

## 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 FAMÍLIA<sup>1</sup>**

### **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**

<sup>1</sup>Artigo 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<sup>1,2,3,4</sup>.

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 - ESF<sup>1-5</sup>.

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 comunidade<sup>6</sup>. 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 médico<sup>7</sup>.

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 usuários<sup>8</sup>. 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 corriqueiros<sup>9</sup>. 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”<sup>10</sup>.

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 Principlista.

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)<sup>11</sup> 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 Zoboli<sup>8</sup> 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)<sup>12</sup> 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 Fortes<sup>13</sup> 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 problema<sup>9</sup>.

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<sup>14,15,16</sup>. 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<sup>9,14</sup>.

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<sup>4,17</sup>.

Em um estudo de reflexão sobre a clínica ampliada e a bioética clínica foi sinalizado o desrespeito como uma situação não rara<sup>18</sup>. 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 estudado<sup>8</sup>. 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)<sup>19,20</sup>.

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 sujeito<sup>8</sup>. 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<sup>21,22</sup>. Prescrições inadequadas ou erradas acarretam custos diretos e indiretos equivalentes a 50 a 70% dos recursos destinados aos medicamentos distribuídos pelo SUS<sup>22</sup>. 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 psicossociais<sup>23</sup>. 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<sup>24,25</sup>.

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 confirmado<sup>9</sup>. 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 profissionais<sup>26</sup>.

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 adolescente<sup>27</sup>. 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<sup>28,29</sup>. 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 indivíduos<sup>19</sup>.

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 pesquisa<sup>30</sup>. 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 usuários<sup>30</sup>.

Estudos demonstraram que a dimensão da espiritualidade traz conforto ao paciente e aos familiares e destacaram a influência positiva da espiritualidade no processo terapêutico<sup>31</sup>. 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 divina<sup>32</sup>. 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 comunidade<sup>17</sup>.

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 coletivo<sup>9</sup>. 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 equipe<sup>19</sup>. 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 sigilo<sup>33</sup>. 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 equipe<sup>34</sup>.

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 informações<sup>9</sup>. 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”<sup>9</sup>.

## **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 amplificada. *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 Santos<sup>1</sup>

Sérgio Donha Yarid<sup>2</sup>

#### 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.

<sup>1</sup>Programa 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.

<sup>2</sup>Departamento 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<sup>1,2</sup>. 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 gestações<sup>3</sup>. 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<sup>4,5</sup>.

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 responsabilidade<sup>6</sup>. 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 realidade<sup>7</sup>.

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 trabalho<sup>8</sup>.

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 cuidado<sup>8</sup>.

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 comunidade<sup>9</sup>. 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)<sup>10</sup>. Os dados contidos na dissertação da autora Zoboli<sup>8</sup> 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 2000<sup>11</sup>. 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*<sup>®</sup>. 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 2012<sup>12</sup> 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.<sup>13</sup>. 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 comunidade<sup>14</sup>. Dessa forma, segundo Zoboli<sup>15</sup> “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<sup>8,16</sup>. 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 longitudinal<sup>17</sup>.

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<sup>1,18,19,20</sup>.

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 pressupostos<sup>21</sup>. 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 hospitalocêntrica<sup>16</sup>.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde<sup>22</sup>, 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<sup>20,23</sup>.

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 competente<sup>24</sup>.

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 oferecida<sup>25</sup>.

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<sup>26,27,28</sup>.

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 área<sup>29</sup>.

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 entrevistados<sup>19</sup>.

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 indivíduos<sup>30</sup>. 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 saúde<sup>31</sup>.

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 profissional<sup>32</sup>. 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.