

Ética e comprometimento do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva numa região metropolitana do sul do Brasil

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

Gomes D, Ramos FRS. Ethics and healthcare professionals' commitment subsequent to productive restructuring in a metropolitan region in southern Brazil. *Interface* (Botucatu).

This paper aimed to analyze the relationship between ethics and healthcare professionals' commitment subsequent to productive restructuring. This was a qualitative exploratory-descriptive study on thirty professionals (nurses, doctors and dentists) in a metropolitan region in southern Brazil. The relationship between ethics and commitment has been revealed to be a centerpiece for current healthcare and is also related to some aspects of contemporary social transformations, with the traditional beneficent-paternalistic commitment of the professions and the different logics in the public-private mix. When professionals are unable to subjectively and collectively deal with situations that compromise work ethics, space for moral distress is opened up. The search for humans who do not see themselves in isolation from the whole picture, but as subjects who think and can build an ethical differential in their "humanized" and committed work, seems significant in relation to building quality and excellence in healthcare.

Keywords: Ethics. Healthcare professional. Job market.

Este artigo analisa a relação entre ética e comprometimento do profissional da saúde, pós-reestruturação produtiva. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva com trinta profissionais (médicos, enfermeiros e odontólogos) de uma região metropolitana do sul do Brasil. O debate sobre ética em torno do comprometimento desvelado no discurso profissional parece peça-chave na contemporaneidade e mantém relação com alguns aspectos das transformações contemporâneas, com o tradicional compromisso beneficente-paternalista das profissões e com as diferentes lógicas no mix público-privado. Quando o profissional não consegue lidar subjetiva e coletivamente com situações que comprometem a ética no trabalho, abre-se espaço ao sofrimento moral. 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 comprometido, parece significativa para a construção da qualidade e excelência no serviço em saúde.

Palavras-chave: Ética. Profissional da saúde. Mercado de trabalho.

^(a) Soebras/Funorte (Associação Educativa do Brasil/ Faculdades Unidas do Norte de Minas). R. Rafael da Rocha Pires, 3913, Sambaqui. Florianópolis, SC, Brasil. 88051-001. dorisgomes@bol.com.br
^(b) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. flaviar@ccs.ufsc.br

Introdução

A reestruturação produtiva como resposta à crise do *welfare state*, já em fins da década de 1960, impulsiona uma nova concepção de saúde: as novas técnicas e tecnologias, construídas e incorporadas à fase consumista do 'ser saudável para produzir mais', fortalecem o modelo liberal e de mercado na saúde¹. Essa intensa incorporação tecnológica da reestruturação significou novos postos, cargas e relações de trabalho, bem como, novos processos de precarização, com forte potencial de acumulação de capital². Entretanto, em plena *débâcle* do *welfare state*, o Sistema Único de Saúde (SUS) é conquistado pela sociedade brasileira como direito de cidadania.

A resistência do movimento de saúde coletiva ao chamado complexo médico-industrial possibilita avanços e recuos na construção do SUS e impulsiona mudanças nos paradigmas assistenciais, consolidando lógicas distintas: uma influenciada por mecanismos de mercado, outra pela lógica das necessidades sociais, que mobiliza os profissionais a repensarem o seu papel no cuidado. Uma dualidade que baliza produtividade e qualidade no ritmo de trabalho no mix público-privado e constrói armadilhas éticas ao profissional da saúde, pela sobreposição de interesses privados sobre os públicos, no repasse – direto ou indireto – de verbas e gerenciamento³.

Os parâmetros de saúde tecnologicamente expandida pelo mercado são afrontados por uma ideia ampla de ser humano, perfil civilizatório e vida, que desencadeia o debate sobre a necessidade de uma ética aplicada às novas questões do avanço tecnológico e ações em saúde. Na América Latina, esse debate se transforma num novo campo de formulações pautadas nas vulnerabilidades sociais, direitos humanos, poder e justiça⁴.

Este artigo objetiva analisar os problemas éticos no modo como vêm sendo produzidas as ações e serviços em saúde no mix público-privado, focalizando o comprometimento do profissional com a essência do seu trabalho: o ser humano.

Metodologia

Pesquisa qualitativa do tipo exploratória descritiva, com entrevista individual semiestruturada, com trinta profissionais enfermeiros, médicos e odontólogos (10 cada) da região metropolitana de Florianópolis, com experiência de trabalho no mix público-privado. Iniciou-se com profissionais do serviço público vinculados a uma Secretaria de saúde da região, e os sujeitos subsequentes foram se definindo pelo método bola de neve: um entrevistado recomenda outro, repetindo-se o processo até atingir a saturação de dados.

O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Utilizou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para anuência, que ocorreu de forma voluntária, observando-se a Resolução CNS 196/96. Os sujeitos são reconhecidos pela letra P seguida de numeração. Diversificadas experiências de trabalho foram abrangidas no setor público: oito entrevistados de hospitais públicos, 11 de unidades básicas de saúde, 11 de Centros de especialidades odontológicas ou Unidades de pronto atendimento; e no privado: oito entrevistados de hospitais privados, um de laboratório de análises clínicas e 21 de clínicas ou consultórios.

Os resultados foram analisados pela análise textual discursiva⁵ que preconiza: desmontagem dos textos em unidades de base e estabelecimento de relações entre elas, formando categorias. Organização de um metatexto com combinação de sentidos e ciclo de análise do metatexto, gerando resultados. A categorização foi auxiliada por um software para pesquisas qualitativas, o *ATLAS.ti - The Qualitative Data Analysis Software*.

Resultados e discussão

Ética e comprometimento na contemporaneidade

“uma das coisas que acontece hoje é esta nova geração Y, Z, que não tem comprometimento. Se o Hospital A oferece mais, vai para o A “estou querendo sempre instituições novas e com salários melhores,” aí independe se é particular ou pública, se não der certo aqui eles não estão ligando. Já vem muito bem informados, daí qualquer coisa é assédio moral... eles sabem muito bem o que estão fazendo, mas às vezes esquecem um pouco dos deveres, ex. “eu estava cansada, tinha muito paciente (plantão até às 19:00) mas às 18:00 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 bem engraçado”. (P29)

O debate sobre ética em torno do comprometimento desvelado no discurso profissional parece peça-chave na contemporaneidade e mantém relação com alguns aspectos das transformações contemporâneas: precariedade nas relações de trabalho; luta pela ascensão profissional a qualquer custo, geradora de uma subjetividade competitiva interpares; 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; nível de informação de direitos levado ao extremo com relação aos deveres; disposição verbalizada de não ir além do prescrito no “uso de si”; dificuldade de se perceber enquanto parte de um todo social ou coletivo de trabalho, na construção de diferentes alteridades; e subsunção do interesse público ao privado.

A 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 sobre a velha contradição da relação moral: a singularidade da relação *sub judice* do coletivo, desafio ético para o qual todos os seres humanos estão expostos pela própria presença dos outros. Pergunta-se: os interesses sociais são pauta na singularidade da relação profissional/paciente?

“o pessoal que acaba vindo para o serviço público, não sei se é falta de treinamento, falta de vontade, mas não quer fazer o serviço que a gente fazia quando entrou, tem aversão, é um profissional incompleto”. (P1)

Há uma percepção de mudança do comprometimento profissional em relação a uma nova geração que entra no serviço. Segundo Bauman⁶, 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, transferindo-as para a esfera das políticas de vida individuais. O privado sobrepõe-se ao público num 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”⁶. Seguir o princípio do máximo prazer significa relegar, à realidade social, 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.

Ao mesmo tempo em que o ser humano necessita e deseja viver em sociedade para abrigar-se das 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 contradição que acaba por relativizar a ética em cada momento dado, sob um hedonismo levado ao extremo pelos interesses de mercado, que foge 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, tenho uma agenda para cumprir de 12 pacientes e não vou cumprir nada além disso. Alguns são assim: ah, hoje estou de bom humor, então faço tudo. Ah, hoje acordei com dor na unha, então 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 ambos⁷. A ciência, cada vez mais, se volta ao avanço tecnológico subsumido ao imperativo da lucratividade, e serve à construção de necessidades ainda mais abstratas⁸. Uma normalização das vidas que é pautada na ciência e na promessa de consumo eterno. Uma certeza científica que também produz riscos e uma autorreflexividade que a desnuda. O próprio debate bioético como necessidade gerada pelas ameaças do avanço técnico-científico, fabricando uma moral para a ciência, assume seus próprios riscos e limites⁹.

Ao mesmo tempo em que a informação nunca esteve tão presente no cotidiano das pessoas, aproximando, de 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, permeados por interesses particularistas naturalizados, constrói processos de desapego emocional e de possíveis conteúdos humanos de verdade. Num mundo comandado pelo dinheiro, as relações de comprometimento que não demandam vínculo puramente financeiro são secundarizadas, como o vínculo afetivo, familiar, socialmente hierárquico, por maturidade ou sabedoria – que, em seu fim último, significam laços sociais e humanos. É ampliado o espaço da ética da competitividade, ou melhor, da antiética naturalizada como essência humana, num relativismo preso ao momento do aqui e agora ou a interesses privatistas.

Os novos modelos de 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 à reflexão ética. Há um contexto de falta de perspectivas sociais transcendententes à ordem estabelecida, com intensificação do individualismo em detrimento da valorização do sujeito e da identidade de classe, colocando, em xeque, a viabilidade de projetos coletivos na saúde.

Surge uma ausência de comprometimento como fato do mundo moderno, efeito e causa de um processo contraditório: o isolamento coercionado 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, em espaços de intercomunicação. A utopia do resgate do “dever ser” em congruência com o próprio “ser” se constitui num movimento essencial no cotidiano de trabalho na saúde, reposicionando a perspectiva do diferente, do revolucionário, do humano para além do dinheiro, como indivíduo solidário e numa relação comprometida.

Comprometimento no mix público-privado

“no privado outro dia eu comentei: ah, fulano tu conheces? Conheço. E aí como ele é? Um espetáculo de funcionário. O que? Como assim? Se ele nunca trabalhou uma semana completa, sempre falta, falta com agenda cheia, não avisa, eu ligo e o celular está desligado, daí dois dias ele aparece como se nada tivesse acontecido. Quer dizer, a pessoa tem uma postura no setor privado totalmente diferenciada do público”. (P25)

Alguns profissionais e situações cotidianas são citados como reveladores de comprometimento diferenciado no mix público-privado. No dicionário, o comprometimento aparece descrito como ato de se comprometer, ou seja: responsabilizar-se, envolver-se, empenhar-se¹⁰. Como conteúdo do juramento de Hipócrates, significa a promessa de fazer certas coisas e evitar outras, por princípio, seria um vínculo profundo que não pode ser rompido ou que se rompe com suma dificuldade. Mais que um

contrato civil ou mercantil, seria um tratado não borrável como uma aliança. Para Diego Gracia,¹ a busca da excelência profissional associada a características morais, como o comprometimento, diferenciou tradicionalmente as profissões de outros papéis ocupacionais. Um tipo de comprometimento ético com justificção moral dos atos no paternalismo beneficente, um paradigma clássico em crise, que segue sentidos diferenciados:

1 de excelência profissional associada à busca por ascensão no mercado de trabalho, ligada à competitividade e conhecimento técnico. Os ofícios, como as profissões, parecem imbuídos da busca pela excelência numa visão empresarial ou liberal de compromisso, que significa um saber-fazer assumido como ascensão e *status*. Um ideal de sucesso associado a uma superioridade de classe como prática social, identificada com o capital, não com o trabalho¹¹.

Um condicionante da ética transformado não somente pelo respeito ao outro como fim em si mesmo, mas, contraditoriamente, pela monetarização da vida, que incorpora o valor de troca nas relações humanas, coisificando-as. No Código de Defesa do Consumidor, ocupação e profissão já não se diferenciam como bom serviço e serviço profissional beneficente, especialmente quando há promessa de resultado. O que, por um lado, protege e, por outro, banaliza: os procedimentos servem igualmente ao consumo;

2 mudanças no conceito de beneficência: beneficiar os outros se impõe como princípio bioético pautado numa prática com sentido de proteção e respeito à autonomia. Para Beauchamp e Childress,¹² o princípio da beneficência é compreendido, na atualidade, como cálculo social: refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros, princípio utilitarista criticado, muitas vezes, por parecer permitir que os interesses sociais imperem sobre interesses e direitos individuais. Na bioética latino-americana, esta beneficência incorpora a relação existente entre vulnerabilidades sociais e senso de justiça, seguindo uma compreensão que parte do cuidado e do direito à proteção. A pauta da solidariedade, dos sentimentos e da reflexão incorporada ao debate ético coletivo em saúde, abarca os determinantes e condicionantes das desigualdades sociais e constrange possibilidades de ação que rompem a ética¹³.

Segundo Zizek¹⁴, 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 comunitário/social, deve ser resgatada de uma “totalização autonomista” construída para captação da subjetividade dos trabalhadores nos novos modelos de produção. Uma pauta de valorização do coletivo e interesses públicos resgata a construção do indivíduo si, na relação com o outro: solidário e comprometido com as diferentes alteridades, novas identidades de classe e preceitos de justiça social. Assim, problematiza-se o comprometimento na saúde:

Na valorização profissional interpares

“tive 3 profissionais que trabalhavam comigo, aí você chega na clínica e o teu sócio está atendendo paciente que era teu, isso é péssimo”. (P3)

“têm muitos colegas que criticam o trabalho do outro para ganhar dinheiro, para pegar o paciente, isto acontece muito”. (P4)

“o resultado não depende só de mim, depende de toda a equipe, da continuidade do trabalho, então, não adianta eu me empenhar o máximo possível e o meu colega não ter o mesmo empenho”. (P22)

A relação de comprometimento com o outro profissional significa que o que eu faço, ou penso, faz diferença não apenas para “mim”. Um mundo sob a égide do mercado e da insegurança no trabalho, adicionado a uma forte relação de risco entre poder e conhecimento subsumidos aos mesmos interesses mercadológicos, fornece solo fértil para configuração de crescente ressentimento interpares. A ética do dever ser perde espaço para relações dificilmente preenchidas por laços fraternos e coletivos, tornando-se presa fácil do hedonismo. Mas, contraditoriamente, há construção de espaços de saber/

fazer alternativos e busca de novos espaços públicos, por novas identidades coletivas. Novos espaços relacionais, interdisciplinares e de autoprodução no trabalho mantêm a ética como utopia de um novo sujeito: que reflita sobre si mesmo na sua relação com o outro e altere positivamente o curso da história do trabalho em saúde.

Na singularidade profissional-paciente

“às vezes o da rede privada 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, faz o exame que a mãe quer, que o pai quer, tem plano, tem dinheiro para pagar, faz, você acaba cedendo para não perder o paciente”. (P17)

Um processo decisório é justo e aceitável, ou seja, ético, em virtude dos princípios que representa e na perspectiva de produzir boa decisão ou bom resultado como consequência. O relacionamento entre profissional e paciente é pautado na confiança, por isso se distingue das práticas comerciais baseadas em contratos e relações mercantis. Assim, o entendimento de reciprocidade parece um entendimento mais acertado, não como retribuição em base a um compromisso pessoal, mas como obrigação de beneficência geral para com os pacientes e a sociedade. O princípio da beneficência incorpora a autonomia do paciente, pois os interesses do paciente têm relação com os deveres para com eles, mas a suplanta, quando agir no seu melhor interesse signifique relevar um desejo irresponsável, mesmo que percebido pelo paciente como necessidade.

Segundo Adela Cortina¹⁵, nas relações dialógicas da busca pelo consenso, a realidade disforme tem de ser substituída por situações ideais de diálogo, para que a manipulação ou alienação dos participantes não possibilite que interesses particulares sejam acatados como universais. Pergunta-se: isto seria factível num contexto repleto de iniquidades, interesses privatistas e coerção para o consumo? Como manter acordos onde há falta de comprometimento com o outro social? Como haver uma construção dialógica se o comprometimento é condição *sine qua non* nos possíveis acordos em comum?

No comprometimento institucional

“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”. (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)

Estratégias gerenciais individualizantes facilitam incorporações fragmentadas de novas tecnologias, especializações, autonomias herméticas e hierarquias arraigadas, que conduzem a uma descaracterização do valor socializante do trabalho, fazendo se perder sua dimensão altruísta. 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, com estabelecimento de uma sociabilidade restrita aos interesses particulares da empresa privada, é repassado para o serviço público como sinônimo de modernidade administrativa.

Os valores do serviço público estatal de engajamento, lealdade e dedicação, descritos pelos trabalhadores franceses como qualidades de servidores identificados com sua instituição ou missões¹⁶, são sistematicamente abalados por essa individualização com referência na excelência profissional voltada ao lucro. Os coletivos perdem a capacidade de compartilhamento de valores ligados a uma experiência comum – sindical, política ou profissional. Uma fragmentação que vulnerabiliza, produzindo uma precariedade subjetiva que relativiza a ética, causa sofrimento no trabalho e tantas doenças da alma.

O profissional acaba por assumir “práticas possíveis” para se manter minimamente ético em realidades que coercionam a tomada de decisões, driblando o sofrimento moral em situações como: imposições gerenciais ou ações ligadas ao clientelismo político – ainda relativamente comum na realidade brasileira.

“falando da ética, o que ocorre é essa relação do político, eles acham que estar na coordenação significa ter 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)

Um *ethos* profissional público sofre historicamente os condicionantes 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 – construindo códigos invisíveis deletérios quando enraizados na moral comum. Um sentido de compromisso social que sofre os reveses do tempo e constrói, subliminarmente, distorções no sentido positivo da estabilidade e corporativismo, abrindo espaço para a constituição de uma subjetividade de “corpo mole”, baixa produtividade, passividade e falta de comprometimento.

“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”. (P2)

“no serviço público tem muito empurra-empurra, eu noto de profissionais que não querem fazer o trabalho, daí encaminham para outro. O profissional diz que não pode fazer, mas é corpo mole”. (P4)

Um ambiente de trabalho coletivamente mais justo, nos espaços macro e micro do fazer saúde, a partir de uma visão inclusiva do profissional e do usuário, com ações conscientes de respeito às alteridades e às necessidades sociais sob o ponto de vista da justiça e da proteção, portanto, na relação do sujeito trabalhador com o coletivo/comunitário/social, se contrapõe a uma resistência deletéria do corporativo ou individual ao comprometimento ético com sentido amplo/social. As avaliações de gestões que consideram o subjetivo e inclusivo no trabalho¹⁷ têm como desafio esta dimensão da ação em saúde: o nível do comprometimento construído dialógico e dialeticamente entre sistema, gestores, pacientes/usuários e profissionais da saúde.

Na relação com uma causa coletiva, invisível e mobilizadora

“é sempre uma preocupação 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 tivesses acesso, digamos, brigar por mais alguma coisa que tu achas que seria possível. Mas, no geral a gente vai se virando com o que tem, tentando sempre dar o melhor para o paciente, nem sempre dá”. (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”. (P6)

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 contemporaneidade¹⁸. Projetos ético-políticos de humanização, já inseridos em vários aspectos da formação e atuação profissional, esbarram num certo vazio instituído no setor público. Há uma

construção insatisfatória de valores pautados na realidade do outro e não amalgamados ao lucro: comprometimento a partir de que estímulo, baixo salário, falta de material, desvios político-clientelistas? Como pensar o indivíduo/si-solidário, se não se concebe 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, passa pela liberdade das amarras socioeconômicas do trabalho alienado¹⁹ 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 – num horizonte desenhado por várias mãos, não perdido no vazio do eu isolado. Comprometer-se com o outro, posicionar-se no lugar do outro, solidariamente e com 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.

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 às vezes cai para outro que não deixa nem o paciente sentar, não escuta o que 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 sei que estou fazendo a diferença aqui”. (P17)

A lógica do serviço público segue um sentido ético de justiça social, beneficência e respeito à autonomia, mas, também, sentimento expressado de amor pelo outro, sentido de proteção e intervenção em situações críticas persistentes. Na contemporaneidade brasileira, dada a relação de embricamento público/privado perpassado pela ideologia do mercado, o debate da ética numa construção intersubjetiva, enquanto sujeito relacional com forte base coletivo/social parece central. Não como ode à pobreza ou ao voluntariado, mas como uma inversão da lógica liberal/privatista na saúde coletiva. O componente coletivo e relacional/humano incorpora o comprometimento como valor positivo, não subsumido ao imperativo da lucratividade/produzividade/ganho secundário, mas como coparticipação solidária e construtora de uma ordem diferenciada: a pública.

Um comprometimento ético que considera as vulnerabilidades secundárias como significativas e a proteção como um engajamento livre e comprometido na prática, “o que pode torná-la irrevogável moralmente”²⁰. 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 consequências dos atos – com certo grau de impessoalidade e impunidade no âmbito mais geral da responsabilização. Mas, 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,²¹ o conceito de trabalhador moral precisa estar além do “homem funcional”, de um ator que pensa e joga nos espaços predefinidos pelos dirigentes. Ao contrário, um projeto que se permita superar uma normalização de fora para dentro, predizendo o que seria o “bom ato de cuidar”, deveria pressupor que o trabalhador, assim como o usuário, 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. Assim, uma margem de autonomia no trabalho deve ser apreendida, pela gestão, como possibilidade real de mudança.

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 – que faz frente a uma realidade social desigual que vulnerabiliza o outro desconhecido.

O pertencimento ao microespaço das relações de poder, localizado no consultório ou no ambiente de uma unidade/equipe de trabalho, deve ser ultrapassado pelo pertencimento às normas sociais.

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.

O resgate da dimensão coletiva no trabalho traduz a satisfação do profissional num espaço de formação de si próprio enquanto sujeito, relacionado diretamente à satisfação do usuário e à mediação ética alcançada. A importância da valorização do profissional não passa somente pelo ganho secundário ou salarial atribuído, mas, também, pela construção de resposta relacional entre usuário, gestão, profissional e sociedade. Assim, espaços bioéticos de debate, como parte integrante da formação continuada e da qualidade ética nas relações, podem construir um comprometimento ético positivo, pois, quando não se lida subjetiva e coletivamente com situações que comprometem a ética no trabalho, abrem-se flancos ao 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 da... a palavra não seria instituição, mas de como é formado o sistema de saúde que não o respeita como um ser humano”. (P21)

“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)

Um sofrimento desvelado como desafio: no público aparece subsumido a um conjunto de fatores localizados, em especial, onde a relação profissional/paciente é trespassada por determinações sociais como violência estrutural. O profissional, ao fazer uma relação entre direitos do usuário e as possibilidades de tomada de decisão no que ele julga melhor para o paciente, percebe um relativo desrespeito aos direitos cidadãos, em situações que ferem a dignidade humana como: escassos recursos públicos diante de uma grande demanda; 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.

“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, aí a gente acaba acostumando com a limitação”. (P14)

Constrói-se um sentimento de impotência associado à impunidade como um problema ético traduzido em sofrimento moral. Um sofrimento decorrente de uma incoerência entre as ações das pessoas e suas convicções, que se traduz num desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos. Ocorrem quando o profissional não consegue executar situações moralmente adequadas segundo sua consciência: “reconhecem uma ação pessoal dificultada por barreiras individual, institucional ou social”²². 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, afastamento ou abandono da profissão²³.

Algumas compensações são construídas coletiva e individualmente por 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 ou a uma opção de fuga: assumir serviços com menor comprometimento ou aderir à lógica do privado – contrapartida financeira maior e baixo envolvimento social.

“ 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 fazendo de molar, não tem condições de pagar nem a passagem de ônibus, mas 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... esse dente amanhã vai ser extraído porque ele não vai dar seqüência ao tratamento”. (P10)

O sofrimento moral aparece como uma violência constitutiva: 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. Como subproduto dessas restrições, um aporte coletivo é necessário para construir uma integridade moral dos envolvidos, a partir de espaços formadores, com debate ético sobre temas variados. Não somente no sentido da punição à determinada ação moral, mas como construção de valores inter e transdisciplinares para além de códigos deontológicos.

Para Paulo Freire,²⁴ uma pedagogia do compromisso requer 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 nas formas de luta, não para desistência da luta. O sujeito/profissional da saúde como o educador popular, parte de uma posição, de um lugar com perspectiva diferente: deve discutir com o povo, pesquisar seus níveis de saber, como o povo conhece. Um diálogo necessário entre o saber popular e o científico permite uma nova valorização dos sujeitos.

Com intercomunicação a partir de troca de saberes e coprodução de uma relação diferenciada: comprometida com a transformação de realidades, com a capacidade de reflexão dos sujeitos e com a dignidade do usuário, do sistema público de saúde e do próprio profissional. Assim, 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.

Conclusão

Uma visão fragmentada da realidade, estimulada pela tríade necessidade/desejo/consumo, complexifica construções contemporâneas de comprometimento. As relações singulares entre si e deste particular com o todo, negado, estabelece o “ é o que há” como ideologia, suscitando alguns questionamentos: o que é realmente humano sem estar impregnado da concorrência, do mal-estar, da crise existencial e da solidão coletiva que acompanha o mundo moderno? Como haver comprometimento sem doação de si e confiança? Como haver ética sem comprometimento?

O debate em torno da ética, do incremento da qualidade e da excelência na lógica do serviço público parte de uma realidade de trabalho com imbricamento de interesses público-privados, mais visível em regiões com maior incorporação tecnológica, construção de amplo aporte de convênios e seguros privados em saúde, formação de redes de serviços e duplo vínculo trabalhista. Um debate que precisa considerar: valorização do profissional como sujeito dos processos construtivos em saúde; vulnerabilidades sociais e individuais; fortalecimento da satisfação no trabalho; construção de uma excelência do público não subsumido ao imperativo da lucratividade ou ao ideal liberal/privatista; construção de uma intersubjetividade profissional que permita uma percepção de si enquanto parte singular de um coletivo de trabalho e de um todo social; respeito às diferenças; e engajamento às necessidades coletivas.

O comprometimento do profissional com o coletivo/social, estabelecido no diálogo entre o saber popular e o científico, pode resgatar 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. Ao menos enquanto os seres humanos perecerem ao mesmo esquema capitalístico de sociedade – ainda que contemporâneo – , que não possibilita a identificação entre prazer e dever a partir da superação dos seres humanos como mercadorias, em relações subsumidas às distinções de classe. Aponta-se o debate bioético inter e transdisciplinar como necessário ao entendimento das mudanças operadas no trabalho em saúde e na construção de um novo comprometimento profissional: gentificado e referenciado no corpo social.

Colaboradores

Doris Gomes trabalhou na concepção e redação do artigo. Flávia Regina Souza Ramos foi a responsável pela revisão crítica do manuscrito.

Referências

1. Gracia D. Pensar a bioética: metas e desafios. São Paulo: Loyola; 2010.
2. Pires DEP. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume; 2008.
3. Bahia L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. Gestão pública e relação público/privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2011. p.115-28.
4. Garrafa V, Kottow M, Saada A. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2006.
5. Moraes R, Galiuzzi MC. Análise textual discursiva. Rio Grande: Unijuí; 2011.
6. Bauman Z. A ética é possível num mundo de consumidores? Rio de Janeiro: Zahar; 2011.
7. Beck U. Individualização, institucionalização e padronização das condições de vida e dos modelos biográficos. In: Beck U, organizador. Sociedade de risco. São Paulo: Editora 34; 2010. p.189-202.
8. Mészáros I. O poder da ideologia. São Paulo: Boitempo; 2004.
9. Ramos FRS, Nitschke RG, Borges LM. A bioética nas contingências do tempo presente – a crítica como destino? *Texto Contexto Enferm*. 2008; 18(4):788-96.
10. Ferreira ABH. Novo Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
11. Ceccim RB, Ferla AA, Bilibio LF, Armani TB, Schaedler LI, Morais M, et al. Imaginários sobre a perspectiva pública e privada do exercício profissional em saúde e educação em saúde. In: Pereira RC, Silvestre RM, organizadores. Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2009. p. 199-233.
12. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
13. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e saúde pública. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola; 2003.
14. Zizek S. Primeiro como tragédia, depois como farsa. São Paulo: Boitempo; 2011.
15. Cortina A. Ética mínima. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
16. Linhart D. Entrevista: Danièle Linhart. *Trab Educ Saude*. 2011; 9(1):149-60.
17. Bosi MLM, Mercado-Martínez FJ. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. In: Campos RO, Furtado JP, organizadores. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. São Paulo: Ed. Unicamp; 2011. p. 41-62.
18. Jamenson F. O pós-modernismo e o mercado. In: Zizek S, organizador. Um mapa da ideologia. Rio de Janeiro: Contraponto; 1999. p. 279-96.
19. Marx K. O capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2006.
20. Schramm FR. A bioética da proteção em saúde pública. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética e saúde pública. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola; 2003. p. 71-84.

21. Cecílio LCO. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(22):345-51.
22. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3):681-8.
23. Lunardi VL, Barlem ELD, Bulhosa MS, Santos SSC, Lunardi Filho WD, Silveira RS, et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(4):599-603.
24. Freire P. *Pedagogia do compromisso*. São Paulo: Villa das Letras; 2008.

Gomes D, Ramos FRS. Ética y compromiso del profesional de la salud post-reestructuración productiva en una región metropolitana del sur de Brasil. *Interface (Botucatu)*.

El objetivo de este artículo es analizar la relación entre ética y compromiso del profesional de la salud post-reestructuración productiva. Una encuesta cualitativa del tipo exploratorio-descriptiva realizada con treinta profesionales (médicos, enfermeros y dentistas) de una región metropolitana del sur de Brasil. La relación entre ética y compromiso muestra ser una pieza clave de la salud en la actualidad y se relaciona con algunos aspectos de las transformaciones sociales contemporáneas, con el tradicional compromiso de beneficencia-paternalismo de las profesiones y con las diferentes lógicas en el mix público-privado. Cuando el profesional no consigue enfrentar de forma subjetiva y colectiva situaciones que comprometen la ética en el trabajo, se abre espacio para el sufrimiento moral. La búsqueda por un ser humano que no se perciba totalmente aislado, sino como un sujeto que piensa y que puede construir un factor de diferencia ético en su trabajo, "personalizado" y comprometido, parece significativo para la construcción de la calidad y de la excelencia en el servicio de la salud.

Palabras clave: Ética. Profesional de la salud. Mercado de trabajo.

Recebido em 23/07/13. Aprovado em 25/11/13.