



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**



**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO**

**ANA CARINA DUNHAM MONTEIRO**

**PROBLEMAS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS PELO  
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SEU PROCESSO DE  
TRABALHO**

Salvador

2019



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

**ANA CARINA DUNHAM MONTEIRO**

**PROBLEMAS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS PELO  
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SEU PROCESSO DE  
TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

**Área de concentração:** Ciências Sociais em Saúde, Ambiente e Trabalho.

**Orientador:** Prof.º Dr.º Paulo Gilvane Lopes Pena

**Coorientadora:** Prof.ª Dr.ª Cláudia Bacelar Batista

Salvador

2019

Modelo de ficha catalográfica fornecido pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA para ser confeccionada pelo autor

Monteiro-Dunham, Ana Carina

PROBLEMAS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS PELO AGENTE  
COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SEU PROCESSO DE TRABALHO. / Ana  
Carina Dunham Monteiro. Salvador - Bahia, 2019.132 f.

Orientador: Paulo Gilvane Lopes Pena.

Coorientador: Cláudia Bacelar Batista.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós - Graduação em Saúde,  
Ambiente e Trabalho) -- Universidade Federal da Bahia,  
Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB/UFBA), 2019.

1. Bioética. 2. Agente comunitário de saúde. 3. Dilemas éticos. 4. Análise de  
conteúdo. I. Pena, Paulo Gilvane Lopes e. II. Bacelar, Cláudia Batista. III. Título.

## **ANA CARINA DUNHAM MONTEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPGSAT) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.º Dr.º Paulo Gilvane Lopes Pena**  
**Universidade Federal da Bahia (FAMEB-UFBA) - (Presidente)**

---

**Prof.ª Dr.ª Cláudia Bacelar Batista**  
**Universidade Federal da Bahia (FAMEB-UFBA)**

---

**Prof.ª Dr.ª Liliana Santos**  
**Instituto de Saúde Coletiva (ISC- UFBA) - (convidado externo)**

---

Aprovada em: \_\_\_\_16\_\_\_\_/ \_\_\_\_04\_\_\_\_/ \_\_\_\_2019\_\_\_\_.

Local de defesa: Faculdade de Medicina, Largo do Terreiro de Jesus, S/N, Centro Histórico. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40.026-010.

## DEDICATÓRIA

**A meus pais Hélio e Solange**, principais incentivadores, apesar de ausentes materialmente, há uma força presente, quando a lágrima insistente tenta em minha face escorrer, suas lembranças me acalentam a alma fazendo-me continuar a sonhar e a viver.

**A minha filha Ana Carolina**, menina sereia, livre passeia e como luz incandeia o meu caminhar.

## AGRADECIMENTOS

São tantos e tão especiais...

Primeiramente a **Deus**, autor e consumidor da minha fé. Sem ele nada que eu me proponho a fazer tem qualquer sentido. “Porque dele e por ele. Para ele são todas as coisas”.

A **Sérgio**, meu esposo, por tudo.... Pelo companheirismo, pelo apoio, compreensão especialmente nas horas mais difíceis...

Aos meus irmãos **Rubem, Marcela, Ana Paula** e demais familiares pelas minhas ausências sentidas e pelo suporte para concretizar esta tarefa à qual me empenhei em realizar.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiente e Trabalho, pelo acolhimento e pelos aprendizados adquiridos que só reforçarão minha militância na área da Saúde do Trabalhador.

Aos servidores da Faculdade de Medicina da Bahia - Terreiro de Jesus: em especial, **Caroline Casaes e Marivalda Pereira**, pela receptividade, carinho e generosidade com que sempre me receberam, estampando em suas faces sorrisos que serviram de refrigério a meu corpo cansado da labuta diária.

Aos meus queridos professores do PPGSAT que, com seus ensinamentos e experiências, críticas e contribuições, ajudaram a construir esse prazeroso trabalho. A todos, meus sinceros agradecimentos, em especial, ao meu orientador **Prof.ºDr.º Paulo Gilvane Lopes Pena**, que com sua sapiência e serenidade me ensinou a trilhar com segurança e tranquilidade o caminho da pesquisa.

A minha Coorientadora **Prof.ªDr.ª Cláudia Bacelar Batista**, pela sugestão do tema, pelo acolhimento e apoio no tirocínio docente, além do incentivo e gozo em estudar ética, especialmente a bioética.

Às minhas queridas professoras engajadas na pesquisa qualitativa, **Mônica Angelim, Ana Angélica, Maria do Carmo Freitas, Gardênia, Cláudia D’Arede e Nídia Lubisco** pelo aprendizado essencial, pelas trocas de experiências e ideias durante toda a caminhada do mestrado.

A toda equipe da **USF Federação**, funcionários e equipe técnica, pelo acolhimento e apoio necessários para a construção desse trabalho. Em especial, **a todos os ACS**, ressaltando os que entrevistei e observei em seu trabalho cotidiano, pela confiança em prestarem seus depoimentos, a doação dos seus tempos, enfim, pelo compartilhar de suas histórias sempre carregadas de grande emoção.

A **Letícia Nobre, Celso Theodoro e Tiza Mendes** pelo incentivo, compreensão e apoio. Retribuirei com meu trabalho. Em vossos nomes estendo os agradecimentos a todos os colegas do CESAT e do CEREST Salvador.

Às minhas colegas, amigas e parceiras do Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho turma 2017. Obrigada pelas trocas, estudos coletivos, contribuições durante as aulas, compartilhar de experiências, suporte e apoio emocional, acrescidos desse imenso carinho que toda e qualquer palavra não poderia descrever. Em especial agradeço e homenageio **Tarsila Salvador**, que com a materialização do seu sonho me ensinou que nenhuma adversidade é capaz de paralisar a força do querer.

Enfim só agradecer por contribuírem para o vivenciar dessa experiência enriquecedora e da maior importância para meu crescimento como profissional e cidadã.

Antes era apenas um sonho..., mas como dizia o poeta: “Viver é melhor que sonhar”.

Em águas perenes desaguou esse mar de inquietações que me faz insistir, persistir para  
(re) existir num mundo de tantos senões...

Mas há uma hipótese. Nem é preciso ler a sinopse. De fato, é relevante saber que há  
muito mais por fazer do que o que se soma entre eu e você...

**Ana Carina Dunham Monteiro**



# **PROBLEMAS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SEU PROCESSO DE TRABALHO**

## **RESUMO**

Esta dissertação apresenta o resultado de uma investigação acerca dos dilemas éticos enfrentados pelos agentes comunitários de saúde em uma unidade de saúde da família de Salvador. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e seus problemas, conflitos e dilemas éticos vincula-se à particularidade desta categoria profissional. Parte da equipe de saúde da atenção primária à saúde (APS), o ACS orienta as famílias e a comunidade sobre cuidados em saúde. No entanto, no cotidiano de suas atividades, os ACS sofrem inúmeras situações de tensão. Em geral residem nas áreas onde trabalham e assim vivenciam o cotidiano da comunidade, em seus aspectos positivos ou negativos, com mais intensidade do que os outros membros da equipe. Em seu objetivo geral, este estudo analisou os problemas, conflitos e dilemas éticos enfrentados /vivenciados pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) em seu processo de trabalho na unidade e no território de uma unidade de saúde da família em Salvador na Bahia e, como específicos: buscou compreender o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), seus aspectos éticos e as repercussões em sua saúde. Procurou identificar os dilemas éticos enfrentados na unidade e no território da estratégia de saúde da família e conhecer as competências destes profissionais em lidar com estes. Utilizou-se uma perspectiva compreensiva e, para a construção dos dados empíricos dessa pesquisa, o referencial teórico metodológico da análise de conteúdo, a partir das narrativas das entrevistas realizadas e do uso do diário de campo. Foram entrevistados 15 ACS da USF Federação entre os meses de maio a novembro de 2018. Esta dissertação foi organizada em três artigos. O primeiro artigo consiste em uma revisão integrativa cujo objetivo foi analisar o estado atual do conhecimento sobre problemas éticos vivenciados no âmbito da estratégia de saúde da família na APS. A análise dos achados desse estudo foi guiada pela estratégia PICO que orienta a elaboração da pergunta de pesquisa e da busca bibliográfica, permitindo ao pesquisador obter com acurácia, a melhor informação científica disponível e obteve como principais resultados a necessidade premente de habilitar as equipes da ESF no manejo dos problemas éticos que acontecem no âmbito da APS e a necessidade de criar instrumentos interdisciplinares que aproximem os sujeitos ativos de um processo de trabalho autônomo e que favoreçam o diálogo entre eles, de forma a contribuir

decisivamente para o saber-fazer desses profissionais. O segundo artigo teve como objetivo conhecer as competências destes profissionais em lidar com os dilemas éticos vivenciados na sua prática cotidiana analisando estes dilemas identificados. Os resultados apontaram para a necessidade de instrumentalizar os ACS de formas a coibir, pela ausência de um equacionamento ético na tomada de decisões, consequências desastrosas para os usuários individualmente, para as famílias, para as relações destes com a equipe de saúde e para a comunidade adscrita. Alguns dilemas relacionados às condutas dos ACS se dão frente à violência doméstica e intrafamiliar, o silenciar e o compartilhar de informações, bem como às crenças religiosas. São dilemas complexos, mas que precisam de suporte de uma Comissão de ética no campo da atenção básica, por exemplo, que analise, à luz da bioética, possíveis caminhos para solucioná-los. O terceiro artigo teve como objetivo compreender o processo de trabalho do ACS, seus aspectos éticos e as repercussões para sua saúde relacionadas ao seu trabalho na unidade e no território da saúde da família de uma unidade de saúde de Salvador, Bahia. E os resultados favoreceram a percepção de que os ACS, além de cuidarem das questões complexas de saúde e doença, tornam-se cúmplices de informações sigilosas capazes de os colocarem em perigo de morte e convivem com a violência organizada por gangues e narcotráfico, além de suportarem cargas de trabalho intensas. Estes representam riscos à sua integridade física e/ou mental. Concluiu-se, portanto, que os dilemas e problemas éticos enfrentados pelos ACS interferem sobremaneira em seu desempenho nas suas atividades laborais pela falta de suporte técnico para lidar com eles, e, ao mesmo tempo, faz-se necessário rever este processo de trabalho avaliando suas cargas, pois repercutem em sua saúde. É urgente o reconhecimento da responsabilidade ética do gestor em saúde, ora capacitando os profissionais para uma abordagem bioética dos conflitos existentes em seu cotidiano de trabalho, ora dando suporte técnico e assistencial por meio de redes de apoio e formação de comitês de ética, além de revisarem esse processo de trabalho penoso e de risco para saúde.

**Palavras-chave: dilemas éticos, agentes comunitários de saúde, bioética, repercussões a saúde, competências e habilidades, processo de trabalho.**

## **PROBLEMS AND ETHICAL DILEMMS ENHANCED BY THE COMMUNITY HEALTH AGENT IN THEIR WORK PROCESS**

### **ABSTRACT**

This dissertation presents the result of an investigation about the ethical dilemmas faced by the community health agents in a health unit of the Salvador family. The work of the Community Health Agent (CHA) and its ethical problems, conflicts and dilemmas is related to the particularity of this professional category. Part of the health team of primary health care (PHC). The CHA guides families and the community about health care. However, in the daily life of their activities, the CHA suffer numerous situations of tension. They usually reside in the areas where they work and thus experience the daily life of the community, in its positive or negative aspects, with more intensity than the other members of the team. In its general objective, it analyzed the problems, conflicts and ethical dilemmas faced / experienced by the Community Health Agent (CHA) in its work process in the unit and the territory of a family health unit in Salvador in Bahia and as specific: understand the work process of the Community Health Agent (CHA), its ethical aspects, in the unity and territory of the family health strategy and the repercussions on their health; sought to identify the ethical dilemmas; knowing the skills of these professionals in dealing with conflicts and ethical dilemmas. A comprehensive perspective was used and for the construction of the empirical data of this research, the theoretical methodological framework of content analysis was used, based on the interview narratives and the use of the field diary. Fifteen CHA from the USF Federation were interviewed between May and November of 2018. This dissertation was organized in three articles. The first article consists of an integrative review whose objective was to analyze the current state of knowledge about ethical problems experienced within the scope of family health strategy in PHC. The analysis of the findings of this study was guided by the PICO strategy that guides the elaboration of the research question and the bibliographic search, allowing the researcher to obtain with accuracy, the best scientific information available and got as main results the urgent need to enable the teams of the FHS in handling the ethical problems that occur under the PHC and the need to create interdisciplinary instruments that bring the active subjects closer to an autonomous work process and to foster dialogue among them, so as to contribute decisively to the know-how of these professionals. The second article had as objective to know the competences of these professionals in dealing with the ethical dilemmas experienced in their daily practice analyzing these identified dilemmas. The results pointed to the need to instrumentalize CHA in ways that, due to the absence of an ethical approach in decision-making, would have disastrous consequences for individual users, for families, for their relationships with the health team and for the affiliated community. The dilemmas related to CHA behaviors lead to domestic and intrafamily violence, the silencing and sharing of information, as well as religious beliefs. They are complex dilemmas, but they need support from an ethics commission in the field of basic care, for example, that analyzes, in the light of bioethics, possible ways to solve them. The third article had as objective to understand the work process of the CHA, its ethical aspects and the repercussions for their health related to its work in the unit and the health territory of the family of a health unit of Salvador, Bahia. And the results have favored the perception that CHA, in addition to addressing complex health and disease issues, become accomplices in classified information that could put them at danger of death and coexist with organized and gang violence and workloads. These represent risks to your physical and / or mental integrity. It was concluded, therefore, that the dilemmas and ethical problems faced by the ACS interfere greatly in

their performance in their work activities due to the lack of technical support to deal with them, and, at the same time, it is necessary to review this work process by evaluating their burdens, as they have repercussions on their health. There is an urgent need to recognize the ethical responsibility of the health manager, or to enable professionals to take a bioethical approach to the conflicts that exist in their daily work, and to provide technical and assistance support through support networks and formation of ethics committees. to revise this process of painful work and health risk.

• **Keywords: ethical dilemmas, community health agents, bioethics, health repercussions, skills and abilities, work process.**

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b> Diagrama de fluxo da busca na literatura e inclusão de artigos.....	115
<b>Quadro 1:</b> Análise da qualidade dos estudos segundo Critical Interpretative Synthesis – CIS.....	109
<b>Quadro 2:</b> Caracterização sócio demográfica dos sujeitos da pesquisa .....	116
<b>Quadro 2:</b> Modelo esquemático das Categorias de Análise .....	118

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1: Análise da qualidade dos estudos segundo ([CASP], 2013**  
.....105

**Tabela 2 :Avaliação do rigor metodológico segundo o Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) .....111**

**Tabela 3: Caracterização dos artigos captados na revisão integrativa sobre problemas bioéticos na ESF.....113**

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CASP Critical Appraisal Skills Programme

CIS Critical Interpretative Synthesis

COREQ Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

SCIELO Scientific Electronic Library Online

TCLE Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos

UFBA Universidade Federal da Bahia

SISAB Sistema de informação em saúde da Atenção Básica

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>1.1. OBJETIVOS</b>	<b>22</b>
<b>1.1.1. OBJETIVO GERAL:</b>	<b>23</b>
<b>1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b>	<b>23</b>
<b>2. PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>23</b>
<b>2.1. O “LÓCUS” DA PESQUISA</b>	<b>24</b>
<b>2.2. O REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>25</b>
<b>2.3. ORGANIZAÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS</b>	<b>25</b>
<b>2.4 MEU LUGAR COMO PESQUISADORA</b>	<b>26</b>
<b>2.5 A ENTRADA NO CAMPO DA PESQUISA</b>	<b>28</b>
<b>2.6A SAÍDA DO CAMPO E A PRODUÇÃO DOS ARTIGOS EMPÍRICOS DESSA DISSERTAÇÃO</b>	<b>28</b>
<b>3. ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>29</b>
<b>ARTIGO 1</b>	<b>31</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>31</b>
<b>2. METODO</b>	<b>34</b>
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>35</b>
<b>4. DISCUSSÃO</b>	<b>37</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>40</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>40</b>
<b>ARTIGO 2</b>	<b>42</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>43</b>
<b>2. PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>49</b>
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>51</b>
<b>3.1. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES SOBRE A TEMÁTICA ÉTICA NA SAÚDE</b>	<b>51</b>
<b>3.2 OS DILEMAS ÉTICOS DOS ACS</b>	<b>57</b>
<b>3.2.1 RELACIONADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR</b>	<b>57</b>
<b>3.2.2RELACIONADOS AO SILENCIAR E O COMPARTILHAR DE INFORMAÇÕES COM A EQUIPE E COM OUTROS MEMBROS DE UMA MESMA FAMÍLIA</b>	<b>65</b>
<b>3.2.4. RELACIONADOS À CRENÇA RELIGIOSA</b>	<b>68</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>72</b>
<b>5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>73</b>
<b>ARTIGO 3</b>	<b>76</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>77</b>
<b>2. MÉTODO</b>	<b>79</b>
<b>2.1 O “LOCUS” DA PESQUISA</b>	<b>80</b>
<b>2.2 PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA</b>	<b>81</b>
<b>2.3 ORGANIZAÇÃO, CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b>	<b>82</b>



<b>3.RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	
<b>3.1. A RELAÇÃO COM A EQUIPE E COLEGAS DE TRABALHO</b>	<b>83</b>
<b>3.2A RELAÇÃO COM O TERRITÓRIO: A VIOLÊNCIA NO TRABALHO</b>	<b>87</b>
<b>3.3 O LIMITE NA RELAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL E O USUÁRIO</b>	<b>94</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>101</b>
<b>5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>101</b>
<b>4. CONCLUSÃO</b>	<b>105</b>
<b>5. REFERENCIAS GERAIS</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE A</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE B</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE C</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICE D</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE E</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICE F</b>	<b>122</b>
<b>APÊNDICE G</b>	<b>123</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO A Termo de consentimento livre e esclarecido para todos os Participantes da pesquisa</b>	<b>128</b>
<b>ANEXO B - Solicitação de consentimento institucional para realização da pesquisa</b>	<b>130</b>
<b>ANEXO C – Roteiro de entrevista semiestruturada</b>	<b>131</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O interesse por estudar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e seus problemas, conflitos e dilemas éticos vincula-se à particularidade desta categoria profissional. Parte da equipe de saúde da atenção primária à saúde (APS), o ACS orienta as famílias e a comunidade sobre cuidados em saúde (BRASIL 2000). No entanto, no cotidiano de suas atividades, os ACS sofrem inúmeras situações de tensão. Por exemplo, em geral residem nas áreas onde trabalham e assim vivenciam o cotidiano da comunidade, em seus aspectos positivos ou negativos, com mais intensidade do que os outros membros da equipe (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006). Porquanto pesa sobre esse profissional a tarefa de trabalhar com diferentes dimensões, tais como a acessibilidade dos usuários ao serviço, reorientação de um novo modelo de atenção, até questões de exercício de cidadania. De modo que os dilemas fazem parte de sua práxis (SILVA; DALMASO, 2002).

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB, 2018), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1991. A partir de então se forma uma nova categoria de trabalhadores, constituída pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades. A profissão de ACS foi reconhecida pela Lei nº 11.350/2006, com exercício exclusivamente no âmbito do SUS. Por um lado, apresentam a singularidade de serem profissionais exclusivos do SUS, especificamente da APS, constituindo força de trabalho importante para a consolidação de novo modelo na saúde, baseado na estratégia de saúde da família (ESF). Por outro lado, os ACS enfrentam dificuldades para reconhecimento como profissionais da área da saúde, para aquisição de melhores condições de trabalho e no aprimoramento da qualificação profissional (MONTEIRO; PREVITALLI, 2011).

Com base em informações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB, 2018), a Bahia é o estado do Nordeste com mais famílias cadastradas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), com incremento de 33,8% no período de 2006 a 2011, superando a média de toda a Região Nordeste (12,9%) e do país (14,6%). Até setembro de 2018, a Bahia contava com 25.678 Agentes Comunitários de Saúde, presentes em todos os municípios e com cobertura próxima de 80,63% da população baiana (15.344.447 habitantes) presentes em 100% dos municípios. Porém na Cidade do Salvador, capital da Bahia, existem apenas 1.191 ACS, no mesmo período, que cobrem

aproximadamente 700.000 pessoas, um percentual de 23,18%, de cobertura, haja vista a população soteropolitana de 2.953.986 habitantes. Precisamente no local do estudo, a Unidade de Saúde da Família da Federação conta com 30 ACS distribuídos em cinco equipes, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Considerando a série histórica de cobertura de ACS na atenção primária no município de Salvador, ao longo dos últimos 10 anos, verifica-se que em setembro de 2007 Salvador possuía um percentual de 13,60% e em setembro de 2018 os índices chegam apenas aos já mencionados 23,18%. Ao se comparar com Fortaleza que é outra capital nordestina, percebe-se que o incremento foi expressivo ao avaliar-se a cobertura em setembro de 2007 de 17,58% e em setembro de 2018 de 47,38%. Já Recife saiu de 39,74% em setembro de 2007 e em 2018 conta com 66,31% de cobertura de agentes comunitários de saúde na APS (DAB/MS, 2018). Ou seja, a situação do Nordeste tem em Salvador um município que contribui de forma negativa no panorama geral do Estado da Bahia e da região nordestina em termos de cobertura de ACS na APS.

De acordo com a nova Política Nacional da Atenção Básica de 2017, o Ministério da Saúde define como atribuições básicas do ACS realizar mapeamento de sua área de atuação; cadastrar as famílias e manter este cadastro atualizado; orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade (BRASIL, 2017). De acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade, verifica-se que pode haver famílias com maior necessidade de visitas além do parâmetro de referência definido que é a média de uma visita/família/mês.

Além do acima exposto, os ACS também são responsáveis por identificar áreas de risco, desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente.

Foi ainda incorporado, com a nova PNAB, o acompanhamento das condicionantes do Programa Bolsa-Família, o que abre precedentes para também acontecer em qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal. Este tipo de atividade sempre foi alvo da crítica da categoria, haja vista a possibilidade de, a partir desta ação de acompanhamento, se identificar o

descumprimento das condicionalidades do programa, levando ao corte no benefício. Diante disso, muitas dessas famílias podem equivocadamente atribuir ao ACS este desfecho. Em virtude dessa ocorrência, a categoria sempre lutou pelo compartilhamento na equipe dessa atividade, de forma que não ficasse restrito apenas à sua, colocando o profissional ACS como alvo de ameaças e constrangimentos por parte dessas famílias que tiverem seu benefício cortado.

Em face do que foi revelado, é possível definir que os objetos de intervenção da prática do ACS envolvem desde problemas ambientais, prevenção das doenças, ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, como também comporta questões do âmbito social dessas famílias, em um arco que pode abranger desde doenças infecciosas até a violência em suas diversas formas, a exemplo do tráfico de drogas. Deste modo, estudos como o de Binda, Bianco e Sousa (2013) apontam que alguns ACS revelam medos e tensões pelo fato de adentrarem áreas de extrema vulnerabilidade social, uma vez que se sentem ameaçados justamente pelo fato de morarem nessa mesma área.

Depois da portaria 648 de 28 de março de 2006 que aprovava a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da portaria 2488 de 21 de outubro de 2011, a nova Política de Atenção Básica instituída através da Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017, já referida anteriormente, traz em seu escopo diversos contrapontos, como por exemplo, ao mesmo tempo que afirma que a Atenção Básica deve se comprometer com a cobertura de 100% da população, não tem definição do número de ACS por equipe. Para agravar ainda mais a situação, a nova PNAB permite uma universalidade seletiva definida na questão que aborda essa cobertura de 100% só pra populações vulneráveis. Desse modo, a “falsa polêmica” com relação à universalidade da atenção à saúde x prioridade às populações vulneráveis que afirmam que estaria resolvida, de fato não se resolve.

Outro ponto importante, onde a PNAB afeta crucialmente o papel do ACS, está no fato de querer agregar atribuições biomédicas à sua prática, tais quais aferição de tensão arterial, verificação de glicemia e curativos. Essa interpretação sugere fazer valer a revogada portaria 958 de 10 de maio de 2016 que substituía a inserção da categoria ACS nas equipes de saúde da família pelo profissional técnico de enfermagem. Ou seja, aqui se faz uma opção por uma formação em detrimento da outra.

O trabalhador ACS sempre teve em seus eixos de atuação a perspectiva de educação e promoção da saúde. Em contrapartida foi aprovado por unanimidade na câmara o Projeto de Lei da Câmara (PLC) 56/2017 que reformulou a atuação do ACS. A pretensão, como parece ser a proposta da nova PNAB e desse projeto de lei, é de transformar esse ACS em outro trabalhador, incorporando à sua prática, como já antes mencionado, atividades de aferição da tensão arterial e da glicemia capilar, aplicação de vacinas e a possibilidade de fazer curativos.

Também por ser morador do território, o ACS obtém informações dos usuários durante o exercício profissional como membro da ESF, ao tempo que sabe de outras informações porque faz parte da vizinhança em particular e da comunidade em geral, formando uma linha tênue entre o dever do sigilo profissional, a lealdade para com amigos e vizinhos e o compartilhar com a equipe considerando que em muitas situações existem vulnerabilidades..Essas vulnerabilidades, bem como os riscos, se estendem ao profissional. Segundo Ayres (1997) risco indica probabilidades, a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. Ainda, segundo o autor, a vulnerabilidade antecede ao risco, ao passo que também determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer. Estes conceitos são extremamente relevantes na prática dos ACS. Ademais, esse profissional é conhecedor de algumas informações privilegiadas que podem colocar em situação de temeridade a sua própria vida, pois envolvem atos ilícitos de pessoas próximas do convívio no território (FORTES; SPINETTI, 2004).

Considerada como área do conhecimento que tem como objetivo a análise dos dilemas humanos, surgidos principalmente no âmbito da saúde (MABTUM; MARCHETTO, 2015), a Bioética constitui-se como um eixo transversal nos conteúdos de formação em saúde e pode instrumentalizar o ACS, no seu escopo de atuação junto ao usuário, à equipe de saúde, a rede de atenção, a gestão e ao meio ambiente (REGO; GOMES; SIQUEIRA BATISTA, 2008). Neste sentido, o estudo de Garbin et al (2011) realça como a atuação profissional na ESF aponta para um novo processo de trabalho marcado por uma prática ética e humanista, vinculada sobretudo ao exercício da cidadania. Como profissionais centrais no funcionamento de tal modelo, importa saber quais dilemas de ordem ética são vivenciados pelos ACS. E sendo assim, a Bioética, enquanto campo temático interdisciplinar possibilita a análise e conseqüentemente a

transformação na organização do trabalho e na ação diária do agente comunitário de saúde (VIDAL;MOTTA;SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Para melhor compreensão sobre o tema dos problemas e dilemas éticos, necessário se faz definir e distinguir Ética e Moral. Segundo Ricoeur ( 1990, p.200):

É por convenção que reservarei o termo “ética” para o desígnio de uma vida consumada sob o signo das ações estimadas como boas, e o de “moral” para o aspecto obrigatório, marcado por normas, obrigações e interdições caracterizadas simultaneamente por uma exigência de universalidade e por um efeito de coerção. Na distinção entre o desígnio de uma vida boa e a obediência às normas, facilmente se reconhecerá a oposição entre duas heranças: a herança aristotélica, onde a “ética” é caracterizada pela sua perspectiva teleológica (de telos, que significa “fim”); e uma herança kantiana onde a moral é definida pelo caractere de obrigação da norma e, portanto, por um ponto de vista deontológico (deontológico significando precisamente “dever”).

É possível afirmar, com base nos conceitos de Ricoeur ( 1990), que a exemplo de não matar e não causar danos às pessoas como elementos basilares, violar estas normas, sem uma razão justificadamente “boa e suficiente”, é imoral. A esse conjunto de normas que devem ser compartilhadas pelas pessoas, denominam moral comum.

Para Beauchamp e Childress (2001), na moral, encontram-se princípios que são básicos para a bioética e estes princípios podem funcionar como guias de conduta para a ética profissional.

Com base em tais pressupostos, surgem questionamentos acerca da temática numa perspectiva bioética. Nesta direção, este estudo justifica-se na medida em que toma como questão norteadora saber quais os problemas e dilemas éticos que são enfrentados /vivenciados pelo agente comunitário de saúde em seu processo de trabalho e as repercussões deste processo de trabalho sobre a saúde do ACS.

### **1.1. Os objetivos**

O trabalho tem os seguintes objetivos:

### **1.1.1 Geral:**

- Analisar os conflitos, problemas e dilemas éticos enfrentados /vivenciados pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) em seu processo de trabalho na unidade e no território em uma unidade de saúde da família na cidade de Salvador na Bahia.

### **1.1.2 Específicos:**

- Elencar as competências destes profissionais em lidar com os problemas e dilemas éticos vivenciados na sua prática cotidiana;
- Compreender seu processo de trabalho na equipe e no território onde atuam em seus aspectos éticos e as repercussões deste processo de trabalho em sua saúde.
- Identificar os problemas, conflitos e dilemas éticos enfrentados /vivenciados pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) em seu processo de trabalho na unidade e no território desta unidade de saúde da família em Salvador na Bahia;

## **2. PERCURSO METODOLÓGICO**

É um estudo de natureza qualitativa, pois o fenômeno investigado situa-se no universo dos significados e não se pode resumir a números ou variáveis numéricas típicos das pesquisas quantitativas. A posição adotada para a construção do objeto desse estudo foi de uma perspectiva compreensiva, que adentrou o âmbito da atenção primária à saúde aproximando-se das questões éticas que se amalgamam no contexto da atenção realizada na unidade de saúde, bem como no território. Buscou-se identificar, junto aos profissionais ACS, os conflitos e dilemas éticos enfrentados e as competências e habilidades para lidar com estes, além das repercussões na saúde decorrentes do seu processo de trabalho. A análise de conteúdo apresentou-se como referencial teórico metodológico para esta aproximação, a partir dos dados empíricos exibidos.

Esta pesquisa está no campo da ética descritiva, enquanto uma pesquisa empírica, de natureza não normativa. Zobolli (2003, p.20):

A ética descritiva, por sua vez, é a investigação factual da conduta moral, utilizando-se de procedimentos e metodologias de cunho

científico para estudar como as pessoas equacionam e agem. Assim, não se engaja diretamente em questões do tipo ‘o que deve ser feito’ ou ‘qual o uso apropriado dos termos éticos’, mas indaga por ‘como as pessoas pensam que deveriam agir nesta situação particular que é objeto de preocupação normativa?’ ou ‘que fatos são relevantes para esta questão da ética normativa?’ ou ainda ‘como as pessoas realmente se comportam nesta circunstância particular que traz problemas éticos?’.

Assim, a revisão bibliográfica da literatura para a construção de uma revisão integrativa, a observação participante e entrevistas semiestruturadas foram os instrumentos utilizados para compreensão do fenômeno. A observação participante associada à entrevista permitiu descobrir as interpretações sobre as situações observadas, podendo-se traduzir e comparar as respostas dadas em diferentes momentos e situações. Os dados informados durante as entrevistas e na observação participante das atividades do profissional ACS foram analisados de acordo com a já citada técnica de análise de conteúdo.

Nas entrevistas semiestruturadas, os dados foram coletados a partir de questões que foram distribuídas em quatro dimensões: a primeira contempla questões de cunho mais gerais, que focavam nos conhecimentos teóricos e práticos acerca de ética e problemas éticos, a segunda dimensão buscou dar visibilidade aos aspectos éticos das relações com usuário e família e nessa mesma concepção também se dimensionou a relação com a organização do serviço e com a equipe.

## **2.1 O “locus” da pesquisa**

O estudo contemplou todos os agentes comunitários de saúde (ACS) que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Federação do Distrito Sanitário Barra - Rio Vermelho.

No Brasil, o Distrito Sanitário resulta de mandamento legal, contido no art. 10º e parágrafo segundo da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços.

O Distrito Sanitário deve se constituir em uma unidade organizacional mínima do sistema de saúde coma base territorial definida geograficamente, com uma rede de



serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da população de abrangência.

A região do Distrito Barra – Rio Vermelho (DSBRV) possui uma população de cerca de um pouco mais 372 mil habitantes e conta com 23 unidades de atendimento entre unidades básicas a Multicentros, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A região engloba 69 bairros de diferentes matrizes sociais, a exemplo da classe média alta de Ondina, em contraste com a população mais pobre do Vale das Pedrinhas e Calabar.

A unidade de saúde da família da Federação está localizada na Rua Pedro Gama, nº 28, no final de linha do ônibus do Bairro da Federação e está constituída por cinco equipes de saúde, sendo elas: ESF do Parque São Braz; ESF Vila da Pedra; ESF Jardim Federação; ESF Avenida Vera e ESF Silvestre de Farias. Cabe ressaltar que os profissionais e os usuários se referem a essas equipes por cores, a ESF do Parque São Braz é a cor Lilás; a ESF Vila da Pedra é a cor Amarela; a ESF Jardim Federação é a cor Vermelha; a ESF Avenida Vera é a cor Verde e a ESF Silvestre de Farias é a cor Azul.

A população é bastante heterogênea economicamente, indo da classe média à pobreza e miséria; o bairro divide espaço com luxuosos condomínios e favelas.

## **2.2 O referencial teórico**

Como forma de sistematizar e tratar a análise em bioética optou-se pela concepção Principlista para compor o referencial de análise dos dados empíricos. A obra *Principles of Biomedical Ethics* (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2001) foi a principal referência utilizada para a construção do referencial teórico deste estudo. Na teoria Principlista, evidenciam-se três princípios fundamentais da Bioética: respeito pelas pessoas e aqui é possível inferir que está relacionado à autonomia; beneficência e justiça. Mais adiante foi incluído também o princípio da não maleficência e esses princípios serão a base para analisar os problemas, conflitos e dilemas éticos identificados. Todavia, é possível trazer outras concepções e teorias éticas de forma complementar a análise dos dados, a exemplo da abordagem apresentada na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO).

### **2.3. Organização dos dados empíricos**

A análise de conteúdo envolve um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977).

Descrever constitui-se em um primeiro momento do procedimento de análise, não sendo, portanto, nem exclusivo e nem exaustivo. Após a descrição dos conteúdos, é necessário codificá-los. Como assinala Bardin (1977), a intenção da análise de conteúdo é alcançar através de indicadores, quantitativos ou não, a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou eventualmente de recepção, ou seja, a análise de conteúdo não visa o estudo da língua ou da linguagem, mas a determinação das condições de produção dos textos, que conformam seu objeto.

Assim, considerando-se o objeto do presente estudo, analisar conflitos e dilemas éticos, compreendendo o processo de trabalho onde eles estão inseridos, as habilidades em lidar com eles, além da repercussão deste processo de trabalho na saúde do ACS.

### **2.4. Meu lugar como pesquisadora**

As escolhas que fiz no início da minha carreira profissional levaram-me a inúmeras inquietações das práticas em saúde. O meu engajamento e minha relação de pertencimento e identificação com a atenção primária à saúde, em todos os seus aspectos, me fizeram sempre buscar caminhos para enfrentar as adversidades, como também me fizeram exultar de alegria com as conquistas que também advieram. Mas o interesse não surge apenas da curiosidade de entender o mundo do outro, mas a temática afeta-me profundamente porque ao longo desses 16 anos atuando no Sistema Único de Saúde (SUS), é perceptível a simbiose desse universo que envolve os trabalhadores da atenção primária com a minha própria história e, com as histórias de muitos, que como eu, militam e insistem no fortalecimento desse Sistema com todos os usuários e trabalhadores inseridos nele.

Este estudo surgiu da minha experiência como enfermeira da atenção primária à saúde entre 2002 e 2006 na UBS Dona Ivone Silveira no bairro do Calabar. De 2006 em diante, assumi cargos de gestão, mas sempre conectados com a atenção primária à saúde, o que me fez perceber o trabalho *sui generis* dos agentes comunitários de saúde e

as implicações desse trabalho para a sua saúde física e mental. Hoje como militante também da saúde do trabalhador e atuando no Cerest Salvador quanto no CESAT no âmbito do estado, os rios fluíram para o mar da pesquisa social em saúde.

A temática dos dilemas éticos enfrentados por essa categoria profissional supramencionada passou a ser meu objeto de interesse, a partir da constatação de que o residir na área onde trabalha favorece o estabelecimento de uma relação de confiança entre o ACS e a comunidade, beneficiando a realização das ações de saúde como um todo. Todavia, ao mesmo tempo, permite vivenciar os mais profundos dilemas éticos no lidar diariamente com as ocorrências envolvendo essa comunidade e a própria dinâmica do território onde vivem e trabalham. Ainda que, com todos esses aspectos, o ACS constitui-se em um recurso humano estratégico no tocante à implementação das ações de promoção à saúde e de novas formas de perceber e praticar a atenção à saúde, envolvendo as pessoas, seus conhecimentos e entornos.

Diante das minhas inquietações muitos questionamentos povoaram minha mente: que trabalho é esse? Como se dá esse processo de trabalho real e não o prescrito? Por acontecer efetivamente no território, em que circunstâncias se desenvolve esse trabalho? Que enfrentamentos esse ACS tinha que encarar? Quais problemas, conflitos e dilemas éticos enfrenta no cotidiano de seu trabalho? Ufa!Ao final desta trajetória árdua e ao mesmo tempo prazerosa, podemos colher um rico aprendizado que se manifesta efetivamente no olhar e reconhecer o trabalho do outro que ao mesmo tempo envolve o nosso. Hoje, com mais propriedade posso dizer que não sou mais a mesma e que sou profundamente agradecida pelas contribuições e trocas obtidas no percurso.

Em oportuno, assumo a completa responsabilidade pelo resultado aqui apresentado, com todas as suas limitações, considerando que nele não há neutralidade axiológica. O que quero dizer, no entanto, é que nenhum posicionamento epistemológico pode ser (axio) logicamente neutro ou apolítico, ainda que sua dimensão valorativa permaneça menos ou mais latente, no discurso ou na consciência do pesquisador. Desse modo, posso afirmar que, na minha trajetória de trabalhadora no serviço de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2002, a minha experiência me permite dizer que todo esforço de objetividade é, fatalmente, parcial, pois envolve um processo cognitivo, que abrange um sujeito.

Dessa forma, em face da pesquisa qualitativa em saúde requerer um compromisso reflexivo acerca do lugar que o pesquisador busca através das experiências que já carrega e das compartilhadas com o outro, acredito ser de grande

valia este estudo para a criação de novos espaços de discussão, bem como para a elaboração de estratégias e dispositivos que favoreçam a reorganização do processo de trabalho do ACS. Tendo em vista o fortalecimento deste trabalho tão necessário e valoroso e, ao mesmo tempo invisibilizado, no que diz respeito às dificuldades, problemas e dilemas éticos enfrentados por essa categoria profissional em sua jornada diária de atividades, creio que tenha conseguido produzir um trabalho de grande relevância.

## **2.5. A entrada no campo da pesquisa**

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB/UFBA), entrei em campo. O conhecimento prévio do local da pesquisa trouxe facilidades no que diz respeito à aproximação com os sujeitos da pesquisa. Foram explicados os objetivos da pesquisa que inclusive faz parte de um projeto guarda-chuva de pesquisa-intervenção interinstitucional cujo tema é Saúde do Trabalhador na Estratégia de Saúde da Família em Salvador: compreender para agir. Nesse contato, expliquei a possível contribuição que seus resultados poderiam trazer a partir da visibilidade dos problemas e dilemas éticos enfrentados no processo de trabalho do ACS e as repercussões desse processo de trabalho para a saúde deles.

A coleta teve continuidade, intercalando-se entrevistas e observações, o que permitiu concomitantemente, cruzamento de informações.

Cabe destacar que, os sujeitos se mostraram colaboradores com a pesquisa e que, à medida que as entrevistas transcorriam, eles adotavam posturas mais tranquilas, inclusive compartilhando situações dolorosas, carregadas de bastante emoção.

## **2.6. A saída do campo e a produção dos artigos empíricos desta dissertação**

O período total de imersão no campo foi de maio a novembro de 2018. Foi um momento bastante rico, pois, ao adentrar o seio da unidade de saúde, o território de atuação e o espaço dos ACS, busquei desvendar, com minha lente, os problemas e dilemas éticos que eles enfrentam na unidade de saúde, com usuários e equipe, bem como no território com toda a dinâmica existente neste.

Pressuponho que meu grande desafio, bem como a grande expectativa dos participantes da pesquisa é de alguma forma sensibilizar e inverter a lógica prescritiva das ações, considerando a complexidade da imersão social destes participantes

envolvidos na pesquisa, desafiando os gestores bem como os demais profissionais de saúde que conformam a ESF, a instituir mudanças e redefinir as ações e a prática do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a implementação da política de saúde do trabalhador e da trabalhadora neste cuidado.

Dessa forma, após a produção dos dados empíricos, a etapa seguinte foi a transcrição, leitura e releitura das entrevistas e das observações em campo realizadas, a fim de capturar o fenômeno proposto nesta pesquisa e realizar a construção dos dois artigos empíricos que compõem esta dissertação, além do artigo de revisão integrativa realizado durante a construção do estado da arte sobre o tema.

### **3. ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia após anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e todos os participantes envolvidos na pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com a legislação vigente para pesquisas com seres humanos. Esses não foram identificados, e foram garantidos o anonimato e o sigilo dos dados.

Considerando os princípios fundamentais da bioética, de acordo com a autonomia, o participante teve a liberdade de recusar a sua participação nessa pesquisa ou até mesmo de retirar seu consentimento em qualquer fase. Considerando a beneficência, houve uma ponderação entre riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantindo-se que danos previsíveis fossem evitados.

No que se refere aos benefícios, destacam-se a produção de conhecimento acerca da dinâmica de trabalho, dos riscos ocupacionais e da situação de saúde dos trabalhadores agentes comunitários de saúde, além de aplicação de medidas que objetivassem a eliminação e/ou minimização de riscos ocupacionais numa perspectiva de identificação e enfrentamento de dilemas éticos, buscando a prevenção de danos à saúde física e mental desses trabalhadores em seu ambiente e processo de trabalho; compreensão das necessidades e demandas de saúde desses trabalhadores, buscando prevenir ou aliviar problemas que afetem o bem-estar dos participantes da pesquisa. Desse modo, é possível citar ainda enquanto benefício, o retorno das informações para o

grupo, através da apresentação e discussão dessa pesquisa com o intuito de contribuir para a reflexão do processo de trabalho dos ACS e da equipe.

Os riscos oriundos da pesquisa estavam relacionados à possível produção de desconforto, receio ou constrangimentos ao responder às entrevistas ou mesmo através da observação participante. Caso isso ocorresse, como já mencionado antes o participante poderia pedir um tempo, deixar de responder qualquer pergunta ou mesmo desistir de vez de participar da pesquisa, sem precisar dizer o motivo da desistência e sem prejuízo para seu trabalho, sua vida profissional ou pessoal. O participante teve a liberdade de recusar a sua participação nessa pesquisa ou até mesmo de retirar seu consentimento em qualquer fase, sem a existência de penalização. As respostas foram confidenciais, com garantia de sigilo, o pesquisador garantiu privacidade para o participante responder ao questionário e este não foi identificado pelo nome a fim de que fosse mantido o anonimato.

Existe, no entanto, o risco da devolução ou comunicação inapropriada dos resultados dos estudos, o que poderia gerar situações de conflito ou abalar vínculos entre pessoas ou grupos na comunidade. Para minimização deste aspecto, a pesquisa e todas as suas etapas considerou as peculiaridades dos participantes, do ambiente de trabalho, e da comunidade, buscando o momento, a forma, a condição e o local mais adequado para que os resultados e esclarecimentos fossem efetuados, assegurando o anonimato das falas dos ACS nas entrevistas, através da não divulgação integral de suas falas ou de situações que poderiam identificá-los ou comprometê-los. Os arquivos de áudio e das entrevistas transcritas estão armazenados em computador de uso restrito do pesquisador. Os dados ficarão sob responsabilidade do pesquisador por cinco anos e serão extintos após esse período.

Para maior sigilo e segurança dos trabalhadores e aos participantes desta pesquisa, estes últimos foram identificados com nomes fictícios.

## ARTIGO 1

### **Problemas éticos na rotina dos profissionais da estratégia de saúde da família- Uma revisão integrativa**

#### **RESUMO**

**Antecedentes:** Na Estratégia de Saúde da Família(ESF) se pressupõe o trabalho em equipe e a interação organizada entre os membros da equipe com competências e habilidades distintas. Esta interação entre membros tem seu lado positivo na medida em que proporciona o compartilhamento de saberes e técnicas. No entanto, esse trabalho em equipe também fomenta atitudes competitivas entre os profissionais. Sendo os ACS membros fundamentais para fazer frente ao desafio da concretização deste modelo de ESF, faz-se necessário lidar com as questões de ordem ética vivenciadas nos serviços de saúde, especialmente no caso da atenção primária à saúde, a qual ainda tem sido pouco estudada em uma perspectiva bioética. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivo analisar o estado atual do conhecimento sobre problemas éticos vivenciados no âmbito da estratégia de saúde da família na Atenção Primária à saúde. **Metodologia:** realizou-se uma revisão bibliográfica da literatura, no período de 17 anos, de 2000 a 2017, com levantamento bibliográfico nas bases dedados do Pubmed, Medline, Scielo, Google acadêmico e BVS, utilizando-se os seguintes descritores:Health personnel, Bioethics, Qualitative research, Community health workers e Family health strategy. Para aconstrução das estratégias de busca, adotou-se uma adaptação da estratégia PICO (P: população de estudo, I: intervenção/ fenômeno, C: contexto O: *outcomes*, desfecho). A estratégia PICO orienta a elaboração da pergunta de pesquisa e da busca bibliográfica, permitindo ao pesquisador obter com acurácia, a melhor informação científica disponível. **Interpretação:** os resultados apontam para a necessidade de habilitar as equipes da ESF no manejo dos problemas éticos que acontecem no âmbito da APS. Muitos profissionais ainda não conseguem compreender a nova demanda gerada pelo estabelecimento do vínculo equipe de saúde-família, isto é, onde está o limite entre informações de domínio público e de domínio privado, especialmente ao se tratar do profissional ACS, enquanto morador da comunidade onde atua profissionalmente. Os profissionais que atuam na ESF podem enfrentar diversos conflitos éticos em relação à situação de trabalho existente e às condições sociais nas quais as famílias assistidas se encontram, o que pode lhes ocasionar angústia e sofrimento, em relação à tomada de decisão quanto ao que fazer, de modo a preservar seus princípios e valores profissionais. O desenvolvimento teórico-metodológico da temática bioética na ESF, ante a carência de estudos, necessita criar instrumentos interdisciplinares que aproximem os sujeitos ativos de um processo de trabalho autônomo e que favoreçam o diálogo entre eles, de forma a contribuir decisivamente para o saber-fazer desses profissionais.

**Palavras chave:** problemas éticos, estratégia de saúde da família, revisão integrativa.

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada, dentro da lógica de Redes de atenção, a ordenadora e coordenadora do novo modelo de cuidado e tem como um de seus pilares a reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde e inovações no seu relacionamento com a população. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada fundamental para o reordenamento da APS, propõe-se a ultrapassar o velho modelo tradicional focado na saúde como ausência de doença.

Na ESF se pressupõe o trabalho em equipe e a interação organizada entre os membros da equipe com competências e habilidades distintas. Essa interação entre membros tem seu lado positivo na medida em que proporciona o compartilhamento de saberes e técnicas, contudo, também fomenta atitudes competitivas entre os profissionais. Desse modo, para Shimizu e Carvalho Junior (2012), dentre os diversos modelos de gestão do processo de trabalho, na APS identifica-se com o modelo taylorista – baseado na divisão entre executores e planejadores, na normatização de processos e procedimentos, e na não cooperação entre indivíduos e especialidades – ainda a predominar.

O agente comunitário de saúde (ACS) é um dos trabalhadores que faz parte da equipe de saúde da APS. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade (BRASIL, 1999). No entanto, os ACS estão sujeitos a inúmeras situações de tensão. Por residirem nas áreas onde trabalham, os ACS vivem, como nenhum outro membro da equipe, o cotidiano da comunidade, com seus aspectos positivos ou negativos. (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

Residir na mesma localidade onde trabalha cria uma relação de porosidade entre o ato de trabalhar e de morar, visto que ambas as situações ocorrem em espaços físicos próximos, o que afeta a relação com a comunidade. Deste modo, é possível que ele se depare com situações que envolvam conflitos e problemas éticos.

Estudos de Garbin, Garbin e Diniz (2011) apontam que a forma de atuação exigida pela ESF direciona para um novo processo de trabalho marcado por uma prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania. Sendo os ACS membros fundamentais diante do desafio da concretização desse modelo, faz-se necessário lidar com as questões de ordem ética vivenciadas nos serviços de saúde, especialmente no



caso da atenção primária à saúde, a qual ainda tem sido pouco estudada em uma perspectiva bioética.

Estudos realizados por Fortes e Spinetti (2004) revelam que a organização do trabalho na Estratégia de Saúde da família permite que informações, ainda que sigilosas, possam ser disseminadas. Deste modo, pode-se trazer como uma das preocupações deste estudo identificar os conflitos e problemas éticos vivenciados pelos profissionais da estratégia em saúde da família, com destaque para o ACS, e como estes lidam com problemas éticos presentes em suas atividades cotidianas.

Um dos conceitos que define Bioética é de uma ciência cujo objetivo é indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis, denunciar os riscos das possíveis aplicações (LEONE; PRIVITERA; CUNHA, 2001). Assim, poder-se-ia dizer que a bioética tem uma tríplice função:

1. descritiva, que consiste em descrever e analisar os conflitos em pauta;
2. normativa com relação a tais conflitos, no duplo sentido de proscrever os comportamentos que podem ser considerados reprováveis e de prescrever aqueles considerados corretos; e
3. protetora, no sentido de amparar, na medida do possível, todos os envolvidos em alguma disputa de interesses e valores, priorizando, quando isso for necessário, os mais vulneráveis.

Alguns autores, como Mabtum e Marchetto (2015), trazem como objetivo da Bioética a análise desses conflitos humanos vivenciados no ambiente em que estes estão inseridos, considerando, portanto, a moral inserida na conduta humana, analisando a licitude de condutas e procedimentos. Desse modo é possível dizer que a Bioética é um eixo transversal na formação em saúde, pois pode instrumentalizar os trabalhadores da atenção básica, incluindo o ACS, no seu escopo de atuação junto ao usuário, à equipe de saúde, à rede de atenção, à gestão, ao meio-ambiente (REGO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA 2008).

Por situar o presente artigo no escopo da ética descritiva é necessário definir problema ético: algo que abrange os aspectos, as questões ou as implicações éticas de ocorrência “comum”, corriqueiras na prática da atenção à saúde. Problemas éticos consistem sempre em conflitos de valores, é claro, e os valores têm como base os fatos. Porém, são os atores envolvidos que elegem o que é problema ético, o que aflige e o que

quer discutir. Desse modo, os artigos presentes nesta revisão integrativa fazem menção aos problemas éticos definidos pelos entrevistados.

Este artigo é o relato de uma revisão integrativa de literatura, proposto para analisar o que existe na literatura que explore os aspectos bioéticos enfrentados pelos profissionais da Atenção Primária e, em especial, os ACS. Mais especificamente, buscase responder à seguinte questão: Quais os problemas éticos enfrentados pelos profissionais da estratégia de saúde da família (ESF), em especial os ACS?

Este estudo teve como objetivo analisar o estado atual do conhecimento sobre problemas éticos vivenciados no âmbito da estratégia de saúde da família na Atenção Primária à saúde.

## 2. MÉTODO

Para identificação dos instrumentos existentes, realizou-se uma revisão bibliográfica da literatura, no período de 17 anos, de 2000 a 2017, com levantamento bibliográfico nas bases dedados do Pubmed, Medline, Scielo, Google acadêmico e BVS, utilizando-se os seguintes descritores: Health personnel, Bioethics, Qualitative research, Community health workers e Family health strategy.

Para a construção das estratégias de busca, adotou-se uma adaptação da estratégia PICO (P: população de estudo, I: intervenção/ fenômeno, C: contexto O: outcomes, desfecho). A estratégia PICO orienta a elaboração da pergunta de pesquisa e da busca bibliográfica, permitindo ao pesquisador obter com acurácia, a melhor informação científica disponível (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Considerando a pergunta de revisão já mencionada, a busca na literatura dos artigos foi orientada pela PICO, adaptada para PIC, sendo “P” é a população (profissionais de saúde e ACS), “I”, o fenômeno de interesse (problemas éticos), e “C”, o contexto (ESF/atenção primária à saúde). (MENEZES; CORRÊA; SILVA; CRUZ, 2015)

A amostra compreendeu artigos completos, publicados em periódicos revisados por pares, adotando como critérios de inclusão: artigos nos idiomas português, espanhol e inglês; artigos publicados entre 2000 e 2017, estudos empíricos. Excluíram-se artigos que não tratavam de estudos empíricos. Em seguida, com base nos critérios de inclusão e exclusão, realizou-se leitura genérica dos resumos para eliminar aqueles que não faziam referência ao tema proposto. Após a seleção, os artigos mantidos na revisão foram submetidos à avaliação de qualidade metodológica pelos instrumentos Critical

Appraisal Skills Programme(CASP), Critérios Consolidados para Relatórios de Estudos Qualitativos(COREC) e Critical Interpretative Synthesis(CIS)(**Tabela 1**);e, por fim, eles foram analisados na íntegra, constituindo o corpus desta revisão.

Para análise dos artigos, retiveram-se as seguintes informações: 1) autor, ano e local; 2) objetivo do estudo; 3) instrumentos utilizados; 4) método e 5) delineamento e os principais resultados. (**Tabela 2**)

### 3. RESULTADOS

As estratégias de busca permitiram recuperar 247 artigos no do Portal de Periódicos da CAPES; destes foram mantidos os 241 revisados por pares. Trabalharam-se apenas os artigos completos. No refinamento da busca, selecionaram-se os tópicos public health, medical ethics,ethics e bioethics, o que ocasionou um n= 63 artigos. Com o refinamento da pesquisa, selecionando os anos de 2000 a 2017, esse n reduziu-se a 60 artigos e quando selecionadas as bases de dados Pubmed/Medline, Pubmed central, BVS, Google Acadêmico e SciELO ficaram apenas 45 artigos. A leitura com análise de títulos e resumos a fim de selecionar os artigos pertinentes à pergunta de revisão resultou na manutenção de 45 artigos, excluindo os artigos em duplicidade, os quais tinham como fenômeno de interesse o estudo dos temas propostos na pesquisa. Destes, a partir da leitura do texto integral, foram selecionados 08 artigos que tratavam especificamente da temática. No entanto, para apoiar a síntese dos dados, mantiveram-se 04 artigos na revisão. Após avaliação de qualidade metodológica pelas listas de verificação CIS, CASP e COREQ. A Figura 1 representa o fluxo das análises. (**Figura 1**)

A maioria das publicações se refere a estudos desenvolvidos no Brasil, a partir do descritor Estratégia de saúde da família (Strategy health family); em relação ao tipo de estudo, todos são empíricos e, quanto ao delineamento, todos têm metodologia qualitativa e utilizam a análise de conteúdo em seu referencial teórico metodológico.

O tamanho das amostras dos quatro estudos empíricos variou de 12 a 73 profissionais da APS, com um número total de 240 profissionais de saúde. Em todos os estudos, há uma prevalência dos profissionais ACS, em virtude desses constituírem a categoria majoritária na equipe.

Todos os artigos trabalharam com categorias de análise, como já referido anteriormente, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Em seus

resultados, os problemas éticos identificados foram organizados em categorias que podem ser definidas em diferentes dimensões associadas ao relacionamento entre profissionais e usuários, dos profissionais entre si e destes com os usuários, frente à organização do sistema de saúde (FORTES; SPINETTI, 2004).

Ressalta-se que ao analisar as dimensões supramencionadas separadamente, encontram-se elementos suficientes para avaliar cada uma delas. Com isso, infere-se que já existe uma produção e sistematização de conhecimento sobre essas dimensões, suficiente para abordá-las e mensurá-las.

Apesar de identificado pelos variados descritores um amplo leque de artigos, evidenciou-se a existência de poucos estudos voltados para a análise dos aspectos bioéticos no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Nota-se que, na abordagem dos problemas éticos, os autores, na sua grande maioria, trazem a distinção entre os dilemas éticos, tão comuns no âmbito hospitalar, dos problemas éticos que ocorrem no âmbito das equipes de ESF.

A maioria destes estudos afirma a necessidade premente de habilitar as equipes da ESF no manejo dos problemas éticos que acontecem no âmbito da APS. Muitos profissionais ainda não conseguem compreender a nova demanda gerada pelo estabelecimento do vínculo, isto é, o limite entre o público e o privado, especialmente em se tratando do profissional ACS, como morador da comunidade onde atua profissionalmente.

A organização dos serviços e do sistema de saúde também pode ser considerada um desafio ético. Os autores abordam as desigualdades de acesso aos serviços e a baixa resolutividade da APS. É prevalente em todos os estudos o conflito ético em relação à privacidade das informações. Lidar com o sigilo e a confidencialidade das informações é um aspecto sempre presente no dia a dia das equipes da ESF, bem como resguardar a privacidade das informações dos usuários, seja no âmbito da unidade de saúde ou mesmo no domicílio durante a visita domiciliar; esses fatores se constituem em um grande conflito enfrentado pelos profissionais, em especial o ACS, no sentido de definir em que medida as informações privadas dos indivíduos e das famílias, bem como os fatos observados pelos profissionais, devem ser compartilhadas no âmbito da equipe.

Outro grande desafio ético comentado pelos autores está relacionado à existência de pouca interação entre os membros das equipes da ESF. É enfatizada em todos os artigos a falta de entrosamento e companheirismo, de entendimento e de comunicação entre os trabalhadores. Existe uma real dificuldade em se delimitar os papéis e as

funções de cada membro da equipe da ESF e dos seus respectivos campos de atuação. No que tange à atuação, especialmente do profissional ACS, essa incompreensão ainda é mais evidente. As falas nos diversos artigos corroboram o entendimento de que talvez os profissionais das equipes não compreendam todas as peculiaridades do trabalho do ACS.

Os artigos apontam também, como desafio ético, o estabelecimento de vínculo com a comunidade. Na perspectiva de resolver seu problema, de saúde ou não, os usuários e suas famílias buscam ser assistidos, embora imbuídos de medos, crenças e expectativas. A equipe, por sua vez, ainda é bastante inexperiente para lidar com situações decorrentes da contínua proximidade com os usuários e respectivas famílias e se mantém presa a um modelo biomédico ligado à instituição de procedimentos, normas e rotinas do serviço ou, ainda, a seu entendimento técnico do que é melhor para eles. A não garantia do sigilo e a preocupação com o respeito à confidencialidade das informações, fornecidas aos profissionais pelos usuários e seus familiares, também aparecem como um problema, de modo que o dever de manter segredo quanto às informações constitui-se em obrigação ética dos profissionais de saúde e dos agentes comunitários (LEONE; PRIVITERA; CUNHA 2001).

#### **4. DISCUSSÃO**

Nas palavras de Junges e colaboradores (2012): “[...] 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”

Nos artigos elegidos, percebe-se que, na maioria dos discursos, a fragilidade no serviço de saúde é explicitada e tende a repercutir na falta de resolutividade dos problemas da comunidade; este fato causa um sofrimento adicional, especialmente aos agentes comunitários de saúde, devido ao vínculo construído com a comunidade, que os leva a se sentirem responsáveis pelas famílias.

Para Dejourns (2004) a construção identitária no trabalho está ainda relacionada a dois processos de reconhecimentos: julgamento estético e utilidade. O julgamento da utilidade se relaciona com os níveis hierárquicos aos quais o trabalhador está submetido e irá avaliar o trabalho; é ligado também a critérios de resolutividade e eficácia. Nessa lógica, os usuários e/ou clientes também estão incluídos. Por outro lado, o julgamento estético é aquele realizado pelos pares, que conhecem tanto as dificuldades, quanto as

soluções que os trabalhadores vivenciam para alcançar os resultados estipulados pela organização. Esse julgamento dá visibilidade aos esforços dos trabalhadores na concretização do trabalho, apesar dos constrangimentos e, por vezes, dos fracassos e frustrações vivenciados.

No que diz respeito às relações com a equipe de saúde, que se configura em uma das categorias estudadas nos artigos analisados, o estudo de Zobolli e Fortes (2004) aborda os resultados de estudos estrangeiros e brasileiros realizados tanto em hospitais, quanto em serviços de atenção básica, demonstrando que os profissionais de saúde apontam seus colegas ou os membros da outra categoria profissional como fontes de problemas éticos, muitas vezes mais importantes que os usuários e/ou suas famílias.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, o processo de trabalho da Saúde da Família é implementado por uma equipe multiprofissional, valorizando os diversos saberes e práticas, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança, com ética, compromisso e respeito, promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, execução e avaliação das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2012). Os artigos de Valadão, Lins e Carvalho (2017) e Zobolli e Fortes (2004) apontam para relações mais conflituosas 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, entre outros.

Segundo Fortes e Martins (2000), no trabalho da equipe multiprofissional é necessário trocar informações. Essa troca é fundamental para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade na assistência ao indivíduo, na sua totalidade. Ainda segundo Fortes e Martins (2000), essa forma de estabelecer um processo de trabalho descentralizado favorece o compartilhamento do poder decisório, aproximando-o dos indivíduos diretamente interessados nas consequências das ações empreendidas pelos serviços de saúde. Partilhar das decisões é um caminho para implementar o princípio ético da autonomia dos indivíduos e da coletividade (MABTUM; MARCHETTO, 2015). Nesse sentido, o trabalho em equipe e a tomada de decisão coletiva produzem resultados mais qualificados, aumentam o conhecimento acerca da situação a ser decidida, amenizam a desagregação de informações e de conhecimento, bem como reduzem a possibilidade de distorções da realidade, que acompanham uma visão individualizada do problema. É válido ressaltar a importância de uma visão integrada,

tendo em vista que os fatores integrantes do processo decisório devem ser considerados um conjunto indissociável, uma vez que as relações existentes entre eles formam estruturas que interagem entre si.

Junges e colaboradores (2012), na dimensão dos problemas éticos referentes à relação com o usuário e a família, perceberam, assim como nos outros artigos, como ponto principal o excesso de vínculo entre profissional e usuário, principalmente em se tratando do agente comunitário de saúde. E também foi verificado por Valadão, Lins e Carvalho (2017) que há um conflito na ação do profissional que deixa margem entre o agir com beneficência, minimizando os riscos da medicalização, e a ausência de respeito à autonomia do usuário. Para Fortes e Martins (2000), a informação é o elemento vital para que o usuário possa tomar decisões. O princípio fundamental da ética é o respeito ao ser humano, como sujeito atuante e autônomo. Os códigos de ética das diferentes categorias profissionais enfatizam as mesmas bases conceituais em relação às condições de respeito à privacidade, à livre escolha do profissional por parte do paciente e do consentimento informado (SEGRE; COHEN, 2003).

O usuário busca a resolução de um problema de saúde que considera importante e o trabalhador de saúde, muitas vezes, **mantém-se** preso ao seu entendimento técnico do que é melhor para o usuário. Nesse desencontro de necessidades e interesses, a negociação, que se efetiva pelo diálogo respeitoso e escuta qualificada é necessária e deve estar presente, pois nem sempre o carecimento do usuário é interpretado como um problema de saúde pelo trabalhador e/ou serviço de saúde. Desse modo, é possível inferir que o elemento comunicação é imprescindível na relação profissional/usuário, respeitando as questões relacionadas ao sigilo e à confidencialidade das informações prestadas. Nessa linha de raciocínio, ressalta-se a noção de privacidade. A privacidade engloba a intimidade, a vida privada e a honra das pessoas, significando que são os próprios usuários que têm direito de decidir quais informações pessoais devem ser mantidas sob seu exclusivo controle e a quem, quando, onde e em quais condições elas podem ser reveladas. Isto se aplica igualmente ao âmbito interno de cada família, pois um membro pode não desejar que fatos ou dados acerca de sua saúde e vida sejam compartilhados com os demais. O mesmo se aplica às famílias em relação aos vizinhos, ainda que parentes (ZOBOLI; MARTINS; FORTES, 2001).

Para Lancman, Uchida e Jardim (2007), manter o sigilo é então fonte de um grande sofrimento, pois faz parte do trabalho do ACS conhecer profundamente as famílias. No entanto, ao fazê-lo, encontram-se imersos em uma encruzilhada entre não

falar e as pessoas continuarem a sofrer os maus tratos ou falar para protegê-las, mas quebrando o trato de confidencialidade que eles demandam. Em sendo assim, cabe ao ACS exercer a função de elo entre a equipe e a comunidade, com muito zelo de forma a discernir quais informações ele deve compartilhar com o restante da equipe, relevantes para gerar benefícios para a comunidade e para acionar ou orientar o trabalho da equipe (REGO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2008)

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa revelou que o tema sobre problemas éticos, no âmbito da atenção primária, é relativamente pouco estudado. No entanto, é possível verificar que os achados nos artigos estudados corroboram entre si, na medida em que a grande maioria aborda a discussão dos conflitos éticos na dimensão das relações entre usuários e trabalhadores, trabalhadores entre si e com a organização do sistema de saúde.

Assim, os profissionais que atuam na ESF podem enfrentar diversos problemas éticos em relação à situação de trabalho existente e às condições sociais nas quais as famílias assistidas se encontram, o que pode lhes ocasionar angústia e sofrimento, em relação à tomada de decisão quanto ao que fazer, de modo a preservar seus princípios e valores profissionais.

O desenvolvimento teórico-metodológico da temática bioética na ESF, ante a carência de estudos, necessita criar instrumentos interdisciplinares que aproximem os sujeitos ativos de um processo de trabalho autônomo e que favoreçam o diálogo entre eles, de forma a contribuir decisivamente para o saber-fazer desses profissionais.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**BRASIL 1999. Saúde da família no Brasil:** linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002. Ministério da Saúde, Brasília.16p. Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-1682>

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série E. Legislação em Saúde).Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>

DEJOURS C. Subjetividade, trabalho e ação. **RevProdução**.2004;14(3):27-34.



FORTES PAC, MARTINS CL. A ética, a humanização e a saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 53, n. especial, p. 31 -33, 2000.

FORTES PAC, SPINETTI SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1328-1333, set-out, 2004.

GARBIN AJI, GARBIN CAS, MOIMAZ SAS, DINIZ DG. Ética e atuação profissional: percepção de Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde, Ética & Justiça**. 2011;00(2):65-71.

JUNGES JR, SCHAEFER R, NORA CRD, BASSO M , SILOCCHI C, SOUZA MC et al. Hermeneutics of the ethical problems perceived by primary health care professionals. **Revbioét.** 2012; 20 (1): 97-105

KLUTHCOVSKY ACGC, TAKAYANAGUI AM M. O trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira Médica Farmacêutica e Comunitária**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 23-29, abr./jun. 2006.

LANCMAN , U. S, SZNELWAR L I, JARDIM TA. Agente comunitário de saúde : um trabalhador na berlinda . Estudo em psicodinâmica do trabalho, **Travaille** 2007/1 (nº 17), p. 71-96. DOI 10.3917/trav.017.0071 10

LEONE S, PRIVITERA S, CUNHA JT. (Coords.). **Dicionário de Bioética**. Aparecida: Editorial Perpétuo Socorro/Santuário; 2001.

MABTUM MM, MARCHETTO PB. Concepções teóricas sobre bioética, biodireito e dignidade humana. In: **O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica,;2015, pp. 17- 51. ISBN 978-85-7983-660-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MENEZES SSC2, CORRÊA CG ,SILVAR de CG , CRUZ DAML. Raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem: revisão de escopo. **RevEscEnferm USP** . 2015; 49(6):1037-1044.

REGO S, GOMES AP, SIQUEIRA-BATISTA R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 482-491, 2008.

SANTOS CMC, PIMENTA CAM, NOBRE MRC. The PICO strategy for there search question construction and evidence search. **Rev Latino Am Enfermagem** [Internet]. 2007 [cited 2015 Apr 02];15(3):508-11

SEGRE M, COHEN C. **Bioética**. 3ª Ed, São Paulo: Edusp; 2003.

SHIMUZI HE, CARVALHO Jr, DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Revista de Ciências e saúde Coletiva**, Rio de janeiro, v 17(9), 2405-2414, 2012

UNIT, P. H. R. Critical Appraisal Skills Programme (CASP): making sense of evidence - 10 questions to help you make sense of qualitative research. **Public Health Resource Unit**, 2006. England. Disponível em: <<http://esquiresheffield.pbworks.com/f/WeChecklists.pdf>>. Acesso em: 16/012//2017.

VALADÃO PAS, LINS L, CARVALHO. F. Problemas bioéticos no cotidiano do trabalho de profissionais de equipes de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro**, v. 15 n. 3, p. 725-744, set./dez. 2017

ZOBOLI ELCP, MARTINS CL, FORTES PAC. O programa saúde da família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde. In: **Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo**, Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 47-50.

ZOBOLLI ELCP, FORTES PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1690-1699, nov-dez, 2004

## ARTIGO 2

### DILEMAS ÉTICOS NO COTIDIANO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA

#### RESUMO

**Antecedentes:** Os agentes comunitários de saúde (ACS) apresentam um “caráter particular” no SUS na medida em que são profissionais exclusivos desse sistema, mais especificamente da Atenção Primária à Saúde (APS), e constituem uma força de trabalho importante para a consolidação da estratégia de saúde da família (ESF). Esses profissionais desenvolvem uma das atividades mais peculiares dentro da ESF: a vinculação entre os profissionais da saúde e a população, ampliando a eficácia das ações de saúde, favorecendo a participação da comunidade. Nessa dinâmica de trabalho no território onde vivem e no serviço residem os conflitos e dilemas de natureza ética.

**Objetivos:** Este estudo teve como objetivo conhecer as competências destes profissionais para lidar com os dilemas éticos vivenciados pelos ACS na sua prática cotidiana e descrever tais dilemas no âmbito do território onde atuam.

**Metodologia:** Essa pesquisa está no campo da ética descritiva, enquanto uma pesquisa empírica, de natureza não normativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e observação participante com 15 ACS de uma USF de Salvador no período compreendido entre maio e novembro de 2018. A partir do contexto e dos trechos dos discursos adequou-se uma análise temática, dentro da proposição da análise de conteúdo.

**Resultados:** apontam para a necessidade de instrumentalizar os ACS de

forma a evitar, pela ausência de um equacionamento ético na tomada de decisões, consequências desastrosas para os usuários individualmente, para as famílias, para as relações destes com a equipe de saúde e para a comunidade adscrita. Os dilemas identificados e relacionados às condutas dos ACS dão-se frente à violência doméstica e intrafamiliar, ao silenciar e ao compartilhar informações, bem como conflitos relativos às crenças religiosas que se apresentam no território. Entendeu-se a partir desse trabalho, que estudos dessa natureza podem dar visibilidade às dimensões éticas do processo de trabalho vivenciadas pelos profissionais de saúde, principalmente, aqueles que trabalham na saúde coletiva, a despeito dos agentes comunitários. Sugere-se que reforce a abordagem dos dilemas éticos que surgem na atenção básica de formas a incorporar a questão das desigualdades sociais e determinantes de saúde e doença, organizar suporte aos ACS por meio de comitê de ética no âmbito da atenção básica, por exemplo, além de discutir políticas públicas que evitem negligenciar os aspectos relativos à relação intersubjetiva do profissional ACS com os usuários e família.

**Palavras chave:** dilemas éticos, agente comunitário de saúde, bioética.

## 1. INTRODUÇÃO

Os agentes comunitários de saúde (ACS), enquanto uma categoria profissional, apresentam um “caráter particular” no SUS, na medida em que são profissionais exclusivos desse sistema, mas especificamente da Atenção Primária à Saúde (APS) e, também, por constituírem uma força de trabalho importante para a saúde, na consolidação da estratégia de saúde da família (ESF).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1990 foi uma experiência bem-sucedida e que deu espaço para a concepção e implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde em 1994. A Estratégia de Saúde de Família (ESF), como é atualmente reconhecida, tem em sua estrutura uma equipe mínima onde a figura do profissional ACS aparece como um dos principais atores sociais envolvidos diretamente no sucesso dessa iniciativa. Esses profissionais desenvolvem uma das atividades mais peculiares dentro da ESF: a vinculação entre os profissionais da saúde e a população, ampliando a eficácia das ações de saúde, favorecendo a participação da comunidade. (BORNSTEIN; STOTZ, 2008)

Para Silva (2002) essa vinculação entre ACS e comunidade favorece a participação efetiva dessa última e faz com que o cotidiano das práticas dos ACS tenha uma dimensão muito importante na sua atuação dentro da assistência social. Dessa forma, uma peculiaridade do trabalho do agente é aproximar a atenção básica e a saúde comunitária, costurando, assim, as dimensões técnica e política da assistência à saúde. E

nessa dinâmica de seu ofício é que residem os conflitos e dilemas, inclusive os de natureza ética.

Apesar do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ter sido implantado no Brasil entre 1990 e 1991, a profissão de ACS só foi criada e regulamentada em 2002, pela Lei nº 10.507. E mesmo regulamentada, até hoje algumas informações ficaram sem esclarecimentos, a exemplo, sobre a qual Conselho de Classe esse profissional estaria vinculado, o que favoreceria a relação com Códigos de Ética que regulam os direitos e deveres dos profissionais a eles ligados. A falta desse instrumento normativo faz com que os ACS fiquem destituídos de uma legislação nesse sentido, ainda que se afirme que, conforme Beauchamp e Childress (2001), nenhuma teoria ou código de ética profissional apresenta um sistema de regras livre de conflitos e/ou exceções, uma vez que não são raras as situações nas quais se devem escolher entre valores plurais e conflitantes, a partir da ponderação de várias considerações. E no caso dos agentes envolvidos nesta pesquisa, parece óbvio que esses conflitos podem inclusive configurarem-se em dilemas que não se minimizam apenas com a criação de um Código de Ética Profissional.

Ao abordar-se a questão dos conflitos e dilemas éticos vivenciados pelos agentes comunitários no território, faz-se necessário que se apresente conceitualmente o que representa dilema e conflito ético.

Na compreensão de LALANDE (1999, p. 260) por dilema entende-se que :

É um sistema de duas proposições contraditórias, entre as quais se é colocado na obrigação de escolher“ou ainda”(…) Oposição mútua entre duas teses filosóficas tais que a aceitação ou o repúdio de uma, com os seus corolários, leva à negação ou à afirmação da outra sem que nenhuma das duas possa ser refutada com a ajuda dos princípios professados pelos dois partidos.

Em um dilema pressupõe-se sempre que há a necessidade de escolher entre alternativas opostas, que resultará em uma conclusão, que derivará necessariamente de uma das alternativas que se optar.

Já em um conflito ético existe uma situação que pode ser resolvida sem a necessidade de se utilizar de julgamento e da escolha entre mais de uma alternativa, com o objetivo de optar pelos valores que lhes pareçam convenientes a ele mesmo e à sociedade em que vivem.

Na Unidade de Saúde da Família (USF), é possível identificar que o SISAB, Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, funciona como um instrumento de diagnóstico, planejamento, monitoramento e vigilância das ações de saúde da ESF, ainda que de fato não consiga cumprir efetivamente esse papel. Desse modo, é possível identificar indivíduos e famílias a partir da descrição que os dados do SISAB apresentam da realidade vivenciada por este sujeito, dentro do ambiente em que está inserido, na sua família. Isto ocorre por meio da descrição dos domicílios, com seus componentes familiares, suas condições socioeconômicas, bem como a presença ou ausência de determinadas patologias consideradas prioritárias para controle e vigilância. (CAVALCANTE; PINHEIRO; GUIMARÃES, 2013). O ACS é um profissional que contribui bastante para alimentar esses dados a partir da visita domiciliar. Este acesso a essas informações, coloca o ACS numa posição de olhar para a comunidade onde vivem, adoecem e morrem os indivíduos, acessando informações por vezes bastante privativas, acrescidas do acesso às informações do próprio prontuário médico do paciente, o que lhe confere ainda mais informações sobre indivíduos e famílias com os quais tem contato diário enquanto profissional, mas também enquanto vizinho, o que comina na vivência de conflitos éticos dos mais diversos no que diz respeito as relações público-privadas que estabelece com a comunidade,

A visita domiciliar é, portanto, a atividade mais importante do processo de trabalho do agente comunitário de saúde. Ao adentrar o domicílio de uma família, o ACS não apenas entra no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa domicílio vive uma família com características diversas e peculiaridades específicas, tais como seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história. Para o ACS este se constitui como um local estratégico para a eclosão de vários dilemas do ponto de vista bioético, que se aditam aos inerentes ao acesso às informações existentes em prontuários médicos.

Considerando que os princípios da beneficência, autonomia, justiça e não maleficência e o conflito entre estes, estão atrelados às práticas deste profissional ACS. Adota-se, criticamente, para o presente estudo, a Teoria Principlista, por ser talvez a tendência mais difundida, considerando que, as demais teorias dialogam com essa, corroborando-a ou contradizendo-a. Ademais, no processo de trabalho na atenção básica, mas especificamente o do ACS, esta teoria permite abordar de maneira sistematizada os

problemas éticos do cotidiano destes trabalhadores, com linguagem simples e objetiva. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1998; SCHRAMM, 1998).

A teoria Principlista acima mencionada se fortaleceu e se formou muito em função do relatório de Belmont, em cujo informe final evidenciam-se três princípios fundamentais da Bioética: respeito pelas pessoas o que pode ser definida em autonomia da pessoa, beneficência e justiça. Mais adiante foi incluído também o princípio da não maleficência. Essa teoria mais tarde sofreu diversas críticas e por conta disso foi sugerida a especificação dos princípios e que os quatro princípios não apresentassem o mesmo peso. Beauchamp e Childress convencionaram chamar de Ética Aplicada ao uso de princípios aos casos particulares dentro de um raciocínio dedutivo. Nas edições que se seguiram, a pura aplicação não foi mais suficiente, necessitando correção através do critério de balanceamento de princípios, considerados *prima facie*, ou seja, ponderação (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1983).

Segundo Junges (2012), é possível descrever os princípios a partir de certas considerações morais, tais quais, obrigações de respeitar os desejos de pessoas competentes (respeito pelas pessoas ou pela sua autonomia); obrigação de não provocar danos aos outros, principalmente não matar nem tratar com crueldade (não-maleficência); obrigação de produzir benefícios para os outros (beneficência); obrigação de ponderar danos e benefícios (utilidade); obrigação de distribuir com equidade danos e benefícios (justiça). A beneficência *strictus senso*, pelo Relatório de Belmont é compreendida como uma dupla obrigação, a de não causar danos e, em segundo lugar, a de maximizar o número de possíveis benefícios e minimizar os prejuízos. Complementarmente a este princípio, está o da não maleficência que segundo Beauchamp e Childress (2001) é a obrigação de não causar danos. Diferente do primeiro que tem um caráter mais preventivo, e é ação, este segundo é abstenção, cabe a todas as pessoas.

A autonomia é o princípio que dentro da relação profissional de saúde/ paciente determina a atuação do paciente, por isso a autonomia corresponde, nesse sentido, ao princípio de liberdade. Significa dizer que o indivíduo é autodeterminado na tomada de decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais. Em razão desse princípio, surge a obrigatoriedade da manifestação do consentimento livre e informado. Todavia, é importante ressaltar que a autonomia não é um direito absoluto; seus limites devem ser dados pelo respeito à dignidade e à liberdade dos outros e da coletividade. (COSTA; OSELKA; GARRAFA, 1998).

A justiça se dá aliada ao princípio de equidade construída dentro de um pacto democrático. O princípio da justiça não defende que todos sejam tratados de modo idêntico, mas aqueles que possuem as mesmas necessidades devem receber as mesmas oportunidades

No final da década de 90, conforme citação de Pessini e Barchifontaine (2000, p. 395 e 396), “inicia-se a chamada bioética da saúde da população, entrando em cena com mais vigor os direitos humanos e as Ciências Sociais e Humanas.” Confere-se, desta maneira, maior destaque às questões da equidade e da alocação de recursos na saúde. Neste momento, é possível identificar uma mudança de paradigma que retira da medicina de alta tecnologia, o lugar central das preocupações da bioética, com desvio do enfoque central das questões relativas ao avanço biotecnológico em direção aos determinantes da saúde, dentre os quais figura o acesso aos serviços de saúde e à tecnologia neles incorporada.

De 2005 até os tempos mais atuais, a Bioética fez acúmulos em sua agenda temática e passou a ganhar mais espaço nos meios acadêmicos e políticos. A homologação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco foi um marco decisivo para tal mudança conceitual, visto que foi a partir deste documento que a pauta bioética para o século 21 passou a incorporar aspectos sociais e ambientais, antes amplamente ignorados. (SANTOS; GARRAFA, 2011)

Nos países latino-americanos, os ditos países periféricos, obtiveram a partir inclusive da Declaração, a incorporação de temas como bioética sanitária, social e da bioética ambiental.

As dificuldades no acesso aos bens e serviços essenciais, as desigualdades e iniquidades em saúde, a precariedade dos sistemas educacionais, são problemas que afetam os países em desenvolvimento, como por exemplo, o Brasil. Nesse contexto não há, especificamente por parte dos países da América Latina, uma resistência na incorporação de temas relacionados com a justiça social e os direitos humanos na agenda bioética, diferentemente de alguns países desenvolvidos, como é o caso dos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, onde a bioética tem como prioridade às pesquisas no âmbito da biotecnologia e da biomedicina. (GARRAFA, 2006). Desse modo, é necessário refletir se a Bioética Principlista dará conta sozinha de avaliar todos os aspectos relacionados com as práticas cotidianas e os enfrentamentos éticos vivenciados na APS e em especial no trabalho dos ACS.

Ainda é muito presente, no contexto internacional e brasileiro, relacionar o tema da Bioética, dentro da Teoria Principlista, muito mais à reflexão e discussão dos problemas de ordem ética enfrentados pelos profissionais da saúde que atuam nos hospitais e outros serviços de saúde que de maior complexidade e alta tecnologia(ZOBOLLI, 2003). A vertente da atenção primária à saúde, composta pelas unidades básicas de saúde responsáveis pelas ações e pelos procedimentos tidos como de mais baixa complexidade, fica esquecida sem que haja uma discussão estruturada dos problemas éticos enfrentados pelos profissionais.

A bioética e sua inter-relação com a saúde do trabalhador vão muito além da obtenção de uma regulamentação legal que garanta direitos, deveres, responsabilidades, proibições. Antes, o olhar bioético se voltará para o que não salta aos olhos, o invisível, aquilo que ninguém quer ousar a tocar ou trazer a visibilidade justamente porque parece mais adequado que os nós críticos dos seus problemas permaneçam ocultos. (AMORIM, 2015). No caso da APS, para o ACS, isso é muito característico, na medida em que este sujeito vive, como nenhum outro membro da equipe, os conflitos e dilemas éticos do território, que envolvem o ocultar ou não casos de violência velada, a ameaça constante a sua própria vida por obter informações que põe em risco sua integridade física e mental, o lidar diariamente com informações por vezes sigilosas e ao mesmo tempo esclarecedoras para a situação de saúde da comunidade em que atua.

No trabalho do ACS, os dilemas advirão muito mais do seu trabalho no território, razão do foco desse estudo ser mais no território, lugar onde eclodem questões de sigilo profissional, violência intradomiciliar, dificuldades em lidar com diferentes crenças religiosas, entre outros, do que das atividades e relações que ocorrem no âmbito da unidade de saúde. Porém não serão desconsiderados os problemas relacionados ao âmbito interno da unidade.

Dessa forma o objetivo deste trabalho relaciona-se em identificar os conflitos e dilemas éticos vivenciados no território onde atuame.elencaras competências destes profissionais em lidar com os conflitos e dilemas éticos vivenciados na sua prática cotidiana.e

## **2. PERCURSO METODOLÓGICO**



Para este estudo, optou-se pelo método de natureza qualitativa e caráter exploratório. Conforme Gil (2007), a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como sendo exploratória, pois os pesquisadores a utilizam, com a finalidade de estudar um tópico, quando suas variáveis e bases teóricas são desconhecidas, objetivando a compreensão e a utilização de um conceito ou fenômeno.

Essa pesquisa está no campo da ética descritiva, enquanto uma pesquisa empírica, de natureza não normativa.

Nos discursos dos ACS buscou-se, considerando o objeto do presente estudo, os dilemas éticos vivenciados em seu processo de trabalho no território onde atuam e, durante as entrevistas e a partir do contexto e dos trechos dos seus discursos adequou-se uma análise temática, dentro da proposição da análise de conteúdo.

As reflexões norteadoras foram divididas em quatro dimensões: a primeira com questões gerais sobre o conhecimento acerca do campo da ética, a segunda buscou abordar os aspectos éticos envolvidos na relação do ACS com o usuário e famílias, na terceira o foco foram a relação com o processo de trabalho e o serviço e a última centralizou-se na relação com a equipe. Assim, as entrevistas semiestruturadas foram o instrumento utilizado para compreensão do fenômeno. Os dados informados durante as entrevistas foram analisados de acordo com a já citada técnica de análise de conteúdo.

[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens (indicadores quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos, relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Como propõe Bardin(1977)existem etapas que constituem a aplicação desta técnica de análise: Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos resultados e interpretação. A proposta inicial deste estudo previu, na análise dos dados, a utilização do enfoque principialista, e durante a leitura flutuante, ou seja, nas impressões iniciais, apareceram elementos que se aproximem de uma abordagem numa contextualização de uma bioética muito próxima da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO que tem outros princípios para além da tríade justiça, autonomia e beneficência.

O estudo contemplou todos os agentes comunitários de saúde (ACS) que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Salvador. A unidade de saúde da família em estudo está constituída por cinco equipes de saúde.

Foram excluídos do estudo todos os agentes comunitários que no momento da coleta de dados estavam afastados das suas atividades laborais ou que se recusaram a participar da pesquisa. Existe uma média de 30 ACS na unidade de saúde do estudo. A delimitação do total de participantes se deu por saturação teórico-empírica, através da saturação do discurso, para a compreensão do objeto de estudo em suas múltiplas dimensões.

Os ACS entrevistados foram em número de 15 (quinze). Foram 14 do sexo feminino e 01 do sexo masculino, todos tinham em média 15, 8 anos de profissão sendo que três dos entrevistados já tinham 20 anos como ACS. No quesito escolaridade se dividem em nível médio completo e um grande número já tem nível superior. No que se refere à cor auto referida, a maioria é negra. Com relação às práticas religiosas, 46,6% pertence à religião evangélica, 40% a religião católica e os demais 14,4 % pertencem à religião Testemunha de Jeová e igreja de Jesus Cristo dos santos dos últimos dias (mórmons). Em relação ao estado civil, 46, 6 % são casados, 13,5% são divorciados, 6,6 % viúvos e 33,3 % são solteiros. **(QUADRO 1)**

Assim, considerando-se o objeto do presente estudo, conflitos e dilemas éticos enfrentados pelos ACS na rotina do seu processo de trabalho, e a técnica utilizada para a coleta de dados, entrevistas semiestruturadas, foi adequado a análise temática dentro da proposição da análise de conteúdo. Como unidade de registro tomou-se os próprios conflitos e dilemas identificados pelos ACS durante as entrevistas e como unidade de contexto os trechos do discurso que os continham.

O conjunto dos conflitos e dilemas revelados durante a entrevista passou a configurar uma grade temática de análise que serviu para a leitura transversal dos depoimentos, de formas a realizar a formação das categorias, com base também no referencial teórico partindo da teoria principialista e seus princípios de respeito a autonomia, a beneficência, não maleficência e a justiça. No entanto, outros princípios foram atribuídos quando necessário para a análise, como os princípios da já citada Declaração Universal sobre Bioética e Direitos humanos, tais quais, o de

dignidade, humanidade, respeito à vulnerabilidade humana, privacidade e confidencialidade. O que se concretizou da forma prevista por Bardin (1977), após a seleção do material e a leitura flutuante, a exploração foi realizada através da codificação. A codificação se deu em função da repetição das palavras, que uma vez triangulada com os resultados observados, foram constituindo-se em unidades de registro, para então efetuar-se a categorização progressiva. **(QUADRO 2)**

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 COMPETÊNCIAS E HABILIDADES SOBRE A TEMÁTICA ÉTICA NA SAÚDE

A história dos trabalhadores agentes comunitários de saúde (ACS) – desde que surgiram no cenário do SUS – é marcada pelo enfrentamento de alguns grandes desafios e lutas. Dentre estes, estão o reconhecimento enquanto profissionais da área da saúde, a melhoria das condições de trabalho e a qualificação profissional (Monteiro; Previtalli, 2011)

Os Cursos Introdutórios para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e para Agente de Combate às Endemias (ACE) fazem parte do processo inicial de formação necessário para a atuação desses profissionais com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária em Saúde. A Lei nº 11.350 (art. 6º e 7º) estabelece que é obrigatório concluir um curso introdutório, com aproveitamento, para se tornar um agente.

Recentemente a Lei 11.350/2006 sofreu alterações. Em 14/08/2018, foi sancionada a lei 13.708 que altera alguns artigos da Lei 11.350/2006 como com relação assuas atividades de trabalho, passando o ACS agora a verificar pressão arterial, glicemia capilar e temperatura axilar, desde que tenha formação técnica e equipamentos. Nas falas abaixo se percebe que o conteúdo ético foi e é negligenciado em seus processos de formação como agentes de saúde:

A gente teve o conteúdo quando a gente tomou o curso de Agente. A primeira coisa foi a ética. ...A gente tinha muito curso, hoje a gente não tem quase nada, entendeu? E aí, sorteiam dois, três para ir, E aí uns vão, outros não. Um curso importante deve todo mundo ir. Todo mundo participar. Porque cada um já passa de maneira diferente para o outro, né? **(SOFIA)**

Algum trabalho de Ética? Não. **(VANESSA)**

Educação Ética? Não. Só um preceptor há anos atrás que fez umas... como eu posso dizer? Uma reciclagem, né? **(VINÍCIUS)**

(...) Sim. Na faculdade e também no curso acadêmico. (**ADÊ**)

Tenho Ética, Capacitação não. (**IVANA**)

(...) Sempre assim, sobre saúde, né? Mas sobre ética, que eu me recorde, nunca. (**ROSA**)

Quando, falando sobre o papel do agente de saúde na área. E aí foi falado a gente é chamada para ser Agente de Saúde, ficava duas semanas fazendo o introdutório sobre isso também. Mas, isso há catorze (14) anos atrás, quinze (15) anos. (**VITÓRIA**)

A ética no exercício profissional é abordada, ainda que de forma tímida, durante o processo de formação. Como a maioria tem entre 15 a 20 anos de formação, acredita-se que se faz necessário trazer de novo, às pautas de capacitação, a formação em ética. Os conceitos de valores, de moral e de ética são compreendidos a partir da experiência de vida como no relato abaixo de “Maria do Céu” e “Maria”:

Problema ético?(...) Se você tem ética você tem tudo, você trabalha em qualquer lugar. É como um segredo. Você me conta aquilo ali é uma coisa ética para mim. Eu não posso contar a ninguém. Se você me contou. É tipo você está se confessando com Deus... se ele me contou eu tenho que ter minha ética né, minha postura porque ...confiou em mim. Eu acho que é assim, a partir do momento que eu chego para contar para outra pessoa já acabou a ética. (**MARIA DO CÉU**)

Toda atividade que a gente desenvolve, a gente tem uma ética profissional. Eu entro na casa dessas pessoas, eu participo um pouco da vida, da queixa, da dor, né? Do sofrimento que é inerente ao ser humano. E às vezes, tem pessoas que são constringidas, são pessoas de várias religiões e a gente está entrando na casa do outro, na casa dele. A segunda é, o que ele me diz, ele está dizendo a um profissional. A mim, como profissional. E eu sou vizinha desse povo. Então, para mim ética é isso. É respeitar o outro. Eu estou entrando ali no território do outro, como é que eu saio dali comentando, que negócio é esse? (**MARIA**)

Para Beauchamp e Childress (2001), na moral, encontram-se princípios que são básicos para a bioética e estes princípios podem funcionar como guias de conduta para a ética profissional. Para os mesmos autores, ética é um termo genérico que abarca vários modos de entender e examinar a vida moral, distinguindo-se em abordagens normativas

e não normativas (metaética e ética descritiva). Moralidade refere-se às normas de conduta humana certa e errada compartilhadas e que formam um estável, embora incompleto, consenso social. Compreende-se, a partir das falas acima, que os ACS entendem ética com base no senso comum, como ação puramente. Não conseguem relacionar ação e reflexão. Embora Maria traga no seu discurso o reconhecimento do outro, percebe-se a insuficiência da relação reflexão-ação. Para que de fato compreenda-se o que é ética, faz-se necessário lutar pela desmistificação da separação entre teoria e prática. Esta é uma das questões mais fundamentais quando se fala de ética como a “filosofia prática”. Desse modo, é possível afirmar que ética é a capacidade de refletir e realizar um fazer fundamentado no princípio de autonomia pessoal, em que cada sujeito se questiona sobre o que pensa e faz, levando em conta que o questionamento já é, em si mesmo, pensamento e ação e que terá consequências concretas.

A heteronomia refletida nos discursos das ACS a partir de suas condutas baseadas no que acreditam ser um consenso da sociedade pode até ser moral, mas não é ética, pois enquanto a moral é confirmação do hábito ou do previamente estabelecido, a ética implica seu questionamento. A heteronomia com seu conjunto de regras vem de fora, já a autonomia, apesar de não negar esta influência externa, recoloca no homem sua capacidade de refletir sobre as limitações que lhe são impostas, e que quando observadas lhe dão o direcionamento para seguir.

Para os sujeitos entrevistados, o conhecimento acerca da ética foi considerado um elemento com alto grau de importância para sua atuação profissional, como observado nas falas abaixo. É possível inferir que ao falar que “tem que ter ética” e que “ética pra mim é tudo”, há um entendimento que ética é como uma “palavra mágica” que, pelo simples fato de ser pronunciada, adquire validade concreta. Desse modo, percebe-se uma ambiguidade nos discursos. De um lado, muitos acreditam que basta “falar” ética para ser ético. De outro, é verdade que para ser ético é preciso que se pratique. Se alguém fala em ética sem ser ético, uma contradição se evidencia.

A gente tem que ter uma ética, né? De trabalho, onde a casa que a gente entrar, vê lá e deixar. É o sigilo daquela família... a gente não passa para outra, nem fala para outra o problema dela e assim por diante. (SOFIA)

Eu acho que a ética para mim é tudo. Porque o paciente, o primeiro contato, antes de ele vir para Unidade, é com a gente, com o agente comunitário. Então a gente sabe coisas que nem a própria família,

sabe. Então, é muito prazeroso saber que tem alguém que confia em você, que sabe que aquilo ali que você vai falar, algo sobre sua saúde, sobre a sua sexualidade, não vai sair dali, depois que você sair daquela casa. **(BRISA)**

Diante do que foi acima exposto, percebe-se também que muitos ACS relacionam o conceito de ética apenas com a garantia da privacidade das informações dos usuários e famílias. Para Sacardo e Fortes (2000), o direito à privacidade é compreendido como direito dos usuários que podem ser garantidos em um projeto de humanização dos serviços de saúde. Este é um princípio derivado da autonomia, e engloba a intimidade e a vida privada bem como a honra das pessoas da comunidade, significando que são os próprios indivíduos que decidem a quem, quando, onde e em que condições suas informações privadas devam ser reveladas. Compartilhar dessas informações configuram-se em dilemas éticos, na medida em que não há para esses ACS uma orientação fundamentada em como lidar com essa questão do sigilo das informações, no entanto, é notório que existe preocupação com o princípio ético da privacidade e a necessidade da manutenção desse sigilo ainda que a partir de uma visão subjetiva. Circunstância que pode ser conferida em uma diversidade de casos como explicitado nas narrativas abaixo:

Alguma coisa ética, nem conte para ninguém, nem para seu médico. Aí a gente tem que ficar, guardar um pouco, mas se a gente vir que é uma coisa que não deve ser guardada e que o médico tem que saber, a gente tem que levar o problema para o médico **(ADÉ)**

Para mim, a ética é eu ouvir, ver e calar, né? Dependendo também do que eu ver e ouvir. Eu saber entrar na casa de uma paciente ou usuário e não está contando outros problemas de outras casas, manter o sigilo. **(VITÓRIA)**

em observação durante a reunião de equipe, foi possível identificar na fala dos profissionais, que, a fim de evitar conflitos que possam inclusive cercear o acesso dos ACS às residências por motivo de romperem com o sigilo, o dever da manutenção do segredo por todos os elementos da equipe aparece na maioria dos discursos, tornando claro que são sigilosas não somente as informações reveladas confidencialmente, mas todas aquelas que a equipe de saúde descobre no exercício de sua atividade. Ou seja, aquelas informações que o usuário involuntariamente denuncia no contato com a equipe. Sendo assim, o dever de manter o segredo das informações constitui-se em

obrigação ética dos profissionais, dos técnicos, dos auxiliares, enfim de todo corpo técnico e administrativo e também dos ACS. (FORTES, 2000).

(...) a ética entra neste contexto. Não posso falar nada com a vizinhança pessoal. E nem o médico daqui não pode falar nada. E, então é isso que tenho para dizer sobre o problema ético. (VINICIUS)

Eu acho que é quando a gente quebra o sigilo, ééé... de...de..., tipo assim, de confiança de alguma problemática na casa, por exemplo, um paciente. Ééé... eu tenho... acompanho uma paciente que tem um certo tipo de... um certo problema de saúde e eu vou e passo esse problema para outras pessoas. Eu acho que isso aí é uma quebra de ética, né? No caso, profissional. (ROSA)

Diante das falas acima, intensifica-se a relação estreita entre ética e sigilo profissional, o que advém da falta de reflexão sobre que ação promover nas variadas experiências no mundo da vida, levando em conta os problemas sociais, econômicos e culturais da comunidade assistida. É preciso reconhecer no ACS um filósofo prático do espaço que ele atua e compartilha, tanto na vida privada quanto na esfera pública. Sendo assim, é um fato concreto a necessidade de reflexão sobre ética, permitindo (re) configurá-la no sentido das práticas no âmbito da atenção primária à saúde. A valorização da ética na educação em termos de formação deve transcender a simples necessidade de criação de códigos de conduta. Necessário haver o cultivo da subjetividade que permitiria a invenção da bioética em variadas situações, o que se traduz em ações e atitudes que vão além do que os códigos de conduta dão conta.

Existe uma contradição entre um mundo de informação e a desvalorização da comunicação e da educação. Desse modo, e preciso pensar em estratégias que fomentem a subjetividade, ou, em outros termos, a interioridade, a consciência de si, o autoquestionamento e a crítica social para lidar com os diversos conflitos e dilemas éticos que ocorrem nas relações estabelecidas no processo de trabalho do ACS, foco deste estudo, como aos demais profissionais da APS.

Na APS não há imediatismos e por se pautar no contato contínuo com o usuário, os dilemas éticos são distintos dos que ocorrem no ambiente hospitalar. Neste primeiro nível da atenção, onde atuam os ACS, os objetivos a atingir tem uma perspectiva mais em longo prazo, a partir de uma atenção integral. Não se voltam tão somente para sanar um problema pontual. Os problemas e dilemas éticos emergem do contexto no qual se

inserem, são mais sutis, por vezes até passam de forma despercebida enquanto que na atenção de alta complexidade na saúde os problemas éticos são mais evidentes.

O Ministério da Saúde em 2004 lançou a Política Nacional de Educação Permanente. Essa tem como eixos norteadores a relação entre educação e trabalho, as mudanças nas políticas de formação e nas práticas em saúde, a produção e disseminação do conhecimento (CORIOLANO; LIMA, 2010). No entanto, acontece com o ACS, o que ocorre com muitos outros profissionais da equipe de saúde. Esses adquirem educação permanente a partir de referências biomédicas, cada um a seu jeito. No caso específico do ACS, verifica-se que no exercício de sua prática cotidiana, o ACS tem se revelado um personagem híbrido na medida em que estabelece trocas entre os saberes populares de saúde e os saberes médicos científicos pela posição que ocupa de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde. Desse modo, verifica-se o “aprender – fazendo” dependendo do bom senso e do julgamento de cada um acerca do que é ético e moral. E demonstram em suas narrativas a distância entre o que foi dito no princípio com o que de fato acontece na dinâmica dos territórios. Relata que o dia a dia de trabalho e as experiências próprias é que os ensinam a atuar.

A literatura revela que ainda se constitui como um grande desafio da inserção dos ACS na ESF essa qualificação profissional que eles tanto estimam e necessitam como a realização do Curso de Formação Técnica de ACS. (VIDAL et al., 2015; MARZARI et al., 2011) Além disso, é perceptível a necessidade de um processo contínuo de educação permanente, não só para os ACS, mas de toda equipe da ESF como aparece presente na fala de alguns ACS, que a equipe nem sempre está preparada para lidar com os conflitos e dilemas éticos que se apresentam no seu cotidiano de trabalho:

Em questão de saúde ela (a equipe) está preparada, mas em questão em que houver outro contexto, ela não está preparada. Como violência, como essa questão do usuário... Não está preparada. (IVANA)

Diante de tudo que foi exposto, a bioética despontaria como uma disciplina de suma importância, pois possibilitaria o fomento de condutas autônomas, por parte dos sujeitos, com a formação inclusive de argumentos que sejam constituídos pelas vivências e por conceitos, diferentemente de uma conduta heterônoma, como já mencionada antes. Esta conduta deriva do conceito de heteronomia, criado por Kant,



que denomina a sujeição do indivíduo à vontade de terceiros ou de uma coletividade. A bioética pode contribuir decisivamente para o saber-fazer de todos os profissionais de saúde da ESF, além do ACS. (VIDAL et al., 2015)

Ainda segundo Vidal et al. (2015, p 09) “Inquieta pensar que o cultivo de valores e do ensinar-aprender de modo ético, torna o processo do trabalho humanizado, concorrendo para a construção de uma práxis libertadora e fraterna”.

Em síntese, no que tangem às questões de competências e habilidades sobre ética, é importante para os ACS desconstruir crenças morais que reforcem sistemas éticos autômatos. Necessário se faz construir um sistema longe de um determinismo, que permita escolha de uma práxis digna, que instrumentalize estes ACS de forma a coibir, pela ausência de um equacionamento ético frente a resolução dos problemas que podem acarretar em consequências desastrosas para os usuários individualmente, para as famílias, para as relações destes com a equipe de saúde e para a comunidade adscrita.

### **3.2 OS DILEMAS ÉTICOS DOS ACS**

A ética tende a se ocupar, fundamentalmente, da reflexão sobre ações do ser humano e busca articulação para a tomada de decisões, a seleção de alternativas, baseadas em conhecimento, razão, sentimentos, vivências, etc. Neste contexto de optar por alguma ou algumas alternativas, há possibilidade de geração de dilemas ou conflitos éticos, onde os sujeitos estarão frente a duas opções: ou fomentam o processo decisório ético ou o retardam.

Muitas vezes, no intuito de simplificar os conflitos, estes são transformados em dilemas, trazendo consequências indesejáveis, uma vez que as alternativas neste caso são extremas e, em ética, a decisão ótima sempre ocupa posição intermediária e não extrema. Na Atenção Básica, os conflitos éticos são mais frequentes, compreendidos como aspectos, questões ou implicações éticas de situações comuns da prática cotidiana da atenção à saúde, não se configurando, necessariamente, em um dilema. (LIMA et al., 2005). No entanto, quando se trabalha especificamente com a população de agentes comunitários de saúde, os dilemas se tornam bastante evidentes, especialmente pela singularidade dessa categoria profissional que é retratada no fato dele ser o único membro da equipe que mora e trabalha na comunidade.

### 3.2.1 Dilemas éticos relacionados à violência doméstica e intrafamiliar

Segundo Minayo (2006) a violência é multifacetada. A palavra tem origem latina e vem do vocábulo *vis* que se refere a força e está relacionado ao uso da superioridade física de um indivíduo sobre outro.

A violência intrafamiliar, que será aqui tratada, constitui-se em:

Toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue. (BRASIL, 2001 p.15)

O termo doméstico envolve as pessoas do convívio familiar, como empregados, agregados e visitantes esporádicos.

Os profissionais de saúde vêm se confrontando, especialmente os da Atenção primária a Saúde (APS), com novos e desafiadores problemas em sua prática cotidiana, dentre os quais se destacam a violência intrafamiliar contra a mulher, o idoso, a criança e o adolescente.

A violência é um grave problema social e histórico, presente em todas as sociedades. Nesta abrangência, a violência contra a mulher é mais prevalente. Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), através do Departamento de Pesquisas Judiciárias, o número de casos de violência doméstica registrados no Brasil aumentou em 2017, com base em dados relacionados em 1.273.398 processos em tramitação nas justiças estaduais em todo o país. Apenas no ano passado foram registrados 388.263 novos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, um aumento de 16% em relação ao ano anterior. Até o final de 2017, havia um processo judicial de violência doméstica para cada 100 mulheres brasileiras. (BRASIL, CNJ/ DEPARTAMENTO DE PESQUISAS JUDICIÁRIAS, 2018)

Na área da saúde coletiva no País, todavia, percebe-se que há somente algumas décadas a temática da violência tem sido pauta de discussões e ações, ainda que fragmentadas, havendo atualmente forte demanda para intervenção naqueles casos

considerados moralmente reprováveis. Considerando que a violência em legítima defesa não se constitui em ato moralmente reprovável. (FERREIRA ;SCHRAMM, 2000)

É possível inferir que os profissionais de saúde em geral, e mesmo os ACS, têm certa dificuldade em lidar com as questões de violência doméstica, especialmente no que concerne às ações de notificação dos casos ao sistema legal e mesmo aos sistemas de informações. Essa dificuldade, inclusive tem sido apontada pela literatura específica. (BERGER, 2014; ANDRADE, 2011)

O Ministério da Saúde prevê através da Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016, a obrigatoriedade da notificação compulsória, que compreende a comunicação de casos novos de doenças e agravos, incluindo a violência doméstica e/ou outras formas de violências. A obrigatoriedade da notificação constitui-se num instrumento de fundamental importância na identificação do perfil da violência, de forma a planejar ações para a prevenção do problema, o que ocasiona benefício aos casos identificados, como também realiza o controle epidemiológico. (BRASIL, 2016; VELOSO et al., 2013)

Além disso, também é bastante relevante apontar a dificuldade dos ACS, em especial, e dos demais profissionais, sejam da equipe multiprofissional, ou mesmo do Núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF), em interferir na dinâmica familiar, que se constitui como elemento fundamental na assistência aos casos de violência doméstica. Dentre os motivos está o fato da família não permitir que se trate desta questão para além do seu ambiente próprio, acrescido a isto, se relaciona também o fato do próprio agredido não autorizar. Além disso, outro elemento que dificulta a tomada de decisão dos profissionais frente a um caso de violência doméstica está relacionado à condição destes profissionais em não se reconhecerem com preparo, ou mesmo com interlocução, com uma rede de assistência às vítimas de violência doméstica, como descrita nas narrativas a seguir:

Estou vivendo isso no momento. Inclusive me deram o telefone para ligar. Ela apanha do marido. Ele a espanca na frente das crianças e quando ele bate nas crianças ele bate de fio, ele não quer saber. Quando ele vai ter relação com a esposa, com ela, e as crianças estão tudo dentro de casa. Então eu estou ainda pensando, vendo o que é que eu vou fazer porque assim ela não quer que denuncie. (MARIA DO CEU)

Aí eu tive que presenciar ele dando umas tapas nela, mas, eu não pude fazer nada como agente comunitário. Retirei-me e depois que eu tive um encontro com ela, nós duas sozinhas, eu perguntei por que ela não denunciava aqueles maus tratos? Ela disse que era porque ela não tinha

para onde ir. Ela era presa a ele por causa das crianças, e que, não tinha nenhum parente aqui... **(BRISA)**

Já cheguei no local que a esposa tinha sido agredida no momento. Quando eu cheguei, ela estava em prantos, toda marcada, mas ela não disse o que tinha acontecido. E eu não fiz nada. **(ROSE)**

A violência vista favorece um dilema ético especialmente com os grupos de vulneráveis de idosos e crianças. E este fato repercute-se na medida em que o ACS encontra-se legalmente obrigado a notificar e a denunciar. A Lei 10741/03, que se refere ao estatuto do Idoso, e o artigo 19 que dispõe a respeito dos maus tratos contra este segmento (BRASIL, 2003). O ato de notificar pode transformar esse ACS em alvo do agressor que muitas vezes é seu vizinho o que pode pôr em risco a vida deste profissional.

No que diz respeito à criança, a Constituição Federal assegura o a sua proteção e seu direito à vida (BRASIL, 2016). Assim como no trabalho realizado pelos agentes de endemia na prevenção e combate a dengue e a necessidade de adentrar os domicílios, os ACS nessa atuação frente a casos de violência doméstica e que precise de uma intervenção mais ampla com participação de outras pessoas ou entidades, também estão inseridos neste contexto conflituoso que aponta o princípio constitucional de proteção da liberdade individual frente à exigência, igualmente constitucional, de proteção e defesa da saúde pública. Trata-se de dilema entre a esfera jurídica e a saúde. Com isso, reforça-se a necessidade de formação e orientação ética para ACS e equipe da ESF diante de situações em que esse conflito jurídico seja evidenciado.

A violência contra a mulher reflete as desigualdades de gêneros na sociedade e é um grave problema de saúde pública pela magnitude de sua prevalência, gravidade e recorrência, assim como pelas consequências negativas na qualidade de vida das vítimas (SCHRAIBER, 2012). Gênero constitui-se na construção cultural coletiva dos atributos da masculinidade e feminilidade. Esse conceito foi proposto para distinguir-se do conceito de sexo, que define as características biológicas de cada indivíduo.

É possível enquadrar entre os tipos de violência contra a mulher as formas: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Vários autores constataam que os fatores sociais contribuem para a ocorrência dos casos. (BRASIL, 2006; VIEIRA et al., 2013). A violência contra as mulheres é fruto de uma construção social resultante das desigualdades de forças nas relações de poder que se constituem entre homens e

mulheres. Desse modo, é possível concordar com diversos autores que afirmam que a violência contra a mulher é criada nas relações sociais e reproduzida pela sociedade. (FONSECA et al., 2012; RIBEIRO; COUTINHO, 2011)

Nos relatos citados, a violência física é mais prevalente. No entanto, percebe-se que as mulheres não querem denunciar os casos, muitas vezes por não terem em quem ou em que se apoiar, dado a falta de recursos financeiros, suporte familiar e suporte do Estado.

Considerando o acima exposto, os discursos expressam essa violência doméstica e intrafamiliar envolvendo crianças, idosos e mulheres. Na maioria dos relatos, a negligência é o tipo de violência mais praticada contra idosos e crianças. Esta forma de violência se constitui na falha ou omissão no exercício da responsabilidade de cuidar de um ou de outro. Percebe-se ainda nas falas, a violência econômica ou financeira contra o idoso, que se refere ao uso indevido dos recursos econômicos de pessoa idosa, tutelada ou incapaz, destituindo-a de gerir seus próprios recursos e deixando-a sem provimentos e cuidados.

Infelizmente a gente vê. Criança que é negligenciada pelos próprios pais, criança que vive num ambiente muito de... droga, de prostituição.....idoso que são os provedores da família, que cria filho, neto, bisneto, que a aposentadoria desse idoso é só para isso. E ainda esse idoso é negligenciado porque ele não tem... Ele tem o dinheiro dele, mas ele não se assume com esse dinheiro para medicação, para médico... **(NEGA)**

Ah, sim. Idoso, a gente vê muita negligência, né? Isso aí é fato. Tem muitos idosos que criam os filhos, criam os netos e de repente se encontram sós. **(BELA)**

Os profissionais que compõem a equipe da ESF se confrontam com situações que envolvem conflitos e violência, que lhes causam dilemas éticos quanto à intervenção adequada em cada situação. Além dos já citados dilemas com a notificação e inviolabilidade do lar, ainda desponta a questão do que fazer, em termos práticos, com o conhecimento de situações de cunho privado que envolvem a violência doméstica, principalmente contra a mulher e as crianças (LANCMAN et al., 2009).

Segundo Soares (1997) na ordem do dia nos Estados Unidos está posto: “quando o Estado ultrapassa a porta da casa, está invadindo a privacidade ou protegendo vítimas indefesas? Está sendo despótico ou estendendo a cidadania?”. Essa autora considera que

é insuficiente “lavar as mãos em nome da proteção da privacidade, pois onde há vitimização, falta cidadania”, razão pela qual “é importante analisar os efeitos perversos de políticas públicas bem-intencionadas, para evitar o risco de que elas venham a gerar novas formas de vitimização” (p.5). Esta é uma questão dilemática, na medida em que ainda são deficientes os treinamentos com o propósito de fornecer aos profissionais os instrumentos necessários para o reconhecimento de famílias de risco, identificando cada vez mais precocemente os casos. Considerando estes fatos, há justificativas eticamente corretas para a intervenção nos casos em que as famílias não demandam envolvimento dos profissionais em seus problemas? Onde estariam os princípios da autonomia e da privacidade? A fala de Ivone expressa essa indagação:

Com o idoso, eu já cheguei, né? Inclusive, a presenciar mesmo, mas, chega na questão: Como você denunciar, uma questão de idoso, na qual ele vive, na cabeça dele, ele só tem aquele cuidador, só tem aquele filho? (...). Você não pode independente da vontade, tomar uma atitude. É preciso que aquela pessoa se considere abusada, sofrida por algum tipo, né? Que ela venha dizer a você que sem poder denunciar ou fazer alguma coisa... (IVANA)

Diante do exposto, cabe considerar que, a luz da teoria ética, a questão que se coloca é: quando e como o Estado deve interferir no abuso contra a criança, contra o idoso ou mesmo contra a mulher, violando um princípio *prima facie* que é privacidade familiar? Daí o debate sobre a legitimidade das medidas constritivas, pelo ângulo do respeito à liberdade individual. O que parece que é consenso e que valida uma medida sanitária está relacionado à importância do interesse que tutela enão com o tipo ou grau de constrição que produz sobre o indivíduo. Assim, o direito à intimidade não conferiria imunidade sequer frente às constrições físicas, pois estas, apesar de invasivas, seriam possíveis quando amparadas por uma causa legítima (BRASIL, 2006).

No princípio da privacidade, a família tem direito à proteção contra intrusão não consentida em suas atividades. A questão se dá de forma que para proteger os melhores interesses destes grupos vulneráveis assumindo seu papel *parens patrie*, o Estado deve admitir responsabilidade pelo bem-estar das crianças, idosos e mulheres, nos casos em que a família falha em seu papel. O profissional de saúde exerce esse papel junto ao Estado, uma vez que identifica e encaminha casos de violência contra a criança, representando, portanto, o início da cadeia de procedimentos a serem tomados pelo Estado (FERREIRA; SCHRAMM, 2000). No entanto, cabe colocar a importância de trazer esta temática e estes conceitos nos cursos de capacitação ou mesmo avaliar a

necessidade de criação de um Comitê de Ética que dê esse assessoramento à equipe de saúde da família e aos profissionais da atenção primária à saúde de uma maneira geral.

No geral, o que ocorre é que os serviços de saúde se preocupam mais em tratar as sequelas da agressão e raramente preocupam-se com a prevenção. Este fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional, ao desconhecimento de instrumentos teóricos e práticos diante do dever legal de fazê-los ou simplesmente à decisão de não se envolver com os casos. Desse modo, o ACS se vê envolvido nessa trama e com muitos receios em notificar e normalmente repassam os casos para as equipes, que por sua vez também não se sentem confortáveis em denunciar ou mesmo notificar. Ao Estado Brasileiro compete a criação de mecanismos para coibir a violência no seio familiar como já acima mencionado (BRASIL, 2001). Porém, ao serviço de saúde cabe utilizar recursos a fim de contribuir para a prevenção e erradicação da violência doméstica. Os profissionais de saúde, geralmente, deparam-se com questões éticas e morais na tomada de decisões diante da identificação de casos de violência, no entanto, paralisam-se diante do desconhecimento acerca da melhor atitude a ser tomada ou para quem denunciar e encaminhar esses pacientes. Ainda assim, em face de tudo que já foi dito, a obrigação legal é clara no que diz respeito à notificação e denúncia dos casos de violência doméstica e intrafamiliar, todavia, a “omissão”, ainda é prevalente no setor da saúde pelos riscos inerentes a esta atitude.

Os ACS descrevem sentimento de impotência, também têm medo de sofrer represálias de usuários reconhecidamente violentos e que porventura podem estar descontentes com o atendimento oferecido. E também se sentem mal por se calar diante de situações de violência doméstica (LANCMAN et al., 2009). Alguns ACS sentem medo de alguns usuários e não solicitam a intervenção do conselho tutelar, do conselho da mulher, do conselho do idoso, com medo de sofrer retaliações.

A família daquele usuário gasta o dinheiro daquele familiar todo e aquela pessoa que é acamada, ele fica ali naquela situação de moradia terrível que dá condições de saúde precária, (...) a gente presencia essas coisas, vê, mas a gente não pode intervir. E se a gente for intervir, a gente vai está entrando numa coisa que eles não querem. (...)A gente não tem segurança. Por exemplo, eu fui abordada uma certa vez, porque eu fui levar um aviso de um enfermeiro da equipe. O neto veio e me abordou “Não quero que marque”. “Não venha mais aqui na casa.” Mas essa situação, a gente vê as coisas e não pode resolver muitas coisas. Também tive que mudar de área, porque depois desse menino, eu fiquei preocupada, eu disse meu Deus, eu não posso andar marcando consulta de paciente para essa família, ele não

me vê com bons olhos então, eu tive que mudar de área(...).  
(CRIS)

Com relação à proteção é preciso se ter um esclarecimento de como é que isso está estruturado. O que ocorre é, por exemplo, se acontecer algum problema que ameace a segurança do profissional ACS naquele local de trabalho, este profissional pode dar uma queixa e tem que ser relocado, passando por um processo de sindicância. A sindicância é um processo administrativo e durante o seu trânsito e julgamento, o profissional arrolado nele permanece no mesmo lugar onde também se encontra o agressor. Esta situação é complicada e via de regra isto é o que acontece com todo e qualquer profissional. A situação do ACS é mais emblemática, porque este trabalhador aguarda o processo laborando no território que é o lugar onde além de trabalhar, também mora. Deste modo, é possível elencar alguns problemas:

Problema1–O ACS vai sair daquele local?

Problema 2–Quais os procedimentos para lidar com dilemas vivenciados pelos ACS, como os citados?

Problema 3-Qual o suporte do Estado?

Problema 4- Que rede de proteção é essa, que o Agente, no caso, precisa ter para se resguardar de situações como as supramencionadas?

Considerando tais situações, pode-se trazer à discussão a chamada bioética da proteção, desenvolvida por pesquisadores latino-americanos como propósito de pensar as políticas públicas de saúde, analisando seus conteúdos e práticas a partir da aplicação e adaptação das ferramentas do saber bioético tradicional aos conflitos e dilemas morais que surgem em Saúde Pública (SCHRAMM; KOTTOW, 2001). Em assim sendo, essa bioética surge considerando os países em desenvolvimento, ou mesmo em subdesenvolvimento, os quais apresentam condições particulares, como por exemplo, a “pobreza extrema” e à privação da liberdade econômica, que pode tornar as pessoas reféns e vítimas da violação de outras liberdades necessárias para realizarem seus projetos de vida. Ou aquela da privação da liberdade social e política que pode gerar a privação de liberdade econômica. Ou seja, para utilizar um termo de Amartya Sen a privação da capacitação (*capability*) para ter uma vida digna (SEN, 2000). Os ACS, aqui na condição de morador e não apenas de profissional de saúde, se apresentam enquanto indivíduos vulnerados porque não são capazes de se protegerem sozinhos. Ao mesmo



tempo, é possível afirmar que aqui há limites das ferramentas bioéticas tradicionais essencialmente aplicadas aos conflitos interpessoais dos agentes e usuários envolvidos.

Mais uma vez, é possível apontar a necessidade de implantação de Comitês de ética como uma opção de apoio. Existem, apesar das falas carregadas de sentimentos prazerosos quando questionados sobre o que é ser ACS, questões árduas, os chamados “espinhos” da profissão. E isso pode estar relacionado ao fato de que o ACS é o único profissional da equipe que tem essa realidade peculiar que é trabalhar e morar no mesmo local. E ninguém... nenhum outro trabalhador da equipe vive isso, porque depois, os outros membros saem do território, podem ser relocados. Não tem uma lei que exija que eles tenham que ficar no território onde atuam, porque a lei prevê que apenas o ACS tem que ser morador da área, ou do Distrito, como é agora o caso dos ACS de Salvador.

### **3.2.2. Dilemas éticos relacionados ao silenciar e o compartilhar de informações com a equipe e com outros membros de uma mesma família**

O direito de privacidade, para Beauchamp e Childress (2013) está relacionado à intimidade do cidadão, o que pode ser compreendido como confidencialidade. Deste modo se relaciona ao princípio do respeito à autonomia, o que se refere a um grupo de direitos pessoais de não ser observado, não ser escutado, não ser perturbado.

Informações sigilosas e confidenciais relacionadas ao uso de drogas, doenças infecciosas, sexualidade, violência intrafamiliar, criminalidade, entre outras, comunicadas ao ACS pelo usuário numa “relação de confiança” podem constituir-se em objeto de dilema ético para o ACS diante da necessidade de comunicar tais dados aos demais membros da equipe multiprofissional, especialmente frente aos demais ACS que pertencem e conhecem essa comunidade, como na fala de “Ivana”:

(...). Que a partir do momento que ele teve coragem de contar a você, ele sabe que você por ser um Agente Comunitário, você tem uma Equipe e ela vai ter que discutir o caso. Então, quando ela chega a te pedir ajuda, ela deixou de ser um problema dela para ser nosso. Mas se ainda, ela fizer do segredo dele como desabafo, por uma ajuda, se ela me pedir, se for pessoal, aí eu vou respeitar isso.... Respeitar, a não ser que e afete a alguém, que isso traga risco pra alguém, a um filho, pra

uma filha, pra o marido, alguém da família, aí não vai ter como manter segredo. (...) (IVANA)

É possível também avaliar na narrativa acima o conflito entre os princípios da autonomia e não maleficência. Quando “Ivone” na narrativa acima, afirma que tem que manter o segredo a menos que este segredo afete alguém, ela utiliza a ponderação, ou seja, até que ponto ela guardar esse segredo pode acarretar em risco a outra pessoa? Nesse sentido, ressalta-se que a autonomia não é um direito absoluto; seus limites devem ser dados pelo respeito à dignidade e à liberdade de outros indivíduos e da coletividade. Nesse contexto, é válido esclarecer que é sabido que a autonomia é o pressuposto fundamental da ética. Todo sujeito deve ter autonomia até mesmo para julgar o caráter autônomo de qualquer ato de outro sujeito igualmente autônomo. A bioética, como já anteriormente exposto, se pauta por três grandes princípios, conhecidos como “trindade bioética”: autonomia, beneficência e justiça. Acrescido posteriormente pela não maleficência.

No entanto, conforme Campos e Oliveira (2017), estes princípios não são os únicos visados pela bioética. Em decorrência destes, numa dimensão moral objetivada por ela, ainda se vislumbram a sacralidade da vida humana; a dignidade e integridade física, psíquica e moral do ser humano. Em assim sendo, ainda segundo as autoras, “a bioética não se pauta por um principialismo extremado e nem legalismo, o que a distingue do Direito.” Nesse entendimento, é possível afirmar que entre os princípios é necessário haver ponderação em sua aplicação. Ademais, O princípio da dignidade da pessoa humana, compreendido como um princípio absoluto deve reger todas as situações de colisão entre princípios.

Acrescido as questões discutidas acima, menciona-se também que o princípio da beneficência, associado ao princípio da não-maleficência, determina que o profissional da saúde deve comprometer-se a avaliar e evitar os danos previsíveis. Ainda que o princípio da não maleficência possa ser compreendido como um ato de não ação, a beneficência estabelece que o profissional de saúde deve comprometer-se a avaliar os riscos e os benefícios potenciais, individuais ou coletivos, perseguindo o máximo de benefícios, reduzindo ao mínimo os possíveis danos e riscos (CAMPOS; OLIVEIRA, 2017). A fala de “Maria” traduz essa preocupação sobre os princípios que devem permear sua ação. Os discursos abaixo exemplificam as questões aqui discutidas:

Como é que vou pedir permissão para família para poder... como? Denúncia é denúncia. A gente vai averiguar. Vai levar ao profissional para ver, entendeu? Tentar bloquear aquilo para que não se agrave. E se for o caso de precisar de ajuda até policial pode ser, ou profissional ou o responsável que seria rede social dali, ou a equipe médica também está identificando. Isso é uma coisa séria, né? Você entrar no seio da família... vou abri minha porta para você entrar e você causar um dano, sem que esteja numa avaliação bem-feita, né? (...) (**MARIA**)

Eu não compartilho, porque, às vezes, a menina confiou um segredo a mim... confiou um segredo a mim, e aí, como é que faço para falar para mãe, uma situação dessa? É claro que se fosse uma situação de vida ou morte, aí, a gente tem que falar né? Aí, não tem jeito, né? (**VITÓRIA**)

Considerando os relatos acima, é possível inferir que, na ocorrência de grande conflito entre os princípios da autonomia na conduta de “Vitória” ao preservar o segredo da filha e da beneficência na fala de “Maria” sobre avaliar bem os benefícios de sua ação, a solução está calcada na aplicação do princípio da beneficência, onde, tentar-se-ia buscar uma decisão que equilibre a relação profissional de saúde-paciente, baseando-se na equiparação das liberdades das partes – a partir de um critério de equidade (CLOTET, 1995). A aplicação do que acarreta em maiores benefícios está explicitada em ambas as falas quando “Maria” traz o conflito entre dano x benefício ao abordar da seguinte maneira “causar um dano, sem que esteja numa avaliação bem-feita” e também na fala de “Vanessa” quando ela aponta “É claro que se fosse uma situação de vida ou morte, aí, a gente tem que falar né”.

Diante do que trazem as narrativas, é possível compreender que o valor e como se aplica cada um dos princípios, sejam eles: autonomia, beneficência/ não maleficência e justiça, só é possível mediante a contextualização de um caso concreto. A predominância ou mesmo a aplicação de um desses princípios sobre os outros deve ser analisada mediante a verificação do contexto em que cada caso está inserido e sem perder de vista o consentimento do usuário. As falas abaixo demonstram essa contextualização:

...quando é uma coisa que a pessoa desabafou comigo, (...). Eu vou dizer: você quer ajuda? Eu vou falar com fulano de tal para te dar uma força. Mas se a questão for um desabafo de algo pessoal, que eu veja que é melhor não trazer, eu não trago. Porque você tem que respeitar o limite do outro.(...)Masse eu ver que isso pode futuramente vir a me prejudicar, aí você vai tomar a decisão de falo ou não falo (...) (**BRISA**)

Depende da informação. Se ela for menor, né? E eu ver que realmente é um caso prejudicial para ela, por ela ser de menor, a família está

desinformada, pode ter consequência mais grave. Passo para Equipe e agente vai tomar uma decisão sobre isso, como vai chegar até a família para evitar, né? (...) Mas se for maior, adulta, eu prefiro tentar resolver com ela. (...)” (SULA)

Mesmo considerando que o balizador do confronto entre beneficência e autonomia seja o princípio da justiça, o mais aconselhável sempre é que profissional de saúde, e neste estudo, considerando o sujeito analisado o ACS, cultive o diálogo com o usuário, substituindo o que se reconhece como relação paternalista, que, em analogia ao modelo patriarcal da sociedade, se reflete no poder “autoritário” do profissional de saúde sobre o paciente, por uma relação de confiança. Deste modo, o profissional da saúde deve se esforçar para maximizar a autonomia do paciente/usuário do serviço de saúde. Quando “Sula” aponta “Se eu ver que realmente é um caso prejudicial para ela, por ela ser de menor, a família está desinformada, pode ter consequência mais grave. Tem que procurar realmente o responsável, seria a mãe ou, o pai, apesar de ela passar eu posso guardar o segredo ou não” é possível ver o dilema entre autonomia e beneficência. E na fala de “Brisa”, também é perceptível a valorização do princípio da autonomia, “Mas se a questão for um desabafo de algo pessoal, que eu veja que é melhor não trazer, eu não trago (...) mas se eu ver que isso pode futuramente vir a me prejudicar, aí você vai tomar a decisão de falo ou não falo (...)”

### **3.2.3 Dilema ético relacionado à crença religiosa**

Quando os profissionais foram questionados sobre como lidam com a espiritualidade/religiosidade trazida pelos usuários no atendimento, expressaram atitudes de respeito e de imparcialidade. Apontaram que não podem desconsiderar as experiências trazidas pelos usuários e que precisam estar abertos às crenças valorizadas por eles. Por isso procuram lidar de forma respeitosa e imparcial quanto à maneira como os usuários enfrentam a doença. Mas a fala de “Rosa” retrata que a sua crença a impede de realizar determinadas práticas em saúde que não são condizentes com os dogmas da sua religião.

O artigo 28 do Código de Ética Médica aborda o direito deste profissional em recusar a realização de algo contrário aos ditames da sua consciência. Como por exemplo, não realizar um abortamento (CFM, 2017). O artigo 5º da Constituição Federal do Brasil (CF, 1988) assegura a inviolabilidade da liberdade de consciência e de crença (BRASIL, 2016). No entanto, ao profissional ACS em sua formação profissional, é necessário que se aborde a discussão do Estado Laico e que a autonomia deste ACS

não pode se sobrepor à autonomia do usuário assistido. A menos que se avalie que há uma questão de objeção de consciência sem risco de vida.

Nesse caso, assim, eu realmente, não posso. Porque assim, é a minha fé, entendeu? (...) São práticas completamente diferentes, existem crenças completamente diferentes. (...)E se houver uma atividade onde eu preciso praticar coisas que sejam diferentes, de outra religião, que venha contra aquilo que eu creio, que eu acredito, então, a resposta é não... **(ROSA)**

Quando o agente se recusa a realizar o procedimento, faz-se necessário trilhar o um trajeto semelhante ao previsto tanto no código de ética médica quanto na CF de 1988, de forma a se desenvolver a mesma capacidade para decidir com liberdade uma escolha voluntária, sem que isso ponha em risco a vida de uma coletividade. Tendo em vista que o agente vai assistir pessoas de outras crenças, é imprescindível prepará-lo para lidar com as questões religiosas da comunidade, inclusive com a sua, para que possa tratar com habilidade de assuntos como os que estão ligados ao exemplo dados na narrativa de Vinicius:

As religiões de matrizes africanas interferem na vida deles. Eles discriminam, não respeitam. .... Por conta do preconceito, porque as pessoas demonizaram as religiões africanas sobre preconceito contra o negro mesmo, que isso é histórico. Já teve caso de uma técnica de enfermagem, só para frisar aqui, que na Campanha de idoso, dando vacina nos idosos, com deficiência de locomoção, ela disse que não ia porque era dentro de um terreiro de candomblé. **(VINICIUS)**

Certas seitas religiosas impõem crenças sobre saúde, doença e tratamentos, podendo influenciar as preferências dos usuários como também dos profissionais. Essas crenças podem inclusive gerar mal-entendidos que são agravados pelas barreiras de comunicação. Os conflitos usualmente surgem quando as crenças religiosas ou culturais configuram motivos de recusa de realizar uma prática por conta do profissional que a realizará ou mesmo no cuidado consigo mesmo como na fala de “Brisa”, como também na recusa do profissional em realizar um procedimento por conta do usuário ou família. As falas de “Rosa e “Brisa”, abaixo, trazem a necessidade premente de formação e implantação dos comitês de ética já mencionados.

É, tive um acompanhamento com um psiquiatra, mas não aceitei, devido à minha religião. Espero que vocês entendam, porque Deus não fez a gente para tomar remédio. Isso é o que eu, Brisa, acredito. **(BRISA)**

Jonsen e col. (1999), além de considerarem tais escolhas imprudentes ou perigosas, ponderam que o desconhecimento das crenças e costumes por parte dos profissionais de saúde pode levá-los a questionar a capacidade mental dos usuários e suas famílias. Entretanto, o simples fato de aderir a uma denominação religiosa incomum, por si só não constitui evidência de incapacidade.

Quando o usuário recusa uma intervenção recomendada, seja uma medicação, uma consulta ou um procedimento diagnóstico, é comum o profissional que o assiste, assim como o ACS, se veja frente a um conflito entre sua avaliação e os desejos do primeiro, o que pode lhe causar raiva, frustração e desinteresse, especialmente se a escolha lhe parecer irracional. E isso é um dilema frente ao que é considerado autonomia x objeção de consciência como antes abordado. Desse modo, é necessário refletir sobre a necessidade de rever a interação entre profissional e usuário a fim de garantir que a recusa seja esclarecida, que haja compreensão do usuário, incluindo as consequências da recusa, considerando, portanto, a sua capacidade para decidir e liberdade para uma escolha voluntária.

É válido ressaltar que existem opiniões contraditórias no direito constitucional acerca dessas questões relacionadas à fé religiosa. Para Diniz (2008), o direito à liberdade de crença é um direito humano fundamental, reconhecido constitucionalmente. Todavia, não pode se sobrepor à vida, visto que a vida antecede esse direito. Em assim sendo, havendo uma situação que coloca ambos os direitos em colisão, de forma que apenas um deles possa ser atendido, deve incidir o princípio do primado do direito mais relevante, na hipótese, o direito à vida. Nery Junior (2009) assevera que em um Estado Constitucional Democrático de Direito, o direito à livre manifestação da fé não se resume à liberdade de culto. De forma que ao Estado não é admitido impor uma conduta que atente contra a dignidade e a convicção religiosa do cidadão. Tal limitação é resultado da dimensão da liberdade de religião enquanto direito subjetivo público, garantindo a todos o acesso às manifestações culturais e tradições, posto serem essenciais para a formação da identidade pessoal do indivíduo. (2009, p.15 e 16).

Em linhas gerais, é possível afirmar que quando não há consentimento para a realização de procedimentos, terapêuticas e tratamentos, não há livre exercício da autonomia do indivíduo. Posto que a sua decisão não atenta contra a vida de outrem e

sim sobre a sua própria, não há choque de direitos fundamentais com bens coletivos, no caso. O exercício da liberdade religiosa não viola bens jurídicos coletivos da sociedade. O que é possível perceber é que a orientação religiosa enquanto sistema de crenças parece direcionar as ações de seus fiéis em todo o seu fazer cotidiano, inclusive em suas relações de trabalho. No caso dos ACS e de muitos profissionais de saúde, a incidência de princípios religiosos em suas avaliações, atitudes e atuações diante dos usuários e famílias, contrariando inclusive o dito em algumas entrevistas, influenciam na sua prática. A verdade é que existe de fato um desafio em desagregar o mundo do sagrado do mundo do trabalho, considerando inclusive que este sagrado é muito pouco flexível diante de outros sistemas.

A questão religiosa pode fazer parte da relação entre os profissionais da saúde e os/as usuários/as dos serviços, porém não pode direcioná-la. Quando isso acontece, há um prejuízo para saúde dos usuários e famílias assistidas e há uma violação dos direitos humanos, sem os quais não existe a realização da cidadania. Nessa linha de raciocínio algumas falas parecem conceber este dado de realidade:

...a minha religião não pode interferir no meu trabalho. Posso até falar palavras de conforto para as pessoas na hora certa, mas, não que eu diga assim: ah, você precisa ser evangélica, não. Eu visito casas que as pessoas são mãe de santo, né? Do Candomblé. Minha área tem dois terreiros. Entro lá numa boa, converso com elas. Gostam de mim, eu trato bem, também. Não me envolvo nas religiões delas, mas também não vou levar a minha para elas. Entendeu? Eu sei respeitar... nós aprendemos que Deus nos deu livre arbítrio. Se Ele deu, como é que eu vou tirar? Você tem liberdade pra escolher o que você quer. Entendeu? Então, eu ajo dessa forma. **(BELA)**

Eu fui criada, assim: ouvindo, demonizando o candomblé, já hoje, depois de muito pesquisar, muito estudar, eu acho que isso me representa, embora eu nunca tenha ido, eu acho lindo, eu acho bonito. É religião, é a cultura de um povo. Você não pode desrespeitar a cultura de um povo. **(VANESSA)**

Faz-se necessário compreender que inexistente liberdade religiosa ilimitada. A crença e prática religiosa de alguns não pode sobrepor-se aos direitos individuais que compõem o sistema de direitos fundamentais instituído pela Constituição Federal. Qualquer cidadão, bem como os ACS que além de cidadãos são também trabalhadores da Administração Pública, devem de todo modo, respeitar os direitos individuais daqueles que não professam aquela convicção religiosa que se baseiam.

Mesmo considerando essa perspectiva, os dilemas enfrentados pelos ACS não são plenamente dirimidos. O profissional muitas vezes se vê diante do conflito de seu dever ético de instituir uma abordagem ou mesmo uma orientação e o dever de respeitar um direito fundamental da constituição que é a liberdade religiosa.

Diante do que foi exposto, é preciso considerar o respeito à autonomia considerando a objeção de consciência por meio do reconhecimento do direito de um indivíduo ter suas opiniões e crenças religiosas. O princípio da autonomia “envolve uma ação respeitosa e não meramente uma atitude respeitosa”. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013)

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo evidenciou a complexidade de dilemas e conflitos de ordem ética advindos do processo de trabalho do ACS no território da estratégia de saúde da família. Percebe-se que a grande maioria se utiliza de sua subjetividade e de conhecimentos prévios para lidar com as questões de ordem ética do seu cotidiano de trabalho.

Os conflitos e mesmo os dilemas éticos apresentados nas falas dos profissionais entrevistados não são representados por situações críticas e dramáticas que requerem soluções imediatas, como as enfrentadas no contexto da atenção hospitalar e que são mais exploradas na literatura de bioética. Os dilemas relacionados às condutas dos ACS se dão frente à violência doméstica e intrafamiliar, o silenciar e o compartilhar de informações, bem como as crenças religiosas que se apresentam no território, mas especificamente nas relações como usuário e família, considerando a dinamicidade do lugar, são dilemas complexos que necessitam de suporte de um Comissão de Ética, por exemplo, que analise, à luz da bioética, possíveis caminhos para equacioná-los.

Da vivência em campo foi possível perceber a linha tênue que divide o mundo público e privado do profissional ACS e como é complexa essa relação de morar e trabalhar na comunidade. Desse modo, este profissional de fato é um trabalhador genérico de identidade comunitária que desenvolve atividades na saúde.

O profissional ACS vivencia dilemas e conflitos éticos sem a devida capacitação e suporte para enfrentá-los. Em geral, o entendimento desses dilemas exige uma articulação complexa, envolvendo conhecimentos interdisciplinares e que não podem desprezar o próprio saber operário, a partir do olhar destes trabalhadores sobre seu



ambiente e processos de trabalho e sua percepção de vulnerabilidades, de risco e de adoecimento.

Entendeu-se a partir desse trabalho, que estudos dessa natureza podem dar visibilidade às dimensões éticas do processo de trabalho vivenciadas pelos profissionais de saúde, principalmente, aqueles que trabalham na saúde coletiva, como por exemplo, os agentes comunitários de saúde.

Sugere-se, a ampliação de estudos como este para analisar tais fenômenos, haja vista a insuficiente produção literária existente.

Sugere-se ainda que, reforce-se um trabalho de abordagem dos dilemas éticos que surgem na atenção básica de formas a incorporar a questão das desigualdades sociais e determinantes de saúde e doença, além de discutir políticas públicas de formas a também não negligenciar os aspectos relativos à relação intersubjetiva do profissional ACS com os usuários e família. Dessa forma, se faz necessário tratar num processo formativo o enfoque da bioética, subsidiando melhor as ações deste profissional ACS, especialmente no que tange às suas ações no território que é o seu chamado “chão de fábrica”.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, Thiago Lins; FADEL, Luiz Carlos de Vasconcellos; PALACIOS, Marisa. Bioética e saúde do trabalhador: uma interface. **Revista Bioética**, vol. 23, núm. 2, 2015, pp. 293-303 Conselho Federal de Medicina Brasília, Brasil

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEAUCHAMP, T. L. & CHILDRES, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**(Second Edition).New York, Oxford University Press, 1983.i

\_\_\_\_\_. **Principles of biomedical ethics**. 5<sup>ed</sup>. New York: Oxford University Press; 2001.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2013.

BERGER SMD, BARBOSA RHS, SOARES CT, BEZERRA CM. Formação de Agentes Comunitárias de Saúde para o enfrentamento da violência de gênero: contribuições da Educação Popular e da pedagogia feminista. *Interface (Botucatu)*. 2014;18 (supl):1241-1254.

BORNSTEIN VJ, STOTZ EN. Concepts involved in. the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. **CiencSaúde Colet**. 2008;13(1):259-68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço** / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **lei 10.741/2003 (lei ordinária) 01/10/2003**. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. D.O.U de 03/10/2003 p.1.disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm). Acessado em 20/5/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue**: amparo legal à execução das ações de campo – imóveis fechados, abandonados ou com acesso não permitido pelo morador / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças e agravos e eventos de saúde pública e privados em todo território nacional, nos termos do anexo e dá outras providências. Diário Oficial da União 2016; 17fev.

BRASIL. Congresso Nacional (2006) **lei 11.350/2006 (lei ordinária) 05/10/2006**.dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. D.O.U. de 06/10/2006, p. 1 disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm) acessado em 2 de dezembro de 2017.

BRASIL, Ministério da Fazenda. **lei 13.595/2018 (lei ordinária) 05/01/2018**. altera a lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. DOU 08/01/2018 P. 1 .disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm#art1). Acessado em : 05 de fevereiro de 2018

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. **RESOLUÇÃO CFM Nº 2158/2017**.Brasilia, 2017, DOU de 15/01/2017, seção 1, p.201. Disponível em:  
 <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2158>>. Acessado em 20 de novembro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde (2018) **LEI 13.708/2018 (LEI ORDINÁRIA)** 14/08/2018 altera a lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para modificar normas que regulam o exercício profissional dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias. DOU de 15/08/2018 p1 disponível em:  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/113708.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113708.htm). Acessado em 10 de outubro de 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **O Poder Judiciário na aplicação da Lei Maria da Penha**. Brasília, 2018. Disponível em: < <http://www.cnj.jus.br/pesquisas-judiciarias/relatoriosdepesquisa>>. Acesso em: 18 janeiro. 2019.

CAMPOS, Adriana; OLIVEIRA, Daniela Rezende de. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos** | Belo Horizonte | n. 115 | pp. 13-45 | jul./dez. 2017.

CAVALCANTE RB, PINHEIRO MMK, GUIMARÃES EAA. Sistema de informação da atenção básica como instrumento de poder.**RevenfermUFPEonline.**, Recife, 7(2):371-80, fev., 2013

CLOTET, Joaquim. Bioética: desafio e atualidade. In: **Veritas**. Porto Alegre, v. 35, n. 139, set. 1995.

**CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p

CORIOLOANO MWL, LIMA LS. Grupos focais com agentes comunitários de saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais. **RevEnferm UERJ**. 2010;18(1):92-6.

COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira, OSELKA Gabriel, GARRAFA Volnei. **Iniciação à bioética** coordenadores. – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

DINIZ, Maria Helena. O Estado Atual do Biodireito. 5ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2008.

FERREIRA, Ana L; SCHRAMM Fermin R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Rev Saúde Pública**, 2000;34(6):659-65

FONSECA, D. H., RIBEIRO, C. G., LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, 24(2), 307-314.

FORTES PAC, MARTINS CL. A ética, a humanização e a saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 31 -33, 2000.

FORTES, Paulo Antônio de C. SPINETTI Simone Ribeiro. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1328-1333, set-out, 2004.

FURNISS, Tilman. **Abuso sexual da criança**: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GARRAFA, V., CORDON, J. (org.). **Pesquisas em Bioética no Brasil de hoje** São Paulo: Gaia/Unesco, p. 12-13. 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GRACIA D. **Fundamentación y enseñanza de la bioética**. Santa Fé de Bogotá: El Buho; 1998a.

JONSEN AR, SIEGLER M, WINSLADE WJ. **Ética clínica**. 4a.ed. Lisboa: Mc-Graw-Hill; 1999.

JUNGES JR, SCHAEFER R, NORA CRD, BASSO M , SILOCCHI C, SOUZA MC et al. Hermeneutics of the ethical problems perceived by primary health care professionals. **Revbioét (Impr.)** 2012; 20 (1): 97-105

LALANDE A. Vocabulário técnico e crítico da filosofia. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

LANCMAN, Selma; GHIRARDI Garcez Maria Isabel; CASTRO Dias de Eliane; TUACEK, Tatiana Amodeo. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública** 2009;43(4):682-8

LIMA, Jacob Carlos; MOURA, Maria Carmo. Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-133, jan.-abr. 2005.

MARZARI C.K., JUNGESJ. R., SELLI L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):873-880, 2011.

- MINAYO, MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- MONTEIRO, M. A. G. S.; PREVITALI, F. S. A política de formação profissional dos agentes comunitários de saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos. *Revista Labor, Fortaleza*, v. 1, n. 5, p. 141-163, 2011.
- NERY JUNIOR, Nelson. **Parecer Jurídico Escolha de Tratamento Médico por Paciente Testemunha de Jeová como exercício harmônico de direitos fundamentais atualizado conforme o novo Código de ética médica- resolução CFM 1931/09** São Paulo 22 de Setembro de 2009.
- PESSINI L, BARCHIFONTAINE CP. Problemas atuais de Bioética. 5ª ed. São Paulo: Loyola; 2000.
- RIBEIRO C G, COUTINHO, LIMA MP. Representações Sociais de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica na Cidade de João Pessoa-PB **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, jan. - jun. 2011, pp. 52-59
- SANTOS Ivone L., GARRAFA Volnei Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y DDHH...**Revista Red bioética/UNESCO**, Año 2, 1(3), 130-135, Enero-junio 2011 ISSN 2077-9445
- SACARDO DP, FORTES PAC. Desafios para a preservação da privacidade no contexto da saúde. **Bioética**. 2000;8:307-22.
- SCHRAMM FR. **A autonomia difícil**. *Bioética*. 1998; 6: 27-37.
- SCHRAMM FR, KOTTOW M. Principios bioéticos em salud pública: limitaciones y propuestas. **Cad Saude Publica** 2001; 17(4):949-956.
- SEN A. **Desenvolvimento com liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras; 2000
- SILVA, Joana A., DALMASO Ana Silvia W.O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 6, núm. 10, febrero, 2002, pp. 75-83 Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho São Paulo, Brasil.
- SOARES BM. Formas de violência doméstica. **Folha de São Paulo** 1997 maio 18; Caderno Mais: 5.
- VELOSO MMX, MAGALHÃES CMC, DELL'AGLIO DD, CABRAL IR, GOMES MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **CienSaudeColet** 2013; 18(5):1263-1272.
- VIDAL, Selma Vaz, MOTTA Luís Cláudio de S. SIQUEIRA-BATISTA, R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.1, p.129-140, 2015.

### ARTIGO 3

#### O PROCESSO DE TRABALHO DOS ACS DA ESF DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE SALVADOR-BA: ASPECTOS ÉTICOS E AS REPERCUSSÕES EM SUA SAÚDE FÍSICA E MENTAL

#### RESUMO

**Antecedentes:** O processo de trabalho do ACS considera dois pólos principais de atuação: um estritamente técnico e outro mais político. Assim, o trabalho técnico está relacionado à assistência às famílias, e o político, à solidariedade da população e à organização da comunidade para transformação dessas condições. Esta afirmativa por trazer um alto nível de responsabilidade ao ACS pode ser um dos motivos, ou não, do adoecimento desse profissional. O que pode ser agravado por ser esse indivíduo extremamente vulnerável aos conflitos de ordem ética que eclodem na unidade e no território da estratégia de saúde da família onde atua. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivo compreender o processo de trabalho do ACS, abordando aspectos éticos, e destacando possíveis repercussões à sua saúde, relacionadas ao seu trabalho na unidade e no território de saúde da família de uma unidade de saúde de Salvador, Bahia. **Metodologia:** Para este estudo, optou-se pelo método de natureza qualitativa e caráter exploratório. Por meio de entrevistas semiestruturadas e da observação participante, entre os meses de maio e novembro de 2018, buscou-se, considerando o objeto do presente estudo, tomar os próprios problemas identificados e listados pelos ACS durante as entrevistas e a partir do contexto e dos trechos dos seus discursos adequar uma análise temática, dentro da proposição da análise de conteúdo. **Resultados:** As análises indicaram um processo de trabalho penoso, com intensas cargas, em meio a situações de conflito ético e moral nas relações entre colegas de trabalho. Os ACS, além de cuidarem das questões complexas de saúde e doença, tornam-se cúmplices de informações sigilosas capazes de os colocarem em risco de morte e convivem com a violência organizada por gangues e narcotráfico. Estes representam riscos à sua integridade física e/ou mental. Sendo assim, a realidade de trabalho estudada demonstrou a existência de fatores de risco importantes e capazes de originar situações de sofrimento e adoecimento aos ACS. Deste modo, é condição *sine qua non* para que, a partir da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, onde estão previstas ações na área da saúde do trabalhador, os gestores locais desenvolvam ações junto aos trabalhadores de saúde, no sentido de minimizaremos efeitos indesejáveis na vida/saúde dos mesmos.

**Palavras chave:** processo de trabalho, aspectos éticos, agente comunitário de saúde, repercussões na saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

Com o processo de consolidação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do reconhecimento do direito universal à saúde garantido na Constituição Federal de 1988, tornou-se uma condição necessária o reordenamento do modelo de atenção à saúde, tendo a atenção primária como eixo norteador e modelo prioritário para a organização do Sistema de Saúde do país. Nesse sentido, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) que passou, a partir de 1997, a ser denominado de Estratégia Saúde da Família impulsionaram mudanças importantes no país. (AQUINO et al., 2009; AQUINO et al., 2013)

Uma diretriz do Ministério da Saúde (MS) é que o trabalho na estratégia de saúde da família (ESF) seja estruturado em uma Unidade de Saúde da Família (USF), onde fica sediada a equipe multiprofissional com responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada. Na ESF se pressupõe o trabalho em equipe e a interação organizada entre os membros da equipe com competências e habilidades distintas. O objetivo da ESF é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (BRASIL, 1997).

Um dos profissionais de grande importância e que constitui a estratégia é o ACS. Segundo o departamento de atenção básica do Ministério da Saúde, na competência de outubro de 2018, estão registrados mais de 270 mil ACS no país com um percentual de cobertura de mais de 60% da população brasileira. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Considerando estes dados, fica evidente a importância deste profissional tanto para o aumento do acesso aos serviços de saúde, quanto para a ampliação da cobertura da estratégia saúde da família em grande parte dos municípios das regiões do país.

Este trabalhador que facilita a mediação entre equipe de saúde e comunidade possui jornada de trabalho de oito horas diárias, de segunda à sexta-feira e sua renda mensal é de um pouco mais que um salário mínimo. De acordo com a Medida provisória 827/2018 aprovada na câmara de deputados, o piso atual do salário dos agentes de saúde é de R\$ 1.014,00 passará a ser de R\$ 1.250,00 em 2019 (23,27% de reajuste); de R\$ 1.400,00 em 2020 (12%); e de R\$ 1.550,00 em 2021 (10,71%).

O ACS é um trabalhador *sui generis*, segundo Nogueira et al. (2000), ou seja, um trabalhador genérico de identidade comunitária que desenvolve atividades na saúde. Silva e Damalco (2002) identificam a micropolítica do processo de trabalho do ACS considerando dois pólos principais de atuação: um estritamente técnico e outro mais político. Assim, o trabalho técnico está relacionado à assistência às famílias, e o político, à solidariedade da população e à organização da comunidade. É necessário considerar o impacto do discurso, contido em muitos documentos oficiais e científicos, de que o ACS é o grande responsável pela mudança do paradigma da saúde pública brasileira. Esta afirmativa por trazer um alto nível de responsabilidade ao ACS e pode ser um dos motivos, ou não, do adoecimento desse profissional. Ressaltando que esse

indivíduo é extremamente vulnerável aos conflitos e dilemas de ordem ética que eclodem na unidade e no território da estratégia de saúde da família.

Ao realizar uma abordagem ética, é válido ressaltar que existem questões de problemas e dilemas éticos vivenciados pelos agentes comunitários. Sendo assim, faz-se necessário que se apresente conceitualmente o que representa dilema e problema ético. Para Goldim (2009), dilemas são situações reais que ocorrem “quando duas abordagens são possíveis e defensáveis tecnicamente, existindo dúvidas quanto à adequação moral de cada escolha.” Para o autor, muitas vezes ocorrem falsos dilemas, pois as situações propostas não são equivalentes ou por que existem outras possibilidades, além das duas colocadas em discussão. No problema ético, existe uma gama de alternativas disponíveis para a escolha.

A dimensão ética das ações de saúde reflete-se nas relações com a equipe multiprofissional da ESF, com os usuários e famílias, uma vez que as relações são moldadas por princípios, valores, ideais e conceitos de cada membro da equipe e usuário (VALADÃO; LINS; CARVALHO, 2017). Todavia, percebe-se certa escassez na literatura em tratar dos problemas éticos dentro da atenção básica (VIDAL et al, 2014) que podem esgarçar o tecido social da ESF.

Na APS/ESF, especialmente no trabalho do ACS, três principais problemas de ordem ética costumam surgir envolvendo: as relações entre os ACS e os usuários do sistema de saúde; as relações entre os ACS e os demais profissionais da equipe; e as relações entre os ACS e a dimensão ético-política na esfera do SUS. Tal delimitação permite estabelecer certo grau de intimidade com os resultados da pesquisa realizada por Zoboli e Fortes (2004), em São Paulo, que explicitou problemas éticos vividos na *práxis* cotidiana da APS.

O estudo apresentado neste artigo teve como objetivo compreender o processo de trabalho do ACS em seus aspectos éticos e as repercussões deste para sua saúde.

## **2. METODO**

Para este estudo, optou-se pelo método de natureza qualitativa e caráter exploratório.

Nas falas dos ACS buscaram-se, considerando o objeto do presente estudo, o processo de trabalho, seus aspectos éticos e as repercussões deste na saúde dos ACS, tomar os próprios problemas identificados e listados pelos ACS durante as entrevistas e

a partir do contexto e dos trechos dos seus discursos adequar uma análise temática, dentro da proposição da análise de conteúdo.

Assim, a observação participante e entrevistas semiestruturadas foram os instrumentos utilizados para compreensão do fenômeno. A observação participante associada à entrevista permitiu descobrir as interpretações sobre as situações observadas, podendo-se traduzir e comparar as respostas dadas em diferentes momentos e situações. Os dados informados durante as entrevistas e na observação participante das atividades do profissional ACS foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo.

[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens (indicadores quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos, relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

. Bardin propõe etapas para a realização da análise. no tratamento dos resultados, o material empírico recebe a codificação, a classificação e a categorização. Na fase final que de interpretação se estabelece na relação entre os achados do material empírico e a realidade, podendo, se possível, realizar-se proposituras de transformação.

A pesquisa qualitativa desenvolvida possuiu aproximações com elementos etnográficos onde o pesquisador pôde observar a prática e o discurso dos sujeitos, conseguindo com isso interpretar o que se está estudando.

Há posições que defendem que nem sempre aquilo que se está escrito é o que verdadeiramente o locutor queria dizer, ou mesmo, que existe uma mensagem nas entrelinhas que não está muito clara. Desse modo, a pesquisa qualitativa se depara com alguns desafios: o de analisar o conteúdo extremamente vinculado ao texto ou a uma técnica, num formalismo excessivo, ou valorizar em demasia sua capacidade intuitiva. Nestes termos a análise pelo pesquisador não deve ser nem tão subjetiva, levando-se a impor as suas próprias ideias ou valores, fazendo do texto um mero confirmador dessas. É essencial que os conteúdos sejam analisados à luz do contexto social e histórico sob o qual foram produzidos. (FRANCO, 1986)



## **2.1 O “locus” da pesquisa**

O estudo propôs-se a contemplar todos os agentes comunitários de saúde (ACS) disponíveis e que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em Salvador Bahia.

As equipes de saúde da família são compostas por enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS).

## **2.2 Perfil dos participantes da pesquisa**

Para atender aos objetivos desse estudo, realizou-se o acompanhamento diário do trabalho dos ACS, observando, colhendo seus relatos, vivenciando todos os momentos possíveis no seu ambiente de trabalho. Os ACS escolhidos para participar da pesquisa foram aqueles que estavam inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da USF Federação. Foram excluídos do estudo todos os agentes comunitários que no momento da coleta de dados estiverem afastados das suas atividades laborais ou que se recusarem a participar da pesquisa. Existe uma média de 30 ACS na unidade de saúde do estudo. No entanto, por ser esta uma pesquisa de cunho qualitativo o critério de representatividade da amostra não é numérico para o encerramento da coleta de dados. A delimitação do total de participantes se deu por saturação teórico-empírica, considerando a relevância e a repetição dos conteúdos representados nas falas, ou seja, a saturação do discurso, para a compreensão do objeto de estudo em suas múltiplas dimensões.

Os ACS entrevistados foram em número de 15 (quinze), considerada uma amostra qualitativa baseada nos critérios de saturação já acima mencionados. Foram entrevistados e observados entre o período de maio a novembro de 2018.

Foram 14 do sexo feminino e 01 do sexo masculino, todos tinham em média 15, 8 anos de profissão sendo que três dos entrevistados que já tinham 20 anos como ACS porque eram egressos do PACS existente em outra unidade próxima onde o PACS foi desfeito.

Um dos ACS solicitou transferência e os outros dois foram absorvidos pela USF Federação. A média de idade está entre 46, 5 anos de idade.

No quesito escolaridade se dividem em nível médio completo e um grande número já tem nível superior, no que se refere à cor auto referida, a maioria é negra, com relação às práticas religiosas 46,6% por cento pertencem à religião evangélica, 40% a religião católica e os demais 14,4 % pertencem a religião Testemunha de Jeová e igreja de Jesus Cristo dos santos dos últimos dias (mórmons). Em relação ao estado civil, 46, 6 % são casados, 13,5% são divorciadas e 6,6 % viúvos e 33,3 % são solteiros.

**(Quadro 1)**

### **2.3 Organização, categorização e análise dos dados**

A análise de conteúdo envolve um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977).

Descrever constitui-se em um primeiro momento do procedimento de análise, não sendo, portanto, nem exclusivo e nem exaustivo. Após a descrição dos conteúdos, é necessário codificá-los. Como assinala Bardin (1977), a intenção da análise de conteúdo é alcançar através de indicadores, quantitativos ou não, a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou eventualmente de recepção, ou seja, a análise de conteúdo não visa o estudo da língua ou da linguagem, mas a determinação das condições de produção dos textos, que conformam seu objeto.

Assim, considerando-se o objeto do presente estudo, o processo de trabalho do ACS, aspectos éticos a ele relacionados e as repercussões na sua saúde, a técnica utilizada para a coleta de dados, entrevistas semiestruturadas e observação participante, foi adequada a análise temática, dentro da proposição da análise de conteúdo. Como unidade de registro tomaram-se os próprios problemas e dilemas identificados pelos ACS, bem como os problemas de saúde físico e mental durante as entrevistas e observações e como unidade de contexto os trechos do discurso que os continham.

A transcrição de cada entrevista foi lida para a análise de do seu processo de trabalho, avaliando aspectos éticos apontados pelo ACS entrevistados, bem como as repercussões em sua saúde. As condições do processo de trabalho reveladas, que trazem

repercussões à saúde destes ACS, identificadas durante a entrevista, passaram a configurar uma grade temática de análise que serviu para a leitura transversal dos depoimentos, de formas a realizar a formação das categorias, com base também no referencial teórico. O que se concretizou da forma prevista por Bardin (1977), após a seleção do material e a leitura flutuante, a exploração foi realizada através da codificação. A codificação se deu em função da repetição das palavras, que uma vez triangulada com os resultados observados, foram constituindo-se em unidades de registro, para então efetuar-se a categorização. (**Quadro 2**)

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

#### **3.1. A relação com a equipe e colegas de profissão**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se define como um modelo de atenção à saúde no contexto da Atenção primária em Saúde, que se estrutura na perspectiva do trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito desenvolvendo ações a partir do conhecimento de uma realidade local e das necessidades de saúde da população deste território, envolvendo seus aspectos socioeconômicos e culturais. (Brasil, 2007)

A maioria das falas retratou as representações do trabalho em equipe, as relações que se estabelecem no trabalho multiprofissional desenvolvido nas equipes da ESF e o quão importante é o trabalho interdisciplinar.

Em algumas narrativas foi possível perceber que existem algumas questões bastante conflituosas, como a conduta inadequada de uma profissional médica com uma situação revelada sigilosamente por uma ACS:

Aconteceu um caso de uma colega que fez a vontade de uma mulher grávida. Ela era usuária de droga na época e aí a paciente desabafou com a Agente Comunitária. E aí o que a Agente Comunitária fez? Ela disse para médica em segredo: “fulana está usando drogas e ela está gestante. Então converse com ela, veja o que a senhora pode fazer.” A médica foi e disse a paciente quem tinha dito a ela. Aí a ACS começou a sofrer ameaças do marido que era traficante e da paciente usuária de drogas, que também traficava com o marido. (**VANESSA**)

Esta conduta abordada na narrativa de “Vanessa” expõe o próprio ACS aos traficantes, colocando em risco a sua vida, pois uma vez que a usuária tinha lhe confiado um segredo e a médica revelara a usuária este segredo, sem nenhuma

habilidade e compromisso ético com a colega ACS. Logicamente que a usuária identificaria como um descumprimento de um acordo. Esta ocorrência gerou um transtorno terrível para a vida dessa agente. Ela passou, como mencionado em sua fala, a sofrer ameaças, temer pela vida dos filhos que iam para a escola sozinhos. Em virtude destas ameaças foi necessário que a ACS imediatamente mudasse de área. A ACS passou a compor uma nova equipe de ESF em outro local dentro do Distrito Sanitário Barra Rio Vermelho, teve que abandonar a casa dela. A ACS passou a ter crises de ansiedade e pânico, pois morria de medo e não ia trabalhar, tinha pavor em ser ameaçada de morte. Diante das circunstâncias a ACS precisou ficar atuando internamente na unidade por um período, até que se amenizassem os sintomas e ela se sentisse segura para novamente atuar na área.

Analisando essa relação do ACS com a equipe, também foi relatada uma situação que se configurou em assédio moral por parte de um colega de profissão:

Em relação às colegas ACS, aos meus colegas ACS, ééé... só tem uma pessoa, um colega ACS aqui, que realmente, eu não me relaciono, pela falta de respeito dele comigo. Que é uma pessoa, que desde o início, que eu tive, inclusive, problemas de assédio moral, essas coisas permanecem aqui até hoje. Então, esse colega, infelizmente, né? Eu, realmente, não dirijo a palavra a ele... **(ROSA)**

eu... confesso, que quando passei por essa situação (ASSEDIO), se eu pudesse, não vinha nem no posto. Se eu pudesse não vinha nem no posto. Eu ficava longe o máximo possível. Porque quando a gente passa por esse tipo de coisa, mexe com o nosso psicológico. E psicologicamente eu realmente, estava muito abalada, porque eu já vinha de anos, né? Desde quando comecei, foi em torno de dez (10) anos junto com essas pessoas até aqui... **(ROSA)**

Assédio pode ser definido como toda conduta que cause constrangimento psicológico ou físico a uma pessoa. Dentre suas espécies, existem pelo menos dois tipos de assédio que se distinguem pela natureza: o assédio sexual e o assédio moral. No caso da ACS “Rosa”, ela traz o assédio moral entre colegas de profissão. Pois ocorreu entre colegas com a finalidade de excluir alguém indesejado do grupo. A ACS foi exposta pelo colega aos demais membros do grupo de forma discriminatória por ser mulher, solteira e evangélica. Mais comumente, os motivos estão relacionados à competição ou de discriminação pura e simples. Pode também ocorrer a partir de boatos sobre vida

peçoal do assediado com acusações que podem denegrir sua imagem perante os demais colegas.

Alguns autores como Barreto (2003) ressaltam que é necessário reconhecer o assédio a fim de cobrar das instituições políticas a responsabilização quanto ao tratamento do trabalhador assediado, visto que o assédio pode gerar distúrbios físicos e mentais, além de comprometer os laços familiares e sociais.

É perceptível a não identificação dessas situações de assédio moral que tendem, inclusive, a ocorrer de forma velada. O estudo de Gasperi e Radunz (2006) demonstrou que nos serviços de saúde brasileiros que 38,5% das vítimas desse tipo de violência tiveram a iniciativa de recorrer à chefia imediata para relatar o ocorrido. Porém, em apenas 20% dos casos foram tomadas as medidas cabíveis.

É possível afirmar que existe uma estreita relação entre assédio moral e danos à saúde mental do trabalhador. O tipo de assédio sofrido por “Rosa” a desestabilizaram tanto que a fizeram perder a vontade de ir ao trabalho. Para Reis (2006) tentativas de desestabilizar a vítima emocional e profissionalmente acarretam para esta vítima em perda da confiança e do interesse pelo trabalho. O assédio moral pode ser definido como um sintoma da violência psicológica e de violência no ambiente de trabalho. Wynneet. al. (1997) acrescentam ao conceito de violência no trabalho os incidentes relacionados a comportamentos abusivos e ameaças ou ataques e que impliquem risco explícito ou implícito para a segurança, bem-estar e saúde dos trabalhadores. É um tipo de violência relacionada ao ambiente interno da unidade de saúde.

Ressalta-se que a discussão sobre o assédio moral foi introduzida por Heinz Leymann (1990, 1993, 1996), baseada nos estudos que realizou na Suécia durante os anos de 1980. Este fenômeno conforme o autor caracterizar-se-ia por uma “comunicação hostil e desprovida de ética perpetrada de modo sistemático por um ou mais indivíduos contra um único indivíduo” (LEYMANN, 1990, p. 120).

Existem fenômenos associados aos sofrimentos decorrentes do assédio moral, tais como síndrome de Burnout, estresse, conflitos familiares, além de doenças orgânicas que atingem muitos trabalhadores, como úlceras e cefaléias, mas que, no entanto, são de difícil relação causal com o assédio moral no trabalho (HELOANI, 2005).

O poder público precisa implementar políticas que fomentem a educação e fiscalização no campo da saúde do trabalhador para a prevenção de doenças e acidentes

de trabalho relacionados ao assédio moral e outras práticas de violência no ambiente laboral.

É importante salientar que existem diferentes formas de manifestação do assédio moral a depender do sexo do assediado. Este aspecto está relacionado a componentes culturais que são explicados sociologicamente. Para Guedes (2003), as mulheres são as que mais sofrem intimidação, submissão, piadas grosseiras, comentários acerca de sua aparência física ou do vestuário; para os homens, são mais comuns os comentários maldosos sobre sua virilidade, capacidade de trabalho e de manter a família.

É sabido que, como já anteriormente exposto, o assédio moral acontece de forma velada e parece estar associado a um pacto de silêncio entre assediador, assediado e testemunhas. Muitas vezes é melhor afastar-se do trabalho do que falar sobre o assunto. O estudo de Gasperi e Radunz (2006) desenvolvido nos serviços de saúde brasileiros indica tal fato, pois constatou que 38,5% das vítimas desse tipo de violência tiveram a iniciativa de recorrer à chefia imediata para relatar o ocorrido. Porém, em apenas 20% dos casos foram tomadas as medidas cabíveis e necessárias.

Desse modo, é de fundamental importância se obter condições laborais baseadas em princípios morais, éticos e no respeito ao próximo, compreendendo que cada indivíduo é único em sua essência, com suas crenças, valores e culturas distintas.

Deve haver o comprometimento coletivo com a ética, a solidariedade, o respeito ao próximo, a dignidade, a valorização do eu e do outro, a cidadania e o respeito, acima de tudo, com a vida. Só assim é possível amenizar o assédio moral nos ambientes ou até mesmo excluí-lo, ocasionando menos sofrimentos aos trabalhadores.

É passível de ser pontuadas situações de conflito ético e moral nas relações entre colegas de trabalho. Questões como quebra do sigilo e assédio moral provocam uma discussão sobre algumas modalidades de conduta ética. É possível aqui tratar de duas modalidades éticas: a ética profissional e ética comportamental. A ética profissional trata dos direitos e dos deveres dos profissionais. Através dela é que são criados os códigos éticos de cada profissão, é o que pode ser disciplinado como deontologia. Assim, segundo Camargo (1999), os Códigos de Ética Profissional “estruturam e sistematizam as exigências no tríptico plano de orientação, disciplina e fiscalização”. A ética comportamental é questão do ser ético em suas atitudes, da maneira em que o indivíduo age diante das situações. A maioria das pessoas age com honestidade porque intencionam dormir com a consciência tranquila ou então, têm medo das consequências, que podem resultar em atos ilegais ou contrários à ética; afirma Jacomino (2000). Já o

comportamento moral varia de indivíduo para indivíduo de acordo com seus valores e princípios, tendo a ética como uma proteção contra atitudes imorais, que possam prejudicar os outros. Diante do exposto, evidenciou-se que se apresentou como um conflito ético o compartilhar da médica com a paciente acerca de informações passadas pela ACS a esta primeira, de forma sigilosa.

### **3.2A relação com o território: a violência no trabalho**

A questão da violência no mundo do trabalho é um tema extremamente relevante para o campo da saúde do trabalhador. Observa-se, na própria Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNST implantada através do decreto 7.602, de 7 de novembro de 2011, que dentre seus objetivos estão: a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, prevenindo acidentes e de danos à saúde advindos ou mesmo relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, executando ações de eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho. O Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, publicado em abril de 2012, detalha os aspectos operacionais da Política visando facilitar sua implementação.

As condições de insegurança física e de falta de proteção remetem às situações descritas por Fortes e Spinetti (2004), nas quais os ACS, além de cuidarem das questões complexas de saúde e doença, tornam-se cúmplices de informações sigilosas capazes de os colocarem em risco de morte e convivem com a violência organizada por gangues e narcotráfico, conforme os relatos a seguir:

Sofri ameaça de uma paciente que ela falou com outra. que tinha muita amizade comigo, e nós éramos irmãs em Cristo, da mesma Igreja. Ela falou que a mulher iria jogar ácido em mim, quando eu menos esperasse. E aí eu levei essa situação para Secretaria. E aí, foi mais um dos motivos que se aliou ao meu pedido, por eu ter casado e vim morar aqui.... Então, foi mais favorável para mim. Não só pela morada está perto do posto como para essa situação não acontecesse, porque ela era envolvida com o tráfico, envolvida com pessoas erradas, então achei melhor que evitasse (**BRISA**)

...tem uma paciente que eu acompanho que ela é usuária de drogas. Bom, eu já soube... ela não compartilha, mas, assim, ela me disse que ela usa cocaína e crack, mas eu não sei se realmente é isso que ela fala. Eee... então, ela me ameaçou de morte uma vez aqui na Unidade. Ela veio para cima de mim, ela só não me agrediu porque a supervisora estava do meu lado. Mas, sempre quando...eu já fiquei assim em torno de um mês, um mês e meio sem entrarna avenida onde ela mora. Então,

assim, fiquei sem visitar, inclusive as famílias todas ali, por conta disso.  
(ROSA)

Em termos conceituais é válido diferenciar a violência do trabalho da violência no trabalho. A primeira pode ser definida pela deterioração das condições de trabalho e aos novos paradigmas de produtividade, que aumentam a exposição dos trabalhadores a riscos de acidentes e de adoecimentos. Já a segunda envolve a relação com chefias, pares, clientes e o público no exercício das atividades. (CHAPPELL & DI MARTINO, 2000 e DEBOUT & LAROSE 2003) acrescentam a este conceito de violência no trabalho, os incidentes relacionados a comportamentos abusivos e ameaças ou ataques e que impliquem risco explícito ou implícito para a segurança, bem-estar e saúde dos trabalhadores. Podem-se incluir aqui as condições de ataques mediante assaltos sofridos no território onde executam as atividades, como nas narrativas que se seguem:

Passe sua bolsa! Com crachá e tudo. Larguei tudo, a bolsa com crachá, minha sacola nova com as fichas de cadastro. Ainda estava fazendo cadastro... cadastro de fichas. Tem mais de três anos, isso aí, uns três anos. Outro dia estava lá... você está com medo? Não é com medo, mas eu estava, porque não foi só eu que foi assaltada... A menina jogou o celular dela, o meu estava dentro da bolsa. (ADÊ)

Assalto... eu já fui assaltada, mas, não na minha micro área. Lá tem boca de fumo, tráfico de drogas .... Eu mesmo, fico com medo, não vou mentir. Eu já passo sem graça, assim, porque fica um grupinho de adolescentes. Aí, eu passo, assim, oi, boa tarde, mas, com medo. Vai que chega alguém lá, começa a dar tiro, como a gente vê no jornal(...)(VITÓRIA)

Discutir violência no trabalho, como é o caso do que ocorrem com os ACS, é uma tarefa demasiadamente complexa, visto que exige definir o local e processo de trabalho, o conceito de violência vinculado a atividade laboral. Faz-se necessário também estabelecer um nexos causal entre trabalho e violência. O ACS realiza seu trabalho, em sua grande parte do tempo em ambientes abertos, como, por exemplo, na rua, em assim sendo, existe toda uma dificuldade em distinguir se a ocorrência se deu entre o local de trabalho ou o trajeto, sendo esse um ponto nevrálgico na análise desses eventos.

O narcotráfico aparece no ambiente de trabalho do ACS uma vez que este é o próprio território com seus aspectos culturais, econômicos e sociais.



Estudos como o de Binda, Bianco e Sousa (2013) apontam que alguns ACS revelam medos e tensões pelo fato de adentrarem áreas conflituosas durante seu trabalho e, ao mesmo tempo morarem nessa mesma área. Desse modo é necessário que entendam os códigos de conduta criados na comunidade e façam adesão a esse, pois não há alternativa diante das condutas despóticas impostas pela organização criminosa

Fortes e Spinetti (2004) lembram que, ao viver no mesmo local que trabalha, o ACS pode conviver, em várias regiões, com a violência organizada, como gangues e narcotráfico. Lima e Moura (2005) explicam que o grau de violência dificulta, pelo menos inicialmente, o trabalho dos agentes comunitários de saúde nas capitais dos estados e grandes cidades, onde são vistos com desconfiança pela população.

O narcotráfico ocasiona tensão e medo nos ACS. A sua grande maioria trabalha em áreas vulneráveis, onde a violência e o tráfico fazem parte do cotidiano das pessoas e oferece risco à integridade física e psíquica. O ambiente de trabalho é dinâmico e muda a todo o momento. Um cenário de atuação com invasões e operações policiais afeta o trabalho cotidiano (NASCIMENTO; DAVID, 2008). O conflito entre traficante e polícia expõe os profissionais de saúde e a população em geral aos riscos da violência, especialmente no que se refere à sua integridade física e psíquica. É perceptível nas narrativas, que existe um sentimento de insegurança dos profissionais no que diz respeito à atuação da polícia, isto é, ao modo como esta se faz presente no território, sendo potencializados riscos de acontecer algo contra os próprios profissionais, como situações de tiroteios e acerto de contas.

A questão da violência originária do narcotráfico é trazida na fala de Maria do Céu se destacando como um problema social da comunidade, acarretando o medo dos moradores daquela região, o que se estende aos Agentes Comunitários de saúde, sendo também uma das situações geradoras de sofrimento. A violência e o narcotráfico constituem-se em situações reveladas na insatisfação do agente com o trabalho, originando o medo e dificultando o acesso aos domicílios durante as visitas, bem presentes nas falas a seguir:

Já vi também assim assassinato. Já vi uns três aqui dentro que eu fiquei doente .(MARIA DO CÉU)

Então, tenho colegas que entram em depressão diante das situações de violência da micro área, porque não sei... Você até tenta ser imparcial, mas tem coisas que te tocam, que te abalam, então, as relações de

emoções sim, me entristecem e eu já pensei até em sair, muitas vezes por conta disso. (VANESSA)

Quando a polícia está no território dificulta o acesso não apenas dos agentes de saúde, mas de toda a equipe, já que a população fica desconfiada com essa presença ostensiva, relacionando esse fato a alguma denúncia anônima que pode ter sido feita por alguns profissionais de saúde ou mesmo o ACS, por exemplo.

...eles vendendo drogas eu já vi e quando eles vêm a gente eles têm um respeito tão grande que eles escondem, né. Já vi também assim assassinato. Já vi uns três aqui dentro que eu fiquei doente. Eu presenciei né? Mas assim de eles ameaçarem a gente porque a gente viu, não. Eles escondem. Tem o maior respeito. ” (MARIA DO CEU)

Então, eu tenho meu trabalho e faço meu trabalho, mas sem me envolver senão pode complicar porque a polícia começa a andar e eles têm sede e não querem saber, porque eles não querem perder o trabalho deles né. Então nesse sentido ético de trabalho e o que as pessoas fazem na área, a gente precisa separar as coisas. (NEGA)

Tem uma família, que realmente, o sobrinho da neta da dona da casa, ele é chefe de, assim, envolvido em tráfico e eu passei por uma situação que tive que ir na linha do centro, quando vinha assim, escutei, foi tiro, vieram pegar ele para matar. Situação difícil. Eu jamais poderia passar, porque eu sou Agente do Centro de Saúde e nem comentar, para depois que viesse uma pessoa saber qualquer coisa, não achar que foi eu quem estava comentando sobre esse caso, certo? Só evitei mais de ir lá, porque, assim como eu não estava lá, se eu tivesse, poderia acontecer uma tragédia, né? Com um tiroteio desse, Deus me guarde, até pegar uma bala em mim. Mas eu sei quem é, eu jamais comentaria. (SULA)

A questão do narcotráfico é algo presente no território conforme as narrativas acima. Vários são os dilemas enfrentados pelos ACS. É possível inferir que o narcotráfico já é algo natural na dinâmica dos territórios que vivem e trabalham. Convivem com o crime organizado como com qualquer outra atividade legal desse mesmo território, apesar de reconhecerem o risco de envolvimento nessa atividade e o risco ainda maior de delação desta atividade a autoridades públicas. As falas de “Maria do Céu”, “Nega” e “Sula” evidenciam isso.

Como já mencionado em outro momento, a dinâmica da vida das comunidades assistidas pela ESF expõe seus trabalhadores à violência social do dia a dia, pois eles testemunham, diretamente, situações de agressões e, indiretamente, a miséria intensa. Os trabalhadores deparam-se constantemente diante de situações de conflitos e

violências que lhes causam conflitos éticos quanto à intervenção adequada para cada caso, como, por exemplo, tomar contato com situações de desrespeito aos outros e às leis ou que envolvam situações privadas de um outro tipo de violência que é a doméstica.

Entre preservar sua integridade física e realizar o seu trabalho, o ACS na maioria das vezes opta por cuidar da sua integridade física e mental que é inclusive um direito assegurado a ele constitucionalmente. Muitas vezes, quando existem, inclusive, pessoas ligadas ao tráfico, que vão até a USF avisar que não é para entrar no território ou em uma área específica naquele dia, os ACS e os demais profissionais de saúde nem sempre interpretam esses avisos como ameaças diretas, mas sim como uma “segurança”, uma certa “previsibilidade” do que vai acontecer na região.

Outras questões são as atividades das pessoas como usuários de drogas. A gente sabe que eles aceitam a gente dentro da casa deles sem problema nenhum, mas não se envolva em dar palpite no que eles fazem ou deixam de fazer (fala pausadamente). A ponto de quando eles querem tomar acerto de contas entre eles, eles dizem assim: -hoje não, hoje não. É raro, mas já teve de eles dizerem assim: - não entre hoje não na área porque hoje tem acerto de conta. (NEGA)

Os ACS sentem-se inseguros e deixam de trabalhar ou de se aprofundar em alguns problemas encontrados. Temem pela sua própria vida e de familiares, afinal moram ali, e os seus familiares são conhecidos de todos. Muitas vezes omitem do conhecimento de outros e mesmo da equipe em que trabalham assuntos ligados à violência doméstica contra mulheres e idosos e ao abuso de crianças. Estes são outros assuntos que deixam de ser abordados pelos profissionais porque se sentem ameaçados com as consequências que isso pode lhes trazer. A produção de vínculos dos ACS com a população é, portanto, afetada, assim como a promoção da saúde em situações de violência e tráfico de drogas. Não apenas por causa do medo, que eles expressam, mas também pela falta de capacitação para que possam agir com mais segurança e efetividade, bem como uma rede intersetorial mais atuante na região. Desse modo, é possível afirmar que o olhar para a saúde fica muito reduzido diante de tais fatos. O aspecto biomédico acaba sendo o centro das ações em detrimento das atividades de prevenção e promoção da saúde, não se trabalha em um sentido mais amplo, o que gera um conflito ético.

Dessa forma, o ACS enquanto esse personagem peculiar que reside e trabalha nessa comunidade vive de forma intensa, como nenhum outro profissional da ESF, as consequências desta vulnerabilidade à violência. Diante disso, referem insegurança quanto ao risco que estão expostos. Segundo Lancman et al. (2009), os ACS lançam mão de estratégias de defesa, tanto individuais quanto coletivas, a fim de lidarem com situações de risco, constroem rede de proteção e solidariedade na comunidade.

Diante de situações comprometedoras, os ACS utilizam mecanismos para criar estratégias de prudência e de proteção entre eles mesmo, muitas vezes pedindo apoio de um e de outro para adentrarem áreas mais arriscadas, bem como evitando totalmente o acesso à certos lugares ou pessoas que representam riscos à sua integridade física e/ou mental. Situação que se constitui enquanto dilema ético na medida em que cabe a esse profissional visitar semanalmente famílias, bem como cadastrar indivíduos recém-chegados na área ou membros novos de famílias já cadastradas. Qual a visibilidade que assume atos como esses, diante de sentimento de impotência frente a situações de vulnerabilidade enfrentados pelos ACS, e que os colocam frente a frente diante de uma zona fronteira entre seus aspectos profissionais e pessoais? Na maioria das vezes, aspectos como estes permanecem ocultos, especialmente para a gestão do serviço de saúde ao qual pertencem e trabalham.

No trabalho do ACS também está agregada a realização de ações relacionadas à Política de Redução de Danos incorporada ao Brasil, além de outros países, considerando a disseminação da epidemia de HIV e o controle de sua transmissão entre usuários de drogas injetáveis. No extrato da narrativa abaixo é possível perceber o constrangimento da atuação nessa temática:

Eu sei até onde eu posso falar, entendeu? Quando há uso de drogas, onde você vai usar seringas, disponibilizar material tipo seringas, entendeu? Agulhas para não ser compartilhadas eu dou apoio, mas quando você vai falar para que aquele grupo deixe de usar ou deixe de vender é mais complicado. Eu não posso fazer nada que eu venha correr risco né? É minha integridade física, né? Então, assim, aí, eu **tenho limite**. Realmente, só nesse período que me senti um pouquinho, eu fiquei com medo, mas depois disso não. Acabou...  
(VANESSA)

Conforme afirma Fernandes (2009), a política de redução de danos tem como objetivo reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de drogas, respeitando-se a

liberdade de escolha do indivíduo de querer ou não cessar o consumo. De modo que seu princípio norteador é o resgate à cidadania do usuário de drogas e o respeito aos direitos humanos, as práticas da redução de danos estão em conformidade com a reforma psiquiátrica e assumiram o protagonismo na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas (PAIUAD), em parceria com gestores locais, universidades e sociedade civil, na construção de respostas às demandas decorrentes dessa área. Todavia, não conseguiram ainda atuar no sentido de matriciar a APS, de forma que essa rede também assumira um protagonismo nestas ações de redução de danos. Diante do revelado, percebe-se que os ACS não desejam atuar nessa prática uma vez que acreditam que de alguma forma essa prática põe em risco sua integridade física e até mesmo achavam incoerente tal prática conforme a fala de “Nega”:

Tinha um contato com eles e era para na época a gente ficar como um posto de troca de seringa. Nesse contexto aí, eu não me encaixei(...). Eu achei que não era lógico o que eu estava buscando, o assunto era, a situação era eu ajudar eles saírem de uma situação difícil, usar camisinha por causa da AIDS, das doenças, ter cuidado e treinar eles ou ensinar eles, e mostrar a eles que o uso do cachimbo trazia uma dificuldade de saúde que aquilo queimava a boca, passava de um para o outro. Usar a seringa (pausa) para ser descartável para que eles não compartilhassem, mas a realidade não era essa, eles continuavam compartilhando seringa e se eu...eu quero que você saia daquela vida difícil, uma vida que só levava o usuário a dificuldade, de violência, de morrer devido ao uso excessivo da droga, aí eu ia levar o artifício que levava ele a está naquela situação?(NEGA)

Em conformidade com a narrativa de “Nega”, apresenta-se um conflito ético. Sendo o ACS reconhecido como um ator fundamental na garantia integral dos direitos à saúde do usuário de álcool e outras drogas, tal qual preconiza o SUS, considerando-se ainda sua potencialidade na constituição de vínculos e acompanhamento longitudinal, como resolver essa barreira entre o dever de atuação do ACS, o preconceito existente por parte desse e ao mesmo tempo a justificativa dada sobre direito de autopreservação? Para Crochík (2006), a exclusão e o afastamento de grupos-alvo de preconceito funcionam também como uma defesa individual. É mais fácil manter-se distante de uma realidade que até pode reconhecer-se como injusta, mas com a qual não se sabe lidar. Desse modo o ACS evita o enfrentamento dessa situação.

Na fala de Nega, podemos considerar de certo modo, a existência de um pânico moral que, segundo Cohen (1987), se constitui a partir de fenômenos recorrentes na

sociedade nos quais um grupo de pessoas, certo episódio ou determinada condição são vistos como uma ameaça aos valores e interesses sociais. Em decorrência da construção desse pânico moral, segundo Machado (2004)," resulta uma imagem demonizada do grupo desviante, que o retrata como atípico e anormal, em contraste com uma imagem idealizada e hiper-normativa do pano de fundo social" (p. 62).

Diante do que foi visto e analisado no que tangem às questões do processo de trabalho no território, é possível afirmar que o ACS está numa condição de dupla vulnerabilidade, como afirmam Melo et al. (2016). A atuação no território coloca diante do ACS, a possibilidade de contato com o crime e o tráfico quando se trata de regiões de maior vulnerabilidade social e, como consequência o põe também diante da violência decorrente desta proximidade. Num segundo ponto de vista, a atuação diante do narcotráfico é vivenciada pelos ACS como uma situação de desgaste, visto que percebem não contribuir suficientemente para encaminhar soluções. Este fato gera sofrimento e angustia, principalmente pelo desconhecimento da complexidade da questão das drogas pelos gestores do sistema que infelizmente apenas apontam soluções reducionistas, reconhecidamente ineficientes, tais como o recurso à internação compulsória generalizada para dependentes de crack, por exemplo.

O poder paralelo representado pelo narcotráfico apresenta-se como uma ameaça ao trabalho de territorialização do ACS quando este vê-se "impedido" de ir à área. Fica comprovada uma situação de maior aproximação do Estado com uma chamada 'bioética de proteção'. Assim como pensam Loch e Gauer (2010), é possível afirmar que, diante de conflitos dessa natureza, cabe citar novamente a necessidade de refletir sobre a criação de Comitês de Ética considerando-os como um espaço interdisciplinar de discussão sobre as questões éticas, com algumas funções, dentre elas avaliar e contribuir com as políticas institucionais por intermédio da elaboração de normas, rotinas e diretrizes que visem à proteção das pessoas, sejam elas pacientes, profissionais de saúde ou mesmo membros da comunidade.

### **3. 3. O limite na relação entre o profissional e o usuário**

Em geral os ACS residem nas áreas onde trabalham e assim vivenciam o cotidiano da comunidade, em seus aspectos positivos ou negativos. (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006). Porquanto pesa sobre o profissional ACS a tarefa de trabalhar com diferentes dimensões, tais como a acessibilidade dos usuários ao serviço,

reorientação de um novo modelo de atenção, até as questões de exclusão e cidadania, os dilemas fazem parte de suas práxis (SILVA; DALMASO, 2002). O trabalho no território representa implicações, uma vez que se deve ultrapassar os muros das unidades de saúde e adentrar no ambiente particular onde as pessoas vivem, se relacionam e trabalham

O ACS enfrenta situações no seu ambiente de trabalho que podem desencadear desconfortos devido a sua proximidade com a comunidade, constituindo-se no profissional da equipe de saúde na UBSF que é referência para as famílias. Simultaneamente, morador da área e trabalhador institucional, torna-se fonte de informação sobre o processo de organização dos serviços de saúde, porém, enfrenta dificuldades de impor limites à população adstrita. Comumente, é procurado independentemente do seu horário de trabalho, o que lhes gera incômodo, ansiedade e angústia, apesar do reconhecimento do seu papel social. Nos discursos apresentados, os ACS apresentam essa dificuldade em impor limites. No entanto, demonstram prazer em poder ajudar mesmo quando não estão em seu horário de trabalho.

Eu não posso ser Agente Comunitário e fazer com que aquela comunidade entenda que naquele dia não estou trabalhando, né? Eu tenho que fazer com que ela entenda, que eu sou aquele Agente Comunitário, que ela abriu a porta para mim e que vai estar sempre aberta para mim e se eu fecho a porta para ela, fica complicado, né? Eu sempre, agi dessa maneira, nunca tive problema...”(IVANA)

A gente é ACS o tempo todo. ((risos)). Até final de semana e feriado. Não tem jeito, porque tudo corre na casa do Agente para falar. Tudo, sabe? Parece que a gente é médica. Quando vê o Agente, alguém desmaiou, que vê o Agente: “Ah, graças a Deus a salvação da nossa vida. (SOFIA)

Nas falas da maioria dos ACS evidencia-se que estes ACS não conseguem impor limites na relação ACS x usuário. Este último compreende o ACS, que também é seu vizinho e tem sua vida privada, como um profissional em tempo integral. Não existe hora, dia nem lugar para acessar seu “vizinho” ACS. Em geral, os ACS não demonstram descontentamento ou irritação com essas constantes solicitações e essa falta de distinção entre o indivíduo profissional e o indivíduo vizinho, morador do território.

Como não moro na micro área, aí fica mais fácil, antigamente eu morava, e até cartão na minha casa já foram lá buscar. Depois que me casei, fui embora. Mas assim, tem “zap”, tem telefone que eles sabem, que até de férias eles me ligam pra saber alguma coisa daqui, mas eu

não vou mentir, eu não me incomodo assim, porque eles abrem a porta com tanta satisfação para mim, como é que eu vou lhes dizer, não sei?  
(VITÓRIA)

Considerando tanto os depoimentos dos ACS, no momento das entrevistas, quanto nos momentos observados durante o acompanhamento de suas atividades junto à comunidade, foi possível compreender a percepção deles em relação ao exercício de sua função em uma comunidade onde eles também são moradores.

Silva e Dalmaso (2002) afirmam que o trabalho do ACS ao longo do tempo se caracterizou pelo cuidado com a comunidade. Essa é uma característica que define o trabalho desse profissional como de caráter assistencial o que se diferencia e se distancia da promoção à saúde e que proporciona acontecimentos como os discorridos nas falas de “Brisa” e “Vanessa”.

Então, eu nunca consegui fazer essa separação. Agora, sou Agente Comunitário, eu não vou conseguir. É muito difícil. Eu não sei se alguém consegue, né? Mas para mim... Eu acho que para mim, é impossível, até porque, se eu passar o final de semana e ver criança descalça, eu falo, entendeu? Se eu ver alguma coisa, o nariz escorrendo, vá lá Segunda-feira. Então, assim, seja a hora que eu passar, que eu ver, eu faço comentário. E as pessoas: “Tá Vanessa, tá!” ((risos)). Então, eu não sei se eu conseguiria jamais fazer isso.  
(VANESSA)

Meu marido ficava superchateado, “Você tem que entender, que é o seu horário de lazer. Você trabalha, as pessoas te abordam, você...” E digo: - mas infelizmente é o meu trabalho, eles não querem entender que é Sábado, que é Domingo, que é feriado, que é o meu lazer. Eu para eles, eu sou o ano todo agente comunitário, independente de eu estar de férias de não estar. (BRISA)

Jardim e Lancman (2009) discutem nessa perspectiva de o agente comunitário de saúde ser também morador do local onde trabalha, e afirmam que esses profissionais sofrem consequências decorrentes dessa condição. Por vezes, são consequências positivas como na maioria das falas. No entanto existem também consequências negativas, como visto na fala de Maria.

Ah, tenho muita dificuldade. Tenho tanta, que todo dia eu fico repensando, dizendo que isso vai parar, mas eu não consigo ((fala nervosamente)) e ainda ajo parecendo que eu sou empregada subserviente ao outro. E é isso que incomoda, em mim. Não é no outro, porque quem chega, não chega para pedir. ((fala nervosamente)). Chega para exigir. Às vezes, batem à minha porta que eu tomo um sobressalto. Eu pergunto o que foi? “Ah, porque eu estou assim, você veja o que você...” Eu não sou médico. (MARIA)



Nunes *et al* (2002) acerca-se sobre o processo de trabalho do ACS e sua abordagem no território onde trabalha e mora:

A entrada no mundo familiar traz inevitavelmente consigo a intimidade das pessoas, o seu mundo privado, e, com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos. O fato de ser o ACS um membro da própria comunidade, torna as fronteiras entre ele e os outros habitantes muito mais porosas, criando expectativas e julgamentos específicos e definindo posições e papéis muito particulares. [...]. Pode-se pensar que esse modelo relacional condiciona, então, a excessiva valorização dos aspectos afetivos da relação desenvolvida pelos ACS com os moradores, bem como a ênfase que é colocada pelos usuários do PSF em conteúdos ligados à vida pessoal dos agentes, chegando por vezes ao extremo de exercerem um controle social sobre as suas vidas privadas. (p.1644)

O espaço de trabalho do ACS é público e ao mesmo tempo privado, pois se confunde com o espaço do viver e conviver, que deveria ser privado, mas que, nesse caso, também se torna público. (ANDRADE JARDIM; LANCMAN, 2009 )

Conforme os relatos dos ACS evidenciou-se que, existe esta dificuldade de dividir o espaço público do privado, pois ao terem acesso à intimidade dos usuários e famílias, que são também seus vizinhos, se expõem em sua vida particular. Essa exposição não somente de sua vida particular, como também de sua família, residência, hábitos cotidianos e intimidade. Para Arendt (2005) a esfera pública refere-se ao mundo comum, a algo ou aquilo que pode ser visto em seus mais variados aspectos e perspectivas, e onde nada pode ser ocultado. Desse modo, o aspecto negativo do que é público é ter privada a sua liberdade, comprometendo as relações público-privadas e a liberdade desses trabalhadores ACS. Embora, isso nem sempre tenha um aspecto negativo. Evidenciou-se nas falas dos ACS esta condição de morar e trabalhar na comunidade como fonte de prazer e reconhecimento da população, pois confere aos agentes status junto à comunidade em que vivem daqueles que são elos no tocante ao acesso ao médico que cuida e salva vidas.

Para Silva (2008), a dinâmica de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde é complexa e cheia de particularidades, a exemplo de vivenciar a realidade do bairro onde residem e trabalham. Na maioria das vezes as pessoas do seu convívio social são as mesmas a quem dirige suas ações de cuidado e, desse modo, este trabalhador experimenta no seu cotidiano ações permeadas por um conjunto de sentimentos que oscilam entre a onipotência e a frustração (BACHILLI,2008). Em assim sendo, estes

ACS podem identificar em si mesmos sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho. O trabalhar e o viver na comunidade, considerando os conflitos e dilemas éticos advindos de tal situação e a linha tênue entre a distinção daquilo que vem a ser informação de domínio público e privado, bem como a forma como o trabalho está organizado e a forma como esse trabalhador ACS está capacitado para enfrentamento desses conflitos e dilemas éticos, podem fazer do seu trabalho uma fonte de sofrimento psíquico, podendo esse sofrimento se tornar patogênico para a mente e para o corpo.

A porosidade e a exposição excessiva entre trabalhadores e usuários, também ocorrem em outros tipos de trabalho e atividades. Todavia, na rotina do trabalho do profissional ACS são mais evidentes pelo fato de morar e trabalhar na mesma comunidade.

Em um estudo realizado por Lopes et al (2012), os ACS afirmavam que sofriam diante de situações como: miséria, prostituição, uso de drogas, violência intrafamiliar, enfermidades e morte. O que é perceptível nas falas de Ivone e Nega, pois ambas vivenciaram situações que despertaram sentimentos de frustração, ansiedade e que repercutiram inclusive em afastamentos do trabalho, conforme relatos abaixo:

É, eu me afastei (entrou de licença médica) justamente porque, por essa paixão que eu tenho, então eu estava trazendo os problemas da comunidade... para mim. ((chorosa)) E ainda, não conseguia mais fazer muita coisa, e independente disso, a gente toma o rumo em muitas coisas diferentes, né? E também tem momento que você tem que se cuidar mais, para que você cuide de alguém... Eu tenho ansiedade.... **(IVONE)**

Como usuário na área eu me envolvo, nesse sentido, eu me envolvo. Eu sofro junto com o morador. Tem hora que eu chego em casa meu marido faz assim e é o que? Foi resolver o problema de quem está lá fora e que chega assim estressada em casa? Eu me envolvo, eu me envolvo um pouquinho. Eu era até de ousar viu (rss) tem hora que eu digo assim Jeová me ajude que eu saiba separar, mas a dor daquela pessoa se torna a minha em certo sentido de eu não poder fazer, eu não poder ajudar. **(NEGA)**

Em outros discursos bem como na observação participante, foi possível perceber as manobras que os ACS utilizam para resguardar o sigilo em relação a doenças com pessoas da comunidade e estratégia para lidar com conflitos entre vizinhos e moradores de uma mesma comunidade:

Todo esse cuidado, a gente tem que ter. Porque uma família tem conflito com o vizinho, você não pode ter contato com essa outra casa, porque acham que você está levando. Você tem que ter tanto cuidado, porque você está entrando na casa de alguém. Porque uma atitude errada que você tenha, um deslize, isso pode bloquear sua entrada naquela família. (VANESSA)

Eu tinha uma paciente que ela ficou doente, aí perdeu muito peso do nada.. E aí, os pacientes começaram a perguntar: -Por que que fulana está emagrecendo desse jeito? Ela está muito magra. Será que ela está de AIDS? Será que ela está tuberculosa? Aí, eu fiz a pergunta para quem me perguntou: Você gostaria que eu lhe abordasse e soubesse todos os seus problemas de saúde e saísse falando sobre você o para as pessoas que me perguntassem: o que é que fulana tem. Claro que não! Então, por que você acha que eu poderia lhe falar o que ela tem? Ela está bem doente. Isso é notório, mas só que não cabe a mim, falar. Entendeu? (BRISA)

E tem casos que o pessoal pede mesmo: - cuidado com o meu vizinho, não quero que ele fique sabendo de nada não. Eu digo: -fique tranquila, porque eu sou profissional, estou aqui fazendo o meu trabalho e o que eu fizer aqui, ninguém da área ira saber... eu visito várias casas que as pessoas ficam com medo sabia? Tem vizinhos que têm aquele desentendimento um com o outro: “Ah, mas você vai sair daqui, de repente você pode abrir a boca e contar alguma coisa lá. ” Jamais eu faria isso. Aí, eu tento ajudar eles entenderem, mas muitos ficam preocupados ... (BELA)

Para Jardim e Lacman (2009) o ACS ao se relacionar com a comunidade, refere entrar em contato com grande diversidade de situações. De ordem financeira, social, emocional.... Faz-se necessário criar estratégias para realizar o seu trabalho e, ao mesmo tempo, garantir a sobrevivência física e emocional necessária para encarar situações onde a pobreza e a violência são prevalentes. Neste mesmo estudo, os ACS descrevem que absorvem muito dos problemas dos pacientes e precisam manter sigilo acerca da maioria destes.

Ao final afirmam categoricamente que ficam doentes trabalhando com um povo doente. É possível inferir que para os ACS, o vínculo criado com a comunidade, muitas vezes, acaba gerando sofrimento. A ação do ACS está envolta de implicação pessoal e interpessoal, o que pode trazer conflitos e desgastes emocionais (ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012). A fala de “Nega” traz essa carga de maneira intensa:

Tinha uma família que foi embora para Feira de Santana. Eles eram religiosos, mas esse homem batia tanto nessa mulher. Ela esperava ele sair, aí quando ela me contou a primeira vez o que é que eu fiz? Eu só ia visitar ela e a família dela a partir das 10: 00hs que ele já tinha saído para trabalhar. Ele era um pastor da igreja. Eu disse certa vez que

carinha é essa? Aí ela disse – olhe para minha mão. Ele me mordeu que tirou o pedaço e eu não posso nem contar para família dele e nem posso contar na igreja porque ninguém acredita porque ele é pastor. E a gente conversava muito. Então aquilo me doía, mas eu não podia participar para outras pessoas porque ela me dizia se ele souber que eu lhe contei isso ele me mata. Os filhos quando me via me abraçava. Ninguém entrava na casa deles além de mim. Então eu não podia dar um vacilo para prejudicar essa mulher mais do que ela já era prejudicada. (NEGA)

Estudos como o de Silva e Menezes (2008) ratificam que o dia a dia de trabalho do Agente Comunitário de Saúde está cercado por situações bastante complexas, como dinâmicas familiares de difícil intervenção, como a citada por “Nega”, além de situações de violência e tráfico de drogas, com a inexistência de uma rede social que dê apoio e de equipes multidisciplinares que respondam, adequadamente, à demanda emocional trazida por esse ACS, o que pode contribuir para o esgotamento do profissional.

São comuns sentimentos de frustração e impotência, sobretudo quando o ACS desenvolve com estas famílias laços de afetividade (LOPES et al., 2012). O envolvimento afetivo pode fazer com que a dor do outro seja também a dor do ACS como afirma categoricamente “Nega” “-isso dói”, esta situação resulta em envolvimento tão grande que o trabalhador acaba sofrendo ou adoecendo.

A discussão sobre absenteísmo é bastante explorada na literatura. No entanto, atualmente, um novo termo tem sido objeto de estudo e análise entre pesquisadores da área do trabalho: o presenteísmo, que é definido como a permanência do trabalhador em seu local de trabalho, mas que não consegue exercer suas atividades laborais devido a problemas físicos e/ou mentais (HEMP, 2004; JOHNS, 2010). Absenteísmo e presenteísmo não são temas excludentes. Na verdade, eles se completam, na medida em que no presenteísmo o trabalhador está presente no local de trabalho, mas não consegue obter um bom rendimento. No absenteísmo, o trabalhador está ausente por motivos diversos desde atrasos e faltas, ou qualquer outro motivo interveniente. Em ambos os casos há impacto direto na produtividade. A falta de limites em separar o agente de saúde do morador da comunidade e vizinho é algo frequente em todas as narrativas e também se expressa como um fator que traz desconforto e adoecimento para estes trabalhadores como também ficou evidenciado nas falas.

Lunardelo (2004) afirma que existem vários estudos que retratam e confirmam sintomas de estresse nos trabalhadores da área da saúde, com um contingente acentuado

de ACS entre os indivíduos estudados. Não é resultado somente da presença de um “fator estressor”, mas também da falta de habilidades para o enfrentamento de situações novas ou adversas, como a violência, as desigualdades, os confrontos e as impotências cotidianas em que os agentes se vêem imersos diante das várias situações que vivenciam como parte dos objetivos do seu trabalho.

Desse modo, ratifica-se que o cotidiano de trabalho do ACS é cercado de situações de difícil intervenção, o que corrobora sobremaneira para o esgotamento físico e mental desta categoria profissional.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realidade de trabalho estudada demonstrou fortaleceu a hipótese que o processo de trabalho, considerando seus aspectos éticos, favorece situações de sofrimento e adoecimento aos ACS.

Com base na análise dos dados evidenciou-se que o morar e trabalhar no mesmo local, repercute em situações geradoras de problemas, inclusive sob o ponto de vista ético, e proporcionam sofrimento, tais como a perda da privacidade e a exposição à violência e ao medo. A convivência com os problemas sociais da comunidade e o envolvimento com estes, também foram apontados como situações que causam sofrimento aos Agentes Comunitários de Saúde.

Reitera-se a necessidade de adoção de medidas de promoção à saúde destes profissionais, visando à minimização e a redução do sofrimento advindo dessas condições subjetivas de trabalho. Compreender o processo de trabalho e seus aspectos éticos como importante fator interveniente na saúde, é condição essencial para que, a partir da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, onde estão previstas ações, os gestores locais desenvolvam atitudes junto aos trabalhadores de saúde, no sentido de minimizaremos efeitos indesejáveis na vida/saúde dos mesmos.

Com base nos resultados apresentados ficou evidenciado que ainda há muito para se investigar neste campo, ficando aberta uma linha de pesquisa a ser continuada por estudos posteriores.

#### **5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- AQUINO R, MEDINA MG, VILASBÔAS ALQ, BARRETO ML. Programa de Saúde da Família: análise de sua implantação no Brasil. In: Silva LR, organizador. **Diagnóstico em pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 1031-1040.
- Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa MF. A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim J, Almeida-Filho N, organizadores. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Editora Med Books; 2013. p. 353-371.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARRETO MMS. **Violência, saúde, trabalho**: uma jornada de humilhações. São Paulo: Educ; 2003.
- BINDA, Josiana, BIANCO Mônica de Fatima, SOUSA, EloísioMoulinde. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência**: uma análise com foco na atividade. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.2, p.389-402, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.
- BRASIL, Ministério do trabalho e emprego (2011) Dec 7.602/2011 (decreto do executivo) 07/11/2011 dispõe sobre a política nacional de segurança e saúde no trabalho - pnsst. dou de 08/11/2011, p. 9 disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm). Acessado em 10 de dezembro de 2018.
- BRASIL, Ministério do trabalho e emprego , Ministério da saúde, Ministério da Previdência social. **Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho**. Brasília/DF, Abril de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria da Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção básica. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>. Acessado em 20/12/2018.
- BORNSTEIN VJ, STOTZ EN. Concepts involved in 2. the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. **Cienc Saúde Colet**. 2008;13(1):259-68.
- CAMARGO, Marcolino. **Fundamentos de ética geral e profissional**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- CHAPPELL D, DI MARTINO V. **La violence au travail**. Genève: Bureau International du Travail; 2000.
- COHEN, S. **Folk Devils and Moral Panics: The Creation of the Mods and the Rockers**. Oxford: Basil Blackwell. 1987
- CROCHÍK, J. L. (2006). **Preconceito, indivíduo e cultura** (3a ed). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- DEBOUT M, LAROSE C. **Violences au travail**: agressions, harcèlements, plans sociaux. Paris: Les Editions Ouvrières; 2003.
- FERNANDES, Luís. “O que a droga faz à norma”. In: toxicodependências, vol 15. Nº1, IDT, IP, Lisboa pp.3-18.
- FORTES, Paulo Antônio de C. SPINETTI Simone Ribeiro. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1328-1333, set-out, 2004.
- FRANCO MLPB. **O que é análise de conteúdo**. São Paulo: PUC; 1986
- GASPERI P, RADUNZ V. Cuidar de si: essencial para enfermeiros. **Reme Rev Min Enferm**. 2006 10(1):82
- GOLDIM JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. **Revista da AMRIGS**. 2009 jan-mar 2009;53(1):58-63.

- GUEDES MN. **Terror psicológico no trabalho**. São Paulo: LTr; 2003
- HELOANI, R. **Assédio moral**: a dignidade violada. Aletheia, 2005. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1150/115013470010.pdf> > acessado em: 26 de dezembro de 2018.
- HEMP,P. Presenteeism: at work-but out of it. **Havard BusinessReview** v.82, p-49-58,2004.
- JACOMINO, D. Você é um Profissional Ético? **VOCÊ S/A**. São Paulo; 2000.
- JARDIM, T. de A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface – Comunic.,Saude, Educ.**2009; 13(28): 123-35
- JOHNS, G. **Presenteeism in the workplace**: a reviewand research agenda. *Jornal of Organizational Behavior*, v.31, p. 519-542, 2010.
- KLUTHCOVSKY; A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira Médica Famacêutica e Comunitária**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 23-29, abr./jun. 2006.
- LANCMAN,Selma; GHIRARDI Garcez Maria Isabel; CASTRO Dias de Eliane; TUACEK, Tatiana Amodeo. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**2009;43(4):682-8
- LEYMANN, H. Mobbing and psychological terror at work places. **Violence and victims**, v. 5, n. 2, p. 119- 126, 1990.
- LIMA, Jacob Carlos; MOURA, Maria Carmo. Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-133, jan.-abr. 2005.
- LOCH JA, GAUER GJC. Comitês de bioética: importante instância de reflexão ética no contexto da assistência à saúde. **Rev AMRIGS**. 2010 Jan-Mar;54(1):100-4.
- LOPES, Denise M. Q. et al. Agentes comunitários de saúde e as vivências de prazer: sofrimento no trabalho – estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 633-640, 2012.
- LUNARDELO SR.**O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto** [tese]. São Paulo: Ribeirão Preto; 2004. [acessado2018 Nov 12]. Disponível em: <http://www.teses.ensp.br/>
- MACHADO, C. (2004) Pânico moral: para uma revisão do conceito. **Interacções**, 4(7), 60-80. Recuperado em 21 de fevereiro de 2014, de [www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/download/125/129](http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/download/125/129) Ministério da Saúde (2003). A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília, DF:
- MELO, B.C de A., ASSUNÇÃO, J.I.V., DALLA VECCHIA, M. Percepções do Cuidado aos Usuários de Drogas por Agentes Comunitários de Saúde\* **Community Health careAgent’sPerceptionsAbouttheCareofDrugUsers. Psicologia em Pesquisa | UFJF | 10(2) | 57-66 | Julho-Dezembro de 2016**
- NASCIMENTO, Guilherme de Moraes, DAVID Helena Maria Scherlowski Leal. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):550-6.

- NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B. da; RAMOS, Z. do. V. O. **A vinculação institucional de trabalhador sui generis** – o agente comunitário de saúde. Texto para discussão n. 735. Rio de Janeiro, 2000.
- NUNES, M. de O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. de A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. de C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, 2002, v. 18, n. 6, p. 1639-1646.
- REIS, Adriana. Entrevista com José Roberto Heloani: assédio moral: a violência invisível In **:Psicologia Brasil**, ano 4 , n 33, agosto/2006 . p 7-11.
- ROSA, Alcindo J.; BONFANTI, Ana L.; CARVALHO, Cintia S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 141-152, 2012.
- SILVA, Joana A., DALMASO Ana Silvia W.O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 6, núm. 10, fevereiro, 2002, pp. 75-83 Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho São Paulo, Brasil.
- SILVA ATC, MENEZES PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em Agentes Comunitários de Saúde. **Rev Saúde Pública**. 2008;42(5):921-9.
- VALADÃO PAS, LINS L, CARVALHO. F. Problemas bioéticos no cotidiano do trabalho de profissionais de equipes de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 725-744, set./dez. 2017
- VIDAL, Selma V. et al. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 2,p. 347-357, 2014b.
- WYNNE R, CLARKIN N, COX T, GRIFFITHS A. Guidan ceon the prevention of violence at work.Bruxelles, Commission européenne, 1997. In: Happell D, Di Martino V. **La violence au travail**. Genève: Bureau international Du travail; 2000. p.15.
- ZOBOLLI, E.L.C.P, FORTES, P. A. de C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6

#### 4. CONCLUSÃO

Esta pesquisa tratou-se de um estudo empírico, qualitativo, de ética descritiva de cunho não normativo, utilizando o referencial da análise de conteúdo proposta por Bardin e, deste modo proporcionando a identificação e análise dos problemas e dilemas éticos que emergem no processo de trabalho do profissional ACS.

Ao longo da elaboração deste estudo, foi possível perceber a complexidade dos dilemas éticos enfrentados pelos ACS em seu campo de atuação. O acúmulo de situações de conflitos e dilemas de ordem ética configura-se como um quadro preocupante para a atuação destes trabalhadores.

Na minha vivência no campo, foi possível perceber a linha tênue que separa o público e o privado, parafraseando Da Matta (1997b) entre a “casa e a rua” Morar e trabalhar no mesmo território acarreta situações de conflitos que mesclam



concomitantemente a condição de trabalhador e morador deste profissional ACS. Situação explorada em todos os artigos elaborados, inclusive no de revisão integrativa.

A análise dos dados advindos das entrevistas e observações em campo permitiu vislumbrar que a perspectiva da bioética principialista, não é suficiente para lidar com os dilemas que permeiam a *práxis* desta categoria profissional. O ACS carrega consigo a representatividade da comunidade e do Estado ao mesmo tempo, permitindo explorar os conflitos entre princípios basilares da teoria principialista, trazendo a necessidade de abordar uma bioética de proteção, condição que foi prevista na introdução do artigo 2.

Merece destaque o enfoque da ética e bioética na formulação e equacionamento dos problemas éticos. Expondo a necessidade de fomentar espaços de discussão de casos e situações conflituosas, para além do que se é passado sobre ética, muito superficialmente, durante a formação destes profissionais, quando passado.

O comportamento ético destes profissionais se pauta muito no senso comum, embora tenha ficado claro nos resultados a necessidade de trazer a subjetividade, a vivência destes ACS para a resolução das situações de conflitos apresentadas. Muitos ACS, às custas de manter sua integridade física e mental, lançam mão de estratégias muito particulares e por vezes solitárias. Calam e omitem situações de violência que ocorrem no âmbito das famílias assistidas, como uma forma de garantir sua autopreservação e sua prática de atenção às famílias em seu território de atuação, através da visita domiciliar.

Identifiquei ainda que a compreensão do processo de trabalho e seus aspectos éticos possibilitaram a identificação de repercussões à saúde física e mental dos ACS. Dessa forma, é possível afirmar que doenças orgânicas de fundo psicossomático, síndrome de bournout, bem como sintomas psíquicos como ansiedade, depressão e transtornos de pânico estão associados com este processo de trabalho vivenciado por estes profissionais ACS.

Diante do exposto, podemos inferir que os dilemas e problemas éticos enfrentados pelos ACS interferem sobremaneira em seu desempenho nas suas atividades laborais, pela falta de suporte técnico e assistencial para lidar com eles.

Os resultados também apontam para a responsabilidade ética do gestor em saúde, ora capacitando os profissionais para uma abordagem bioética dos conflitos existentes em seu cotidiano de trabalho, ora dando suporte técnico e assistencial por meio de redes de apoio e formação de comitês de ética. A habilidade para tomar decisões frente aos problemas éticos que emergem das situações cotidianas é essencial

para uma assistência humanizada. Ao mesmo tempo, é necessário garantir o acolhimento dos profissionais adoecidos em consequência da sobrecarga de trabalho, física e emocional, contida no processo de trabalho dos profissionais ACS.

Em face do que foi dito e diante da magnitude da repercussão desses dilemas éticos para a atuação do trabalhador agente comunitário de saúde, acreditamos que deva haver intervenções com abordagem e acompanhamento interdisciplinar, que favoreçam a atuação destes profissionais em sua área de abrangência numa abordagem crítica de uma bioética principialista, com garantia de um espaço de discussão acerca dessa temática com os possíveis conflitos advindos dela, permitindo a correta tomada de decisão ética por parte dos profissionais.

A invisibilidade ou pouca importância dada aos problemas éticos vividos na atenção primária à saúde ficou bastante evidente nos três artigos, tanto no teórico, quanto nos empíricos. Esta constatação pode ser reconhecida enquanto risco à atenção à saúde prestada nas unidades básicas, resultando no rompimento do vínculo entre comunidade e unidade de saúde que se constitui em um elemento essencial dentro da estratégia de saúde da família. Pois como afirma Zobolli (2003), este risco pode implicar-se inadequadamente manejado, em consequências desastrosas para os usuários individualmente, para as famílias, para as relações destes com a equipe de saúde e para a comunidade adscrita.

Nesta perspectiva, sugiro o aprofundamento nas questões apresentadas, ora pelo incremento nos estudos ulteriores, quanto no desenvolvimento de iniciativas dos gestores locais no sentido de criar instrumentos tais quais comitês de ética, que planejem formulem e executem estratégias de ação que permitam uma atenção à saúde das comunidades de forma humanizada e com qualidade, prevenindo também o adoecimento e promovendo saúde e qualidade de vida para os agentes comunitários de saúde.

Com base nos resultados apresentados, é possível afirmar que os objetivos e a finalidade propostos foram atingidos. Indubitavelmente, constatou-se a necessidade do aprimoramento de estudos desta natureza, ficando aberta uma linha de pesquisa a ser continuada por futuros estudos.

## 5. REFERÊNCIAS GERAIS

AYRES JRCM. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. **Bol Epidemiol** 1997; 15(3):2-4.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. **Principles of biomedical ethics**. 5ªed. New York: Oxford University Press; 2001.

BONDA, Josiana, BIANCO Mônica de Fatima, SOUSA, EloísioMoulin de. O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.2, p.389-402, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

BRASIL, **Portaria648/GM de 28 de março de 2006**.Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).Brasilia, DF, 2006.

BRASIL. **Portaria GM/2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria da Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção básica. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>. Acessado em 20/12/2018.

BRASIL. **Portaria GM/ N° 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).D.O.U de 22/09/2017 p. 1.disponível em:

[esquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017](http://esquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017).

Acessado em 10/11/2017.

DAMATTA, R.A **casa e a rua**: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5 ed. Rio de Janeiro, Rocco, 1997b.

FORTES, Paulo Antônio de C. SPINETTI Simone Ribeiro. O agente comunitário de saúde e privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1328-1333, set-out, 2004.

GARBIN AJI, GARBIN CAS, MOIMAZ SAS, DINIZ DG. Ética e atuação profissional: percepção de Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde, Ética & Justiça**.2011;00(2):65-71.

Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Bioética**, 2005a; 13(1): 125-134.

KLUTHCOVSKY; A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira Médica Farmacêutica e Comunitária**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 23-29, abr./jun. 2006.

MABTUM, MM., MARCHETTO, PB. Concepções teóricas sobre bioética, biodireito e dignidade humana. In: **O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 17-5

MONTEIRO, M. A. G. S.; PREVITALI, F. S. A política de formação profissional dos agentes comunitários de saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos. **Revista Labor**, Fortaleza, v. 1, n. 5, p. 141-163, 2011.

REGO, S.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 482-491, 2008.

RICOEUR, Paul. **Ética e Moral**. Universidade da Beira Interior Covilha, 2011. P. 21

SILVA, Joana A., Dalmaso Ana Silvia W.O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 6, núm. 10, febrero, 2002, pp. 75-83 Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho São Paulo, Brasil.

VIDAL, Selma Vaz, Motta Luís Cláudio de S. SIQUEIRA-BATISTA, R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.1, p.129-140, 2015.

ZOBOLI, Elma L. C. P. **Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família**. 2003. 253f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

## APÊNDICE A

### Tabela 1

#### Análise da qualidade dos estudos segundo ([CASP], 2013) (UNIT, 2006)

##### 1. Houve uma declaração clara dos objetivos da pesquisa?

[1] [2] [3] [4]

a) Qual o objetivo da pesquisa?

**XXXX**

b) Por que é importante?

**XXXX**

c) É relevante?

**XXXX**

##### 2. É um método qualitativo apropriado?

a) Se a pesquisa procura interpretar ou iluminar as ações e/ou as experiências

**XXXX**

subjetivas dos participantes da pesquisa

**X XXX**

##### 3. O desenho da pesquisa é apropriada para enquadrar os objetivos da pesquisa?

a) O pesquisador justificou o desenho da pesquisa (ex; ele discutiu como ele decidiu

por qual método utilizar?)

**X XXX**

##### 4. A estratégia de recrutamento é apropriada para o encaminhamento da pesquisa?

a) O pesquisador explicou como os participantes foram selecionados?

**XXX**

b) Eles explicaram porque os participantes selecionados seriam os mais apropriados

para dar acesso ao tipo de conhecimento procurado pelo estudo?

c) Se há alguma discussão acerca do recrutamento (ex: porque algumas pessoas

optaram por não fazer parte?)

##### 5. Os dados coletados são uma forma de encaminhamento para a questão da pesquisa?

a) Se o cenário da coleta de dados foi justificado

**XXXX**

b) Se esta claro como os dados formam coletados (ex: grupos focais, entrevista semiestruturada...).**XXXX**

c) Se o pesquisador justificou a escolha dos métodos

**XXXX**

d) Se o pesquisador fez o detalhamento dos métodos (ex: sobre o método da entrevista, há alguma indicação de como as entrevistas foram conduzidas, ou eles usaram um roteiro?)

**X X**

e) Se os métodos foram modificados durante a pesquisa. Se sim, o pesquisador explicou como e porquê?

**Não houveram alterações**

f) Se a forma dos dados esta clara (ex: gravação de áudio, material filmado, notas, etc).

**X XX**

g) Se o pesquisador discutiu a saturação de dados

**XXXX**

## **6. A relação do pesquisador com os participantes foi adequadamente considerada?**

a1) Se o pesquisador examinou criticamente o seu próprio papel, viés e influencia durante: A formulação das questões de estudo.

a2) Se o pesquisador examinou criticamente o seu próprio papel, viés e influencia durante: Coleta de dados, seleção da amostra e escolha do local.

b) Como o pesquisador responde a eventos durante o estudo e se considerou as

implicações de quaisquer alterações no projeto de pesquisa

**X XXX**

## **7. Objetivos éticos foram considerados?**

a) Se tem dados suficientes da maneira como a pesquisa foi explicada aos participantes e leitores em relação a manutenção dos padrões éticos

**X X**

b) Se o pesquisador discutiu as questões levantadas pelo estudo (ex: questões sobre informação do termo de consentimento e confidencialidade ou como ele lidou com os efeitos do estudo sobre os participantes durante e depois do estudo)

**X**

c) Se há aprovação do comitê de ética

**XXX**

**8. A análise de dados foi suficientemente rigorosa?**

a) Se há uma profunda descrição do processo de análise

**XXXX**

b) Se a análise temática é usada. Se sim, ficou claro como as categorias/temas foram

derivadas dos dados?

**XXXX**

c) Se o pesquisador explicou como a apresentação dos dados foi selecionada da

amostra original para demonstrar o processo de análise

**X X**

d) Se dados foram suficientemente apresentados para dar suporte aos achados

**XX**

e) Até que ponto os dados contraditórios são levados em conta

f) Se o pesquisador examinou criticamente o seu próprio papel, potenciais vieses e **X**

influência durante a análise e seleção de dados apresentados.

**9. Há uma clara demonstração de resultados?**

a) Se os achados estão explícitos **XXXX**

b) Se há uma adequada discussão das evidências favoráveis ou contrárias aos argumentos do pesquisador

**X XXX**

c) Se o pesquisador discutiu a credibilidade dos achados (ex: triangulação, validação

interna, mais de um analisador)

d) Se os achados foram discutidos em relação à questão original da pesquisa

**XXXX**

**10. Qual a validade desse estudo?**

a) Se o pesquisador discute a contribuição do estudo para o conhecimento e entendimento existentes (ex: eles consideraram os achados em relação a prática e

política correntes, ou a pesquisa de base literária relevante).

**X XX**

b) Se eles identificam novas áreas em que a pesquisa é necessária

**XXXX**

c) Se os pesquisadores discutiram se e como os dados podem ser transferidos para outra população considerando que outras formas de pesquisa podem ser utilizadas

**Caixa: 1. artigo 1 Siqueira-Batista et al, 2015; 2.artigo 2 Zobolli e Fortes, 2004; 3artigo 3 Valadão et al,2017.; 4.artigo 4-Junges et al, 2012;**



## APÊNDICE B

**QUADRO 1: Análise da qualidade dos estudos segundo *Critical Interpretative Synthesis*– CIS**

Questões de triagem	artigo 1 Siqueira-Batista et al	artigo 2 Zobolli e Fortes	artigo 3 Lins et al	artigo 4-Junges et al
1. As metas e os objetivos foram claramente indicados na pesquisa?	X	X	X	X
2. O projeto de pesquisa está claramente especificado e apropriado para os fins e objetivos da pesquisa?	X	X	X	X
3. Os pesquisadores forneceram um relato claro do processo e através do qual podemos reproduzir suas conclusões?	X	X	X	X

4. Os pesquisadores exibiram dados suficientes para apoiar suas interpretações e conclusões?	X	X	X	X
5. O método de análise foi apropriado e devidamente explicado?	X	X	X	X
<b>Escore</b>	5	5	5	5

Os trabalhos foram classificados com "5" pois todas as perguntas foram respondidas adequadamente.

## APÊNDICE C

### Tabela 2

**Avaliação do rigor metodológico segundo o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)* (TONG et al., 2007)**

[1] [2] [3] [4]

#### **Domínio 1: equipe de pesquisa & reflexividade**

- |   |   |    |   |      |
|---|---|----|---|------|
| 1. Entrevistador / facilitador                        | X | XX |   |      |
| 2. Credenciais  |   |    | X |      |
| 3. Ocupação   |   |    |   | X    |
| 4. Gênero   |   |    |   | XXXX |
| 5. Experiência / Treinamento                          |   |    |   |      |
| 6. Relacionamento com os participantes                |   |    | X |      |
| 7. Conhecimento dos participantes sobre a intervenção |   |    |   | XX   |
| 8. Características da intervenção                     |   |    |   | X    |

#### **Domínio 2: desenho de estudo**

##### *Quadro Teórico*

- |                              |   |    |  |      |
|------------------------------|---|----|--|------|
| 9. Metodologia de orientação |   |    |  | XXXX |
| 10. Seleção de Participantes | X | XX |  |      |
| <i>Amostragem</i>            |   |    |  |      |
| 11. Método de abordagem      |   |    |  | X    |
| 12. Tamanho da amostra       |   |    |  | XXXX |
| 13. Não participação         |   |    |  |      |

##### *Configuração*

- |                                     |  |  |  |   |
|-------------------------------------|--|--|--|---|
| 14. Configuração da coleta de dados |  |  |  | X |
| 15. Presença de não participantes   |  |  |  | X |
| 16. Descrição da amostra            |  |  |  | X |

##### *A coleta de dados*

- |                             |  |  |     |  |
|-----------------------------|--|--|-----|--|
| 17. Guia de entrevista      |  |  |     |  |
| 18. Entrevistas repetidas   |  |  |     |  |
| 19. Gravações áudio/visuais |  |  | XXX |  |

20. Notas de campo	X	
21. Duração		XX
22. Saturação	X	
23. Transcrições refeitas		
<b>Domínio 3: análise dos achados</b>		
<i>A análise de dados</i>		
24. Número de dados coletados		
25. Descrição dos dados coletados		
26. Derivação dos temas		XXXX
27. Software		XXXX
28. Checagem dos participantes		
<i>Devolutiva</i>		
30. Resultados apresentados		XXXX
31. Dados e resultados consistentes		XXXX
32. Clareza dos temas maiores	X	XXX
33. Clareza dos temas menores		XXXX

**Quadro: 1 artigo 1 Siqueira-Batista et al, 2015; 2.artigo 2 Zobolli e Fortes, 2004; 3.artigo 3 Valadão et al,2017.; 4.artigo 4- Junges et al, 2012; .  
(Adaptado (BANNING, 2011))**

## APÊNDICE D

**Tabela 3: Caracterização dos artigos captados na revisão integrativa sobre problemas bioéticos na ESF**

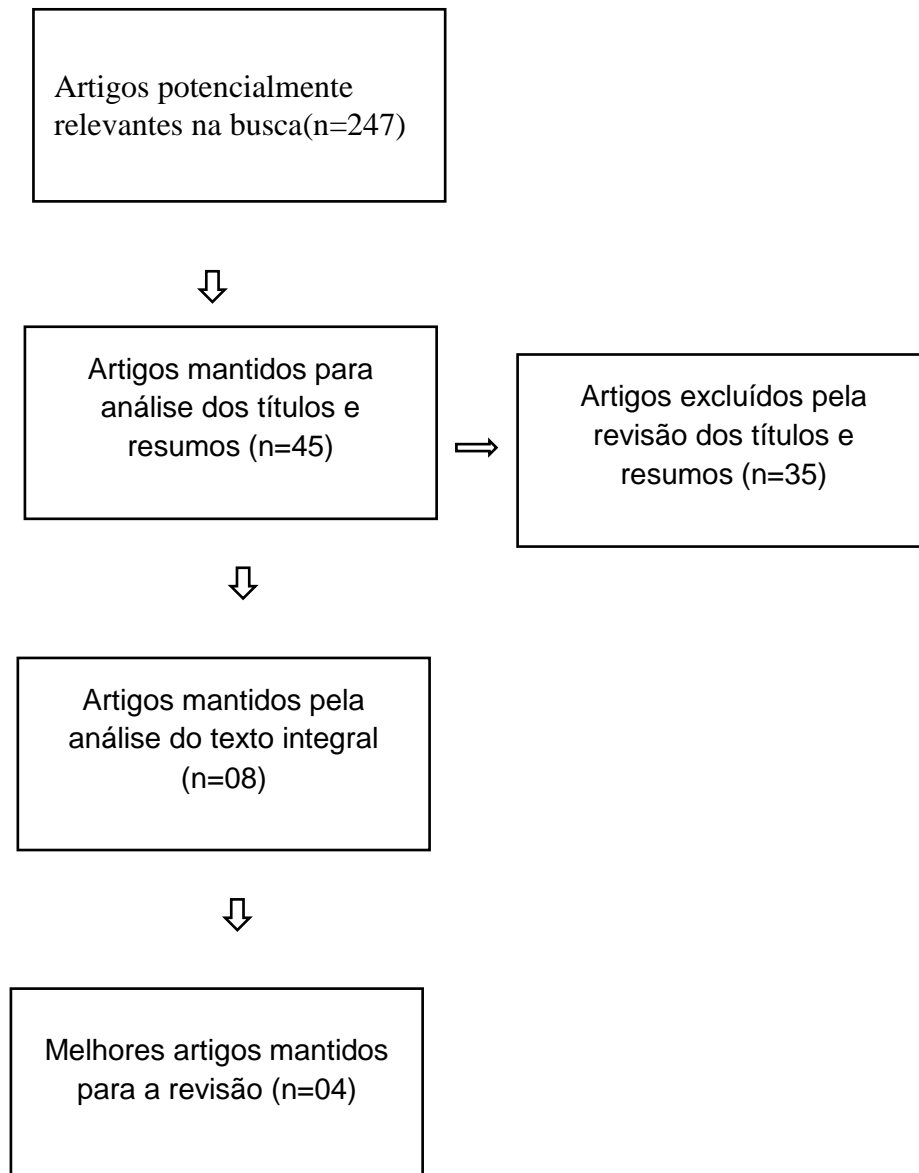
<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Local</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Instrumentos utilizados</b>	<b>Método</b>	<b>Resultados</b>
Siqueira-Batista et al	2015	Brasil	abordar os principais problemas (bio)éticos identificados pelos trabalhadores da ESF da cidade de Viçosa, município de médio porte da Zona da Mata de Minas Gerais	73 profissionais da ESF (de um total de 138 trabalhadores da APS do município, ou seja, 73/138 = 52,9%)	Qualitativa inscrita no campo da pesquisa social	Questionário semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas.	O questionário abrangia 25 questões, divididas em três seções principais: (1) características gerais sobre a formação e o tempo de trabalho do profissional na ESF; (2) problemas (bio)éticos enfrentados pela equipe; e (3) conhecimento sobre os conceitos de (bio)ética. A seção “problemas bioéticos enfrentados pela equipe” continha indagações abertas, nas quais os profissionais deveriam descrever	Os dados coletados permitem referir que poucos profissionais permanecem trabalhando na ESF ao longo do tempo, Boa parte dos participantes (ter vivenciado problemas (bio)) ou não respondeu à pergunta, Os problemas identificados foram organizados em cinco categorias – Problemas (bio)éticos relacionados à desigualdade de acesso ao serviço de saúde; à relação ensino-trabalho-comunidade; ao sigilo e à confidencialidade; aos conflitos entre equipe e usuários; e

situação(ões)  
(bio)ética(s)  
vivenciada(s) na  
unidade da ESF,  
suas  
consequências, o  
modo segundo o  
qual a equipe  
abordou

aos conflitos

**APÊNDICE E**

Figura 1 – Diagrama de fluxo da busca na literatura e inclusão de artigos



Fonte: Dados da pesquisa.

**APÊNDICE F: Quadro1: Caracterização sócia demográfica dos sujeitos da pesquisa**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	<b>SEXO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>RAÇA</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>RELIGIÃO</b>	<b>IDADE (ANOS)</b>	<b>TEMPO DE TRABALHO COMO ACS</b>	<b>TEMPO DE TRABALHO NA MICROÁREA</b>
MARIA DO CÉU	FEMININO	CASADA	PARDA	NIVEL MEDIO COMPLETO	EVANGÉLICA	47	20	20
NEGA	FEMININO	CASADA	NEGRA	NIVEL MÉDIO INCOMPLETO	TESTEMUNHA DE JEOVÁ	48	14	14
BELA	FEMININO	CASADA	NEGRA	NIVEL SUPERIOR	EVANGÉLICA	54	14	14
SOFIA	FEMININO	CASADA	NEGRA	NÍVEL SUPERIOR COM PÓS GRADUAÇÃO	CATÓLICA	53	14	14
MARIA	FEMININO	DIVORCIADA	NEGRA	NÍVEL SUPERIOR	CATÓLICA	63	14	14
VANESSA	FEMININO	CASADA	NEGRA	NIVEL SUPERIOR INCOMPLETO	EVANGÉLICA	40	13	13
VINICIUS	MASCULINO	SOLTEIRO	NEGRA	SEGUNDO GRAU COMPLETO	CATOLICO	41	13	13



ADÊ	FEMININO	SOLTEIRA	PARDA	NÍVEL SUPERIOR COM PÓS GRADUAÇÃO	MÓRMON	55	13	13
BRISA	FEMININO	VIÚVA	NEGRA	SEGUNDO GRAU COMPLETO	EVANGÉLICA	45	20	02
IVONE	FEMININO	DIVORCIADA	NEGRA	SEGUNDO GRAU COMPLETO	CATÓLICA	59	20	14
ROSA	FEMININO	SOLTEIRA	BRANCA	SEGUNDO GRAU INCOMPLETO	EVANGÉLICA	49	14	14
ROSE	FEMININO	SOLTEIRA	NEGRA	NIVEL SUPERIOR INCOMPLETO(EM CURSO)	CATÓLICA	37	14	14
VITÓRIA	FEMININO	CASADA	NEGRA	NIVEL SUPERIOR COMPLETO	EVANGÉLICA	34	14	14
SULA	FEMININO	CASADA	NEGRA	SEGUNDO GRAU COMPLETO	CATÓLICA	61	13	13
MARLY	FEMININO	SOLTEIRA	NEGRA	NIVEL SUPERIOR INCOMPLETO	EVANGÉLICA	53	14	14

**FONTE: A AUTORA**

**APÊNDICE G: Quadro 2 - Modelo esquemático das Categorias de Análise-Artigo2**

<b>Codificação</b>	<b>Conceito</b>	<b>Intencionalidade</b>	<b>Categoria</b>	<b>Final</b>
1.Capacitações sobre ética e suas abordagens	O que aprenderam em seu processo formativo acerca de abordagem ética		<b>Competências e habilidades sobre a temática ética na saúde</b>	
2.A violência doméstica e atuação do profissional de saúde	Todas as formas de violência sofrida pela população mais vulnerável: mulheres, idosos e crianças		<b>Dilemas éticos relacionados à violência doméstica e intrafamiliar</b>	
3.Respeito a privacidade das informações que cada pessoa de uma mesma família compartilha com o ACS	Guardar segredo profissional com as informações colhidas dos usuários de uma mesma família durante a visita domiciliar com membros dessa família e com os profissionais da equipe		<b>Dilemas éticos relacionados ao silenciar e o compartilhar de informações com a equipe e com outros membros de uma mesma família</b>	
4 Respeito a diversidade religiosa dos usuários da ESF	Existência de incompatibilidades entre crenças religiosas dos		<b>Dilemas éticos relacionados à crença</b>	

	trabalhadores ACS e dos moradores da comunidade	<b>religiosa</b>
--	---	------------------

### Artigo 3

Codificação	Conceito	Categoria final
1. O trabalho com a equipe multiprofissional e os colegas de categoria	Características das relações estabelecidas com a equipe e conflitos existentes	<b>Relações com e equipe multiprofissional e colegas de profissão</b>
2. A violência sentida pelos profissionais ACS na realização de suas atividades na comunidade	É o constante risco dos ACS no território diante das possibilidades de homicídios, roubos, sequestros e atentados contra sua vida.	<b>O trabalho no território: a violência no trabalho</b>
3. Dificuldade em estabelecer os limites da relação	O fato de morar e trabalhar no território dificulta a imposição de limites entre o	<b>O limite na relação entre profissional e usuário</b>

profissional usuário	–	profissional e o vizinho morador do território	
-------------------------	---	--	--

## **ANEXOS**



## **ANEXO A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

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

**Título da pesquisa:** Problemas e Dilemas éticos vivenciados pelo agente comunitário de saúde em seu processo de trabalho

**Nome da pesquisadora participante:** Ana Carina Dunham Monteiro

**Nome do pesquisador responsável/orientador/Coorientador:** Paulo Gilvane Lopes Pena e Cláudia Bacelar Batista

**Instituição responsável:** Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia – Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PPGSAT.

Você está sendo convidado a participar do projeto **PROBLEMAS EDILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SEU PROCESSO DE TRABALHO**. De forma sucinta, esse estudo busca compreender através de seu processo de trabalho desenvolvido na unidade de saúde, no território e na microárea os dilemas éticos enfrentados na sua atividade laboral, suas habilidades e competências para lher dar com tais situações e estas se refletem na sua saúde física e mental, poucos estudos na literatura fazem referência a temática em estudo. Dessa forma, a sua participação pode nos ajudar a contribuir com a prática científica e posterior acumulação de conhecimento nessa área. Através da observação do seu trabalho e das suas respostas a uma entrevista haverá a possibilidade para entender como são enfrentados os dilemas éticos que ocorrem no cotidiano do seu trabalho. Serão realizadas filmagens, fotografias de formas a consubstanciar o objeto do estudo. A filmagem e as fotografias manterão a imagem do seu rosto sem ser revelado. A entrevista será gravada e posteriormente repassada para a escrita. Essa entrevista poderá durar entre 30 minutos e 1 hora. O melhor momento para a entrevista será definido por você, e realizado em um local reservado, apenas com a sua presença e o membro da equipe da pesquisa que lher fará as perguntas, sem necessidade de deslocamento externo ao seu ambiente de trabalho. Todas as informações que você prestar serão guardadas e estarão protegidas. Suas respostas serão mantidas em sigilo. Caso você permita, o áudio das suas respostas será gravado, e seu nome não será identificado. O áudio não será divulgado e suas respostas serão digitadas, sem identificação, e estarão disponíveis para você a qualquer momento. Sua identidade será preservada, e seu nome será

substituído por outro, fictício, Sua participação é voluntária e muito importante. Você poderá desistir da pesquisa em qualquer tempo, caso assim deseje. Caso queira pensar se deve participar da pesquisa poderá levar este documento para casa e fornecer a resposta no dia seguinte. Informamos que não serão oferecidos nem realizados pagamentos para você participar da pesquisa e responder às perguntas. As observações serão anotadas em um caderno. Conhecer esses aspectos possibilitará o melhor entendimento dos problemas vivenciados por você no seu ambiente e processo de trabalho no território da Estratégia de Saúde da Família.

Existe a possibilidade de você se sentir desconfortável, cansado ou constrangido ao responder às perguntas dessa pesquisa. Caso isso ocorra e você avalie necessário, você pode pedir um tempo, deixar de responder qualquer pergunta ou desistir de vez de participar da pesquisa, sem precisar dizer o motivo da desistência e sem prejuízo para seu trabalho, sua vida profissional ou pessoal. Reiteramos que você tem a liberdade de recusar a sua participação nessa pesquisa ou até mesmo de retirar seu consentimento em qualquer fase dessa pesquisa, sem a existência de penalizações ou prejuízo à continuidade desta investigação e benefícios agregados a mesma.

Os resultados deste estudo serão publicados na forma de artigos científicos, em periódicos e revistas científicas, além de serem apresentados para a Secretaria Municipal de Saúde, e para os profissionais das equipes de saúde do território, com o objetivo de promover o diálogo sobre a temática estudada e sobre estratégias para o seu enfrentamento. O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia (CEP-FMB/UFBA). Se você tiver alguma dúvida ou desejar mais informações sobre o CEP-FMB/UFBA e essa pesquisa, pode entrar em contato no telefone: (71) 3283-5564, e-mail: cepfmb@ufba.br, ou endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Centro Histórico, Salvador, Bahia. Qualquer dúvida ou problema que você apresente sobre a pesquisa, você também pode conversar com a pesquisadora direta para esclarecimentos, ou entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, o Professor Paulo Gilvane Lopes Pena e a professora Cláudia Bacelar Batista, no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPGSAT), telefone: (71) 3286-5574, e-mail: pena@ufba.br, no endereço: Faculdade de Medicina da Bahia, Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Pelourinho, Centro Histórico de Salvador.

Se você concorda em participar dessa pesquisa, se todas as dúvidas foram esclarecidas pela pesquisadora direta, e aceita os procedimentos que serão realizados, por favor, assine esse termo em duas vias. Uma via ficará com você e a outra, com o entrevistador.

Desde já, agradecemos a sua participação.

---

Assinatura do participante Assinatura do pesquisador

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.



**ANEXO B**

**SOLICITAÇÃO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL PARA  
REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Prezado Diretor/Coordenador (a)

A presente pesquisa de Mestrado realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia tem como objetivo analisar os significados dos dilemas éticos enfrentados /vivenciados pelo Agente Comunitário de Saúde no território de saúde da família da USF Federação em Salvador na Bahia, com vistas a poder colaborar para a melhoria da atenção prestada na rede. Para o seu desenvolvimento pretende-se entrevistar os profissionais mencionados, solicitando-lhes que respondam de acordo com situações de sua prática profissional na qual tenha se deparado com dilemas éticos. Os profissionais, após esclarecimentos sobre a pesquisa, serão livres para consentir participar, independentemente do aval institucional.

Manteremos o anonimato dos profissionais entrevistados e e das pessoas envolvidas nos casos relatados, pois, além de não ser necessário a nomeação destes, na transcrição das fitas serão excluídos nomes ou qualquer particularidade eventualmente citada e que, porventura, possibilitem identificações.

Os dados obtidos serão guardados em segredo profissional e somente serão utilizados pela pesquisadora para os propósitos desta pesquisa.

As entrevistas serão agendadas e realizadas de forma a não perturbar as atividades dos profissionais e da unidade de saúde.

Se quiser quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa, pode contatar a pesquisadora diretamente para esclarecimentos pelo telefone 988019472, ou entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, o Professor Paulo Gilvane Lopes Pena e a professora Cláudia Bacelar, no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPGSAT), telefone: (71) 3286-5574, e-mail:pena@ufba.br, no endereço: Faculdade de Medicina da Bahia, Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Pelourinho, Centro Histórico de Salvador.

Agradecemos sua cooperação,

Ana Carina Dunham Monteiro  
Mestranda  
PPGSAT/FMB/UFBA

Paulo Gilvane Lopes Pena  
Professor  
Adjunto PPGSAT/FMB/UFBA  
- Orientador

Cláudia Bacelar Batista  
Professor Associado PPGSAT/FMB/UFBA - Coorientador



### ANEXO C- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

(Adaptado do estudo de Zobolli, 2004)

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ h Término: \_\_\_\_\_ h N° da entrevista: \_\_\_\_\_

#### Identificação

Nome fantasia:

Data de Nascimento:

Sexo: ( ) F ( ) M

Raça/cor:

Estado civil:

Escolaridade:

Religião:

Local de Moradia:

#### Aspectos do Trabalho

Microárea assistida:

Equipe:

Tempo de experiência: Tempo de serviço no atual local de trabalho:

### QUESTÕES NORTEADORAS

#### DIMENSÃO: QUESTÕES GERAIS:

1. O que você entende por problemas éticos no cotidiano de suas atividades?
2. Você já vivenciou situações de violência contra a mulher, contra a criança e adolescente e/ou contra o idoso? Se sim, foi realizada a notificação e/ou denúncia nos casos cabíveis?
3. Você compartilhou tais situações supramencionadas com a equipe?
4. Há outros problemas éticos que já presenciou em suas atividades na microárea assistida?

#### DIMENSÃO: RELAÇÕES COM OS USUÁRIOS E AS FAMÍLIAS

5. A sua prática religiosa interfere na sua relação com o usuário de práticas religiosas diferentes da sua?
6. Você acha que suas crenças religiosas interferem nas suas atividades laborativas que mantém com o usuário/família?

7. Como morador do território, tem dificuldades em estabelecer limites na relação profissional que estabelece com o usuário/família?
8. O usuário tem dificuldade em separar a relação entre o profissional ACS e o ACS morador da área?
9. No que diz respeito a privacidade do usuário/família, como costuma distinguir se as informações que lhe fornecem são relacionadas a sua atuação enquanto profissional ACS das informações que conhece enquanto morador do território?
10. O usuário/família costuma respeitar o seu trabalho, acatando as informações e orientações que fornece?
11. Costuma compartilhar com um membro da família informações de outro familiar?
12. Você costuma pedir permissão ao usuário/família para compartilhar a sua(s) história(s) em reunião de equipe ou mesmo da unidade?
13. Você costuma sofrer ameaças de usuários/famílias na sua microárea? Quais?
14. Já presenciou situações como assaltos, comércio de drogas, Como lidou com esses dilemas? Procurou ajuda?

**DIMENSÃO: RELAÇÕES COM A ORGANIZAÇÃO DO SEU PROCESSO DE TRABALHO E COM SERVIÇO**

15. Quais são as atividades/atribuições que você desenvolve no seu trabalho?
16. O que você acha do seu trabalho?
17. Como se dá a organização das atividades no seu local de trabalho?
18. Costuma relacionar algum problema de saúde físico ou mental com as questões de convivência com a gestão do serviço que atua, com o usuário, com a equipe ou colegas de profissão?
19. Costuma relacionar algum problema de saúde físico ou mental com a organização e/ou desenvolvimento de seu trabalho?

20. Há excesso de famílias/ pessoas adscritas para sua equipe? E para você?  
Se sim, qual o efeito disso para sua saúde física e mental?
21. Falta infraestrutura na sua unidade de saúde para realizar suas atividades?  
Se sim, qual o efeito disso para a organização e o desenvolvimento do seu trabalho?
22. Você já teve alguma capacitação técnica para seu trabalho e educação ética?

### **DIMENSÃO:RELAÇÕES COM A EQUIPE**

20. Como se dá a sua convivência com os membros da equipe, entre eles entre si e entre você e seus colegas de profissão? Há problemas nessa convivência?
21. Você considera que a equipe está preparada com questões éticas que possam vir a ocorrer no desenvolvimento de suas atribuições/atividades?
22. Como você acha que são recebidas as informações que fornece pelos demais membros da equipe?
23. Você costuma ter acesso às informações sobre determinado usuário/família dos demais membros da equipe?
24. Na ocorrência de problemas éticos com seus colegas de categoria profissional, como você costuma agir?
25. Você já presenciou alguma situação de desrespeito de um membro das equipes com o usuário? Como você avalia?
26. Você já presenciou alguma situação de desrespeito de um usuário com um dos membros das equipes? Como você avalia?