



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**  
**SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO**



**PROBLEMAS E CONFLITOS BIOÉTICOS NO  
COTIDIANO DO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE  
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PATRÍCIA APARECIDA DA SILVA VALADÃO**

**Dissertação de Mestrado**

**Salvador (Bahia), 2016**

Patrícia Aparecida da Silva Valadão. PROBLEMAS E CONFLITOS BIOÉTCOS NO COTIDIANO DO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2016.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,  
**Sistema de Bibliotecas da UFBA**

---

V136 Valadão, Patrícia Aparecida da Silva.

Problemas e conflitos bioéticos no cotidiano do trabalho de profissionais de equipes de saúde da família / Patrícia Aparecida da Silva Valadão. - Salvador, 2016.

123 f. : il.

Orientadora: Profa Dra. Liliane Elze Falcão Lins Kusterer.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Salvador, 2016.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Trabalho.

Linha de pesquisa: Ciências Sociais em Saúde.

1. Bioética. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Relações Interprofissionais. 4. Humanização da Assistência. I. Kusterer, Liliane Elze Falcão Lins. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho. III. Título.

CDU: 614.39:608.1

---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**  
**SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO**



# **PROBLEMAS E CONFLITOS BIOÉTICOS NO COTIDIANO DO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PATRÍCIA APARECIDA DA SILVA VALADÃO**

Professor-orientador: Liliane Elze Falcão  
Lins Kusterer

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Salvador (Bahia), 2016

# **PROBLEMAS E CONFLITOS BIOÉTICOS NO COTIDIANO DO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Data da defesa: 28 de março de 2016

Banca examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Liliane Elze Falcão Lins Kusterer  
FAMEB / UFBA

---

Prof. Fernando Martins Carvalho  
FAMEB / UFBA

---

Prof<sup>a</sup>. Norma Carapiá Fagundes  
Escola de Enfermagem / UFBA

Salvador (Bahia), 2016

“É preciso substituir um pensamento que  
isola e separa por um pensamento que  
distingue e une”

Edgar Morin

## DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação aos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Lauro de Freitas. Meu agradecimento por me permitirem realizar o estudo, vivenciar e compartilhar seu cotidiano de trabalho. A eles meu respeito e admiração pelo trabalho que desenvolvem com muita determinação e coragem.

**Fonte de Financiamento:**

- I. Bolsa de Estudo da CAPES

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS, meu refúgio e fortaleza!

Ao meu esposo Marcus, que sempre esteve ao meu lado, por acreditar em mim e não medir esforços para me fortalecer nos momentos que eu me encontrava fragilizada. Pela cumplicidade, amor e amizade incondicional.

As minhas pequenas Alessa e Isabela, por serem minha inspiração e por entenderem minhas ausências.

A professora Liliane Elze Falcão Lins Kusterer por acreditar no meu potencial, pela orientação, incentivo e compreensão ao longo do desenvolvimento desta dissertação. Pelo carinho e atenção à mim dispensado sempre.

Ao professor Fernando Carvalho pelas contribuições relevantes realizadas com generosidade.

Aos colegas do mestrado, minha gratidão por partilharem alegrias, aflições, aprendizados e pela contribuição no campo multiprofissional. Em especial a Queli Nascimento.

Aos todos os trabalhadores da ESF pela colaboração, disponibilidade e interesse demonstrado em participar deste estudo e pela oportunidade de viver essa experiência.

A Solange Xavier e Marivalda Umbelino (Inha) pela amabilidade, atenção e torcida ao longo destes 02 anos de mestrado.

A todos os professores do MSAT por contribuírem e motivarem o meu processo de aprendizagem, e em especial: Paulo Gilvane Lopes Pena; Verônica Cadena Lima.

A CAPES, pela concessão da bolsa de estudos.

A todos, que embora não nominados, fizeram parte meu caminhar nesta experiência.



# ÍNDICE

Índice de Tabelas	11
Lista de Siglas	12
<b>I. Resumo</b>	13
<b>II. Introdução</b>	15
<b>III. Objetivos:</b>	20
III.1 Objetivo Geral	20
III.2 Objetivo Específico	20
<b>IV. Fundamentos Teóricos</b>	21
IV.1 A Bioética na Estratégia Saúde da Família	21
IV.1.1. O Respeito à Autonomia	25
IV.1.2. Não Maleficência	26
IV.1.3. Beneficência	27
IV.1.4. Justiça	28
IV.2. A Complexidade no Saber Interdisciplinar da Estratégia Saúde da Família segundo a Visão de Edgar Morin	28
IV.3. A Política Nacional de Humanização na Atenção Básica	32
<b>V. Abordagem Metodológica</b>	35
V.1. Caracterização do estudo	35
V.2. Cenário de estudo	35
V.3. Produção de dados	36
V.4. Caracterização da Amostra	37
V.5 Análise dos dados	38
V.6. Aspectos éticos	40
<b>VI. Resultados e Discussão</b>	41
VI.1. Os Problemas e os Conflitos Bioéticos no Cotidiano de Trabalho da ESF	42
VI.2. A Atenção Básica do SUS	50
VI.3. A Relação Interprofissional na ESF	61
VI.4. A Humanização e a Gestão Coparticipativa	68
<b>VII. Considerações Finais</b>	75
<b>VIII. Referências</b>	77

<b>IX. Apêndice</b>	84
IX.1. Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	84
IX.2. Apêndice B – Roteiro de Entrevista	86
IX.3. Apêndice C – Artigo a ser submetido	88
<b>X. Anexo</b>	112
Anexo A – Parecer de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa	112
Anexo B – Carta de anuência para a realização do estudo em Lauro de Freitas	116
Anexo C – Instrução aos autores da Revista Trabalho, Educação e Saúde	117
Anexo D – Submissão do Artigo na Revista Trabalho, Educação e Saúde	123

## ÍNDICE DE TABELAS

**TABELA 1.** Caracterização dos profissionais da ESF entrevistados

38

## **LISTA DE SIGLAS**

**ACS** – Agentes Comunitários de Saúde

**AB**- Atenção Básica

**CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**eSF** – Equipe de Saúde da Família

**MS** – Ministério da Saúde

**Nasf**- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**PNH**- Política Nacional de Humanização

**PNH/AB**- Política Nacional de Humanização para Atenção Básica

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**USF** – Unidade de Saúde da Família

## I. RESUMO

O sucesso da Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve-se, em parte, ao trabalho em equipe de seus profissionais. Este estudo qualitativo objetivou analisar os discursos acerca dos problemas e conflitos bioéticos, envolvidos no cotidiano de trabalho dos profissionais de duas equipes da ESF, de um município da região metropolitana de Salvador/ BA. Realizou-se entrevistas semiestruturadas e a observação em campo. Com base na análise de conteúdo proposta por Bardin, ancorados no principialismo e no pensamento complexo segundo Edgar Morin, emergiram quatro temáticas: problemas e conflitos bioéticos no cotidiano de trabalho da ESF; a atenção básica do SUS; a relação de trabalho na ESF; cogestão e humanização na atenção básica. Os resultados evidenciaram a falta de companheirismo e colaboração entre os membros da equipe, ações verticalizadas da gestão e as dificuldades em preservar a privacidade dos usuários e dos profissionais. Destaca-se também a disparidade de poder nas relações interprofissionais e o encontro ‘frio’ entre Nasf e equipe. Revelou uma ESF descaracterizada, com pouca credibilidade por parte dos profissionais, considerada como ambulatório e, por isso, escolheriam o hospital se pudessem. Conclui-se que os problemas e conflitos bioéticos ferem os princípios da Bioética, além de esgarçar o tecido social do trabalho na ESF, contribuindo na descaracterização da atenção básica. A equipe saúde da família não tem avançado na experimentação de trabalho em equipe interdisciplinar, com um fazer cotidiano distante dos princípios da humanização em saúde.

Palavras-chave: 1. Bioética; 2. Estratégia Saúde da Família; 3. Relações Interprofissionais; 4. Humanização da Assistência.

## **ABSTRACT**

The Family Strategy Health (ESF) success is due, in part, to the teamwork of their employees. This qualitative study aimed to analyze the discourses about the bioethical problems and conflicts, involved in daily labor relations of the professionals from two teams of the ESF, from a city in Salvador's/BA metropolitan region. It was work out semi-structured interviews and the field observation. Based on the content analysis proposed by Bardin, anchored in the principlism and in the complex thought according Edgar Morin, four themes emerged: bioethical problems and conflicts in the ESF daily work; the SUS basic care; the working relationship in the ESF; co-management and humanization in basic care. The results showed the lack of companionship and collaboration among team members, verticalized actions of management and the difficulties in preserving users and professionals privacy. It also contrasts the power disparity in labor relations and the “cold” relation between NASF and staff. It pointed an uncharacteristic ESF, with poor credibility by professionals, considered as ambulatory and, therefore, they would choose the hospital if they could. It is concluded that the bioethical problems and conflicts hurt the principles of Bioethics, in addition to rip the social tissue of the work in the FHS, contributing to the basic care mischaracterization. The Family Health Team isn't advancing in the experimentation of an interdisciplinary team work, with a daily work far from the principles of humanization in health.

Keywords: 1. Bioethics; 2. Family Health Strategy; 3. Interprofessionals relations  
4. Humanization of Assistance.

## II. INTRODUÇÃO

O paradigma do modelo de atenção à saúde no Brasil vem sendo conclamado a mudanças, desde a criação do SUS. O modelo de atenção à saúde é a forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologia (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, com vistas a propor ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo, quanto à família e comunidade, por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico), quanto de vigilância em saúde (ambiental epidemiológica e sanitária). (SCHERER et al. 2005).

Este modelo herdou influências do pensamento médico ocidental do século XVIII e da escola norte-americana flexneriana, centrado na prática médico-assistencial privatista, medicamentosa, hospitalocêntrica, na doença do indivíduo, e fundamentada na especialização da medicina. O movimento de reforma sanitária propiciou mudanças neste modelo que culminaram na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. (COSTA et al.,2009; SCHERER et al, 2005).

No contexto de construção e consolidação do SUS, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado, em 1994, pelo Ministério da Saúde, tendo sido transformado, a partir de 2006, em Estratégia Saúde da Família. A ESF propõe a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (AB), tendo como norteadores os princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, da humanização, equidade, participação social e vínculo dos profissionais com os usuários, com as famílias e outros atores (BRASIL, 2010; BRASIL2012).

Grandes têm sido os esforços e as responsabilidades comuns a todas as esferas de governo (federal, estadual e municipal), para ampliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) ofertando uma melhor cobertura assistencial à população, buscando desta forma, melhorar os indicadores de saúde, consolidar e qualificar a atenção básica à saúde e transformar o modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Para substituir a prática assistencial do modelo tradicional, a ESF vem tentando reorientar o foco da assistência, que deixa de ser o indivíduo e sua doença, e passa a ser este mesmo indivíduo no seu contexto social, econômico e familiar, imerso em um território adscrito, com relações imbricadas com a comunidade. (BRASIL, 2010). Tendo em vista alcançar este novo paradigma, a ESF deve ser regida pelos princípios pilares do SUS, privilegiando as ações de promoção da saúde, prevenção e riscos de doenças (BRASIL, 2012).

O serviço de saúde onde ocorre o desenvolvimento dessas ações é a Unidade Básica de Saúde (UBS), por meio da implantação da estratégia, sendo necessária uma equipe multiprofissional composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em razão da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população de cada território, pode-se acrescentar à composição básica da ESF outros profissionais de saúde, tais como cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, dentre outros (BRASIL, 2011). O serviço começa no território, na área adscrita àquela Unidade que contém a ESF, com uma equipe de saúde destinada àquele usuário, fato este que amplia e modifica a noção do processo saúde-doença, visto estar localizado espacial e temporalmente e imerso numa dada realidade (BRASIL, 2010).

Na grande maioria dos municípios da região metropolitana de Salvador – Bahia, as UBS apresentam, além da equipe mínima, profissionais de recepção, de serviços gerais, guarda ou porteiro, profissional para dispensação de medicamentos da farmácia, além de outros profissionais do Núcleo de Apoio e Assistência à Saúde da Família (NASF), como nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, dentre outros. O trabalho de assistência à saúde desenvolvida por esses profissionais é considerado, economicamente, como uma prestação de serviço, e faz parte do chamado setor de serviços ou terciário. Caracterizado pela simultaneidade – o produto do serviço é produzido ao mesmo tempo em que é consumido pelo usuário – o trabalho na ESF exige uma coprodução entre profissionais de saúde e usuários numa relação direta entre eles, conferindo-lhe complexidade (PENA e MINAYO- GOMES, 2010).

O HumanizaSUS, como também é conhecida a Política Nacional de Humanização (PNH), busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Consiste numa aposta ética, política e estética de inclusão e comunicação dos três atores do SUS (trabalhadores, usuários e gestores) de forma a que atuem, coletivamente, como sujeitos corresponsáveis no cuidado de si, do outro e do ambiente, com vistas a melhorar as relações e os processos de trabalho (BRASIL, 2013).

A pluralidade do processo de trabalho nos serviços de saúde, notadamente no contexto da ESF, deve-se ainda ao fato de que o objeto de trabalho destes profissionais é o ser humano cuja saúde eles buscam preservar ou reconstituir; tendo como produtos imateriais o conforto, o bem-estar e a satisfação dos pacientes. Tal estruturação torna imprescindível, portanto, uma inter-relação



pessoal intensa com o usuário, em que a dimensão subjetiva destes trabalhadores que lidam com o sofrimento humano é fortemente requerida (MINAYO GOMEZ et al., 2011).

Discutir a dinâmica do processo de trabalho das equipes da ESF, como a organização, o espaço físico, relações de trabalho e relações interprofissionais contribui para a compreensão das potencialidades e fragilidades do mesmo. Estudo realizado em Florianópolis revelou um quadro de nítida falta de acompanhamento do atendimento geral e ações das equipes desvinculadas de planejamento e avaliações. A infraestrutura precária limitou o desenvolvimento das ações, levando a falhas de marcações de consultas e exames e à falta de medicamentos. Somou-se a isto a capacitação profissional deficitária, resultando em procedimentos isolados, ineficazes que contrariam o princípio da integralidade proposto pela ESF (BUCHELE e COELHO, 2010).

O alcance dos objetivos propostos da ESF requer relação pessoal estreita do usuário do serviço com os profissionais de saúde, os quais, idealmente, devem reproduzir tal proximidade entre si. O sucesso da ESF deve-se, em grande parte, ao denominado trabalho em equipe, em que as equipes multiprofissionais, estando mais perto das pessoas, deslocam o foco do indivíduo para a família na tentativa de garantir a oferta de um atendimento integral de saúde com maior resolutividade, e exigem dos profissionais que a compõem uma comunicação efetiva e de cooperação mútua (COSTA et al., 2009).

Para Araújo et al. (2007), a importância do trabalho em equipe na ESF se encontra na soma de olhares de diferentes profissionais, a qual possibilita que a prática de um profissional possa se reconstruir na prática do outro, com a ampliação de possibilidades das competências na compreensão e ação dos fatores que interferem no processo saúde-doença.

O fato de diferentes profissionais, ciências ou “disciplinas” trabalharem em conjunto não garante a produção de novo conhecimento ou até mesmo a troca de conhecimentos entre as partes envolvidas (SANTOS et al., 2007). A dificuldade de caráter interdisciplinar em equipe multiprofissional é derivada, em parte, pela deficiência na formação acadêmica bem como a falta de perfil exigida para atuar no que é preconizado na referida estratégia (SANTOS e CUTOLO, 2003).

A interprofissionalidade compreendida como a atuação de diferentes profissionais, com a autoridade profissional individual, bem como o código de ética e a cultura profissional, interage nas áreas comuns onde todos tenham um conhecimento independente da especialidade, envolvendo a integração de saberes e colaboração interprofissional. (Ellery, 2012)

Na prática de pesquisa, evidencia-se relações entre disciplinas como relações de poder político, com disputas pelo poder, tendendo mais ao conflito do que a reciprocidade. É preciso buscar um nível satisfatório de comunicação para viver uma experiência interdisciplinar, desde que a riqueza das relações está no diálogo e na diferença, permitindo a troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes (KILLINGER et al., 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica trata da legislação, princípios, diretrizes, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e processo de trabalho dos trabalhadores da ESF, inclusive com atribuições específicas. Entretanto, ainda há muito que consolidar na ESF. Seus atores devem desenvolver suas atribuições num contexto de trabalho interdisciplinar e em equipe (BRASIL, 2012)

A nova concepção dos modos de trabalho e nas relações entre profissionais e usuários trazidos pela ESF exige um profissional qualificado, com perfil diferenciado, para atuar nesta nova forma de fazer saúde não mais centrada na figura do médico e da medicação em si. Muitas são as dificuldades enfrentadas no seu processo de trabalho dos membros da ESF, como a falta de sensibilização e interação das pessoas para o trabalho coletivo e a individualidade e autonomia de cada profissão (MARQUI et al., 2010). A educação permanente, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho despontam como importante ferramenta para dissolução dos diversos problemas enfrentados neste novo “modus operandi” (BRASIL, 2012).

A dimensão ética das ações de saúde está presente nas relações com colegas de trabalho, com o paciente e com os familiares destes, uma vez que as relações são moldadas por princípios, valores, ideais e conceitos de cada membro da equipe e usuário. A abordagem de conflitos éticos na saúde pode ser feita seguindo os quatro princípios da bioética, norteando discussões, decisões, procedimentos e ações na esfera dos cuidados da saúde (KOERICH et al., 2005).

Problemas de ética profissional podem originar-se de conflitos no interior da profissão e/ou de pessoas externas, como outros profissionais ou pacientes, sendo desencadeados, geralmente, por conflitos de valores. As exigências morais *versus* o interesse de cada profissional podem produzir um dilema prático que se difere de um dilema moral, uma vez que não há conflitos entre deveres morais. (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013). Problemas éticos como “questionamentos da prescrição médica por parte dos funcionários da USF” e o “compartilhamento das informações relativas ao usuário e família no âmbito da equipe do PSF” foram identificados nas relações de

equipe, em que a identidade dos sujeitos no trabalho não é tão clara como em outros serviços de saúde (SILVA et al., 2006).

A presente dissertação aborda as causas e o enfrentamento dos problemas e dos conflitos bioéticos no cotidiano de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, de uma Unidade de Saúde localizada na região metropolitana de Salvador – Bahia. Este trabalho transcorre sob a óptica da autora enquanto trabalhadora do serviço público, investida como gestora de um distrito sanitário com quatro equipes da ESF, por cerca de três anos. Acompanhou-se o processo de trabalho de diferentes formações profissionais, bem como de diferentes vínculos empregatícios e diferentes anseios pessoais e profissionais. Pôde-se observar, quase que diariamente, conflitos de ordem diversa, bem como problemas bioéticos que permeiam a micropolítica das relações interprofissionais na atenção básica à saúde. Em sua maioria, os conflitos eram gerados por comunicação deficiente e disparidade de poder, principalmente em relação ao profissional médico, afetando direta e/ou indiretamente a qualidade do trabalho dos profissionais e, possivelmente, a sua própria qualidade de vida.

Problemas e conflitos bioéticos podem esgarçar o tecido social da ESF. A literatura tem dedicado pouco espaço aos problemas bioéticos dentro da atenção básica (VIDAL, et al., 2014a; VIDAL et al., 2014b) o que torna este trabalho relevante. A busca por compreender a micropolítica das relações entre os profissionais que compõem a equipe poderá concorrer para aprimorar o modelo assistencial vigente na atenção básica no SUS.

As seguintes indagações nortearam este estudo:

- 1) O que revelam os discursos dos profissionais de equipes de saúde da família acerca dos problemas e conflitos bioéticos no cotidiano do trabalho?
- 2) Problemas e conflitos bioéticos têm prejudicado a qualidade do trabalho dos profissionais da eSF?

## **III. OBJETIVOS**

### **III.1. Objetivo Geral**

Analisar os discursos dos profissionais de equipes de saúde da família acerca dos problemas e conflitos bioéticos no cotidiano do trabalho.

### **III.2. Objetivos Específicos:**

- Descrever problemas e conflitos bioéticos no cotidiano dos trabalhadores na Estratégia Saúde da Família.
- Identificar atitudes dos trabalhadores frente ao trabalho em equipe.
- Descrever a percepção de trabalhadores da equipe saúde da família sobre o trabalho interdisciplinar.
- Descrever a compreensão do trabalhador sobre a Estratégia Saúde da Família, e a Política Nacional de Humanização.

## IV. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

### IV.1. A Bioética na Estratégia Saúde da Família

No escopo da sociedade contemporânea, caracterizada por comportamento humano individualista e utilitarista, a busca pela ética e moral é ainda mais necessária. Para Beauchamp e Childress (2013:18), a ética é um “termo genérico para várias formas de se entender e analisar a vida moral”. E ainda que a “moralidade comum é constituída por normas de conduta socialmente aprovadas”. A ética nos auxilia em uma reflexão filosófica e nos faz questionar sobre a forma virtuosa de bem viver.

Etimologicamente, Ética é a mesma coisa que Moral, mas para distinguir a Ética de uma conotação religiosa, o campo ético é teórico, enquanto o campo de ação e prática pertence à Moral (ZOBOLI, 2003).

A reflexão ética também se fez dentro de uma trajetória histórica da biomedicina, diante de um contexto de mudanças, do surgimento da diálise, transplante de órgãos, à luz de conflitos éticos nas pesquisas em seres humanos e consequente aplicação de três princípios éticos definidos pelo Relatório Belmont: “o respeito pelas pessoas (autonomia), beneficência e a justiça”. (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013, p. 11).

Por conta de sua trajetória histórica na década de 1970, a Bioética, ou a “ética da vida”, ficou muito ligada à medicina e, às vezes, até se confundindo com ela. São várias as perspectivas de abordagem, diversos paradigmas, a exemplo do modelo da casuística, das virtudes, personalista, principialismo dentre outros, sendo importante compreendê-las, pois muitas reflexões éticas se fundamentam uma nas outras, trazendo elementos comuns. Porém a influência americana da Bioética principialista ainda possui grande impacto no pensamento bioético no Brasil (VIEIRA, 2011).

Neste estudo, dá-se destaque ao Principialismo que fundamenta a Bioética em quatro princípios básicos, também chamados “princípios *prima facie*”: beneficência, não maleficência, respeito à autonomia e justiça. Esses princípios contribuem também para o manejo dos valores envolvidos nas relações dos profissionais de saúde e seus pacientes, facilitando o enfrentamento de

questões éticas que surgem a todo tempo na vida profissional. (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013).

A discussão e reflexão bioética têm surgido como um novo campo a ser explorado, um movimento cultural, uma nova disciplina acadêmica, como uma ponte para o futuro, capaz de acompanhar tanto o desenvolvimento científico, como as ações no campo do coletivo (JUNQUEIRA, 2011).

No campo do coletivo, a Bioética se aproxima das políticas públicas de saúde, recentemente se tornando mais visível na Atenção Básica (AB), com enfoque na Estratégia Saúde da Família, refletindo sobre a autonomia do indivíduo e suas repercussões para o coletivo como, por exemplo, a obrigatoriedade das vacinas e fluoretação da água, que em alguns casos podem suscitar conflitos morais. Fortes e Zoboli (2003) traz que as ações de saúde pública muitas vezes são fundamentadas nos princípios éticos da beneficência e não maleficência.

Entretanto, historicamente pouco espaço tem sido dado à investigação de problemas e/ou conflitos bioéticos dentro da AB no Brasil. Essa lacuna pode ser explicada parcialmente pelo fato de a AB não contemplar situações limite de vida e morte, usualmente presentes nos ambientes hospitalares (VIDAL et al. 2014a).

Os problemas e conflitos estão em certa medida presentes no cotidiano de trabalho da ESF. “Nas atividades realizadas nas unidades de saúde está sempre presente um conflito, na escolha de um caminho, quando um gesto é feito, outros modos de fazer foram deixados de lado, outras intenções tiveram menos força” (BRASIL, 2010, p. 53).

Discutir a bioética no contexto da ESF não é tarefa fácil, dada à fragilidade na incorporação dos conceitos éticos à ação dos profissionais, tanto com os usuários como com sua equipe, dificultando muitas vezes decisões autônomas e prudentes. Por isso, propostas de capacitação para profissionais da ESF são incipientes (VIDAL et al. 2014a; ZOBOLI, 2012.)

Existe uma clara inter-relação do domínio da bioética com o da AB, como apontado por Vidal e colaboradores (2014b) em recente revisão de literatura, onde identificaram problemas bioéticos que perpassam por todas as esferas no contexto da ESF, a exemplo da formação técnica insuficiente dos ACS e que pode ser contemplado nas práticas de saúde. Discutem também a invisibilidade desses problemas, que não se dá apenas do ponto de vista dos profissionais, mas

também dos trabalhadores na “figura de gestor” e usuários de saúde. Isto acaba por interferir diretamente e indiretamente na consolidação da estratégia, da atenção básica e do SUS.

O presente estudo traz uma discussão dos problemas e dos conflitos bioéticos que ocorrem no campo da saúde da AB. Algumas vezes, emergem questões éticas, mas não se pretendeu discutir a ética das profissões ou os seus códigos de ética deontológicos, que regulam os direitos e deveres dos profissionais a eles ligados. Tratando-se de equipe multiprofissional, essa discussão abarcaria diversos códigos e dificultaria tal proposição.

Considerando como os protagonistas do processo de trabalho na ESF, usuários, profissionais e gestores, Junges e colaboradores (2009), apontam como um grande problema bioético a demanda espontânea e a dependência (e ora a independência) dos usuários de saúde quanto aos profissionais da equipe. Também retratam a realidade brasileira da AB, a intensa rotatividade dos profissionais e a forma de gestão que vem sendo praticada, destacando a falha no sistema de referência e contrarreferência.

Para ilustrar ainda mais as questões bioéticas na ESF, Zoboli (2003) aponta que os problemas bioéticos se encontram na esfera das relações dos profissionais com os usuários e famílias, nas relações com a organização e o sistema de saúde e nas relações da equipe, o que a priori gera conflitos na manutenção do direito à privacidade e no exercício do dever do sigilo pelos profissionais da ESF. Também foram citados o desrespeito entre os profissionais de saúde e usuários, limites mal definidos e dificuldade na formação de vínculos na relação profissional-usuário, dificuldades no acolhimento e negação do direito, este consequência da ineficiência participação popular, tanto nos conselhos de saúde como em outros espaços, não atendendo ao controle social como princípio do SUS.

Zoboli (2003) ainda ressalta a relevância da bioética na reflexão dos problemas e conflitos bioéticos dentro do cotidiano de trabalho da ESF, buscando uma compreensão deste universo complexo de relações em virtude dos múltiplos determinantes e condicionantes. A autora discute sobre a dificuldade da reflexão bioética na ESF, pois se deve buscar compreender que os sujeitos éticos (usuários) estão com mais autonomia do que, por exemplo, no serviço hospitalar, bem como em situações de menor urgência, já que se trabalha com promoção e prevenção de agravos, o que pode mascarar os problemas bioéticos vivenciados neste cotidiano.

Para alcançar a esfera das relações interprofissionais, objeto de interesse nesta pesquisa, foi preciso compreender que o processo de trabalho que se configura dentro da ESF possui características peculiares, à medida que deve ser desenvolvido em equipe. Deveria ocorrer, dentre outros fenômenos, a quebra da divisão do processo de trabalho, ou seja, cada ator dentro de uma equipe multiprofissional precisa atuar de tal forma e em equipe, para que a integralidade da atenção à saúde, como princípio do SUS, possa ser alcançada.

Mas o que seria o trabalhar em equipe? Piancastelli e colaboradores (2000) relacionam as diversas concepções sobre o conceito de equipe que variam, em graus de maior e menor dificuldade, desde a definição de equipe como um conjunto de pessoas desempenhando uma tarefa, com objetivos comuns ou não, até um conceito mais amplo adequado à equipe multiprofissional da ESF. Definem a equipe como um conjunto de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras e com objetivos comuns, obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos, não somente os profissionais de nível superior, na realização de um plano de trabalho bem definido. Porém, o trabalho em equipe tem sido considerado por diferentes autores e experienciado na prática, como um desafio que precisa ser superado, para viabilizar o novo processo de trabalho, proposto pela ESF.

O desafio de trabalho em equipe não é exclusividade da ESF. Nesta, ainda se soma o esforço de quebra da hegemonia do poder técnico e político médico, a responsabilização dos profissionais à atenção prestada, não somente de forma individual com o usuário, mas também com sua família e com a comunidade adscrita. (ALMEIDA e MISHIMA, 2001).

As interações entre os profissionais na ESF entre si e com os usuários do serviço se configuram de maneira distinta, uma vez que essa relação em sua maioria é duradoura e com contatos constantes e frequentes, o que pode por si só gerar conflitos bioéticos dentro da equipe. Araújo e Rocha (2007) reportam a existência de uma inter-relação pessoal forte neste cotidiano de saúde, onde os conflitos estão presentes, e possam ser explicados pelas diferentes experiências profissionais e de vida, diversas formações e diferenças salariais, bem como os inúmeros vínculos de trabalho, visão de mundo e os interesses próprios.

A pesquisadora vivenciou em sua prática, um trabalho de equipe em Saúde da Família desarticulado, com problemas e conflitos bioéticos que perpassam os princípios do principalismo. Por exemplo, quando existia discordância entre profissionais, dificultando ou impedindo sua



autonomia ou ainda profissionais que, mesmo estando presentes no trabalho, não se envolviam com a equipe, ferindo o princípio da beneficência.

O emprego de princípios, apesar de serem norteadores, deixa espaço para julgamentos em casos específicos e não devem ser vistos como uma regra estanque a ser seguida. Os mesmos serão utilizados nesta pesquisa para a análise bioética no contexto da ESF e merecem destaque na breve explanação sobre as características de cada um deles, à luz do principialismo de Beauchamp e Childress (2013).

#### **IV.1.1. O Respeito à Autonomia**

Os autores Beauchamp e Childress (2013) mencionam as diferentes teorias da autonomia, usando conceitos tão diversos que é preciso considerá-los e adequá-los aos objetivos específicos do que se quer tratar. Para eles, um ser humano autônomo é aquele que, mesmo atendendo aos princípios morais da sociedade ao qual faz parte, é capaz de agir livremente de acordo com o que foi decidido por ele, o que não significa deixar de se submeter, por exemplo, à autoridade de alguma instituição, como exemplo à Igreja, caso a considere como um direcionamento correto para sua vida.

Respeitar a autonomia do outro, não é somente agir com uma ação respeitosa, mas também oferecer todas as condições necessárias para que o outro seja capaz de agir com autonomia. Impedir ou violar a autonomia do indivíduo é não compreender a premissa de Immanuel Kant de todo ser humano “como um fim em si mesmo”, não devendo ser utilizado como meio para obtenção de absolutamente nada, dada à sua dignidade e valor humano (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013).

Tais determinações irão sustentar alguns direitos de autonomia, como a confidencialidade, privacidade, veracidade e o consentimento, muito comuns nas práticas em saúde. Portanto, para que o paciente possa exercer sua autonomia, ele precisa ser muito bem informado e esclarecido com verdade e privacidade.

O consentimento informado e expresso ou esclarecido, apesar de ser utilizado na tentativa de garantir o respeito à autonomia, é detentor de muitas críticas, dadas as suas variedades, podendo ser maquinal, tácito, presumido ou implícito, devendo ocorrer em condições favoráveis para ser validado. A literatura se atém principalmente a situações que acontecem no contexto hospitalar,

como exemplo na captação de órgãos para transplantes. Alguns países fazem uso do consentimento tácito, caracterizado passivamente pela omissão, ou ainda do consentimento presumido, nos casos da realização de exame de HIV para todos os pacientes admitidos (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013).

No âmbito da AB, apesar da autonomia do usuário geralmente estar mais preservada do que no hospital, não é difícil encontrar situações em que, havendo ameaça da saúde pública, esta autonomia pode ser restringida, como é o caso da vacinação, no controle do mosquito da dengue nas residências ou no exercício profissional do sigilo, da confidencialidade e da privacidade como direito do usuário, podendo levar a problemas e conflitos bioéticos. Exemplos desta ordem são vivenciados pelos profissionais na prática da ESF, nas reuniões de equipe, onde a ausência de planejamento e objetivos comuns leva a tamanha discordância que não é possível o desenvolvimento da autonomia individual e profissional para implementar ações de saúde.

#### **IV.1.2. Não Maleficência**

O princípio da não maleficência, segundo Beauchamp e Childress (2013), diz respeito ao dever de intencionalmente não causar mal e danos ao paciente. É uma obrigação e não somente uma vontade ou desejo. Este conceito foi criado por Beauchamp e Childress em sua obra clássica, já mencionada, pois no Relatório de Belmont, não havia distinção entre beneficência e não maleficência. Beauchamp e Childress (2013) tratam dessa distinção e mencionam que um princípio não tem hierarquia sobre o outro, sendo difícil identificar as obrigações específicas de cada um.

Ao considerar o modelo da devida assistência, ou seja, julgamentos e decisões realizados por profissionais de saúde entre o que “prejudica” menos o paciente faz-se necessário considerar a qualidade de vida do paciente após a ação concluída, o que não é fácil, pois reflete o subjetivo da dignidade humana. (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013).

Na ESF, a aplicação do princípio em questão se relaciona intrinsecamente com o trabalho que deve ser desenvolvido em equipe e, portanto, necessita que cada profissional se responsabilize e se comprometa a não causar mal a seu colega, a não prejudicá-lo, uma vez que o trabalho de um depende do trabalho do outro. O exemplo do comprometimento do ACS cumprir o seu papel de levar informações fidedignas a outros membros da equipe sobre um paciente que está em tratamento inadequado de tuberculose é imprescindível para que outros membros da equipe, como o médico (a)

ou enfermeiro (a), tracam alternativas para a adesão ao tratamento de forma a não prejudicar nem o paciente nem os profissionais e nem a comunidade.

### **IV.1.3. Beneficência**

O princípio da beneficência, dentre os princípios *prima facie*, refere-se a “obrigação moral de agir em benefício de outros”. Porém, ele avalia os riscos, benefícios e custos e não determina o balanço global das obrigações, já que a moralidade não exige que beneficiemos todos em todas as situações. Indo mais além do que a não maleficência, ele minimiza os riscos e maximiza os benefícios, à medida que não basta somente ter boas intenções, mas fazer o bem, ou seja, o profissional deve atuar para beneficiar seu paciente, seu colega profissional, e não somente não causar danos. A distinção entre os dois princípios, se encontra nas regras de proibições negativas de ações, obedecidas de modo imparcial, para a não maleficência, e exigências positivas de ação, nem sempre obedecidas de modo imparcial para a beneficência, ou seja, os profissionais precisam atuar de forma positiva para fazer o bem a outro (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013, p. 282).

Depreendem de tal princípio, a beneficência positiva e a utilidade, também chamado de princípio de proporcionalidade, como as ações na saúde pública. Os autores também refletem acerca da beneficência específica, realizada em prol de grupos específicos, de pessoas especiais, do convívio, como os amigos e pacientes, e a beneficência geral, que deve ser direcionada a todas as pessoas, sem distinções. Deve alguém promover o bem, ainda que para isso, ele produza mal a si próprio? Onde se encontra o limite da obrigação para beneficiar alguém específico ou todos em geral? Tal obrigatoriedade está baseada na reciprocidade (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013).

Embora Beauchamp e Childress (2013) retratem sobre a não hierarquia dos princípios, a beneficência recebe um destaque na prática médica, devido ao histórico paternalismo exercido pelos profissionais médicos, desde Hipócrates. Paternalismo aqui entendido como a intervenção na vida ou tratamento de uma pessoa ou paciente, contrariando suas preferências, mas justificado pelo objetivo de beneficiar. A beneficência é a base da assistência à saúde, enquanto a não maleficência, a justiça e a autonomia são a linha demarcatória para o agir em saúde. Contudo, ação paternalista quer sejam do tipo paternalista fraco ou forte, são muito comuns no cotidiano da saúde e têm sido exercidos por diversas outras categorias profissionais também na AB e, em muitas situações,

contrastam com os direitos de autonomia do paciente e de outros profissionais, sendo confuso justificar o paternalismo.

#### **IV.1.4. Justiça**

E, por último, a justiça, numa tentativa de dar a todos as mesmas oportunidades de acesso. Sob o título geral da justiça, existem vários conceitos, como a justiça distributiva, que é oferecer uma distribuição justa, equitativa e apropriada na sociedade. Ou ainda o princípio da justiça formal, caracterizada como diria o ditado popular “dois pesos e duas medidas”, ou tradicionalmente na teoria aristotélica: “iguais devem ser tratados de modo igual e não iguais devem ser tratados de modo não igual”, ou seja, não se pode desconsiderar a vulnerabilidade a que estão sujeitos os indivíduos (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013, p.354).

Mas como definir os critérios da igualdade e justiça? Não teriam os seres humanos os mesmos direitos à vida e, portanto, à saúde? O artigo 196 da Constituição da República Brasileira assegura tal direito, como dever do Estado. - Mas até onde tem-se conseguido galgar tal direito à saúde?

Beauchamp e Childress (2013) trazem as diferentes abordagens filosóficas da justiça distributiva, a exemplo das teorias liberais, comunitaristas, igualitárias e utilitaristas. Esta última está relacionada ainda mais intrinsecamente à distribuição dos serviços de saúde públicos. A alocação de recursos na saúde representa mais uma das incumbências sociais que deveriam ser garantidas pelo “Estado”, apesar de não haver consenso se a alocação seria mais bem concebida no tratamento ou na prevenção de doenças. Tratam também sobre a abrangência do direito à assistência médica para a população dos Estados Unidos, que difere - e muito - do Sistema Único de Saúde brasileiro, dos direitos aos pilares da universalidade, integralidade e equidade.

#### **IV.2. A Complexidade no Saber Interdisciplinar da Estratégia Saúde da Família Segundo a Visão de Edgar Morin**

O conhecimento está cada vez mais fragmentado na ciência ocidental, sendo consequentes novas profissões e especializações dos sujeitos. Porém, a contemporaneidade nos revela um mundo dinâmico, multifacetado e complexo onde, para compreender cada fenômeno social, torna-se

necessário um pensamento amplo e não disciplinar, aqui entendendo disciplinaridade como um conhecimento isolado. Por isso, os avanços do conhecimento sob a perspectiva do paradigma racionalista da modernidade têm chegado ao esgotamento e a dificuldade se encontra em avançar no paradigma cartesiano da decomposição do saber para um saber interdisciplinar como alternativa, não de substituição, mas de ampliação da visão de mundo. (VILELA e MENDES, 2003).

Conforme JAPIASSU (1976), a interdisciplinaridade é conceituada como um sistema de dois níveis, caracterizado pela intensidade das trocas entre os especialistas, com cooperação e coordenação, da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, fazendo com que ao final, cada disciplina saia enriquecida.

A interdisciplinaridade não é só um conceito, mas também uma questão de postura e atitude e, para tal, o sujeito interdisciplinar precisa estar aberto ao novo, a novos papéis e possuir características como sensibilidade, paciência, flexibilidade e capacidade de adaptação (VILELA e MENDES, 2003).

Diante de tais assertivas, apesar de ainda marginal no pensamento científico, epistemológico e filosófico, têm-se o pensamento complexo que segundo Edgar Morin vai de encontro às certezas, à ordem e à simplificação a que estamos habituados, buscando nos descortinar do “real” que é lançado em nossa mente. O autor descreve que a ambição da complexidade é “prestar contas das articulações despedaçadas pelos cortes entre disciplinas, entre tipos de conhecimento” e conduzindo à reflexão da complexidade que permeia o campo da saúde, na esfera coletiva, nela compreendida a Estratégia Saúde da Família (MORIN, 2013, p.176).

O pensamento complexo comporta em seu interior um princípio de incompletude e incerteza e para sua compreensão é preciso embarcar no desafio da complexidade, através de alguns caminhos que a conduzem. Um dos caminhos é a complicação, já que um número incalculável de interações e inter-retroações acontecem nos fenômenos biológicos e sociais, como ação social do trabalho desenvolvido na ESF. Outro caminho é o da organização que constitui um sistema a partir de elementos diferentes que são ao mesmo tempo “mais e menos” do que a soma de suas partes, que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo (MORIN, 2013).

O conceito não é fechado e o método da complexidade consiste em justamente pensar nos conceitos sem dá-los por concluídos e os mais diversos caminhos como a complicação, a desordem, a contradição e a dificuldade lógica do que já foi estabelecido como verdade são necessárias na formação do tecido da complexidade, em direção a um pensamento multidimensional, já que a realidade que nos cerca possui a dimensão individual, social e biológica (MORIN, 2013).

Utilizando da organização para fazer analogia com as relações interprofissionais na ESF, a exemplo de uma reunião de equipe, temos mais à medida que se consegue produzir um plano terapêutico para o paciente com a contribuição de toda a equipe multiprofissional. Como traz Morin (2013, p.180), “o todo organizado é alguma coisa a mais do que a soma das partes, fazendo surgir qualidades que não existia nessa organização” e menos, porque ao juntar, organizar, uma reunião de equipe, pode provocar coerção em algum profissional e acabe diminuindo suas potencialidades.

Portanto, em uma reunião de equipe multiprofissional, o caráter complexo das relações é estabelecido à medida que podem emergir qualidades, competências novas dos profissionais, ou podem perder competências já existentes, pois ocorreram interações e organização entre as partes de cada profissão e o todo da equipe, num processo recorrente, onde os produtos finais geram o próprio recomeço e o sentido de organizar deve substituir a simplicidade de ordenar (MORIN, 2013).

No campo da complexidade encontram-se três princípios pilares. O **hologramático**, onde “não só a parte está no todo, mas também que o todo está na parte” que envolve perceber, compreender um fenômeno por um movimento circular e não linear, que vai “das partes para o todo e do todo para as partes”. O princípio da **organização recursiva** ou, em outras palavras, a ação de um provoca reação no outro, os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz, como exemplo o ciclo da reprodução sexual. O princípio **dialógico** quer dizer “duas lógicas, dois princípios unidos sem que a dualidade se perca nessa unidade”, pois é preciso questionar, se abrir para o diálogo, sem a intenção do convencimento, mas de ampliação do nosso universo (MORIN, 2013).

É com este olhar atento que se deve perceber as relações que se estabelecem no tecido da equipe da ESF, formado por diferentes fios, profissões, que se entrecruzam e não somente se misturam ou unem para formar a unidade da equipe. Logo, a ESF não destrói a diversidade das complexidades, das profissões que o teceram, entendendo que cada profissão tem sua linguagem e códigos próprios.

Segundo Morin (2013), faz-se necessário aprender a pensar a ideia de ordem e desordem conjuntamente. Neste sentido, se buscou conceber as relações que se estabelecem no processo de trabalho de equipe da ESF, no todo organizado da ordem, por vezes estável, repetitivo, determinado e coerente e as incertezas, irregularidades, inconstâncias e aleatoriedade da desordem, para que

possa proporcionar evolução e desenvolvimento, bem como para que possa respeitar a complexidade biológica, social e, sobretudo o individual de cada ser humano.

Não obstante, ressalta-se a importância das ações, interações e inter-relações (comunicação, associações) que ocorrem na complexa e desordenada relação entre os profissionais e dão origem a fenômenos de organização para a equipe saúde da família.

A interação está circunscrita e ao mesmo tempo ligada, não podendo ser concebida fora da referência da desordem, ordem e organização, estando permeada por relações complexas que são simultaneamente complementares, concorrentes e antagônicas, como num anel de coprodução mútua que o autor denomina anel tetralógico. Portanto, não existe ordem e organização sem que ocorra a interação; esta, por sua vez, não ocorre sem as desigualdades, turbulências e agitações da desordem, num movimento que todos estes termos desenvolvem-se mutuamente (MORIN, 1987)

O autor conclui dizendo que “A ordem só desabrocha quando a organização cria o seu próprio determinismo e o faz reinar no seu meio e por isso uma vez constituídas, a organização e a sua ordem própria são capazes de resistir a um grande número de desordens” (MORIN, 1987, p.54).

Numa equipe de saúde da família do todo organizado para ofertar ações de saúde ao usuário, não se pode isolar ou subestimar nenhum dos termos do anel tetralógico, sendo necessário concebê-los em conjunto. Ou seja, nas interações que ocorrem a todo o momento nos encontros dos diversos profissionais existe uma relação complexa e simultaneamente complementar, concorrente, antagônica e da incerteza (MORIN, 1987).

Considerar a causalidade e autonomia própria de cada equipe da ESF requer um esforço para compreender a realidade antropossocial em sua complexidade, tanto para conseguir distinguir as diferenças como para, ao mesmo tempo, promover a comunicação das mesmas diferenças (MORIN, 2013).

A autonomia não pode ser concebida sem dependência e, sendo a vida humana autônoma, ela é permeada e dependente do ambiente, de sua ascendência genética e da sociedade em que se inscreve (MORIN, 2013).

Desta forma, a autonomia da equipe da ESF depende de cada profissional, cuja autonomia depende da equipe. Portanto, para que a autonomia se torne visível, é necessário libertar-se do paradigma de simplificação e permitir-se embarcar no desafio do pensamento complexo.

### **IV.3. A Política Nacional de Humanização (PNH/AB) na Atenção Básica**

O Sistema Único de Saúde, desde a sua criação, enfrenta entraves como a desvalorização dos trabalhadores de saúde com expressiva precarização das relações de trabalho e baixo investimento no processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação popular na gestão dos serviços e frágil vínculo dos profissionais de saúde com os usuários e a presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. Por considerar estes fatores, desejar mudança e reconhecer que Estados, Municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o Ministério da Saúde constrói uma política a que denominou Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde - Humaniza SUS (BRASIL, 2004).

Ela deve se traduzir e operar transversalmente em toda a rede SUS, com os objetivos de efetivar os princípios do SUS e fomentar trocas solidárias e diálogo, com a valorização dos gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e autonomia dos sujeitos. Bem como, fomentar a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e participação coletiva. “Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p.6).

Criada pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), define a humanização no SUS como estratégia de democratização da gestão e das práticas de saúde. É uma política transversal e por isso precisa também transpor barreiras rígidas como as encontradas nos diferentes campos de saber, a exemplo da equipe multiprofissional da ESF. É, antes de tudo, uma proposta ética porque envolve atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e corresponsáveis (BRASIL, 2010).

A PNH é uma política ampliada à medida que se preocupa com o usuário, mas também com os trabalhadores de saúde, ou seja, a inseparabilidade entre a clínica e a gestão, no nível e micro e macro político. (BRASIL, 2010)

No que se refere à gestão do trabalho, a PNH objetiva assegurar a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, à medida que reconhece, fortalece e valoriza o compromisso desses com o processo de saúde. (BRASIL, 2004)

A PNH tem como princípios norteadores nos diferentes níveis de atenção á saúde (BRASIL, 2004, p.9):



1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Considerada como princípio norteador da Atenção Básica, a humanização em saúde, não reduz seu conceito a humanizar práticas em saúde, mas contribuir na transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços do SUS, também no âmbito da AB.

A partir dessas considerações, exige-se daqueles que compõem a ESF um refazer da organização do trabalho, um novo rearranjo dos processos de trabalho, capaz de prestar contas à saúde dos usuários e dos trabalhadores, capaz de promover mudanças na assistência à saúde. (BRASIL, 2010).

Portanto, a PNH está interessada com as questões do cotidiano do mundo do trabalho, com a gestão do próprio fazer cotidiano, sendo necessário rever as relações entre os trabalhadores e usuários e a relação dos trabalhadores entre si e estes com aqueles que possam mediar diálogos, a exemplo do apoiador institucional; é a criação de espaços de debates coletivos nas equipes. (BRASIL, 2010).

A PNH, na busca de contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica, propõe que as ações no campo da ESF sejam orientadas para a “produção do acolhimento, da clínica ampliada, da cogestão, da valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários” (BRASIL, 2010, p26).

A PNH/AB tem como diretrizes: (Brasil, 2004, p.13).

1. Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;
2. Incentivar práticas promocionais de saúde;
3. Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, à hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema;
4. Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde.

Os princípios que norteiam as ações em humanização na atenção básica são a “afirmação e ampliação da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos que constituem as equipes de profissionais e a corresponsabilidade nos processos de atenção e gestão em saúde”. (BRASIL, 2010, p. 50).

Portanto, tem-se ainda um longo caminho a construir, considerando que a própria PNH está em construção cotidiana por todos seus atores e coautores, mas o importante é que tem crescido o número de pessoas envolvidas e comprometidas com um sistema de saúde mais humano para todos.

## **V. METODOLOGIA**

### **V.1. Caracterização do estudo**

Estudo de natureza descritiva, qualitativa, no constructo significados das relações do cotidiano de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

A abordagem qualitativa traz o universo subjetivo que permeia o ser humano, repleto por significados, motivos, aspirações, crenças, valores e comportamentos, e é capaz de captar o que vai além do quantificável, sendo os resultados provenientes não traduzíveis em números (Minayo, Deslandes e Gomes 2008). Na construção de sentidos, o interesse desta abordagem foi buscar compreender o que determinada situação vivenciada, experienciada, representa e dá molde para o indivíduo ou para grupo de indivíduos. (TURATO, 2005).

### **V.2. Cenário de estudo**

O trabalho de campo ocorreu em uma unidade básica de saúde que contém duas equipes de Estratégia Saúde da Família, aqui denominadas equipe 1 e equipe 2, localizada em um município da região metropolitana de Salvador/ BA. A escolha desta unidade se deu pela atuação da pesquisadora como preceptora, acompanhando graduandos em enfermagem. Ressalte-se que, enquanto gestora, a pesquisadora atuou em outro distrito sanitário.

A referida unidade de saúde é vista pela comunidade adscrita como referência no nível de atenção básica à saúde e com grande demanda de usuários, principalmente no período da manhã. Está localizada em uma área violenta do bairro, bem próxima a “pontos específicos” de tráfico de drogas. Durante o trabalho de campo, vivenciou-se a extensão da violência para dentro da unidade. Os discursos dos profissionais, principalmente os de alguns ACS, apontam que suas microáreas localizam-se em regiões onde há o tráfico de drogas. Isto dificulta visitas domiciliares por parte dos profissionais que se sentem amedrontados pela violência. Um episódio de tiroteio na rua em frente à unidade foi referido. Diferenciando-se da rotatividade de profissionais encontrada na maioria das unidades de saúde do município, destaca-se o tempo de permanência das médicas, que concursadas, já trabalham há mais de sete anos em ambas as equipes desta unidade.

### **V.3. Produção de dados**

A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro a outubro de 2015. A amostra contou com profissionais das duas equipes, incluídos apenas aqueles que atuavam há pelo menos seis meses na equipe, independente do vínculo empregatício.

Não houve necessidade de aumentar o número de equipes pesquisadas para se alcançar a saturação teórica dos dados. O recurso metodológico da saturação das informações na etapa de produção dos mesmos consiste na suspensão da inclusão de novos participantes, ou seja, interrompe-se a captação de novos participantes na pesquisa, quando os dados começam a apresentar repetição, falas e as informações de novos participantes, pouco acrescentaria ao que já foi produzido. A amostragem e a saturação de dados a ela empregada não devem ser feita de maneira acrítica ou excessivamente subjetiva (FONTANELLA et al., 2008).

Buscou-se captar as diferentes perspectivas profissionais dos sujeitos, compreender como eles compreendem e interpretam o universo simbólico que estão imersos, os valores pessoais que trazem significações para os mesmos em meio ao contexto socialmente construído da ESF.

Escolhida por proporcionar a obtenção de dados subjetivos e objetivos, sendo que opiniões e valores dos sujeitos foram imprescindíveis para o reconhecimento do objeto desse estudo, foi utilizada a técnica de pesquisa da entrevista semiestruturada, com roteiro semi-dirigido (MINAYO, 2010). O roteiro continha questões norteadoras relativas ao objeto de pesquisa e dados sócios demográficos, como consta no apêndice B.

Objetivando uma maior aproximação com o campo sob outro olhar, não mais de gestora ou preceptora, foi realizada uma entrevista piloto, seguidas de algumas visitas esporádicas. Posteriormente, na etapa de coleta de dados, as diversas entrevistas, em diferentes horários, aconteceram de forma a tornar mais sólido o trabalho de campo. Num primeiro momento, houve certa desconfiança de alguns profissionais, mas, com o passar do tempo, esses se mostraram solícitos. O espaço físico foi o maior dificultador para as entrevistas, até mesmo aquelas agendadas previamente, tendo sido realizada na copa, numa sala improvisada como consultório e na sala de vacina.

A entrevista não se limita à coleta de dados, devendo ser feita com precisão e rigor. O pesquisador precisa obter respostas mais profundas e resultados mais fidedignos, quando se deseja

fazer observações sobre comportamento. Não se trata de um simples diálogo, mas de uma discussão orientada para um objetivo definido previamente (ROSA et al., 2008).

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, obedecendo a pausas, silêncio, risos, hesitações, entre outros, pois “todos os fatos são importantes e nada deve sofrer exclusão”. (ROSA et al., 2008).

A produção de dados também se deu por meio da observação em campo, com anotações no diário de campo acerca do processo de trabalho e das relações e interações que se desenvolvem na USF. Algumas vezes, pela aproximação da pesquisadora com os profissionais foi possível que a mesma desenvolvesse atividades juntamente com eles, a exemplo de consultas de enfermagem, aferição da pressão arterial e medidas antropométricas, vacinação, separação e guarda de prontuários na recepção. Para compreender o que se busca, é preciso olhar tanto as partes como o todo. (MORIN,2013).

Segundo Laplantine (2004), mesmo que o olhar, a observação e a fala fossem feitas da forma mais rigorosa possível, se não for transcrita em palavras, muito provavelmente boa parte de tudo que foi visto ou falado seria uma vaga lembrança. O diário de campo permitiu a articulação do olhar e a escrita, a descrição do universo daquilo que se viu, a garantia das recordações e foi utilizado para registrar cenas do cotidiano do ambiente de trabalho na ESF e fragmentos de alguns diálogos significativos, durante o período da observação.

#### **V.4. Caracterização da Amostra**

No presente estudo além da equipe mínima da AB, foram incluídos na amostra os profissionais que compõem o Nasf, a recepcionista e o gerente, diferente de outros estudos como os de Motta, (2012), Silva e Trad (2005), Zoboli e Fortes (2004).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi criado por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, na tentativa de ampliar a oferta de ações e contribuir na resolução dos problemas de saúde da população da atenção básica. Composta por profissionais de diferentes especialidades constitui-se como apoio especializado, mas não como ambulatório de especialidades. O trabalho é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, compartilham de

problemas, troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais, com a articulação pactuada de intervenções, apoiando os profissionais das eSF. (BRASIL, 2014)

Totalizando dezesseis sujeitos entrevistados de diferentes categorias profissionais, de ambos os sexos, na faixa etária de 28 a 53 anos, com destaque para o tempo de atuação numa média de 6,7 anos na AB, sendo uma enfermeira, uma médica, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, uma psicóloga, uma assistente social, uma nutricionista, uma dentista, cinco agentes comunitários do gênero feminino e um do gênero masculino e a gerente da unidade. Os mesmos pertenciam as duas equipes da USF, e também ao NASF, dado a importância destes profissionais no processo de trabalho da ESF e as relações interprofissionais que ocorrem entre profissionais Nasf e profissionais da equipe mínima da saúde da família. Os nomes dos entrevistados desse estudo são fictícios e a caracterização dos mesmos apresenta-se na tabela 1 a seguir:

**TABELA 1:** Caracterização dos profissionais da ESF entrevistados.

NOME	IDADE	ESCOLARIDADE	CATEGORIA PROFISSIONAL	VÍNCULO EMPREGATÍCIO	TEMPO TRABALHO NA AB (ANOS)
SILVANA	33	ENSINO MÉDIO	ACS	EFETIVA	8
VANESSA	41	ENSINO MÉDIO	ACS	EFETIVA	9
FABIANE	45	ENSINO MÉDIO	ACS	EFETIVA	9
CLÉO	39	ENSINO MÉDIO	ACS	EFETIVA	16
ROBSON	39	ENSINO MÉDIO	ACS	EFETIVO	11
ANGÉLICA	43	ENSINO MÉDIO	ACS	EFETIVA	16
MICHELE	37	ENSINO SUPERIOR	GERENTE	NOMEADA	1
ROBERTA	30	PÓS GRADUAÇÃO	NUTRICIONISTA	EFETIVA	2
HELEN	43	PÓS GRADUAÇÃO	MÉDICA	EFETIVA	7
ELIANA	46	PÓS GRADUAÇÃO	ASSISTENTE SOCIAL	CONTRATO	1
LUIZA	28	PÓS GRADUAÇÃO	PSICÓLOGA	CONTRATO	1
CAMILA	36	ENSINO SUPERIOR	ENFERMEIRA	CONTRATO	3
NATÁLIA	29	ENSINO MÉDIO	RECEPCIONISTA	CONTRATO	13
LUCIENE	33	ENSINO MÉDIO	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	CONTRATO	1
LAURA	53	ENSINO MÉDIO	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	CONTRATO	16
PRICILA	30	PÓS GRADUAÇÃO	DENTISTA	EFETIVA	1

## V.5 Análise dos dados

O método de análise de conteúdo foi utilizado para o tratamento e análise do material gerado pelas entrevistas, objetivando-se fazer a busca dos sentidos do documento transcrito em suas variedades de interpretações. A análise categorial temática perpassou por três diferentes fases, desde a pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados, interpretação e inferência. A

informação contida nas mensagens foi tratada, de forma a permitir ver além daquilo que se escutou ou se leu, trabalhando com vestígios, significações e significantes, por trás das palavras. (BARDIN, 2009).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, como por exemplo, na análise temática, os ‘significados’, ou na análise lexical, os “significantes”. A utilização de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens é capaz de permitir a inferência de conhecimentos relativos à produção destas mensagens. A análise de conteúdo se aproxima da análise de discurso por trabalhar com unidades linguísticas superiores à frase, os enunciados. (BARDIN, 2009)

Na pré-análise, foram necessárias leituras flutuantes e de exaustiva da narrativa textual, bem como a formulação de hipóteses. Nesta etapa foram realizadas operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados.

Na fase longa e fastidiosa de exploração do material, da transversalidade temática, ocorreu o processo de codificação, passando de dados brutos a dados organizados, agregados em unidades de significação, permitindo uma descrição das características pertinentes do conteúdo, visando à categorização. Após os desmembramentos temáticos, classificou-se e dividiu-se as significações do discurso em categorias, orientados pela dimensão da análise e determinada pelo objetivo do estudo (BARDIN, 2009)

Por fim, ocorreu a interpretação ou a significação concedida a estas características, na fase da inferência e do tratamento dos resultados obtidos (BARDIN, 2009).

Para aprofundar a análise, esta pesquisa se ancorou principalmente nos estudos de Beauchamp e Childress (2013), Morin (2013) e na Política Nacional de Humanização. (BRASIL, 2010).

Ressalta-se que no referencial de Morin, eleito pela autora para compreender a complexidade entre os técnicos de saúde, foram trazidos alguns elementos e não a teoria em sua totalidade. O referencial teórico em questão traz que, a complexidade não é receita pronta, não é simplificação, na tentativa de conceber a articulação, a identidade e a diferença de todos os aspectos que envolvem os seres humanos, que são ao mesmo tempo físicos, biológicos, sociais, culturais,

psíquicos e espirituais. O pensamento complexo comporta em seu interior um princípio de incompletude e incerteza (MORIN, 2013).

## **V.6. Aspectos éticos**

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, número do Parecer: 693.112, no dia 21/06/2014, como consta no anexo A.

Aos entrevistados foi garantido o anonimato com o uso de nomes fictícios, a liberdade para retirar sua autorização para utilização dos dados na pesquisa e a garantia do emprego das informações somente para fins científicos. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente foram esclarecidos dos objetivos do estudo e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no apêndice A, que após a anuência dos sujeitos, foi assinado por eles.



## VI- RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tratamento analítico do material empírico produzido nos discursos proporcionou a identificação de quatro unidades temáticas por categorias de análise, descritas a seguir: **A)** Problemas e conflitos bioéticos no cotidiano de trabalho da ESF. **B)** A atenção básica do SUS; **C)** A relação de trabalho na ESF; **D)** A humanização e a gestão coparticipativa.

As unidades temáticas foram desmembradas, classificando-se e dividindo-se as significações do discurso em categorias (BARDIN, 2009). Na temática **Problemas e conflitos bioéticos no cotidiano de trabalho da ESF** identificou-se: **1-** Problemas e conflitos bioéticos nas relações entre profissionais e usuários. **2-** Problemas e conflitos bioéticos nas relações entre os profissionais no domínio da equipe. **3-** Problemas e conflitos bioéticos nas relações entre profissionais e gestores. **4-** O problema bioético da ausência de privacidade.

Na temática **A atenção básica do SUS** identificou-se: **1-** A inserção e os significados de trabalhar no SUS. **2-** Percepções dos trabalhadores de saúde sobre a atuação e os limites da Estratégia Saúde da Família. **3-** Melhor no passado: A verdadeira saúde da família! **4-** Identidades profissionais versus confusão nos papéis. **5-** *E se eu pudesse escolher?*

Na temática **A relação de trabalho na ESF**: **1-** O Nasf enquanto parte da equipe. **2-** *“Cada um no seu quadrado”*: as dificuldades do trabalho interdisciplinar.

Na temática **Cogestão e humanização na atenção básica**: **1-** *“As coisas aqui não andam”*: a inadequação do espaço físico de trabalho. **2-** *“Quem me valoriza sou eu!”* **3-** Sobre a Política Nacional de Humanização (PNH). **4-** *“Uma doença sem tratamento”*: os entraves da referência e contra referência.

Muitos são os desafios que se entrelaçam e se coproduzem nos campos de ação estruturante e micropolítico da Estratégia Saúde da Família (ESF). (BRASIL, 2010). Nesse contexto, foi possível refletir a complexidade que permeia a atenção básica, caracterizando os desafios que se apresentam no cotidiano de trabalho dos profissionais da ESF.

Sendo a pesquisadora conhecida da maioria dos profissionais entrevistados, a inserção, receptividade e permanência no campo aconteceram de forma a possibilitar o experimentar da

micropolítica das relações de equipe e entre equipes. Percebeu-se muitos conflitos velados entre as duas equipes que atuam na mesma unidade de saúde.

A assistência prestada nesta unidade de saúde ainda atende ao modelo biomédico e vêm se distanciando da proposta da ESF, fato que pôde ser vivenciado e esteve presente nos discursos dos entrevistados, bem como de outros profissionais que não fizeram parte da amostra. Observou-se visitas domiciliares, reuniões de equipe e educação em saúde sendo deixadas para segundo plano, em detrimento de uma agenda cheia de consultas que eram marcadas em um único dia da semana, gerando filas extensas. O espaço físico foi o maior dificultador para as entrevistas.

### **A) Os Problemas e os Conflitos Bioéticos no Cotidiano de Trabalho DA ESF**

Ao considerar todo o contexto de reestruturação e reorganização da atenção básica a partir da ESF, emergiram questões de ordem ética e bioética atinentes ao processo de trabalho. Corroborando com outros estudos, como os de Zoboli (2003), Zoboli e Fortes (2004), Silva e Trad (2005), (conferir se o de Silva e Trad traz questões bioéticas) Motta (2012), Siqueira-Batista e colaboradores (2015), as narrativas abaixo trazem problemas e conflitos bioéticos relacionados tanto aos usuários, profissionais, gestores, quanto à organização e o sistema de saúde.

Problemas e conflitos bioéticos por se apresentarem de forma sutil na ESF, muitas vezes não são identificados e percebidos pelos profissionais de saúde. (MOTTA 2012; JUNGES et al. 2012). Porém, embora pareçam sutis acabam por contribuir para o esgarçamento do tecido social do trabalho.

Optou-se em utilizar o termo bioético para não adentrar nos meandros do debate teórico sobre a relação, distinções e similaridades dos campos de saberes entre ética e bioética, de semelhante modo como fez Rego, Palácios, Siqueira-Batista (2009).

#### **1-Problemas e conflitos bioéticos nas relações profissionais e usuários**

Alguns problemas bioéticos na relação com o usuário, já descritos na literatura (ZOBOLI, 2003) foram evidenciados neste estudo, como a dificuldade para o agente comunitário de saúde preservar o segredo profissional, desrespeito do profissional para com o usuário, discussão de

detalhes da situação clínica do usuário na sua frente, e dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional-usuário.

O pessoal que já tem tempos comigo, está tranquilo, eu **consigo entrar na casa, revirar os remédios, pegar receita**. Gente que não quer que jogue a receita fora, receita de mil novecentos e antigamente, aí eu já consigo. **Não, essa daqui já não serve mais, rasgo e joga fora** [...] (Silvana).

Na fala de Silvana o vínculo que propicia uma aproximação com o indivíduo é visto como submissão do paciente ao agir profissional. Observa-se um conflito na ação da profissional que deixa margem entre o agir com beneficência, minimizando os riscos da medicalização e a ausência de respeito à autonomia do usuário. Sua prática deve buscar incorporar os princípios bioéticos para que seu cotidiano de trabalho seja menos conflituoso. O excesso de vínculo estabelecido entre profissional e usuário, principalmente em se tratando do ACS, foi identificado por Junges e colaboradores (2012) como problema bioético.

**A comunidade me diz horrores, horrores, mas em respeito ao CREMEB dela (médica) eu acredito que quando a pessoa entra na sala não diz a ela nem a metade do que me disse do lado de fora. As pessoas reclamam o tempo todo do horário de chegada, mas não tem coragem de dizer a ela (médica)**. (Silvana)

Silvana, Angélica e Natália retratam o conflito gerado pelo descumprimento de horário da profissional médica, que fere a beneficência e reitera relações assimétricas de subordinação, evidenciando a disparidade de poder da categoria profissional médica em relação a outras categorias profissionais. Segundo Trad e Rocha (2011), na dinâmica das equipes da ESF encontram-se relações de poder moldadas pelas diferenças de classes ou do poder corporativo dos diversos profissionais.

O problema bioético surge no conflito entre o que é prescrito, como a quantidade de atendimentos definida em protocolos e o real, da excessiva demanda de usuários na busca de ações de recuperação de saúde.

Lógico que não dá conta, lógico que não [...] **É muita gente, não consegue atender todo mundo, isso não, não tem esse bom!** (Angélica).

Aguarde só um minutinho, me deixa terminar essa marcação que eu **vou dá um jeitinho**, mas tem semana que está difícil, não dá não, que a agenda é muito apertada. (Natália)

Constatado por Junges e colaboradores (2012) em sua investigação, a grande demanda de usuários compromete a integralidade e singularidade da atenção á saúde.

As narrativas sobre a confidencialidade direcionam ao princípio de respeito à autonomia, ameaçando o relacionamento de confiança entre profissional e paciente. A não garantia do sigilo e a preocupação com o respeito à confidencialidade das informações vêm sendo identificados na literatura como problemas bioéticos (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2015; MOTTA et al., 2015).

Acontece de **vazar informações, da falta de ética de alguns profissionais**. De paciente estar passando por um problema (pausa) uma doença infecto contagiosa, uma DST e **ser comentado fora, já vi acontecer**. (Fabiane)

Eu já assisti algumas vezes, **falta de ética da forma de tratar o assunto da paciente na recepção**. De você dizer o que a pessoa tem, tratou dentro da sala e sair, eu achei um absurdo [...] (Angélica).

## **2- Problemas e conflitos bioéticos nas relações entre os profissionais no domínio da equipe.**

Como a lógica do processo de trabalho desenvolvida na ESF é diferente daquela do hospital, suscita problemas bioéticos diferenciados, principalmente no que diz respeito á comunicação, compreensão e interação entre os membros da equipe (JUNGES et al., 2012).

Foram identificados problemas e conflitos bioéticos que revelam desacordos entre os membros das equipes, falta de compromisso dos profissionais que atuam na ESF, falta de companheirismo e colaboração entre as equipes, desrespeito entre os integrantes da equipe, despreparo dos profissionais para trabalhar na ESF, dificuldades para delimitar as especificidades e responsabilidades de cada profissional, como também apontados por Zoboli (2003). A existência de problemas na relação interna e entre equipes de saúde da família, também foi descrita no estudo de Cotta e colaboradores (2006).

Na narrativa abaixo, Silvana identifica um conflito bioético quando refere que a médica recusa a realizar visita domiciliar. Esta é uma importante intervenção da equipe e uma das atribuições do médico, que fere o princípio da beneficência ao não realizar.

Porque eu estou achando que a nossa equipe está um pouco dispersa ultimamente. [...]. Essa questão da **médica não ir para área para visita, tá um conflito**. A

gente tem uma população de acamados. [...] a médica é um pouco difícil para a gente **dialogar. Ela muda a agenda dela, ao gosto dela.** (Silvana)

A visita domiciliar como traz Motta (2012) tem como função aproximar profissional e usuário na realidade social, cultural e dinâmica das famílias e visa consubstanciar ações preventivas, curativas, de promoção e de reabilitação dos indivíduos.

Fere também a não maleficência na dificuldade de diálogo com a equipe, inclusive não disponibilizando a agenda que neste caso é um livro de marcação que deveria ficar na recepção e toda e qualquer mudança ser discutida com a equipe. A comunicação deficiente impossibilita o consenso na equipe e compromete o cotidiano de trabalho. (MOTTA, 2012).

Foram percebidos conflitos velados que em alguns momentos foram revelados, no domínio entre as duas equipes pertencentes à unidade de saúde. Os mesmos ferem o princípio da não maleficência.

Porque a **nossa equipe sempre fez mais atividades do que a** outra equipe. Então isso **criou meio que um atrito, por acontecer essas coisas, da gente convocar mais, da gente fazer mais eventos, essas coisas.** [...] (Vanessa).

Durante o trabalho de campo, pôde-se perceber a dinâmica das relações que se conformam entre os profissionais das duas equipes pertencentes à unidade. Em apenas uma delas os profissionais tinham grau de interação satisfatório, com relações interpessoais saudáveis e trocas constantes, apesar destas serem geralmente de caráter técnico. Tal contexto vem sendo modificado por problemas externos, ocasionando desequilíbrio da equipe e conseqüente conflito, deixando margem a dúvidas no desenvolver das ações.

[...] **conflito na equipe que influenciou na nossa condição psicológica e física** (pausa) **não foi interno da equipe, foi de fora para dentro.** Porque nota-se a equipe muito unida e **tentam ver se a gente tem um ponto fraco e a gente não deixa essas pessoas, essas situações tirar nossa união.** (Fabiane)

Assim, eu **vejo boatos, mas como eu não me meto**, eu não pergunto, porque não quero me envolver, às vezes **quando estoura alguma coisa**, aí: você não sabia? Eu digo, não, eu não sabia. (Cléo)

[...] eu estou com paciente na sala, **as pessoas não respeitam o momento do paciente, abre porta, bate porta, isso me atrapalha profundamente [...]** (Helen).

Já passamos por situações de problemas não esclarecidos, não resolvidos, de **pessoas de cara fechadas com as outras pessoas** e mesmo assim desenvolver atividades **normalmente**. (Robson)

As relações interpessoais têm caráter complexo e devem ser discutidas e vivenciadas no âmbito da ESF de forma reflexiva e participativa, para possibilitar avanços significativos nas dinâmicas de trabalho (MARTINS et al., 2012).

Na visão dos entrevistados ocorre um conflito bioético exemplificado pela falta de companheirismo e colaboração entre as equipes, caracterizado pela dificuldade de comunicação, presença de fofocas e baixo grau de interação entre as categorias profissionais, os quais contrariam o princípio da não maleficência.

Mesmo não havendo esse clima de atrito, eu **não sinto a gente enquanto NASF, fazendo parte da equipe entendeu? [...]** como se fossemos algo à parte, **qualquer outra coisa e não fazendo parte**. O que me incomoda é que eu acho **que poderia o NASF está fazendo mais parte**, como eu te falei, **dos médicos terem esse olhar pro NASF**. (Eliana)

O que me incomoda, às vezes, é a **falta de comunicação**. Os encaminhamentos para nós, eles são feitos em um papel. **Não existe aquele diálogo para saber por que está encaminhando**. (Luíza)

As fofocas, ah! As fofocas, porque **sempre tem que ter uma fofquinha**, que termina falando: ai se eu tivesse outro trabalho sairia [...] aí causa aquela indiferença dos colegas, tem dia que é chato isso. (Natália)

A minha auxiliar daqui da Unidade A, que é minha unidade de origem, **eu tenho certo problema**, não com a pessoa dela, mas **pela questão do profissionalismo**. Tenho que ficar **pegando no pé**. “**Já colocou o material para esterilizar?**” “**Olha a questão do horário!**”. Coisas simples, e isso **compromete muito meu processo de trabalho**. O dentista preciso muito do trabalho a quatro mãos que a gente chama, para ajudar, e ela **saía muito daqui**, ficava muito lá embaixo. (Pricila)

Ressalta-se que mesmo a alocação de novos recursos humanos ao longo da história da ESF, como os profissionais NASF e saúde bucal, não confere responsabilidade coletiva ao trabalho. Os discursos acima transcritos bem como em outros estudos revelam a “fragmentação do processo de trabalho com a realização de ações justapostas e isoladas, havendo assim o risco dos profissionais se isolarem em seus núcleos de competência” (MOTTA, 2012. p.62).

Embora os princípios e as regras ofereçam diretrizes a serem seguidas, as virtudes e ideais morais na vida profissional dependem de outros fatores, como a compaixão, o discernimento, a confiabilidade e a integridade. A cada profissão está inerente sua história sustentada por uma tradição que, no caso da medicina e enfermagem, incorpora expectativas sociais sob um viés paternalista (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013).

### **3- Problemas e conflitos bioéticos nas relações entre profissionais e gestores**

A organização dos serviços de saúde também pode ser considerada um desafio ético, em que estão presentes inúmeros problemas bioéticos. Nas palavras de Junges e colaboradores (2012, p.103): “o sistema de saúde foi planejado para resolver as necessidades em saúde como um direito do usuário e dever do Estado, o que exige nova lógica organizacional e novos paradigmas gerenciais”.

Como apontado nas falas, o princípio bioético de respeito à autonomia não é atendido à medida que a gestão, a nível macro de secretaria municipal de saúde, determina, com ações verticalizadas, o que vai ser executado pela equipe dentro da ESF. Segundo Duarte e Boeck (2015) esta é uma forma de gestão autoritária, diretiva, centrada na hierarquia e na burocracia.

Nós ultimamente sentamos nas reuniões de equipe **mais para discutir o que vem da secretaria de lá para cá, do que os casos aqui na área.** (Silvana)

A nossa dificuldade é **quando vem de cima para baixo.** [...] Eles (gestão) fazem assim, eles fazem as ações, mandam para gente, **a gente tem que se virar naquele momento ali da reunião** e decidir o que nós vamos fazer. (Vanessa).

Eu acho que a **gestão causa mais os conflitos** do que (risos) ajudar a resolver. Até porque o **conhecimento deles quanto à situação aqui é meio terceirizado.** (Robson).

O que me incomoda um pouco na equipe no momento, é que **eles estão um pouco é (pausa) digamos assim, desacreditados** em relação ao gestor municipal, isso acaba interferindo um pouco, tipo assim, a gente marca uma reunião e eles falam: **ah! A gente vai discutir sobre o quê? (Camila).**

A gestão local a nível de unidade saúde da família também enfrenta problemas bioéticos que perpassam pelas relações de poder, tanto no reconhecimento de autoridade, quanto na disputa pelo cargo, indo de encontro ao princípio bioético de respeito à autonomia.

[...] já **passei por um conflito** da técnica não aceitar que eu colocasse os materiais de curativo dentro de um armário e colocasse o caderno para ter o controle [...] **de querer distribuir para todos, para qualquer um. Já teve muito conflito [...] de uma equipe querer fazer melhor que a outra, já teve essa rivalidade. (Michele)**

Você vê assim, por exemplo, a **questão de disputa de poder para chefiar uma unidade, da profissional (enfermeira) querendo tirar a gerente**, essa para mim é mais clássica, tenta ‘queimar’ a nossa gerente lá na gestão (secretaria municipal de saúde). (Helen)

Na fala de Angélica, têm-se a gestão ferindo o princípio bioético da justiça, no não acesso a serviços de saúde especializados e falta de medicação, o que contraria a integralidade e universalidade do SUS.

A médica atende, passa os exames, aí a **pessoa leva seis meses, um ano, pra marcar aqueles exames que ela pediu. Aí a medicação que ela passou tipo do hipertenso, do diabético, como estava aí essa semana toda não teve. [...]** (Angélica).

#### **4- O problema bioético da ausência de privacidade**

As narrativas revelam um conflito bioético na salvaguarda da privacidade dos pacientes gerado pela inadequada estrutura física das unidades, desde a sala da recepção aos consultórios, corroborando com o estudo de Zoboli e Fortes (2004). O referido conflito de entrave ao desenvolvimento das ações em saúde, apresentado como consequência de um problema bioético infraestrutural, já fora apontado também na metassíntese realizada por Nora e Junges (2013).

A **falta de privacidade das salas**, por exemplo, sim. [...] têm salas que não são preparadas para atendimento a clientes; a recepção... é muito movimentada dentro



da recepção. Psicóloga atende, de forma, ali no corredor [...] Então assim, **falta estrutura até para você ter uma ética profissional aqui.** (Fabiane)

O que a **médica fala, dá para ouvir fora e vice-versa. A estrutura pode causar muito constrangimento.** [...] às vezes a **gente acabou de fazer a reunião e a outra equipe já sabe o que a gente falou.** Acontece muito isso aqui. Mas é por esta estrutura física mesmo. (Robson)

E a **privacidade do paciente aqui nessa sala?** Às vezes só sobrava esta determinada sala para atender, **então muitas vezes eu deixava de fazer algum atendimento.** [...] (Roberta)

Aqui na **sala de preventivo** mesmo, **tem que conversar um pouco mais baixo com o paciente,** é uma coisa particular que o paciente está passando para gente, existe o corredor que fica a sala de vacina, **onde as pessoas podem estar ouvindo a conversa com a paciente.** (Camila)

[...] a estrutura da unidade, ela **gera essa questão mais coloquial, corriqueira, sem profissionalismo,** não é sem profissionalismo, mas assim, deixa aquela coisa assim, mais à **vontade, entre aspás.** (Helen)

O direito de privacidade, num conceito mais abrangente, é a limitada inacessibilidade física ou a informações. Considerado uma especificação do princípio de respeito à autonomia, refere-se a um grupo de direitos pessoais de não ser observado, não ser escutado, não ser perturbado (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2013).

Todos os discursos anteriores remontam às dificuldades para se preservar a privacidade dos pacientes e dos profissionais frente a uma estrutura física inadequada. Na referida unidade de saúde, em uma das salas usada como consultório, principalmente pelo serviço de psicologia, existem divisórias ao invés de paredes de alvenaria. No imaginário dos profissionais isso confere uma relação de trabalho sem ética, sem profissionalismo, como discorre Helen, médica de uma das equipes. Tal questão toma maiores proporções por se tratar da Estratégia Saúde da Família, uma vez que se fala em território adscrito, atendimento a famílias e consequentes vizinhos e amigos, numa trama de relações que podem ser gravemente danificadas.

Portanto, uma equipe de saúde da família qualificada para enfrentar seus conflitos bioéticos e operacionalizar as ações que são a elas atribuídas de forma ética e interdisciplinar pode

desenvolver um trabalho com resultados que mudem a realidade de saúde da população. (ALVES, 2005).

Nesse sentido, destaca-se a abordagem da bioética - entendida como eixo transversal na formação em saúde - como parte da educação permanente da equipe de trabalho da ESF, de maneira a empoderar e instrumentalizar os profissionais, facilitando a atuação na realidade de relações conflituosas. (VIDAL et al, 2015)

## **B) A Atenção Básica do SUS**

As narrativas dos diferentes profissionais conferem significados próprios ao trabalho que é desenvolvido na ESF. A inserção na AB do SUS e as percepções sobre a atuação e os limites da estratégia se expressam no campo de atuação, no cotidiano do trabalho. Nota-se o tripé da culpabilização em que o outro sempre tem a culpa, o usuário coloca a culpa nos gestores, estes colocam a culpa nos profissionais que, por sua vez, culpam os usuários. O usuário culpa o gestor por má administração, por não atender ao seu direito constitucional à saúde; o gestor, por sua vez, culpa os profissionais pela falta de comprometimento ao trabalho e/ou um processo de trabalho ineficaz; restando aos profissionais culpar os usuários pela falta da participação popular e por não serem agentes autônomos e modificadores da sua saúde.

### **1-A inserção e os significados de trabalhar no SUS**

Os discursos refletem o fazer no SUS, um SUS que parece estar sendo feito ‘para pobres’, sob um ‘viés de caridade’, de ‘voluntariado’. Trabalhadores que se inseriram e permanecem neste espaço sem conhecê-lo especificamente. Ressalte-se que apenas um profissional entrevistado tinha formação de sanitarista.

Eu tinha alguns **colegas que eram agentes comunitários** e aí **eles faziam um trabalho voluntário** e eu sempre me oferecia para fazer esse trabalho voluntário. Aí quando teve um novo concurso para ACS, **eles me informaram que eu tinha o perfil** [...] (Cléo).

Você começa a dizer assim: vou mudar, eu **era boazinha**, agora eu vou começar a ser **ruinzinha** [...] Quando chegar ali na mesa para me **pedir um favor, eu vou**

**pensar três vezes se eu faço o favor ou não**, porque você vai ficando revoltada com certas situações. [...] eu acho assim, que **devia ter uma facilidade**, para poder **motivar a gente fazer mais e mais**, porque quanto mais a gente faz, melhora para o próprio município. (Vanessa)

Vanessa expressa a condição de submissão a que o usuário deve se prestar, caso não seja oferecido a ela as ‘motivações necessárias’.

Para lhe dizer a verdade, **o trabalho não é o meu perfil, eu gosto da tranquilidade e segurança que o trabalho dá. Ser efetivo e de ter um tempo, de poder organizar** o meu tempo nesse trabalho, que a gente pode se organizar bastante. (Robson)

Saúde é a primeira vez [...] a **respeito de saúde eu não sabia nada**. [...] às vezes eu fico um pouco estressada por conta de **alguns concursados**, porque não são todos, mas **tem alguns que por ser concursado, né, querem fazer e acontecer**. (Michele)

Robson e Michele retratam o que consideram como as vantagens oferecidas no serviço público, pois, uma vez efetivo, o profissional pode gozar da ‘tranquilidade e segurança do trabalho’, ou seja, da estabilidade que lhes garante ‘fazer e acontecer’.

A literatura menciona acerca da ideia errônea de que a AB está ligada ao simples, a oferta mínima de ações, destinadas a uma população excluída e vulnerável, sem acesso à medicina de mercado (BRASIL, 2010).

Na prática essa ideia foi assimilada pelos gestores, usuários do serviço e, sobretudo profissionais de saúde que trazem discursos como o de Helen que diz: “Eu gosto muito dessa relação mais próxima com a comunidade e **eu acho que eles são extremamente carentes**”.

Então é muito, muito bom trabalhar **pelo povo, principalmente pelos necessitados, muito bom conseguir medicamentos que eles não têm condição de comprar, isso já parte para um trabalho social**, mas eu faço com muito carinho, gosto de fazer, entendeu? (Michele)

**Caí meio que de paraquedas**. De paraquedas. Isso, porque assim, o que eu tinha visto de atenção básica foi em um estágio, que eu fiz no meio do curso (Luíza).

A Política Nacional de Humanização para Atenção Básica (PNH/AB) vem combater essa ideia por vezes sutil do profissional no serviço público como um ser caridoso, religioso, com atitudes de caráter filantrópico, reveladora de bondade, que está prestando um ‘favor’ ao realizar serviço para uma comunidade carente, reforçando uma relação de submissão, dificultando, se não impossibilitando a construção de cidadania e de direito à saúde (BRASIL, 2010).

## **2- Percepções dos trabalhadores de saúde sobre a atuação e os limites da estratégia saúde da família**

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a ESF deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2013). Nas narrativas encontra-se o limite de atuação macropolítica da ESF quando descrevem o aumento de doenças crônicas na população de maneira geral; a dificuldade de articulação com os outros níveis de atenção; aquisição de medicações; formação acadêmica ainda aquém das mudanças curriculares; ao mesmo tempo em que se esquivam da micropolítica, ou seja, quando individualmente o profissional se limita, ou limita aos outros, de agir em prol dessa política e não estar na posição passiva de mero espectador, culpando os gestores.

Na minha área, eu tenho **oito anos de trabalho, nunca morreu uma criança de parto, nunca**. Assim, **tem caso de aborto provocado e natural**, que a mulher não queria, mas o índice de vacinação a gente consegue abranger bastante as crianças. (Silvana)

Mas isso não ocorre, porque às vezes a médica passa um cardiologista, um reumatologista e tem demora para esse atendimento, **porque são poucos profissionais para uma quantidade muito grande de pessoas**, porque **essas doenças [diabetes e hipertensão] vêm aumentando na comunidade**. (Vanessa)

**Lógico que não dá conta, lógico que não [...] É muita gente, não consegue atender todo mundo, isso não, não tem esse bom!** (Angélica)

Algumas questões limitam a efetivação e aperfeiçoamento da ESF, como a organização do processo de trabalho num formato único para todo o país e equipes, desconsiderando em parte as diferenças locais e o manejo no atendimento à demanda espontânea (MALTA e SANTOS, 2003).

O achado da sobrecarga de trabalho, advinda de uma grande demanda, principalmente curativa, impede a realização de atividades educativas e de promoção à saúde, expressa na fala da enfermeira Camila:

[...] eu não tenho muito que me queixar do trabalho, **só mesmo que está cansativo, porque no momento eu estou sozinha com duas equipes, inclusive turnos e folgas eu não estou nem conseguindo tirar**, porque estou atendendo em outra equipe. [...], porque a gente **acaba faltando um pouco na agenda**, porque a agenda já é apertada, cinco dias praticamente não dá para nada, **a comunidade é grande, então assim, eu queria ter um pouquinho mais de tempo para poder fazer atividade educativa.** (Camila)

O achado coincide com a realidade da pesquisa descrita por Trad e Rocha (2011), em que sobrecarga de trabalho tem limitado a realização de atividades educativas e consequente consolidação de um novo modelo de atenção pautado na promoção da saúde.

A ideia de que a intervenção do profissional no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil higiênico da população, na tentativa de mudança de hábitos dos usuários (MALTA e SANTOS, 2003), aparece no imaginário dos entrevistados, como descrito pela agente comunitária.

Como eu observei agora, o mês passado, eu chamei a atenção na reunião, porque o pessoal estava num círculo, virou um **círculo vicioso**, de só trocar receita, receita. [...] Pessoas com mais de seis meses sem vir pra consulta, só no **vício** de trocar receita. [...] Então assim, não é fácil, porque **o vício, o hábito**, é difícil, muito difícil de lidar. Você **dizer para mãe que ela tá acostumada a deixar os filhos descalços, lá o dia todo, a criança já novinha, no chão de qualquer jeito, passar o dia todo sem tomar banho** e você dizer: ô menina, porque a criança não tomou banho ainda? Ah! vai tomar de tarde. Mas de tarde, de tarde já é outro banho. Então assim, eu procuro levar com jogo de cintura, brincadeira e tal, mas fazendo-a entender que é importante, eu procuro sempre explicar a necessidade. (Angélica)

A ação da agente de saúde é como um confronto sutil que impõe outros valores biossociais. Ou seja, há uma interpretação da agente e esta confere sentidos às suas experiências junto aos moradores do bairro na mesma realidade circundante. A dimensão sociocultural se mostra na interação entre agente e pessoas da comunidade tornando possível o sentido partilhado em sua pluralidade. Nesse processo, observa-se a força do diálogo ou a intersubjetividade como resultante

do trabalho da agente, em que sujeito e objeto não se separam. Singularidade, em cada caso, e pluralidade, a comunidade, são dimensões que se relacionam, como se indivíduo e sociedade estivessem permanentemente imbricados.

As narrativas abaixo mostram alguns dos problemas de gestão ineficaz, como por exemplo a rotatividade dos profissionais, que limitam a atuação da ESF.

Da enfermeira a gente já não tem tanto respaldo, porque os **enfermeiros aqui, eles passam muito rápidos**, não tem a mesma permanência. **A enfermeira às vezes não dá tempo nem da gente criar vínculo; quando pega, já vem outra.** (Robson).

Eu acho que a atenção básica funciona, **funciona graças não aos gestores (coordenadores), mas funciona graças aos profissionais** que trabalham na AB [...] (Fabiane).

[...] tem muita coisa no ser humano que é psicossocial e eu acho que **atenção básica tem que ser focada para isso**. Coisa que a gente não vê, pois **o governante não acredita**. Os gestores ainda não acreditam, **eles querem números de atendimentos**. (Helen)

A vulnerabilidade do SUS às indicações políticas, na sua maioria arbitrária, para cargos de coordenação de serviços, contribui para a desvalorização, desgaste e frustração desses trabalhadores. (BRASIL, 2010).

### **3- Melhor no passado: A verdadeira saúde da família!**

Um achado que emergiu no discurso da grande maioria dos profissionais investigados e permitiu seguir para outras interpretações, foi o termo Ambulatório que sobressaiu, apesar do mesmo não estar contido no roteiro da entrevista. Profissionais que atuam em média há seis anos na saúde da família retratam um passado que difere muito do contexto presente. A proposta de um ‘olhar integral e ampliado’, devido às amarras na operacionalização, vem sendo substituído por uma agenda ‘cheia’ de consultas prescritivas e por isso, usam o termo ambulatório. Angélica, uma agente comunitária significa sua atuação ao dizer:

[...] porque eu tive, nós os mais velhos, **nós tivemos muita sorte**. A médica, ela era uma pessoa que fazia PSF com muito gosto, com muito amor [...] **Não, não existe**

**mais saúde da família, não existe.** O que tem sido feito aqui **é ambulatório, com uma esticadinha lá fora, porque a gente está na rua. Então assim, até a gente [ACS] às vezes está fazendo ambulatório lá fora, entregando remédios, receitas.** (Angélica)

[...] Aí não, fica tapando buraco, coloca um médico para trabalhar duas vezes na semana, porque não tem, **é ambulatório. O cara [médico] inventa a visita domiciliar. Então assim não leva a sério.** (Helen)

O termo “ambulatório” foi utilizado enfaticamente pelos profissionais do Nasf. Apesar de reconhecerem o apoio matricial como proposta metodológica para desenvolver um trabalho interdisciplinar em saúde, eles não conseguem atuar nesta lógica, sentindo-se muitas vezes compelidos a voltar ao velho atendimento individual, que eles denominam de ambulatório:

[...] **na época de ambulatório, era muita pressão, era muito atendimento individual,** era ambulatório que eu fazia e agora **por conta de ter mudado esse processo de trabalho, então não há esse entendimento muitas vezes por parte da equipe.** Porque há uma **pressão muito grande para a gente atender individualmente.** (Roberta)

[...] porque como a gente é do NASF, **o nosso papel não é fazer ambulatório aqui,** apesar de que muita gente não entende esse processo do NASF, não sei se porque é novinho ainda o NASF, enfim. (Luíza)

A narrativa de Natália abaixo reafirma o que PNH discorre sobre a AB não servir à lógica biomédica, centrada no atendimento curativo/assistencial, em que o indivíduo expõe sua queixa e espera como conduta a medicação prescrita (BRASIL, 2010, PNH).

Aqui a **marcação com senha é ruim,** porque **depende da quantidade de vagas que o médico abre. Às vezes são 20 fichas,** mais aí fica **sobrando dois ou três,** aí eu fico: meu Deus do céu! [...] hoje eu **vejo o PSF como uma emergência, não é mais o PSF de antes,** do início que abriu, **é mais consulta, ambulatório, chega quer a sua receita,** não sabe que tem que vir pra consulta. As **atividades dos grupos funcionavam muito e agora nada.** [...] (Natália).

Para Angélica que trabalha há 16 anos na ESF, a capacitação atual não muda nada:

**Hoje a gente tá parado, estagnado.** Mas aí hoje quando eu vejo esses cursinhos, me perdoe **bestas, repetitivos.** Todo ano só fala de dengue e tuberculose. Dengue e

tuberculose. **Nem a forma de passar muda.** A gente já sabe qual vai ser a próxima fala, por exemplo, da enfermeira que vai falar de tuberculose. É, porque **nem a metodologia muda.** Não, não muda nada, a mesma coisa, do mesmo jeitinho. (Angélica)

Fala e interpreta as palavras que escuta na relação mundana em que estão imersos na mesma cena. Desse modo, a profissional fala de si e do que vivencia, buscando explicar e compreender, pois acolhe o que faz sentido para apoiar sua própria experiência em meio às dificuldades que relata e percebe. Para ela, as informações atuais são insuficientes para dar continuidade ao modelo explicativo de saúde.

#### **4- Identidades profissionais *versus* confusão nos papéis**

As narrativas evidenciam a confusão dos papéis que por vezes são gerados pelos profissionais dentro do contexto da ESF, em que se ‘perdem’ nos limites definidos por seus códigos éticos e atuação profissional.

A agente comunitária Vanessa com dificuldades para efetivar suas atribuições, dado assumirem outras não pertencentes à sua categoria. A médica Helen ocupando o papel de referência que deveria ser desenvolvido pela coordenadora/gerente da Unidade. Michele por sua vez, abdica do seu papel de coordenação em detrimento de um regime de favoritismo, e acaba por selecionar e priorizar usuários, contrariando a acessibilidade e universalidade proposta pelo SUS.

[...] em marcação de consulta **eles [usuários] lutam para dormir numa fila e não conseguem**, porque você sabe que tem esse problema da regulação. **Eu vou lá pego a requisição dele [usuário], vou à regulação com jeitinho e consigo e eles vêm no dia seguinte me agradecer**, isso é muito gratificante. (Michele)

Então, quando eu comecei a trabalhar eu achei assim, que eu poderia fazer o acesso deles [usuários] mais fácil, que eu **poderia estar marcando consultas, marcando exames**, já que eu tenho que estar na Unidade todos os dias, facilitaria as coisas. (Vanessa)

[...] então eu **me sinto valorizada**, porque assim, **problema na unidade, eu tenho que resolver problemas com pacientes** e outras coisas, eu que tenho que resolver,



então assim, **a gerente vem me procurar, os ACS vêm** [...] não deixa de ser uma valorização. Sobrecarrega [...] mas não é ruim, não é ruim. (Helen)

Falta clareza, independente do grau de escolaridade, quanto às atribuições e ao papel que deve ser desempenhado pelos diferentes profissionais. Corroborando com a afirmativa, Silva e colaboradores (2006), trazem que no trabalho multiprofissional da ESF a identidade dos sujeitos não é tão clara como em outros serviços de saúde.

Vale ressaltar que a profissão dos ACS permanece sem diretrizes deontológicas, visto ainda estar em construção o código de ética profissional. Embora tenha suas atribuições bem definidas e descritas na Política Nacional de Atenção Básica de 2012, os ACS acabam por vivenciar uma práxis dicotômica entre a conduta adotada na realização do trabalho nas famílias e a preconização da lei, entre o saber-conhecer e o saber-fazer (VIDAL et al; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2015).

Eu queria **ter mais liberdade como agente de saúde**, para desenvolver o meu trabalho. Não **ficar muito dependendo do outro**, que apesar de ser uma equipe, mas **às vezes você está com o pensamento mais à frente e o outro tá mais retrógrado**. Ficam me chamando: a gerente dois. Porque **tem coisas que eu queria ter esse poder, sabe?** Para mudar algumas coisas práticas, simples, **não é para pegar no pé** de ninguém, nem para ser mandona, nem chefe não, era **só para ter o poder de organizar uma capacitação para todos**, um bate papo para todos. (Angélica)

Muitas são as dificuldades encontradas pelos ACS no seu fazer cotidiano de trabalho, como a atitude de alguns ACS em facilitar o acesso a pessoas mais próximas ou afins à unidade básica de saúde, a falta de capacitação prévia dos mesmos, e a desvalorização do saber desses trabalhadores. (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2015).

Na narrativa abaixo, um agente comunitário de saúde, sem outra formação profissional, se sente prejudicado por não mais ser permitido, como foi no passado, realizar a aferição da pressão arterial dos usuários sob sua responsabilidade. Embora para ele, pesar uma criança seja importante, ele quer fazer na residência do usuário e não dentro da unidade de saúde no programa bolsa-família. Ele deseja oferecer algo mais do que esteja prescrito, seu discurso e prática cotidianos se mostram como uma ação antagônica sujeita à desordem, interferindo na qualidade do cuidado ofertado.

O Programa Bolsa Família instituído pela Lei 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto 5.209, de 17 de setembro de 2004, visa atender famílias pobres e extremamente pobres, na oferta de ações básicas (saúde, educação e assistência social), e por isso as famílias beneficiárias deverão ser assistidas por uma eSF (BRASIL, 2009).

Por exemplo, hoje nós vamos à casa das pessoas e não temos muito que oferecer, além de informações, de conversas e **emprestar o ouvido para as pessoas**. [...] hoje nós **não podemos nem mesmo aferir a pressão de uma pessoa**, não podemos. Hoje nós **não temos condição de pesar a criança, nem balança nós temos mais**. [...] mas **nós temos que pesar bolsa-família, que sai totalmente do nosso papel**. (Robson)

Nas palavras de Morin “ordem e organização nascidas com a cooperação da desordem, são capazes de ganhar terreno à desordem” (MORIN, 1987, p.55)

Durante o período de campo, observaram-se práticas que contrariam a ética profissional. Pelo menos duas ACSs de uma dada equipe copiam dos prontuários e escrevem no receituário as medicações de uso contínuo do programa Hiperdia, prescritas pelo médico ou enfermeiro. A alegação é de uma demanda com dificuldades de acesso para o agendamento das consultas. Mas, num olhar mais atento, inclusive porque foi solicitado da pesquisadora o carimbo e assinatura dessas ‘receitas’, além do que estava prescrito, acrescentam outras medicações, como antitérmicos dentre outros. Ressalta-se que a pesquisadora em momento algum foi conivente com esta prática, ao contrário, sempre que possível explicava aos ACSs as possíveis consequências negativas dessa prática.

Os entrevistados se confundem no limite entre a integralidade da atenção versus corresponsabilidade do cuidado, num ‘trabalho árduo’ que não termina após uma consulta ou aplicação de uma vacina e acabam assumindo responsabilidades que vão além do prescrito:

[...] e **acaba que a gente é psicólogo, psiquiatra, terapeuta amoroso, tudo isso a gente faz um pouquinho**. Porque a gente trabalha com pessoas, no final das contas. A gente frequenta uma casa, **não tem como a gente ficar só na saúde, aí acaba rolando até uma fofquinha**. Ah, meu marido tá assim, assado! (Silvana)

[...] mulher gosta de conversar muito, tem que ter paciência (aumenta o tom de voz) para ouvir, **ser meio psicólogo, meio conselheiro, você é meio de tudo**, o

**agente de saúde é (pausa) a gente vai à área, a pessoa desabafa com você.**  
(Robson)

[...] **O médico conversa, também faz um pouco do papel de psicólogo, porque tem paciente que chega muito triste, que chega com muito problema** e aí ele vê no médico com uma confiança pra ele contar a história dele. (Michele)

## **5- E se eu pudesse escolher?**

Os profissionais demonstraram pouca credibilidade na ESF, pois, quando questionados, houve dúvidas na escolha quanto à construção de mais unidades de saúde com a estratégia ou de hospital no município, o que reforça a ideia e valorização do modelo hospitalocêntrico. Mesmo quando se optou pela estratégia, esta se baseava na possibilidade de: “então eu acho que se **houvessem mais unidades no município teriam mais médicos no município**”. (Robson)

[...] o que **falta para a gente também é ambulância**. Não adianta colocar um hospital municipal e a pessoa não tem como chegar. [...] Aí eu **prefiro as unidades de saúde, porque quebra um galho**, não é isso? [...] (Silvana)

Se a gente fosse olhar no **aspecto mais abrangente da saúde, eu optaria pelo hospital**. Porque o hospital maior que tem aqui está muito precário nos atendimentos, falta de leito, toda essa coisa, entendeu? (Vanessa)

Porque assim, em termo do município eu **acho que a AB está bem assistida, já o hospital está deixando a desejar**. (Camila)

**Eu preferia um hospital, porque a demanda é muito grande [...] É porque na verdade as pessoas não entendem o que é PSF, aí vem como se fosse uma urgência**. (Natália)

**Se fosse para escolher, eu escolheria o hospital**, porque necessita também. Em caso de emergência a unidade básica não atende, não tem suporte para isso. (Luciene)

O discurso de Pricila é o único que reflete uma formação acadêmica condizente com o modelo estabelecido para o funcionamento da ESF.

[...] é muito mais **barata a questão da prevenção**, do que você só pensar na parte da reabilitação. Então, de fato é extremamente importante, mas é importante também que o profissional que esteja inserido nesta ESF **consiga trabalhar nesta lógica, ou então ele só vai reproduzir o modelo de atenção antigo** e só vai estar com o nome de ESF, mas de fato, não vai atuar nesta lógica. Então tem a **formação do profissional, que veio de um modelo diferente, de especialidades, daquelas caixinhas**, mas, acho que tem modificado. (Pricila)

Entende-se por modelo de saúde “a organização da produção de serviços a partir de determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinados agrupamentos sociais”. (BRASIL,1992, p.91)As narrativas transcritas revelam que apesar de todos os esforços na tentativa de reorientar os modelos de assistência à saúde, o quão frágil tal mudança tem sido na prática. Prática que se confirma nas assertivas de Faria e colaboradores (2010), quando traz que os profissionais reproduzem suas ações cotidianas fortemente centradas em médicos e hospitais e voltadas para a doença em detrimento dos condicionantes e determinantes da saúde e do coletivo.

É notadamente desafiadora a proposta da ESF em ‘combater’ o modelo médico hegemônico, num confronto SUS versus medicina, estando, porém, distante de alterar o SUS real e de transformar o sistema de saúde. (MALTA e SANTOS, 2003).

Um dos principais estrangulamentos que têm culminado em retrocesso para a efetivação da ESF é a transferência do modelo clássico biomédico para atenção básica, refletindo uma nova prática que se encontra ao mesmo tempo em crise e em construção. (JUNGES e col.2009; TRAD e ROCHA, 2011)

## **6-O estigma no trabalho da ESF**

Pode-se depreender um estigma do trabalho desenvolvido na AB, desde alunos de graduação de medicina, que realizam estágio nesta unidade de saúde até aos profissionais estatutários. Abaixo, a médica trata da desvalorização e o estigma gerado no seu trabalho. Para ela, quem lhe desvaloriza é o olhar do outro, neste caso, o gestor, que lhe constrange e lhe traz desconforto.

[...] eu e mais duas colegas concursadas médicas **já ouvimos do gestor**, logo no início, que **PSF só existia porque tinha mediquinhas que queriam ser dona de casa e médica**. Eu acho que é tratado como (pausa) **mercadoria de segunda linha**, de terceira linha, não é uma prioridade. Você acabou de ouvir aqui os meninos falando [residentes em medicina] que **era melhor estar em casa estudando** [...] (Helen).

A percepção de ser dentista na ESF carrega o estigma da condição bucal desfavorável encontrada na população adscrita, onde pessoas de 40 anos nunca haviam ido ao dentista.

Tem melhorado, eu percebo que a **odontologia nunca foi a prioridade, isso nunca foi**, mas assim tem melhorado. É um serviço historicamente que as pessoas não tiveram acesso, então a demanda assim, **a quantidade de pacientes que chegavam com 40 anos e nunca tinham ido para o dentista**. (Pricila)

Para quem efetivamente se trabalha na ESF? Talvez a resposta seja a explicação do descrédito atribuído aos profissionais que trabalham na ESF. A literatura traz que um dos desafios para a construção de modelo para o SUS é que a ESF não se torne um subsistema de atenção aos pobres, não deve ser vista e nem realizada como ‘SUS para pobres’. (PAIM, 2001; MALTA e SANTOS, 2003).

Robson, por ser do gênero masculino, também sofre estigma no trabalho e tem dificuldades para realizar as visitas domiciliares, onde se encontram geralmente ‘mulheres donas de casa’.

[...] Já passei situações de visitar mulheres e de **receber você à vontade (despiu-se)** [...] você entra, e aí você tem **que ter um jogo de cintura para saber, para não se acabar todo**. Família, demissão. (Robson)

### **C) A RELAÇÃO DE TRABALHO NA ESF.**

Por se tratar de narrativas de diferentes profissionais, observou-se um panorama geral de relações que se entrelaçavam e revelavam dificuldades no envolvimento dos membros da equipe para o trabalho interdisciplinar, o qual parece ser visto por estes como uma atividade isolada ou agrupamento de profissionais. A realidade complexa proveniente de uma formação e especificidades da ESF requer um esforço de compreensão sob uma óptica e pensamento complexos.

A relação de trabalho na ESF deve se basear na interdisciplinaridade, com uma abordagem questionadora das certezas profissionais, independente do núcleo de saber, com uma comunicação horizontal e permanente entre os membros das equipes, entre equipes e entre os usuários de forma construtiva de um novo *modus operandi* de saúde (COTTA et al., 2006).

Estrada (2007) ao caracterizar o pensamento complexo de Edgar Morin evidencia alguns aspectos referentes à educação. Fazendo analogia com a ESF infere-se que, não se pode reduzir o todo da equipe multiprofissional às disciplinas de cada profissão, nem as partes de cada profissão ao todo da equipe da ESF, devendo ser as relações concebidas numa ideia de recursividade de maneira complementar, concorrente e antagônica.

## 1- O Nasf enquanto parte da equipe

Um ponto consensual entre os profissionais vinculados ao Nasf consistiu na falta de clareza e entendimento por parte dos colegas que compõem a equipe mínima, usuários e, com certa estranheza, os gestores, no que diz respeito ao processo de trabalho desenvolvido por aqueles. Na perspectiva dos profissionais do Nasf, a realidade experienciada não é circunscrita à unidade de saúde pesquisada, haja vista trabalharem em diferentes distritos sanitários.

Realidade que pode ser explicada em parte pela formação dos profissionais de saúde que não receberam nas graduações e pós-graduações os conhecimentos necessários para trabalhar na lógica do apoio matricial (BRASIL, 2014). Por definição, o apoio matricial é uma metodologia de trabalho em saúde que visa assegurar retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

[...] não adianta também investir nessa parte da atenção básica e **não mudar essa postura dos profissionais**. [...] em **relação ao processo de trabalho do Nasf**, o que eu **não sinto é realmente o Nasf dentro dessa equipe** [...] (Roberta)

Essa informação do que é Nasf deveria ter **sido maciço mesmo, desde cima**, certo? [...] **para que os gerentes pudessem passar para as unidades e agente se bate com esses entraves constantemente**. Porque assim, se tiver uma equipe de profissionais [Nasf] reunidos na sala, por exemplo, **acha que a gente está conversando, batendo papo**, porque não conhece. (Eliana)

Os objetivos propostos pelo Nasf incluem o compartilhamento de problemas dos usuários advindos de uma demanda identificada no trabalho conjunto com as eSF, bem como a troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais, a fim de que atuem de forma articulada, dialogada e pactuada e apoiem de forma colaborativa as equipes quanto às intervenções (BRASIL, 2014).

[...] **não sentam para discutir! Eles (Nasf) fazem o deles lá. Uma coisa que eu não concordo são as interconsultas:** como é que eu venho pra uma consulta com você e tem mais dois profissionais a mais, junto. Como eu vou me abrir com você?  
(Angélica)

Se, por um lado, a narrativa acima revela que os profissionais Nasf vêm contrariando seus objetivos de trabalho, por outro lado, os profissionais que conformam a eSF desconhecem as possibilidades de atuação no apoio matricial, e acabam por não desenvolver uma postura proativa e colaborativa para atuarem em uma lógica capaz de integrar as equipes de AB e o Nasf, em um diálogo interdisciplinar.

Ainda neste contexto, uma enfermeira ao ser questionada sobre o Nasf diz: “Eu acho que eles (Nasf) **ficam mais recuados**; quando a gente solicita, eles estão presentes, **mas ficam muito recuados.**” (Camila).

[...] **não me sinto pertencente à equipe desta unidade. Na verdade, assim, em todas as equipes eu não me sinto pertencente.** Eu acho que talvez seja uma visão do que é equipe, não sei, **porque me dou super bem com todo mundo aqui.** [...] a gente [Nasf] acaba até contribuindo com algumas coisas, mas mesmo assim vejo isso meio que fragmentado. É como se tivesse **faltando alguma coisa ainda pra poder encaixar melhor.** (Luíza)

A narrativa desta profissional exhibe um encontro “frio” entre Nasf e equipe saúde da família (eSF), a angústia e os descontentamentos gerados, cujas interações e consequente integração estão comprometidas e talvez, como mecanismo de defesa, o recuo se estabeleça. Os discursos descortinam a complexidade que permeia o trabalho em equipe, pois mesmo a referida profissional Nasf não tendo problemas na relação interpessoal com os membros da eSF, ainda sim, não se sente parte da mesma.

Contudo, para que ocorra a interação é imprescindível que haja encontros, com suas desordens. A ilustração se encontra em Morin (1987, p. 54) quando afirma que “quanto mais cresce

a diversidade e a complexidade dos fenômenos em interação, mais cresce a diversidade e a complexidade dos efeitos e das transformações saídas destas interações”.

A ordem estabelecida na rigidez metodológica de trabalho, por vezes não consegue se unir à ideia de interação, por ignorar que esta perpassa pela desordem com o polo objetivo de irregularidades, instabilidades, erros, e o polo subjetivo do imprevisível, do indeterminado. (ESTRADA, 2007). Correlato ao que é apresentado pelo autor referido, as narrativas apontam que no processo de ordem, e consequente interação dos profissionais NASF entre si e com a eSF, pode e deve acontecer às custas de uma maior desordem.

Portanto, muitas são as potencialidades do Nasf para a produção da qualidade do cuidado, o que torna necessária uma reflexão profunda do trabalho compartilhado desenvolvido por estes profissionais, a fim de driblar as dificuldades e fortalecer o vínculo que precisa ser estabelecido entre Nasf e eSF. (BRASIL, 2014)

## **2- Cada um no seu quadrado: as dificuldades do trabalho interdisciplinar**

MORIN (2013, p. 176) descreve que a ambição da complexidade é “prestar contas das articulações despedaçadas pelos cortes entre disciplinas, entre tipos de conhecimento”. Exemplo do que acontece na equipe multiprofissional da ESF em que o esforço vai além da ligação e ajuntamento de diferentes profissões, cujo saber está compartimentado.

Dada a abrangência de atividades propostas à ESF com ações para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, e tendo como objeto de intervenção a família, demanda-se elevado esforço por parte dos profissionais que trabalham na ESF. (BRASIL, 2002). Bem como, requer desses profissionais alta complexidade de saberes (SILVA e TRAD, 2005).

Os discursos aqui presentes retratam as visões e representações do trabalho em equipe, as relações que se estabelecem no trabalho multiprofissional desenvolvido nas equipes da ESF e o quão desafiador é o trabalho interdisciplinar, aqui entendendo que ainda não se alcançou.

Então, essa minha relação interpessoal com a equipe, é **minha válvula de escape**. Trabalho **em equipe** é **cada um colocar sua ideia, dessa ideia se formar uma só**. A troca de informações gera você mudar o **pensamento coletivo, né?** Então a gente **tem essa equipe, interdisciplinar!** (Fabiane)



É um trabalho de equipe, lá a gente procura um tentar ajudar o outro. **E assim, um escuta o outro, todos dão opinião e agente sempre procura optar pela opinião mais sensata e trabalha todo mundo junto.** (Cléo).

[...] **não pode haver segredo entre nós e a equipe.** Então aqui é definido o papel de cada um. Então eu acho que é bem trabalhado a nossa equipe, é bem unida, bem estruturada [...] na minha equipe fica só no **multiprofissional** mesmo. (Robson)

[...] não tenho muito que dizer somente elogios, assim, em termo da minha equipe, todo mundo trabalha em conjunto. [...] Então assim, **minha equipe é maravilhosa, eles são bem dispostos, trabalham bastante, não deixa a desejar. [...] na verdade se não tivesse esse vínculo da gente, não seria tão bom,** a gente trabalha em conjunto. (Camila)

Pricila reconhece que o trabalhar em conjunto, com diferentes profissões, cada qual exercendo sua competência profissional, é o que mais se aproxima de uma equipe. Desta forma, reafirma o que traz Trad e Rocha (2011) sobre as dificuldades em superar a fragmentação do trabalho e construir uma prática interdisciplinar.

Acaba sendo multiprofissional, porque **mesmo quando eu vou junto com o médico e a enfermeira para a visita, cada um faz seu trabalho lá [...].** Então mesmo que um ajude no trabalho, eu estou ali como dentista, a outra está meio que fazendo sua profissão, que já é um **avanço ter o multiprofissional,** porque antes ficava cada um em sua ilha. Mas interdisciplinar eu acho que tem um grande caminho para chegar. (Pricila)

Se a integração entre os membros da equipe não ocorrer, têm-se um acúmulo de profissões, que não é capaz de se quer sugerir mudança no modelo de atenção, permanecendo este fragmentado, cada profissional em sua caixinha de conhecimentos, centrado na recuperação biológica individual, dando lugar a disputas entre as profissões, tendendo mais ao conflito que a reciprocidade, cooperação e solidariedade. (ALMEIDA e MISHIMA, 2001).

É preciso juntar o princípio dialógico com o hologramático (MORIN, 2013).

O todo da equipe saúde da família está na parte de cada profissional, que está no todo da equipe, como um holograma. Cada profissional independente de sua formação e nível de escolaridade, não é o mesmo depois que interage com outro profissional, pois, a ação de um

provoca reação no outro, num saber ininterrupto, num movimento social do trabalho. É imprescindível a produção das competências profissionais de um indivíduo, para que se possa desenvolver a competência profissional de outro indivíduo.

Neste íterim, dá-se destaque para o profissional dentista, que corroborando com o estudo de Trad e Rocha (2011), expressa sua exclusão do cotidiano do trabalho da equipe e da comunidade.

[...] eu antes **já ouvi em reunião** coisas do tipo: mas você, dentista, fala?! Eu nunca vi uma dentista que participa tanto de reunião como você! **Como se eu não pudesse, não tivesse o direito de opinar, em alguma outra questão que não fosse relacionada à boca, a saúde bucal. [...] então às vezes o restante da equipe não consegue entender que a odontologia também faz parte, parece que é um puxadinho. (Pricila)**

Eu acho que hoje ainda tá um pouco assim, **cada um dentro da sua caixinha**, precisa realmente **trabalhar mais essa interdisciplinaridade**. Pouco a pouco, aquela questão das **interconsultas** que não estão acontecendo, entre os profissionais da equipe. (Roberta)

[...] eu acho que os papéis precisavam estar mais bem definidos. **Bem definidos e ao mesmo tempo interligados, eu acho que falta isso, da equipe ser vista como um todo**, eu acho que não é ainda visto assim. (Eliana)

Natália é incisiva em dizer, numa dimensão macro entre as duas equipes da unidade: “Na verdade, eles não se entendem, **as duas equipes não se juntam [...] Cada um faz o seu trabalho, eu não acho que tem trabalho em equipe**”.

Também foi revelado nas narrativas a existência e configuração da disparidade de poder nas relações interprofissionais e que aparece como dificultador para efetivar a interdisciplinaridade. Um “poder” que não depende somente de possuir uma graduação, pois mesmo tendo profissionais na condição de estudantes universitários, a categoria médica se sobressai nas falas. Silva e Trad (2005) chamam a atenção para o risco potencial quando são mantidas as relações de poder que “engessam” o trabalho coletivo em saúde.

[...] como é NU, **nível universitário, é um médico, parece que as pessoas têm medo de bater de frente**. Gente, não é porque é concursado, não é porque {pausa} **tem a formação dela e eu tive a minha, que eu pude!** Eu tenho que cumprir meu papel e a pessoa tem que cumprir o seu papel. (Silvana)

**Eu não vejo diferença de poder na minha equipe, porque três profissionais são estudantes universitários. Eu acho que é todo mundo igual,** com certeza, eu não vejo diferença nenhuma. (Luciene)

[...] **mas hierarquia** [nível hierárquico de escolaridade] **aqui é mais que a gente, tem muitos que fazem o que querem,** é isso mesmo, quando vai lá à gestão, **a gestão passa a mão na cabeça!** Mas eu acho o seguinte, se você foi contratado pra trabalhar tal hora, você tem que ter suas responsabilidades com aquilo que você fez, então eu acho que você se revolta, ah! [...] **é cada um no seu quadrado.** (Laura).

**Disparidade de poder** eu acredito que exista, porque a **classe médica sempre foi uma classe, talvez por condições de mercado mesmo** [...] por questões salariais e tudo, que a **categoria é bem diferente dos demais. Todos os dentistas** sempre relatam isso: da **dificuldade da interação do dentista especificamente com a equipe como um todo.** (Pricila)

A tomada de decisão centrada nos profissionais de nível superior, destacando o lugar ocupado pela enfermeira, evidencia a disparidade de poder na hierarquia, das regras que são obedecidas, trazendo incertezas quanto à fluidez e efetividade do trabalho em equipe, que sob o olhar da gerente da unidade diz:

**A chefe de equipe é a enfermeira,** geralmente é a enfermeira, entendeu? Então tudo que se passa, é **a enfermeira que dita as regras, junto com o médico, mas sempre a enfermeira e todos obedecem às regras.** Flui muito bem, muito bem. **Cada um faz o seu trabalho, flui muito bem.** (Michele)

Portanto, nota-se que há pouca articulação das ações no cotidiano de trabalho desses profissionais, assim como na interação entre os atores dessa complexa teia de relações, dos agentes de saúde entre si e com os usuários. A interação ainda é mais difícil de ser alcançada, pois “não está normatizada e a priori, requer um compromisso ético e respeito com o outro, com cada um e com todos da equipe e acima de tudo com a clientela” (ALMEIDA e MISHIMA, 2001, p.152).

A ideia do princípio hologramático, o qual ultrapassa o reducionismo que só vê as partes e o holismo que não vê senão o todo (MORIN, 2013), constitui um possível caminho para se alcançar a interdisciplinaridade dentro da ESF.

## D) COGESTÃO E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

### 1- *As coisas aqui não andam: a inadequação do espaço físico de trabalho.*

Todos os discursos foram unânimes em denunciar a estrutura física inadequada da unidade de saúde na qual trabalham, com números insuficientes de consultórios, ausência de sala para procedimentos como nebulização ou aplicação de medicamentos injetáveis (os mesmos são realizados na sala de vacina) e falta de privacidade conferida pelas divisórias entre os consultórios ao invés de paredes de alvenaria, dentre outros. Corroborando com outros estudos, a precariedade das instalações repercute negativamente na realização de atividades preconizadas pela ESF, desumanizando o trabalho e a atenção à saúde (TRAD e ROCHA, 2011; NORA e JUNGES, 2013).

Uma **unidade que precisaria de uma alteração para ontem, para poder fazer um acolhimento melhor, uma triagem melhor, uma parte curativa melhor.** [...] Você trabalhar em um ambiente que você está sentada numa sala e **do nada você sente um mau odor, até você se adoecer**, trabalhando num ambiente desse. (Vanessa)

A ambiência vista como melhoria das condições de trabalho e atendimento, é uma das diretrizes propostas pelo Humanizaus, “ao criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas” (BRASIL, 2013, p. 8).

Os problemas relacionados à ambiência já apontados anteriormente na literatura (NORA e JUNGES, 2013) comprometem todo o processo de trabalho na ESF, pois gera desmotivação em profissionais e gestores e desconforto aos usuários, principalmente no que tange a ausência de privacidade.

Pela **estrutura mesmo do próprio posto** né. [...] porque se falar **muito alto, quem está no outro consultório, está ouvindo**. Então assim, por essa questão, **tem pacientes que acabam falando o desconforto que têm nesse sentido**. (Cléo)

A ausência de nebulizador apareceu nos discursos, contrariando o proposto pelo no manual de estrutura física das unidades básicas de saúde da família (BRASIL, 2008).

Não adianta fazer uma Unidade Básica e **quando chegar aqui não ter uma nebulização.** [...] **Poxa, ninguém é obrigado a ter um nebulizador** em casa, e nem tem dinheiro para isso! (Silvana)

[...] a gente não consegue resolver aqui, por exemplo, na AB a **gente não vê uma nebulização para criança [...] a gente poderia estar realizando aplicação de benzetacil, a gente não pode, não tem como fazer aqui** (Camila).

O discurso dos entrevistados sobre as condições concretas em que eles realizam suas práticas no cotidiano de trabalho, bem como a percepção e vivência da pesquisadora, denuncia a falta de salas para a realização de educação em saúde e reuniões de equipe, e a baixa sintonia do processo de trabalho com os pressupostos da humanização:

[...] as enfermeiras tem uma relação próxima com a gente, as coisas **aqui não andam justamente porque a gente não tem espaço para trabalhar, dificuldade de sala, dificuldade para fazer os grupos**, mas isso não é culpa da gerência, é o local que eles estão. (Eliana)

Aqui a gente **tem uma dificuldade muito grande, porque não tem espaço para grupo**. Então a gente já pensou já, em montar grupo, mas não tem como, **a unidade não proporciona essa possibilidade da gente estar fazendo grupo**, por conta do espaço físico. (Luíza)

[...] **estrutura, é o que é mais complicado aqui**. O acolhimento tem acontecido em outras unidades, mas aqui eu não sei se tá, realmente eu não vi. (Roberta)

A gente não tem um espaço físico realmente para reunir equipe Nasf, médico e enfermeira, pra se reunir e discutir um assunto desses. **Se colocar todo mundo numa sala, metade não entra**. Então fica difícil, **eu fico no acho**, eu acho que o fulano precisava de um psicólogo [...] discutir todo o assunto, para ver qual a estratégia que a gente usa na família. **E isso não está existindo aqui na Unidade**. (Silvana)

Aqui era para **comportar apenas uma equipe**, e mesmo assim faltaria espaço [...] Hoje **nós não temos como fazer uma simples reunião de equipe**; a gente faz na sala, com **toda hora alguém batendo na porta**. **A estrutura física não nos permite... uma sala de espera para fazer, é terrível!** (Angélica)

Camila, em um discurso controverso, justifica a falta de medicação em decorrência da grande demanda de usuários, aspecto também apontado em outros estudos (TRAD e ROCHA, 2011; NORA e JUNGES, 2013). O uso de diminutivos expressa uma percepção que minimiza a violação do direito constitucional à saúde.

[...] remédio, como atende as duas áreas e são duas áreas grandes, então de vez em quando **falta um contraceptivo, falta uma sinvastatina, coisinha assim**, mas coisas poucas, se não tem um, com certeza o outro tem, e o que **vai faltar é bem mais baratinho e pode pagar**, porque o ideal é não faltar né, mas a demanda é grande. (Camila)

Angélica aponta as diversas dificuldades que distanciam o fazer cotidiano dos princípios da humanização em saúde, e com alta sensibilidade fala do ‘peso’ para poder seguir em frente:

**Eu sinto que a gente carrega essa unidade nas costas.** O que falta hoje para os gestores entenderem **o que falta no PSF, é que a estrutura da unidade tem que ser muito melhor**, tem que ser muito melhor. [...] **os arquivos continuam aí adoecendo a recepcionista e a gente, os arquivos quebrados, as gavetas despencando, tudo lotado, falta de ar condicionado naquela sala, a maca está quebrada...** (Angélica)

Segundo Paim (2013) o maior desafio do SUS é político, pois nenhum dos governos após a reforma sanitária tomou como compromisso o SUS em conformidade com o que fora estabelecido na Constituição, haja vista o subfinanciamento do sistema público, o que sugere um cenário não muito otimista para a sua sustentabilidade (PAIM, 2013).

## ***2- Quem me valoriza sou eu!***

A valorização do trabalhador é uma das diretrizes do HumanizaSUS e abrange tanto a visibilidade à sua experiência como a participação do mesmo nos espaços coletivos de gestão (BRASIL, 2013). Os discursos trazem a ideia de uma valorização que não advém do outro, do gestor, ou dos usuários, mas de uma autovalorização:

Quem realmente sabe das necessidades da minha comunidade sou eu que estou todos os dias nela.[...] **Eu me acho importante por isso, gente, eu sou o vínculo!** (Silvana)

**Eu acho que os superiores poderiam valorizar mais o nosso trabalho. Porque as coisas acontecem por conta de nós!** A gente que vai para área, que percebe os problemas, que percebe as dificuldades e vem e passa pra eles. (Cléo)

[...] as pessoas às vezes reclamam, mas reclamam de tudo, como sempre. Tem gente que não reconhece na verdade. Eu como paciente e como profissional, **eu acho um trabalho humanizado, um bom trabalho dos colegas e o meu nem fala, eu já te disse que às vezes eu levo para casa e nem deveria.** (Luciene)

Só por alguns, outros não, **não dão valor para o que eu faço**, ainda sai falando. Alguns pacientes falam, dá um obrigada, agradece, outros não, **a gente pode fazer 100% mas sempre é xingada!** (Natália)

As narrativas, principalmente as dos ACS, referem que o SUS está rendido a ‘velhas práticas eleitorais’. Os marcos legais históricos da profissão são ‘usados’ de forma espúria pelos municípios como moeda de troca política que gera sofrimento, angústia e incertezas para estes profissionais (VIDAL et al., 2015).

A gente não tem o projeto Cuidando do Cuidador, a gente não tem o cuidado quanto à saúde. A gente encaminha as pessoas para o psicólogo, mas **a gente não tem um momento com o psicólogo**, oferecido pela gestão. A gente não tem. **Só é valorizado na época eleitoral, aí é uma valorização total.** (Robson)

**De jeito nenhum, não, o nosso valor só é na hora da campanha política.** Eles sabem a importância da gente, **desse poder que a gente tem dentro da comunidade [...].** (Angélica)

Porque assim, infelizmente **política pública hoje é voto, é voto!** [...] pegar papelzinho pra fazer marcação de consulta, de pegar remédio para o paciente [...]. (Helen).

### **3- Sobre a Política Nacional de Humanização (PNH)**

Ao serem questionados sobre a PNH, percebeu-se o desconhecimento por parte da maioria dos profissionais. Mesmo os que afirmam conhecer a política, numa visão reducionista do escopo de diretrizes e ações, referem-se a ela somente no contexto do acolhimento.

Essa humanização não foi uma que **tinha que fazer o acolhimento**, que na lógica o acolhimento tinha que ser feito por todos os profissionais da unidade? Aí fica assim, **naquele acolhimento assim, chegou, conversou com o profissional, aquele profissional vai a outro profissional e conversa e aí vê.** (Vanessa).

Não, ainda não, aqui não. Só no outro posto que tem o **acolhimento, é entregue 20 fichas todos os dias à tarde** de segunda a quinta, onde um ACS é escalado para ficar **fazendo o acolhimento desse pessoal.** (Michele)

Não, porque eu acho que não só aqui, como nas outras, eu acho que **falta mais acolhimento, porque o HumanizaSUS começa desde a hora que você entra, do porteiro que vai receber, entendeu?** (Eliana)

Eu vejo o acolhimento assim, por exemplo: tem dia que vem mais do que dois de urgência, eu não tenho condições de atender todo mundo, **mas a partir do momento que ouço a queixa do paciente, pelo menos eu prescrevo e oriento qual é o local, que existe um local de 24 horas e tal, eu já considero isso o acolhimento, mas acho ainda muito incipiente.** (Pricila)

Nas percepções supracitadas, o HumanizaSus fica reduzido ao acolhimento praticado de forma incipiente, pois obedece a um formato de distribuição de fichas. Este ainda é realizado, sem parâmetro pré-estabelecido, desconsiderando todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde, o que se opõe ao conceito estabelecido pela PNH. Para esta (BRASIL, 2013) acolher é de forma coletiva, reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, através de uma escuta qualificada, dando prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco, construindo uma relação de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

A gente recebeu o curso, fizemos o curso de humanização em saúde, **mas [...] eu acho que o agente de portaria, ele teria que receber esse curso, ele não recebeu, a recepcionista eu nem lembro se recebeu, porque começa do porteiro para a recepção. Eu vejo pelo andar da carruagem, que esse curso não foi implantado aqui.** (Fabiane)

[...] **todo mundo sabe ouvir um não, mas é como o não é dito.** Então às vezes alguém chega à recepção: ah! Eu tô marcada para médico. **Ah, não veio hoje não. A pessoa faltou ao trabalho, às vezes, o patrão lá não quer saber, não aceita atestado, a pessoa perde o dia, é longe, a criança faltou à escola.** (Cléo)

Pode até ter **feito no papel** (risos), **na prática, o HumanizaSUS não tem nem a metade, falta muito.** Eu acho que eles (o poder público) tratam da saúde, mas, para prestar satisfação, **não tem amor com as pessoas,** não tem aquela coisa, de eu vou fazer, **reconhecer que as pessoas precisam.** (Robson)



**É a forma como você coloca o não, então o HumanizaSUS aqui, uns praticam, outros não,** então se todos compreendessem, praticassem, e eu acho que se **batesse mais nesta tecla, todo mundo,** do porteiro, ao ACS, a pessoa da limpeza, a médica, a enfermeira, a técnica, todos, **faria uma grande diferença.** (Angélica)

Oh, eu **conheço pouco na verdade o HumanizaSUS** mas, pelo que eu conheço, eu **acredito que não. Começando por essa falta de diálogo que a gente não tem com a equipe, né?** (Luíza)

Recente estudo de revisão aponta um engessamento operacional na organização dos serviços, com prejuízo ao acolhimento e integralidade do cuidado. Portanto, para efetivar a PNH torna-se imprescindível que os trabalhadores sejam capazes de transpor e produzir novas maneiras de se conformar o trabalho (BARBOSA et al., 2013).

#### **4- Uma doença sem tratamento: os entraves da referência e contrarreferência**

As narrativas descortinam a realidade da contrarreferência dentro do campo da AB e caracterizam como um entrave na direção de uma atenção humanizada. Robson resume: “Não há contrarreferência. Até vai à referência, mas não volta”.

**Mas isso é uma doença, desde quando a gente começou. Muito já bateu nesta tecla.** Sabe o que observo, porque eu já levei um paciente assim, com a fichinha (referência). Nem leu o que o colega mandou **quanto mais depois do atendimento** ele chegar à conclusão dele para escrever, para o médico daqui continuar. (Angélica)

Olha, a **referência é criada, a contrarreferência é que não é.** [...] não tem um retorno do que foi procedido com aquele paciente. [...] (Vanessa).

Eu encaminho, **eu que faço a ficha,** a referência e envio, quando é um caso que a gente não possa resolver aqui, agora a gente não recebe de volta a contrarreferência, **a gente envia, mas nunca recebe.** (Camila)

[...] eles **falam de boca para o paciente, para ele vir falar aqui,** mas não volta mais não. (Natália)

A ausência de um sistema efetivo de referência e contra referência aos demais níveis de assistência, principalmente no que se refere a exames e/ou consultas especializadas foi apontado por outros autores (TRAD e ROCHA, 2011; NORA e JUNGES, 2013).

## VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, os problemas e conflitos bioéticos apontados abrangeram os discursos e percepções dos profissionais da equipe mínima, além da recepcionista, gerente e profissionais Nasf, que através de seus discursos possibilitou um panorama geral do que permeia a ESF. Os problemas e conflitos embora pouco valorizados neste contexto estão relacionados com os trabalhadores, usuários, gestores e a estrutura da organização de saúde.

É importante mencionar a falta de companheirismo e colaboração entre os membros da equipe, as ações verticalizadas da gestão e as dificuldades em preservar a privacidade do usuário e dos profissionais. Constatou-se que o enfrentamento no que se refere à inadequação física da unidade de saúde, influencia negativamente e distancia o fazer cotidiano de trabalho dos princípios da humanização em saúde.

Os mesmos foram vistos à luz do principialismo, e ferem a beneficência, não maleficência, respeito à autonomia e justiça. Tais problemas e conflitos além de esgarçar o tecido social do trabalho na ESF contribuem na descaracterização da atenção básica. Nesse sentido descortina o quanto ainda é deficiente a compreensão dos profissionais, usuários e gestores do SUS sobre a proposta da estratégia saúde da família e a política de humanização á saúde.

O estudo dá voz a uma bioética que perpassa o ‘Nós’ e o ‘Eles’, ou seja, a minha equipe adversa à outra equipe; a minha comunidade oposta à organização e estrutura da USF; a ousadia de um novo modelo de saúde contrário à medicina e os médicos e as diferentes profissões contradizendo ao NASF.

As histórias narradas evidenciam que apesar de os profissionais terem apontado sua atuação nas práticas cotidianas de saúde, eles se perdem no meio de uma infinidade de atribuições e reforçam os limites enfrentados para efetivar as ações. Para os profissionais desse estudo a ESF que vem sendo realizada atualmente não passa de um ambulatório com consultas previamente agendadas e por isso se tivessem o poder de escolher, não hesitariam ao hospital. Embora a Estratégia Saúde da Família tenha sido idealizada e moldada para fomentar e contribuir na mudança do modelo de assistência á saúde, as narrativas mostraram o quão insuficiente é na prática efetivar tal mudança.

O estudo nos leva a concluir que não tem sido eficaz quando se acrescenta novas categorias profissionais na ESF, a exemplo dos profissionais do Nasf, já que não têm ocorrido as interações necessárias na teia de relações que se entrelaçam entre os profissionais. Na percepção dos trabalhadores da ESF o trabalho tem sido desenvolvido em conjunto, mas cada qual exercendo sua competência profissional, com dificuldades no envolvimento dos membros da equipe, principalmente dado a existência e configuração da disparidade de poder nas relações interprofissionais. As atitudes e as percepções reveladas nos discursos mostrou que o trabalho em equipe não tem avançado na experimentação de trabalho em equipe interdisciplinar.

O trabalho multiprofissional da equipe saúde da família deve ser compreendido sob a óptica da recursividade organizacional, de um fenômeno complexo, em que as interações que se configuram entre a organização e desordem ocorrem simultaneamente de forma complementar, concorrente, antagônica e incerta. Cada profissional deve ser complementar ao outro, perpassando o seu campo de disciplina de modo que aconteça o compartilhar, a troca e conseqüente integração. Ao mesmo tempo são concorrentes, fazendo emergir qualidades, já que ocorre um movimento de superação e de concorrência. Mas também é antagônico, que ao se sobrepor aos demais, pode levar ao conflito e à desordem.

De acordo com os achados a aproximação da bioética com a atenção básica, potencializa a compreensão dos problemas bioéticos e as possibilidades de enfrentamento dos conflitos. Nesse sentido, esse estudo que não teve a pretensão de esgotar a temática, pretendeu instigar o debate sobre a bioética e as relações interprofissionais da ESF, a partir dos dados aqui conhecidos evidencia a necessidade de ampla discussão sobre a temática, com novos estudos para descortinar situações vivenciadas pelos profissionais da ESF no âmbito micropolítico das relações interprofissionais.

## VIII. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 5, n. 9, p. 150-153, ago. 2001.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.
- ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, mar./abr. 2007.
- BARBOSA, G.C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 1, p. 123-127, jan./fev. 2013.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.
- BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. *Princípios de Ética Biomédica*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2013. 574 p.
- BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, jan./mar. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos Humaniza SUS*. Brasília, 2010. 256 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 228 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488/GM*, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. **Diário Oficial da União**, 204, 48-55. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_201.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_201.html).> Acesso em: 10 set.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)> Acesso em 22/12/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 32 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento*, Brasília, v. 1, p.91-97, 1992.

BUCHELE, F; COELHO, E.B.S, organizadoras. *A formação em saúde da família: uma estratégia na consolidação do SUS*. Florianópolis: UFSC, 2010. p. 25-38.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

COSTA, G.D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, jan./fev. 2009.

COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006.

DUARTE, M. L. C.; BOECK, J.N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trabalho, Educação, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 709-720, set./dez. 2015.

ELLERY, A.E.L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: Condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. Fortaleza; 2012. 255 f. [Tese de Doutorado - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina]

ESTRADA, A.A. O pensamento complexo em Edgar Morin - considerações iniciais. *Revista Faz Ciência*, Paraná, v. 9 n. 10, p. 65-74, jul./dez. 2007

FARIA, H. P. et al. *Modelo assistencial e atenção básica à saúde*. 2<sup>a</sup> ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 68 p.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008

FORTES, P. A.C; ZOBOLI, E.L.C.P. (Organizadores). **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2003. 167p. Disponível em:<<https://books.google.com/books>> Acesso em: 06 de maio de 2015.

GARBIN, A.J.I. et al. Ética e atuação profissional: percepção de Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde, Ética & Justiça*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 65-71, 2011.

JAPIASSU H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 217 p.

JUNGES J.R. et al. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 937-944, dez 2008/ jan.2009.

JUNGES, J. R. et al. Hermeneutics of the ethical problems perceived by primary health care professionals. *Revista Bioética*, v. 20, n. 1, p. 97-105, mar. 2012.

JUNQUEIRA, C. R. *Bioética: conceito, fundamentação e princípios*. Unifesp-Una-sus. 2011. 23 p.

KOERICH M.S, MACHADO R.R, COSTA E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto & Contexto Enfermagem*, Santa Catarina, v. 14, p. 106-110, jan./mar. 2005.

KILLINGER C.L.; SANTOS D.N. (organizadoras). *Aprender fazendo: a interdisciplinaridade na formação em saúde coletiva*. Salvador: EDUFBA, 2011. 105p.

MALTA, D.C.; SANTOS, F.P. O programa de saúde da família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 13, n. 4, p. 251-259, out./dez. 2003.

MARQUI, A.B.T. et al. Caracterização das equipes da saúde da família e de seu processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, dez. 2010.

MARTINS, A. R. et al. Relações Interpessoais, Equipe de Trabalho e seus Reflexos na Atenção Básica. *Revista brasileira de educação médica*. [online]. v. 36, suppl. 2, p. 6-12, nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300002>. Acesso em: 01/02/2016

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2010.

MINAYO M .C .S. (organizadora); DESLANDES, S.F; GOMES, R. *Pesquisa social- Teoria, método e criatividade*. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 108 p.

MINAYO-GOMES, C; MACHADO, J.M.H; PENA, P. G. L.:(organizadores). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 433-451.



- MORIN, E. *Ciência com Consciência*. 15 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013. 350 p.
- MORIN, E. *O método 1- A natureza da natureza*. 2ª edição. Publicações Europa-América. Tradução por: MARIA GABRIELA DE BRAGANÇA, 1987. p. 37-86.
- MOTTA, L. C. de S. *O cuidado no espaço-tempo do Oikos: sobre a bioética e a estratégia de saúde da família*. 2012. 119 f. Dissertação. (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC-UFRJ), Rio de Janeiro, 2012.
- MOTTA, L.C.S. et al. Searching for ethos in Family Health Strategy: a bioethical investigation. *Revista Bioética.*, v. 23, n. 2, p. 360-372, 2015.
- NORA. C.R.D.; JUNGES, J.R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, dez. 2013
- PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013.
- PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, v. 5, n. 9, p. 143-146, ago. 2001.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
- PENA, P. G. L.; MINAYO-GOMEZ, C. Premissas para a Compreensão da Saúde dos Trabalhadores no Setor Serviço. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 371-383, 2010.
- PIANCASTELLI, C.H; FARIA, H.P.; SILVEIRA, M.R. O trabalho em equipe. In: Santana, J.P, organizador. *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família*. Brasília: OPAS/Representação do Brasil; 2000. P. 45-50.
- REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. *Bioética para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.153p.
- ROSA, M.V.F.P. C; ARNOLDI, M.A.G.C. *A entrevista na Pesquisa Qualitativa: Mecanismos para validação dos resultados*. 1º ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. 112 p.

SANTOS, M.A.M.; CUTOLO L.R.A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003.

SANTOS, S.S.C. et al. Interdisciplinaridade: a pesquisa como eixo de formação/profissionalização na saúde/enfermagem. *Revista Didática Sistêmica*, Rio Grande do Sul, v. 5, p. 13-22, jan./jun.2007.

SCHERER, M.D. dos A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2004/fev. 2005.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 113-128, 2015.

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 Enfermagem*, v. 11, n. 2, p. 133-42, mai./ago. 2006.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 25-38, set. 2004/fev. 2005.

TRAD, L.A. B; ROCHA, A.A.R.N. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, 2011.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 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. 372-380; 2014a.

VIDAL, S.V. et al. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. *Revista bioética*, v. 22, n. 2, p. 347-357, 2014b

VIDAL, S.V. et al. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 129-140, 2015.

VIEIRA, J. B.; VERDI, M. I. M. Interfaces entre Saúde Coletiva e Bioética a partir de um estudo da publicação de autores vinculados à pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 15, n. 36, p. 21-37, jan./mar. 2011.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e Saúde: Estudo Bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.11, n.4, p.525-531 jul./ago. 2003.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família. São Paulo (BR); 2003. 253 f. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

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 de Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, nov./dez. 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SOARES, F. A. C. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1248-1253, 2012.

## **APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**Problemas e Conflitos Bioéticos no Cotidiano do Trabalho de Profissionais de Equipes de Saúde da Família**” de autoria das pesquisadoras Liliane Elze Falcão Lins Kusterer e Patrícia Aparecida da Silva Valadão. Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo, e antes de assiná-lo, peço que o(a) Sr.(a) leia atentamente cada item deste documento e sinta-se à vontade para realizar os questionamentos que julgar necessário.

Objetivo do estudo: Neste estudo pretendemos avaliar os aspectos éticos e bioéticos envolvidos nas relações do trabalho multiprofissional na Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Lauro de Freitas e sua qualidade de vida.

Para participar deste estudo o (a) senhor (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será entrevistado e essa conversa será gravada, onde terá um código, portanto seu nome não será usado, conhecido ou citado. Será também preenchido um questionário com 36 perguntas breves sobre sua qualidade de vida (SF-36). Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto e serão utilizados apenas para fins de pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos.

A sua participação é voluntária, e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Caso participe, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Também lhe será garantido o direito de, durante as entrevistas, recusar a responder perguntas ou falar de assuntos que possam lhe causar qualquer tipo de desconforto ou sentimentos desagradáveis. Em qualquer momento da pesquisa você poderá solicitar esclarecimento com a pesquisadora Liliane Lins através do número 3286 5574 ou diretamente na Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus.

Possíveis benefícios: O benefício de sua participação nesta pesquisa é contribuir para que os profissionais de saúde da ESF possam compreender as experiências das suas relações interprofissionais, de tal maneira que poderá rever suas práticas, bem como também sob uma nova ótica para os gestores, que na identificação de possíveis conflitos, assim como dos aspectos éticos e bioéticos, poderá traçar alternativas para ajudar a equipe a superá-las. Pretendemos apresentar para

as equipes em forma de seminários os resultados da pesquisa, assim como realizar oficinas sobre a temática.

Desconfortos e riscos: Talvez você se sinta constrangido durante a entrevista e isto pode lhe gerar desconforto. Caso isto ocorra você pode pedir a pesquisadora e a entrevista será encerrada caso deseje. Caso seja necessário, você pode ser encaminhado ao serviço de psicologia do município.

Os resultados da pesquisa serão publicados em periódicos científicos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Qualquer dúvida quanto à realização da pesquisa poderá ser sanada em qualquer momento da mesma. Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o comitê de ética, ou com a pesquisadora responsável, nos endereços abaixo. Caso você concorde em participar da pesquisa, assine esse termo de consentimento.

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa – endereço

Pesquisador(a) Responsável: Prof<sup>ª</sup> Doutora Liliâne Elze Falcão Lins Kusterer

Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus. Fone: (71) 3286-5574.

Pesquisador(a)/Colaboradora: Patrícia Aparecida da Silva Valadão.

Rua Graciosa, nº 7. Centro. Lauro de Freitas, BA- Brasil. Cep:42700-000.

Fone: (71) 3026-2530

Lauro de Freitas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

## APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista Semiestruturada

### 1. DADOS PESSOAIS:

Entrevista nº:

Data: / /

Início:

Término:

a) Código do Participante:

b) Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

c) Idade: \_\_\_\_\_ anos

d) Estado Civil: ( ) casado(a) ( ) solteiro(a) ( ) separado(a) ( ) viúvo(a)

e) Escolaridade:

f) Categoria Profissional:

g) Vínculo empregatício:

h) Formação Profissional:

i) Instituição na qual se graduou:

j) Tempo de formado(a):

k) Cursos de Pós Graduação: ( ) Não ( ) Sim Qual(is): \_\_\_\_\_

l) Jornada de trabalho diária:

m) Tempo de trabalho nesta ESF:

n) Você fuma? Bebe?

### 2-QUESTÕES:

1) Fale pra mim, qual foi a sua trajetória para chegar aqui?

2) No seu entendimento, o que é atenção básica à saúde?

3) Qual o trabalho que você desenvolve aqui? Sua saúde te permite desenvolver as funções inerentes ao seu trabalho ou ela te limita?

4) Dentro do sistema de saúde do município, se você fosse votar na conferência municipal, para a construção e implantação nos anos seguintes, você escolheria? ( ) um hospital municipal ( ) cinco unidades básicas de saúde com a ESF.

5) Como é o trabalho em equipe dentro da Estratégia saúde da Família? Existem diferenças nas relações de “poder” de um profissional para outro?

- 6) Você se sente valorizado pelos gestores? E pelos seus colegas e pacientes, enquanto profissional desta equipe?
- 7) Como é sua relação interpessoal no trabalho de equipe? Como essa relação pode interferir na sua qualidade de vida? (arrogância, intolerância, compreensão...)
- 8) Como é a relação de trabalho dos profissionais que compõem sua equipe?
- 9) Existe alguma coisa que te incomoda na equipe? O quê? Diga para mim se isso repercute na sua saúde física e mental?
- 10) De que forma o gestor vem auxiliando (ou não) na resolução dos conflitos?
- 11) Você tem informação de algum paciente que foi maltratado por algum profissional d equipe? ou vice-versa, algum paciente que maltratou algum profissional?
- 12) Você tem informação de algum problema ético que tenha acontecido nesta equipe, seja com o usuário, sua família e o profissional, seja entre os membros da equipe ou na organização da unidade? Exemplo: (interferência e desrespeito da equipe no estilo de vida das famílias ou usuários; Falta de companheirismo e colaboração entre os membros da equipe; Dificuldades para preservar privacidade por problemas na estrutura física)
- 13) Você já recebeu alguma capacitação em algum momento desde que trabalha na ESF, em que o termo INTERDISCIPLINARIDADE foi citado e explicado? Para você, o que ele diz?
- 14)-Como é feita e em quais casos, a referência e a contra referência dos pacientes?
- 15)- Já foi implantado nesta USF o plano Nacional de Humanização em Saúde?

**Interdisciplinaridade conceito-** Para efeito deste estudo, a interdisciplinaridade é conceituada conforme Japiassu, como um sistema de dois níveis, caracterizado pela intensidade das trocas entre os especialistas, com cooperação e coordenação, da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, bem como a superação das fronteiras disciplinares. Tal interação ocorreria de tal forma que ao final, cada disciplina sairia enriquecida.

## **APÊNDICE C – ARTIGO**

**Problemas e Conflitos Bioéticos no Cotidiano do Trabalho de Profissionais de Equipes de Saúde da Família**

**Problems and Bioethical Conflicts in the Daily Work of the Family Health Strategy Professionals**

**Problemas y Conflictos Bioéticos en el Trabajo Diario de los Profesionales de los Equipos de la Estrategia Salud de la Familia**

Patrícia Aparecida da Silva Valadão

Liliane Elze Falcão Lins Kusterer

### **RESUMO:**

Buscou-se identificar e avaliar os problemas e conflitos bioéticos envolvidos no cotidiano de trabalho de profissionais de duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Estudo qualitativo, realizou-se entrevistas individuais semiestruturadas de 16 profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF) de Salvador, Bahia. A análise de dados utilizou a análise de conteúdo proposta por Bardin, a bioética principialista e o pensamento complexo de Edgar Morin. Identificou-se duas categorias: problemas e conflitos bioéticos no cotidiano de trabalho da eSF e a relação interprofissional na eSF. Na primeira categoria, evidenciou-se falta de companheirismo e colaboração entre os membros da equipe; ações verticalizadas da gestão; e dificuldades em preservar a privacidade do usuário e dos profissionais. Na segunda, destacaram-se a disparidade de poder nas relações interprofissionais e o encontro ‘frio’ entre Núcleo de Apoio e Assistência à Saúde da Família e equipe. Os problemas e conflitos bioéticos identificados ferem os princípios da Bioética, esgarçam o tecido social do trabalho na ESF e contribuem para a descaracterização da atenção básica. A eSF não tem avançado no trabalho em equipe interdisciplinar.

Palavras-chave: 1. Bioética; 2. Estratégia Saúde da Família; 3. Relações Interprofissionais.



## **ABSTRACT**

This study looked for identify and evaluate the problems and bioethical conflicts involved in labor relations of the professionals from two teams of the Family Health Strategy (ESF). Qualitative study, it was work out individual semi-structured interviews of 16 professionals from the team Family Health (eSF) from Salvador, BA. The data analisys used the content analysis proposed by Bardin, the principlism bioethics and the complex thought according Edgar Morin. Two categories were identified: bioethical problems and conflicts in the eSF daily work and the interprofessional relationship in the eSF. In the first category, was evidence lack of companionship and collaboration among team members; verticalized actions of management; and the difficulties in preserving users and professionals privacy. In the second, highlights the power disparity in interprofessionals relations, the 'cold' relations between Core of Support and Assistance to Family's Health (NASF) and staff. The identified problems and bioethical conflicts hurt the principles of Bioethics, in addition to rip the social tissue of the work in the ESF, contributing to the basic care mischaracterization. The eSF isn't advancing in the experimentation of an interdisciplinary team work.

Keywords: 1. Bioethics; 2. Family Health Strategy; 3. Interprofessional Relations.

## **Introdução**

O paradigma do modelo de atenção à saúde no Brasil herdou influências do pensamento médico ocidental do século XVIII e da escola norte-americana flexneriana, centrado na prática médico-assistencial privatista, medicamentosa, hospitalocêntrica, na doença do indivíduo, e fundamentada na especialização da medicina. (Costa et al., 2009; Scherer et al., 2005). O SUS foi apresentado como uma proposta de mudança deste modelo. No contexto de construção e consolidação do SUS, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado, em 1994, pelo Ministério da Saúde e transformado, a partir de 2006, em Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF propõe a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, privilegiando as ações de promoção da saúde, prevenção e riscos de doenças. Os princípios norteadores da ESF são: universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade, participação social e vínculo dos profissionais com os usuários e suas famílias. (Brasil, 2010; Brasil, 2012)

Para substituir a prática assistencial do modelo tradicional, a ESF vem tentando reorientar o foco da assistência que deixa de ser o indivíduo e sua doença e passa a ser este mesmo indivíduo no seu contexto social, econômico e familiar, imerso em um território adscrito, com relações imbricadas com a comunidade (Brasil, 2010). O serviço de saúde onde acontecem as ações começa no território, na área adscrita à Unidade Básica de Saúde, sendo necessária uma equipe multiprofissional (eSF) composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode-se acrescentar ainda o cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, dentre outros. Em muitos municípios, as Unidades Básicas de Saúde apresentam, além da equipe mínima, profissionais de recepção, de serviços gerais, guarda ou porteiro, profissional para dispensação de medicamentos da farmácia, além de outros profissionais do Núcleo de Apoio e Assistência à Saúde da Família (NASF), como nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, dentre outros (Brasil, 2010, Brasil, 2011). A pluralidade e complexidade do processo de trabalho no contexto da ESF torna imprescindível uma inter-relação pessoal intensa com o usuário, em que a dimensão subjetiva destes trabalhadores que lidam com o sofrimento humano é fortemente requerida (Minayo et al., 2011).

O sucesso da ESF deve-se em grande parte ao denominado trabalho em equipe e na oferta de um atendimento integral de saúde com maior resolutividade, o que exige dos profissionais que a compõem uma comunicação efetiva e cooperação mútua (Costa et al., 2009). O trabalho em equipe na ESF favorece ao aproveitamento das competências profissionais e habilidades humanas, à

medida que, com interação e empatia, é possível um olhar mais ampliado por parte dos profissionais, instigando o trabalho coletivo e estruturando melhor as ações em saúde e produzindo ação interdisciplinar no trabalho em equipe (Duarte e Boeck, 2015).

Muitas são as dificuldades enfrentadas no processo de trabalho dos membros da ESF, como a falta de sensibilização, interação das pessoas para o trabalho coletivo e a individualidade e autonomia de cada profissão (Marqui et al., 2010). O fato de diferentes profissionais, ciências ou “disciplinas” trabalharem em conjunto não garante a produção de novo conhecimento ou até mesmo a troca de conhecimentos entre as partes envolvidas (Santos et al., 2007).

A dimensão ética das ações de saúde contextualiza-se nas relações com colegas de trabalho, com o paciente e com os familiares destes, uma vez que as relações são moldadas por princípios, valores, ideais e conceitos de cada membro da equipe e usuário. A abordagem de conflitos éticos na saúde pode ser feita seguindo os quatro princípios da bioética, norteando discussões, decisões, procedimentos e ações na esfera dos cuidados da saúde (Koerich et al., 2005). Problemas bioéticos foram identificados nas relações da eSF, em que a identidade dos sujeitos no trabalho não é tão clara como em outros serviços de saúde. (Silva et al., 2006). A literatura tem dedicado pouco espaço aos problemas e conflitos bioéticos dentro da atenção básica (Vidal et al., 2014a; Vidal et al., 2014b) que podem esgarçar o tecido social da ESF. A compreensão da micropolítica das relações entre os profissionais que compõem a equipe poderá aprimorar o modelo assistencial vigente na atenção básica no SUS.

Este trabalho teve o objetivo de identificar e avaliar os problemas bioéticos envolvidos no cotidiano de trabalho de profissionais de uma equipe de saúde da família de uma Unidade de Saúde localizada na região metropolitana de Salvador – Bahia.

## **Métodos**

Este estudo de natureza descritiva e qualitativa situa-se no constructo significados das interações do cotidiano de trabalho dos profissionais da ESF. A abordagem qualitativa traz o universo subjetivo que permeia o ser humano, repleto por significados, motivos, aspirações, crenças, valores e comportamentos e é capaz de captar o que vai além do quantificável, sendo os seus resultados não traduzíveis em números (Minayo, Deslandes e Gomes, 2008). Esta pesquisa, financiada com bolsa de estudo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

(CAPES), é resultado de dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia.

O trabalho de campo ocorreu em uma unidade básica de saúde localizada numa comunidade da região metropolitana de Salvador, Bahia, que contém duas equipes de ESF. A coleta de dados transcorreu entre os meses de fevereiro a outubro de 2015, abordando profissionais das duas equipes e do NASF, incluindo apenas aqueles que atuavam há pelo menos seis meses, independente do vínculo empregatício. Foram entrevistados dezesseis sujeitos de diferentes categorias profissionais, de ambos os sexos, na faixa etária de 28 a 53 anos, com destaque para o tempo de atuação numa média de 6,7 anos na Atenção Básica, sendo uma enfermeira, uma médica, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, uma psicóloga, uma assistente social, uma nutricionista, uma dentista, cinco agentes comunitários do gênero feminino e um do gênero masculino e a gerente da unidade.

Foi utilizada a técnica de pesquisa da entrevista semiestruturada, com roteiro semi-dirigido que continha questões norteadoras relativas ao objeto de pesquisa e dados sócio-demográficos. (Minayo, 2010). Este trabalho transcorreu sob a óptica da autora enquanto trabalhadora do serviço público, investida como gestora de um distrito sanitário com quatro equipes da ESF, por cerca de três anos.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, obedecendo a pausas, silêncio, risos, hesitações, entre outros, pois “todos os fatos são importantes e nada deve sofrer exclusão” (Rosa et al., 2008).

A produção de dados também se deu por meio da observação em campo, com anotações no diário de campo acerca do processo de trabalho e das relações e interações que se desenvolvem na Unidade de Saúde da Família. Segundo Laplantine (2004, p.29) mesmo a forma mais rigorosa da observação “muito rapidamente, de tudo aquilo que foi visto ou dito restaria apenas uma vaga lembrança.”.

O método de análise de conteúdo foi escolhido para o tratamento e análise do material gerado pelas entrevistas, objetivando-se fazer a busca dos sentidos do documento transcrito em suas variedades de interpretações. A análise categorial temática perpassou por três diferentes fases, desde a pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados, interpretação e inferência. A informação contida nas mensagens foi tratada, de forma a permitir ver além daquilo que se escutou

ou se leu, trabalhando com vestígios, significações e significantes, por trás das palavras. Após os desmembramentos temáticos, classificou-se e dividiu-se as significações do discurso em categorias, orientados pela dimensão da análise e determinada pelo objetivo do estudo (Bardin, 2009). Para aprofundar a análise, este artigo se ancorou principalmente nos estudos de Beauchamp e Childress (2013) e em alguns elementos da teoria de Morin (2013).

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, número do Parecer 693.112, de 21/06/2014. Aos entrevistados foi garantido o anonimato com o uso de nomes fictícios, a liberdade para retirar sua autorização para utilização dos dados na pesquisa e a garantia do emprego das informações somente para fins científicos. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente foram esclarecidos dos objetivos do estudo e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, após a anuência, foi por eles assinado.

## **Resultados e Discussão**

Após o tratamento analítico do material empírico produzido nos discursos, emergiram duas unidades temáticas por categorias de análise: “Problemas e conflitos bioéticos no cotidiano de trabalho da equipe de Saúde da Família” e “A relação interprofissional na equipe de Saúde da Família”. As unidades temáticas foram desmembradas, classificando-se e dividindo-se as significações do discurso em categorias (Bardin, 2009), como apresentado a seguir.

## **Problemas e conflitos bioéticos no cotidiano de trabalho da equipe de Saúde da Família ESF**

Ao considerar todo o contexto de reestruturação e reorganização da atenção básica a partir da ESF, emergiram questões de ordem ética e bioética atinentes ao processo de trabalho. As narrativas a seguir trazem problemas e conflitos bioéticos relacionados tanto aos usuários, profissionais, gestores, quanto à organização do sistema de saúde. Optou-se por utilizar o termo bioético para não adentrar nos meandros do debate teórico sobre a relação, distinções e similaridades dos campos de saberes entre ética e bioética, de semelhante modo como fizeram Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009).

### **1 - Problemas e conflitos bioéticos nas relações profissionais e usuários**

Alguns problemas bioéticos na relação com o usuário, já descritos na literatura (Zoboli, 2003) foram evidenciados neste estudo, como a dificuldade para o agente comunitário de saúde preservar o segredo profissional, desrespeito do profissional para com o usuário, discutir detalhes da situação clínica do usuário na sua frente e dificuldade em estabelecer limites na relação profissional-usuário.

O pessoal que já tem tempos comigo, está tranquilo, eu consigo entrar na casa, revirar os remédios, pegar receita. Gente que não quer que jogue a receita fora, receita de mil novecentos e antigamente, aí eu já consigo. Não, essa daqui já não serve mais, rasgo e jogo fora [...] (Silvana).

Na fala de Silvana o vínculo que propicia uma aproximação com o indivíduo é visto como submissão do paciente ao agir profissional. Observa-se um conflito na ação da profissional que deixa margem entre o agir com beneficência, minimizando os riscos da medicalização e a ausência de respeito à autonomia do usuário. Sua prática deveria buscar incorporar os princípios bioéticos para que seu cotidiano de trabalho fosse menos conflituoso. O excesso de vínculo estabelecido entre profissional e usuário, principalmente em se tratando do ACS, foi identificado por Junges e colaboradores (2012) como problema bioético.

A comunidade me diz horrores, horrores, mas em respeito ao CREMEB dela (médica) eu acredito que quando a pessoa entra na sala não diz a ela nem a metade do que me disse do lado de fora. As pessoas reclamam o tempo todo do horário de chegada, mas não tem coragem de dizer a ela (médica). (Silvana)

Aguarde só um minutinho, me deixa terminar essa marcação que eu vou dá um jeitinho, mas tem semana que está difícil, não dá não, que a agenda é muito

apertada. (Natália)

Lógico que não dá conta, lógico que não [...] É muita gente, não consegue atender todo mundo, isso não, não tem esse bom! (Angélica)

Silvana, Angélica e Natália retratam o conflito gerado pelo descumprimento de horário da profissional médica, que fere a beneficência e reitera relações assimétricas de subordinação, evidenciando a disparidade de poder da categoria profissional médica em relação a outras categorias profissionais. Segundo Trad e Rocha (2011), na dinâmica das equipes da ESF encontra-se relações de poder moldadas pelas diferenças de classes ou do poder corporativo dos diversos profissionais.

O problema bioético surge no conflito entre o que é prescrito, como a quantidade de atendimentos definida em protocolos e o real, da excessiva demanda de usuários na busca de ações de recuperação de saúde. Junges e colaboradores (2012) constataram que a grande demanda de usuários compromete a integralidade e singularidade da atenção à saúde.

As narrativas sobre a confidencialidade direcionam ao princípio de respeito à autonomia, ameaçando o relacionamento de confiança entre profissional e paciente. A não garantia do sigilo e a preocupação com o respeito à confidencialidade das informações vêm sendo identificados na literatura como problemas bioéticos (Siqueira-Batista et al., 2015; Motta et al., 2015).

Acontece de vazar informações, da falta de ética de alguns profissionais. De paciente estar passando por um problema (pausa) uma doença infectocontagiosa, uma DST e ser comentado fora, já vi acontecer. (Fabiane)

Eu já assisti algumas vezes, falta de ética da forma de tratar o assunto da paciente na recepção. De você dizer o que a pessoa tem, tratou dentro da sala e sair, eu achei um absurdo [...] (Angélica)

A violação do direito de confidencialidade do paciente acontece quando o profissional a quem se revelou diretamente uma informação, neste caso, uma DST, não protege essa informação e a revela a terceiros sem o consentimento do paciente (Beauchamp e Childress, 2013). Além disso, dado o contexto de violência e tráfico de drogas em que se encontra a área adscrita desta unidade de saúde, onde escutar um segredo pode ser perigoso; o sigilo entre profissional e usuário pode se configurar em um problema bioético. Robson expressa um receio legítimo decorrente de ter-lhe sido comunicado, voluntariamente pelo usuário, informações de sua vida pessoal.

E ainda tem o perigo o seguinte, de alguém lhe contar um segredo e da outra vizinha ficar sabendo por outros meios e alguém achar que foi você. (Robson)

## 2 - Problemas e conflitos bioéticos nas relações entre os profissionais no domínio da equipe.

Foram identificados problemas e conflitos bioéticos que revelam desacordos entre os membros das equipes, falta de compromisso dos profissionais que atuam na ESF, falta de companheirismo e colaboração entre as equipes, desrespeito entre os integrantes da equipe, despreparo dos profissionais para trabalhar na ESF, dificuldades para delimitar as especificidades e responsabilidades de cada profissional, como também apontados por Zoboli (2003). A existência de problemas na relação interna e entre equipes de saúde da família, também foi descrita no estudo de Cotta e colaboradores (2006). Na narrativa abaixo, Silvana identifica um conflito bioético quando refere que a médica recusa a realizar visita domiciliar. Esta é uma importante intervenção da equipe e uma das atribuições do médico, que fere o princípio da beneficência ao não realizar.

Porque eu estou achando que a nossa equipe está um pouco dispersa ultimamente. [...]. Essa questão da médica não ir para área para visita, tá um conflito. A gente tem uma população de acamados. [...] a médica é um pouco difícil para a gente dialogar. Ela muda a agenda dela, ao gosto dela. (Silvana).

A visita domiciliar, como traz Motta (2012), tem como função aproximar profissional e usuário na realidade social, cultural e dinâmica das famílias e visa consubstanciar ações preventivas, curativas, de promoção e de reabilitação dos indivíduos. Além disso, a comunicação deficiente impossibilita o consenso na equipe e compromete o cotidiano de trabalho.

A médica fere também a não maleficência na dificuldade de diálogo com a equipe, inclusive não disponibilizando a agenda que, neste caso, é um livro de marcação que deveria ficar na recepção e toda e qualquer mudança deveria ser discutida com a equipe.

Em alguns momentos transpareceram conflitos velados no domínio entre as duas equipes pertencentes à mesma unidade de saúde. Esses conflitos ferem o princípio da não maleficência.

Porque a nossa equipe sempre fez mais atividades do que a outra equipe. Então isso criou meio que um atrito, por acontecer essas coisas, da gente convocar mais, da gente fazer mais eventos, essas coisas. [...] (Vanessa)



Durante o trabalho de campo, pôde-se perceber a dinâmica das relações que se conformam entre os profissionais das duas equipes pertencentes à unidade. Em apenas uma delas os profissionais tinham grau de interação satisfatório, com relações interpessoais saudáveis e trocas constantes, apesar destas serem geralmente de caráter técnico. Tal contexto vem sendo modificado por problemas externos, ocasionando desequilíbrio da equipe e conseqüente conflito, deixando margem a dúvidas no desenvolvimento das ações.

[...] conflito na equipe que influenciou na nossa condição psicológica e física (pausa) não foi interno da equipe, foi de fora para dentro. Porque nota-se a equipe muito unida e tentam ver se a gente tem um ponto fraco e a gente não deixa essas pessoas, essas situações tirar nossa união. (Fabiane)

Já passamos por situações de problemas não esclarecidos, não resolvidos, de pessoas de cara fechadas com as outras pessoas e mesmo assim desenvolver atividades normalmente. (Robson)

As relações interpessoais têm caráter complexo e devem ser discutidas e vivenciadas no âmbito da eSF de forma reflexiva e participativa, para possibilitar avanços significativos nas dinâmicas de trabalho (Martins et al., 2012). Na visão dos entrevistados, ocorre um conflito bioético exemplificado pela falta de companheirismo e colaboração entre as equipes, caracterizado pela dificuldade de comunicação, presença de fofocas e baixo grau de interação entre as categorias profissionais, os quais contrariam o princípio da não maleficência.

O que me incomoda, às vezes, é a falta de comunicação. Os encaminhamentos para nós, eles são feitos em um papel. Não existe aquele diálogo para saber por que está encaminhando. (Luíza)

As fofocas, ah! As fofocas, porque sempre tem que ter uma fofquinha, que termina falando: aí se eu tivesse outro trabalho sairia [...] aí causa aquela indiferença dos colegas, tem dia que é chato isso. (Natália)

A minha auxiliar daqui da Unidade A, que é minha unidade de origem, eu tenho certo problema, não com a pessoa dela, mas pela questão do profissionalismo. [...] compromete muito meu processo de trabalho. (Pricila)

Ressalta-se que mesmo a alocação de novos recursos humanos ao longo da história da ESF, como os profissionais NASF e saúde bucal, não confere responsabilidade coletiva ao trabalho. Os

discursos acima transcritos bem como em outros estudos revelam a “fragmentação do processo de trabalho com a realização de ações justapostas e isoladas, havendo assim o risco dos profissionais se isolarem em seus núcleos de competência” (Motta, 2012. p.62).

Embora os princípios e as regras ofereçam diretrizes a serem seguidas, as virtudes e ideais morais na vida profissional dependem de outros fatores, como a compaixão, o discernimento, a confiabilidade e a integridade. A cada profissão está inerente sua história sustentada por uma tradição que, no caso da medicina e enfermagem, incorpora expectativas sociais sob um viés paternalista (Beauchamp e Childress, 2013).

### 3 - Problemas e conflitos bioéticos nas relações entre profissionais e gestores.

A organização dos serviços de saúde também pode ser considerada um desafio ético, em que estão presentes inúmeros problemas bioéticos. Nas palavras de Junges e colaboradores (2012, p.103): “o sistema de saúde foi planejado para resolver as necessidades em saúde como um direito do usuário e dever do Estado, o que exige nova lógica organizacional e novos paradigmas gerenciais”.

Como apontado nas falas, o princípio bioético de respeito à autonomia não é atendido à medida que a gestão, a nível macro de secretaria municipal de saúde, determina, com ações verticalizadas, o que vai ser executado pela equipe dentro da ESF. Segundo Duarte e Boeck (2015), esta é uma forma de gestão autoritária, diretiva, centrada na hierarquia e na burocracia.

Nós ultimamente sentamos nas reuniões de equipe mais para discutir o que vem da secretaria de lá para cá, do que os casos aqui na área. (Silvana)

A nossa dificuldade é quando vem de cima para baixo. [...] Eles (gestão) fazem assim, eles fazem as ações, mandam para gente, a gente tem que se virar naquele momento ali da reunião e decidir o que nós vamos fazer. (Vanessa)

Eu acho que a gestão causa mais os conflitos do que (risos) ajuda a resolver. (Robson)

O que me incomoda um pouco na equipe no momento, é que eles estão um pouco (pausa) digamos assim, descreditados em relação ao gestor municipal, isso acaba interferindo um pouco [...] (Camila)

A gestão local em nível de unidade Saúde da Família também enfrenta problemas bioéticos que perpassam pelas relações de poder, tanto no reconhecimento de autoridade, quanto na disputa pelo cargo, indo de encontro ao princípio bioético de respeito à autonomia.

[...] já passei por um conflito da técnica não aceitar que eu colocasse os materiais de curativo dentro de um armário e colocasse o caderno para ter o controle [...] de querer distribuir para todos, para qualquer um. (Michele)

Você vê assim, por exemplo, a questão de disputa de poder para chefiar uma unidade, da profissional (enfermeira) querendo tirar a gerente, essa para mim é mais clássica, tenta 'queimar' a nossa gerente lá na gestão (secretaria municipal de saúde). (Helen)

Na fala de Angélica, têm-se a gestão ferindo o princípio bioético da justiça, no não acesso a serviços de saúde especializados e falta de medicação, o que contraria a integralidade e universalidade do SUS.

A médica atende, passa os exames, aí a pessoa leva seis meses, um ano, pra marcar aqueles exames que ela pediu. Aí a medicação que ela passou tipo do hipertenso, do diabético, como estava aí essa semana toda, não teve. [...] (Angélica)

#### 4. O problema bioético da ausência de privacidade

As narrativas revelam um conflito bioético na salvaguarda da privacidade dos pacientes gerado pela inadequada estrutura física das unidades, desde a sala da recepção aos consultórios, corroborando com o estudo de Zoboli e Fortes (2004). O referido conflito de entrave ao desenvolvimento das ações em saúde, apresentado como consequência de um problema bioético infraestrutural, já fora apontado também na metassíntese realizada por Nora e Junges (2013).

A falta de privacidade das salas, por exemplo, sim. [...] têm salas que não são preparadas para atendimento a clientes; psicóloga atende, de forma, ali no corredor [...] Então assim, falta estrutura até para você ter uma ética profissional aqui. (Fabiane)

O que a médica fala, dá para ouvir fora e vice-versa. A estrutura pode causar muito constrangimento. [...] às vezes a gente acabou de fazer a reunião e a outra equipe já sabe o que a gente falou. (Robson)

[...] a estrutura da unidade, ela gera essa questão mais coloquial, corriqueira, sem profissionalismo, não é sem profissionalismo, mas assim, deixa aquela coisa assim, mais à vontade, entre aspas. (Helen)

O direito de privacidade, num conceito mais abrangente, é a limitada inacessibilidade física ou a informações. Considerado uma especificação do princípio de respeito à autonomia, refere-se a um grupo de direitos pessoais de não ser observado, não ser escutado, não ser perturbado (Beauchamp e Childress, 2013).

Todos os discursos anteriores remontam às dificuldades para se preservar a privacidade dos pacientes e dos profissionais frente a uma estrutura física inadequada. Na referida unidade de saúde, em uma das salas usada como consultório, principalmente pelo serviço de psicologia, existem divisórias ao invés de paredes de alvenaria. No imaginário dos profissionais isso confere um trabalho sem ética, sem profissionalismo, como discorre Helen, médica de uma das equipes. Tal questão toma maiores proporções por se tratar da Estratégia Saúde da Família, uma vez que se fala em território adscrito, atendimento a famílias e consequentes vizinhos e amigos, numa trama de relações que podem ser gravemente danificadas. Portanto, uma equipe de saúde da família qualificada para enfrentar seus conflitos bioéticos e operacionalizar as ações que são a elas atribuídas de forma ética e interdisciplinar pode desenvolver um trabalho com resultados que mudem a realidade de saúde da população (Alves, 2005). Nesse sentido, destaca-se a abordagem da bioética - entendida como eixo transversal na formação em saúde - como parte da educação permanente da equipe de trabalho da ESF, de maneira a empoderar e instrumentalizar os profissionais, facilitando a atuação na realidade de relações conflituosas (Vidal et al, 2015).

## **A relação interprofissional na equipe de Saúde da Família.**

Por se tratar de narrativas de diferentes profissionais, observou-se um panorama geral de relações que se entrelaçavam e revelavam dificuldades no envolvimento dos membros da equipe para o trabalho interdisciplinar, o qual parece ser visto por estes como uma atividade isolada ou agrupamento de profissionais.

A interprofissionalidade compreendida como a atuação de diferentes profissionais, com a autoridade profissional individual, bem como o código de ética e a cultura profissional, interage nas áreas comuns onde todos tenham um conhecimento independente da especialidade, envolvendo a integração de saberes e colaboração interprofissional. (Ellery, 2012)

A realidade complexa proveniente de uma formatação e especificidades da ESF requer um esforço de compreensão sob uma óptica e pensamento complexos. Fazendo analogia do pensamento complexo de Edgar Morin com a ESF, infere-se que não se pode reduzir o todo da equipe multiprofissional às vertentes dos saberes de cada profissão, nem as partes de cada profissão ao todo da equipe da ESF, devendo ser as relações concebidas numa ideia de recursividade de maneira complementar, concorrente e antagônica.

### **1 - O NASF enquanto parte da equipe**

Um ponto consensual entre os profissionais vinculados ao NASF consistiu na falta de clareza e entendimento por parte dos colegas que compõem a equipe mínima, usuários e, com certa estranheza, os gestores, no que diz respeito ao processo de trabalho desenvolvido por aqueles. Na perspectiva dos profissionais do NASF, a realidade experienciada não é circunscrita à unidade de saúde pesquisada, por trabalharem em diferentes distritos sanitários. Esta realidade pode ser explicada, em parte, pela formação dos profissionais de saúde que não receberam nas graduações e pós-graduações os conhecimentos necessários para trabalhar na lógica do apoio matricial (Brasil, 2014). Por definição, o apoio matricial é uma metodologia de trabalho em saúde que visa assegurar retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (Campos e Domitti, 2007).

[...] não adianta também investir nessa parte da atenção básica e não mudar essa postura dos profissionais. [...] em relação ao processo de trabalho do NASF, o que eu não sinto é realmente o NASF dentro dessa equipe [...] (Roberta).

Essa informação do que é NASF deveria ter sido maciço mesmo, desde cima, certo? [...] para que os gerentes pudessem passar para as unidades e agente se bate com esses entraves constantemente. (Eliana)

Os objetivos propostos pelo NASF incluem o compartilhamento de problemas dos usuários advindos de uma demanda identificada no trabalho conjunto com as eSF, bem como a troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais, a fim de que atuem de forma articulada, dialogada e pactuada e apoiem de forma colaborativa as equipes quanto às intervenções (Brasil, 2014).

[...] não sentam para discutir! Eles (NASF) fazem o deles lá. Uma coisa que eu não concordo são as interconsultas: como é que eu venho pra uma consulta com você e tem mais dois profissionais a mais, junto. - Como eu vou me abrir com você?! (Angélica)

Se, por um lado, a narrativa acima revela que os profissionais NASF vêm contrariando seus objetivos de trabalho, por outro lado, os profissionais que conformam a eSF desconhecem as possibilidades de atuação no apoio matricial e acabam por não desenvolver uma postura proativa e colaborativa para atuarem em uma lógica capaz de integrar as equipes de Atenção Básica e o NASF, em um diálogo interdisciplinar. Ainda neste contexto, uma enfermeira ao ser questionada sobre o NASF diz:

“Eu acho que eles (NASF) ficam mais recuados; quando a gente solicita, eles estão presentes, mas ficam muito recuados”. (Camila)

[...] não me sinto pertencente à equipe desta unidade. Na verdade, assim, em todas as equipes eu não me sinto pertencente. Eu acho que talvez seja uma visão do que é equipe, não sei, porque me dou super bem com todo mundo aqui. [...] É como se tivesse faltando alguma coisa ainda pra poder encaixar melhor. (Luíza)

A narrativa da Luíza exibe um encontro “frio” entre NASF e equipe saúde da família (eSF), a angústia e os descontentamentos gerados, cujas interações e consequente integração estão comprometidas e talvez, como mecanismo de defesa, o recuo se estabeleça. Os discursos descortinam a complexidade que permeia o trabalho em equipe, pois mesmo a referida profissional NASF, não tendo problemas na relação interpessoal com os membros da eSF, ainda sim não se sente parte da mesma. Contudo, para que ocorra a interação é imprescindível que haja encontros, com suas desordens. Morin (1987, p. 54) ilustra essa situação quando afirma que “quanto mais cresce a

diversidade e a complexidade dos fenômenos em interação, mais cresce a diversidade e a complexidade dos efeitos e das transformações saídas destas interações”.

A ordem estabelecida na rigidez metodológica de trabalho por vezes não consegue se unir à ideia de interação, por ignorar que esta perpassa pela desordem com o polo objetivo de irregularidades, instabilidades, erros, e o polo subjetivo do imprevisível, do indeterminado (Estrada, 2007). Correlato ao que é apresentado pelo referido autor, as narrativas apontam que o processo de ordem e consequente interação dos profissionais NASF entre si e com a eSF, pode e deve acontecer às custas de uma maior desordem. Portanto, como afirma o Ministério da Saúde (Brasil, 2014), muitas são as potencialidades do NASF para a produção da qualidade do cuidado, o que torna necessária uma reflexão profunda do trabalho compartilhado desenvolvido por estes profissionais, a fim de driblar as dificuldades e fortalecer o vínculo que precisa ser estabelecido entre NASF e eSF.

## 2 - *Cada um no seu quadrado*: as dificuldades do trabalho interdisciplinar

Morin (2013, p. 176) descreve que a ambição da complexidade é “prestar contas das articulações despedaçadas pelos cortes entre disciplinas, entre tipos de conhecimento”. Exemplo do que acontece na equipe multiprofissional da ESF em que o esforço vai além da ligação e ajuntamento de diferentes profissões, cujo saber está compartimentado.

A abrangência de atividades propostas à ESF com ações para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, tendo como objeto de intervenção a família, demanda elevado esforço por parte dos profissionais que trabalham na ESF (Brasil, 2002). Bem como requer desses profissionais alta complexidade de saberes (Silva e Trad, 2005).

Os discursos aqui presentes retratam as visões e representações do trabalho em equipe, as relações que se estabelecem no trabalho multiprofissional desenvolvido nas equipes da ESF e o quão desafiador é o trabalho interdisciplinar.

É um trabalho de equipe, lá a gente procura um tentar ajudar o outro. E assim, um escuta o outro, todos dão opinião e a gente sempre procura optar pela opinião mais sensata e trabalha todo mundo junto. (Cléo).

[...] não pode haver segredo entre nós e a equipe. Então aqui é definido o papel de cada um. [...] na minha equipe fica só no multiprofissional mesmo. (Robson)

[...] eu acho que os papéis precisavam estar mais bem definidos e ao mesmo tempo

interligados, eu acho que falta isso, da equipe ser vista como um todo, eu acho que não é ainda visto assim. (Eliana)

Pricila reconhece que o trabalhar em conjunto, com diferentes profissionais, cada qual exercendo sua competência, é o que mais se aproxima de uma equipe. Desta forma, reafirma o dito por Trad e Rocha (2011) sobre as dificuldades em superar a fragmentação do trabalho e construir uma prática interdisciplinar.

Acaba sendo multiprofissional, porque mesmo quando eu vou junto com o médico e a enfermeira para a visita, cada um faz seu trabalho lá [...] já é um avanço ter o multiprofissional, porque antes ficava cada um em sua ilha. Mas interdisciplinar eu acho que tem um grande caminho para chegar. (Pricila)

É preciso juntar o princípio dialógico com o hologramático (Morin, 2013). O todo da equipe saúde da família está na parte de cada profissional, que está no todo da equipe, como um holograma. Cada profissional, independentemente de sua formação e nível de escolaridade, não é o mesmo depois que interage com outro profissional, pois a ação de um provoca reação no outro, num saber ininterrupto, num movimento social do trabalho. É imprescindível a produção das competências profissionais de um indivíduo, para que se possa desenvolver a competência profissional de outro indivíduo. Neste ínterim, dá-se destaque para o profissional dentista, que corroborando com o estudo de Trad e Rocha (2011), expressa sua exclusão do cotidiano do trabalho da equipe e da comunidade.

[...] eu antes já ouvi em reunião coisas do tipo: mas você, dentista, fala?! Eu nunca vi uma dentista que participa tanto de reunião como você! Como se eu não pudesse, não tivesse o direito de opinar, em alguma outra questão que não fosse relacionada à boca, a saúde bucal. [...] então às vezes o restante da equipe não consegue entender que a odontologia também faz parte, parece que é um puxadinho. (Pricila)

As narrativas também revelaram a configuração da disparidade de poder nas relações interprofissionais que aparece como dificultador para efetivar a interdisciplinaridade. Um “poder” que não depende somente de possuir uma graduação, pois mesmo tendo profissionais na condição de estudantes universitários, a categoria médica se sobressai nas falas. Silva e Trad (2005) chamam



a atenção para o risco potencial quando são mantidas as relações de poder que “engessam” o trabalho coletivo em saúde.

[...] como é NU, nível universitário, é um médico, parece que as pessoas têm medo de bater de frente. Gente, não é porque é concursado, não é porque {pausa} tem a formação dela e eu tive a minha, que eu pude! (Silvana)

Eu não vejo diferença de poder na minha equipe, porque três profissionais são estudantes universitários. Eu acho que é todo mundo igual, com certeza, eu não vejo diferença nenhuma. (Luciene)

[...] mas hierarquia [nível hierárquico de escolaridade] aqui é mais que a gente, tem muitos que fazem o que querem, é isso mesmo! (Laura)

Disparidade de poder eu acredito que exista, porque a classe médica sempre foi uma classe, talvez por condições de mercado mesmo [...] por questões salariais e tudo, que a categoria é bem diferente dos demais. (Pricila)

A tomada de decisão centrada nos profissionais de nível superior, destacando o lugar ocupado pela enfermeira, evidencia a disparidade de poder na hierarquia, das regras que são obedecidas, trazendo incertezas quanto à fluidez e efetividade do trabalho em equipe, que sob o olhar da gerente da unidade diz:

O chefe de equipe é a enfermeira. Então tudo que se passa, é a enfermeira que dita as regras, junto com o médico, mas sempre a enfermeira e todos obedecem às regras. Flui muito bem, muito bem. Cada um faz o seu trabalho, flui muito bem. (Michele)

Notou-se pouca articulação das ações no cotidiano de trabalho desses profissionais, assim como baixa interação entre os atores dessa complexa teia de relações, dos agentes de saúde entre si e com os usuários. A interação ainda é mais difícil de ser alcançada, pois “não está normatizada e a priori, requer um compromisso ético e respeito com o outro, com cada um e com todos da equipe e acima de tudo com a clientela” (Almeida e Mishima, 2001, p.152). A ideia do princípio hologramático, o qual ultrapassa o reducionismo que só vê as partes e o holismo que não vê senão o todo (Morin, 2013), constitui um possível caminho para se alcançar a interdisciplinaridade dentro da ESF.

## **Conclusões**

Este estudo identificou a falta de companheirismo e colaboração entre os membros da equipe, ações verticalizadas da gestão e dificuldades em preservar a privacidade do usuário e dos profissionais. A equipe Saúde da Família não tem avançado no aperfeiçoamento do trabalho em equipe interdisciplinar. Os problemas e conflitos bioéticos identificados, vistos à luz do princípalismo, ferem a beneficência, não maleficência, respeito à autonomia e justiça, esgarçam o tecido social do trabalho na ESF e contribuem para a descaracterização da atenção básica. Por contemplar o discurso de todos os profissionais que compõe a ESF, inclusive os profissionais do NASF, recepção e gestor local, o estudo revela que os problemas e conflitos bioéticos no contexto da atenção básica afetam trabalhadores, usuários, gestores e a estrutura da organização de saúde.

## **RESUMEN**

Este estudio tuvo como objetivo identificar y evaluar los problemas y conflictos bioéticos implicados en la rutina de trabajo de los profesionales de dos equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Estudio Cualitativo, se llevó a cabo entrevistas semiestructurada individuales de los 16 miembros del equipo de Salud de la Familia (eSF) de Salvador, Bahia. El análisis de los datos utilizo el análisis de contenido propuesto por Bardin, principialismo bioético y el pensamiento complejo de Edgar Morin. Se identificaron dos categorías: problemas y conflictos bioéticos en el trabajo diario del eSF y la relacion interprofessional en la eSF. En la primera categoria, se puso de manifiesto la falta de compañía y colaboración entre los miembros del equipo; acciones verticalizadas de gestión; y las dificultades para preservar la privacidad de los usuarios y profesionales. La segunda, puso de relieve la disparidad de poder en las relaciones laborales y las reuniones "frías" entre Núcleo de Apoyo y Asistencia a la Salud de la Familia (NASF) y el personal. Los problemas y los conflictos bioéticos identificados duelen los principios de la bioética, además de la refriega el tejido social del trabajo en la ESF y contribuye a la caracterización errónea de la atención primaria. El eSF no ha avanzado en lo trabajo en un equipo interdisciplinario.

Palabras clave: 1. Bioética; 2. Estrategia de Salud de la Familia; 3. Relaciones Interprofesionales

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 5, n. 9, p. 150-153, ago. 2001.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.
- COSTA, G.D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.62, n.1, p. 113-118, Jan./Fev. 2009.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009. 281p.
- BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. *Princípios de Ética Biomédica*. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2013. 574p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 228 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.32 p.(Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos Humaniza SUS*, Brasília, 2010. 256 p.(Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (*Cadernos de Atenção Básica*, n. 39).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários

de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Diário Oficial da União, 204, 48-55. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_201.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_201.html)> Acesso em: 10 set.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p. (Série E. Legislação em Saúde).

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

COSTA, G.D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.62, n.1, p. 113-118, Jan./Fev. 2009.

COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006.

DUARTE, M. L. C.; BOECK, J.N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trabalho, Educação, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 709-720, set./dez. 2015.

ELLERY, A.E.L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: Condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. Fortaleza; 2012. 255 f. [Tese de Doutorado - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina]

ESTRADA, A.A. O pensamento complexo em Edgar Morin - considerações iniciais. *Revista Faz Ciência*, Paraná, v. 9 n. 10, p. 65-74, jul./dez. 2007.

JUNGES, J. R. et al. Hermeneutics of the ethical problems perceived by primary health care professionals. *Revista Bioética*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 97-105, mar. 2012.

KOERICH, M.S; MACHADO R.; COSTA E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto & Contexto Enfermagem*, Santa Catarina, v.14, p.106-110, jan./mar. 2005.

LAPLANTINE, François. *A Descrição Etnográfica*. Terceira margem, 2004.136p.

- MARQUI, A.B.T. et al. Caracterização das equipes da saúde da família e de seu processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v.44, n.4, p. 956-961, dez.2010.
- MARTINS, A. R. et al. Relações Interpessoais, Equipe de Trabalho e seus Reflexos na Atenção Básica. *Revista brasileira de educação médica*. [online]. v. 36, suppl. 2, p. 6-12, nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300002>. Acesso em: 01/02/2016.
- MINAYO, Maria Cecília de S. (organizadora); DESLANDES, Suely F; GOMES Romeu. Pesquisa social - Teoria, método e criatividade. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 108p
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2010.
- MINAYO-GOMES, C; MACHADO, J.M.H; PENA, P. G. L.:(organizadores). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 433-451.
- MORIN, E. *Ciência com Consciência*. 15 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013. 350 p.
- MORIN, E. *O método 1 - A natureza da natureza*. 2a edição. Publicações Europa-América. Tradução por: MARIA GABRIELA DE BRAGANÇA, 1987. p. 37-86.
- MOTTA, L. C. de S. O cuidado no espaço-tempo do Oikos: sobre a bioética e a estratégia de saúde da família. 2012. 119 f. Dissertação. (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC-UFRJ), Rio de Janeiro, 2012.
- MOTTA, L.C.S. et al. Searching for ethos in Family Health Strategy: a bioethical investigation. *Revista Bioética*, Brasília, v. 23, n. 2, p. 360-372, 2015.
- NORA. C.R.D.; JUNGES, J.R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, dez. 2013.
- PENA, P. G. L.; MINAYO-GOMEZ, C. Premissas para a Compreensão da Saúde dos Trabalhadores no Setor Serviço. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.19, n.2, p.371-383, 2010.
- REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. *Bioética para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.153p.

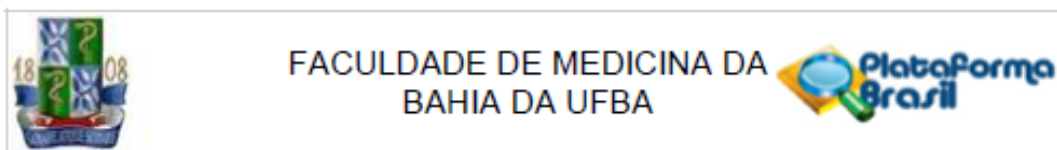
- ROSA, M.V.F.P. C; ARNOLDI, M.A.G.C. A entrevista na Pesquisa Qualitativa: Mecanismos para validação dos resultados. 1º ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.112p.
- SANTOS, S.S.C. et al. Interdisciplinaridade: a pesquisa como eixo de formação/profissionalização na saúde/enfermagem. *Revista Didática Sistêmica*, Rio Grande do Sul, v.5, p. 13-22, jan./jun.2007.
- SCHERER, M.D. dos A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.
- SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 113-128, 2015.
- SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 25-38, set. 2004/fev. 2005.
- 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 Enfermagem*, v.11, n.2, p. 133-42, mai./ago.2006.
- TRAD, L.A. B; ROCHA, A.A.R.N. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, 2011.
- 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.372-380; 2014a.
- VIDAL, S.V. et al. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. *Revista Bioética*. (Impr.), Brasília, v.22, n.2, p. 347-357. 2014b.
- VIDAL, S.V. et al. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 129-140, 2015.
- ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família. São Paulo (BR); 2003. 253 f. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

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 de Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, nov./dez. 2004.



## X. ANEXOS

### ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O PROCESSO DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE LAURO DE FREITAS: ENTRAVES PARA A INTERDISCIPLINARIDADE

**Pesquisador:** Liliane Elze Falcão Lins Kusterer

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 24068913.6.0000.5577

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 693.112

**Data da Relatoria:** 21/06/2014

##### Apresentação do Projeto:

O sucesso da Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve-se, em parte, ao denominado trabalho em equipe, com as equipes multiprofissionais mais perto das pessoas, deslocando o foco do indivíduo para a família, tentando garantir a oferta de um atendimento integral de saúde com mais resolutividade. Esse processo exige dos profissionais principalmente uma comunicação efetiva e cooperação mútua numa atmosfera de trocas e cooperação de modo a tentar alcançar o ideal da transdisciplinaridade. Mas, operar desta maneira significa muitas das vezes trabalhar com conflitos. A ESF dentro da organização da Atenção Básica imprescindível no cenário atual das políticas públicas de saúde no Brasil. Porém, destaca-se que para o sucesso da ESF faz-se necessário a prática do processo de trabalho da equipe de saúde da família pautado na interdisciplinaridade. Dessa forma, esta pesquisa, tem como objeto de estudo os aspectos Éticos e Bioéticos envolvidos nas relações de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família em Lauro de Freitas. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, com uso de metodologia qualitativa, utilizando-se a técnica da análise temática. O presente estudo pretende evidenciar e identificar questões particulares dos profissionais, envolvidas no processo de trabalho e sua qualidade de vida. Será utilizada a técnica da Análise Temática, onde serão realizadas entrevistas estruturadas com uso de instrumento semi- guiado e o questionário SF-36 validado no Brasil. A

**Endereço:** Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
**Bairro:** PELOURINHO **CEP:** 40.026-010  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 693.112

entrevista foi escolhida por proporcionar a obtenção de dados subjetivos e objetivos, sendo que opiniões e valores dos sujeitos são imprescindíveis para o reconhecimento do objeto desse estudo.

Solicita o investigador a acrescentar como objetivo do projeto a coleta de dado de qualidade de vida utilizando o instrumento SF-36 validado no Brasil.

**Objetivo da Pesquisa:**

**GERAL**

Avaliar os aspectos éticos e bioéticos envolvidos nas relações do trabalho multiprofissional na Equipe de Estratégia de Saúde da Família do município de Lauro de Freitas.

**SECUNDÁRIOS**

1. Identificar a percepção da equipe de saúde da família sobre transdisciplinaridade.
2. Identificar as dificuldades para o trabalho interdisciplinar.
3. Verificar as atitudes dos trabalhadores frente ao trabalho em equipe.
4. Verificar a compreensão do trabalhador da ESF sobre atenção básica e a Estratégia Saúde da Família.
5. Avaliar a qualidade de vida dos integrantes da ESF por meio da aplicação do SF-36.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:**

Não há mudança.

**BENEFÍCIOS**

Não mudam.

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 693.112

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não muda.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE: acrescentado o questionário SF-36. ADEQUADO.

**Recomendações:**

-O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP-FMB SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 693.112

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SALVADOR, 20 de Junho de 2014

---

**Assinado por:**  
**Eduardo Martins Netto**  
**(Coordenador)**

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br

## ANEXO B- Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAURO DE FREITAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA



Ao CEP FMB-UFBA

Através dessa carta, dou a anuência à realização da pesquisa intitulada:

**O PROCESSO DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE LAURO DE FREITAS: ENTRAVES PARA A INTERDISCIPLINARIDADE** coordenada pela Profa Liliane Lins da Faculdade de Medicina da Bahia UFBA, com participação da pesquisadora Patrícia Aparecida da Silva Valadão, nas unidades básicas de ESF.

Lauro de Freitas, 30 de setembro de 2013.

Atenciosamente,

Lorena da Silva de Oliveira  
Coordenadora do DAB

Emanuelle Araújo Dias  
Diretora de Atenção Básica  
Lauro de Freitas-Ba  
Matrícula 51828



## **ANEXO C- Instruções aos Autores da Revista Trabalho, Educação e Saúde**

*Trabalho, Educação e Saúde* publicam contribuições originais com o intuito de desenvolver o estudo sobre temas relacionados à educação profissional em saúde.

### **Política Editorial**

A política editorial da revista consiste em discutir a área da educação profissional em saúde sob a ótica da organização do mundo do trabalho, de uma perspectiva crítica, sistemática e interdisciplinar.

Cabe a todo pesquisador observar e zelar pela integridade ética em pesquisa. Pesquisas que envolvam seres humanos devem obrigatoriamente ter seguido os preceitos da resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e sido aprovadas por comitês de ética em pesquisa. Essa aprovação deve ser mencionada no corpo do texto, na seção sobre a metodologia empregada, incluindo o nome do comitê institucional, o número do processo e a data de aprovação. A *Trabalho, Educação e Saúde* está em processo de afiliação e segue orientações do Committee on Publication Ethics (COPE – <http://publicationethics.org>).

Segundo o International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE), o conceito de autoria baseia-se na contribuição substancial de cada pessoa listada como autor no que se refere a: concepção do projeto de pesquisa; análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica. Não se justifica a inclusão como autores de pessoas cuja contribuição não se enquadre nesses critérios; essas podem ser mencionadas nos Agradecimentos, juntamente com a breve descrição da colaboração ao artigo.

Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação online da Revista, disponível na página: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br>. Primeiramente, o autor principal deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar seu texto.

Antes de submeter um manuscrito, é imprescindível a leitura e o atendimento das normas para publicação. Para informações adicionais, consultar os editores: [revtes@fiocruz.br](mailto:revtes@fiocruz.br)

### **Normas para publicação**

A revista aceita contribuições inéditas dos seguintes tipos:

**Ensaio** Produção textual de amplo alcance teórico-analítico, não conclusivo e não exaustivo. Tamanho: 6.000 a 10.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

**Artigo** Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual. Tamanho: 4.000 a 8.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

**Debates** Discussão sobre temas específicos, tanto encomendados pelos editores a dois ou mais autores, quanto advindos de colaboradores. Tamanho: até 5.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

**Entrevistas** Opinião ou posição de entrevistado qualificado nas áreas de conhecimento da revista.

**Resenhas** Crítica de livro relacionado aos campos de confluência da revista, publicado ou traduzido nos últimos três anos. Tamanho: até 1.500 palavras.

Manuscritos destinados às seções Artigos e Ensaios devem ser elaborados conforme instruções a seguir e submetidos pelo sistema online de avaliação (<http://www.sistemas.epsjv.fiocruz.br/revtes>).

### **Apresentação do manuscrito**

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios e debates devem ainda conter um resumo em português, em inglês (*abstract*) e em espanhol (*resumen*) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês e espanhol, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ter, no máximo, 100 caracteres com espaço e ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse. Em texto com dois ou mais autores, logo após as notas de fim, devem vir especificadas, de forma sucinta, as responsabilidades de cada autor na preparação do manuscrito.

**Palavras-chave** Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

**Figuras** Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.

**Notas** As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

**Grifos** Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

**Citações** Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink et al. (2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

**Referências** Para elaboração das referências, *Trabalho, Educação e Saúde* adota a norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Todas as referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada, e um espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes, com o prenome por extenso e os demais nomes somente por iniciais. No caso de mais de três autores, citar apenas o primeiro, seguido da expressão et al. Diferentes títulos de um mesmo autor, publicados no mesmo ano, deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra em minúscula após a data (ex. 2010a, 2010b), tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. Observem-se os exemplos a seguir:

#### **Artigo**

AROUCA, Antônio S. Quanto vale a saúde dos trabalhadores. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 243-265, dez. 1995-mar. 1996.

SPINK, Mary J. P. et al. A construção da Aids-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, 2001.

#### **Livro e tese**

GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B.. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico*. 253fl. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 1979.

#### **Capítulo de livro**

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

#### **Resumo de congressos**

LAURELL, Asa C. O Estado e a garantia do direito à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. 1 CD-ROM.



**Dados fornecidos por agências governamentais (Secretarias, Ministérios, IBGE etc.)**  
RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Dados sobre acidentes ocupacionais com material biológico*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2000.

**Leis, decretos, portarias etc.**

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27.839.

**Relatórios técnicos**

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

**Relatórios final ou de atividades**

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final das atividades*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

**Jornal**

- a. Sem indicação de autoria: O GLOBO. Fórum de debates discute o projeto Educando o Cidadão do Futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jul. 2001. Caderno 1, p. 18.
- b. Com autoria: TOURAINE, Alain. Uma resistência possível. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 jul. 2001. Mais, Caderno 7, p. 18-20.

**Internet**

- a. Texto em periódico eletrônico: AZZARÀ, Stefano G. Crítica ao liberalismo, reconstrução do materialismo. Entrevista com Domenico Losurdo. *Crítica Marxista*, Campinas, n. 35, p. 157-169, 2012. Disponível em: <[http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos\\_biblioteca/entrevista19Entrevista.pdf](http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/entrevista19Entrevista.pdf)>.

Acesso em: 7 out. 2013.

- b. Texto em jornal eletrônico: NUBLAT, Johanna. 38,7% dos usuários de crack das capitais do país estão no Nordeste. *Folha de S. Paulo*, Seção Cotidiano, São Paulo, 19 set. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1344256-40-dos-usuarios-de-crack-das-capitais-do-pais-estao-no-nordeste.shtml>>. Acesso em: 27 set. 2013.

- c. Texto disponível (fora de revista ou jornal): Disponível em: BRASIL. Ministério da Educação. Portal Educação. *Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico - área Saúde*. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2013.

## **CD-ROM**

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de informação sobre mortalidade - 1979 a 1996*. Brasília, 1997. 1 CD-ROM.

## **Revisão**

A revista se reserva o direito de sugerir alterações em usos informais da língua e de corrigir variantes não padrão do português.

## **Avaliação**

As contribuições encaminhadas à revista são, primeiramente, avaliadas pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à linha editorial da publicação e, posteriormente, por até três pareceristas *ad hoc*. Nomes dos autores e avaliadores de cada original são de conhecimento exclusivo dos editores. Os originais apresentados à *Trabalho, Educação e Saúde* não devem ter sido publicados e não devem ser submetidos simultaneamente a outra revista. Originais submetidos à revista não devem, sob hipótese alguma, ser retirados depois de iniciado o processo de avaliação.

## **Direitos autorais**

Exceto nos casos em que estiver indicado o contrário, em consonância com a Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fundação Oswaldo Cruz, ficam cedidos e transferidos, total e gratuitamente, à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e à Fundação Oswaldo Cruz, em caráter permanente, irrevogável e não exclusivo, todos os direitos autorais patrimoniais não comerciais referentes aos artigos científicos publicados na revista *Trabalho, Educação e Saúde*, inclusive os direitos de voz e imagens vinculados à obra. A cessão abrange reedições e traduções. Os textos assinados são de responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores e dos membros do Conselho Editorial da revista.

## **Benefício dos autores**

Após a publicação, os autores recebem um exemplar do número da revista no qual o texto foi publicado.

Aceita-se permuta.

## ANEXO D – Submissão do Artigo na Revista Trabalho, Educação e Saúde

The screenshot shows a web browser window with the URL [www.sistemas.epsjv.fiocruz.br/revtes/enviar\\_textos5.php](http://www.sistemas.epsjv.fiocruz.br/revtes/enviar_textos5.php). The page header includes the logo of the Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio and the journal title 'Saúde Educação Ciência Cultura Tecnologia Ciência Trabalho Saúde'. A navigation menu contains links for 'Sistema', 'Manuscritos', 'Habilitar perfil de Parecerista', 'Dados Pessoais', 'Instruções aos Autores', and 'Alterar Senha'. The main content area displays the message 'Manuscrito Submetido com Sucesso!'. The footer of the page reads 'Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio'. The browser's taskbar at the bottom shows the Windows Start button, several application icons, and the system tray with the date '03/05/2016' and time '07:14'.



Patricia Valadao <patysvaladao@gmail.com>

### Comunicação do periódico Trabalho, Educação e Saúde

1 mensagem

Comunicação do periódico Trabalho, Educação e Saúde <webepsjv@fiocruz.br> 3 de maio de 2016 07:13

Responder a: no\_reply@fiocruz.br

Para: PATRÍCIA APARECIDA DA SILVA VALADÃO <patysvaladao@gmail.com>

Prezado(a) Prof(a) Dr(a) PATRÍCIA APARECIDA DA SILVA VALADÃO

Informamos que o original intitulado: Problemas e Conflitos Bioéticos no Cotidiano do Trabalho de Profissionais de Equipes de Saúde da Família foi recebido pela Coordenação Editorial da revista Trabalho, Educação e Saúde. Conforme exposto nas normas editoriais, os originais são primeiramente avaliados pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à revista. Uma vez pertinente ao escopo da revista, o manuscrito será avaliado por até três pareceristas ad-hoc.

Agradecemos o seu interesse em publicar em nossa revista.

Atenciosamente,

Coordenação Editorial  
Revista Trabalho, Educação e Saúde

*Esta é uma mensagem automática do Sistema REVTES. Não é necessário resposta.*