medicina de família estabelece sua prática não com doentes, mas com seres humanos. Contudo, os discursos revelam um sincronismo incongruente: o reconhecimento da relação solidária no domínio da liberdade foi mostrado por entrevistados sobre um modelo relacional que, ao

⁵ Relação de poder sobre a qual o pastor se responsabiliza pela existência material do seu rebanho como um todo e de cada uma das ovelhas (Caponi, 2000).

priorizar a prevenção ao risco e a responsabilização do “paciente” sobre seu processo de cuidado, mostra-se autoritário.

Além disso, ao manifestarem a idéia sobre prática solidária com base nas experiências vividas com os sujeitos, os entrevistados se deslocaram do domínio da liberdade e revelaram-na no domínio da necessidade, uma prática “para o paciente”.

O entendimento desse deslocamento parece estar no fato de que, nem sempre, o homem atua da maneira como defende a sua própria normativa. Dito de outra forma, o homem cria seu guia normativo de valores que devem ser relevados em seu processo de viver, mas isso não significa que sempre esses valores estarão expressos em ações; “valores se manifestam em ações quando funcionam como um fato fundamentado para explicar os compromissos, objetivos e ações” (Fernandez, 2004. p.219).

Os valores coexistem em um campo social de tensões e quando desejos e aspirações superam o terreno do possível, em virtude da ausência de autocompreensão ou devido à tendência para o conformismo social, são formados *gaps* entre os valores expressos na consciência, articulados em palavras e manifestados em ações (Fernandez, 2004). Essa percepção parece facilitar o entendimento sobre o distanciamento entre conceber a solidariedade no domínio da liberdade e agir no domínio da necessidade.

No contexto brasileiro, a solidariedade foi sinalizada como incerteza sobre a sua existência na prática da medicina de família e, quando revelada como essencial, esteve presente sobre diversos matizes: ouvir; vínculo; disponibilidade; generosidade; mostrar-se igual ao outro; colocar-se no lugar do outro, e flexibilidade foram os mais expressivos; um dentre esses olhares é revelado a seguir:

[...] é se flexibilizar [...] sair de suas atribuições rígidas [...] se envolver para desenvolver novas formas de cuidado. (Sérvulo)

Esses relatos demonstraram a emergência de uma prática comprometida com a escuta qualificada e com o vínculo, porém, nem todos se mostraram disponíveis para uma prática solidária construída no domínio da liberdade. Ao aproximar essas concepções sobre solidariedade de exemplos clínicos solicitados, foram observadas várias contradições, representadas no relato abaixo:

[...] solidariedade é entender a realidade da pessoa [...] um dia veio uma mulher perguntando se eu sabia onde ela podia arrumar um encañador [...] eu falei assim não dá, né [...] tem dias que a gente tá cansada. (Salomão)

O entrevistado expressou comprometimento para com um conceito ampliado em saúde ao revelar disponibilidade para “entender a realidade da pessoa” e, ao expressar a prática no discurso, mostrou-se contraditório. Essa incongruência entre o discurso e a prática foi justificada pela necessidade de a sociedade usuária compreender que há limites a serem considerados na prática da medicina de família.

Resgatando o pensamento de Fernandez (2004) - para quem nem sempre os valores eleitos normativamente pelo homem estão presentes em suas ações -, e considerando o discurso do médico um enunciado performativo legitimado e dotado de capitais simbólicos, ou seja, de valores, os quais, no exercício da medicina de família, deveriam estar a serviço do processo de cuidado do sujeito e deveriam estar comprometidos com os princípios doutrinários da Estratégia Saúde da Família, esse uso indevido do enunciado performativo demanda reflexão do ponto de vista ético, pois está para além da contradição per si.

Considerações

Os resultados deste estudo mostraram dois eixos sobre os quais repousa a questão da solidariedade no exercício da medicina de família, na Itália e no Brasil.

O primeiro eixo de discussão foi dirigido ao espaço social de interação entre médico de família e sujeito, para se compreender como a solidariedade está expressa nesse encontro. Em ambos os países,

a solidariedade foi revelada sobre diferentes contornos. Para alguns médicos, a relação solidária, na medicina de família, apresenta negatividades, e para outros, positivities.

Para aqueles que a veem como um dispositivo essencial para essa prática, há os que a concebem na articulação discursiva e em exemplos de prática sobre o domínio da liberdade, na qual o "paciente" é "sujeito", estando, nessa conduta, respeitada a autonomia do sujeito e a coerência entre o saber-fazer.

Há também aqueles que expressaram uma concepção de solidariedade com base na liberdade, mas ao serem convidados a relatar a idéia de prática no discurso, mostram-na no domínio da necessidade, ou seja, como compaixão.

Alguns entrevistados apontam para a solidariedade no domínio da necessidade, no discurso e na idéia de prática, demonstrando considerar o "paciente" como "paciente". E, por fim, também foram reveladas dúvidas quanto à existência de solidariedade na prática da medicina de família.

Nestes domínios, da liberdade e da necessidade, está subjacente o modelo relacional estabelecido entre médico de família e sujeito.

A solidariedade sobre o domínio da liberdade foi apresentada por médicos de família, agentes sociais, os quais, na qualidade de porta-vozes autorizados, autorizados pela competência linguística e legitimados socialmente, reconhecem, respeitam e fomentam a autonomia do sujeito, as suas preferências, ao mesmo tempo em que distribuem capital cultural.

Conforme já mencionado no IDH de ambas as sociedades, o capital cultural italiano é distinto do capital cultural brasileiro, bem como a conformação de tempo-espaço no processo de viver da sociedade italiana e da sociedade brasileira.

É provável que o baixo capital cultural na maior parte da sociedade brasileira, construída ao longo de um processo histórico marcado pela exclusão social, vele a possibilidade de o "paciente" reconhecer-se sujeito detentor do direito de escolher o cuidado de si.

Esta sociedade enfrenta, em seu cotidiano, contínuas necessidades emergentes em um cenário cristalizado de necessidades persistentes (Garrafa, Porto, 2003) e de ausência temporal de pertencimento, diferentemente da sociedade italiana que tem historicamente reconhecido seu direito de escolha.

Embora esse reconhecimento não confira à sociedade italiana homogeneidade em seu capital cultural, relações sociais simétricas e ausência de mazelas sociais, a prática da medicina de família, no Brasil, demanda um maior investimento pessoal por parte dos médicos de família na "libertação do paciente", oprimido historicamente em seu espaço de viver.

Com relação aos depoimentos revelados com base na compaixão, os médicos de família brasileiros e italianos mostraram controlar o processo de cuidado do "paciente" em um modelo autoritário de relação, sedimentando, desse modo, a desigualdade historicamente construída de negação do sujeito. Cabe relevar que não foi apontado, em depoimentos, nenhum pacto entre as partes com vistas a legitimar o médico de família para o controle desse cuidado.

Também se fez presente, na delimitação deste estudo, a relação solidária como um princípio ético inscrito no campo do real, sinalizando, desse modo, que uma parte dessa prática é fundamentada na horizontalidade e em relações simétricas, dialógicas e argumentativas.

O segundo eixo abarca uma questão essencial e contemporânea, não mais em nível micro de interação entre médico de família e sujeito, mas no universo social de sociedades globais de um modo geral, cujo papel mostrado neste estudo tem repercussões na liberdade de escolha, no respeito à autonomia e na construção de uma prática ética e, portanto, solidária: os efeitos da biopolítica.

A cultura política hegemônica de prevenção ao risco, instituída nas sociedades pluralistas e democráticas em tempos globais, carrega, subjacente à pré-visão da necessidade de se adotarem comportamentos saudáveis e hábitos de vida saudáveis, um dispositivo de controle (biopoder) deflagrador de pouca visibilidade: a limitação no direito do cidadão em decidir sobre seu cuidado, suas novas normas, a representação da doença em sua vida, e sobre a sua capacidade de suportar o mal-estar inerente à condição humana.

Essa estratégia de biopoder adentrou o corpo dos sujeitos e de suas vidas e parece estar se deslocando, de seu papel protetor aos vulnerados, para o papel de interventor em questões garantidas pelo direito e de competência do indivíduo (Schramm, 2007). Vestida sob a roupagem do amparo e controle da ordem, adentra a questões que dizem respeito ao domínio privado, como se essas questões fossem o caos.

Do ponto de vista bioético, essa estratégia de controle estatal, ancorada em pressupostos científicos próprios, engessados em uma única lógica, aquela dos “Novos Estados Nacionais Globais”, que determina ao corpo social os caminhos a serem trilhados para se alcançar saúde, controlando-o e ditando-lhe como viver, não é moralmente aceitável em situações em que terceiros não são envolvidos. Seus efeitos atingem, drasticamente, a Atenção Primária, já que resultam de uma política perversa, suficientemente capaz de (re) significar, segundo seus óculos, tentativas de horizontalidade de prática.

Desse modo, pensar o espaço social entre médico de família e sujeito como um espaço solidário, construído por relações simétricas entre dois sujeitos morais “maiores de idade”, em sociedades globalizadas, é um grande desafio para a bioética.

No recorte brasileiro estudado, a menoridade pode ser uma opção de conformismo e resignação consequente de especificidades sociais restritivas. Segundo Bauman (1999 a), a globalização é um processo que fragmenta sob o manto de unir e que condiciona o processo de viver, da grande maioria dos cidadãos, à imobilização. A possibilidade de movimentação em sociedades globais é estratificada. Os grandes movimentam-se em seu tempo; aos pequenos, resta o aprisionamento em seus espaços. Em outras palavras, a condição humana fora estratificada como “se não fôssemos todos os mesmos, isto é, humanos” (Arendt, 2008, p.16).

Cabe assinalar que, no Brasil, diante de relações sociais potencialmente assimétricas, essa menoridade seduz a sociedade usuária com maior persuasão, ainda que a classificação da Itália como detentora de um IDH privilegiado não lhe confira imunidade social, haja vista a histórica desigualdade entre as regiões norte e sul.

O desafio bioético contemporâneo, no que tange às relações de trabalho na Atenção Primária de Saúde, porta de entrada de sofrimento humano não específico, reside em fomentar a percepção de responsabilidade dos profissionais de saúde, sejam estes institucionalizados no domínio público (médico de família no Brasil) ou no domínio privado conveniado ao Estado (médico de família na Itália), e de Estados não suficientemente cuidadosos, conduzindo-os para uma constante análise crítica dos efeitos de práticas autoritárias no processo de viver do sujeito. Esses efeitos, ainda que interpretados por muitos como imprecisos e inalcançáveis pela razão teórica, são potencialmente destrutíveis em nível simbólico, podendo romper com o direito do sujeito em instituir privativamente a sua norma, como relatado a um médico de família brasileiro:

[...] eu passei fome e necessidade a vida toda, agora que eu tenho dinheiro pra comprar a minha linguicinha, as coisas que eu gosto, eu não posso. (Bituca)

Colaboradores

A autora Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima responsabilizou-se pela pesquisa, elaboração da análise e redação do manuscrito. Marta Inez Machado Verdi orientou a pesquisa e revisou o texto.

Referências

- AGAMBEN, G. **Estado de exceção**. 2.ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.
- ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Ed. Unesp, 2003.
- ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N.T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.285-306.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BAUMAN, Z. **Globalização**: as conseqüências humanas. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- BERLINGUER, G. **Etica della salute**. Milano: Il Saggiatore, 1997.
- BOURDIEU, P. **A economia das trocas lingüísticas**. São Paulo: Edusp, 1996.
- BRASIL. **Desenvolvimento humano e IDH**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh/>>. Acesso em: 8 abr. 2008.
- _____. **Estratégia Programa Saúde da Família – PSF e PACS**. Disponível em: <<http://www.ccs.ufsc.br/geosc/babcsus.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2007.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. São Paulo: Forense Universitária, 2006.
- CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- COSMACINI, G. **Storia della medicina e della sanità in Itália**. Roma: Laterza, 2005.
- FERNANDEZ, B.P.M. **O dever das Ciências**: isenção ou inserção dos valores humanos? 2004. Tese (Doutorado) - Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2004.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2007.
- GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética da intervenção. **O Mundo da Saúde**, v.26, n.1, p.6-15, 2002.
- GUZZANTI, E. **Evoluzione storica del servizio sanitario**, 1999. Disponível em: <<https://www.cesdaldspace.it/retrieve/2894/Bibliografia+Tesi.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2007.
- ITÁLIA. **Testo del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 N.502, come modificato dal Decreto Legislativo**. Disponível em: <http://www2.ing.unipi.it/~o15801/lezioni/Decreto%20Legge%20502-92.htm> >. Acesso em: 7 abr. 2008.
- NIETZSCHE, F. **Aurora**. México: Mexicanos Unidos, 1981.
- ROSEN, G. A era bacteriológica e suas conseqüências. In: _____. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.315-52.
- SCHRAIBER, L.B. **O médico e suas interações**: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec, 2008.
- SCHRAMM, F.R. **Autonomia do sujeito na Atenção Primária de Saúde**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <roland@ensp.fiocruz.br> em: 29 fev. 2008.

SCHRAMM, F.R. A saúde é um direito ou um dever? Prolegômenos a uma autocrítica da Saúde Pública: considerações sobre vulnerabilidade, vulneração, proteção, biopolítica e hospitalidade. **Rev. Bras. Bioética**, n.2, p.187-200, 2006.

SENNETT, R. **Respeito**: a formação do caráter em um mundo desigual. Rio de Janeiro: Record, 2003.

VERDI, M.I.M. **Da Haussmannização às cidades saudáveis**: rupturas e continuidades nas políticas de saúde e urbanização na sociedade brasileira do início e do final do século XX. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2002.

SOUZA LIMA, R.C.G.; VERDI, M.I.M. La solidaridad en la medicina de familia em Brasil y em Italia: reflejando cuestiones éticas y desafíos contemporáneos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.29, p.271-83, abr./jun. 2009.

Este estudio reflexiona sobre la solidaridad em la práctica de la medicina de familia em Brasil y em Italia, en la perspectiva de buscarla como un principio ético en la relación entre médico de familia y sujeto. Se trata de una investigación exploratorio-descriptiva en Florianópolis, Brasil, y en la provincia de Roma, Italia, con 14 médicos de familia brasileños y 15 médicos de familia italianos. Bajo el referente de la teoría de poder simbólico de Pierre Bourdieu, los resultados mostraron la importancia del papel del médico de familia en la materialización de este principio ética como portavoz autorizado por el saber científico y agente de una política de Estado. La solidaridad se ha considerado bajo distintos dominios; y las producciones discursivas también expresan la negación de la solidaridad en esta práctica. A nivel macro, la globalización se revela un desafío contemporáneo para el ejercicio ético y solidario de la medicina de familia.

Palabras clave: Solidaridad. Medicina de familia. Brasil. Italia. Ética.

Recebido em 27/08/08. Aprovado em 29/12/08.