

Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada

Bioethics and basic care: for an extended clinic, an amplified Bioethics

Bioética y cuidado básico: para una clínica extendida, una bioética amplificada

*Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli**

RESUMO: As peculiaridades da Atenção Básica requerem que a prática clínica e o equacionamento moral neste nível da assistência sejam redirecionados, a fim de ampliá-los e desfocá-los do hospitalocentrismo e da especialização que marcam o sistema de saúde e a formação dos profissionais. Buscando avançar nas reflexões da interface entre a Bioética e a Atenção Básica, este artigo argumenta que a clínica ampliada própria para este nível da assistência à saúde requer uma amplificação da bioética clínica, com a conjugação dialética e hermenêutica de direitos e responsabilidades, por meio da ética do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde. Bioética. Humanização da assistência.

ABSTRACT: The peculiarities of Basic Care require that clinical practice and moral equating in this level of assistance be redirected in order to extend them and change their focus from the hospital setting and the specialization that imposes on the health system and professional training. In order to go further into reflections of the interface between Bioethics and Basic Care, this article argues that the extended clinic appropriate for this level of health assistance requires an amplification of clinical Bioethics, with dialectical and hermeneutical integration of rights and responsibilities by means of an ethics of caring.

KEYWORDS: Primary health care. Bioethics. Humanization of assistance.

RESUMEN: Las particularidades del cuidado básico requieren que la práctica clínica y el compromiso moral en este nivel de ayuda sean redirigidos para ampliarlas y cambiar su foco del ambiente del hospital y de la especialización que se imponen al sistema de salud y el entrenamiento profesional. Para avanzar en las reflexiones del interfaz entre la bioética y el cuidado básico, este artículo sostiene que la clínica extendida apropiada para este nivel de ayuda a la salud requiere una amplificación de la bioética clínica, con la integración dialéctica y hermenéutica de los derechos y de las responsabilidades de promedio la ética del cuidar.

PALABRAS LLAVE: Atención primaria de salud. Bioética. Humanización de la atención.

A Atenção Básica é o primeiro contato do usuário do SUS (Sistema Único de Saúde) com a rede de serviços de assistência à saúde. Presentes neste encontro há dois cidadãos: um que usufrui um bem público por direito (usuário) e outro que tem a responsabilidade de distribuir e promover o acesso ao usufruto desse bem; base de leitura para as questões da assistência como política pública, com base na justiça distributiva e na equidade, que é um dos princípios do SUS. Mas esta é apenas uma das facetas desse complexo fenômeno. Quan-

do esse encontro se personaliza e se personifica na clínica que acontece cotidianamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o giro que se dá é que são duas pessoas que se encontram e será nesse encontro intersubjetivo que acontecerá a atenção à saúde e se efetivarão, ganharão vida e corpo os princípios da Política de Saúde, especialmente um dos sentidos da integralidade. É nessa nuance do fenômeno da atenção à saúde no SUS que se centra este artigo.

Nos encontros de cuidado, estão, no mínimo, duas pessoas (um

usuário e um profissional), que, como dignas e cidadãs, são iguais no devido mérito de respeito; porém, mesmo distintas quanto às suas biografias e quanto ao momento do processo saúde-doença em tela, precisam de um diálogo, com base na igual dignidade, para bem cuidar. São dois iguais em situações distintas, que em um encontro intersubjetivo têm a corresponsabilidade de construir o cuidado, trocando fatos, emoções, sentimentos, crenças, enfim, muito mais que apenas os dados dos sinais, sintomas e resultados de exames. Daí

* Enfermeira. Mestre em Bioética pela Universidade do Chile e Programa Regional de Bioética para a América e Caribe OPAS/OMS. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: elma@usp.br

poder se dizer que se trata de um encontro de intersubjetividades.

Isso é bem sabido, tem sido objeto constante da produção em saúde coletiva no País^{1,2,3} e tanto que, como veremos mais adiante, a concepção de Atenção Básica que o Ministério da Saúde Brasileiro⁴ (MS) adota para o SUS inclui uma série de valores contrafácticos, frutos destas reflexões e discussões.

Entretanto, pelo fato da bioética ter se dedicado mais às questões de ponta da assistência terciária e da biotecnologia, ainda são poucas as discussões das implicações dessas questões para este novo campo do conhecimento, para esta nova forma de fazer a ética em saúde. Bem como são ainda tímidas as contribuições da bioética para este âmbito da atenção à saúde. Isso tem resultado na hegemonia do principalismo como referencial de análise da bioética e resulta que para as peculiaridades da Atenção Básica esse referencial tem se mostrado insuficiente^{5,6}.

Este artigo de reflexão tem o propósito de avançar nesta discussão, trazendo a proposta do que chamamos a amplificação da bioética clínica, por conjugar, de maneira dialética e hermenêutica, as vozes éticas do cuidado e da justiça para a clínica ampliada própria da Atenção Básica.

Atenção Básica ou Atenção Primária?

Ainda que a documentação oficial do Estado adote a nomenclatura Atenção Básica, os termos Atenção Básica e Atenção Primária são, muitas vezes, usados indistintamente como sinônimos ou correspondentes. Sem adentrarmos o campo complexo da origem e significado das palavras, para o que me faltam os conhecimentos necessários e seria leviana qualquer afirmação, vou assinalar algumas

peculiaridades dos vocábulos 'primária' e 'básica', que têm chamado minha atenção nas pesquisas que venho desenvolvendo sobre a interface deste nível da assistência para a bioética e, também, apontar como a produção em Saúde Coletiva vem usando os termos Atenção Básica e Atenção Primária. Essa breve discussão tem o único propósito de dar ênfase à questão dos valores que são incorporados na proposição adotada pelo SUS e não pretende argumentar em contra ou favor do uso ou da proscricção de quaisquer dos termos.

A documentação oficial do MS delimita a Atenção Básica como

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na

integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável” (p. 10)⁴.

Como os fundamentos da Atenção Básica, o MS inclui: possibilitar, com base na equidade e como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; efetivar a integralidade da assistência em seus vários aspectos; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita; valorizar os profissionais de saúde; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; estimular a participação popular e o controle social⁴.

Claro está que as ações da Atenção Básica referem-se aos âmbitos individual e coletivo da assistência à saúde, com uma abrangência que inclui a promoção e proteção da saúde; a prevenção de agravos; o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. De onde parece fazer sentido que discutamos a questão da clínica e suas finalidades na Atenção Básica, já que a atividade concreta e individual dos profissionais de saúde junto às pessoas de quem cuidam é a “clínica”.

A palavra clínica procede do grego *klyne*. Seu sentido mais comum era “cama”. Clínica é a atividade que se realiza ante a cama do paciente, do enfermo. A clínica é sempre uma atividade concreta e individual, que visa, diagnosticar, tratar e fazer o prognóstico de um enfermo, um paciente concreto, determinado e identificado. Nisso a clínica se diferencia da patologia, que é o estudo das chamadas espécies morbosas ou universais

patológicos. A espécie é universal e o paciente, o usuário, particular. Entre patologia e clínica existe a mesma diferença que entre uma espécie botânica ou zoológica e um espécime em concreto. Mas com uma particularidade; um espécime de animal ou planta pertence a uma única espécie, e um enfermo pode participar, ao mesmo tempo, de mais de uma espécie morbosa, sendo essa uma das diversas críticas e problemas da categorização das doenças em espécies morbosas. Sem menosprezar essa discussão, pois esse não é o propósito do artigo, destacamos que essa concepção de espécie resultou em termos bastante usados até hoje e que são muito frequentes, especialmente nas ações de vigilância das doenças transmissíveis na Atenção Básica, como 'história natural das doenças'. A medicina ocidental apostou e investiu esforços na compreensão da doença como um fato natural, tentando interpretá-la com as categorias próprias da natureza, principalmente da natureza viva⁷.

Considerando algumas das repercussões desse investimento humano para a prática dos serviços e profissionais da saúde, o que gostaria de destacar é que não é o mesmo o estudo da tuberculose pulmonar e o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento de uma pessoa em concreto que vive com a tuberculose. E mais, na Atenção Básica, há outras peculiaridades, porque nesse nível da assistência, a 'cama' do José não é o leito hospitalar, mas o território, a família, o trabalho, a casa, o bairro. Isto é, a 'cama', entendida como os enfermeiros aprendemos na graduação, como o elemento principal da 'unidade paciente' amplia-se, e tremendamente, na Atenção Básica, ultrapassando os muros da UBS e as portas do consultório.

Sem dúvida, isso confere à Atenção Básica uma complexida-

de diferente da que se vive na atenção terciária, pois não significa obrigatoriamente o manuseio e a incorporação da aparelhagem de última geração, mas requer operar a densidade das relações intersubjetivas. É o que a Política Nacional reconhece, na concepção citada anteriormente, ao dizer que a Atenção Básica utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade.

A complexidade decorre da exigência da Política para se considerar o sujeito (usuários e profissionais) em sua singularidade, integralidade, inserção sociocultural. E isso não só para prevenção e tratamento das doenças, mas para busca da promoção da saúde desse sujeito e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Como visto, a Política dá o norte para as ações na Atenção Básica. São estes: a universalidade, a acessibilidade, a coordenação do cuidado, o vínculo, a continuidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. E isso nos remete à questão dos valores que são incorporados na proposição política. Mas a isso voltaremos mais adiante.

Antes vamos distinguir primária e básica, que aparecem na linguagem da saúde como qualificativos da atenção que se presta à entrada do SUS.

Se tomamos o conceito que traz Barbara Starfield⁸, em uma publicação também do MS, vemos que Atenção Primária aproxima-se do que é proposto na Política Nacional de Atenção Básica. A Atenção Primária para a autora é

"aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para

a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da Atenção Primária. A Atenção Primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção, prevenção, bem como ao tratamento e a reabilitação e trabalho em equipe. A Atenção Primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a Atenção Primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A Atenção Primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde" (p. 28).⁸

O livro do qual esse trecho foi extraído é uma tradução do inglês, na qual a palavra inglesa *primary*, no português, ficou *primária*. Ao consultarmos um dicionário de inglês, vemos que *primary*, como

adjetivo, significa “primeiro em ordem de tempo ou desenvolvimento” (“*first in order of time or development*”), primeiro de uma escala, em importância ou valor (“*of first rank, importance, or value*”). Como sinônimos de *primary*, aparecem básico (*basic*), fundamental (*fundamental*), principal (*principal*). (<http://www.merriam-webster.com/dictionary>).

Ao buscarmos a palavra ‘primário’ no dicionário da língua portuguesa, lê-se que, como adjetivo, significa: “que vem antes; primeiro, primitivo, original”, “que constitui ou pertence ao primeiro estágio de um processo, de uma doença etc.”, “sem complexidade; simples, fácil, elementar”. Os regionalismos registrados para a palavra denotam conotações ‘perigosas’ para qualificar a atenção em saúde, por expressarem sentidos negativos de ‘primário’. Um dos regionalismos identifica primário com “sem consistência ou grandeza; mesquinho, superficial”, outro com “insuficiente instrução ou capacidade intelectual; limitado, estreito, bronco”, um terceiro ainda o relaciona com “que demonstra rudeza, falta de cultura, de sofisticação; grosseiro, rude, primitivo”⁹.

Para a palavra ‘básico’, encontra-se no dicionário “que faz parte da base; basilar”. De onde deriva, por metáfora, “mais importante; fundamental, primordial, essencial”. Não se registram regionalismos⁹.

Ao considerarmos os sinônimos para ambos, no caso de ‘primário’ remete-se à sinonímia ‘primeiro’. Naquela encontramos “começante, inaugural, incipiente, inicial, iniciante, iniciativa, preambular, primário”. Básico não figura na lista de sinônimos para primeiro. Para a palavra ‘básico’, o dicionário remete à sinonímia de ‘necessário’ e ‘principal’. Ao verificarmos em ‘principal’, encontra-se, dentre outros, básico, cardeal, cardinal,

essencial, fundamental, precípua, primacial, primeiro, primordial, substancial. Para ‘necessário’ tem-se como sinônimos: básico, essencial, exigido, forçoso, fundamental, imperioso, imprescindível, inevitável, indeclinável, indispensável, insubstituível, obrigatório, oportuno, preciso, reclamado, requerido, urgente, útil, vital.

Tomando esta exploração dos termos no dicionário, cujos limites reconheço, embora enquanto ‘principal’, ‘básico’ e ‘primário’ correspondam-se pela sinonímia em comum para primeiro, parece que até para sermos mais fiéis ao sentido de *primary* no inglês, seria preferível o uso da expressão ‘Atenção Básica’. Dessa forma, também fica incluído o sentido de imperioso e indeclinável, que representam fortes implicações para a justiça em saúde e, conseqüentemente, para a equidade no SUS.

Para acrescentar mais um ponto a esta contrastação de ‘primária’ e ‘básica’ na atenção à saúde, vejamos o uso de Atenção Primária e Atenção Básica nas publicações científicas.

O descritor de saúde é ‘Atenção Primária à saúde’, sendo a ‘Atenção Básica’ registrada como seu sinônimo no português (<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>)¹⁰.

Ainda assim, Gil¹¹ em uma revisão de literatura do uso das expressões ‘Atenção Primária’ e ‘Atenção Básica’, encontrou que estes são usados ora como sinônimos ora como contraposição. Atenção Primária costuma ser mais usada em estudos de avaliação de programas (pré-natal, puericultura, aleitamento materno), nos artigos sobre problemas de saúde (diabetes, hipertensão, transtornos mentais, asma), agravos (violência doméstica, aborto), questões gerenciais (sistemas de informação, gerência, processo de trabalho). Atenção Básica tem maior diversificação dos temas

e inclui artigos sobre mortalidade, avaliação de programas, doenças, agravos, atividades gerenciais, acesso, territorialização, práticas profissionais, análise de políticas públicas, modelos de atenção à saúde, referência a Saúde da Família, contextualização no SUS. A autora assinala que Atenção Primária aparece mais em artigos relativos à expansão da cobertura e propostas de contenção do financiamento, levando a que pressupostos éticos do SUS, que se define como universal, equânime, inclusivo e integral, fiquem obscurecidos pelo ideário neoliberal de cunho racionalizador de gastos, com a focalização, o baixo custo, o pacote mínimo e excludente.

É claro que o artigo de Gil¹¹ não contempla todos os aspectos recentes, por ter sido publicado há quase três anos. Mas, seja ou não pelos motivos apontados pela autora, parece que o uso de ‘Atenção Básica’ nos títulos dos artigos vem sendo preferido pelos autores, em detrimento de ‘Atenção Primária’.

Em uma busca bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), feita para este artigo com os termos ‘Atenção Básica’ e ‘Atenção Primária’ nos títulos dos artigos (limites língua portuguesa e país de publicação Brasil), pôde-se observar uma tendência na frequência dos termos mais favorável, atualmente, ao uso de ‘Atenção Básica’. Entre 1981 e 2009, foram encontrados 278 artigos com ‘Atenção Básica’ no título e 200 com ‘Atenção Primária’. Saliente-se que o primeiro registro com ‘Atenção Básica’ é de 1989 e que em 2009 não há registro de artigos com ‘Atenção Primária’ (levantamento feito em 02 de março de 2009). Com ‘Atenção Básica’ já há três registros em 2009. A partir de 2000, nota-se um predomínio de artigos com ‘Atenção Básica’ no título, por exemplo, em 2008, foram 36 contra apenas 11 com ‘Atenção Primária’.

Parece que a expressão 'Atenção Básica' tem sido preferida, embora falte saber os motivos. Há algumas pistas. A mais evidente pode ser a adoção desta expressão como a 'oficial' nos documentos da Política Pública de Saúde no Brasil, como vimos.

Seja como for, para este artigo advogo o uso de 'Atenção Básica' por entender que o qualificativo 'primária' pode levar à compreensão equivocada de que este nível da assistência seria simples, incipiente, inicial, preambular, o que, vimos, não é o pautado para a Política Pública de Saúde no País, e tampouco corresponde à realidade ou ao desejo dos que trabalham para a construção do SUS.

Se adjetivo é o que qualifica o substantivo, modificando-o, e se os adjetivos 'básico' e 'primário' têm as diferenças apontadas, estas, embora sutis, parecem indicar que a atenção à saúde vê-se acrescida de qualidades diferentes ao ser qualificada por 'primária' ou 'básica'.

É claro que esta questão precisa ser melhor estudada e aprofundada por meio de revisões sistemáticas e estudos empíricos. Todavia, para o escopo deste artigo, o propósito era apenas levantar a questão para justificar, de maneira argumentativa, a preferência pelo termo, em português, Atenção Básica, com vistas a fundamentar a compreensão deste nível da assistência à saúde não como simplificada focalização, mas como algo imperioso, essencial, necessário, fundamental, imprescindível, indeclinável, indispensável, insubstituível, requerido, urgente, útil e vital. Podem parecer sutilezas semânticas, mas a linguagem é a forma como nos expressamos e nos manifestamos no mundo, incluindo aqui a expressão dos horizontes éticos que almejamos. E 'básico' e 'primário' parecem trazer para o cenário da assistência horizontes éticos, em certa medida, distintos.

Da clínica à ética e da ética à clínica: as peculiaridades da Atenção Básica

Se a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, é claro que a clínica tem que se ampliar para poder dar conta desta abrangência.

Assim, o pressuposto implícito e aprendido pelos profissionais de que a centralidade do trabalho em saúde está nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada patologia vê-se abalado na Atenção Básica. Neste nível da assistência, o diagnóstico e a respectiva conduta, quando acontecem, são apenas uma parte do projeto terapêutico¹².

A assimetria entre profissionais e usuários produzida nas instituições hospitalares não é a mesma que ocorre na Atenção Básica. A submissão do usuário é infinitamente menor, já que a aplicação das condutas depende dele mesmo, longe do profissional e do serviço de saúde. O usuário está com mais liberdade, mais controle autônomo de seu cuidado. Por isso, torna-se impossível cuidar e intervir nos problemas de saúde sem a participação e compreensão das pessoas, e esta tem de ser conquistada e cultivada, o que implica disposição atitudinal e preparo técnico para a escuta e diálogo. Ou seja, novos saberes e nova ética para a aceitação do outro em uma relação intersubjetiva¹².

No cuidado na Atenção Básica, ocorrem a copresença e a inter-relação entre saberes instrumentais e saberes práticos, como proposto por Ayres, sendo oportuno tomar a distinção que o autor faz entre êxito técnico e sucesso prático. Por êxito técnico refere-se à face instrumental da ação, por exemplo, a indicação do uso de um vasodilatador para uma pessoa com

hipertensão e a redução do risco de que venha a ter agravos cardiovasculares e, a conseqüente diminuição da incidência desse tipo de agravo na população em que estão os indivíduos tratados¹³. Ou seja, avaliam-se, medem-se os resultados das intervenções, expressos em índices e indicadores.

Por sucesso prático, o autor considera a face valorativa, as implicações simbólicas, relacionais e materiais que decorrem da estimativa das ações em saúde. Por exemplo: o que significa na vida de um usuário ou de uma população a identidade de hipertenso; o que significa conviver com a doença, mudando hábitos arraigados, tomando remédios, fazendo controles periódicos, sentindo o risco presente de um infarto do miocárdio, um acidente vascular cerebral etc.¹³. Ou seja, está em pauta, também, o processo de cuidado e não apenas seus resultados.

O quadro da página seguinte, adaptado de Cunha¹² com a incorporação destas distinções de Ayres, mostra as peculiaridades da Atenção Básica quando confrontada com a atenção hospitalar.

Embora ambas atenções, hospitalar e básica, possam e precisam ser humanizadas, terão sempre suas peculiaridades. E o olhar ético e clínico que é bom e próprio para a atenção hospitalar, não será para a Atenção Básica. Parece que a esta altura do artigo, já temos isso bem claro e justificado.

Por isso o olhar clínico na Atenção Básica tem de se ampliar para propiciar o entendimento do sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e para pactuar os acordos no projeto e processo de cuidado. Desafio para os profissionais que seguem tendo no hospital seu lócus privilegiado de formação, na lógica médico-centrada e hospitalocêntrica que marca a produção em saúde.

ATENÇÃO BÁSICA	ATENÇÃO HOSPITALAR
Aproximadamente 90% dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos na Atenção Básica	Somente cerca de 15% dos problemas de saúde da população necessitam de assistência hospitalar
É necessário compromisso corresponsável com um projeto de cuidado	É possível compromisso maior com o diagnóstico e a terapêutica
Critério de Eficácia: qualidade de vida	Critério de eficácia: alta hospitalar
Busca do sucesso prático: aprimoramento das relações intersubjetivas de vínculo e cuidado	Busca do êxito técnico: aprimoramento de habilidades técnicas e incorporação de novos procedimentos para melhores resultados
Momento crônico	Momento agudo
Seguimento no tempo: encontros sucessivos por longo período	Encontro momentâneo
Resultado a médio e longo prazo	Resultado imediato
Sujeito <i>in vivo</i> (em relação)	Sujeito <i>in vitro</i> (isolado)
Tratamento negociado com o doente. O profissional percebe os limites do tratamento, pois o usuário está em maior liberdade e autonomia	Relação autoritária, pouco questionada pelo doente. Sensação de onipotência do profissional.
O doente está preocupado em viver, até porque muitas vezes a busca da unidade de saúde não é motivada por uma doença, mas por um evento vital, como a gestação	O doente está preocupado em sobreviver, pela agudeza dos agravos. Mesmo no transcurso de uma doença crônica, a hospitalização costuma ocorrer em episódios de agudização do quadro.
Predominam as ações biopsicossociais, com consciência ou não por parte do profissional	Predomina a intervenção no corpo biológico, com a aplicação de procedimentos: remédios, exames.
Fácil produzir dependência devido ao acesso facilitado, vínculo e duração do seguimento	Difícil produzir dependência devido acesso mais controlado, natureza aguda dos agravos e brevidade dos contatos
Fácil perceber efeitos colaterais dos tratamentos	Mais difícil perceber os efeitos colaterais dos tratamentos
A percepção e compreensão das implicações simbólicas da doença e do tratamento para a vida pessoal e familiar do usuário está mais propiciada	Difícil avaliar e compreender as implicações dos agravos para a vida dos pacientes
A relação clínica dá-se entre pessoas, em uma conexão de biografias	A relação profissional – paciente tem por alvo controlar uma patologia
Análogo a um filme	Análogo a uma fotografia

De fato, como afirma Sierra¹⁴: os profissionais de saúde na Atenção Básica são responsáveis e também testemunhas da saúde das pessoas que vivem na área que lhes é adscrita em seu trabalho.

E a história clínica deve registrar isso, recolhendo toda a informação

relativa à saúde do usuário e sua evolução durante toda sua vida, tendo como referência seu entorno familiar e comunitário¹⁵.

Se assim é, a clínica deve se ampliar mesmo, pois a pessoa de quem cuidamos é, também, olho mágico para uma rica e complexa realidade

concreta. E devemos ser capazes de olhar e ver através desse olho mágico para bem cuidar. Nessa lente entendo a ampliação da clínica.

A clínica ampliada é “um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular”¹⁶. Implica corresponsabilização pela saúde das pessoas, buscando, para isso, articulação com outros setores (interssetorialidade). Também requer que os profissionais reconheçam os limites de seus conhecimentos e das tecnologias empregadas, integrando, constantemente, novos saberes. Isso tudo em um compromisso ético profundo¹⁶.

Para ampliar a clínica, Cunha¹² sugere: evitar recomendações pastorais e culpabilizadoras; trabalhar com ofertas e não apenas com restrições; evitar iniciar as consultas questionando aferições e comportamentos; valorizar a qualidade de vida; pedir o retorno do paciente sobre o que ele entendeu sobre sua doença e tratamento; evitar assustar o paciente; lembrar que a doença crônica não pode ser a única preocupação da vida da pessoa, assim, o profissional deve buscar equilibrar o controle da doença com a produção de vida; atuar com o máximo de apoio nos eventos para os quais o usuário buscar cuidado.

Para isso, vão entrar em jogo a escuta, os vínculos, os afetos e o direito à diferença¹⁶. Sem dúvida, um ingrediente essencial desta relação clínica ampliada é o respeito mútuo entre todos (profissionais e usuários).

Os problemas éticos na Atenção Básica, segundo as vozes de enfermeiros e médicos, mostram que a relação clínica anda em perigo em vários aspectos. Há dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional – usuário, não se sabendo se, como e quanto se interfere no estilo de vida das famílias ou usuários. O desrespeito

do profissional para com o usuário não é uma situação rara. O usuário recusa-se às indicações médicas e os profissionais dizem que não conseguem informar o paciente de maneira a pactuar sua adesão. A falta de companherismo e o desrespeito entre os profissionais de saúde também aparece como um problema ético, especialmente quando é difícil delimitar os papéis e responsabilidades de cada um^{5,6}.

Assim, para as peculiaridades da Atenção Básica não apenas a prática clínica requer redirecionamento, mas também o equacionamento ético. É urgente desfocá-los do hospitalocentrismo e da alta especialização que marcam a conformação do sistema de saúde e a formação dos profissionais e levá-lo para a riqueza da biografia das vidas. Precisamos de novos saberes, novos instrumentais, nova ética, poderíamos dizer. A esta última, que chamaremos bioética clínica amplificada, vamos dedicar a próxima seção desse artigo.

Bioética clínica amplificada: cuidado e responsabilidade

As peculiaridades da assistência na Atenção Básica conferem aos seus aspectos éticos sutileza e, muitas vezes, dificuldades para distinguir os conflitos morais que podem intervir na relação clínica com o risco do rompimento da relação vincular com os usuários e no trabalho da equipe^{5,6}. Isso pode acabar por comprometer os propósitos da Atenção Básica.

Para lidar com os aspectos éticos da Atenção Básica, é preciso um reforço da sensibilidade e do compromisso éticos, em uma reviravolta ética com uma prática marcada pela humanização, cuidado e cidadania; uma prática responsável e de cuidado empenhada na promoção da saúde e de vida boa para todos.

Potter¹⁷, ao adjetivar a bioética como Bioética Global, radicava-a em uma compreensão responsável da ética, fundamentada na combinação de direitos e responsabilidades. Entendia a bioética muito mais como uma questão de responsabilidades mútuas do que direitos, e sua prioridade máxima era a busca da saúde para todos e não somente para uns poucos escolhidos. Aliás, esta foi uma das preocupações que o moveu para propor o termo 'Bioética', nos anos 70.

Na articulação de direitos e responsabilidade, a ética do cuidado faz-se essencial. A consciência profissional nos impele a desempenhar as tarefas com excelente esmero e a observar as normas e regras movidos por um dever, em certa medida, externo, quase alheio à autonomia, que é o que torna a ética verdadeiramente ética. Um compromisso responsável de cuidado levará à promoção das pessoas, respeitando e promovendo a expressão autonômica, a realização e potencialização das capacidades, a cidadania e a saúde para todos, em um nível compatível com a dignidade humana.

Passemos, então, a uma breve reflexão sobre cuidado e responsabilidade como componentes da bioética clínica amplificada.

Cuidar é ir ao encontro de outra pessoa para acompanhá-la na promoção de sua saúde, a partir da criação, cultivo e manutenção de laços de confiança e vínculo. A equipe de Atenção Básica e cada um dos seus integrantes mostram-se como pessoas que podem amparar e acompanhar o usuário, observando sua singularidade, identificando seus recursos e procurando, com ele, a via de ação que faça sentido em sua situação e para seu projeto de vida.

Em outras palavras, o profissional que se move pela ética do cuidado caminha com a pessoa de quem cuida para promover sua

saúde em dupla função: de perito e de conselheiro, no compartilhar de uma jornada. Faz conviver nos encontros a técnica, a efetividade e a eficácia em um clima de empatia, compaixão e cuidado.

Waldow¹⁸ lembra-nos que o cuidado requer que, de maneira "transpessoal", nos esforcemos, no sentido de proteger, promover e preservar nossa humanidade. Na atenção à saúde isso significa ajudar as pessoas a encontrarem significado na doença, no sofrimento e na dor, enfim, na própria existência.

De maneira geral, cuidado se faz presente em toda ação que contribua para a promoção e para o desenvolvimento do que faz bem viver as pessoas. O cuidado, em um sentido amplo, pode ser entendido como tudo que contribui para a promoção e para o fomento da vida e da saúde. Cuidar é um ato de vida e para a vida, pois, de fato, tudo que não é cuidado morre: as plantas, os animais e as pessoas. Também as relações, se não forem cuidadas fenecem: a amizade; o amor conjugal; as relações familiares; a relação da equipe profissional; a relação com o usuário; a relação com as chefias etc.

Cuidado deriva do latim *cura* ou, em sua forma mais antiga, *coera*. Era usada em um contexto de relações de apreço e amizade para expressar atitude de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação por uma pessoa querida ou por um objeto de estimação. Outra origem da palavra cuidado é *cogitare-cogitatus*, que significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e preocupação. Ou seja, em seus primórdios, 'cuidado' já carregava e unia dois sentidos: a atitude de desvelo, solicitude e atenção para com o outro e a preocupação e inquietação que advém do envolvimento, da ligação afetiva, do sentir-se responsável pelo

outro e da necessidade de acolhê-lo, pois nos reconhecemos inseridos, partícipes e codependentes de uma rede de vida, entrelaçados em um todo orgânico, complexo, dialético e complementar. Os seres humanos formam uma teia de relações vitais das quais são corresponsáveis e codependentes e podem potencializar a vida ou ameaçá-la^{19,20}.

Carol Gilligan²¹ afirma que na ética do cuidado é essencial a consciência da conexão entre as pessoas que reconhece a responsabilidade de uns pelos outros e a comunicação como o modo de solucionar os conflitos.

Na saúde, o desafio consiste em, sob a égide da alteridade, encontrar mediações técnicas, procedimentos e instrumentos, bem como condições organizacionais e do processo de trabalho, para fazer com que, dentro dos limites e do alcance das situações particulares do contexto em que a Atenção Básica torna-se realidade, o cuidado não seja traído ou negado, e sim concretizado da melhor forma possível.

A pessoa vista como abertura, relação, comunicabilidade é a base, o fundamento preliminar da alteridade, que deriva do latim, *alter*, outro. Constituímo-nos pessoas pela intimidade, proximidade e abertura, assim, alteridade entra na definição de pessoa. Por isso, todo compromisso ético, toda reflexão ética e toda conduta ética fundamentam-se no valor e na dignidade da pessoa. A alteridade corrige uma visão individualista e abstrata do personalismo e resgata o sujeito real concreto²². Também realinha o encontro do profissional de saúde com o usuário para seu eixo mais crucial: uma relação inter-pessoal, quando um e outro encontram-se e se tratam como pessoas dignas, em uma relação de ajuda.

A alteridade é uma ação práxica. Tornamo-nos pessoas em uma relação da práxis. Isto é, uma pes-

soa é pessoa somente quando está ante outra pessoa. Estar frente a frente, pessoa a pessoa constitui a relação práxica de proximidade, de afinidade entre as pessoas que faz possível a revelação do outro. Mas, não como esse outro está dentro do sistema. Ao contrário, a proximidade práxica é capaz de desvelar o outro justamente como o que ele não é no sistema, mas poderia e mereceria sê-lo por sua condição de pessoa digna, chamada à liberdade e libertação. A alteridade na ação de saúde deve, pois, revelar o rosto do outro alienado, escutar sua voz e se tornar saída para sua exterioridade, afirmando, na práxis, a sua prioridade²².

O cuidado, como atitude de preocupação e desvelo pelo outro, tem na alteridade seu móbil. Assim, se quanto a sua finalidade o cuidado não é qualquer tipo de ação, mas tudo que promove vida e saúde, também quanto a sua natureza é um tipo de ação especial. É uma ação práxica de alteridade, promotora de vida e saúde, fomentadora de possibilidades e capacidades, na qual todos os envolvidos são e veem-se como humanos, constroem-se como pessoas.

E a interdependência remete-nos à responsabilidade. Se nos dependemos mutuamente, se intersubjetivamente construímos a ação ética de cuidado, temos que ser capazes de render contas, de justificar de maneira razoável nossas escolhas, ante nós mesmos e os outros. Afinal, a ética ou é autônoma ou não é ética. E, sendo autônoma, requer responsabilidade. E não responsabilidade em um sentido jurídico, como costuma ser entendida especialmente na ética profissional, que corresponde à responsabilidade de sofrer uma pena por um erro cometido ou reparar por danos causados. Tampouco ser responsável significa carregar nas costas toda a humanidade presen-

te e futura. Ser responsável é agir de maneira prudente. E para agir prudentemente é preciso tomar decisões depois de deliberar responsabilmente, analisando os fatos, valores e deveres de cada situação. A deliberação é que propiciará os argumentos razoáveis para a justificação dos cursos de ação a serem seguidos. Isso, entretanto, não significa que não podem ocorrer equívocos, com resultados e consequências não desejados, mas se a decisão foi deliberada por um juízo ponderal, ainda nos casos negativos, seremos capazes de justificar nossas escolhas²³.

A responsabilidade tem em conta os princípios e as normas, mas também as circunstâncias e as consequências. A responsabilidade busca o universalismo, mas considera o contexto²⁴.

Carol Gilligan²¹ apontou a importância da responsabilidade na ética. Para a autora, na visão da ética do cuidado, as questões éticas originam-se de responsabilidades conflitantes e não de pendências de direitos, requerendo para sua resolução um modo de pensar contextual e narrativo. Uma concepção de ética baseada na ação de cuidado, como já delimitada, centra-se em torno da compreensão da responsabilidade e das relações intersubjetivas²¹.

Uma ética focada nos direitos fundamenta-se na igualdade e centra-se na compreensão da imparcialidade para equilibrar as reivindicações dos outros e as próprias. Uma ética da responsabilidade assenta-se no conceito de equidade, no reconhecimento das diferenças nas necessidades, em uma compreensão que dá origem à compaixão e ao cuidado²¹. A ética do cuidado consiste no vínculo entre direitos e responsabilidades, no seio das relações intersubjetivas.

Assim, cuidado e responsabilidade parecem intrinsecamente ar-

ticulados. E estariam o cuidado e a responsabilidade, de alguma forma, relacionados com a bioética?

Para Gracia²³, não resta dúvida que a bioética nasceu e se desenvolveu dentro da mentalidade das éticas da responsabilidade.

E de fato. Potter¹⁷ radica a Bioética Global na compreensão da ética da responsabilidade. Para o autor, a responsabilidade inserida no bojo da Bioética Global torna-se “cabeça-de-ponte” para os esforços, de homens e mulheres, que almejam promover o bem-estar e a sobrevivência da comunidade Terra. Defende que a Bioética Global deve estar fundamentada na combinação de direitos e responsabilidades, dimensões não mutuamente exclusivas e/ou excludentes, mas partes de um continuum bipolar¹⁷.

Na Bioética Global, com base nos concepções de Aldo Leopold, Potter¹⁷ ressalta a conexão e interdependência de todas as formas de vida na “comunidade Terra”. E complementa, que no seu entendimento, “como Carol Gilligan, Leopold estava preocupado mais com responsabilidades do que com direitos”¹⁷, coincidindo ambos no entendimento de que os problemas morais decorrem mais de responsabilidades em conflito do que de confrontos de direitos individuais: Para o autor, a Bioética Global consistia no resultado lógico do impacto do ponto de vista do cuidado na bioética médica e na bioética ecológica.

Parece, então, que cuidado, responsabilidade e bioética estão, se não intrinsecamente unidos, ao

menos contextualmente imbricados. E precisam ser praxicamente articulados e realizados na atenção a saúde, especialmente na Atenção Básica.

Considerações finais

A Atenção Básica, pelas peculiaridades que já foram descritas, requer uma bioética clínica amplificada que articule responsabilidade e direitos, na ponte do cuidado. Não só requer, mas apresenta-se como campo profícuo para que esta bioética clínica amplificada aconteça e se desenvolva, pois o cuidado opera no modo narrativo e contextualizado, próprio da operacionalização da clínica ampliada que se dá na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. Merhy EE. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.
2. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2004 [citado 24 Mar 2009];20(5):1400-10. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311-X2004000500036&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500036
3. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2005;9(17):287-301.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1690-9.
6. Zoboli ELCP. Nurses and primary care service users: bioethics contribution to modify this professional relation. *Acta Paul Enferm*. 2007;20:316-20.
7. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. In: Gracia D, Júdez J. editors. Ética clínica en la práctica clínica. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud/Triacastela; 2004.
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
9. Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário eletrônico da língua portuguesa 2.0. Rio de Janeiro: Objetiva; 2007.
10. Bireme. Descritores em Ciências da Saúde - DeCS. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
11. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1171-81.
12. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
13. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*. 2007;17(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
14. Sierra-Díaz G. Introducción. In: Fernández-Bermejo F, Aguirre-Sanjuanbenito L. Ética y atención primaria. Madrid: Agencia Lain Entralgo/Fundación SEMERGEN; 2008.

15. Flores-Rivas FJ. Historia clinica: concepto, aplicaciones y aspectos éticos. In: Fernández-Bermejo F, Aguirre-Sanjuanbenito L. Ética y atención primaria. Madrid: Agencia Lain Entralgo/Fundación SEMERGEN; 2008.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
 17. Potter VR. Global bioethics: building on the Leopold Legacy. East Lansing: Michigan State University; 1988.
 18. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. São Paulo: Vozes; 2006.
 19. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. São Paulo: Vozes; 1999.
 20. Boff L. Virtudes para um outro mundo possível. Hospitalidade: direito e dever de todos. Petrópolis: Vozes; 2005. v. 1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=citmed.section.57535>
 21. Gilligan C. In a different voice: psychological theory and women's development. Massachusetts: Harvard University Press; 1993.
 22. Correia FA. A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética [tese]. Campinas: UNICAMP; 1993.
 23. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2008.
 24. Gracia D. Como arqueros al blanco. Madrid: Triacastela; 2004b.
-

Recebido em 17 de fevereiro de 2009
Aprovado em 24 de março de 2009