



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Bullia da Fonseca Simas, Keith; Passos Simões, Patrícia; Gomes, Andréia Patrícia; do
Amaral Zils Costa, Aline; Gomes Pereira, Claudia; Siqueira-Batista, Rodrigo
(Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no
município do Rio de Janeiro, Brasil
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 5, mayo, 2016, pp. 1481-1490
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63045664015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

(Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil

(Bio)Ethics and Primary Health Care: preliminary study on Family Clinics in the city of Rio de Janeiro, Brazil

Keith Bullia da Fonseca Simas ^{1,2}

Patrícia Passos Simões ¹

Andréia Patrícia Gomes ³

Aline do Amaral Zils Costa ¹

Claudia Gomes Pereira ¹

Rodrigo Siqueira-Batista ^{1,2,4}

Abstract The Family Health Strategy (FHS) started out as the Family Health Program (FHP) in 1994, and has since has been re-thought and re-worked in Brazil as the primary rationale for reorganizing Primary Healthcare (PHC). Transforming the hegemonic PHC into FHS has resulted in many changes in how healthcare is provided, which have impacted different areas. For example, matters of (bio)ethics must still be elucidated. Within this context, this investigation is characterized as an exploratory study focused on mapping the main (bio)ethical problems identified by PHC workers in the city of Rio de Janeiro. For this reason, we used a questionnaire and asked Family Clinic (FC) healthcare professionals to answer it. The answers were submitted to content analysis as proposed by Bardin. PHC in the context of Family Clinics has unique elements in terms of the (bio)ethical relationships established in this level of healthcare. It is extremely necessary that new theoretical references be proposed, and that education/training measures to address such issues be developed.

Key words Family Health Strategy, Integrated care, Primary healthcare, Bioethics

Resumo A Estratégia Saúde da Família (ESF) – iniciada como Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994 – vem sendo pensada e trabalhada, no Brasil, como lógica prioritária para reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS). A transformação do modelo hegemônico de APS em ESF tem promovido várias mudanças no modo de trabalho em saúde, cujos impactos em diferentes esferas – por exemplo, (bio)éticas – ainda precisam ser elucidados. Nesse contexto, realizou-se a presente investigação, caracterizada como estudo exploratório e dirigida ao mapeamento dos principais problemas (bio)éticos identificados pelos trabalhadores da APS do município do RJ. Para isso, utilizou-se um questionário – aplicado aos profissionais das Clínicas da Família (CF) – para coleta de informações, procedendo-se a análise de conteúdo, de acordo com o proposto por Bardin. O trabalho na APS no contexto da CF, possui particularidades em termos das relações (bio)éticas estabelecidas nesse nível de atenção à saúde. Assim, a proposição de novos referenciais teóricos e o desenvolvimento de ações educativas usualmente utilizadas para a abordagem das questões tornam-se extremamente necessários.

Palavras-chave Estratégia Saúde da Família, Integralidade em saúde, Atenção Primária à Saúde, Bioética

¹ Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. R. Afonso Cavalcanti 455, Cidade Nova. 20211-110 Rio de Janeiro RJ Brasil. keithsimas.smsrio@gmail.com

² Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa. Viçosa MG Brasil.

⁴ Curso de Medicina, Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga. Ponte Nova MG Brasil.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi conceituada pela Organização Mundial da Saúde¹ – durante a *I Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde*, realizada em Alma Ata, na antiga União Soviética –, de modo a abranger o rol de cuidados primários essenciais à saúde, de modo a articular o saber cientificamente fundamentado com as práticas socialmente aceitáveis, as quais deverão estar universalmente acessíveis aos indivíduos, às famílias e às comunidades². No presente artigo, será adotada a nomenclatura Atenção Primária à Saúde, ao invés de Atenção Básica. Este último termo somente será utilizado nas referências à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Os debates sobre a APS, em nível internacional, alcançaram importante ressonância no Brasil permitindo a criação – em 1994 – do Programa Saúde da Família (PSF), com proposta para mudar a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, deslocando-se de uma prática predominantemente curativa para uma *práxis* centrada na integralidade da atenção, concebendo o indivíduo como participante de um grupo familiar e pertencente a uma comunidade socioeconômica e cultural³.

Este modelo de APS tornou-se ainda mais abrangente em 2004, quando o PSF foi redimensionado em termos da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁴. Foi com a *Política Nacional da Atenção Básica* (PNAB), publicada em 2006, na Portaria GM nº 648, e novamente publicada após reformulação, em 2011, na Portaria GM nº 2.488, que a ESF se consolida como estratégia prioritária para reorganizar a APS no Brasil⁵.

No Rio de Janeiro, a partir do ano de 2009, houve grande expansão da cobertura da APS por meio da implantação de equipes de saúde da família⁶. A expansão se deu tanto na implantação no âmbito da ESF – em novas unidades inauguradas, denominadas Clínicas da Família (CF) –, quanto em unidades básicas que trabalhavam na lógica do modelo tradicional, os Centros Municipais de Saúde (CMS)⁷. Em 2009, a cidade do Rio de Janeiro contava com aproximadamente 3,3% de cobertura da população pela ESF e, após quatro anos, o número de equipes de ESF atingiu 806, garantindo 40,22% de cobertura à população⁸.

A referida expansão da cobertura, ainda que extremamente desejável, vem enfrentando uma série de dificuldades, com destaque para o descompasso entre as necessidades da população e a formação dos profissionais da saúde de um

modo geral^{9,10}. De fato, tem-se constatado que o perfil de atuação dos trabalhadores formados nas universidades não tem sido suficientemente adequado para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva da saúde como produto social, tampouco, para um cuidado integral e equânime¹¹. Com efeito, entre as questões atreladas ao processo de formação dos profissionais da saúde – que vem sendo identificadas como dificuldades em termos do trabalho na APS/ESF – está o manejo dos problemas (bio)éticos^{12,13}. Tradicionalmente, o ensino de (bio)ética tem sido centrado, principalmente, em uma perspectiva deontológica¹⁴, estando dirigido às questões atinentes à atenção terciária à saúde, na esfera hospitalar. Tal contexto acaba por produzir marcante invisibilidade dos problemas (bio)éticos na APS/ESF, tanto em termos da percepção pelos profissionais da saúde^{12,13,15,16}, quanto pelo reduzido número de trabalhos publicados nos últimos anos, dirigidos à investigação dessa temática.

Com base nessas preliminares considerações, o objetivo deste artigo é descrever os principais problemas (bio)éticos identificados por profissionais que compõe a APS/ESF na cidade do Rio de Janeiro. A escolha diz respeito à referida expansão da APS – experimentada pelo município nos últimos anos, adotada em termos das CF –, inscrita no atual desafio atual de ampliar e aprofundar o alcance da ESF nas regiões metropolitanas do país.

Métodos

Esta investigação caracteriza-se como um estudo exploratório sobre o delineamento dos principais problemas (bio)éticos identificados pelos trabalhadores da APS do município do RJ, através da aplicação de questionário já utilizado em investigações anteriores^{12,13,16}.

Área do estudo

– Município do Rio de Janeiro

O Município do Rio de Janeiro está situado na Região Metropolitana do estado homônimo. A população estimada, em 2013, era de 6.429.923 habitantes¹⁷. Em termos da organização do SUS, o município se divide em dez Áreas de Planejamento (AP). Esta rede possui 194 unidades de saúde, 187 com equipes da ESF – totalizando 893 equipes que oferecem atenção a 2.869.795 usuários¹⁸.

Destaca-se aqui que o aumento de cobertura da ESF se deu não apenas pela incorporação

de unidades que estavam sob o antigo modelo de gestão, mas também porque houve um incremento no número de unidades inauguradas. Entre 2008 e 2013 foram criadas 71 novas CF¹⁹.

O estudo foi realizado em nove clínicas de famílias, uma para cada AP. A AP 2.2 não possui essa modalidade de unidade e, por conseguinte, não foi incorporada à investigação.

Participantes da pesquisa

Participaram da investigação trabalhadores da área da saúde – de diferentes categorias profissionais – de nove CF do município do RJ. Todos os trabalhadores foram convidados a responder o questionário e esta resposta se deu de forma não assistida. Como critério de inclusão utilizou-se a vinculação do profissional à CF selecionada para participar do estudo; como critério de exclusão empregou-se a não aceitação para participar da pesquisa.

Procedimentos de coleta de dados

Um pesquisador da equipe compareceu a cada uma das CF selecionadas para aplicar o questionário. A seleção das unidades ocorreu por meio de sorteio, selecionando-se uma CF por AP. Houve uma conversa com o gerente da unidade de saúde para explicar as razões do trabalho. Na sequência, foram entregues os questionários aos profissionais da CF, explanando-se sobre a importância da pesquisa e sobre o consentimento – livre e esclarecido – para participar do estudo. Em alguns casos foi solicitado ao pesquisador, pelo gerente da CF, que houvesse retorno em data subsequente, para o recolhimento dos questionários para não interferir na rotina de trabalho e possibilitar maior flexibilidade de resposta a estes profissionais.

Procedimentos de análise

Foram analisadas as perguntas do questionário relativas (i) às características gerais dos participantes da pesquisa e (ii) aos problemas bioéticos enfrentados pela equipe; a apreciação acerca do *conhecimento sobre os conceitos de ética e bioética* dos participantes será apresentada em uma outra publicação. Assim, foram delineados os principais problemas (bio)éticos identificados pelos membros das equipes das CF estudadas.

A apreciação dos dados foi baseada no método de análise de conteúdo, o qual visa obter – por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens – indica-

dores de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens²⁰. As respostas do questionário foram categorizadas a partir de uma leitura flutuante inicial (pré-análise), exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação²¹. Além da análise qualitativa, foi procedida uma segunda apreciação com o conteúdo das respostas dos participantes da pesquisa, realizada através do software: WordleTM, o qual é uma ferramenta para a geração de “nuvens de palavras” do texto fornecido.

Aspectos éticos

A investigação que deu origem ao presente artigo foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisas Envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Viçosa e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, RJ. A participação dos profissionais foi formalizada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

Características da população estudada

As nove primeiras questões do questionário permitiram o delineamento das características dos participantes (152 profissionais, no total). Houve predomínio do sexo feminino (83,6%) e a faixa etária de 31 a 50 anos foi aquela que apresentou o maior percentual, (50,0%), acompanhada das faixas de 18 a 30 anos, (34,9%) e ≥ 51 anos (15,1%). A maior parte dos participantes declarou pertencer à etnia branca (30,3%), seguida da parda (26,3%) e negra (18,4%); 25,0% não declararam a própria etnia.

Entre as profissões descritas, observou-se que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi preponderante (44,70%) – o que está de acordo com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, no qual o ACS integra a equipe em um quantitativo superior aos demais componentes²² – seguido pelo Técnico de Enfermagem (15,8%), Enfermeiros (9,2%) e Médicos (8,6%). Outros profissionais representaram 21,7% dos avaliados. Com relação à pergunta referente ao tempo de trabalho diretamente relacionado à ESF (Tabela 1), houve um predomínio do intervalo de alguns meses a menos de dois anos (46,1%), bem como alta frequência de profissionais que se encontram há menos de dois anos na mesma unidade de APS (54,0%).

Tabela 1. Tempo de profissão dos participantes em ESF.

Tempo de profissão em ESF	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Tempo de permanência na mesma ESF	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
0 - < 1 ano	31	20,4	0 - < 1 ano	43	28,3
≥ 1-< 2 anos	39	25,7	≥ 1-< 2 anos	39	25,7
≥ 2 - < 5 anos	55	36,2	≥ 2 - < 5 anos	51	33,6
≥ 5 - < 10 anos	11	7,2	≥ 5 - < 10 anos	2	1,3
≥ 10 - 15 anos	16	10,5	≥ 10 - 15 anos	9	5,9
Não sabe	0	0	Não sabe	8	5,2
Total	152	100,0	Total	152	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Tais achados podem estar relacionados a duas possíveis situações: (1) a posse recente em concurso ou (2) em um contrato de trabalho temporário. Esta última é considerada não desejável, podendo indicar uma alta rotatividade de trabalhadores, ou seja, sua não fixação na APS/ESF e, consequentemente, a precarização do trabalho – muitas vezes inscrita na lógica de mercado, típica do capitalismo tardio²³ – e a desvinculação da equipe com a população atendida, característica considerada indissociável da atuação laboral na lógica da saúde da família^{13,24,25}.

Problemas (bio)éticos identificados e soluções propostas pelos participantes da pesquisa

Esta seção refere-se à análise das questões 10 a 14 do questionário, assim enunciadas:

Questão 10 – Em quais situações, vividas na unidade, você considera que houve problemas de ordem ética e/ou bioética?

Questão 11 – Como a equipe abordou o(s) problema(s) acima(s) descrito(s)?

Questão 12 – Foi necessário recorrer a alguma referência bibliográfica (texto, artigo, código de ética, ou outro) ou a algum consultor para auxiliar na resolução da(s) questão(ões)?

Questão 13 – Houve solução para o(s) problema(s)? Qual solução?

Questão 14 – Quais as principais consequências, do seu ponto de vista, do(s) problema(s) de ordem ética e bioética listado(s)?

Um terço (33,6%) não responderam essa seção do questionário e 27 profissionais (17,8%), responderam que não vivenciaram problemas (bio)éticos. Setenta e quatro participantes (48,7%) relataram terem presenciado e/ou vivenciado problemas desta natureza (ou seja, os que

responderam – que havia ou não havia problema – totalizaram 101 participantes), os quais foram categorizados segundo o envolvimento de (1) *equipes e família/usuário*, (2) *membros da própria equipe*, (3) *membros da equipe e gestão* e (4) *questões de constrangimento e/ou de sigilo profissional* (Tabela 2).

A categoria *Problemas envolvendo equipe/família/usuário*, representou 37,6% (38/101) da pesquisa, dizendo respeito a um conjunto de situações vividas no cotidiano da APS/ESF, atinentes à convivência entre os trabalhadores e aqueles que são acompanhados pela equipe, os usuários e suas famílias:

... em visitas domiciliares às vezes presenciamos conflitos familiares...

A falta de humanização, protagonizada por alguns membros da equipe – no processo de acolhimento ao usuário – também foi citada:

... atendimento oferecido pelos agentes, ao recepcionar o paciente na unidade falta carinho e educação. O que acarreta situações constrangedoras ao paciente...

Uma das diretrizes da *Política Nacional de Humanização* se articula ao conceito de clínica ampliada, com compromisso do profissional em relação ao usuário e à comunidade, bem como a corresponsabilidade de todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde²⁶. Este conceito também se atrela, profundamente, ao princípio da integralidade^{27,28}. Segundo Mattos²⁹, a integralidade emerge uma prática intersubjetiva entre o sujeito e o profissional de saúde, estabelecida pelo diálogo e acolhimento. Nesse âmbito, o estabelecimento de vínculo – essencial na APS/ESF, conforme destacado por Cunha e Giovanella³⁰ – pressupõe uma boa relação entre os profissionais de saúde e os usuários do SUS, remetendo assim ao campo da (bio)ética^{12,31}, envol-

Tabela 2. Categorias de questões (bio)ética identificadas pelos profissionais da CF

Questões (bio)éticas	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Problemas envolvendo equipe/família/usuário	38	37,6
Problemas envolvendo os membros da equipe	16	15,8
Problemas envolvendo equipe/gestão	11	10,9
Problemas envolvendo sigilo profissional	09	8,9
Não vivenciou questões (bio)éticas	27	26,7
Total	101	100

Fonte: dados da pesquisa.

vendo o questionamento das relações de poder e a interdependência entre os envolvidos. Outra questão descrita, com frequência, foi o desacato ao profissional – protagonizado pelo usuário –, muitas vezes relacionado ao descontentamento com o serviço prestado e/ou à dificuldade no acesso ao atendimento.

... pacientes discutem com funcionários e ameaçam o funcionário com xingamentos de baixo calão na frente dos outros funcionários devido a um atestado...

O contato dos indivíduos com os serviços de saúde diz muito a respeito da capacidade do sistema em corresponder às suas expectativas e necessidades, garantindo-lhes acesso ao cuidado à saúde. Sendo assim, operacionalizar este último elemento implica considerar a relação existente entre os indivíduos e o sistema de saúde, em um contexto de necessidades complexas e de respostas, na maioria das vezes, limitadas³². Esta perspectiva corrobora com a definição de acesso de Donabedian³³, a qual o caracteriza como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as necessidades da população, no processo de busca e obtenção de atenção à saúde.

Em relação à categoria *Problemas envolvendo os membros da equipe* foram relatados obstáculos em relação à falta de companheirismo, de respeito e de colaboração, bem como a dificuldade de se delimitar os papéis e as funções de cada membro da equipe. Foram destacados os relatos abaixo, para exemplificação:

... profissionais interferindo na conduta de colegas...

... adolescente de 17 anos veio tomar dT e não estava na época e fui obrigada a dar a vacina, porque o médico era gerente. Disse que não podia mandar o adolescente embora sem fazer a vacina...

Estas situações – produtoras de tensões no cotidiano das equipes de APS/ESF – comprometem a integralidade do cuidado ao usuário/à família/à comunidade. Assim, se faz necessária uma mudança das relações de trabalho – desconstruindo-se espúrias relações de poder interprofissionais, cristalizadas nos serviços de saúde – para que se transformem as práticas de saúde e a harmonia das relações do trabalho em equipe¹³. Gonçalves et al.³⁴ investigaram a formação acadêmica, a motivação e o processo de trabalho de médicos da ESF, identificando que este profissional apresenta um papel de liderança na equipe, o que acarreta desgaste e sobrecarga – do ponto de vista emocional e laboral –, algumas vezes por relações conflituosas com os demais trabalhadores da saúde vinculados à ESF, em função de cobranças quanto às atividades desempenhadas. De fato, “urge uma nova forma de olhar o usuário do sistema, o colega de trabalho e a si mesmo, como profissional de saúde”³⁵.

No que diz respeito à categoria *Problemas envolvendo equipe/gestão*, as questões relatadas estavam relacionadas a diferentes situações, algumas das quais exemplificadas nos trechos abaixo:

... CAP tratando os profissionais de forma abusiva...

... falta de cumprimento de nossos direitos trabalhistas não cumprido por determinadas empresas...

Existe uma inter-relação entre o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde e a gestão, destacando-se que esta última seria a responsável pela coordenação das ações, bem como pelo estabelecimento de diretrizes e metas, além de cuidar do provimento de insumos materiais e estruturais e das condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho. Destaca-se, também, seu papel como responsável pela integração intersetorial, afetando diretamente o trabalho desempenhado pelas equipes. É mister compreender que o gerenciamento ocorre em um espaço político matizado por conflitos – como é próprio ao *ethos*^{36,37} – e permeado por contradições e desafios³⁸.

Na perspectiva de um olhar mais humanizado dentro das funções gerenciais, torna-se essencial que as tarefas desempenhadas no cotidiano possam contribuir para a superação da atenção à saúde fragmentada, do cuidado despersonalizado e do rigor excessivo de uma gestão autoritária, que limita os horizontes da atuação laboral na área da saúde³⁹.

Sobre a categoria *Problemas envolvendo sigilo profissional* foram relatadas situações como a exemplificada a seguir:

... *Em relação às situações éticas posso citar os atrasos e falta dos colegas que atrapalham o serviço na unidade, comentário sobre casos clínicos dos pacientes em locais públicos...*

Esse âmbito de problemas extrapola as relações entre o usuário e a equipe na APS/ESF, produzindo importantes consequências para a comunidade. Reconhece-se que o sigilo é a garantia da confidencialidade entre o profissional de saúde e o paciente, devido às essenciais características éticas da relação entre profissionais e usuários do sistema de saúde:⁴⁰ (i) a *privacidade* – controle que o indivíduo tem sobre o acesso à suas informações, manifesto na prerrogativa de decisão sobre a revelação, ou não, das suas próprias informações⁴⁰ – e (ii) a *confidencialidade* – entendida como uma condição na qual o confidente compartilha uma informação, sendo somente ele capaz de autorizar o rompimento dessa “confidencialidade”^{40,41}. Ambas são condições inerentes ao exercício laboral na área da saúde. Quando o usuário fornece informações sobre si para o profissional de saúde – ou aspectos são identificados no exame clínico ou nos testes laboratoriais –, tornam-se mandatórias ações pautadas na discrição, na lealdade e na fidelidade – para além da mera abordagem deontológica^{42,43} – constituindo-se tais aspectos em verdadeiros *imperativos éticos*.

Os problemas (bio)éticos identificados pelos profissionais da CF (n = 68 que responderam essa questão) foram conduzidos por (1) diálogo com a equipe (n = 27; freq. rel. = 39,7%), (2) diálogo com o gestor (n = 14; freq. rel. = 20,6%) e (3) diálogo com o usuário (n = 22; freq. rel. = 32,3%); Cinco participantes (freq. rel. = 7,4%) descreveram que não houve solução para o problema (bio)ético.

A categoria *diálogo com a equipe* está expressa na seguinte transcrição:

... *A solução é tentar explicar que devemos seguir o procedimento certo, para não atrapalhar ninguém e não prejudicar o trabalho...*

A comunicação entre os membros da ESF é de suma importância para garantir a qualidade e a continuidade do cuidado ao usuário do SUS, além de fortalecer o trabalho em equipe⁴⁴. Quando essa comunicação não acontece adequadamente, emergem problemas como as dificuldades na delimitação do campo de atuação das profissões e os questionamentos no desenvolvimento das atividades clínicas¹⁵.

A categoria *diálogo com o gestor* destaca a necessidade de a gestão manter-se sensível às de-

mandas necessárias à construção de um sistema de saúde mais equitativo e humanizado, em consonância com o cuidado integral e com a cidadania, de acordo com os princípios do SUS e com a proposta da ESF. O trecho abaixo exemplifica tal categoria:

... *a gerência da unidade chamou os profissionais para uma conversa para estabelecer uma melhora na relação e no fluxo da unidade...*

Para que se produzam mudanças nas práticas de gestão e de atenção, destaca-se, com fundamental importância – segundo Ceccim⁴⁵ –, a capacidade de estabelecer diálogo com as concepções e as ações existentes do trabalho em equipe, problematizando-as.

A categoria *diálogo com o usuário* destaca que uma escuta ativa, qualificada e resolutiva – baseada na lógica do acolhimento – é um fator importante para orientar o atendimento e o proceder com os encaminhamentos adequados, conduzindo a uma maior resolubilidade dos problemas enfrentados:

... *mediante orientação o usuário sentiu-se esclarecido...*

Na atenção à saúde e nas ações de cuidado, há sempre, pelo menos, duas pessoas envolvidas: o usuário e o profissional. Entre estes, deverá se estabelecer um diálogo que inclua as emoções, os pontos de vista, as crenças, os valores, enfim, muito mais que apenas os dados dos sinais, dos sintomas e dos resultados dos exames, evidentemente sem prescindir dos mesmos. Desta forma, a (Bio)ética poderá “instrumentalizar” o profissional de saúde da APS/ESF a não ser apenas um solucionador de problemas, mas um interlocutor que busca um diálogo cooperativo com o usuário, no qual todos aprendem e podem chegar a interpretações da magnitude da realidade na qual estão inseridos¹³. Assim, o diálogo apresenta-se como um elemento de mediação entre os sujeitos no âmago da rede de atenção à saúde.

A escuta seguida de orientação traz satisfação para o usuário e resolubilidade no momento em que o mesmo demanda o serviço de saúde. Ainda neste campo, o bom trato ao usuário e o bom relacionamento com a comunidade são valorizados na medida em que esclarecem ao usuário as rotinas e os procedimentos, os fluxos e os limites de atendimento⁴⁶.

As consequências dos problemas (bio)éticos identificados pelos profissionais da CF são sumarizadas na Tabela 3.

As dificuldades encontradas pelos profissionais e reunidas na categoria *quebra do respeito entre usuário e equipe* são relativas ao estabeleci-

Tabela 3. Consequências dos problemas de ordem (bio)ética listados.

Consequências	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Quebra do respeito entre usuário e equipe	28	43,7
Ruptura da confiança	14	21,9
Dificuldades de relacionamento entre os profissionais da equipe	22	34,4
Total	64	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

mento dos limites éticos e terapêuticos, como no trecho descrito a seguir:

... funcionário fica desacreditado levando as outras pessoas às mesmas atitudes de ameaças para conseguir o que quer...

A comunicação dialógica, como parte do acolhimento, é a base para a construção de uma relação de respeito entre os envolvidos nas ações de cuidado em saúde, constituindo-se, assim, no cerne para a formação do vínculo entre equipe de ESF e usuários¹³. Trata-se, pois, de um elemento muito importante para o trabalho desenvolvido pelos profissionais no âmbito da ESF⁴⁷, o que explica sua relevância como consequência dos problemas (bio)éticos identificados. Com efeito, a formação do vínculo entre a equipe de saúde da família e o usuário representa ferramenta indispensável que garante laços de confiança e corresponsabilidade no trabalho dos profissionais junto ao usuário⁴⁸.

A categoria *dificuldades de relacionamento entre os profissionais da equipe* pode ser exemplificada na seguinte transcrição:

... desunião da equipe, interferindo no bom andamento do processo de trabalho...

A ESF se constitui em local privilegiado para experimentar o conhecimento das práticas que envolvem o cuidado em saúde de uma forma multiprofissional e interdisciplinar, capacitando os profissionais para este novo modelo de atenção. Uma vez que as relações existentes entre os profissionais que a compõe são frágeis ou instáveis, o trabalho individual será privilegiado em detrimento do coletivo, fragmentando o conhecimento⁴⁸.

A categoria *ruptura da confiança* tem como exemplo o excerto apresentado a seguir:

... expõe pacientes, só falar o que diz respeito a eles...

A quebra da relação de confiança, além de ir contra um dos aspectos fundamentais da atuação laboral em saúde, também pode corroborar para a ruptura do vínculo da equipe com o usuário do sistema de saúde. Paul Ramsey⁴⁹ argumenta que a questão ética fundamental na pesquisa e na assistência à saúde é a seguinte: *Qual é o significado da lealdade de um ser humano para com outro?* É possível reconhecer que a lealdade – aqui entendida em articulação à confiança estabelecida entre os envolvidos – representa aspecto essencial para a conduta ética, ressaltando-se a obrigação da veracidade, da confiabilidade e da fidelidade em todas as ações do profissional da saúde⁵⁰.

Análise de frequência de palavras das perguntas dez, onze e quatorze

A análise de frequência dos vocábulos presentes nos questionários respondidos pelos participantes da pesquisa – empregando o software *Wordle*TM – é apresentada na Figura 1.

A análise das perguntas evidenciou os seguintes termos destacados:

— *Pergunta 10:* “Equipe”, “Paciente”, “Profissionais”, “Trabalho”, “Atendimento” e “Unidade”;

— *Pergunta 11:* “Equipe”, “Paciente”, “Problema”, “Reunião” e “Atendimento”;

— *Pergunta 14:* “Falta”, “Trabalho”, “Equipe”, “Profissional”, “Paciente”, “Problema”, “Bioética” e “Usuários”.

Para as questões 12 e 13 não foram geradas as nuvens de palavras, uma vez que se tratavam – prioritariamente – de respostas mais concisas, para as quais o resultado foi menos propício à problematização e ao questionamento.

Ato contínuo à observação das nuvens, torna-se possível conjecturar sobre o papel central dos termos “paciente” e “equipe” – os quais surgiram nas respostas das três questões analisadas, na visão dos participantes do estudo –, o que acena para a compreensão de que a condução das questões (bio)éticas que emergem no cotidiano da APS/ESF dependerá de uma íntima articulação desses “polos” – usuários e equipes –, o que está em plena consonância com os pressupostos do trabalho em saúde da família e, certamente, com a própria teoria/prática da Bioética.

Vale destacar – à guisa de comentário derradeiro desta seção – que a não resposta, por parte dos entrevistados, de certas perguntas foi considerado relevante. De fato, não houve resposta para as indagações atinentes (1) à abordagem das

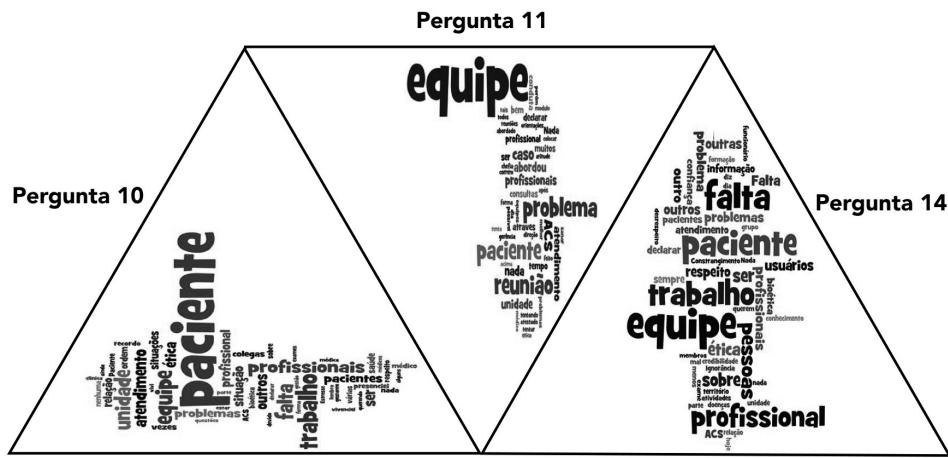


Figura 1. Frequência das palavras relatadas pelos entrevistados.

Fonte: dados da pesquisa.

questões (bio)éticas e (2) às consequências dos problemas de ordem (bio)ética, em percentuais superiores à 50,0%, a despeito da garantia do sigilo das respostas elaboradas pelos participantes da investigação. É possível que este cenário possa ser explicado (i) pela reduzida identificação dos aspectos (bio)éticos do trabalho na APS/ESF pelos profissionais – algo identificado previamente em diferentes estudos^{16,37} – ou (ii) pelo eventual desconforto que a rememoração das questões (bio)éticas poderia produzir no momento do preenchimento do questionário.

Considerações finais

As pesquisas destinadas ao levantamento dos problemas (bio)éticos na Atenção Primária à Saúde são ainda – infelizmente – muito pouco frequentes na literatura acadêmica. Nesse sentido, o presente artigo busca contribuir para o esclarecimento de aspectos desse campo de investigação, além de se destacar pela abordagem – de vanguarda – de situações ocorridas no âmbito das clínicas de família, as quais possuem particularidades em sua organização e funcionamento.

De fato, o modelo carioca tem significativas diferenças em relação às unidades de ESF convencionais.

A despeito das particularidades das CF, os resultados do presente estudo são similares àqueles obtidos por outras investigações realizadas no Brasil, conforme exposto no presente trabalho. Com efeito, neste campo de atuação – APS/ESF –, evidenciam-se questões (bio)éticas muito próprias (ou seja, não imediatamente abordáveis com os referenciais éticos empregados nos problemas descritos nos cenários hospitalares), as quais poderão – e deverão – ser superadas a partir de uma construção coletiva, da qual participem todos os envolvidos – usuários, famílias, comunidades, equipes e gestão. A referida superação dependerá, em última análise, da proposição de *novas* ferramentas teóricas da (bio)ética – ou, pelo menos, de um uso *novo* das ferramentas disponíveis – e, especialmente, da construção de potentes espaços de educação permanente, os quais poderão auxiliar a problematização e a formação dos participes do processo, minimizando o *não reconhecimento* – e o *não questionamento* – dos conflitos (bio)éticos que se apresentam no cotidiano. Tais são os *desafios* que ora se apresentam.

Colaboradores

KBF Simas, AAZ Costa, AP Gomes e R Siqueira-Batista trabalharam na concepção, metodologia e redação final do artigo e PP Simões e CG Pereira colaboraram na pesquisa bibliográfica e na redação final.

Agradecimentos

Os autores são gratos ao CNPq pelo apoio financeiro à pesquisa.

Referências

1. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). *Cuidados primários de saúde – relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata*, 1978. Brasília: Unicef; 1979.
2. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press; 1998.
3. Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunculado. *Cad Saude Familia* 1996; 1(1):3-9.
4. Vidal SV, Motta LCS, Siqueira-Batista R. Agentes Comunitários de Saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. *Saude Soc* 2015; 24(1):129-140.
5. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 22 out.
6. Jesus RL, Engstrom E, Brandão AL. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015; 37(10):1-11.
7. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: SMSRJ; 2010.
8. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. [acessado 2014 dez 19]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>
9. Harzheim E. *Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saude da Familia en la región sur de Porto Alegre, Brasil* [tese]. Alicante: Universidad de Alicante; 2004.
10. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? *Rev Bras Educ Med* 2011; 35(4):557-566.
11. Gomes AP, Costa JRB, Junqueira TS, Arcuri MB, Siqueira-Batista R. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. *Rev Bras Educ Med* 2012; 36(4):541-549.
12. Motta LCS, Siqueira-Batista R, Vidal SV. Bioética: afinal o que é isto? *Rev Bras Clin Med* 2012; 10(5):431-439.
13. Vidal SV, Gomes AP, Maia PM, Gonçalves LL, Rennó L, Motta LCS, Siqueira-Batista R. A bioética e o trabalho na Estratégia Saúde da Família: uma proposta de educação. *Rev Bras Educ Med* 2014; 38(3):372-380.
14. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. *Bioética para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
15. 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 Saude Publica* 2004; 20(6):1690-1699.
16. Siqueira-Batista, R, Gomes AP, Motta LCS, Rennó L, Lopes TC, Miyadahira R, Vidal SV, Cotta RMM. Bioethics and family health strategy: mapping problems. *Saude Soc* 2015; 24(1):113-128.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/IPP/DIG. [acessado 2014 nov 1]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicípios/2006/tabc02.pdf>.

18. Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, RJ. [acessado em: Acessado 2014 dez 19]. Disponível em: http://www.subpav.org/cnes/cnes_listar.php
19. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Dados preliminares de agosto de 2013. [acessado 2015 jun 16]. Disponível em: http://www.subpav.org/cnes/eq_cobertura_listar.php
20. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
21. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 67-79.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil – Monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002*. Brasília: MS; 2004.
23. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Albuquerque VS, Cavalcanti FOL, Cotta RMM. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):159-170.
24. Cotta RMM, Schott M, Azevedo CM, Francischini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(3):8-18.
25. Junqueira T S, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saude Publica* 2010; 26(5):918-928.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: *A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as Instâncias do SUS*. Brasília: MS; 2004.
27. Arce VAR, Sousa MF. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. *Saude Soc* 2013; 22(1):109-123.
28. Viegas SMF, Penna CMM. A Construção da Integralidade no Trabalho Cotidiano da Equipe de Saúde da Família. *Esc Anna Nery* 2013; 17(1):133-141.
29. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1411-1416.
30. Cunha EM, Giovannella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):1029-1042.
31. Siqueira-Batista R, Gomes AP. Bioética: tornar visíveis poderes e injustiças. *Rev Bras Edu Médica* 2015; 39(3):463-466.
32. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde: uma avaliação do acesso na Estratégia da Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(35):797-810.
33. Donabedian A. *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México: Ediciones Co-pilco; 1984.
34. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Ed Médica* 2009; 33(3):393-403.
35. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):569-584.
36. Maliandi R. *Ética convergente. Fenomenología de la conflictividad*. Buenos Aires: Editorial Las Cuarenta; 2010.
37. Motta LCS, Vidal SV, Gomes AP, Lopes TCC, Rennó L, Miyadahira R, Siqueira-Batista R. Searching for ethos in family health strategy: a bioethical investigation. *Revista Bioética* 2015; 23(2):360-372.
38. Melo MLC, Nascimento MAA. Treinamento introdutório para enfermeiras dirigentes: possibilidades para gestão do SUS. *Rev Bras Enferm* 2003; 56(6):674-677.
39. Trevizan MA, Mendes IAC, Hayashida M, Godoy S, Nogueira MS. La búsqueda del compromiso actitudinal: tendencia de la conducta ética del enfermero gerente. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(3):721-725.
40. Loch JDA. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. *Rev Bioét* 2009; 11(1):51-64.
41. Loch JDA, Clotet J, Goldim JR. Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(3):240-246.
42. Junges JR, Schaefer R, Nora CRD, Basso M, Silocchi C, Souza MC, Mello RE, Melo B, Wingert GE. Uma hermenêutica de problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária. *Rev Bioét* 2012; 20(1):97-105.
43. Junges JR. Bioética da atenção primária à saúde. *Revista AMRIGS* 2011; 55(1):88-90.
44. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Lat-Am Enfermagem* 2005; 13(2):262-268.
45. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Comunic, Saúde e Educação* 2005; 9(16):161-177.
46. Guerrero P, Mello ALSF, Andrade, SR, Erdmann, AL. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto Contexto-enferm* 2013; 22(1):132-140.
47. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(2):358-364.
48. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Cien Saude Colet* 2009; 14(Supl. 1):1463-1472.
49. Ramsey P. *The patient as person*. New Haven: Yale University Press; 1970.
50. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002.