

1. Introdução

Este texto busca sintetizar reflexões acerca da dimensão subjetiva presente no ato técnico e pertencente à especificidade do trabalho em saúde com reflexões acerca da dupla natureza desse trabalho, peculiaridade que faz combinar em seu interior a esfera técnica e a esfera ética de atuação. Objetivamos discutir espaços e limites do trabalhador como sujeito no trabalho, além de ser, claro, seu agente ou operador técnico. Nesta síntese, apoiada em algumas pesquisas e textos anteriores (Schraiber, 1993, 1995a, 1995b), tentaremos relacionar ética e subjetividade com, e no, exercício da técnica, isto é, como parte da ação em saúde, representada pela intervenção médico-sanitária sobre doentes/doenças e enquanto ato em realização no cotidiano social.

Estaremos buscando, então, respostas para questões do tipo:

1. Há algum espaço para o exercício de julgamentos de natureza subjetiva no interior da técnica em medicina ou em saúde coletiva e também no interior de seus atos de trabalho, como intervenções em realidades dadas? Este tipo de indagação certamente nos coloca diante de problemáticas de natureza ética, porque nos coloca diante de situações de escolhas e decisões, que dizem respeito a uma relação interpessoal na vida cotidiana e sobretudo dizem respeito ao Outro da relação (no caso a relação médico-paciente ou profissional da saúde-paciente), e que, além disso, seriam juízos (escolhas/decisões) feitos no âmbito pessoal dos agentes de trabalho. Os profissionais da saúde dispõem-se, neste caso, como indivíduos privados mas que são simultaneamente técnicos da ciência, sujeitos das sociedades e cidadãos de formações sociais concretas dadas. A problemática ética assim insere-se não apenas na esfera da pesquisa biomédica e das macrodecisões de políticas de saúde, devendo-se lembrar que estas esferas, em especial a última, darão conta da presente problemática nas práticas relativas à saúde coletiva em sua dimensão de ação diretamente voltada para coletivos e espaços públicos. Trata-se, no recorte em pauta, da inserção da problemática ética também, e de forma conjugada à anterior, na organização/avaliação dos cuidados médico-sanitários produzidos em sua forma individual e do próprio trabalho de assistência individual em produção, inscrevendo-se no interior de seu ato técnico, ato de relação interindividual seja como produção de cuidados médicos, seja como intervenção de tipo sanitário.
2. Se houver tal espaço para o exercício da subjetividade nesses atos de assistência individual, quais são suas características e seus limites, em razão das mudanças tecnológicas gerais no modo de produzir os cuidados médicos e sanitários com o grande desenvolvimento científico e tecnológico e a institucionalização da assistência, ora produzida em grandes complexos empresariais? Esta segunda indagação certamente nos coloca a tensão entre a autonomia de sujeito e a heteronomia da ordem social e institucional, por suas determinações em: estruturar o trabalho da e na sociedade industrial moderna; organizar o modo de produção concreto dos cuidados, com sua dada distribuição dos serviços e o mercado de trabalho; e institucionalmente produzir a assistência, definindo conformações fixas de condições dadas de trabalho (recursos, equipamentos etc...) para o profissional.
3. Adicionalmente, se houver aquela inscrição de liberdade de atuação do profissional no ato em produção, em que parte da realidade técnica ela se

funda e quais as possibilidades ou implicações éticas resultantes? Nesta indagação estaríamos diante da ação cotidiana sendo realizada, tendo, em seu interior, a relação interindividual, que é uma relação do profissional com o seu objeto de intervenção ou trabalho, como relação também intersubjetiva. Isto implica comportamentos e condutas de cada indivíduo, sujeito privado. Não há neste âmbito como escapar da discussão acerca das éticas profissionais e se esta deontologia esgota ou não o tratamento da questão ética neste âmbito, âmbito em que a técnica é também ação moral.

2. Autonomia profissional e prática tecnológica: uma combinação possível

Mais uma vez, vamos alertar para o recorte de nossa reflexão. Estaremos no contexto da produção de cuidados individuais, contexto de dupla característica. De um lado, situa a questão ética relativa a ação do trabalho na assistência individual e, de outro lado, situa a questão como uma problemática de vida cotidiana. Assim sendo, não vamos abordar a ética examinando-a como conjunto de valores genéricos e código mais abstrato que o concreto cotidiano e suspenso por sobre o dia-a-dia da ação, aproximação da questão ética na qual os valores estão situados como que anteriores e prévios à ação. Mas vamos refletir sobre o que é vivido na ação, escolha e delimitação de valores que se dá como parte da própria ação, orientando-a em contextos cotidianos dados. Em segundo, não vamos tampouco examinar aqui o plano extensivo de toda a **bioética**, temática já bem tratada por vários autores no campo (Garrafa, 1994, 1995a e 1995b; Schramm, 1993a, 1993b e 1995; Berlinguer, 1993; Pessini, 1995; Ramírez e Alfaro, 1983), que nos será complementar. Nossa aproximação situa-se na esfera do exercício profissional concreto, em que podemos destacar ao menos duas problemáticas interligadas, que já foram objeto de reflexão também dos autores citados: a do julgamento clínico-assistencial e a da liberdade/responsabilidade da ação profissional (Berlinguer, 1993; Schraiber, 1993, 1995a e 1995b; Schramm, 1993b; Garrafa, 1994, 1995a e 1995b).

Aliás, em seu livro citado Berlinguer aponta, no capítulo intitulado "Problemas de ética médica", parte das questões sobre as quais ora buscamos refletir. Também menciona a problemática geral nessa esfera ética como sendo a complexa questão de julgar e encontrar soluções para a ação do médico em situações de "perplexidades" (Berlinguer, 1993:76), o que trataremos, no âmbito em que estamos situando nossa particular abordagem, enquanto situações de **conflito moral**. Outro aspecto relacionado ao que buscamos discutir encontra-se também abordado por Schramm (1993b) e por Garrafa (1995a: 53-62 e 1995b), quando apresentam a questão da responsabilização social do profissional, entrecruzando o plano individual e social da ação.

Em textos anteriores temos tratado do par de valores liberdade/ responsabilidade da ação médica como implicado na natureza técnica e moral desta ação, buscando relacionar ambas as dimensões e articulá-las com o julgamento médico e decisão clínica enquanto momento particular de exercício ético. Este é, então, pensado como ética da vida cotidiana ou a ética dos conflitos morais, ou se quisermos, cf. Ricoeur, 1995:161-173, ***o apelo à ética em situações de caráter trágico da ação, isto é, a ação sobre o fundo de um conflito de deveres***.

Nossa pretensão aqui é a de inserir a temática ética no trabalho em saúde, tomando-o como ato de intervenção interindividual, tal como na produção da consulta médica -seu exemplo mais clássico- e nas consultas assemelhadas, como as de enfermagem ou outras. Vamos buscar verificar se dentre os problemas do trabalho inscrevem-se questões relativas aos sujeitos presentes no trabalho, particularmente seus agentes.

Com isto pretendemos mostrar as possibilidades que detêm esses profissionais para exercerem-se como sujeitos, executando escolhas e realizando vontades que não são exclusivamente técnicas, mas expressões de valores éticos e projetos/interesses políticos, **através da ação técnica** (Schraiber, 1993, 1995a e 1995b; Mendes-Gonçalves, 1994; Ribeiro e Schraiber, 1994; Ayres, 1995a e 1995b e Ribeiro, 1995).

Lembremos, em primeiro lugar, que trabalho em ato -ou o processo de trabalho- como o tomaremos aqui, significa não apenas uma ação qualquer. Mas uma ação de intervenção humana, bem definida histórica e socialmente, sobre realidades que se quer mudar. Portanto, ato que apreende e altera, transforma, seu objeto de intervenção. No trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1992), em assistência individual, o objeto será o doente com sua patologia ou o usuário do serviço nas condições em que ali apresenta uma demanda (nem sempre referida a patologias), a qual será respondida pelo trabalho por sua ação transformadora. Essa resposta é ação do tipo técnica: ação cientificamente informada e intervenção estratégica, isto é, orientada para um fim pré-estabelecido. Este último aspecto vem a ser a utilidade social da ação, pelo valor (socialmente reconhecido) da resposta dada à demanda, caracterizando a técnica como trabalho social, o que impede a variabilidade do objetivo a alcançar pela ação e nisto limita a própria variabilidade do processo de trabalho, dando-lhe ao contrário caráter repetitivo (rotinização, mecanização).

Este é o primeiro aspecto pelo qual, sendo a ação em saúde um trabalho, vê-se estruturado como ação pouco permissiva à autonomia de sujeitos, ademais agentes individuais e privados, sendo, ao revés, bastante permeada pelos determinantes sociais. Como as organizações do trabalho constituem contenções do exercício da subjetividade, buscar sua presença e espaço representa evidenciar a relatividade do domínio das estruturas sobre os sujeitos. Vale dizer: detectar liberdade (mesmo que relativa) de projeto e ação para o trabalhador.

Mas evidenciar a relatividade das estruturas também é, simultaneamente, o percurso oposto, isto é, mostrar os fatores que limitam exercícios de subjetividade, pois que se admite a força real das estruturas. Vale dizer: há, assim, de fato, também restrições que a organização do trabalho impõe aos sujeitos.

É interessante lembrar que o trabalho em saúde da assistência individual é criado na modernidade como prática médica técnico-científica e estruturado como pequena produção privada e isolada, conhecida como prática liberal. Esta forma histórica de organização social da produção dos serviços é também reconhecida pela característica da autonomia profissional (Freidson, 1970 a; Starr, 1982; Donnangelo, 1975; Schraiber, 1993). Vale dizer, analiticamente (Ribeiro e Schraiber, 1994): autonomia mercantil, em que cada profissional dispõe-se como produtor privado em mercado; autonomia relacional, em que cada qual se isola como agente independente, ao contrário da situação de trabalho em conjunto (ou "coletivo", em equipes institucionalizadas cf. Schraiber, 1995c) e na qual há hierarquias de autonomias; e por fim autonomia técnica, relativa ao julgamento e decisão sobre o caso clínico.

Mas também é interessante lembrar que essa forma liberal é superada pela forma tecnológica e empresariada de organizar a produção dos serviços, forma em que encontraremos uma perda da autonomia mercantil e do isolamento e independência das unidades de produção dos serviços, além de uma ampla transformação da autonomia no terreno técnico (Schraiber, 1993 e Ribeiro, 1995).

Sabemos que esta transformação é dada a partir da contenção da autonomia no processo histórico de mudanças do trabalho, e define-se por pelo menos duas ordens

de determinação na estruturação deste. Uma delas é a organização e distribuição social da produção dos serviços, na qual se inscrevem as questões da produção de mercado e, pois, dos custos, financiamentos, lucros e o controle das tensões sociais por direitos de cidadania nas políticas de extensão de benefícios à população. A outra é a base técnico-científica da produção de serviços, na qual importam questões que vão da prévia definição, em abstrato, no conhecimento científico-tecnológico das necessidades em saúde e dos procedimentos técnicos capazes de apreendê-las, até as possibilidades efetivas de incorporação de tecnologias, originadas da relação entre produtores e consumidores de tecnologia, que são o complexo médico industrial, de um lado, e os serviços públicos ou privados e seus recursos financeiros, de outro.

O que gostaríamos aqui é de colocar tudo isso em uma mesma cena. Será fácil perceber que esse trabalho realiza-se com diversas polaridades que geram também diversas tensões. Por outro lado, é importante tentarmos a totalização de todos esses aspectos, que apenas analiticamente são discerníveis, pois toda situação particular concreta é expressão dessa síntese e é bastante comum pensarmos de forma desarticulada ou independente essas várias dimensões. Quase sempre isolamos pelo menos duas situações: a de liberdade e de constrangimento na ação.

É comum no primeiro caso tratarmos da prática profissional como algo essencialmente dependente da formação profissional e da qualidade de nossa capacitação escolar nos cursos de graduação, como se não dissesse respeito à estruturação das ações e do planejamento de seus recursos na organização dos serviços. Outras vezes, situamos todos os nossos problemas da prática profissional nas condições de trabalho, situação em que interesses institucionais e políticas administrativas produzem para o profissional certas disponibilidades de meios de trabalho, instalações e formas diversas de interagir com a clientela.

Se possuir conhecimentos e adestramentos técnicos é importante, este domínio de saber não se traduz imediatamente em igual domínio de uma efetiva **tecnologia de trabalho**, pois não se pode fazer transposições mecânicas e quase imediatas da produção e transmissão da ciência e da tecnologia para a habilidade tecnológica no trabalho cotidiano.

Essa habilidade, sem dúvida, tem que contemplar todos os aspectos acima descritos do trabalho, ainda importando suas características históricas originais, em que surge como trabalho de médicos e prática liberal. Por isso qualificamos esse trabalho em saúde como trabalho de natureza bastante peculiar, processo de intervenção que: articula na **natureza técnico-científica** de sua ação um necessário **pragmatismo**, base da autonomia de seu agente; requer, por isso, a construção de **éticas de comportamento** diante do adoecer, para os profissionais tanto quanto para os demandantes da ação profissional; e, no conjunto, se determina como **estruturação permanentemente instável**.

3. A técnica sob tensão na cristalização tensionada do trabalho

Quase sempre associamos às práticas técnicas, segurança e estabilidade, imaginário que nos vem da representação do conhecimento científico em que essas práticas se fundamentam: seus enunciados são leis verdadeiras e universais. Por isso dizer que esse trabalho cristaliza-se como estrutura instável nitidamente contrasta o imaginário social cunhado acerca da ação em saúde, especialmente a do médico. Freidson (1970a e 1970b), por exemplo, chama a atenção para o fato de que a população em geral vê a medicina como prática segura, por sua feição de tecnologia científica, enquanto que os médicos, mesmo sabendo das incertezas e riscos que envolvem o

ato médico -em razão da natureza complexa do julgamento que nele se instala-, também terminam por assumir sua ação do mesmo modo que os leigos. O autor atribui essa última possibilidade exatamente à especificidade oposta da ação, qual seja, a crença dos médicos em sua própria capacidade de bem decidir, no pleno exercício de uma autonomia técnica.

De nossa parte observemos que esse trabalho é realidade técnica: transformação que o médico opera em seu objeto de intervenção (o doente), fundada em conhecimento científico (ciências naturais). Contudo, se toda técnica sugere ser aplicação das ciências, denotando ato sempre igual, sabemos que no caso desta ação não é exatamente assim que ocorre. Mesmo sem perder o caráter técnico-científico, todo ato médico consegue qualificar-se como ato, de certa forma, singular, porque envolve decisão pessoal do médico na aplicação do conhecimento científico. Essa aplicação, portanto, não se dá de maneira direta a partir da ciência estabelecida, senão através de uma adequação da regra à particularidade de cada caso examinado. A antiga máxima da medicina segundo a qual "cada caso é um caso", entra em disputa com a objetividade da ciência e a aplicabilidade da técnica, em que cada caso seria apenas uma repetição do geral, base da certeza e segurança da verdade científica. Uma vez individualizado o caso, será a criatividade no concreto-particular o elemento que orientará a intervenção, por sua capacidade de descobrir o que há de **singular** naquele caso*.

Nesse sentido, por referência ao saber científico que deve orientar o ato de intervenção, este ato adquirirá a tensa situação de independência e ao mesmo tempo subordinação, movendo-se de uma a outra condição, permanentemente. Oscila entre ato de rotina e ato único, assim como também oscilam nossas expectativas em relação a ele, ora desqualificando-o por ser mecanização, ora exatamente por não sê-lo.

Se a ciência é conhecimento na forma de leis gerais acerca dos fenômenos biológicos, na área da saúde será somente em sua dimensão de ação sobre coletivos na Saúde Pública, que as ações podem ser igualmente genéricas. Na assistência individualizada, médica e mesmo de ações sanitárias, o ato é sempre uma intervenção que incide sobre cada indivíduo, a cada vez. É por isso que a consulta médica é considerada o exemplo mais típico de trabalho e produção social, em que a relação conhecimento X técnica se revela enquanto uma síntese da norma com o particular (Ribeiro e Schraiber, 1994).

Essa síntese envolve juízo subjetivo e complexas decisões de caráter pessoal. Estas características também se estabelecem em razão do extremo pragmatismo da intervenção em saúde, principalmente a médica, pois a sociedade exige da prática da medicina sempre uma solução, mesmo quando não haja conhecimento científico para ampará-la (Freidson, 1970a)**.

Nesse sentido é que podemos dizer que a ação envolve, de certa forma, também a formulação de conhecimento novo, representando nisto um ato de criação técnica e de "investigação" acerca do comportamento vital em situações concretas. O acúmulo dessa produção, que em termos de conhecimento caracteriza a dimensão empírica da medicina, termina por conformar o que conhecemos como a experiência clínica pessoal de cada profissional.

Com a qualidade de antiga prática curadora, a medicina, em certo sentido tão antiga quanto a própria humanidade, sempre se valeu desse saber que se acumula e nasce da experiência vivida. Com diferentes significados históricos, sempre caracterizou-se

também como prática que envolve juízos complexos e decisões arriscadas (Freidson, 1970a e 1970b). Na modernidade, ao tornar-se prática técnico-científica houve uma unificação de práticas diversas, destruindo a pluralidade anteriormente legítima e estabelecendo o monopólio do saber e da prática sobre o sofrimento humano para os médicos. De um lado, isto ampliou em muito seu campo de competência, a ponto de pensarmos até mesmo a saúde, como hoje, a partir desse campo médico e, pois, com base no conhecimento sobre doenças e sofrimentos. De outro lado, isto operou uma profunda medicalização e tecnologização de todo o sofrer, atualmente extensiva à qualidade do viver social, como no caso do trabalho em saúde. Todavia, mesmo com a construção do conhecimento das doenças, que veio a ser seu saber único e fundado na racionalidade da ciência positiva, a prática continuou se valendo de seu lado empírico.

Por isso o julgamento difícil e o risco com que se envolve, contemporaneamente representa a articulação entre seu conhecimento científico e seu pragmatismo, articulando a cientificidade na forma interindividual de praticar a intervenção. Com isto manteve-se como prática baseada na consulta privada e particular como modo adequado de trabalho (Schraiber, 1993). Portanto, se de um lado articular cientificidade e experiência pessoal tensiona a base científica desta ação, de outro, pragmatismo, particularização e produção de serviço em consulta interindividual, são combinações que se reforçam mutuamente.

Observemos que para intervir sobre o sofrimento de indivíduos da sociedade, e em sociedade, são necessários vários passos, na complexa tarefa de mover-se, intelectual e tecnicamente, do plano coletivo-social para o plano natural-individual, e vice-versa. Ou seja, mover-se incessantemente da normatividade social e normalidade bio-social, para o plano patológico do corpo alterado. Neste movimento também passamos do plano que define **a origem e a finalidade da ação curadora**, equivalente à tomada do sofrimento enquanto necessidade de saúde e equivalente à aceitação da intervenção técnica que muda o sofrimento, para um outro plano: aquele em que está definida **a base útil da ação e os meios de se atingir o pretendido fim**. Este é o plano em que acatamos a normatividade biológica para orientar a ação, em substituição, porque equivalente ao social e bio-social.

Reconhecemos essas passagens na já clássica dualidade doentes/doenças (Canguilhem, 1982), em que um e outro são retraduzidos reciprocamente. É o doente que busca o médico, reconhecendo seu sofrimento como doença. A tradução se completa na linguagem do médico, pois é a doença que este diagnostica. O sofrimento transmuta-se em corpo doente do doente e, a seguir, em corpo patológico do saber médico, que permite ao médico, com base na normatividade biológica, projetar a intervenção terapêutica. A eficácia concreta desta última, porém, requer novas retraduzições, adequando a conduta ao concreto particular do caso e assumindo o corpo patológico, novamente, significação social. Só assim alcança-se a finalidade da intervenção: o sujeito social socialmente reestabelecido.

Operar estas mediações, movendo-se entre o biológico e o social, exige que a técnica adquira liberdades relativas de conformar-se, seja perante a ordem científica, seja perante a ordem social. Para tornar mais claro esse movimento, observemos que as dependências/independências, quer da ciência quer da socialidade, são bem percebidas quando atentamos para as dificuldades que tem o médico de levar em conta a situação singular de cada doente diante da legalidade científica: entre ser um doente ou um caso de doença, muitas transposições são necessárias. De mesma forma mas em sentido oposto, imaginemos as dificuldades que um profissional terá, caso não ampare sua ação em qualquer conhecimento científico.

Esse movimento, necessário e apropriado à intervenção em medicina, só pode realizar-se sob a condição de trabalho "autônomo", mesmo que isto signifique uma autonomia relativa, em que o médico tem possibilidades de algum exercício de subjetividade, de re-leituras de regras ou rotinizações, no plano da produção de seus serviços. Vamos chamá-la de **autonomia técnica** e ressaltar aquele seu duplo caráter: no lidar com o saber científico e no lidar com a realidade social. Observemos, contudo, que são autonomies apenas porque significam escolhas no interior e em razão de prévios domínios: no Diagnóstico, **a capacidade de acumular e usar o saber científico para a reflexão**, sobre o caso; na Terapêutica, **a capacidade de bem discernir e julgar para a decisão**, sobre o caso.

Na relação médico-paciente, o primeiro domínio expressa a **autoridade técnica**, situando o médico enquanto sujeito exclusivo do saber diante do Outro; o segundo, é a expressão da **autoridade moral**, em que o profissional se situa como sujeito detentor da opção de maior valor, da prioridade frente ao Outro ou frente a outras decisões, outro discernimento.

Em síntese, trata-se de relação intersubjetiva em que a interação se dá pela exclusividade da autoridade técnica do médico, com prioridade deste sujeito na autoridade moral. Em contrapartida, não resta dúvida de que este ato se qualifica como **técnica moral dependente** (Schraiber, 1993), do ponto de vista da presença dos sujeitos.

Considerar o trabalho em saúde, portanto, mesmo que tenhamos examinado principalmente a ação do médico, significa reter ambas as qualificações de sua técnica, sem desqualificar qualquer delas e sobretudo sem rejeitar suas articulações e consubstancialidade: sua síntese em uma só realidade, a prática de saúde. Problematizar isto não significa rejeitar/desqualificar a dimensão tecnológica, mas o reconhecimento de seus limites e alcances relativos. Desconsiderar isto, por outro lado, absolutizando a dimensão científico-tecnológica como única e modo exclusivo de operar, tal como é frequente se ver no próprio pensamento dos profissionais acerca da prática ideal, é tornar a conduta moral tecnológico-dependente e a dimensão humana da prática, escrava da técnica. Isto pode levar à "dissolução" das responsabilidades dos sujeitos, o que em parte já vemos ocorrer com a institucionalização da assistência e a transformação das relações interindividuais em relações anônimas e impessoais, tal como no contrato jurídico da medicina das instituições.

No centro dessa tensão entre polaridades é que está a interação entre os eixos ético-político e técnico-científico do trabalho em saúde.

4. Da ética profissional à técnica moral-dependente

Todo trabalho na sociedade tem dimensão ética. E assim o é em razão de ser trabalho da sociedade, prática social. Mesmo as práticas técnicas são, no técnico, em suas características internas e operações, sociais: na delimitação e reconhecimento de necessidades que lhe são atinentes; na definição dos meios técnicos referentes às finalidades adotadas; e na própria escolha destas. Vale dizer que há um modo de viver que as técnicas acolhem, para reproduzi-lo para a sociedade e para realizar-se enquanto parte da sociedade, ganhando, pois, características que as fazem ser também o econômico, o político, o ideológico e certamente o ético da sociedade.

Em seu interior há, sempre, todo um reconhecimento do que é certo ou errado, desejável ou não, introjeção de valores que reconhecem o moralmente correto, cuja referência está no sistema de valores da sociedade e por ela estabelecido.

No caso da intervenção em saúde, essa dimensão ética, de um lado, parece óbvia: lidamos diretamente com pessoas, seres humanos. Mas essa pode ser uma situação mal compreendida, pois esse lidar pode ser tomado como o momento da abordagem interpessoal enquanto relações de **troca das informações**. Primeiro, como início do procedimento diagnóstico, em que tomamos os dados do paciente na apreensão de seu sofrimento de doente. Posteriormente, quando da transmissão de terapêuticas. Em síntese, o momento da "conversa", movimento comunicacional que é tido como exterior ao núcleo duro da técnica, ocorrendo antes e depois deste, não se tratando exatamente de diálogo ou presença simétrica na comunicação. Isto pode, assim, tornar-se uma percepção a menor da ética, ainda que implique questões de sua natureza.

É também preciso considerar o momento em que a ação transforma-se em intervenção propriamente dita, momento em que atuamos, transformando o doente, por meio e em razão de nossas escolhas de técnicas. As escolhas realizadas definem um viver; são opções de modo de vida a que orientamos, submetemos, o outro. A proposição de terapêuticas, pois, é igualmente exercício ético. Além disso, não sendo esta proposição independente do movimento diagnóstico que lhe precede, poderíamos afirmar que mediatamente a elaboração diagnóstica também o é.

Será mais difícil visualizar esta interferência nos sofrimentos agudos, pois seu alívio imediato nos parece o caminho natural e único. Aculturados nos valores da modernidade a propósito do que é **viver bem**, este modo de agir não se apresenta a nós como decorrente de uma dada qualificação que damos à vida - **o não sofrer** - e um dado modo de realizá-lo, que é o da **interrupção de processos**.

No entanto, a própria dificuldade que encontramos para que sejam seguidas as terapêuticas em sofrimentos crônicos, ou para que sejam mudados certos hábitos e comportamentos com vistas à promoção da saúde -seja porque o resultado situa-se a muito longo prazo, ou até mesmo porque implica "restrições ou sofrimentos" individuais, em respeito à liberdade e o prazer de outros e não de si mesmo-, é evidência do quanto as opções assistenciais realizam também valores éticos, reiterando ou até se opondo a culturas dominantes*.

Mas se assim ocorre e ainda que a relação entre os profissionais e os pacientes seja uma relação de autoridade técnica, de que forma realizar a proposição ("imposição") de disciplinas de vida, senão "em acordo" com o outro, estabelecendo uma **cumplicidade** em torno da autoridade técnica?

A construção dessa cumplicidade passa pelo reconhecimento de autoridade também moral, o que já apontamos anteriormente. De passagem, observemos que o mesmo ocorre no estabelecimento de "cumplicidades" quanto a ordens corporativas, no plano das relações interprofissionais, em que diferentes profissionais com distintas autoridades técnicas se relacionam em desiguais autonomias técnicas, promovendo no trabalho de "equipe" hierarquias de autoridade profissional (técnica e moral*). Por isso dizemos que a autonomia técnica, no plano institucional, promove **autonomias hierárquicas**, como modo técnico, social e ético de relação entre sujeitos que são agentes do trabalho, profissionais e trabalhadores em "equipe".

A autoridade moral é, em parte, dada pela cientificidade da técnica, apresentando o profissional como o portador desta moral relativa ao "bem da ciência". Contudo será necessário completá-la quanto ao "bem do tecnológico", da intervenção propriamente dita: o exercício de uma **moral no trabalho, realização da ética do trabalho**.

Esse exercício de um comportamento moral dado, no âmbito do trabalho, situa a técnica enquanto também **ação moral**, cujo efeito tecnológico não é pequeno. A ética aqui se reveste, pois, de valor instrumental, ferramenta do trabalho: significação adicional que detém peculiarmente neste trabalho (em saúde) e não em geral nos trabalhos sociais. Há, nesse sentido, um **duplo "ser ético"** para o trabalhador da saúde.

De um ponto de vista esta duplicidade facilita a conotação ética imediata deste trabalho, permitindo que questões valorativas se apresentem de pronto nas situações críticas de sua prática. De outro ponto de vista, porém, faculta o deslocamento de uma a outra qualificação ética, permitindo simplificar suas questões.

Consideremos, por exemplo, o modo de interação com o outro, no interior do ato técnico. Esse modo refere-se ao mencionado "acordar" com o outro, em bases muito especiais: bases constituídas, ou que se têm constituído historicamente, menos no **consenso dialógico** (obtido em diálogo com o outro, compartilhando o saber), tal como mais contemporaneamente se imagina, e sim na **conquista da confiança**. A entrega total do doente enquanto pessoa e sua subordinação enquanto sujeito é marca peculiar e histórica da constituição do trabalho médico moderno, pela própria necessidade tecnológica desse trabalho na modernidade, ao reorientar sua técnica na direção de tecnologia científica, obrigando-se a rever a forma e sentido da relação interpessoal médico-paciente. Starr (1982) fala na "expropriação do juízo privado", feita pela medicina acerca do experimentado na vida cotidiana, pelo sujeito privado, experiência que passa a encontrar na explicação médica a melhor explicação do vivido. Foucault (1984a e 1984b) aponta este como sendo o significado forte da noção de medicalização do social, e em seu texto sobre o nascimento da clínica moderna (Foucault, 1977), mostra a mencionada mudança de relação e de técnica por referência ao proceder médico na anamnese, por esta ser transformada da forma **confissão** em forma **inquérito**.

A confiança é, portanto, valor máximo neste trabalho e característica nuclear de sua qualificação de ação moral. Ademais, é o símbolo do caráter pessoal da prática. Mas a própria confiança desdobra-se em duas características mais: **o segredo**, símbolo da privacidade da prática; e a exclusividade de cada ato, o ato tido como sempre único, sinalizando **a singularização** (individualidade) e **a personalização** da intervenção no âmbito desta prática.

A ação moral se completa com a contrapartida desses valores no desempenho profissional: **responsabilidade**, quando o profissional assume para si os riscos da autoridade técnica e a qualidade da complexa decisão assistencial, o que implica, como modo de ser e agir (sujeito), **atenção e disponibilidade**. Este é o reto exercício da profissão, a moral de conduta definida para o trabalhador.

Esses foram os valores que historicamente permearam a construção da ação médica enquanto ação de técnica científica da modernidade, e em razão dessa configuração que a denominamos **técnica moral-dependente**, tal como já aludido.

O grau desta dependência irá moldar **a qualidade e a extensão do exercício ético na técnica**, isto é, que valores perpassam a técnica e qual a natureza de suas relações com o conhecimento técnico-científico. Que tenha sido intensa esta dependência na medicina liberal, como medicina de base pessoal, privada e individualizante, não há dúvida. Que essas bases tenham cunhado um imaginário social em que apenas seus próprios termos podem corresponder à conduta ética, estabelecendo a privacidade e a particularização como representação da adequada

conduta, também não há dúvida. Mas também é certo que hoje redefinem-se o ser da técnica e o agir profissional. Tal como a própria ação manual direta nesta intervenção, a conduta correta migra rumo ao tecnológico, e é claro que a prática especializada e equipada altera a conformação anterior, quanto à ação moral. Impõe-se que nos debrucemos sobre esta questão, até para uma melhor compreensão da atual crise da medicina, pois é imperativo precisar melhor as novas faces técnica e ética da prática atualmente exercida.

Dissemos logo no início que nossa abordagem permitiria pensar o apelo à ética em situação de conflito de deveres. Acreditamos que a frequência e a intensidade dos conflitos ampliam-se enormemente nesta nossa técnica tecnológica, mesmo que nem sempre, em razão do "bem da ciência" como valor maior, a situação de conflito seja percebida como tal. Essa ampliação deve-se sem dúvida à grande interferência que esse mesmo tecnológico representa para a ação profissional, seja na esfera do natural-biológico, seja no humano-social. Se a técnica assume um ritmo veloz de auto-transformação, re-criando-se, é com base em sua característica de técnica científica (tecnológica), ainda que fundado na experimentação de rotas novas de intervenção, a que é levado o profissional pela outra característica da técnica, o pragmatismo e sua arte. Isto de um lado oferece maiores possibilidades de exercícios de subjetividade do profissional, mesmo que nesta esfera do agir tecnológico, de outro, radicaliza a polarização ética-técnica, tensionando criticamente a ação moral desse agir.

Contudo, estas são questões que merecem aprofundamento e estudo. Nas reflexões que fizemos tentamos evitar a caracterização do exercício da moral no ato técnico, apenas como cordialidade das relações interpessoais. O que ressaltamos está no fato de que a ética significa, ainda, presença de dimensão pessoal e subjetiva **no julgamento e processo decisório do ato profissional no trabalho**, o que tem sentido tecnológico. Esta presença, que não é qualquer mas com características históricas dadas, marca-se, pois, como **qualificação própria e inalienável** desse trabalho em saúde. E se isto aparece como se fosse só o exercício de uma moral pessoal, como traço de caráter individual de cada agente profissional, é sobretudo porque deixamos de ver as problemáticas deste agente e trabalhador como questões do trabalho, da ciência e da técnica na sociedade, talvez induzidos culturalmente pelo fato dos serviços produzirem-se enquanto consultas individuais e buscas aparentemente de forma pessoal e isolada.

A ética profissional refere-se sem dúvida também à relação de respeito entre pessoas, o que deveria permear toda e qualquer relação na sociedade. Contudo, nas ações em saúde a interpessoalidade adquire outros sentidos mais, estabelecendo uma relação entre indivíduos que tem sido, **em termos de tecnologia apropriada para esse trabalho**, uma relação desigual. É por isso que a problematização dessa articulação entre as faces técnica e ética do trabalho, muito além das questões mais aparentes do relacionamento interpessoal, dirá respeito a problemáticas não muito exploradas nesta dimensão do trabalho: a relação médico-paciente, e também as relações usuários-serviço, como espaço legítimo do exercício de cidadania e do exercício, para o profissional e para seu Outro, de suas condições de sujeitos.

Em outro texto (Schraiber, 1995b) destacamos pelo menos quatro ordens de questões ético-políticas que nos parecem urgentes tratar neste âmbito do trabalho em saúde: a "**transparência**" do processo, da operação da técnica; (para permitir) a "**publicidade**" dos juízos, expondo a racionalidade da ação em termos de suas regras (leis científicas) e normas (condutas reiteradas); (para permitir) o "**compartilhar negociado**" das decisões ou a construção de responsabilidades conjuntas e solidárias na intervenção; (para) a "**democracia**" das práticas ou gestão aberta e compartilhada

das reais (existentes) pluralidades terapêutico-assistenciais (distintas intervenções curadoras).

Essas questões trazem o debate ético e político para a técnica em sua "interioridade", pois percorrem a natureza substantiva da ação técnica, situando nossos questionamentos na esfera diagnóstico-terapêutica da intervenção, base objetiva (e técnica) que funda todo o projeto assistencial.

Bibliografia

- AYRES, J.R.C.M. - **Epidemiologia e Emancipação**, São Paulo, Hucitec, 1995a.
- AYRES, J.R.C.M. - **Ação Comunicativa e conhecimento científico em epidemiologia: origens e significados do conceito de risco**, São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP, 1995 b. (Tese de Doutorado)
- BERLINGUER, G.- **Questões de Vida (Ética, Ciência, Saúde)**. São Paulo, APCE-Hucitec-CEBES, 1993.
- CANGUILHEM, G. - **O Normal e o Patológico**, Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1982.
- DONNANGELO, M.C.F. - **Medicina e Sociedade**, São Paulo, Ed. Pioneiras, 1975.
- FOUCAULT, M. - **História da Sexualidade I. A vontade de saber**, Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1984a.
- FOUCAULT, M. - **Microfísica do Poder**, Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1984b.
- FOUCAULT, M. - **O Nascimento da Clínica**, Rio de Janeiro, Ed. Forense-Universitária, 1977.
- FREIDSON, E. - **Profession of Medicine - a Study of the Sociology of Applied Knowledge**, New York, Dodd, Mead and Company, Inc., 1970a.
- FREIDSON, E. - **Professional Dominance: the Social Structure of Medical Care**, New York, Atherton Press Inc., 1970b.
- FREITAG, B. - **Itinerários de Antígona. A questão da Moralidade**, São Paulo, Papyrus, 1992.
- FREITAG, B. - O Conflito Moral, **Tempo Brasileiro 98 (JÜRGEN HABERMAS 60 anos)** : 79-124, São Paulo, 1989a.
- FREITAG, B. - A questão da Moralidade: da razão prática de Kant à ética discursiva de Habermas in **Tempo Social-Rev. Sociol. USP 1(2):7-44**, 1989b.
- GARRAFA, V. - Bioética, Saúde e Cidadania, **Saúde em Debate 43**: 53-9, 1994.
- GARRAFA, V. - **A dimensão da Ética em Saúde Pública**, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1995a (AdSaúde: série temática 4).
- GARRAFA, V. - Novos Paradigmas para a Saúde- A ética da responsabilidade: individual e pública, **Saúde em Debate 48**: 47-50, 1995b.
- HELLER, A. - Ética Elementar da Vida Cotidiana, in **Seminário Agnes Heller e Férenc Féher: Da Teoria da Cotidianidade à Análise da Condição Política Pós-Moderna**, São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), Maio 1992 (mimeo).
- HELLER, A. - **Sociología de la vida cotidiana**, Barcelona, Ediciones Península, 1991, 3a. ed.
- MENDES-GONÇALVES, R. B.- **Medicina e História: raízes sociais del trabajo médico**, México, Siglo Veintiuno, 1984.
- MENDES-GONÇALVES, R. B.- Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades, **CADERNOS CEFOR.Série Textos n.1**, São Paulo, Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde (CEFOR/SMS), 1992.
- PESSINI, L.- O desenvolvimento da bioética na América Latina, **Saúde em Debate 47**: 57-66, 1995.
- RAMÍREZ, E. R.; ALFARO, M.(ORG.) - **Ética, Ciencia y Tecnologia**, Cartago, Editorial tecnológica de Costa Rica, 1983, 2a.ed.
- RIBEIRO, J.M. - **Trabalho Médico: Ciência, Arte e Ação na conformação da Técnica**, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde, 1995 (Tese de Doutorado) 2 vols.
- RIBEIRO, J.M. ; SCHRAIBER, L. B. - A Autonomia e O Trabalho em Medicina, **Cadernos de Saúde Pública, 10(2)**: 190-99, 1994.
- RICOEUR, p. - **LEITURAS 1: Em torno ao político**, São Paulo, Ed. Loyola, 1995.
- SCHRAIBER, L. B. - **Educação Médica e Capitalismo: Um Estudo das Relações Educação e Prática Médica na Ordem Social Capitalista**, São Paulo, HUCITEC, 1989.
- SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. - Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde, **CADERNOS FUNDAP 19**: 106-121, 1996.
- SCHRAIBER, L. B. - O Trabalho Médico: questões acerca da autonomia profissional, **Cadernos de Saúde Pública 11(1)**: 57-64, 1995a.
- SCHRAIBER, L. B. - Políticas Públicas e Planejamento nas Práticas de Saúde, **Saúde em Debate 47** : 28-35, 1995b.
- SCHRAIBER, L.B. - Desafíos históricos en salud: lo individual y lo colectivo en los modelos de trabajo y asistencia, **Cuadernos Médico Sociales 72**: 47-60, 1995c.
- SCHRAIBER, L. B. - **O médico e seu trabalho. Limites da liberdade**, São Paulo, Hucitec, 1993.
- Schraiber, L.B. e Mendes-Gonçalves, R.B.- Necessidades de Saúde e Atenção Primária IN Schraiber, L.B.; Nemes, M.I.B.; Mendes-Gonçalves, R.B.- **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade**

básica, São Paulo, Hucitec, 1996, pp. 20-46 (Programa Editorial da Faculdade de Medicina da USP/PROGRED n.4).

SCHRAMM, F.R.- **A Terceira Margem da Saúde: a ética natural. Complexidade, Crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário**, Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ (Tese de Doutorado), 1993a.

SCHRAMM, F.R.- A dimensão ética do trabalho em saúde. IN CARDOSO DE MELO, F.G.(org.)- **Educação: razão e paixão**, Rio de Janeiro, Panorama/ENSP, 1993b, pp.51-63.

SCHRAMM, F.R.- A terceira Margem da Saúde: a ética 'natural', **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** 1(2):54-68, Nov 94-Fev 95.

STARR, P. - **The Social Transformation of American Medicine**, New York, HarperCollins Publishers-Basic Books, 1982.

Salvador 3-5 de julho 1996. Rede Ida Brasil