

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

ROSE MANUELA MARTA SANTOS

A BIOÉTICA VIVENCIADA POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

JEQUIÉ/BA
2015

ROSE MANUELA MARTA SANTOS

A BIOÉTICA VIVENCIADA POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid.

**JEQUIÉ/BA
2015**

S238 Santos, Rose Manuela Marta.

A bioética vivenciada por equipes de saúde da família /Rose Manuela Marta Santos.- Jequié - Ba, 2015
100f.: il.; 30cm

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid)

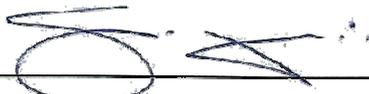
1.Ética 2.Bioética 3.Estratégia saúde da família 4.Relações profissional-Paciente 5.Formação de recursos humanos I.Yarid, Sérgio Donha II.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia III.Título.

CDD - 174.9574

FOLHA DE APROVAÇÃO

SANTOS, Rose Manuela Marta. **A Bioética vivenciada por Equipes de Saúde da Família.** 2015. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Jequié, Bahia.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Sérgio DonhaYarid
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Orientador e Presidente da Banca examinadora



Prof.ª Dr.ª Cristina Setenta Andrade
Universidade Estadual de Santa Cruz



Prof.ª Dr.ª Roseanne Montargil Rocha
Universidade Estadual de Santa Cruz

Jequié/BA, 23 de fevereiro de 2015.

Dedicatória

*Dedico este estudo e o título conquistado nesta etapa da vida à pessoa mais guerreira, batalhadora e íntegra, que me incentivava todos os dias a lutar pelos meus sonhos, a minha Mãe **Maria Rita Marta**.*

*Dedico também às minhas irmãs maravilhosas que Deus me presentou, que estão sempre ao meu lado me apoiando, incentivando e principalmente confiando no meu potencial, **Dilma Marta e Rosana Daily**.*

Agradecimentos

A Deus pelo dom da vida, por me dar força e coragem para seguir na busca dos meus sonhos e principalmente por toda a proteção a mim concedida.

À minha Mãe, agradeço pelo apoio, confiança, carinho, orações, conselhos e por seu amor incondicional.

As minhas irmãs Dilma e Rosana, agradeço por todo carinho, incentivo, apoio, companheirismo e cuidado comigo.

À minha família, agradeço pelas orações e pela torcida por meu sucesso.

Aos meus amigos Luciana, Daniela, Tatiana Lessa, Carla e Cíntia que de longe me deram muita força, entenderam a minha ausência neste momento da vida e me incentivaram em cada ligação, em cada mensagem com muito carinho.

À amiga Nathalie agradeço por todo apoio, incentivo, atenção, amizade e companheirismo de sempre; Agradeço também a sua família maravilhosa que com todo cuidado e carinho me acolhe e me ampara sempre. É muito bom ter vocês por perto!

A Tais Campos e Rafaela Almeida, obrigada pela acolhida, por todo carinho, cuidado e principalmente por toda a torcida.

Aos meus colegas de turma pela construção de conhecimento, pelas parcerias de trabalho, pelos momentos de riso e também de ansiedade compartilhados.

*Agradeço aos meus colegas/amigos de mestrado, especialmente da minha turma **Alessandra Sales, Mayra Gomes, Rafaela Brandão, Juciara e Jamile Fonseca** e aos colegas **Jules Ramon e Paulo Fonsêca** da turma 2012, agradeço pelos momentos de descontração, pelo carinho, companheirismo, pela força nos momentos de fraqueza, pela mão estendida a cada aflição e a cada sorriso quando mais precisava.*

*A **Adilson Ribeiro** agradeço por toda parceria construída dentro e fora do mestrado, por todo cuidado, carinho, atenção, proteção, apoio, e pelos laços de amizade e irmandade fortalecidos a cada dia.*

*À **Tatiana Couto** obrigada pela amizade, pelo companheirismo, apoio, incentivo, por dividir comigo as angústias, os choros, os risos e as vitórias alcançadas. Com certeza, a minha caminhada se tornou mais leve pois, tive você ao meu lado para dividir o peso das responsabilidades.*

*A **Renilson** e a **Jelber** por trazerem o riso e a descontração nos momentos mais tensos do mestrado.*

*Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde**, aos **docentes** agradeço por todos os ensinamentos, pela acolhida, pelo carinho, confiança e apoio.*

*A todos os funcionários da **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia**, em especial aos secretários do mestrado **Lohane** e **Acácio** e **Alice** secretária do colegiado de Odontologia, pela paciência, compreensão, dedicação, pelas conversas e por toda ajuda nas demandas solicitadas.*

*Ao **Núcleo de Bioética - NUB** e ao **grupo de Espiritualidade e Saúde**, especialmente aos bolsistas de iniciação científica, **Fabrcício, Marcos** e **Tháís**.*

*À **turma de Odontologia** do estágio de Docência pela acolhida e pela construção do conhecimento nas aulas da **Disciplina de Odontologia Legal II**.*

*Aos professores **José Aílton** e **Rafael Pereira** pelo apoio e disponibilidade no auxílio na análise de dados.*

*À professora **Alba Benemerita**, pelo exemplo de humildade, respeito, pelas palavras de apoio e incentivo, por todo carinho, atenção e pelo abraço que me confortou e consolou tantas vezes.*

*À professora **Adriana Nery** pelo exemplo de competência profissional, de seriedade e o equilíbrio entre a doçura do cuidado e a rigidez de quem ensina o caminho certo.*

*Ao professor **Cezar Casotti** pelo exemplo de simplicidade e humildade na maneira de levar a vida.*

*Ao meu orientador **Sérgio Yariá** por todos os ensinamentos, pela atenção e preocupação que foi além das obrigações de um orientador. Obrigada pelo apoio, carinho, pela confiança depositada em mim e por toda autonomia dada que me fez crescer e mostrar meu potencial.*

*À banca de qualificação e sustentação de dissertação, professoras **Cristina Setenta**, **Elma Zoboli**, **Alba Benemerita** e **Roeanne Montagil** pela participação na banca, pela cordialidade de todos os contatos e pelas valiosas contribuições.*

Aos participantes da pesquisa pelas informações que contribuíram para a construção desse trabalho.

*À **Fapesb** pelo auxílio na concessão da bolsa de mestrado.*

Não há nunca uma identidade, individual ou coletiva, que fica para sempre no tempo em nós. Esta, está sempre em produção. Partindo de um certo território, abrindo-se para outros possíveis. Produzindo mapas, desenhando cartografias.

(Emerson Elias Merhy)

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acarícia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

(Cora Coralina)

SANTOS, Rose Manuela Marta. **A Bioética vivenciada por Equipes de Saúde da Família**. 2015. 100f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

RESUMO

A atenção à saúde na Estratégia de Saúde da Família precisa estar direcionada ao estabelecimento de vínculos, corresponsabilização e, principalmente, deve estar pautada no respeito à diversidade de saberes e crenças da comunidade e, essa relação profissional/usuário e unidade/usuários podem gerar situações consideradas como problemas éticos. Assim, considerando a necessidade do reconhecimento dos problemas éticos vivenciados na Estratégia Saúde da Família, esta pesquisa objetivou analisar sob o enfoque da bioética Principlialista os problemas éticos vivenciados por Equipes de Saúde da Família; descrever entre as categorias profissionais quem identifica as situações vivenciadas como problema ético; verificar a frequência com que as categorias profissionais vivenciam os problemas éticos em sua atuação e realizar a associação entre a profissão, tempo de formado e tempo na atenção básica com os problemas éticos. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 53 profissionais divididos em 12 médicos, 26 enfermeiros e 15 cirurgiões dentistas que atuam nas Unidades de Saúde da Família de Jequié, Bahia, Brasil. Para a coleta de dados foi utilizado o Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária em Saúde. Utilizou-se a frequência absoluta e relativa, média, valores mínimos e máximos e análise inferencial por meio do teste de qui-quadrado de associação linear com o nível de significância de 5%. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob o parecer nº475.600. Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences*. Verificou-se que muitos problemas listados no Inventário não foram considerados como problemas éticos pelos participantes do estudo e que a frequência com que os mesmos vivenciam tais problemas foi mais alta nas categorias de médicos e enfermeiros e menor na categoria de cirurgião-dentista. Conclui-se primeiramente que, na maioria das vezes, os profissionais, não reconhecem muitas das situações listadas como problemas éticos, mas os vivenciam frequentemente em sua prática profissional e em segundo, não houve associação estatística significativa entre relação às variáveis e os problemas éticos.

Palavras-chave: Ética; Bioética; Estratégia Saúde da Família; Relações Profissional-Paciente; Formação de Recursos Humanos.

SANTOS, Rose Manuela Marta. Bioethics experienced by Family Health Teams. 2015. 100f. Dissertation (Master). Post - Graduate Program in Nursing and Health, concentration area in Public Health. State University of Southwest Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

ABSTRACT

Health care in the Family Health Strategy needs to be directed to establishing links, co-responsibility and, above all, must be based on respect for the diversity of the community's knowledge and beliefs and this relationship, practitioner/user and unit/users, can generate situations considered as ethical problems. Thus, considering the need to acknowledge the ethical problems experienced in the Family Health Strategy, this paper analyzes under the focus of Principlalist bioethics the ethical problems experienced by Family Health Teams. It attempts to describe, among the professional categories, who identifies the situations experienced as an ethical problem; verify the frequency with which professional categories experience the ethical problems in their execution and perform the association between the profession, training time and time in the primary care with ethical problems. It is a descriptive, exploratory, quantitative approach study with, as participants, tertiary level professionals: 12 doctors, 26 nurses and 15 dentists who work in Family Health Units in the city of Jequié - Bahia. To collect the data, we used the Inventory of Ethical Problems in Primary Health Care. We used the absolute and relative frequency and mean and minimum and maximum values and inferential analysis using the linear association chi-square test with significance level of 5%. This research was approved by the Ethics in Research Committee of the State University of Southwest Bahia through judgment n° 475 600, and the data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences. We found that many issues listed in the Inventory were not considered ethical problems by the study participants and that the frequency in which they experience such problems was higher in the categories of doctors and nurses and lower in the category of dentists. There was also no statistically significant association related to the profession, the time since graduation and the time of actuation in primary care with the problems listed in the inventory. It is conclude first that, in most cases, health professionals do not recognize many of the situations listed as ethical problems, but often experience in their professional practice and secondly, there was no statistically significant association between variables and the relation to ethical problems.

Keywords: Ethics; Bioethics; Family Health Strategy; Practitioner-Patient Relations; Human Resources Training.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Mapa 1:** Mapa do limite geográfico do município de Jequié, Bahia, Brasil, 2014. 33
- Quadro 1:** Quantidade de Unidades de Saúde da Família considerando as Equipes de Saúde da Família e o bairro da zona urbana do município de Jequié, Bahia, Brasil, 2014. 33

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

- Tabela 1** - Frequência relativa e absoluta de profissionais que consideram a afirmativa como problema ético e vivenciam o mesmo em sua atuação diária, Jequié, Bahia, Brasil, 2014. 55

MANUSCRITO 2

- Tabela 1** - Caracterização dos participantes da pesquisa quanto aos aspectos sociodemográficos, Jequié, Bahia, Brasil, 2014. 73
- Tabela 2** - Distribuição da percepção das situações listadas como problema ético e associação entre profissão, tempo de profissão, tempo de atenção básica com problemas éticos, Jequié, Bahia, Brasil, 2014. 74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bahia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Dr.	Doutor
Dr^a.	Doutora
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPE-APS	Inventário de Problemas Éticos da Atenção Primária em Saúde
ISSN	<i>International Standard Serial Number</i>
Km	Quilômetro
MS	Ministério da Saúde
n^o	Número
N	Número de participante
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.	Página
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PPGES	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Prof.	Professor
Prof^a.	Professora
PSF	Programa Saúde da Família
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	19
2.1	OBJETIVO GERAL	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PRODUÇÃO DO CUIDADO	20
3.2	A BIOÉTICA NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	22
3.3	FORMAÇÃO PROFISSIONAL E A BIOÉTICA	25
3.4	CONTEXTUALIZAÇÃO DA BIOÉTICA E O ENFOQUE PRINCIPALISTA	28
4	MATERIAL E MÉTODO	32
4.1	TIPO DE PESQUISA	32
4.2	CAMPO DA PESQUISA	32
4.3	CENÁRIO DA PESQUISA	32
4.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA	34
4.5	INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	34
4.6	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	35
4.7	ANÁLISE DE DADOS	36
4.8	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	37
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1	MANUSCRITO 1: ABORDAGEM BIOÉTICA DE PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR PROFISSIONAIS EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	39
5.2	MANUSCRITO 2: ASSOCIAÇÃO ENTRE EXERCÍCIO PROFISSIONAL E PROBLEMAS VIVENCIADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICE	87
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
	ANEXOS	90
	ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa - Plataforma Brasil	91
	ANEXO B - Instrumento de coleta de dados	94

1 INTRODUÇÃO

A década de 80 foi historicamente marcada por movimentos de grupos sociais que lutavam pela redemocratização do Brasil e pela reforma do sistema de saúde imposta à sociedade. O Movimento Sanitário, como ficou conhecido, foi composto por profissionais de saúde, lideranças populares e políticos que buscavam uma reestruturação no modelo hegemônico, curativista e hospitalocêntrico vigente (BRASIL, 2006).

O movimento da reforma culminou na reformulação da Constituição Federal Brasileira de 1988, que incorporou a saúde como direito de todos e o dever do Estado de prover condições necessárias para garantir a saúde à população. Além disso, constituiu-se como marco legal do Sistema Único de Saúde (SUS) que, sob influências dos conceitos e concepções cunhados na declaração de Alma-Ata direcionados à Atenção Primária à Saúde (APS), estava calcado nos princípios da universalidade, intersetorialidade, descentralização e da participação popular (BRASIL, 1988; OMS, 1978; BRASIL, 2006).

Na busca por reordenar o cenário de saúde no país, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Saúde da Família (PSF) baseado nas experiências exitosas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cuja base era a distribuição de Unidades de Saúde da Família (USF) com equipe multiprofissional focando sua atenção na família em um determinado território. As ações do PSF estavam voltadas à promoção da saúde com base em determinantes e condicionantes de saúde e, posteriormente, houve a integração das equipes de saúde bucal ao PSF no ano 2000 (BRASIL, 2000; BRASIL, 2006).

O PSF foi reestruturado como estratégia para transformar o sistema de atenção à saúde e passou a ser considerado como Estratégia Saúde da Família (ESF) que, juntamente com as equipes de Saúde da Família, deve oferecer ações planejadas de saúde com base nas necessidades de saúde demandadas da comunidade, tais como as relacionadas à alimentação, à segurança, ao contato social, à autonomia e à liberdade. (HINO et al., 2009). Nesse ínterim, as demandas de saúde sinalizadas pela comunidade não são apenas aquelas focadas nas necessidades médicas ou nos serviços de saúde, mas também aquelas apresentadas nos hábitos de vida e de identidade dos usuários (PAIM, 2006; HINO

et al., 2009).

Dessa forma, os processos de trabalho que envolvem as Equipes de Saúde da Família precisam ser direcionados ao estabelecimento de vínculos com a comunidade, à atenção compartilhada com os membros da equipe, ao respeito à diversidade das crenças e saberes, e à subjetividade dos indivíduos adscritos no território. É necessário, portanto, levar em consideração o vínculo e a sensibilização por parte dos profissionais sobre os aspectos que circundam a produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2009).

Em contrapartida, a proximidade e o vínculo, se não manejados de forma adequada, podem favorecer o confronto de crenças, valores e subjetividade entre os profissionais e os usuários (LIMA et al., 2009). Isso pode influenciar diretamente nos modos de produção do cuidado, gerando conflitos éticos na APS.

Os problemas de saúde se dividem em primários, secundários e terciários, de acordo com o nível de assistência oferecida pelos profissionais e, por conseguinte, os problemas éticos encontrados também se diferem. No âmbito hospitalar, não é difícil encontrar situações dilemáticas das quais se espera uma resolução urgente. A complexidade na assistência da APS é ressaltada por Zoboli (2009), como o nível de assistência que ultrapassa os muros da unidade e adentra no território e na casa da família, compreendendo todas as particularidades que engloba esse universo da singularidade, da integralidade e da inserção sociocultural do indivíduo, sendo, portanto, uma assistência de alta complexidade e baixa densidade tecnológica.

As situações que geram conflitos aos profissionais de saúde no âmbito da assistência de níveis secundário e terciário estão bastante explicitadas na literatura voltada à bioética, porém, as situações que geram problemas éticos ocorridos no âmbito da APS são consideradas menos dramáticas, que não exigem resolução urgente, se consideradas as situações dilemáticas no ambiente hospitalar (ZOBOLI, 2003; SOARES, 2010).

Nesse contexto, a discreta importância dada aos problemas éticos encontrados na APS poderá refletir na forma da assistência prestada à população, colocando em risco o modelo de vínculo das unidades com a comunidade, pois, mesmo que os problemas sejam de menores proporções, se manejados de forma inadequada, podem trazer grandes consequências para a comunidade e para as relações entre profissionais e usuários (SILVA; ZOBOLI; BORGES, 2006).

Assim, este estudo justifica-se pela complexidade que permeia a atenção à

saúde e as questões éticas com as quais os profissionais das USF se deparam na produção de cuidado, uma vez que a maioria dos estudos ainda traz o enfoque da perspectiva da problemática hospitalar e confere maior importância a esse ambiente, não dando ênfase ao nível de atenção primária. Na realização da revisão de literatura para este estudo, identificou-se que os problemas éticos oriundos das práticas de atenção à saúde no âmbito hospitalar, bem como as reflexões bioéticas sobre essas questões, estão bastante debatidos na literatura, pois, como ofertam serviços de níveis secundário e terciário, possuem tecnologias de maior densidade e os profissionais lidam com dilemas relacionados aos limites entre viver e morrer nos indivíduos. Em contraponto, os problemas éticos advindos da APS, que se baseiam em tecnologias de baixa densidade, ainda são pouco explorados nas pesquisas em ética e bioética.

Dessa forma, este estudo torna-se relevante por abordar, no contexto do processo de trabalho dos profissionais, os problemas éticos encontrados na ESF, que se configura como uma das principais portas de entrada do usuário ao sistema de saúde, e também pelos problemas encontrados na complexidade da assistência nesse âmbito. Sendo o território que compõe a ESF um campo em que deverá ser empregado um cuidado longitudinal pautado na promoção da saúde, da prevenção, da formação de vínculo e da responsabilização com respeito à ética, surgem as seguintes questões norteadoras:

- Os profissionais da Equipe de Saúde da Família identificam os problemas éticos vivenciados na sua atuação?
- Os problemas éticos que envolvem o processo de cuidado estão balizados nos princípios da bioética Principlista?
- Com que frequência os profissionais da Equipe de Saúde da Família vivenciam problemas éticos na sua atuação profissional?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os problemas éticos vivenciados por equipes de saúde da família sob o enfoque da bioética Princípalista.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever entre as categorias profissionais quem identifica as situações vivenciadas como problema ético;
- Verificar a frequência com que categorias profissionais vivenciam os problemas éticos em sua atuação;
- Verificar a associação entre a profissão, tempo de formado e tempo na atenção básica com os problemas éticos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PRODUÇÃO DO CUIDADO

A APS teve sua ascensão na saúde pública brasileira depois da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata e promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o intuito de traçar uma proposta de melhorias no que tange ao oferecimento da saúde integral à população de acordo com a realidade de cada comunidade. A organização da proposta da APS refere-se a um programa de extensão de cobertura de serviços de atenção à saúde por territórios delimitados (MENDES, 2012).

Posteriormente, o movimento popular da reforma sanitária, na década de 1980, buscava a reorientação da política de saúde vigente, que estava direcionada à atenção hospitalar. A reforma sanitária indicava uma proposta que ia de encontro ao modelo hegemônico, com diretrizes voltadas para a prevenção e para a promoção da saúde (ASSIS et al., 2010).

Com a criação do SUS, numa proposta de reorganização da oferta de serviços de saúde, a assistência ganha novos olhares e direcionamentos: volta-se para as diretrizes de universalidade de acesso a todo e qualquer cidadão; para a integralidade, reconhecendo o ser humano como um todo, como ser holístico; e para a equidade, com ações de saúde voltadas para o nível de assistência prestada; ou seja, a saúde que antes era centrada na assistência curativista e hospitalocêntrica ganha novos rumos (BRASIL, 2006).

Além da incorporação à Constituição Federal de 1988 da saúde como direito de todos e como dever do estado provê-la para a população (BRASIL, 1988), o SUS buscou essa consolidação nas Leis nº8.080/90 e nº 8142/90, que dispõem sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, bem como sobre as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Dispõem, também, sobre a participação social e o financiamento da saúde, respectivamente (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Na década de 1990, para o fortalecimento das ações de promoção à saúde, houve a criação do PACS, cujas ações foram desenvolvidas sob a ótica da

prevenção de doenças por meio de orientações em visita domiciliar sobre cuidados de saúde (MENDES, 2012). Houve também, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), que propõe uma estratégia de reorientação da atenção à saúde, focando sua atenção para a família e o coletivo por meio do cadastramento e acompanhamento destas famílias, e não mais no indivíduo sozinho. Por entender que esse programa é uma estratégia para reordenar o oferecimento da atenção à saúde, há um melhor entendimento sobre ele hoje, sendo a nomenclatura mais adequada ESF (GOMES et al., 2011).

A ESF, com a proposta de oferecer atenção à saúde em programas de extensão de cobertura, tem na Unidade de Saúde da Família (USF) a porta preferencial dos usuários ao sistema de saúde, obedecendo às premissas básicas para atender a demanda, acolhendo o usuário, realizando escuta eficaz e, principalmente, sendo resolutiva às necessidades da população. Para essa assistência, é necessária uma equipe engajada no propósito da atenção da comunidade, proporcionando cuidados efetivos em sua área de abrangência (BRASIL, 2012a).

As ações do processo de trabalho desenvolvidas na ESF perpassam por valores, crenças e uma diversidade de comportamentos encontrados nos territórios que, possivelmente, podem gerar conflitos na atenção à saúde. Isso exige dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família o estabelecimento de relações e de troca de saberes para a produção do cuidado (ASSIS et al., 2010).

Por conseguinte, para a concretização da assistência integral à comunidade, dando respostas às necessidades de saúde, bem como respeitando as crenças e as culturas da comunidade, os profissionais utilizam tecnologias para o cuidado e para a oferta dos serviços de saúde. Essas tecnologias são definidas por Merhy (2002) como: leves, que são as tecnologias relacionais voltadas ao acolhimento e à formação de vínculo com a comunidade; as tecnologias leves-duras, que são os saberes estruturados como a clínica; e as tecnologias duras, que estão relacionadas aos materiais e aos recursos tecnológicos utilizados.

Nesse contexto, a realização das ações de saúde no âmbito da ESF centra-se nas tecnologias leves, as quais se baseiam em um processo dialógico/relacional, no encontro profissional e no usuário (FERREIRA; ANDRADE; FRANCO, 2009). Além disso, Merhy (2002, p.15), ao teorizar sobre o processo de trabalho em saúde, afirma “que este é dependente do ‘trabalho vivo em ato’, no qual só é possível

acontecer na dinâmica relacional, ou seja, em ato, em ação, no momento do trabalho em si, com base no encontro entre os sujeitos envolvidos nesta relação”.

Destarte, para conseguir dar respostas às necessidades de saúde da comunidade e disponibilizar ações de saúde no âmbito da ESF, as Equipes de Saúde da Família confrontam-se com questões que geram conflitos éticos. Essas questões estão relacionadas à dificuldade de disponibilizar as tecnologias duras, ao distanciamento do que se tem na teoria e na prática, frequente impossibilidade de trabalho em rede e à falta de capacitação técnica para os profissionais. Essas situações são consideradas problemas no oferecimento de serviços de saúde na USF (ASSIS et al., 2010).

Nesse contexto, os autores Zoboli e Fortes (2004, p.1690) trazem uma reflexão no seu estudo sobre as questões éticas que perpassam pela atenção à saúde na AB:

se a construção do SUS implica uma reviravolta ética, a reorganização da atenção básica pela estratégia do PSF amplia e aprofunda o trajeto desse giro ético, pois sua efetivação não se resume a uma nova configuração da equipe técnico-assistencial, mas a um novo processo de trabalho marcado por uma prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania.

Diante destes problemas éticos gerados no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, fazem-se necessárias reflexões acerca das questões bioéticas no âmbito da ESF.

3.2 A BIOÉTICA NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para fins de compreensão dos dilemas e dos problemas éticos, Garcia (2011) traz a diferença entre tais termos e afirma que, em um dilema ético, o profissional de saúde deve eleger entre duas possibilidades de resolução, ambas opostas e incompatíveis entre si. Essa situação é conhecida como a teoria da eleição racional e encontrada com maior frequência em ambiente hospitalar. Ainda para o problema ético, o autor demonstra que existem diferentes possibilidades de resolvê-lo, dependendo do contexto em que foi evidenciado. Sendo assim, corroborando esta definição, Junges (2011) considera a nomenclatura “problema ético” mais apropriado para os conflitos da APS.

Há cerca de uma década, estudiosos vêm desenvolvendo pesquisas sobre os aspectos éticos encontrados na Atenção Básica (AB), visto que a atenção à saúde nesse âmbito está envolvida com a diversidade cultural e com a subjetividade dos atores envolvidos na produção de cuidado, o que pode gerar conflitos entre profissional e usuário.

Assim, o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família está alicerçado na formação de vínculo entre a USF e a comunidade, o que se faz necessário à compreensão da subjetividade constituída na utilização das tecnologias relacionais para o cuidado. Dessa forma, de acordo com Zoboli (2009, p.195) no encontro profissional/usuário tem-se:

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.

A ESF, por compor essa pluralidade que permeia a assistência de saúde em encontros de culturas e crenças e entre o cuidado profissional e as necessidades de saúde da população, possibilita um encontro de cidadãos que, mesmo distintos em suas particularidades, são iguais no que tange ao respeito para com o outro. E nesse contexto, a literatura demonstra que o processo de cuidado dos usuários envolve aspectos como conhecimentos científicos, conhecimento pessoal e principalmente, ética, exigindo do profissional reflexão e, sobretudo, que seja ponderado e responsável diante das situações encontradas (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Uma pesquisa realizada com o intuito de identificar e comparar os problemas éticos vivenciados e os fundamentos que balizam o equacionamento para a tomada de decisão frente a esses problemas demonstrou que os problemas éticos, na AB, são preocupações que acontecem no dia a dia. Esses podem ser percebidos como corriqueiros e menos dramáticos quando comparados às situações típicas do âmbito hospitalar, que exigem soluções imediatas e a não percepção destes problemas pode ocasionar consequências danosas à assistência prestada (ZOBOLI, 2003).

Outro estudo que teve como objetivo verificar a frequência dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF demonstrou desrespeito do profissional para com o usuário em problemas relacionados às informações para usuários e famílias e à preservação da privacidade e da confidencialidade conforme

foi relatado na maioria dos questionários, porém, com frequências diferentes. Verificou-se também que não houve correlação entre a categoria profissional e os problemas éticos (SILVA; ZOBOLI; BORGES, 2006).

Em uma pesquisa com o objetivo de reconhecer, entender, identificar e comparar problemas éticos vivenciados por enfermeiros e médicos que atuam na AB, foi detectado que os profissionais têm dificuldade de lidar com problemas éticos vivenciados na prática profissional nesse âmbito de atenção, o que se torna um obstáculo na concretização das relações interpessoais na assistência. Destacam-se, principalmente na relação clínica-assistencial, dificuldades relacionadas à privacidade do paciente, à confidencialidade, às relações interpessoais e à autonomia do usuário (LIMA et al., 2009; ZOBOLI, 2010b).

Dessa forma, a não observância desses problemas éticos na APS pelos profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família, cuja clientela apresenta necessidades de saúde contínuas, pode acarretar problemas diretamente ligados ao processo de saúde-doença do indivíduo, uma vez que ele está cotidianamente no espaço da USF, vivenciando esses conflitos (SILVA; ZOBOLI, BORGES, 2006).

Para que um problema ético encontrado na atenção à saúde seja resolvido com rigor e precisão, é necessário que os profissionais saibam aliar a prática técnica à competência ética nas decisões. E, segundo Zoboli (2013), o que deve ser observado é o contexto individual, particular, associando a isso o uso de condutas sistematizadas para diminuir as incertezas dos profissionais e auxiliar na tomada de decisão.

Portanto, na análise de cada problema ético vivenciado, é importante ordenar as informações que envolvem o problema, observar e destacar as questões fundamentais e rejeitar o que esteja distante do foco principal (GRACIA, 1998). A evolução da bioética tem buscado estruturar e direcionar caminhos para resolver os conflitos que surgem na prática da atenção à saúde e o que se pode destacar é que, antes de seguir passos sistematizados, é importante ter os significados de valores morais, ética e juízos éticos muito claros.

Assim, para garantir o bom atendimento, é de importância ímpar que os profissionais de saúde tenham a habilidade e responsabilidade na tomada de decisões, de forma a considerarem as condições e circunstâncias que demanda cada contexto (ZOBOLI, 2013). Diante das evidências demonstradas na literatura referente aos problemas éticos vivenciadas na APS, é salutar a realização de

reflexões acerca da bioética na resolução desses problemas, de forma a tornar a assistência humanizada e integral.

3.3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E A BIOÉTICA

Nesse cenário, com o crescente desenvolvimento do campo tecnológico da área da saúde e também com a dimensão dos aspectos relacionais do profissional de saúde com os usuários, surge a bioética da necessidade de realizar reflexões sobre esses aspectos morais que envolvem a vida humana e a vida profissional. Em contrapartida, no contexto da evolução tecnológica, no que tange às tecnologias para a saúde, tem-se a dúvida se tal evolução está acompanhada da real melhoria da qualidade de vida das pessoas (SIQUEIRA, 2012).

A prática profissional na sociedade atual tomou rumos sustentados no atendimento centrado nas tecnologias de maior densidade, o que denota o resgate do modelo historicamente construído de formação profissional cartesiano. Tal modelo foi desenvolvido para a formação de profissionais médicos baseada em metodologias tradicionais/conservadoras, que tiveram forte influência no modelo delineado por Abraham Flexner, concebido no início do século XX, em que o ensino era fragmentado e reducionista (FLEXNER, 1910). Desta forma, no modelo cartesiano-flexneriano, os direcionamentos dados aos aspectos morais estavam embasados na teoria normativa deontológica.

Esse modelo de formação profissional dava ênfase aos aspectos do exercício legal da medicina com a disciplina Deontologia e Medicina legal. Porém, na grade curricular não existiam disciplinas e/ou espaços voltados para a discussão de situações de conflito moral, o que ocasionou prejuízos na formação dos discentes e culminou na mobilização de diversos autores da época para o estudo dessa temática no ensino (SIQUEIRA, 2012).

A intenção ao estudar o processo de formação ética dos profissionais bem como a mudança nas grades curriculares propostas por estudiosos da época era tentar articular os conhecimentos fragmentados com uma visão mais transdisciplinar, ou seja, não só focar no desenvolvimento de habilidades técnicas. Até então, o desenvolvimento do processo de ensino/aprendizagem flexneriano concentrava-se

nas tecnologias do momento vivido na sociedade e não dava espaço às percepções do indivíduo com seus aspectos e necessidades biopsicosociais (CAMARGO; ALMEIDA; MORITA, 2014; SIQUEIRA, 2012).

Neste contexto, o processo de incorporação nas grades curriculares da dimensão ética na formação profissional buscava a ampliação do olhar sobre o indivíduo de forma holística. Dessa forma, o aprimoramento profissional deve ser desenvolvido de forma a promover momentos de reflexão crítica acerca dos atos e sobre as consequências de suas ações sobre os outros, no que tange ao respeito à individualidade e à subjetividade que envolve o cuidado em saúde (FINKLER, 2009).

A modificação da formação dos recursos humanos da saúde no modelo cartesiano necessitava de um novo olhar em uma lógica transformadora com entendimento da formação ética profissional perpassando pelo ensino-aprendizagem, não apenas sob a ótica deontológica, mas também, em moldes humanizadores. A mudança voltava-se na contribuição para o estudante no que diz respeito ao desenvolvimento do pensamento crítico, o estudo voltado para evidências, a transmissão de valores e o agir e reagir em determinadas situações vivenciadas (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

Nesse período, a ética teve importante função no embasamento para prática médica na medida em que os conflitos foram acontecendo com maior frequência na prática profissional. Desse modo, de acordo com o aparecimento de dilemas complexos na clínica, houve a necessidade de maior aprofundamento da ética e, conseqüentemente, da bioética (PELLEGRINO, 1999).

A nova disciplina que surgia seguia os processos de evolução da sociedade, de forma a dar respostas para conflitos emergidos da prática assistencial na área da saúde e de acordo com o crescimento das tecnologias leves e duras. Dessa forma, a bioética ascendia sob forte influência dos aspectos temporais e culturais da sociedade. Além disso, surgiam também as teorias dos estudiosos dessa temática, como: a teoria das virtudes de Pellegrino; a teoria do cuidado de Gilligan e Bauer; o Contratualismo de Engelhardt; a proposição da criação de uma disciplina unindo a biologia e os valores humanos de Potter, que indicava a criação de uma disciplina na qual houvesse a interação entre o ser humano e o meio ambiente; e o desenvolvimento de uma disciplina combinando a ciência e a ética ao Princípio de Beauchamp e Childress (SCHUH; ALBUQUERQUE, 2009).

Assim, essas teorias foram surgindo de acordo com as necessidades de

embasar as tomadas de decisão dos profissionais da época e hoje, as demandas que emergem dos processos de trabalho dos profissionais de saúde com as particularidades advindas da pluralidade cultural da sociedade e da evolução tecnológica, faz-se necessário uma reorientação dos currículos acadêmicos. Tais tecnologias sejam elas leves, duras ou leves-duras, fazem com que os profissionais se deparem com situações éticas e bioéticas conflituosas na atenção à saúde, que podem influenciar as práticas profissionais (MASCARENHAS; SANTA ROSA, 2010).

O processo de direcionamento da formação profissional vem sofrendo modificações nas últimas décadas sob influências reformistas da Medicina Legal e Preventiva e da Medicina comunitária, legado que deu fundamentação à política de organização da APS (CAMARGO; ALMEIDA; MORITA, 2014). Essa reorientação voltada para área das Ciências da Saúde busca a capacitação do discente para uma assistência humanizada, de forma a desenvolver habilidades responsáveis e que estejam eticamente comprometidos com sua profissão (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

Estudos afirmam que quando os problemas éticos são detectados pelos profissionais esses demonstram dificuldades em lidar com os problemas em sua atuação (ZOBOLI, 2003; LIMA et al., 2009). Assim, o que se verifica é que as noções dos profissionais quanto às questões éticas estão deficitárias uma vez que, na atenção à saúde, especificamente na APS, os problemas emergem da pluralidade das comunidades e das tecnologias relacionais.

As universidades, como formadoras dos profissionais, têm importante papel no oferecimento de conhecimentos que darão base à atuação profissional dos estudantes. De acordo com as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em saúde, que têm como objetivo “levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender, que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer [...]”, de forma a oportunizar ao discente a construção de discernimento para garantir atenção de forma ética, humanizada e integral, balizados nos valores da solidariedade e cidadania do indivíduo e sua coletividade (BRASIL, 2001, p.04).

Dessa forma, pesquisas relacionadas à identificação dos problemas vivenciados na assistência à saúde na APS confirmam a existência dos problemas nesse âmbito de atenção, a não percepção desses problemas no cotidiano e o pouco conhecimento teórico para solucionar tais problemas (VIDAL et al., 2014).

Portanto, diante de um contexto de formação profissional centrada no tecnicismo, é relevante a orientação desses profissionais para atuar eticamente com aspectos subjetivos advindos da AB (LIMA et al., 2009). É necessário realizar uma abordagem da bioética de forma diferenciada nos cursos de graduação nas áreas da saúde, com novas metodologias, de forma a não perpetuar o modelo cartesiano de atenção à saúde, bem como capacitar o profissional para promover discussões baseadas em evidências nas práticas por meio da educação permanente.

3.4 CONTEXTUALIZAÇÃO DA BIOÉTICA E O ENFOQUE PRINCIPALISTA

A bioética é denominada como um campo do conhecimento que surgiu do anseio por uma ética que desse respostas às mudanças ocorridas no campo biotecnológico após a segunda guerra mundial, que geravam conflitos morais tanto na esfera individual quanto na esfera coletiva (MOTTA; VIDAL; SIQUEIRA-BATISTA, 2012). Nesse contexto, a filosofia moral, de acordo com os conflitos gerados no momento, deveria ter caráter interdisciplinar, uma vez que os problemas são complexos e devem envolver profissionais de todas as áreas, e pluralista, pois as resoluções devem levar em consideração as crenças e valores da sociedade (GARCIA, 2011). Buscava-se, portanto, uma ética que ultrapassasse os códigos deontológicos no que tange às regras de boa convivência, passando a evidenciar o cuidado e a proteção dos seres vivos (MOTTA; VIDAL; SIQUEIRA-BATISTA, 2012).

Até poucos anos era concedido ao norte-americano Van Rensselaer Potter, o mérito de ter cunhado o nome “bioética” na história, em 1970. Porém, com o lançamento do livro *Fritz Jahr and the foundations of global bioethics: the future of integrative bioethics* em 1927, que foi divulgado no 8º Congresso Internacional de bioética Clínica, o mérito passou para o europeu Paul Max Fritz Jahr, o qual propunha uma ética de respeito a todos os seres vivos (PESSINI, 2013).

Posteriormente, a palavra bioética foi evidenciada em 1970 com a publicação do artigo *Bioethics, science of survival* e do livro *Bioethics: bridge to the future* em 1971 (POTTER, 1971). Potter seguia uma abordagem voltada para a consciência humana para com o meio ambiente e ainda propunha uma disciplina que articulava a interação do homem com o planeta (PIRES; TRINDADE, 2007; PESSINI, 2013).

Ainda na década de 70, André Hellegers utilizou o termo “bioética” com o sentido aplicado à ética da medicina e da biomedicina, e fundou o Instituto Kennedy para desenvolver estudos sobre reprodução humana (JUNGES, 2011; GOLDIM, 2006).

No início do século XX, com evidências nas ações científicas com envolvendo experiências envolvendo os seres humanos, surgiu a necessidade de regulamentações e parâmetros éticos. Na época, achava-se natural realizar pesquisas com os pacientes, como constatado em episódios como a morte de 75 crianças que foram submetidas a testes com uma vacina contra tuberculose sem consentimento dos responsáveis, que ficou conhecida como o desastre de Lübeck em 1930. Houve também o episódio ocorrido na Alemanha em 1931, em que foram realizados pelos nazistas experimentos, denominados científicos, com os prisioneiros de guerra. Foram realizadas verdadeiras atrocidades sem a utilização de princípios éticos e sem a autorização dos indivíduos. Assim, com o término da Segunda Guerra Mundial, foi instaurado o Tribunal de Nuremberg para o julgamento dos nazistas que utilizaram seres humanos como cobaias. Criou-se o que ficou conhecido como o Código de Nuremberg, que apresentava 10 princípios que envolvem a pesquisa com seres humanos dando ênfase ao consentimento informado (MOTTA; VIDAL; SIQUEIRA-BATISTA, 2012).

Além dos episódios já mencionados, houve nas décadas de 30 e 70, nos Estados Unidos da América (EUA), um dos maiores experimentos realizados com seres humanos: o caso conhecido como Tuskegee. Essa pesquisa de caso-controle foi realizada pelo serviço de saúde dos EUA e teve como participantes 399 negros sífilíticos que serviram de cobaias para a observação do desenvolvimento da doença e outros 201 indivíduos saudáveis para a realização de comparações. Os indivíduos participantes nunca souberam que estavam participando de um experimento, apenas foram informados que estavam doentes e que receberiam atendimento médico e um suposto medicamento para o tratamento. Após a denúncia desse caso por um dos membros da equipe, o caso teve fim e, logo após seu término, criou-se o Relatório de Belmont, que teve como objetivo traçar os princípios éticos, como o respeito às pessoas, a beneficência e a não maleficência, para reger as pesquisas com seres humanos (PIRES; TRINDADE, 2007).

Posteriormente, foi promulgada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, na qual estão contidos os princípios da liberdade e do direito à vida (UNESCO, 2005), e a Declaração de Helsinki, que contém os princípios que

normatizam as pesquisas com seres humanos (KOTTOW, 2011). Na efervescência da propagação da ideia de que os conflitos morais existentes poderiam ser norteados por princípios éticos e visando à solução desses conflitos no âmbito das atividades realizadas em biomedicina sob influências do Relatório de Belmont, surgiu a proposta da teoria Principlista, que é tida como um dos enfoques da bioética mais difundidos no mundo (PIRES; TRINDADE, 2007).

Essa corrente da bioética consta de um modelo que segue quatro princípios - a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça – que foram descritos e divulgados pelos autores Beauchamp e Childress no livro *Principles of Biomedical Ethics* em 1979. Esses princípios são *prima facie* e não seguem uma disposição hierárquica (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010).

Nesse contexto, a bioética principlista foi utilizada como base para a análise dos problemas éticos desta pesquisa pois ela dá margem a diversas releituras das situações encontradas na atuação do profissional de saúde e, ainda hoje, dá base aos códigos de ética das profissões de saúde. Segundo Zoboli (2010a, p. 63), “a bioética principlista busca o melhor balanço da ponderação das consequências resultantes da especificação de cada um dos quatro princípios”.

Assim, tem-se a autonomia na prática de reconhecer o direito dos indivíduos de ter suas concepções e opiniões, fazer escolhas e agir de acordo com suas crenças e valores. Pires e Trindade (2007) trazem o conceito de autonomia no que diz respeito ao ser humano ser livre, ter autonomia nas decisões sobre o que é melhor para sua vida.

A situação em que um profissional realiza uma discussão interdisciplinar sobre as condições de saúde do usuário em frente a este último, sem que ele participe, é um exemplo do não respeito à autonomia do paciente. Nessa situação, não foi possibilitado ao usuário demonstrar a sua visão a respeito de seu quadro clínico e do momento que vivenciava. Dessa forma, esse princípio busca levar ao profissional a reflexão sobre revelar informações do quadro clínico do usuário, esclarecer as dúvidas e encorajar a tomada de decisão, ou seja, o respeito à autonomia poderá garantir a capacitação do indivíduo para agir autonomamente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Outro princípio trazido por Beauchamp e Childress (2002) é o Princípio da Beneficência, que nos traz a reflexão sobre fazer o bem aos outros. Para o mesmo autor, a medicina preventiva já nos traz a interferência da beneficência no tocante à

saúde pública, à educação em saúde e ao oferecimento de vacinas. A premissa básica é a de garantir a segurança e a promoção do bem estar, e não somente evitar danos.

Os mesmos autores trazem ainda outro princípio: o da Não Maleficência, que determina a obrigação de não ocasionar danos intencionalmente a outros. Esse princípio nos reporta à tradição hipocrática da ética médica que diz “acima de tudo (ou antes de tudo), não causar danos” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 209). Ele implica, portanto, na conduta dos profissionais frente às situações de riscos graves, que leva muitas vezes à negligência profissional.

Nesse contexto, quando o profissional se depara com uma situação na qual tem que ponderar o que trará melhores condições de cuidado para um usuário que não tem condições de realizar o autocuidado, como no exemplo em que o profissional conta informações de um membro da família que atende aos demais membros da família, ele não consegue gerenciar o autocuidado e se expõe a riscos. Nesse caso, o profissional se depara com um problema ético no momento em que analisa a possibilidade de preservar a confidencialidade das informações do atendimento ao usuário ou contar aos familiares, pois ele não consegue se cuidar. Como o usuário poderá se expor a riscos caso as informações não sejam passadas, um princípio sobrepõe o outro.

A justiça, como outro princípio empregado por Beauchamp e Childress, é o tratamento justo e equitativo perante os direitos das pessoas. E, Zoboli (2003, p.39) com base em Beauchamp e Childress faz a aproximação entre justiça e saúde, descrevendo-a como a “distribuição dos bens e recursos, de maneira justa, equitativa, apropriada e determinada por normas justificadas”. Entende-se, portanto, que todos os seres humanos são iguais e não podem ser negados assistência e tratamento em função discriminatória em face do *status* social, da raça ou de qualquer outro fator relacionado à sua identidade (PIRES; TRINDADE, 2007).

Nesse sentido, um exemplo de problema ético que os profissionais de saúde podem se deparar é a solicitação de exames, procedimentos e medicamentos desnecessários pelos usuários. Cabe aos profissionais avaliar a real necessidade que o usuário apresenta para que o acesso aos serviços e distribuição de insumos na saúde seja justo.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa.

4.2 CAMPO DA PESQUISA

O campo de pesquisa foi o município de Jequié, que situa-se na região sudoeste do Estado da Bahia, distando 364 km da capital Salvador. Possui uma área territorial de 3.227,343 km² com uma população aproximada de 161 mil habitantes (IBGE, 2015).

O município possui 4 unidades básicas de saúde, 1 unidade de Saúde do Conjunto Penal, 19 ESF (17 em zona urbana e 2 em zona rural) e 28 Equipes de Saúde da Família (26 em zona urbana e 2 em zona rural) (CNES, 2014a).

4.3 CENÁRIO DA PESQUISA

Foi adotado como critério de inclusão das USF a localização em zona urbana do município de Jequié (BA). Dessa forma, o cenário da pesquisa contou com 17 ESF. A apresentação dos nomes das USF, da quantidade de Equipes de Saúde da Família, bem como do bairro encontra-se no Quadro 1, e o limite geográfico do município, no Mapa 1.

Quadro 1: Quantidade de Unidades de Saúde da Família considerando as Equipes de Saúde da Família e o bairro da zona urbana do município de Jequié, Bahia, Brasil, 2014.

N°	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	EQUIPES	BAIRRO
1	Amando Ribeiro Borges	2	Jequiezinho
2	Antônio Carlos Martins	1	São Judas Tadeu
3	Aurélio Sciarretta	2	Mandacarú
4	Gilson Pinheiro	1	Jequiezinho
5	Giserlando Biondi	2	Jequiezinho
6	Hosannah Micheli Tolomei	1	Mandacarú
7	Ildefonso Guedes	1	Joaquim Romão
8	Isa Cléria Borges	2	Km 3
9	João Caricchio Filho	1	Amaralina
10	José Maximiliano Henriquez Sandoval	2	Jequiezinho
11	Milton Rabelo	2	Km 4
12	Odorico Motta	1	Joaquim Romão
13	Padre Hilário Terrosi	2	Jequiezinho
14	Rubens Xavier	2	Joaquim Romão
15	Senhorinha Ferreira de Araújo	1	Curral Novo
16	Tânia Britto	1	Cansação
17	Virgílio de Paula Tourinho Neto	2	Cidade Nova

Fonte: CNES (2014b).

Mapa 1: Mapa do limite geográfico do município de Jequié, Bahia, Brasil, 2014.



Fonte: Google maps (2015).

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população total de profissionais de nível superior que atuam nas ESF no município de Jequié (BA) é composta por 68 profissionais, destes, 10 médicos tinham formação profissional em outro País (Cuba) e, por considerar que a formação profissional deles não é similar à formação dos brasileiros, esses médicos foram excluídos deste estudo. Posteriormente, tal amostra dará base para novas discussões e pesquisas.

Considerou-se uma perda de 5 (7,35%) profissionais, destes, 3 profissionais médicos foram excluídos por não se encontrarem na USF em até 3 visitas agendadas e outros 2 médicos se recusaram a participar da pesquisa.

Assim, participaram da pesquisa 53 (100%) profissionais de nível superior com formação no Brasil, destes, 12 (22,64%) médicos, 26 (49,06%) enfermeiros e 15 (28,30%) cirurgiões-dentistas que atuam nas USF da cidade de Jequié (BA).

4.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados construído e validado para diagnósticos de problemas éticos no PSF por Silva (2008), que derivou da pesquisa de doutorado da autora Zoboli (2003) um estudo empírico, qualitativo e de ética descritiva que identificou os problemas éticos encontrados pelos profissionais que atuam no PSF. Posteriormente, esse instrumento sofreu atualizações por Junges et al. (2014), o que o tornou mais eficiente na identificação da temática abordada. O instrumento consta de 41 questões que visam à mensuração da ocorrência de problemas éticos com que os profissionais das USF se deparam em sua atuação. As questões estão em escala *likert*, nas quais o participante assinala se concorda que a afirmativa é um problema ético e a frequência com que vivencia tal problema em sua atuação: nunca, raramente, frequentemente, sempre. O tempo de preenchimento do inventário variou de 20 a 30 minutos.

A autora Elma Zoboli cedeu e consentiu a utilização do Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária em Saúde - IPE-APS (ANEXO B) para que

fosse realizada esta pesquisa, sendo que, no momento, ele se encontrava no prelo para publicação. No processo de validação do instrumento, foram coletados dados de médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares/técnicos em enfermagem. É válido ressaltar que, embora os cirurgiões-dentistas não tenham feito parte da validação do instrumento, eles foram incluídos nesta pesquisa sem nenhum prejuízo na obtenção e na análise dos dados, visto que esses profissionais também fazem parte da equipe multiprofissional e estão envolvidos na produção do cuidado da ESF, segundo a Portaria 1.444 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000).

Os problemas éticos encontrados por Zoboli (2003) foram divididos em três grupos: o primeiro se refere aos problemas éticos nas relações com as famílias e com os usuários; o segundo, às relações entre as equipes; e o terceiro, às relações com o sistema de saúde. Neste estudo, foi realizada a discussão dos dados do primeiro grupo, referente às relações entre profissionais com as famílias e usuários.

O primeiro grupo é composto por 20 situações (problemas éticos de 1 a 20) que abordam questões relacionadas ao vínculo dos profissionais com os usuários: o pré-julgamento e o desrespeito dos profissionais para com os usuários; as prescrições inadequadas ou erradas; a prescrição de medicamento que o usuário não terá condições de comprar; a solicitação de exames e procedimentos pelos usuários aos profissionais; situações em que os profissionais sentem-se impotentes ao convencer o usuário a seguir o tratamento; informações passadas ou omitidas aos usuários; a confidencialidade; a privacidade; o respeito à religiosidade dos usuários; consultas a menores de idade sem o responsável; a recusa dos usuários em realizar as indicações terapêuticas ou exames; e as discussões interdisciplinares em frente ao usuário sem a sua participação.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após obter parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), o ofício foi enviado para Secretaria de Saúde de Jequié (BA) e, com o consentimento dado pelo secretário de saúde do município, ocorreu a coleta de dados no período de fevereiro a março de 2014.

O primeiro levantamento sobre a quantidade, a localização e os

coordenadores das ESF, assim como sobre a quantidade de Equipes de Saúde da Família, a localização e o telefone das unidades foram obtidos com a Secretaria de Saúde. Porém, os dados passados não condiziam com a estrutura da ESF e dos recursos humanos, constatado parcialmente no agendamento das visitas, e, ao final da coleta de dados, em que foi traçado o quantitativo real de ESF bem como das Equipes de Saúde da Família existentes no período da coleta, os dados obtidos foram comparados com os dados do CNES.

Posteriormente, foi realizado contato telefônico com os coordenadores das USF para agendamento da visita e, para aquelas que não possuíam ou cujo aparelho estava quebrado realizou-se a visita para agendamento do retorno. Caso nesse primeiro contato já ocorresse a participação de algum profissional, considerava-se como primeira visita à unidade.

As visitas foram realizadas nos dias agendados, nos quais se efetivou o convite para a participação na pesquisa aos profissionais, deixando o participante à vontade para a participação ou não do estudo. Deu-se a explanação sobre os objetivos da pesquisa bem como os esclarecimentos sobre o instrumento de coleta de dados aos profissionais.

Depois de sanadas as dúvidas dos participantes, eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A). Foi entregue o instrumento autoaplicado aos profissionais da equipe individualmente e, após o preenchimento, foram recolhidos, codificados e armazenados em envelope para garantir o anonimato. O tempo de preenchimento do inventário variou de 20 a 30 minutos.

4.7 ANÁLISE DE DADOS

Realizou-se a tabulação dos dados coletados com duplo preenchimento, de forma a evitar possíveis erros de digitação no programa Microsoft Excel versão 2010 e posteriormente, foram transferidos para o programa *Statistical Package for Social Sciences* - SPSS versão 21.0 para *Windows*[®].

Utilizou-se a estatística descritiva sendo apresentado na tabela com frequência absoluta e relativa e a média. E, a estatística inferencial foi realizada por

meio do teste de qui-quadrado com o nível de significância estatística de 5% ($p \leq 0,05$) considerando as respostas do questionário pelos profissionais das diferentes áreas de formação.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A Pesquisa está pautada na resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que versa sobre os princípios norteadores para a realização de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012b).

Para cada preenchimento do instrumento IPE-APS foi precedida da assinatura do TCLE que foi construído em formato de carta convite e nele estão explicitados os aspectos éticos da pesquisa e a temática de estudo no contexto do processo de trabalho dos profissionais os problemas éticos encontradas na ESF, bem como os objetivos da pesquisa. O termo foi assinado em duas vias, ficando 1 via com o participante e a outra via com o pesquisador, que foram armazenados em envelope não identificado respeitando o anonimato dos participantes.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB sob o parecer nº475.600 (ANEXO A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa foram apresentados em formato de manuscritos científicos, que foram elaborados conforme as normas dos periódicos selecionados para a submissão. Os temas dos manuscritos visam atender aos objetivos propostos neste estudo, na identificação e compreensão da vivência de problemas éticos pelos profissionais que atuam na ESF sob o enfoque da bioética Principlalista.

Assim, teremos:

Manuscrito 1: Abordagem bioética de problemas éticos vivenciados por profissionais em Equipes de Saúde da Família. O manuscrito foi elaborado de acordo com as normas da Revista Texto & Contexto Enfermagem - Qualis A2 (ISSN: 0104-0707).

Link de acesso: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/pt/preparo-dos-manuscritos/>, consultado em setembro de 2014.

Manuscrito 2: Associação entre exercício profissional e problemas vivenciados na Estratégia Saúde da Família. O manuscrito foi elaborado conforme as normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva - Qualis B1 (ISSN:1413-8123).

Link de acesso:

http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/imagens/instrucoes_para_colaboradores_2011.pdf, consultado em setembro de 2014.

5.1 MANUSCRITO 1: ABORDAGEM BIOÉTICA DE PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR PROFISSIONAIS EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ABORDAGEM BIOÉTICA DE PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR PROFISSIONAIS EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA¹

BIOETHICAL APPROACH TO ETHICAL ISSUES EXPERIENCED BY PROFESSIONALS OF FAMILY HEALTH TEAMS

ABORDAJE BIOÉTICO DE PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR PROFESIONALES EN EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA

¹Artigo oriundo da dissertação intitulada “A Bioética vivenciada por Equipes de Saúde da Família”, apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, 2015.

Rose Manuela Marta Santos. Mestre em Enfermagem e Saúde. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Rua José Moreira Sobrinho, s/n, Jequié, Bahia, Brasil. CEP: 45206-190. Tel: (73) 3528-9600. E-mail: rosemarta@gmail.com.

Sérgio Donha Yarid. Doutor. Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) Bahia, Brasil.

RESUMO

Objetivou-se descrever entre as categorias profissionais quem identifica as situações vivenciadas como problema ético e verificar a frequência com que estas categorias profissionais vivenciam os problemas éticos em sua atuação. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo, realizado com 53 profissionais das Equipes de Saúde da Família de Jequié – Bahia. Para a coleta de dados, foi utilizado o Inventário de Problemas Éticos na Atenção Básica. Para a análise dos dados, utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences*. Utilizou-se as frequências absoluta, relativa e média. Verificou-se que muitos problemas listados não foram considerados como problemas éticos pelos participantes do estudo e que a frequência com que os mesmos vivenciam tais problemas foi mais alta nas categorias de médicos e enfermeiros. Conclui-se que os profissionais, na maioria das vezes, não reconhecem muitas das situações listadas no inventário como problemas éticos, mas os vivenciam frequentemente em sua prática profissional.

Palavras-chave: Ética; Bioética; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Relações Profissional-Família.

ABSTRACT

This study aimed to describe, among the professional categories, who identifies the experienced situations as an ethical problem and verify how often these professional categories experience ethical problems in their actuation. It is a descriptive, exploratory and quantitative study with 53 professionals from Family Health Teams of Jequié - Bahia. To collect the data, we used the Inventory of Ethical Problems in Primary Care and for data analysis we used the Statistical Package for Social Sciences. The absolute, relative, and mean frequency was used. It was found that many problems listed were not considered ethical problems by the study participants and that the frequency in which they experience such problems was higher among the categories of doctors and nurses. It is concluded that the professionals, for the most part, do not recognize many of the situations listed in the inventory as ethical problems, but experience them frequently in their professional practice.

Keywords: Ethics; Bioethics; Primary Health Care; Family Health Strategy, Professional-Family Relations.

RESUMEN

Se objetivó describir entre las categorías profesionales quiénes identifican las situaciones vividas como problema ético y verificar la frecuencia con que estas categorías profesionales viven los problemas éticos en su actuación. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio y cuantitativo, realizado con 53 profesionales de los Equipos de Salud de la Familia de Jequié – Bahia. Para la colecta de datos fue utilizado el Inventario de Problemas Éticos en la Atención Básica. Para el análisis de los datos se utilizó el programa *Statistical Package for Social Sciences*. Se utilizó la frecuencia absoluta y relativa y media. Se verificó que muchos problemas listados no fueron considerados como problemas éticos por los participantes del estudio y que la frecuencia con que los mismos viven tales problemas fue más alta en las categorías de médicos y enfermeros. Se concluye que los profesionales, en la mayoría de las veces, no reconocen muchas de las situaciones listadas en el inventario como problemas éticos, pero los viven frecuentemente en su práctica profesional.

Palabras clave: Ética; Bioética; Atención Primaria a la Salud; Estrategia Salud de la Familia; Relaciones Profesional-Familia.

INTRODUÇÃO

O movimento da reforma sanitária, depois de décadas de concessão à atenção hospitalocêntrica, culminou na formulação da Constituição Federal Brasileira que configura-se como marco legal do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como influência o modelo de cuidados primários de saúde advindos da conferência de Alma-Ata. O SUS teve sua regulamentação na Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, e na Lei nº 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre os recursos financeiros na área da saúde^{1,2,3,4}.

Com a nova conformação política do momento em questão e com os investimentos voltados à saúde pública, criou-se o Programa Saúde da Família (PSF) com ações para à promoção, prevenção e atenção à saúde, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde (APS) na política de saúde brasileira. O PSF, cujo eixo estrutural é a família, foi proposto como meio de transformação do modelo sanitário, curativista e hospitalocêntrico brasileiro em um modelo centrado na família e na comunidade. Posteriormente, o PSF foi reestruturado como estratégia, passando a ser considerado como Estratégia Saúde da Família - ESF¹⁻⁵.

A Política Nacional da Atenção Básica considera a saúde da família como uma estratégia importante na implementação e consolidação da Atenção Básica (AB) e tem suas ações de saúde voltadas à atenção integral, ao respeito, à autonomia dos indivíduos e a ações que impactem nos determinantes e condicionantes no processo saúde-doença da comunidade⁶. Nesse ínterim, os processos de trabalho que envolvem as Equipes de Saúde da Família devem pautar-se no planejamento de ações voltadas para a realidade da comunidade e de suas famílias em seu contexto social, histórico e cultural, de forma a estabelecer vínculos e direcionar as suas ações para uma atenção compartilhada com os membros da equipe, desfocando a atenção centrada no médico⁷.

Dessa forma, a proximidade entre a Equipe de Saúde da Família e a comunidade é um fator positivo na efetivação da AB, mas também pode favorecer o confronto entre as crenças e os valores dos profissionais e dos usuários⁸. É nesse âmbito que ocorrem os principais problemas éticos desse nível de atenção à saúde. A compreensão dos problemas éticos que envolvem a ESF pode ficar limitada ao ser comparada aos problemas éticos de uma instituição hospitalar uma vez que esse ambiente exige dos profissionais resoluções mais urgentes dos problemas encontrados.

A atenção à saúde na ESF caracteriza-se pelo contato contínuo dos profissionais com

os usuários bem como pela longitudinalidade dos processos terapêuticos que envolvem as patologias crônicas. Assim, os problemas éticos que envolvem a Equipe de Saúde da Família podem não ser percebidos pelos profissionais uma vez que, muitas vezes, esses problemas se tornam corriqueiros⁹. Por conseguinte, é afirmado que “a habilidade de tomar decisões nos problemas éticos é essencial para a excelência profissional e para a qualidade da atenção à saúde”¹⁰.

Assim, faz-se necessário estudar os aspectos éticos que a Equipe de Saúde da Família vivencia em seu processo de trabalho, pois os profissionais, nesse âmbito de atenção, lidarão com questões intimamente ligadas ao contexto biopsicossocial dos usuários e à intersubjetividade na atenção à saúde. Assim, pretende-se com este estudo evidenciar as questões éticas vivenciadas pela Equipe de Saúde da Família sob o enfoque da bioética Principlialista.

Para tanto, este estudo tem como objetivos descrever por categoria profissional aqueles que consideram ou não o problema ético e verificar a frequência com que as categorias profissionais vivenciam os problemas éticos em sua atuação profissional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e com abordagem quantitativa, realizado com profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família da zona urbana de Jequié (BA). O município conta com 26 Equipes de Saúde da Família e, no momento da coleta, a população era composta por 58 profissionais, considerando-se as 5 (7,35%) perdas, dessas, 2 por recusa de participação e 3 por exclusão de acordo com o critério de até 3 tentativas de aplicação do Inventário após agendamento pelo profissional. Assim, participaram da pesquisa 53 profissionais, desses, 12 eram médicos, 26 enfermeiros e 15 cirurgiões-dentistas.

Para a coleta de dados, foi utilizado o Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária em Saúde (IPE-APS)¹¹ validado para avaliar a ocorrência de problemas éticos no âmbito da ESF. O tempo de preenchimento do inventário variou de 20 a 30 minutos.

A autora Elma Zoboli⁸ em sua tese de doutorado, propôs o agrupamento dos dados coletados em 3 eixos: o primeiro, relacionado aos problemas éticos nas relações dos profissionais com as famílias e usuários; o segundo, relacionado a problemas éticos nas relações entre as equipes; e o terceiro, relacionado a problemas éticos nas relações com o sistema de Saúde. Neste artigo, foram abordados os problemas éticos referentes ao primeiro

eixo.

Foi realizado o agendamento prévio das visitas à cada unidade de saúde e, no momento da visita à unidade, os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, cujos objetivos foram explicitados, ao mesmo tempo em que os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram entregues para a assinatura. Foi entregue individualmente o inventário, explicando a forma de preenchimento e sanando as dúvidas dos participantes. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2014.

A tabulação deu-se com duplo preenchimento dos dados utilizando o programa Microsoft Excel versão 2010 para evitar possíveis erros de digitação e, posteriormente, foram transferidos para programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21.0 para Windows®, em que se realizou a análise de dados utilizando a estatística descritiva e apresentando as frequências absoluta, relativa e a média.

A pesquisa está pautada na resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹² que versa sobre pesquisas envolvendo seres humanos e foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), obtendo parecer favorável sob o protocolo nº 475.600.

RESULTADOS

Perfil dos participantes

Participaram deste estudo 53 profissionais, sendo 33 (62,23%) do sexo feminino. A média de idade foi de 36,5 anos, variando de 25 a 60 anos. Quanto à raça/cor, 23 (43,40%) se autodeclararam brancos, 26 (49,05%) parda/mulata e 4 (7,55%) negros. Em relação ao estado civil, 23 (43,40%) são solteiros, 20 (37,73%) casados, 4 (7,55%) encontram-se em união estável e 6 (11,32%) divorciados.

[Inserir Tabela 1]

DISCUSSÃO

O eixo abordado nesta pesquisa, referente às relações dos profissionais com as famílias e os usuários, como citado anteriormente, e foi subdividido em 4 grupos propostos por Zoboli e Fortes¹³ para melhor disposição dos dados e sua discussão. O primeiro está

relacionado à discussão sobre a relação profissional-usuário propriamente dita, o segundo se refere ao projeto terapêutico, o terceiro aborda as informações passadas ou omitidas aos usuários e o quarto se refere à privacidade e à confidencialidade.

Grupo 01: Relação profissional-usuário propriamente dita

Do instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa, as afirmativas que se referem à relação profissional-usuário propriamente dita estão expressas nos problemas 01, 02, 03 e 14. No que se refere à afirmativa 01, voltada à relação profissional-usuário, mais precisamente relacionada ao vínculo, foi observado que a maioria dos enfermeiros e dos cirurgiões-dentistas não consideraram a afirmativa como problema ético, apesar de vivenciarem tal problema com frequência. Pode-se observar, portanto, que os profissionais não percebem que a proximidade e o vínculo com os usuários podem constituir-se como problema ético. À vista disso, o estudo demonstra que os problemas éticos na AB são menos perceptíveis do que os problemas éticos hospitalares, o que pode resultar em uma resolução inadequada desse problema⁹.

Nesse contexto, estudos que abordam o vínculo na ESF, sobre o conhecimento e a importância da temática entre profissionais e entre os usuários, demonstram que, apesar do reconhecimento dos profissionais sobre o conceito, o objetivo e a importância da efetivação de vínculo no cuidado, existe ainda fragilidade nesse elo entre unidade e comunidade^{14,15,16}. Assim, tem-se que o fortalecimento do vínculo entre profissional-usuário favorece a identificação das necessidades de saúde, estreita os laços com a comunidade e consolida o processo de cuidado participativo, além de estimular a autonomia do usuário^{9,14}.

Em relação ao prejulgamento e o desrespeito para com os usuários, encontrados nas afirmativas 02 e 03, todos os profissionais consideraram como problema ético. Apenas um enfermeiro não o considerou e, apesar da baixa frequência com que vivenciam tal problema, ainda assim, não deveria existir essa resposta, uma vez que é direito dos usuários ter atendimento integral, humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação, visando à igualdade no seu tratamento^{4,17}.

Em um estudo de reflexão sobre a clínica ampliada e a bioética clínica foi sinalizado o desrespeito como uma situação não rara¹⁸. Em uma pesquisa referente à relação profissional-usuário, foi observado que todas as categorias profissionais entrevistadas apontaram a falta de respeito com os usuários, exceto a categoria de médicos do centro de saúde estudado⁸. O tratamento ofensivo dos profissionais para com os usuários compromete o elo entre a equipe e

a comunidade, de forma a facilitar a ruptura da confiança e de qualquer manifestação de autonomia do usuário. Nesse contexto, o que deve ser enfatizado na ESF é a relação de diálogo respeitoso entre os sujeitos (profissional-usuário)^{19,20}.

Referente à afirmativa 14, quando os profissionais não conseguem verificar os limites da interferência da equipe no estilo de vida das famílias e usuários, todos os médicos consideraram como problema ético e, em sua maioria, os enfermeiros e cirurgiões-dentistas também os consideraram e vivenciam tal problema em sua atuação numa frequência acima de 80%. Nessa questão, pode-se inferir que, apesar de o foco da ESF ser a proximidade com a comunidade, ela envolve o encontro entre profissional-usuário, cada um com suas crenças e valores e, nesse contexto, os profissionais devem observar o que é informado de modo a não influenciar e/ou manipular as decisões dos usuários.

Dessa forma, é preciso que as relações entre equipe e comunidade, profissional e usuário estejam pautadas no diálogo, no respeito às diferenças e, principalmente, na observação da subjetividade de cada sujeito⁸. É necessário ponderar e verificar até que ponto o profissional pode influenciar e induzir o usuário à mudança de estilo de vida, tomando como base os conhecimentos científicos sem respeitar as condições de vida e as particularidades que envolvem a atenção à saúde da comunidade. Cabe destacar que aquilo que é passado ao usuário pode se tornar algo negativo na sua vida a depender da sua interpretação.

Grupo 2: Projeto terapêutico

Neste grupo, estão elencados os problemas relacionados ao projeto terapêutico demonstrados nas afirmativas 04, 05, 06, 07, 16 e 19. Com relação à afirmativa 04, que aborda a questão de prescrições erradas ou inadequadas, todos os profissionais consideraram como problema ético, mas a frequência com que vivenciam tal problema foi baixa. Isso pode ser justificado pelo receio dos participantes em expor as práticas das unidades em relação às prescrições dos colegas.

Em um estudo que teve como objetivo avaliar a qualidade e as condições predisponentes a erros de medicação nas prescrições advindas de uma unidade de APS, foram destacadas algumas inadequações como: prescrição não datada, falta do número de inscrição do conselho ao qual pertence o profissional, abreviaturas, letra ilegível entre outros problemas que podem ocasionar a dispensa e a utilização inadequada dos medicamentos^{21,22}. Prescrições inadequadas ou erradas acarretam custos diretos e indiretos equivalentes a 50 a 70% dos recursos destinados aos medicamentos distribuídos pelo SUS²². Nessa perspectiva, tais

prescrições acarretam a má dispensação dos medicamentos, ferindo, portanto, dois princípios: a justiça, mostrada na inadequação da distribuição de bens de maneira justa e igualitária, e o princípio da não maleficência, demonstrado nos erros de dispensação e utilização errada do medicamento pelos usuários.

Na afirmativa 05, relacionada às prescrições de medicamento que, possivelmente, o usuário não teria dinheiro para comprar, a maioria dos profissionais consideraram como problema ético. Nessa questão, a frequência que tal problema acontece pode ser considerado alto, demonstrando que os profissionais tendem a não levar em consideração as condições financeiras dos usuários. Na afirmativa 06, em relação à prescrição de medicamento mais caro ainda que tenha a mesma eficácia de um mais barato, todos os profissionais consideraram como problema ético, exceto um enfermeiro. Isso comprova que profissionais tendem a não prescrever medicamentos mais caros quando existe a possibilidade de comprar um mais barato. Com relação à afirmativa 19, relacionada à prescrição de medicamentos que o usuário não terá dinheiro para pagar quando não existe outra possibilidade de prescrição, foi verificado que a maioria dos profissionais a considera como problema ético e as frequências mais altas foram dos profissionais médicos e enfermeiros. Percebe-se, portanto, que, de acordo com os dados da pesquisa, apesar de considerarem essas situações como problema ético, ainda assim acontecem com frequência no cotidiano da USF, sendo em menor frequência com o cirurgião-dentista.

Referente às situações acima elencadas, o que deve ser levado em consideração são às diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), que versam sobre a valorização dos usuários e, principalmente, sobre o fortalecimento de vínculo, utilizando as estratégias do acolhimento e da escuta qualificada, de modo a estar sensível às necessidades não só patológicas do usuário, mas também às necessidades psicossociais²³. Assim, utilizar do bom senso quanto à prescrição de medicamentos quando o usuário não disponha de recursos financeiros para comprar é extremamente essencial para a adesão ao tratamento. Em estudos que buscaram a identificação dos fatores que impedem a adesão ao tratamento farmacológico foi identificado o fator econômico, pois, quando os medicamentos não são distribuídos na rede pública, a ocorrência de abandono do tratamento é verificada com maior frequência nas classes menos favorecidas^{24,25}.

Na afirmativa 07, que se refere à solicitação de exames e procedimentos pelos usuários aos profissionais, a maioria deles indicou a afirmativa como problema ético e que também vivenciam com frequência em sua atuação profissional. O que chama a atenção é que a categoria de enfermeiros apresentou maior frequência no que diz respeito à solicitação pelos

usuários de exames e procedimentos. Talvez isso ocorra por terem esse profissional como referência na unidade.

Nesse ínterim, o profissional depara-se com duas visões: a primeira, relacionada ao não causar danos ao usuário que solicita os exames e procedimentos, pois, esse usuário pode estar em desequilíbrio mental, por exemplo, por medo de um diagnóstico grave sobre sua saúde ou por não aceitar o diagnóstico já estabelecido de sua patologia; a segunda está relacionada a não poder solicitar determinado exame, pois, cada USF trabalha com quantidades determinadas de procedimentos e exames, e não seria justo atender à necessidade de um usuário comprometendo o acesso de outros usuários da comunidade.

Um estudo destaca dois exemplos de relatos sobre solicitação de exames pelos usuários: o primeiro refere-se a uma mãe que pede radiografia para seu filho; e o segundo se refere a um usuário que não aceita que é portador do HIV e pede constantemente a realização de exames que verifiquem o diagnóstico já confirmado⁹. No primeiro exemplo, o médico realiza o exame físico e julga desnecessário expor a criança à radiação de Raios X que foi solicitado pela mãe. No segundo exemplo, o usuário nega o diagnóstico já estabelecido nos exames de HIV, porém, sabe-se que o processo de negação da sua patologia gera angústias e desencadeia outras patologias, então, nesse caso, o médico julga necessário atender a essa solicitação visando a não causar maiores danos à vida desse paciente.

O processo de cuidar está cada vez mais centrado no biológico, na patologia, de forma a deixar à parte os princípios da APS, direcionando as ações de saúde em tecnologias duras. Dessa forma, com o contínuo processo de cuidado guiado por tais tecnologias, os usuários, mesmo sendo sujeitos empoderados e autônomos, tendem a ter dependência desse modelo de atenção medicalizada, o que dá margem, muitas vezes, aos pedidos de exames e procedimentos aos profissionais²⁶.

Na afirmativa 16, que se refere a menores de idade procurarem a USF para solicitar exames e procedimentos sem o conhecimento dos pais, foi verificado que todos os profissionais consideraram como problema ético, exceto um enfermeiro. Salienta-se que, de acordo com os dados obtidos nesta pesquisa, os profissionais médicos e enfermeiros tendem a se deparar com tal problema com maior frequência que o cirurgião-dentista.

O que a ética no atendimento a adolescentes nos serviços de saúde vem demonstrar é que se faz necessário o respeito à privacidade e à confidencialidade, acordados entre o profissional e o usuário, que, nesse caso é menor de idade, e às informações e condutas durante o atendimento. Essas informações não devem ser passadas aos pais ou responsáveis sem o consentimento do adolescente²⁷. Nesse caso, o respeito ao sigilo está fundamentado no

código de ética médica bem como no respeito à autonomia, respaldado no Estatuto da Criança e do Adolescente^{28,29}. No entanto, caso a procura do adolescente ao serviço de saúde esteja relacionada com algo que o exponha a riscos, danos ou morte, os pais ou responsáveis poderão ser avisados.

Grupo 03: Informações passadas ou omitidas aos usuários

Nesse grupo, estão elencados os problemas relacionados às informações passadas ou omitidas aos usuários pelos profissionais, encontrados nas afirmativas 08, 09, 15 e 17. Com relação à afirmativa 08, a maioria dos profissionais considerou como problema ético e a frequência demonstrou que, muitas vezes em sua atuação, os profissionais se sentem impotentes ao convencer o usuário a dar continuidade ao tratamento. Na afirmativa 09, referente aos profissionais solicitarem exames diagnósticos sem informar ao usuário o que está sendo pedido e o porquê, todos os profissionais consideraram como problema ético, exceto um médico e um cirurgião-dentista. Quanto à afirmativa 17, referente à recusa do usuário em seguir a terapêutica, a maioria dos profissionais consideraram como problema ético e o vivenciam também com frequência, sendo a categoria de médicos um destaque com 90,91% de frequência vivenciada.

A esses dados acima expostos, pode-se inferir que a falta de diálogo ou o diálogo deficitário pode enfraquecer o vínculo, gerando tais situações entre o profissional e o usuário. Uma pesquisa realizada com enfermeiros da ESF sobre os problemas éticos encontrados na atuação profissional demonstrou preocupação dos profissionais em como informar o usuário para conseguir que ele adote a terapêutica indicada, de forma a passar informações claras para dar espaço a decisões autônomas. Diante disso, pode-se perceber que os profissionais demonstraram dificuldade em utilizar as tecnologias leves, como o acolher, o escutar e o realizar de forma satisfatória o fortalecimento dos vínculos. É importante assegurar ao usuário, lançando mão do diálogo e da escuta qualificada, o acesso a informações sobre a atenção à saúde, de forma a respeitar a autonomia e a tomada de decisões dos indivíduos¹⁹.

Com relação à atitude dos profissionais frente aos valores religiosos, encontrado na afirmativa 15, a maioria dos profissionais considerou como problema ético, sendo a frequência da vivência no cotidiano dos médicos e enfermeiros maior que 80% e a categoria de cirurgião-dentista a que menos afirmou vivenciar esse problema em sua atuação profissional. Uma pesquisa realizada com o objetivo de conhecer a opinião dos profissionais de saúde sobre a influência da espiritualidade/religiosidade dos usuários demonstrou que essa

situação é encontrada nos atendimentos dos profissionais, o que corrobora com os achados desta pesquisa³⁰. O estudo demonstrou que essa necessidade é respeitada, porém, esse respeito é representado pela imparcialidade e pela falta de envolvimento do profissional, destacando que há incompreensão ou falta de preparo e/ou sensibilidade para lidar com espiritualidade/religiosidade dos usuários³⁰.

Estudos demonstraram que a dimensão da espiritualidade traz conforto ao paciente e aos familiares e destacaram a influência positiva da espiritualidade no processo terapêutico³¹. Em contraposto, outra pesquisa traz a dimensão religiosa, no relato de um médico, como algo que pode vir a atrapalhar o tratamento citando a não adesão ao tratamento por parte de um paciente com HIV em detrimento da cura divina³². A única alternativa encontrada pelo profissional foi falar de Deus nas consultas, tentando argumentar a favor da adesão e da importância do tratamento segundo as concepções religiosas, ao invés de tornar-se imparcial nessa questão da religiosidade e da atenção à saúde.

Dessa forma, é preciso que o profissional perceba a subjetividade do usuário e também a sua subjetividade, e apreenda sobre as questões da espiritualidade/religiosidade do usuário bem como sobre as suas, de modo a respeitar a autonomia e as dimensões biopsicossociais de cada indivíduo, porém, contemplando o princípio da beneficência e da não maleficência.

Grupo 04: Privacidade e confidencialidade

Neste grupo, os problemas são referentes à privacidade e à confidencialidade de informações do processo de trabalho na USF e estão mencionadas nas afirmativas 10, 11, 12, 13, 18 e 20. Na afirmativa 10, que se refere ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) comentar sobre a intimidade dos casais atendidos com a Equipe de Saúde da Família saúde, todos os profissionais consideraram como problema ético. Quanto à afirmativa 11, que se refere à dificuldade de manter a privacidade nos atendimentos no domicílio, todos os profissionais consideraram como problema ético, exceto um enfermeiro.

As afirmativas 12, 13, 18 e 20 estão relacionadas à privacidade e à confidencialidade das informações decorrentes dos atendimentos na unidade ou de visitas domiciliares feitas pelos ACS e por demais profissionais da unidade. Nas afirmativas 12 e 13, todos os profissionais consideraram como problema ético, exceto cinco. Na afirmativa 18, a frequência demonstrou que o problema ético é pouco encontrado na vivência dos profissionais e, na afirmativa 20, a frequência variou entre 53,84 e 91,67%. A carta dos direitos dos usuários da saúde traz que o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais devem ser

preservados, mesmo após morte, exceto quando o usuário der autorização expressa, em casos de imposição legal ou quando possa colocar em risco à comunidade¹⁷.

Em uma pesquisa realizada visando à identificação e comparação dos problemas éticos na AB para contribuir e aprimorar a tomada de decisão frente aos problemas éticos e a relação profissional-usuário, os informantes da pesquisa demonstraram ter dificuldade no que se refere à privacidade do usuário uma vez que a própria estrutura física e a organização do fluxo da unidade podem interferir. No entanto, eles afirmam respeitar a autonomia do usuário, tentando preservar a confidencialidade e a privacidade, balanceando os princípios da não maleficência frente ao risco individual e coletivo⁹. Outro estudo demonstrou que a atuação dos ACS nas visitas domiciliares evidenciam alguns problemas em relação à preservação da privacidade, pois esses trabalhadores tem acesso contínuo às informações tanto da comunidade/indivíduos quanto do processo de trabalho da equipe¹⁹. Em contraponto, outro estudo demonstrou que a comunidade não percebe a visita do ACS como uma invasão de privacidade e nenhum relato dos participantes demonstrou constrangimento quanto às visitas.

Ainda com relação a transmitir informações sobre as condições de saúde-doença, alguns relatos demonstraram receio em revelar informação sobre doenças estigmatizadas por medo do preconceito e de prejulgamentos. Notou-se que os usuários demonstraram não confiar que tais informações fossem mantidas em sigilo³³. Entretanto, em uma pesquisa com o objetivo de analisar a atenção ao HIV na ESF, foi constatado que existem diferentes concepções na equipe sobre quais profissionais podem acessar os diagnósticos, pois pode-se colocar em risco o acesso e a disseminação das informações e ainda sugere-se que tal questão deve ser discutida em equipe³⁴.

Com relação aos profissionais da Equipe de Saúde da Família passarem informações sobre a saúde de um dos membros da família que eles atendem para os demais membros quando eles não conseguem gerenciar seus cuidados e se expõem a riscos, um estudo esclarece que, na perspectiva da confidencialidade das informações, o profissional não revelar as informações ao restante da família é um ponto positivo, porém, pode ocasionar outros problemas. Dessa forma, os profissionais devem ponderar e discernir o que e a quem serão reveladas tais informações⁹. Deve-se respeitar, primeiramente, o desejo do usuário em revelar ou não as informações e, no caso de um usuário que não seja capaz de gerenciar seus cuidados, o responsável imediato deve orientar os profissionais.

Segundo a mesma autora, o princípio do respeito à autonomia dá base para muitas regras morais mais específicas, como: dizer a verdade; respeitar a privacidade; proteger a informação confidencial; obter o consentimento antes de intervir; e, quando solicitado, ajudar

as pessoas a tomarem decisões importantes”⁹.

CONCLUSÃO

Verificou-se que muitos dos problemas éticos listados referentes às relações dos profissionais com as famílias e usuários não foram considerados como problemas éticos pelos participantes do estudo, sendo que o IPE-APS foi construído a partir da análise de situações vivenciadas e listadas por enfermeiros e médicos.

No que se refere à vivência dos problemas éticos na atividade profissional, percebeu-se que, na maioria das vezes, a frequência foi mais alta nas categorias de médicos e enfermeiros e menor na categoria de cirurgião-dentista. Nesse aspecto, pode-se inferir que alguns cirurgiões-dentistas, no momento da coleta de dados, relataram não ter muita aproximação com o processo de trabalho da unidade, demonstrando desconhecimento do seu papel na ESF.

Fazem-se necessários outros estudos sobre essa temática a fim de construir evidências para direcionar possíveis transformações na assistência à saúde. Além disso, é necessário promover espaços de reflexões e conhecimento por meio da educação permanente acerca dos princípios da bioética principialista bem como oferecer suporte, promovido pelos gestores, para os profissionais no reconhecimento dos problemas éticos e na resolução desses problemas.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPESB) pela concessão da bolsa de mestrado, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde pelo apoio na realização dos estudos e da pesquisa e à Secretaria Municipal de Saúde de Jequié (BA) pelas informações prestadas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. Lei nº 8.080 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.
3. Brasil. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da

comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília; 1990.

4. Brasil. Constituição Federal Brasileira de 5 de outubro de 1988. Brasília; 1988.
5. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLS, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm* 2009; 62:113-18.
6. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Silveira MR, Sena RR, Oliveira SR. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. *Reme Rev Min Enferm* 2011; 15:196-201.
8. Lima AC, Morales DA, Zoboli ELCP, Sartório NA. Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. *Cogitare Enferm* 2009; 14:294-303.
9. Zoboli ELCP. Bioética e Atenção Básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
10. Zoboli ELCP. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Rev bioét (Impr.)* 2013; 21:389-96.
11. Junges JR, Zoboli ELCP, Patussi MP, Schaefer R, Nora CRD. Construção e validação do instrumento “Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde”. *Rev bioét (Impr.)* 2014; 22:309-17.
12. Ministério da saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. 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; 20:1690-699.
14. Teixeira C, Silva CCS, Bernardes GS, Sá NPP, Prado RB. O vínculo entre usuários e equipes em duas unidades de saúde da família em um município do estado do rio de janeiro. *Rev APS* 2013; 16:444-54.
15. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22: 780-8.
16. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação de vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Ver Esc Enferm USP* 2009;

43:358-64.

17. Ministério da Saúde (BR). Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
18. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica ampliada. *O Mundo da Saúde São Paulo* 2009; 33:195-204.
19. Zoboli ELCP. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. *Acta Paul Enferm* 2007; 20:316-20.
20. Silva LT, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. *Cogitare Enferm* 2006; 11:133-42.
21. Alves TNP, Lima HCS, Santos LZ. Análise das prescrições médicas em unidades de atenção primária à saúde do município de Juiz de Fora-MG. In: *Anais do II Congresso Online - Gestão, Educação e Promoção da Saúde: Convibra Saúde: Revista Gestão & Saúde*. São Paulo. 2013.
22. Ev LS, Guimarães AG, Castro VS. Avaliação das prescrições dispensadas em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. *Lat Am J Pharm* 2008; 27:543-7.
23. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde - Humaniza-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
24. Marques EIW, Petuco VM, Gonçalves CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo-RS. *RBCEH-Passo Fundo* 2010; 7:267-79.
25. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Neto JE. Fatores associados a não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26:2389-398.
26. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, (orgs). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS; 2009. p. 29-74.
27. Taquette SR. Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. *Adolescência & Saúde* 2010; 7:6-11.
28. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.
29. Brasil. Lei Federal nº 8069. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: 1990.
30. Alves JS, Junges JR, López LC. Dimensão religiosa dos usuários na prática do

atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde* 2010; 34:430-436.

31. Batista PSS. A Espiritualidade na prática do cuidar do usuário do Programa Saúde da Família, com ênfase na educação popular em saúde. *Revista APS* 2007; 10:74-80.

32. Zoboli ELCP. Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, Sao Paulo, Brasil. *Aten Primaria* 2010; 42:406-14.

33. Seoane AF, Fortes PAC. A percepção do usuário do programa saúde da família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. *Saúde Soc* 2009; 18:42-49.

34. Zambenedetti G, Both NS. “A via que facilita é a mesma que dificulta”: estigma e atenção em HIV-AIDS na estratégia saúde da família – ESF. *Fractal, Rev Psicol* 2013; 25:41-58.

Arquivo a ser anexado na plataforma de submissão do periódico

Tabela 1- Frequência relativa e absoluta de profissionais que consideram a afirmativa como problema ético e vivenciam o mesmo em sua atuação diária, Jequié, Bahia, Brasil, 2014.

Problemas Éticos	Médico n=12 (%)		Enfermeiro n=26 (%)		Cirurgião-dentista n=15 (%)	
	Consideram	Vivenciam	Consideram	Vivenciam	Consideram	Vivenciam
1. A proximidade e o vínculo dos profissionais com os usuários dificultam manter a imparcialidade na relação.	9 (75,00)	8 (88,89)	14(53,84)	13 (92,86)	6(40,00)	3 (50,00)
2. Se a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) pré-julgar os usuários e familiares com base em preconceitos e estigmas.	12 (100,0)	5 (41,67)	26(100,0)	18 (69,23)	15 (100,0)	4(26,67)
3.O profissional trata o usuário com falta de respeito.	12 (100,0)	6 (50,00)	25 (95,15)	13 (52,00)	15 (100,0)	4 (26,66)
4.Os profissionais fazem prescrições inadequadas ou erradas.	12 (100,0)	5 (41,66)	26(100,0)	10 (38,46)	15 (100,0)	2 (13,33)
5. Os profissionais prescrevem medicamentos que o usuário não terá dinheiro para comprar.	11(91,67)	9 (81,82)	23 (83,46)	19 (86,36)	11 (73,33)	6 (54,55)
6. Os profissionais prescrevem um medicamento mais caro, mesmo que ele tenha eficácia igual a do mais barato.	12(100,0)	4 (33,33)	25 (96,15)	7 (28,00)	15 (100,0)	4(26,67)
7.O usuário durante a consulta médica ou de enfermagem solicita exames, medicamentos ou outros procedimentos inadequados ou desnecessários.	12(100,0)	8 (66,76)	21 (80,77)	20 (95,24)	14 (93,33)	8 (57,14)
8. Os profissionais sentem-se impotentes para convencer o usuário a dar continuidade ao tratamento.	11 (91,67)	9 (81,82)	18 (69,33)	15 (83,33)	13(86,67)	10 (76,92)
9.Os profissionais solicitam exames diagnósticos sem informar ao usuário o que está sendo pedido e por quê.	11 (91,67)	4 (36,36)	26(100,0)	14 (53,85)	14 (93,33)	6 (42,86)
10. O Agente	12(100,0)	4 (33,33)	26(100,0)	16 (61,54)	15 (100,0)	6 (40,00)

Comunitário de Saúde (ACS) comenta informações desnecessárias sobre a intimidade da família e do casal com a equipe de saúde.						
11. É difícil manter a privacidade do usuário nos atendimentos feitos em sua casa devido interferência de outros membros da família ou vizinhos.	12(100,0)	9 (75,00)	25(96,15)	18 (72,00)	15 (100,0)	11 (73,33)
12. O ACS conta a seus vizinhos informações obtidas no seu trabalho a respeito de usuários e famílias.	12(100,0)	6 (50,00)	26 (100,0)	9 (34,62)	15 (100,0)	6 (40,00)
13. O profissional conta informações sobre a saúde de um dos membros da família que ele atende para os demais membros da família.	12(100,0)	6 (58,33)	23 (88,46)	9 (39,13)	13(86,67)	5 (38,46)
14. O profissional não consegue identificar até onde pode interferir em hábitos e costumes das famílias e dos usuários com vistas a que tenham um estilo de vida saudável.	12(100,0)	9 (75,00)	19 (73,08)	18 (94,74)	12 (80,00)	10 (83,34)
15. Os usuários recusam tratamento por acreditarem numa cura divina.	12(100,0)	10 (83,33)	22 (84,62)	19(86,37)	9 (60,00)	5 (55,56)
16. Menores de idade procuram a UBS e pedem à equipe exames, medicamentos ou outros procedimentos sem autorização e/ou conhecimento dos pais.	12(100,0)	9 (75,00)	25 (96,15)	9 (88,00)	15 (100,0)	13 (53,34)
17. Usuários se recusam a seguir indicações médicas ou a fazerem exames.	11(91,67)	10 (90,91)	19 (73,08)	19 (100,00)	11 (73,33)	14 (72,73)
18. A equipe realiza uma discussão interdisciplinar sobre as condições de saúde do usuário na frente dele, sem que ele participe.	12(100,0)	4 (33,33)	26 (100,0)	4 (15,38)	15 (100,0)	2 (13,34)
Os profissionais prescrevem medicamentos que o usuário não terá dinheiro para comprar quando não existe outra possibilidade de prescrição.	9 (75,00)	7 (77,78)	16 (61,54)	10 (62,50)	9 (60,00)	2 (22,22)
19. O profissional conta informações sobre a	12(100,0)	11 (91,67)	21 (80,77)	14 (66,67)	13 (86,67)	7 (53,84)

saúde de um dos membros da família que ele atende para os demais membros da família, quando este não consegue gerenciar o auto-cuidado e se expõe a riscos.

Fonte: Elaboração pelos autores com base em dados da pesquisa “ A bioética vivenciada por Equipes de Saúde da Família”, 2014.

5.2 MANUSCRITO 2: ASSOCIAÇÃO ENTRE EXERCÍCIO PROFISSIONAL E PROBLEMAS VIVENCIADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ASSOCIAÇÃO ENTRE EXERCÍCIO PROFISSIONAL E PROBLEMAS VIVENCIADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA*

Rose Manuela Marta Santos¹

Sérgio Donha Yarid²

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar a associação entre profissão, tempo de profissão e tempo de atenção básica com problemas éticos. Consiste em um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com 53 profissionais de nível superior que atuam nas Equipes de Saúde da Família de Jequié – Bahia. Utilizou-se, para a coleta de dados, o Inventário de Problemas Éticos na Atenção Básica. Para a análise dos dados, utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences*. Foram utilizadas as frequências absolutas e relativas e a análise inferencial por meio do teste de qui-quadrado de associação linear com o nível de significância de 5%. Os dados demonstraram que, apesar de não haver associação estatística significativa entre a profissão, o tempo de formado e o tempo de atenção básica com os problemas éticos listados, os profissionais vivenciam os problemas na sua atuação diária.

Palavras-chave: Ética; Bioética; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Formação de Recursos Humanos.

ABSTRACT

This study aimed to examine the association between occupation, length of employment and basic care time with ethical problems. It is a descriptive, exploratory study with quantitative approach, involving 53 tertiary professionals working in Family Health Teams of Jequié - Bahia. The Inventory of Ethical Problems in Primary Care was used for data collection and the data was analyzed with the Statistical Package for Social Sciences. Absolute and relative frequencies and inferential analysis were used through the linear association chi-square test with significance level of 5%. The data showed that, although there was no statistically

*Artigo integrante da dissertação intitulada “Vivência de problemas éticos em Equipes de Saúde da Família”, apresentado ao Programa de Pós-Graduação e Enfermagem e Saúde - PPGES, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

¹Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Bahia, Brasil. Rua José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho. 45206-190. Jequié-Bahia. rosemarta@gmail.com.

²Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Bahia, Brasil.

significant association between profession, time since graduation and working time at primary care with the listed ethical problems, the professionals experience them in their daily activities.

Keywords: Ethics; Bioethics; Primary Health Care; Family Health; Human Resources Training.

INTRODUÇÃO

Desde a sua implantação, o Programa de Saúde da Família (PSF) é considerado uma forma diferenciada de atenção à saúde e uma política de Atenção Primária à Saúde (APS). Destacando-se pela transformação do modelo de atenção biomédico em uma atenção multiprofissional, focada na família e na coletividade, tornou-se, preferencialmente, o primeiro acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelos usuários^{1,2}. O PSF como uma estratégia de mudança na APS sofreu uma reestruturação, passando a ser considerado como Estratégia Saúde da Família (ESF).

Com a nova conformação, a estruturação de atenção à Saúde focada na saúde da família e a territorialização facilitaram o acesso aos serviços de saúde no nível primário de atenção aos indivíduos, além de conseguirem destaque por terem alcançado com suas ações impactos positivos na saúde dos brasileiros como, por exemplo, a redução da mortalidade infantil e a redução do espaço de tempo entre gestações³. Essa estruturação da APS deu-se num processo crescente com a ampliação da cobertura das Equipes de Saúde da Família e está alicerçada nos princípios da acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação, além de ter como base a responsabilização/corresponsabilização e participação social^{4,5}.

As ações de atenção à saúde dispensadas pela Equipe de Saúde da Família à população adscrita estão voltadas para promoção e prevenção de agravos à saúde. Há uma variedade de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica e reconhecimentos das necessidades de saúde advindas da população sob sua responsabilidade⁶. Reconhecer ou não as necessidades de

saúde da comunidade assistida está diretamente associada ao modo como os profissionais percebem o mundo, percepções essas que são apreendidas com experiência da vida e, a partir disso, criam o seu modo de intervir sobre a realidade⁷.

Nesse contexto, com a pluralidade de demandas na qual o profissional está inserido na ESF, é necessário uma formação que lhe confira qualificação adequada para o desenvolvimento de ações voltadas para a equipe, para a comunidade e para outras esferas da sociedade, pois as relações do cotidiano e as diversas situações no processo saúde-doença em uma comunidade podem gerar conflitos éticos no processo de trabalho⁸.

Um estudo apontou que os problemas encontrados na assistência são preocupações do dia a dia que podem se tornar corriqueiros se comparados às situações mais dramáticas do âmbito hospitalar. Ainda nesse mesmo estudo, aponta-se que a forma sutil como ocorrem determinados problemas éticos podem não ser percebidos, o que, conseqüentemente, pode ter efeitos indesejáveis, comprometendo a assistência e as relações de vínculo. Além disso, os profissionais pesquisados relataram preocupação com as situações éticas vividas e com os direitos individuais dos usuários de forma a não comprometer as relações de vínculo, gerenciando os enfoques da bioética Principlialista e a do cuidado⁸.

O comprometimento ético com a assistência em saúde vai muito além da habilidade técnica, pois o êxito no campo profissional exige afinidade e dedicação ao trabalho. Portanto, a formação profissional deve aprimorar o comportamento ético, dando espaço para reflexões críticas dos estudantes quando confrontados com situações conflituosas, e o desenvolvimento de um olhar humanístico para cada demanda advinda da comunidade⁹. Assim, existe a necessidade do conhecimento e de percepção de situações conflituosas encontradas na assistência primária da saúde pelos profissionais para que eles possam reorientar seu processo de trabalho de forma ética, integral, igualitária e resolutiva. Nesse contexto, esta pesquisa teve como objetivo analisar a associação entre profissão, tempo de profissão e tempo de Atenção

Básica (AB) com situações identificadas como problemas éticos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo que teve como campo de pesquisa a cidade de Jequié (BA). O cenário da pesquisa foram as USF da zona urbana do município e os participantes foram 53 profissionais de nível superior: 12 médicos, 26 enfermeiros e 15 cirurgiões-dentistas, que compõem as Equipes de Saúde da Família do município. Considera-se que, no momento da coleta de dados, haviam 58 profissionais atuando nas unidades e, houve 5 (7,35%) perdas, dessas, 2 por recusas e 3 por exclusões de acordo com o critério de até 3 tentativas de aplicação do Inventário após agendamento pelo profissional.

Foi utilizado para a coleta de dados o Inventário de Problemas Éticos na Primária em Saúde (IPE-APS)¹⁰. Os dados contidos na dissertação da autora Zoboli⁸ foram agrupados em 3eixos: o primeiro, relacionado aos problemas éticos nas relações dos profissionais com as famílias e usuários; o segundo, relacionado a problemas éticos nas relações entre as equipes; e o terceiro, relacionado a problemas éticos nas relações com o sistema de Saúde. Neste artigo, foi abordado o eixo 1, referente aos problemas éticos nas relações entre profissionais e usuários.

O Processo de validação do inventário contou com a participação de enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, auxiliares/técnicos em enfermagem e, nesta pesquisa, também com os cirurgiões-dentistas, sem prejuízo para a coleta e análise de dados. A inclusão desse profissional justifica-se pelo fato de ele fazer parte da equipe multiprofissional da ESF, pautado na Portaria 1.444 de dezembro de 2000¹¹. O inventário lista 41 situações em que o participante da pesquisa marca se considera ou não a situação como um

problema ético e, em caso positivo, marca a frequência que vivencia, variando entre nunca, raramente, frequentemente e sempre.

Para a coleta de dados, foi realizado contato prévio com os coordenadores das unidades e agendamento das visitas. No momento da visita à unidade, foram explicitados os objetivos da pesquisa aos profissionais, deixando livre a escolha de participar ou não. Entregue os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após a leitura e a assinatura do documento, foram distribuídos os inventários individualmente. O tempo de preenchimento do inventário variou de 20 a 30 minutos. O período da coleta de dados deu-se de fevereiro a maio de 2014.

Para a tabulação de dados, foi realizado duplo preenchimento utilizando o programa Microsoft Excel versão 2010, evitando possíveis erros de digitação. Após a tabulação, os dados foram transferidos para análise no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 21.0 para *Windows*[®]. Utilizou-se frequências absolutas e relativas e análise inferencial por meio do teste de qui-quadrado para associação linear com um nível de significância de 5%. Para uma discussão criteriosa, adotou-se como resultados discrepantes aqueles que demonstram o percentual maior ou igual a 10%.

O projeto da pesquisa foi enviado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e obteve parecer favorável sob o nº 475.600 respeitando os princípios da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012¹² do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que versa sobre as pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Na Tabela 1, está exposta a caracterização dos participantes quanto ao sexo, à idade, ao tempo de formado, ao tempo que trabalha na AB, à raça/cor, ao estado civil e à profissão.

Na tabela 2, está a distribuição da percepção das situações listadas como problema ético e a associação entre profissão, tempo de profissão e tempo de AB com os problemas éticos.

[Inserir Tabela 1]

[Inserir Tabela 2]

DISCUSSÃO

Diante do exposto na tabela 2, pode-se perceber que a maioria dos participantes do estudo considerou como problema ético todas as situações listadas. Na associação realizada entre a percepção das situações listadas como problema ético e a profissão não foi encontrada significância estatística, o que corrobora com os achados da pesquisa de Silva et al.¹³. Também não foi encontrada significância estatística entre o tempo de formado, o tempo de atuação na AB e os problemas éticos. No que se refere às situações nas quais o profissional não considerou como problema ético, adotou-se como discrepantes aquelas que demonstram o percentual maior ou igual a 10%, visto que todas as situações listadas são consideradas problemas éticos na AB analisadas em pesquisas anteriores.

Assim, na situação que se refere ao vínculo e à proximidade do profissional com o usuário dificultando a imparcialidade na relação, a frequência das respostas de quem não considera como problema ético foi quase a metade dos participantes. Com isso, pode-se inferir que o profissional não compreende ou não sabe como lidar com tal problema ético em sua atuação diária.

Quanto à prescrição de medicamentos que o usuário supostamente não terá dinheiro para pagar, assim como a prescrição de medicamento que o usuário não poderá comprar quando não existe outra possibilidade, os informantes marcaram como não problema ético e

pode-se considerar, portanto, que, nessas condições, o profissional não leva em consideração as condições financeiras do usuário e, assim, não são percebidas como problema ético. A impossibilidade de adquirir o medicamento implica na não adesão ao tratamento, o que contraria o princípio da não maleficência e da justiça.

Na situação em que o usuário solicita exames e/ou procedimentos inadequados, alguns profissionais não consideraram a situação como problema ético, assim como a não percepção de alguns profissionais quanto à impotência em convencer o usuário a seguir o tratamento e a não concepção sobre até que ponto pode-se interferir nos hábitos e costumes dos usuários a seguir uma vida saudável. Pode-se notar que as situações são problemas tão corriqueiros que podem ser concebidas como normalidade.

Sobre a não percepção de uma situação como problema ético na recusa do tratamento em detrimento da cura divina ou mesmo a recusa de seguir as indicações ou a realização de exames, é possível inferir que, com a fragilidade da formação do vínculo e a não consideração ou insensibilidade em perceber a subjetividade que envolve a produção do cuidado, coloca-se a atenção à saúde no contexto da AB em situação de vulnerabilidade.

Foi sinalizado também, por alguns profissionais, como não problema ético a situação em que os profissionais contam informações sobre a saúde de um dos membros da família aos demais membros da família quando esse não consegue gerenciar o autocuidado e se expõe a riscos. Essa situação deve ser bem ponderada no que se refere ao respeito à confidencialidade das informações, à preservação do cuidado e ao fato de se constituir como um problema ético.

Assim, após expostas às situações que apresentaram a não percepção dos profissionais quanto a ser um potencial problema ético, pode-se levantar algumas conjecturas para justificar ou, ao menos explicar, tal fato. Nos estudos sobre a implantação do PSF em 10 municípios de quatro regiões do país, observou-se que existe avanço nas novas práticas na APS e, principalmente, na formação de vínculo entre equipe e comunidade. Todavia, a estratégia

ainda enfrenta desafios na concretização do processo de trabalho eficiente, referentes à inclusão dos profissionais e ao desenvolvimento dos recursos humanos. Ainda, afirma que a formação do vínculo deve ser considerada como fator positivo para a compreensão do processo saúde-doença e para identificação das necessidades de saúde demandadas da comunidade¹⁴. Dessa forma, segundo Zoboli¹⁵ “a ética do cuidado consiste no vínculo entre direitos e responsabilidades, no seio das relações intersubjetivas”.

Entretanto, as situações mais conflituosas que permeiam o processo de trabalho dos profissionais de saúde encontram-se no âmbito hospitalar e essas estão muito bem exploradas na literatura em ética e bioética. Porém, os problemas do cotidiano no âmbito da AB são considerados como situações que podem passar despercebidas e ainda não estão tão exploradas e dialogadas nas pesquisas^{8,16}. Além disso, as questões éticas dos âmbitos (hospitalar e atenção básica) não podem ter uma análise sob a mesma ótica uma vez que os problemas éticos encontrados nos serviços de AB são diversificados, complexos e os serviços são organizados seguindo outra lógica de atenção: uma atenção contínua e longitudinal¹⁷.

A atenção à Saúde na ESF embasa-se no encontro do profissional com o usuário, em que acontece a produção do cuidado e é nesse momento que a ética do exercício profissional evidencia-se, pois é nesse encontro que os usuários podem ser ouvidos com toda a complexidade da sua necessidade do momento e o profissional terá que dar resolutividade a essa demanda.

Nesse contexto, a AB utiliza tecnologias relacionais como a comunicação, a escuta qualificada, o acolhimento, o respeito à subjetividade e autonomia do usuário. Essas tecnologias são denominadas tecnologias leves, de elevada complexidade, porém, de baixa densidade, pois referem-se a problemas complexos sobre o estilo de vida, com modos de viver e morrer dos usuários e à coletividade, numa assistência humanizada, diferentemente das tecnologias leves-duras ou duras, encontradas no âmbito dos outros níveis de atenção à

saúde^{1,18,19,20}.

Dessa forma, para dar conta da estrutura proposta pela ESF, de um modelo educativo-preventivo centrado no manejo das tecnologias relacionais, são necessários profissionais qualificados para reconhecerem esses pressupostos²¹. São necessários também profissionais com olhar ampliado para a compreensão do indivíduo em seu contexto singular, complexo e sociocultural, voltados para uma atenção integral e para a corresponsabilização da saúde com os sujeitos. Isso consiste em um desafio para os profissionais, uma vez que seu principal espaço de formação acontece sob a ótica hospitalocêntrica¹⁶.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde²², a sua estrutura acadêmica deverá promover renovadas estratégias de ensino, com espaços de reflexão permitindo ao discente uma formação geral condizente com os desafios encontrados na sua atuação profissional. Deverá também assegurar a valorização da ética e o desenvolvimento de atitudes e valores voltados para a cidadania e para a solidariedade dos alunos.

Entretanto, com toda a complexidade da atenção em saúde na AB, é preciso lançar mão de métodos inovadores que inter-relacione o conteúdo, a reflexão e a prática ética. Precisa-se de uma transformação que possa ultrapassar a capacitação técnica e de uma formação profissional com competências e habilidades para trabalhar na saúde coletiva, pois, apesar do direcionamento encontrado nas Diretrizes Curriculares Nacionais, após anos de sua aprovação, é possível notar poucas transformações no que se diz respeito à formação dos recursos humanos^{20,23}.

Foi demonstrado no estudo que buscou entender a percepção de enfermeiros da APS sobre a construção da competência ética, que esses profissionais já haviam vivenciado situações consideradas como eticamente conflitivas em sua atuação e que compreendiam que o ensino e a prática dão base para uma formação eticamente competente²⁴.

Outro estudo, com o intuito de conhecer a realidade da formação dos enfermeiros em Portugal, observou que dos 22 estabelecimentos de ensino que oferecem o curso de Enfermagem, apenas 5 cumprem as recomendações da Ordem dos Enfermeiros referentes ao ensino da Ética e da Deontologia, além da diversidade de nomenclaturas dadas às disciplinas e aos conteúdos programáticos e da carga horária oferecida²⁵.

Em estudos que tiveram como objetivo a identificação das disciplinas bioética, ética e de disciplinas que tratassem dessas temáticas nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia nas universidades federais brasileiras, foi observado que existe divergências quanto à disponibilização das disciplinas ética, bioética e correlatas quanto à carga horária e aos semestres oferecidos aos discentes. Verificou-se, ainda, ser indispensável o aprofundamento dessas disciplinas nos primeiros semestres, inculcando na formação dos discentes os valores e os posicionamentos éticos durante a graduação^{26,27,28}.

Um estudo que teve como objetivo delinear um panorama da formação ética nos cursos brasileiros de graduação em odontologia apresentou que o comprometimento da dimensão ética para a formação profissional, assim como os avanços da capacitação dos docentes e do perfil dos egressos, acontecem de forma pontual, além de incipiente a presença da bioética como disciplina e escassa formação de docentes específicos para a área²⁹.

De acordo com outro estudo, que teve por objetivo analisar as situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais da ESF, as atividades estão centradas na tecnologia dura e foi demonstrado que o perfil e a formação voltada para a saúde pública são fatores determinantes que facilitam o processo de trabalho. Esses aspectos foram mencionados por 93,2% dos entrevistados¹⁹.

Ao abordar a temática da ética e da bioética na formação dos profissionais de saúde, vislumbra-se a ideia da aproximação do discente à realidade, na orientação e no direcionamento para formação ética, que respeite a dignidade humana e os valores morais e

culturais dos indivíduos³⁰. Sendo assim, a formação deve proporcionar ações voltadas para uma sociedade mais justa, para que os profissionais saibam respeitar a autonomia de decisões dos usuários, assegurando o equilíbrio e o balanceamento entre benefícios e possíveis danos à saúde dos usuários.

Dessa forma, é possível traçar novas metodologias como, por exemplo, na problematização, na prática baseada em evidências e no fornecimento de capacitação aos profissionais por meio da educação permanente, a fim de alcançar novos direcionamentos para aproximação do conhecimento técnico às demandas conflituosas na atuação profissional. Em um relato de experiência sobre a capacitação em bioética para enfermeiro e médicos da ESF, a ação educativa contínua dos profissionais mostrou-se bem sucedida e proporcionou aos profissionais envolvidos subsídios para melhorar as condutas nas unidades básicas de saúde³¹.

Contudo, pode-se afirmar que a abordagem da bioética como disciplina ou direcionada como tema transversal deve proporcionar aos discentes espaços de reflexão sobre possíveis conflitos éticos encontrados na atuação profissional³². As discussões realizadas, desde os dilemas éticos encontrados em nível de atenção secundário e terciário até situações mais simples encontradas no nível primário da saúde, deve oportunizar aos discentes a compreensão de princípios humanísticos de forma a resolver os problemas encontrados na atuação profissional de forma justa.

Assim, a abordagem mais enfática nos moldes curriculares das formações em saúde poderá proporcionar aos discentes o desenvolvimento de habilidades para dar resolutividade aos diversos conflitos encontrados, dos mais simples aos mais complexos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que não houve associação significativa entre a profissão, o tempo de formado e o tempo de AB com os problemas éticos listados no instrumento utilizado para coleta de dados. Porém, os dados mostraram que as três categorias estudadas vivenciam os problemas em seu cotidiano de atuação profissional.

Foi possível perceber também que muitas situações listadas não foram consideradas como problema ético, o que demonstra a sutileza desses problemas e também, a deficiência do profissional em não percebê-los, permitindo que essas situações fiquem como rotina e não recebam a devida atenção.

Percebe-se também que a abordagem sobre a bioética em algumas graduações na área de saúde ocorre de forma pontual, como disciplinas específicas quando deveriam tratá-la de forma transversal e interdisciplinar. Isso reforça a necessidade de se dar maior atenção a essa temática, reforçando a importância de se promover espaços para discussão dos problemas éticos vivenciados pelos profissionais de saúde com o intuito de estabelecer direcionamentos que dêem base à resolução de tais problemas na atuação profissional.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPESB) pela concessão da bolsa de mestrado, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde pelo apoio na realização dos estudos e da pesquisa e à Secretaria Municipal de Saúde de Jequié (BA) pelas informações prestadas.

REFERÊNCIAS

1. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLS, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(1):113-18.

2. Brasil. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: *Ministério da Saúde*; 2006.
3. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: *Ministério da Saúde*; 2007.
4. Mendonça CS. Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária. In: Organização Pan-Americana da Saúde. *Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
5. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 61- 210.
6. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc* 2011; 20(4):867-74.
7. Graziano AP, Egry EY. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3): 650-56.
8. Zoboli ELCP. *Bioética e Atenção Básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família* [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
9. Finkler M. *Formação ética em Odontologia: realidades e desafios* [Tese]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.
10. Junges JR, Zoboli ELCP, Patussi MP, Schaefer R, Nora CRD. Construção e validação do instrumento “Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde”. *Rev bioét* 2014; 22(2):309-17.
11. Brasil. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção a saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; 28 dez.
12. Brasil. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 2013; 13 jun.
13. Silva LT, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. *Cogitare Enferm* 2006; 11(2):133-42.
14. Escorel S, Giovanella L; Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2007; 21(2):164-76.
15. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. *O Mundo da Saúde* 2009; 33(2):195-204.
16. Soares FAC. *Influência da capacitação em bioética na percepção para os problemas éticos na atenção básica* [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.

17. Junges JR. Bioética da atenção primária à saúde. *Revista da AMRIGS* 2011; 55(1): 88-90.
18. Zoboli ELCP. *Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica na atenção básica*. [Tese Livre Docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
19. Machado EP, Haddad JGV, Zoboli ELCP. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. *Revista Bioethikos* 2010; 4(4):447-52.
20. Assis MMA et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários*. Salvador: EDUFBA; 2010.
21. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(3):657-64.
22. Brasil. Parecer CNE nº 1133 de outubro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União* 2001; 3 out.
23. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Mendonça JMG, Moraes-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(Supl. 2):2133-144.
24. Schaefer R, Junges JR. A construção da competência ética na percepção de enfermeiros da Atenção Primária. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(2):329-34.
25. Reis AM, Oliveira CC. Formação ética dos enfermeiros: qual a realidade Portuguesa? *Rev Bras Enferm* 2012; 65(4): 653-59.
26. Santos RMM; Couto TA; Silva AP; Yarid SD. Ensino da Bioética nos cursos de Odontologia das Universidades Federais Brasileiras. *EFDeportes.com* 2014; Año 19, Nº 199.
27. Couto TA, Santos RMM, Silva AP, Yarid SD. Ensino da ética e bioética nos cursos de medicina das universidades federais do Brasil. *EFDeportes.com* 2014; Año 19, Nº 196.
28. Couto Filho JCF, Souza FS, Silva SS, Yarid SD, Sena ELS. Ensino da bioética nos cursos de Enfermagem das universidades federais brasileiras. *Rev bioét* 2013; 21(1): 179-85.
29. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(11):4481-492.
30. Schuh CM, Albuquerque IM. A ética na formação dos profissionais da saúde: algumas reflexões. *Revista Bioética* 2009; 17(1): 55-60.
31. Zoboli ELCP, Soares FAC. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. *Rev Esc Enferm* 2012; 46(5):1248-253.

COLABORADORES

RMM Santos trabalhou na concepção e delineamento, na análise e interpretação dos dados e na redação do artigo; SD Yarid trabalhou na concepção, na análise e interpretação dos dados e na revisão crítica.

Arquivos a serem anexado na plataforma de submissão do periódico

Tabela 1: Caracterização dos participantes da pesquisa quanto aos aspectos sociodemográficos, Jequié, Bahia, Bahia, 2014.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
25 – 40	40	75,47
41 – 56	8	15,09
≥ a 57	4	7,55
Ausente	1	1,89
Tempo de formado		
0 – 5	22	41,51
6 – 10	13	24,53
≥ a 11	18	33,96
Tempo de atenção básica		
0 – 5	30	56,60
6 – 10	15	28,30
≥ a 11	8	15,10
Sexo		
Masculino	20	37,73
Feminino	33	62,26
Raça/cor		
Branca	23	43,40
Parda/Mulata	26	49,05
Negra	4	7,55
Amarela	-	-
Indígena	-	-
Estado civil		
Solteiro (a)	23	43,40
Casado (a)	20	37,73
União estável	4	7,55
Divorciado (a)	6	11,32
Viúvo (a)	-	-
Profissão		
Médico	12	22,64
Enfermeiro	26	49,06
Cirurgião-Dentista	15	28,30

Fonte: Elaboração pelos autores com base em dados da pesquisa “A bioética vivenciada por Equipes de Saúde da Família”, 2015.

Tabela 2: Distribuição da percepção das situações listadas como problema ético e associação entre profissão, tempo de profissão, tempo de atenção básica com problemas éticos, Jequié, Bahia, Brasil, 2014.

Situação	Problema	Profissão		P	Tempo de Formado		P	Tempo na Atenção Básica		P
		n=53	%	P≤0,05	n=53	%	P≤0,05	n= 53	%	P≤0,05
1. A proximidade e o vínculo dos profissionais com os usuários dificultam manter a imparcialidade na relação.	Sim	29	54,72	0,075	29	54,72	0,066	29	54,72	0,075
	Não	24	45,28		24	45,28		24	45,28	
2. Se a equipe da ESF pré-julgar os usuários e familiares com base em preconceitos e estigmas.	Sim	53	100	-	53	100	-	53	100	-
	Não	-	-		-	-		-	-	
3. O profissional trata o usuário com falta de respeito.	Sim	52	98,11	0,937	52	98,11	0,285	52	98,11	0,428
	Não	1	1,89		1	1,89		1	1,89	
4. Os profissionais fazem prescrições inadequadas ou erradas.	Sim	53	100	-	53	100	-	53	100	-
	Não	-	-		-	-		-	-	
5. Os profissionais prescrevem medicamentos que o usuário não terá dinheiro para comprar.	Sim	45	84,90	0,174	45	84,90	0,481	45	84,90	0,232
	Não	8	15,10		8	15,10		8	15,10	
6. Os profissionais prescrevem um medicamento mais caro, mesmo que ele tenha eficácia igual a do mais barato.	Sim	52	98,11	0,937	52	98,11	0,931	52	98,11	0,428
	Não	1	1,89		1	1,89		1	1,89	
7. O usuário durante a consulta médica ou de enfermagem solicita exames, medicamentos ou outros procedimentos inadequados ou desnecessários.	Sim	47	88,68	0,690	47	88,68	0,822	47	88,68	0,767
	Não	6	11,32		6	11,32		6	11,32	
8. Os profissionais sentem-se impotentes para convencer o usuário a dar continuidade ao tratamento.	Sim	42	79,25	0,859	42	79,25	0,748	42	79,25	0,797
	Não	11	20,75		11	20,75		11	20,75	
9. Os profissionais solicitam exames diagnósticos sem informar ao usuário o que está sendo pedido e por quê.	Sim	51	96,23	0,910	51	96,23	0,076	51	96,23	0,422
	Não	2	3,77		2	3,77		2	3,77	
10. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) comenta informações desnecessárias sobre a intimidade da família e do casal com a equipe de saúde.	Sim	53	100	-	53	100	-	53	100	-
	Não	-	-		-	-		-	-	
11. É difícil manter a privacidade do usuário nos atendimentos feitos em sua casa devido interferência de	Sim	52	98,11	0,937	52	98,11	0,285	52	98,11	0,428
	Não	1	1,89		1	1,89		1	1,89	

outros membros da família ou vizinhos.										
12. O ACS conta a seus vizinhos informações obtidas no seu trabalho a respeito de usuários e famílias.	Sim	53	100	-	53	100	-	53	100	-
	Não	-	-		1	-		1	-	
13. O profissional conta informações sobre a saúde de um dos membros da família que ele atende para os demais membros da família.	Sim	48	90,57	0,261	48	90,57	0,201	48	90,57	0,191
	Não	5	9,43	0,234	5	9,43		5	9,43	
14. O profissional não consegue identificar até onde pode interferir em hábitos e costumes das famílias e dos usuários com vistas a que tenham um estilo de vida saudável.	Sim	43	81,13		43	81,13	0,762	43	81,13	0,689
	Não	10	18,87		10	18,87		10	18,87	
15. Os usuários recusam tratamento por acreditarem numa cura divina.	Sim	43	81,13	0,008	43	81,13	0,131	43	81,13	0,311
	Não	10	18,87		10	18,87		10	18,87	
16. Menores de idade procuram a UBS e pedem à equipe exames, medicamentos ou outros procedimentos sem autorização e/ou conhecimento dos pais.	Sim	52	98,11	0,937	52	98,11	0,285	52	98,11	0,428
	Não	1	1,89		1	1,89		1	1,89	
17. Usuários se recusam a seguir indicações médicas ou a fazerem exames.	Sim	41	77,36	0,289	41	77,36	0,734	41	77,36	0,993
	Não	12	22,64		12	22,64		12	22,64	
18. A equipe realiza uma discussão interdisciplinar sobre as condições de saúde do usuário na frente dele, sem que ele participe.	Sim	53	100	-	53	100	-	53	100	-
	Não	-	-		-	-		-	-	
19. Os profissionais prescrevem medicamentos que o usuário não terá dinheiro para comprar quando não existe outra possibilidade de prescrição.	Sim	34	64,15	0,443	34	64,15	0,075	34	64,15	0,060
	Não	19	35,85		19	35,85		19	35,85	
20. O profissional conta informações sobre a saúde de um dos membros da família que ele atende para os demais membros da família, quando este não consegue gerenciar o autocuidado e se expõe a riscos.	Sim	46	86,80	0,365	46	86,80	0,806	46	86,80	0,299
	Não	7	13,20		7	13,20		7	13,20	

Fonte: Elaboração pelos autores com base em dados da pesquisa "A bioética vivenciada por Equipes de Saúde da Família", 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como o Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária em Saúde elenca situações que foram apontadas por profissionais de saúde em estudos anteriores como problemas éticos, no que se refere à percepção dos profissionais pesquisados neste estudo, observou-se que muitos dos problemas listados no Inventário não foram considerados como problemas éticos. Esse fato nos permite dois olhares: o primeiro em que os problemas, de tanto ocorrerem, tornam-se corriqueiros, fazendo com que os profissionais não deem a devida atenção a eles; e o segundo seria a falta dos espaços de reflexão e de discussão sobre os conflitos éticos na formação profissional bem como na formação continuada dos profissionais que estão atuando.

A frequência com que os profissionais vivenciam os problemas éticos foi mais alta nas categorias de médicos e enfermeiros e menor na categoria de cirurgião-dentista. Pode-se inferir, portanto, que o fluxo da assistência em uma unidade de saúde, para o acesso aos cirurgiões-dentistas, passa primeiramente por outros profissionais, o que, de certa forma, pode selecionar ou minimizar as situações conflituosas no atendimento odontológico. Ou ainda, como foi percebido pela pesquisadora durante a coleta de dados e por alguns relatos dos profissionais cirurgiões-dentistas, a falta de aproximação com o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família denota o desconhecimento do seu papel dentro da equipe de saúde da família.

Ainda, foi constatado que não houve associação estatisticamente significativa entre a profissão, o tempo de formado e o tempo de atuação na atenção básica com os problemas listados no inventário. Isso denota, portanto, que independente da formação, do tempo de formado e do tempo que trabalha na atenção básica, os profissionais se deparam com os problemas éticos em sua vivência, necessitando maior aprofundamento das questões em que há conflito ético na atuação profissional com base nos princípios da bioética.

Assim, fazem-se necessários outros estudos sobre essa temática a fim de sistematizar o conhecimento e construir evidências para direcionar possíveis transformações na prática da atenção à saúde, seja pelos profissionais ou pelos gestores. Além disso, direcionar aos profissionais maior comprometimento ético,

balizados nos princípios da bioética, como o respeito à autonomia das pessoas, a beneficência, a não maleficência e a justiça, oferece a eles o suporte necessário para a resolução dos problemas éticos e/ou dos conflitos morais a fim de analisar cada caso e direcionar a melhor resolução.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. S.; JUNGES, J. R.; LÓPEZ, L. C. Dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, v.34, n.4, p.430-36, 2010.

ALVES, T. N. P.; LIMA, H. C. S.; SANTOS, L. Z. Análise das prescrições médicas em unidades de atenção primária à saúde do município de Juiz de Fora-MG. In: II Congresso Online - Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2013. **Convibra Saúde: Revista Gestão & Saúde**. São Paulo. 2013.

ASSIS, M. M. A et al. (orgs). **Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde**. Salvador: EDUFBA, 2010.

BATISTA, P. S. S. A Espiritualidade na prática do cuidar do usuário do Programa Saúde da Família, com ênfase na educação popular em saúde. **Revista APS**, v.10, n.1, p.74-80, 2007.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola. 2002.

BRASIL. **Constituição Federal Brasileira de 5 de outubro de 1988**. Brasília, 1988.

_____. **Lei nº 8.080 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

_____. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

_____. **Lei Federal nº 8069**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção a saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Parecer CNE nº 1133 de outubro de 2001.** Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: Conselho Nacional de Educação. 2001.

_____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – Humaniza-SUS.** Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2012a.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CAMARGO, A.; ALMEIDA, M. A. S.; MORITA, I. Ética e Bioética: O que os alunos do sexto ano médico têm a dizer. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v.38, n.2 p.82-89, 2014.

CARDOSO, L. S. et al. Percepção da equipe de enfermagem no acompanhamento do processo de trabalho no Programa Saúde da Família. **Invest Educ Enferm.**, n.29, v.3, p.391-99, 2011.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Estabelecimentos de Saúde:** Jequié. 2014. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=29&VMun=291800&VSubUni=&VComp=%3E. Acesso em 12 dez. de 2014a.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Equipes de Saúde da Família do município:** Jequié. 2014. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipas.asp. Acesso em 12 dez. de 2014b.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: **Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev.Bras. Enferm.**, v.62, n.1, p.113-118, 2009.

COUTO FILHO, J. C. et al. Ensino da bioética nos cursos de Enfermagem das universidades federais brasileiras. **Rev bioét**, v.21, n.1, p.179-85, 2013.

COUTO, T. A.; SANTOS, R. M. M.; SILVA, A. P.; YARID, S. D. Ensino da ética e bioética nos cursos de medicina das universidades federais do Brasil. **EFDeportes.com**, Ano 19, n.196, 2014.

SCOREL, S. et al. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v.21, n.2, p.164-76, 2007.

EV, L. S.; GUIMARÃES, A. G., Castro VS. Avaliação das prescrições dispensadas em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. **Lat Am J Pharm.**, v.27, n.4, p.543-47, 2008.

FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B. Cartografia do Trabalho do Enfermeiro na ESF de Itabuna, Bahia. In FRANCO, T. B.; ANDRADADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. **A Produção Subjetiva do Cuidado**: Cartografias da Estratégia de Saúde da Família. São Paulo: Hucitec; 2009.

FINKLER, M. **Formação ética em Odontologia: realidades e desafios**. 2009. 256f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2009.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4481-492, 2011.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching**. Bulletin of Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1910.

FRANCO, F. A. et al. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. **Esc Anna Nery (impr.)**, v.16, n.1, p.157-162, 2012.

FRANCO, T. B., MERHY, E. E. Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. **Salud colectiva**, v.5, n.2, p. 181-94, 2009

GARCÍA, D. J. C. La deliberación moral en bioética. Interdisciplinariedad, pluralidad, especialización. **Ideas y Valores**, v.LX, n.147, p.25-50, 2011.

GAUDENZI, P.; SCHRAMM, F. R. The paradigmatic transition of healthcare as a citizen's duty: a look at bioethics in public health. **Interface Comunic. Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.243-55, 2010.

GOLDIM, J. R. Bioética: Origens e Complexidade. **Revista HCPA**, v.26, n.2, p.86-92, 2006.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.Supl.1, p.881-892, 2011.

GRACIA, D. Ética y Vida - **Estudios de Bioética**. Bioética Clínica. Santa Fé de Bogotá, DC: Editorial El Búho, 1998.

GRAZIANO, A. P.; EGRY, E. Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.3, p. 650-56, 2012.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de Captação. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v.43, n. Esp 2, p.1156-67, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291800>. Acesso em: 05 jan. 2015.

JUNGES, J. R. Bioética da atenção primária à saúde. **Revista da AMRIGS**, v.55, n.1, p88-90, 2011.

JUNGES, J. R. et al. Construção e validação do instrumento “Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde”. **Rev. bioét.** (Impr.), v.22, n.2, p.309-17, 2014.

KOTTOW, M. Bioética pública: una propuesta. **Rev. bioét (Impr.)**, v.19, n.1, p.19(1): 61-76, 2011.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**, v.20, n.4, p.867-74, 2011.

LIMA, A. C. et al. Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. **Cogitare Enferm**, v.14, n.2, p.294-303, 2009.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.3, p. 780-88, 2013.

MARQUES, E. I. W.; PETUCO, V. M.; GONÇALVES, C. B. C. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo-RS. **RBCEH**, v.7, n.2, p. 267-79, 2010.

MASCARENHAS, N. B. SANTA-ROSA, D. O. Bioética e formação do Enfermeiro: uma interface necessária. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.2, p. 366-71, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p.61-210.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, C. S. Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 23-36.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC; 2002.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13(Supl. 2), p.2133-144, 2008.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação de vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Esc EnfermUSP**, v.43, n.2, p. 358-64, 2009.

MOTTA, L. C. S.; VIDAL, S. V.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética: afinal, o que é isto? **Rev. Bras. Clin. Med.**, v.10, n.5, p.431-9, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cuidados Primários de Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários - Alma-Ata**. Geneva, 1978.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PELLEGRINO, E. D. The origins and evolution of bioethics: some personal reflections. **Kennedy Inst Ethics J**, v.9, n.1, p.73-88, 1999.

PESSINI, L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Rev bioét (Impr.)**, v.21, n.1, p.9-19, 2013.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de Bioética**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2010.

PIMENTEL, Í. R. S. et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev bras med fam comunidade**, v.6, n.20. p. 75-81, 2011.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.3, p.657-64, 2010.

PIRES, J. R.; TRINDADE, J. G. C. Das origens da bioética à Bioética Principlialista. **E-Revista Facitec**, v. 1, n. 1, Art. 6; 2007.

POTTER, V. R. **Bioethics: bridge to the future**. Englewood Cliff: Prentie-Hall. 1971.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

REIS, A. M.; OLIVEIRA, C. C. Formação ética dos enfermeiros: qual a realidade Portuguesa? **Rev Bras Enferm**, v.65, n.4, p.653-59, 2012.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.12, p.2389-398, 2010.

SANTOS, R. M. M. et al. Ensino da Bioética nos cursos de Odontologia das Universidades Federais Brasileiras. **EFDeportes.com**, Año 19, n. 199, 2014.

SCHAEFER, R.; JUNGES, J. R. A construção da competência ética na percepção de enfermeiros da Atenção Primária. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.2, p.329-34, 2014.

SCHIMITH, M. D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab Educ Saúde**, v.9, n.3, p.479-503, 2012.

SCHUH, C. M.; ALBUQUERQUE, I. M. A ética na formação dos profissionais da saúde: algumas reflexões. **Revista Bioética**, v.17, n.1, p.55-60, 2009.

SEOANE, A. F.; FORTES, P. A. C. A percepção do usuário do programa saúde da família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. **Saúde Soc.**, v.18, n.1, p.42-49, 2009.

SILVA, L. T. **Construção e validação de um instrumento para avaliação de ocorrência de problemas éticos na atenção básica**. 2008. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

SILVA L. T.; ZOBOLI, E. L. C. P.; BORGES, A. L. V. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. **Cogitare Enfer.**, v.11, n.2, p.133-42, 2006.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **reme – Rev. Min. Enferm.**, v.15, n.2, p. 196-201, 2011.

SIQUEIRA, J. E. Educação bioética para profissionais da saúde. **Revista - Centro Universitário São Camilo**, v.6, n.1, p.66-77, 2012.

SOARES, F. A. C. **Influência da capacitação em bioética na percepção para os problemas éticos na atenção básica.** 2010. 130f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

TAQUETTE, S. R. Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. **Adolescência & Saúde**, v.7, n.1, p.6-11, 2010.

TEIXEIRA, C. et al. Vínculo entre usuários e equipes em duas unidades de saúde da família em um município do estado do rio de janeiro. **Rev. APS**, v.16, n.4, p. 444-54, 2013.

UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. **O Mundo da Saúde**, v. 29 n. 3. p. 455-60, 2005.

VIDAL, S. V. et al. A Bioética e o Trabalho na Estratégia Saúde da Família: uma Proposta de Educação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.38, n.3, p.372-80, 2014.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S. “A via que facilita é a mesma que dificulta”: estigma e atenção em HIV-AIDS na estratégia saúde da família - ESF. **Fractal, Rev. Psicol.**, v.25, n.1, p. 41-58, 2013.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e Atenção Básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família.** 2003. 253f. Tese (Doutorado em Prática em Saúde Pública). Departamento de Prática em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

_____. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. **Acta Paul Enferm**, v.20, n.3, p.316-20, 2007.

_____. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v.33, n.2, p.195-204, 2009.

_____. **Deliberação:** leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica na atenção básica. [Tese Livre Docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010a.

_____. Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, Sao Paulo, Brasil. **Aten Primaria**, v.42, n.8, p.406-14, 2010b.

_____. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. **Rev bioét (Impr.)**, v.21, n.3, p.389-96, 2013.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. 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**, v.20, n.6, p.1690-699, 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SOARES, F. A. C. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.5, p.1248-253, 2012.

Apêndice

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM E SAÚDE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme normas da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Rose Manuela Marta Santos, juntamente com o Professor Doutor Sérgio Donha Yarid, do programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, estamos realizando a pesquisa: **“A Bioética vivenciada por Equipes de Saúde da Família”**. Estamos convidando o (a) senhor (a) para participar da nossa pesquisa, que surgiu para dar visibilidade às questões Éticas e Bioéticas que os profissionais das Unidades de Saúde da Família se deparam em seu processo de trabalho no município de Jequié-Bahia, bem como, servir como atualização do conhecimento técnico-científico em saúde, trazendo reflexão aos profissionais da área acerca desta temática. Sendo sua participação importante para a construção do conhecimento. A pesquisa tem como objetivo geral: identificar problemas Bioéticos vivenciados por Equipes de Saúde da Família. E, como objetivos específicos: verificar a frequência que a Equipe de Saúde da Família se depara com problemas Bioéticos em sua atuação profissional e comparar os problemas Bioéticos vivenciados pelos profissionais que compõe a Equipe da Saúde da Família. O estudo tem como cenário de pesquisa as Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Jequié, Bahia. Como instrumentos de coleta de dados será utilizado um questionário construído e validado para diagnósticos de problemas Bioéticos na Atenção Básica. Se o (a) senhor (a) sentir-se desconfortável em responder a alguma pergunta, fique à vontade para não respondê-la. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento,

podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades para o (a) senhor (a) ou a sua família. Nós guardaremos os registros do (a) senhor (a), e somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a essas informações. Se qualquer relatório ou publicações resultar deste trabalho, a identificação do (a) senhor (a) não será revelada. Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento adicional que seja solicitado durante o decorrer da pesquisa. Poderá entrar em contato com Rose Manuela Marta Santos e Sérgio Donha Yarid no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/ Jequié-Bahia - CEP: 45206-190, na Sala de Coordenação do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde (PPGES) ou pelo telefone (73) 3528-9600 ou pelos e-mails: rmms9@hotmail.com e syarid@hotmail.com. Ou ainda pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB - Instância local de controle social em pesquisa que visa à proteção dos direitos e a dignidade dos participantes. Este que se localiza na UESB, no 1º andar do Módulo Administrativo, Sala do CEP/ UESB. Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho, Jequié-Bahia, CEP: 45206-510. Ou pelo telefone: (73) 3528-9600 ou pelo e-mail: cepuesb.jq@gmail.com ou cepjq@uesb.edu.br.

Se o (a) senhor (a) aceito participar livremente deste estudo, por favor, assine este termo de consentimento em duas vias. Agradeço sua atenção!

Assinatura do (a)

Participante: _____

Assinatura do Pesquisador

Responsável: _____

Jequié-Bahia, data: ___ / ___ / ___.

Anexos

ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa - Plataforma Brasil

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROBLEMAS BIOÉTICOS VIVENCIADOS POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Rôse Manuela Marta Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24811513.4.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 475.600

Data da Relatoria: 02/12/2013

Apresentação do Projeto:

Na atenção primária à saúde o processo de cuidar profissional/usuário deve levar em consideração o respeito, a subjetividade e a dignidade do outro, e por esta razão, muitas vezes envolvem questões que perpassam por valores morais que exige bom senso e responsabilidade para sua resolução, caracterizando, portanto, Problemas Bioéticos. Esta pesquisa tem como objetivos identificar Problemas Bioéticos vivenciados por equipes

de saúde da família; verificar a frequência que a equipe de saúde da família se depara com Problemas Bioéticos em sua atuação profissional e comparar os Problemas Bioéticos vivenciados pelos profissionais que compõe a equipe da saúde da família. Trata-se de um estudo quantitativo e exploratório, pautado na ética descritiva. Os participantes da pesquisa serão os profissionais de nível superior médicos, enfermeiros e cirurgiões

dentistas que atuam nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana da cidade de Jequié- BA. Para a coleta de dados será utilizado um questionário validado para diagnósticos de problemas bioéticos na Atenção Básica. Os dados serão analisados no SPSS for Windows® 11.0

(Statistical Package for Social Sciences). Será utilizada a estatística descritiva, frequência para as variáveis categóricas, média, desvio padrão e intervalo de confiança para as variáveis quantitativas. Assim, esta pesquisa visa contribuir para a reflexão do binômio Bioética e Atenção Primária à Saúde.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequeizinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3525-6683 **Fax:** (73)3528-9727 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

ABambos2

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 475.600

Objetivo da Pesquisa:

Identificar problemas Bioéticos vivenciados pelos profissionais que integram as equipes de saúde da família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto contempla investigação centrada nas questões bioéticas envolvidas na prática do exercício de profissionais de nível superior que desempenham suas funções na Atenção Primária. Não dispõe benefícios imediatos para seus participantes, mas a partir de seus dados poderá trazer repercussões para um coletivo de profissionais. No corpo do trabalho, esclarece participantes não estarão expostos a riscos, mas pontua algum possível desconforto a responder perguntas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa abarca um tema pouco abordado na realidade local e tem potencial para gerar informações de importância para a formação e prática dos profissionais da atenção básica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE atende ao que é proposto pela Resolução 466/2012. Todos os demais documentos foram apresentados.

Recomendações:

Todos os itens foram atendidos, conforme as disposições e orientações da Resolução 466/2012..

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 02/12/2013, a plenária aprovou o parecer do relator.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3525-6683 Fax: (73)3528-9727 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

DR. Souza

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 475.600

JEQUIE, 02 de Dezembro de 2013

Ana Angélica Leal Barbosa

Assinador por:

Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3525-6683 Fax: (73)3528-9727 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

ANEXO B - Instrumento de coleta de dados

 <p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDESTE DA BAHIA DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÓS-GRADUAÇÃO <i>STRICTO SENSU</i> EM ENFERMAGEM E SAÚDE</p> 	
<p>INVENTÁRIO DE PROBLEMAS ÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE - IPE-APS</p>	
<p>Nº Questionário: _____</p> <p>Data da entrevista: ___/___/_____</p>	<p>Nquest ____ _</p> <p>Dentrevi_ _/ _</p> <p>____/____</p>
<p>Inventário construído e validado que visa a avaliação sobre a ocorrência de problemas éticos na atenção básica à saúde e discutir seus possíveis cursos de solução, com fins à melhoria da qualidade dos serviços de saúde. A construção do Inventário foi baseado em problemas éticos já identificados em uma pesquisa realizada por Zóboli (2003) e sistematizada por Silva (2008), em que os profissionais da atenção básica relatavam os principais problemas éticos de seu cotidiano de trabalho e quais os critérios adotavam para solucioná-los. Caso você concorde em participar, gostaríamos primeiramente de conhecê-lo(a):</p>	
<p>1. Qual a sua data de nascimento? ___/___/_____</p> <p>2. Sexo (1) Masculino (2) Feminino</p> <p>3. Qual a sua cor ou raça?</p> <p>(1) Branca (2) Parda/Mulata (3) Negra (4) Amarela (5) Indígena Outra _____</p> <p>4. Qual o seu estado civil?</p> <p>(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Em união (4) Divorciado(a) (5) Viúvo(a) Outra _____</p> <p>5. Há quanto tempo está formado? __ (anos)</p> <p>6. Há quanto tempo trabalha na atenção básica? __ (anos)</p> <p>7. Há quanto tempo trabalha nesta unidade? __ (anos)</p> <p>8. Qual é a sua profissão _____</p>	<p>Nas ___/___/_____</p> <p>Sexo ____</p> <p>Corpele _</p> <p>Estcivil_</p> <p>Tempform __</p> <p>Tempab __</p> <p>Tempunid __</p> <p>Prof _____</p>
<p>Agora pedimos que assinale com um X a alternativa que melhor expressa a sua opinião. Caso não considere o exemplo dado um problema ético, marque com um X essa opção. Caso considere o exemplo dado um problema ético, marque com um X na frequência com que se deparou com este problema em seu cotidiano na unidade de saúde. Procure não deixar nenhuma alternativa em branco. Não é necessário de identificar.</p>	

<p>1 A proximidade e o vínculo dos profissionais com os usuários dificultam manter a imparcialidade na relação.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético</p> <p>Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>1 Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl1 __</p>
<p>2 Se a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) pré-julgar os usuários e familiares com base em preconceitos e estigmas.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético</p> <p>Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl2 __</p>
<p>3 O profissional trata o usuário com falta de respeito.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético</p> <p>Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl3 __</p>
<p>4 Os profissionais fazem prescrições inadequadas ou erradas.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético</p> <p>Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl4 __</p>
<p>5 Os profissionais prescrevem medicamentos que o usuário não terá dinheiro para comprar.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético</p> <p>Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl5 __</p>
<p>6 Os profissionais prescrevem um medicamento mais caro, mesmo que ele tenha eficácia igual a do mais barato.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético</p> <p>Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl6 __</p>
<p>7 O usuário durante a consulta médica ou de enfermagem solicita exames, medicamentos ou outros procedimentos inadequados ou desnecessários.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético</p> <p>Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl7 __</p>

<p>8 Os profissionais sentem-se impotentes para convencer o usuário a dar continuidade ao tratamento.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl8 __</p>
<p>9 Os profissionais solicitam exames diagnósticos sem informar ao usuário o que está sendo pedido e por quê.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl9 __</p>
<p>10 O Agente Comunitário de Saúde (ACS) comenta informações desnecessárias sobre a intimidade da família e do casal com a equipe de saúde.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl10 __</p>
<p>11 É difícil manter a privacidade do usuário nos atendimentos feitos em sua casa devido interferência de outros membros da família ou vizinhos.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl11 __</p>
<p>12 O ACS conta a seus vizinhos informações obtidas no seu trabalho a respeito de usuários e famílias.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl12 __</p>
<p>13 O profissional conta informações sobre a saúde de um dos membros da família que ele atende para os demais membros da família.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl13 __</p>
<p>14 O profissional não consegue identificar até onde pode interferir em hábitos e costumes das famílias e dos usuários com vistas a que tenham um estilo de vida saudável</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético</p>	<p>Probl14 __</p>

<p>Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho: (2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	
<p>15 Os usuários recusam tratamento por acreditarem numa cura divina. (1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho: (2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	Probl15__
<p>16 Menores de idade procuram a UBS e pedem à equipe exames, medicamentos ou outros procedimentos sem autorização e/ou conhecimento dos pais. (1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho: (2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	Probl16__
<p>17 Usuários se recusam a seguir indicações médicas ou a fazerem exames. (1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho: (2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	Probl17__
<p>18 A equipe realiza uma discussão interdisciplinar sobre as condições de saúde do usuário na frente dele, sem que ele participe. (1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho: (2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	Probl18__
<p>19 Os profissionais prescrevem medicamentos que o usuário não terá dinheiro para comprar quando não existe outra possibilidade de prescrição. (1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho: (2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	Probl19__
<p>20 O profissional conta informações sobre a saúde de um dos membros da família que ele atende para os demais membros da família, quando este não consegue gerenciar o auto-cuidado e se expõe a riscos. (1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho: (2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	Probl20__
<p>21 Os profissionais das equipes de ESF atuam com falta de compromisso e envolvimento. (1) Não considero o exemplo um problema ético</p>	Probl21__

<p>Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho: (2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	
<p>22 As equipes de saúde da família não colaboram umas com as outras. (1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho: (2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	Probl22 __
<p>23 Existe falta de respeito entre os membros da equipe da ESF. (1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho: (2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	Probl23 __
<p>24 Os profissionais da equipe não apresentam perfil para trabalhar na ESF. (1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho: (2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	Probl24 __
<p>25 É difícil cumprir, na prática, o papel e as responsabilidades de cada profissional da equipe de saúde da Família. (1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho: (2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	Probl25 __
<p>26 Profissionais se omitem diante de uma prescrição inadequada ou errada. (1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho: (2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	Probl26 __
<p>27 Usuários pedem a um dos membros da equipe de saúde da família que os outros membros não tenham acesso a alguma informação relacionada à sua saúde. (1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho: (2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	Probl27 __
<p>28 Funcionários da UBS levantam dúvidas sobre a conduta do médico da equipe da ESF. (1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho: (2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	Probl28 __

<p>29 A UBS tem problemas na estrutura física e rotinas que dificultam a preservação da privacidade do usuário.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl29__</p>
<p>30 Usuários pedem a um dos membros da equipe de saúde da família que os outros membros não tenham acesso a alguma informação relacionada à sua saúde, mesmo em situação em que seja necessária a participação da família no cuidado.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl30__</p>
<p>31 Os profissionais da equipe de ESF sentem falta do apoio de ações intersetoriais, que dependem da organização e gestão do sistema, para discutir e resolver problemas éticos que encontram em sua prática.</p> <p>(0) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl31__</p>
<p>32 A direção da UBS não age com transparência na resolução de problemas com os profissionais.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl32__</p>
<p>33 Há um excesso de famílias adscritas para cada equipe da ESF.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl33__</p>
<p>34 O médico da ESF se recusa a atender os usuários que não tem consulta médica marcada para o dia, o que acaba por restringir o acesso dos usuários à UBS .</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl34__</p>
<p>35 Os profissionais de outros níveis da rede pública de saúde desconsideram a</p>	

<p>conduta diagnóstica ou terapêutica feita pelos médicos da equipe de saúde da família.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético</p> <p>Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl36__</p>
<p>36 Há dificuldades no sistema de referência e contra-referência para a realização de exames complementares.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético</p> <p>Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl37__</p>
<p>37 Há dificuldades quanto ao retorno e à confiabilidade dos resultados dos exames laboratoriais .</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético</p> <p>Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl38__</p>
<p>38 A UBS não oferece às equipes de saúde da família as condições para apoiar a realização de visitas domiciliares.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético</p> <p>Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl39__</p>
<p>39 A UBS não tem condições para realizar atendimentos de urgência.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético</p> <p>Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl40__</p>
<p>40 Não há retaguarda de serviço de remoção, na UBS.</p> <p>(1) Não considero o exemplo um problema ético</p> <p>Considero o exemplo um problema ético e o encontro em meu trabalho:</p> <p>(2) Nunca (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Sempre</p>	<p>Probl41__</p>