

Problemas éticos e justiça social na Estratégia Saúde da Família

Carlos Dimas Martins Ribeiro¹, Mônica Villela Gouvêa², Elisete Casotti³

Resumo

Estudo de abordagem qualitativa objetivou identificar problemas éticos na perspectiva de membros de equipes da Estratégia Saúde da Família de capitais brasileiras, relacionando-os ao campo teórico da justiça social. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 33 membros de quatro equipes dos municípios de Curitiba, Belo Horizonte, Natal e Salvador. Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo em sua modalidade temática e emergiram duas categorias fundamentais. A primeira envolveu os principais problemas éticos identificados pelos participantes no cotidiano das equipes, e a segunda reuniu os funcionamentos que puderam ser identificados a partir do posicionamento dos participantes com relação à construção de relações éticas no campo da justiça social. Conclui-se que os conflitos éticos no âmbito da atenção básica à saúde interferem no processo de trabalho e que sua abordagem pela perspectiva da justiça social pode favorecer seu enfrentamento no cotidiano das equipes da Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Estratégia Saúde da Família. Ética. Justiça social.

Resumen

Problemas éticos y justicia social en la Estrategia Saúde da Família

Este estudio cualitativo tuvo como objetivo identificar los problemas éticos desde la perspectiva de los miembros de los equipos de la Estrategia Saúde da Família (Estrategia de Salud de la Familia) en las capitales brasileñas, al relacionarlos con el campo teórico de la justicia social. Las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo con 33 miembros de cuatro equipos de los municipios de Curitiba, Belo Horizonte, Natal y Salvador. Los datos fueron sometidos a la técnica de análisis de contenido en su modalidad temática y emergieron dos categorías fundamentales. La primera involucró los principales problemas éticos identificados por los participantes en la vida diaria de los equipos y la segunda reunió los funcionamientos que pudiesen identificarse a partir de la colocación de los participantes con respecto a la construcción de relaciones éticas en el campo de la justicia social. Se concluyó que los conflictos éticos en el contexto de la atención básica a la salud interfieren con el proceso de trabajo y que su enfoque desde la perspectiva de la justicia social puede favorecer su enfrentamiento en el día a día de los equipos de la Estrategia Saúde da Família.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Estrategia de salud familiar. Ética. Justicia social.

Abstract

Ethical issues and social justice in the Estrategia Saúde da Família

This qualitative study aimed to identify ethical problems from the perspective of the team members of the Estrategia Saúde da Família (Family Health Strategy) in Brazilian state capitals, linking such issues to the theoretical field of social justice. Semi-structured interviews were conducted with 33 members of 4 teams in the cities of Curitiba, Belo Horizonte, Natal and Salvador. The data were subjected to the thematic modality of the content analysis technique, and two main categories emerged. The first involved the main ethical problems in the daily life of the teams identified by the participants, while the second described the functioning that could be identified from the position of the participants with regard to the construction of ethical relations in the field of social justice. It concludes that ethical conflicts in the context of primary health care interfere with the work process and that an approach from the perspective of social justice may allow Estrategia Saúde da Família teams to tackle such issues in their everyday work.

Keywords: Primary health care. Family health strategy. Ethics. Social justice.

Aprovação CEP/ENSP 73/06, CAAE 0070.0.031.000-06

1. **Doutor** dimasmrbeiro@gmail.com – Universidade Federal Fluminense (UFF) 2. **Doutora** monicagouvea@gmail.com – UFF 3. **Doutora** elisete.casotti@gmail.com – UFF, Niterói/RJ, Brasil.

Correspondência

Elisete Casotti – Rua Eliseu Visconti, 403A, apt. 1.101, Santa Teresa CEP 20251-250. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica (AB) é considerada estratégica para articular ações coletivas e individuais voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Nessa formulação, a AB assume responsabilidade sanitária por determinada população, procurando resolver problemas de maior frequência e relevância nesse território. A Política Nacional da Atenção Básica (Pnab) orienta a descentralização e a capilaridade das ações de AB, identificando-a como porta de entrada preferencial de usuários no sistema e ordenadoradora da rede de atenção à saúde.

Nesse sentido, a AB se orienta pelos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social¹. É então nesse contexto que a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sendo implementada desde 1994, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial e reforçar as características fundamentais da atenção básica. Podemos citar o foco na família – inserida em seu contexto social, econômico e cultural –, a constituição de equipe multiprofissional, territorialização com adscrição da clientela, intersetorialidade e controle social, e organização do trabalho centrado na vigilância em saúde.

Equipes da ESF são formadas, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e cerca de seis agentes comunitários de saúde (ACS). Profissionais de saúde bucal, como dentista e auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal, também podem integrar a equipe¹. A reflexão sobre problemas éticos na pesquisa e atenção à saúde vem ganhando relevância cada vez maior, sobretudo a partir da década de 1970, com o surgimento da bioética. Neste percurso, enfatizam-se mais os problemas éticos relacionados a situações-limite, como transplante de órgãos e tecidos, reprodução medicamente assistida, eutanásia e clonagem, em detrimento de questões morais cotidianas da prática sanitária, em particular aquelas com as quais se deparam profissionais de saúde na AB.

Autores ressaltam que características do trabalho na atenção básica geram importantes problemas éticos que, por serem menos dramáticos e visíveis do que os resultantes da atenção terciária ou hospitalar, podem, muitas vezes, passar despercebidos ou serem de difícil identificação²⁻⁶. Algumas particularidades da AB concorrem para a existência dessa diferença. Uma delas é que as intervenções propostas nesse nível de atenção, ao articularem promoção e proteção à saúde com cura e reabilitação, são mais amplas, e envolvem não apenas indivíduos e

famílias como também comunidades. Outra diferença é que na AB os usuários normalmente estão em condição de tomar decisões autônomas sobre seus planos terapêuticos.

Em terceiro lugar, encontros entre profissionais e usuários na AB são mais frequentes e em situações de menor urgência, se comparados com os que acontecem, na maioria das vezes, em nível hospitalar – onde se concentram as complexas decisões relativas ao início e ao fim da vida. Dessa forma, este estudo tem como foco a atenção básica e aborda os principais problemas éticos identificados por trabalhadores da ESF de quatro capitais brasileiras. Pretende-se refletir sobre esses problemas e sobre a forma como são abordados no cotidiano das práticas, sob a perspectiva teórica da justiça social.

Justiça social, funcionamentos e saúde

Como analisa Sen⁷, toda concepção de justiça valoriza a igualdade em determinado espaço. No entanto, sendo os indivíduos tão diferentes e em tantos aspectos – condições socioeconômicas, biológicas, talentos, planos de vida –, pode-se questionar o que deveria ser igualado para que tal justiça pudesse existir. Nesse sentido, há diferentes teorias de justiça que procuram responder a essa questão, tendo como referência determinado espaço avaliatório. Para Rawls, o que deve ser igualado são as liberdades básicas e os bens primários; para Nozick são as liberdades, para Dworkin são os recursos, e para Sen e Nussbaum é a capacitação (*capability*)⁷.

Para esta discussão, adotamos como concepção de justiça social a *perspectiva dos funcionamentos* proposta por Dias⁸. Nessa abordagem, organismos vivos são concebidos como sistemas funcionais complexos, dotados de conjunto de funcionamentos que os caracterizam ou constituem suas identidades próprias^{9,10}. O termo “funcionamento” refere-se a ações ou atividades constitutivas dos diferentes seres vivos, incluindo capacidades de graus diferentes de complexidade, como a de se nutrir e a de participar politicamente. Deve-se diferenciar, contudo, os funcionamentos das condições para o desenvolvimento e exercício dessas capacidades.

Assim, para que alguém possa ser capacidade de se nutrir, deve ter acesso aos alimentos necessários. Da mesma maneira, uma pessoa pode ser capacitada a participar politicamente, mas viver sob governo autoritário que a impeça de exercer essa capacitação. Nessa abordagem, justiça requer igual promoção da integridade funcional dos seres vivos,

de modo que possam florescer ou expressar sua própria natureza. Considera-se conjunto amplo e diversificado de sistemas funcionais, incluindo seres humanos – indivíduos autônomos, crianças, idosos com demência grave, indivíduos dependentes de tecnologias médicas etc. –, mas também outros seres vivos não humanos.

No caso de seres humanos, funcionamentos podem ser agrupados em algumas esferas fundamentais – saúde, educação, trabalho, política, entre outras – e devem ser promovidos em todos os momentos do ciclo normal de existência – nascimento, infância, adolescência, fase adulta, velhice e morte. Nesse conjunto, identificam-se tanto funcionamentos elementares (capacidade de respirar, capacidade de se locomover etc.) como complexos (capacidade de pensar, capacidade de estabelecer relações afetivas etc.).

Na perspectiva adotada aqui, a promoção da integridade funcional dos seres humanos é o que caracteriza “vida digna”. Assim, sociedade justa é aquela que promove igualmente funcionamentos de todos os indivíduos. Nesse contexto, é ético lutar contra obstáculos que possam impedir as pessoas de viver dignamente, como analfabetismo, falta de acesso a serviços de saúde, impossibilidade de obter renda satisfatória ou ausência de liberdades civis e políticas. Dessa forma, sob essa perspectiva, o objetivo fundamental do Estado na gestão das políticas públicas deve ser garantir que todos os indivíduos sob sua guarda exerçam seus funcionamentos.

Na obra de Dias⁸, uma aplicação da *perspectiva do funcionamento* para o campo da saúde foi proposta¹¹, incorporando o conceito de normatividade vital de Georges Canguilhem¹². Em outro trabalho baseado nessa perspectiva, Ribeiro^{12,13} articulou a discussão da justiça com o debate sobre equidade em saúde. A seguir é parafraseado o que foi publicado nesses trabalhos anteriores:

- Saúde é a capacidade normativa dos seres humanos, operando mediante conjunto de funcionamentos, de variáveis graus de complexidade – como sistema dinâmico e interativo –, que para serem desenvolvidos e exercidos precisam de determinadas condições materiais de existência;
- Existem funcionamentos que são requisitos essenciais para vida digna. Esses funcionamentos poderiam ser reconhecidos tanto como meio para a realização de outros funcionamentos quanto algo valorável em si mesmo;
- O que é essencial apenas pode ser determinado empiricamente, por meio da escuta apurada de

diferentes vozes e da atenção refinada às circunstâncias particulares vivenciadas pelos diversos indivíduos. Tanto a determinação do que em cada caso será o funcionamento essencial quanto o nível a ser atingido em cada funcionamento dependerá da natureza específica de cada indivíduo. Isso para que possamos incluir várias formas de funcionamentos que, sob o ponto de vista da constituição da identidade do próprio indivíduo, devem ser reconhecidos como fundamentais;

- Todo indivíduo deve ter direito a saúde e qualidade de vida que ofereça condições para o desenvolvimento e exercício de seus funcionamentos essenciais. Saúde, nesse sentido, não pode ser considerada sinônimo de qualidade de vida, mas componente de noção satisfatória de qualidade de vida. Está entre aqueles funcionamentos que são reconhecidos como condição para o exercício de outros funcionamentos, como a capacidade de trabalhar, por exemplo, mas também valorável em si mesma.

Embora siga a concepção de justiça social de Sen¹⁴ e Nussbaum¹⁵, a abordagem utilizada neste trabalho distingue-se dos autores em dois aspectos. A primeira distinção deve-se ao fato de que se adota como espaço avaliativo – das demandas por igualdade, dos propósitos de justiça social e das políticas públicas – o foco nos funcionamentos, diferentemente de Sen, que dá ênfase à capacitação (*capability*). A capacitação corresponde à liberdade de combinar funcionamentos que expressem oportunidades reais para operar modos de viver dentro das alternativas disponíveis¹⁴.

Neste artigo, portanto, utiliza-se a vertente da concepção de justiça mais inclusiva. Isso porque parte-se do pressuposto de que agir de forma justa é não prejudicar e, sobretudo, promover os funcionamentos de todos os indivíduos, incluindo aqueles que não podem exercer liberdades, como crianças, deficientes mentais e idosos com demências, entre outros. Assim, nesta abordagem, a liberdade continua a ser valorizada para aqueles que possam exercê-la enquanto funcionamento específico.

A segunda distinção é que não se pretende determinar e relacionar funcionamentos universais e comuns a todos os seres humanos, como é feito na lista de capacitações centrais proposta por Nussbaum¹⁵. Dessa forma, não se defende concepção unificada desses funcionamentos, pois se entende que o conjunto dos funcionamentos relevantes depende de circunstâncias particulares vivenciadas por indivíduos singulares.

Método

O estudo foi desenvolvido com abordagem qualitativa, em razão das características do objeto investigado. Trata-se de investigação inscrita no campo da pesquisa social, com objetivo de conhecer problemas éticos na ESF sob a perspectiva teórica da justiça social¹⁶. Dados foram coletados em quatro capitais de três regiões brasileiras: Curitiba, na região Sul; Belo Horizonte, no Sudeste, e Natal e Salvador, no Nordeste. Em cada cidade, o gestor local apontou uma equipe completa, atuando há pelo menos um ano na comunidade, para participar da investigação.

Foram entrevistados 33 trabalhadores, sendo doze profissionais de nível superior (PNS) – médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas –, nove técnicos e/ou auxiliares de saúde (TAS) – enfermagem e saúde bucal – e doze agentes comunitários de saúde (ACS). O roteiro de entrevista abrangeu questões divididas em duas seções principais: 1) características gerais sobre formação e tempo de trabalho do profissional na ESF; 2) problemas éticos enfrentados pela equipe. Nesta última seção os profissionais foram instados a descrever situações consideradas como conflito ético vivenciadas na unidade/comunidade, suas consequências e o modo como a equipe abordou ou encaminhou as questões.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense. Para a realização do estudo foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes, enfatizando-se os riscos e benefícios da investigação, além de explicitar a garantia de sigilo sobre a identidade daqueles que aceitaram participar da entrevista. As equipes foram abordadas pelos pesquisadores em suas unidades da ESF, onde foi apresentada a proposta do estudo. Formalizado o convite de participação e feitos os devidos esclarecimentos sobre os objetivos da investigação, procedeu-se à realização das entrevistas com os que se interessaram em participar.

As respostas transcritas foram avaliadas a partir da técnica de análise de conteúdo, especificamente a análise temática, em virtude de sua adequação à investigação qualitativa na área da saúde. O processo de análise obedeceu a três etapas, conforme sugere Minayo¹⁶. No primeira, realizou-se a ordenação e classificação inicial dos dados, incluindo-se a transcrição das entrevistas, leitura flutuante e estruturação do mapa das entrevistas. Depois disso, realizou-se a leitura detalhada das transcrições, objetivando especificar problemas éticos em cada um dos

grupos de entrevistados – PNS, TAS e ACS. Por fim, aprofundou-se o momento anterior, confrontando-se argumentações dos entrevistados e reflexões teóricas a respeito dos problemas éticos relacionados.

Para a análise, os pesquisadores se inspiraram na proposição de Rawls¹⁷ apresentada em seu procedimento de justificação ética denominado *equilíbrio reflexivo*, embora em vertente mais limitada quanto ao conjunto de crenças e argumentos morais levados em consideração, em virtude dos objetivos da pesquisa^{18,19}. Neste caso, a análise caracterizou-se por ajuste ou apoio mútuo entre julgamentos e visões morais dos entrevistados em relação a situações particulares encontradas pela pesquisa e à concepção de justiça social adotada.

Para melhor compreender os resultados da pesquisa, distinguimos, neste trabalho, moral e ética, sendo a primeira compreendida como valores vividos no âmbito da experiência social, e a segunda como reflexão sobre a experiência moral. Dessa maneira, seguindo parcialmente Kleinman, *enquanto a experiência moral é sempre sobre engajamento prático em um mundo local particular, espaço cultural que carrega especificidades políticas, econômicas e psicológicas*²⁰, o discurso ético é elaborado em termos de valores translocais ou passíveis de serem universalizáveis.

Como observa acertadamente Kleinman, a distinção entre processo moral e discurso ético é fundamental. Não apenas para *ver a utilidade da perspectiva translocal quando nos confrontamos com práticas locais condenáveis*²¹ – a linguagem dos direitos humanos, por exemplo, ocupa essa função –, mas também porque o próprio mundo local pode oferecer posições morais relevantes e alternativas ao discurso ético. A diferenciação de Kleinman pode ser traduzida, no âmbito desta investigação, como a distinção entre moral, entendida como discurso de primeira ordem composto pelas falas dos entrevistados, e discurso ético ou ético de segunda ordem, no qual, com base na perspectiva teórica da justiça adotada, analisa-se o discurso dos sujeitos de pesquisa.

Problemas éticos no trabalho em saúde da família

Nesta categoria foram reunidos os principais problemas éticos relativos à produção do cuidado na ESF, considerando-se os três grupos de entrevistados. Pôde-se observar que os problemas éticos destacados pelos entrevistados se relacionam tanto com as condições de vida da população sob sua

responsabilidade quanto com a capacidade do SUS de atender às necessidades de saúde desses usuários. Os participantes relatam que as condições de pobreza nas áreas cobertas pelas ESF implicam problemas complexos vivenciados por indivíduos e famílias. Essa complexidade impõe aos profissionais o desafio da articulação com outros setores e políticas públicas no sentido de desenvolver ações capazes de incidir sobre determinantes sociais e promover a saúde.

Nesse quadro, os participantes referem a incapacidade da rede SUS de produzir respostas satisfatórias às necessidades e expectativas dos moradores e identificam como problema ético os limites de sua atuação como mediadores de ações intersetoriais. Essa atuação só se torna mais eficiente nos casos em que responde a uma política municipal. Os entrevistados enfatizam dificuldades relativas à fragmentação da rede de serviços de saúde do SUS, o que interfere na continuidade do cuidado e impede fluxos efetivos para resolver problemas nos diversos níveis de atenção.

Dessa forma, a falta de integração da ESF à rede assistencial e as dificuldades no acesso à atenção especializada são reconhecidas como problemas éticos que podem se tornar barreiras, e não facilitadores, do acesso preferencial ao sistema. Nesse sentido, a dificuldade de acesso a tecnologias de média complexidade, em particular o apoio diagnóstico e as especialidades médicas e odontológicas, tem se mostrado importante fator de restrição do cuidado^{5,22}. Nesse contexto, todas as equipes relatam a existência de listas de espera e a classificam como um “*problema crônico*” que compromete a resolução dos problemas de saúde e a efetivação dos projetos terapêuticos construídos coletivamente.

Como observa um dos ACS: “*nosso sistema tem uma lista de espera, ou melhor, várias ‘listas’, referentes, principalmente, às tecnologias de média complexidade*” (ACS 7). As equipes relatam que encontram dificuldades para monitorar essas filas de espera para ter referência das especialidades e, assim, identificam problema ético na garantia da atenção integral, uma vez que atrasos nos diagnósticos podem comprometer a efetividade dos tratamentos. As capitais que investiram em processos regulatórios estabelecem metas e indicadores para acompanhar filas com tempos de espera máximos admissíveis. No entanto, há casos em que é necessário ampliar a oferta pública especializada ou definir formas de contratualização de prestadores privados nas quais prevaleça o interesse público.

A diversidade e o volume de problemas de saúde que pedem intervenções intersetoriais colocam os profissionais em permanente tensão com os limites de sua atuação e os recursos que podem mobilizar para promover/proteger os funcionamentos essenciais da população sob sua responsabilidade. Contribui igualmente para isso a pressão da demanda médico-sanitária fortemente modulada pelas condições socioeconômicas do território. Como argumentam Furler e Palmer²³, as desigualdades sociais e seus efeitos sobre a saúde dos indivíduos são realidade diária dos profissionais de saúde, sendo ainda grande desafio ético pensar como os profissionais podem lidar com iniquidades em saúde.

Esses autores identificam algumas das respostas comuns²³: 1) culpar as vítimas pelas suas desvantagens; 2) não considerar os problemas sociais como parte do seu trabalho; 3) sentirem-se impotentes diante da magnitude das forças sociais operando na vida do usuário. Por outro lado, o processo de trabalho dos profissionais de nível superior, em particular, não favorece o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. Estas são muitas vezes preteridas em função de outras atividades, especialmente aquelas restritas ao espaço físico da unidade de saúde e vinculadas ao atendimento clínico.

A pressão exercida pela demanda espontânea e o complexo perfil epidemiológico, que mescla doenças crônicas e agudas, têm sido argumento para a escassa inovação na forma de cuidado médico-odontológico e para o distanciamento desses profissionais de processos mais amplos de articulação intersetorial. A atuação da equipe de saúde da ESF ainda privilegia tecnologias centradas no corpo individual, sobretudo tecnologias medicamentosas e aquelas que Foucault denomina “tecnologias do eu” ou “cuidado de si”²⁴. Operam em razão de mudanças de hábitos de vida, como, por exemplo, parar de fumar e beber, adotar alimentação saudável, entre outras.

Dessa forma, a adoção de perspectiva de promoção e proteção dos funcionamentos, para além do conjunto de respostas aos problemas biologicamente circunscritos, ainda é desafiadora. O processo de trabalho em saúde, na avaliação dos entrevistados, implica sobrecarga e tensão e é capaz de gerar conflitos pessoais dentro da equipe. As consequências são identificadas no seguinte relato: “*...uns transformam em divergências, conflitos, discussões, outros ‘fazem doenças’, isto é, trazem para o corpo a pressão do trabalho cotidiano*” (PNS 9).

Os PNS relatam também conflitos decorrentes de diferenças salariais e de regime de trabalho entre profissionais que contribuem para tornar o ambiente de trabalho mais tenso. Nesse contexto, pergunta um dos entrevistados: “*Quem cuida da gente? (...) Ninguém cuida...*” (PNS 9). A sobrecarga assistencial e administrativa imputada ao enfermeiro foi apontada como motivo de conflitos entre as categorias, sobretudo em relação aos núcleos específicos das competências profissionais⁵. Os conflitos na equipe de saúde também ocorrem, por vezes, em virtude da dificuldade de delimitar as atribuições de cada membro, em contexto de reorganização do modelo technoassistencial por meio da ESF⁵.

Deve-se entender que a equipe de saúde envolve relações profissionais oriundas de diferentes saberes e práticas, e enfrenta o desafio de uma atuação na qual não prevaleça – na gestão do cuidado – hierarquias entre profissionais, mas integração de competências. Por sua vez, os ACS enfatizam a importância do seu trabalho na equipe de saúde, expressando, por um lado, satisfação pessoal com o exercício profissional e, por outro, a carga e os riscos envolvidos no seu cotidiano de trabalho no território.

Os entrevistados ressaltam “superposição” entre vida pessoal e profissional, já que o trabalho se converte em atividade diuturna, em que o ACS é solicitado pelos moradores cadastrados na ESF. Os ACS reconhecem que essa situação decorre do fato de serem moradores do território onde atuam, o que facilita a compreensão de que estão sempre disponíveis. Mencionam como problemas éticos situações de constrangimento e violência no território e o receio de contrair certas doenças transmissíveis, como a tuberculose.

Funcionamentos centrais na construção de relações éticas

Nesta categoria foram reunidos os funcionamentos identificados a partir das falas dos participantes da pesquisa. Partiu-se do pressuposto teórico de que o conjunto dos funcionamentos relevantes dependem das circunstâncias particulares vivenciadas por indivíduos singulares¹¹. Foram identificados três funcionamentos centrais: 1) capacidade de acolher o usuário em suas necessidades de saúde; 2) capacidade de gerir o próprio projeto terapêutico; e 3) capacidade de resguardar privacidade e confidencialidade.

Quanto ao primeiro funcionamento identificado, os sujeitos da pesquisa ressaltam que o

vínculo e a conversa com o usuário são componentes centrais do trabalho na ESF. Da mesma forma, a disposição para escutar usuários é considerada muito importante na resolução de conflitos, mesmo em situações-problema fora do alcance profissional. De forma contraditória, foi possível identificar nas falas dos entrevistados a caracterização de usuários-problema, que, nas palavras dos participantes, são percebidos como “*chatos*”, “*impacientes*”, “*briguetos*” e “*ingratos*”.

De acordo com os entrevistados, esses usuários-problema reclamam do atendimento prestado e fazem cobranças que nem sempre os profissionais de saúde têm condições de satisfazer, indicando evidente grau de desgaste nas relações entre profissionais e usuários²⁵. A relação dos profissionais com esse tipo de usuário é ambígua porque se, por um lado, reconhecem alguma razão nas críticas relativas à deficiência dos serviços, por outro, consideram que eles deveriam ser mais compreensivos e tolerantes, valorizando os benefícios propiciados pelo SUS, apesar das limitações dos serviços de saúde.

Schramm ressalta que se opera a inversão do preceito constitucional de saúde como direito do cidadão e dever do Estado para a concepção de *um dever do cidadão e um direito do Estado*²⁶. Segundo essa concepção, o Estado tem o direito de estabelecer condições para o atendimento em saúde em razão do comportamento dos usuários que, por sua vez, têm o dever de se comportar adequadamente para merecer os serviços prestados. Nos relatos dos ACS pode-se entrever essa perspectiva, pois esses profissionais assumem importante papel na mediação de situações conflituosas envolvendo usuários e equipes de saúde.

Um agente comunitário descreve esses conflitos com imagens de batalha, na qual os profissionais se sentem como “*escudos*’ em meio ao *‘tiroteio*’, *procurando, como morador e membro da equipe, defender um e outro lado*” (ACS 6). Kottow²⁷ indica a importância do modelo dialógico na relação entre profissionais de saúde e usuários/famílias. Nessa relação, os interlocutores são *verazes – dizem o que consideram objetivamente verdadeiro; compreensíveis – se preocupam com uma adequada recepção do que foi expresso; e honestos – dizem o que realmente pensam, estabelecendo-se uma comunicação que será mutuamente respeitosa*²⁸.

Trata-se, portanto, de modelo participativo, em que os envolvidos na decisão estabelecem relação de confiança e cooperação em clima propício para decisão informada. O profissional de saúde fornece informações relevantes e o usuário decide,

entre as alternativas propostas, aquela que é mais adequada para si²⁷. O segundo funcionamento identificado corresponde à capacidade de gestão do próprio projeto terapêutico pelos usuários. Os participantes da pesquisa mostram-se preocupados com usuários que não seguem as orientações propostas pelos profissionais de saúde e relatam que essa resistência pode causar prejuízos aos próprios usuários ou a terceiros.

Nesse contexto foi possível identificar nas falas dos entrevistados a caracterização de usuários resistentes, em torno dos quais são expressas duas preocupações morais: a primeira se refere à probabilidade de o usuário ter ou não determinado quadro clínico agravado pela falta de aderência à orientação – por exemplo, determinada terapêutica medicamentosa ou a recomendação de abandonar hábitos não saudáveis, como beber e fumar. Condições sociais e culturais, na visão dos profissionais, determinam as escolhas dos usuários. Como exemplifica um dos TAS, “entre comprar uma escova dental ou comida, as pessoas escolhem a comida como forma de sobrevivência; mas tem gente que, mesmo sem dinheiro, prefere comprar uma bijuteria” (TAS X).

Nesse caso, esse comentário pode sugerir resistência dos profissionais de saúde em respeitar a liberdade dos sujeitos, particularmente de pessoas vulneráveis. Pode-se questionar até que ponto as decisões ou não decisões desses indivíduos podem ser ignoradas ou recriminadas sob a alegação de que seu julgamento é necessariamente enviesado por sua condição social. Não seria também forma de discriminação pensar que posturas paternalistas supostamente protegeriam os vulnerados de si mesmos?

Os profissionais apresentam diferentes condutas com relação ao grau de liberdade concedido aos usuários na definição e gestão de seu projeto terapêutico, bem como nas orientações em relação aos estilos de vida^{3,5}. Na prática profissional pode haver conflito entre a liberdade de escolha do usuário – com os benefícios e riscos envolvidos – e a promoção de seu bem-estar, sobretudo se os profissionais adotam a coerção em vez da persuasão, assumindo a mencionada postura paternalista^{3,5}. Ressalta-se que muitas das decisões clínicas, como a escolha sobre a modalidade hospitalar ou domiciliar no atendimento a usuário idoso, têm repercussões econômicas para a família.

Como argumenta Kottow²⁷, nesse caso, a autonomia do usuário pode sofrer restrições, uma vez que a família é também afetada pela enfermidade. Ademais, deve-se observar se na família não existem

injustiças em relação à distribuição das tarefas de cuidado a enfermos, incapacitados e idosos, como frequentemente ocorre, recaindo grande parte nas mãos das mulheres²⁹. Essa carga, muitas vezes, limita o leque de oportunidades apresentadas às mulheres para que realizem seus projetos pessoais, em particular na esfera da educação e do trabalho.

Do ponto de vista ético aqui adotado, quem deve avaliar o tipo de vida que quer levar é o próprio usuário, incluindo escolhas relativas ao projeto terapêutico ou aos comportamentos mais ou menos saudáveis que quer adotar. Nessa abordagem, quando o usuário *toma decisões que são lesivas somente aos seus próprios interesses, ainda que contrarie as recomendações que recebe, não há lugar para a interferência paternalista*³⁰, exceto se o usuário não for mentalmente competente, o que, em certas circunstâncias, justificaria tal paternalismo. Kottow argumenta que o fato de as pessoas terem nível de escolaridade baixo não significa que sejam mentalmente incompetentes ou que *careçam da capacidade de compreender, raciocinar ou valorizar*³¹.

Franco, Bastos e Alves concluíram em estudo sobre a relação médico-usuário que, de modo geral, o quadro clínico do usuário e seu plano terapêutico não são discutidos, prevalecendo o enfoque da mera dimensão biológica, sem se estimular a consciência sanitária e o exercício da liberdade do usuário. Na avaliação desses autores, um dos problemas é que *a condição técnica do médico é considerada suficiente para a tomada de decisões*³² e, por isso, não se justifica partilhá-las com os usuários. Da mesma maneira, Schimith e Lima argumentam que a integralidade do atendimento fica comprometida *quando não se considera o usuário enquanto sujeito*³³, portador de planos de vida e de avaliações próprias do que é melhor para si mesmo.

Para os entrevistados, o papel do profissional é “conscientizar” os usuários da necessidade de aderir aos projetos terapêuticos propostos, utilizando-se a estratégia de “repetição da informação”. Ressaltam que a conversa com o usuário é importante para entender a sua não adesão ao projeto terapêutico e observar se está adequadamente informado sobre sua situação de saúde. Supõe-se, de modo geral, que faltam a eles os conhecimentos necessários para escolhas conscientes, atribuindo-se sua resistência a “carência cultural” advinda da baixa escolaridade.

De modo geral, quanto ao projeto terapêutico, a postura dos profissionais de saúde está mais para “pedagogia do convencimento” do que para “pedagogia do diálogo”. Ou seja, é limitado o

esforço da equipe para discutir e elaborar planos de cuidado com o usuário para se estabelecer um projeto terapêutico. Essas situações, que são frequentes e de difícil manejo, trazem desgaste visível ao cotidiano da equipe, especialmente pelas características de vigilância que o modelo propõe.

Estabelece-se entre usuários resistentes e profissionais, porta-vozes de prescrições e recomendações para uma vida saudável, verdadeira “guerra” – um *imperativo sanitário*³⁴ para o cuidado de si, fundado em concepção de saúde como *dever de todos e de cada um*³⁴, e não como direito do cidadão. A segunda preocupação, expressa principalmente pelos ACS, refere-se aos danos que podem ser provocados a terceiros quando o usuário não adere ao projeto terapêutico. É o caso, por exemplo, de usuário com tuberculose que, sem a terapêutica proposta, pode transmitir a doença para outras pessoas. Para um dos ACS, nessas situações, “*deveria ter uma lei obrigando a pessoa a se tratar, porque não é só a vida dela que está em jogo*” (ACS 4).

No caso da tuberculose, um dos entrevistados lembra o tratamento supervisionado, em que o ACS visita o usuário nos horários da medicação “*para saber se ele está tomando o remédio certo*” (ACS 1), exercendo controle sobre o usuário para que não abandone o tratamento. Essas circunstâncias caracterizam problema ético para o profissional, que tem que escolher entre respeitar a confidencialidade ou violá-la para proteger terceiros. Dessa forma, aparecem posições contrárias e favoráveis a violar a confidencialidade, predominando a posição de que a violação é justificável, já que a situação envolve possível dano a terceiros.

O terceiro funcionamento identificado corresponde à capacidade de resguardar a privacidade e confidencialidade dos usuários. Os participantes alegam que o vínculo estabelecido entre equipes de saúde e famílias, com encontros regulares entre profissionais e usuários, cria relações de confiança que permitem que os usuários falem sobre aspectos muito particulares de suas vidas. Os próprios ACS ressaltam que sua função fundamental é orientar o usuário em relação à sua saúde e coletar informações a serem compartilhadas com a equipe de saúde. Nesse contexto, apesar de os sujeitos da pesquisa não terem referido diretamente problemas relativos aos princípios da privacidade e da confidencialidade, pôde-se perceber, no transcorrer das entrevistas, problemas éticos relativos a esse funcionamento.

Um primeiro problema ético envolve os principais lugares que se apresentam para a relação

entre profissionais e indivíduos/famílias: a unidade, a comunidade e o domicílio. A estrutura de algumas unidades de saúde não favorece a confidencialidade e a privacidade devido à precariedade dos espaços, comprometendo a proteção de dados referentes aos usuários, seja pela falta de isolamento acústico ou pela necessidade de se compartilhar espaços nas reuniões de equipe. Da mesma forma, no caso do atendimento durante visita domiciliar, embora os usuários reconheçam a importância de fornecer informações sobre sua situação, é comum a dificuldade de garantir privacidade, quando requerida pelo indivíduo.

Nessa lógica, alguns dos participantes avaliam a visita domiciliar como ação capaz de invadir a privacidade dos indivíduos/famílias, embora seja unânime a percepção de que seja necessária para o conhecimento da dinâmica familiar e para dar apoio aos problemas de saúde. Um dos entrevistados se pergunta: “*será que essas pessoas querem a gente na vida delas?*” (PNS 9). Se a família constitui o foco de atuação da ESF, cabe refletir sobre a legitimidade de intervir na vida privada de seus membros. Na concepção de justiça social adotada neste artigo, a família é ao mesmo tempo lugar de natureza privada e espaço de desenvolvimento dos funcionamentos dos indivíduos, podendo, por conseguinte, ser foco de políticas públicas.

Deve-se ressaltar que o interesse na família como núcleo social de intervenções sanitárias por equipes multiprofissionais exige que se trabalhe com o conceito de relação profissional de saúde/família complementar ao de profissional de saúde/usuário na abordagem de problemas éticos. Na família se produzem vínculos de lealdade em torno de interesses comuns e relações de intimidade que possibilitam aos seus membros processos decisórios conjuntos e informados sobre intervenções. No entanto devem-se considerar os conflitos intrafamiliares, principalmente os relativos à justa distribuição dos encargos domésticos no cuidado dos enfermos^{27,29}.

Outro problema ético relaciona-se à exposição de informações particulares sobre os indivíduos/famílias cadastradas. Essas informações podem circular a partir de conversas entre profissionais ou destes com usuários, ou até pelo fluxo de documentos no interior da unidade de saúde. Nesse sentido, identificou-se a preocupação moral dos sujeitos de pesquisa em relação a esse conteúdo, que acaba compartilhado por toda a equipe.

Assim, por um lado, o estreitamento da relação entre profissionais de saúde e famílias/comunidades propiciado pela ESF favorece maior conhecimento

sobre condições de moradia, relações familiares e hábitos dos indivíduos, permitindo intervenção mais eficaz nos agravos à saúde. Por outro, no entanto, expõe problemas éticos relacionados à ampliação do acesso às informações que, frequentemente, incluem aspectos íntimos da dinâmica familiar⁵.

Essa situação demonstra que há certa dificuldade em definir quais informações devem ser compartilhadas com a equipe de saúde, sobretudo pelo ACS⁵. Os usuários revelam mais informações aos ACS, seja porque mantêm com eles contato mais próximo e frequente, seja porque consideram que poderão facilitar seu acesso aos serviços de saúde⁶. Nesse contexto, o que o ACS deve comentar ou não com terceiros e, inversamente, o que os demais profissionais devem informar ou não ao ACS são preocupações presentes nas falas dos entrevistados.

Ressalta-se que os ACS podem ter acesso a informações privilegiadas, relacionadas, por exemplo, ao movimento local de tráfico de drogas, que, se reveladas, podem pôr em risco sua própria vida. Assim, existe ainda importante questão ética referente à preservação da privacidade do próprio ACS, que, independentemente de sua função, é morador⁶.

Considerações finais

A substituição da lógica tradicional de atenção à saúde, centrada apenas na assistência, pela concepção de responsabilidade sanitária, estabelecimento de vínculo com indivíduos, famílias e comunidades e acompanhamento de grupos mais expostos a riscos sociais tem se mostrado um modo para a organização da atenção básica e consolidação do SUS. Nessa perspectiva, a ESF pressupõe trabalho marcado pela perspectiva da integração entre diferentes profissionais em prática que precisa estar

vinculada ao exercício da cidadania e à garantia da autonomia do sujeito.

Ao aproximar trabalhadores da saúde de territórios vivos, a ESF revela situações que desafiam as equipes a tomar decisões para além do campo da clínica em seu sentido estrito, muitas delas envolvendo o campo da bioética. Esse processo de trabalho gera tanto problemas éticos comuns à equipe como também aqueles singulares, associados ao exercício de cada segmento profissional. Observou-se que as situações reveladas neste estudo se localizam em múltiplas interfaces do cotidiano de trabalho, mas a maioria não é objeto de discussão e elaboração nas próprias equipes.

Cabe considerar que a composição multiprofissional amplia as possibilidades de intervenção diante dos variados agravos à saúde. Mas exige igualmente investimento e valorização dos profissionais, que, muitas vezes, chegam ao serviço sem terem sido adequadamente preparados e ainda deparam com problemas de infraestrutura e precariedade nas relações de trabalho. Os profissionais precisam ser providos de ferramentas capazes de estimular a reflexão e a transformação de suas próprias práticas. Partindo desse pressuposto, a articulação entre instituições formadoras e de pesquisa e os serviços públicos de saúde é fundamental.

Não somente pelo suporte ao trabalho em saúde, mas, principalmente, pela perspectiva da educação permanente de profissionais que atuam nos serviços de saúde e da implantação de processos de mudança na formação tendo em vista a resposta às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, considera-se que a abordagem e análise coletiva – sob a perspectiva da justiça social, dos problemas éticos vivenciados no cotidiano das equipes – devem ser incluídas nos aspectos centrais dos processos de educação e formação de profissionais de saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Lima RCGS, Verdi MIM. Discursos de médicos de família brasileiros e italianos sobre autonomia na perspectiva bioética. *Saúde Soc.* 2015;24(3):1021-32.
3. Rolfsen ML. Ethics in the primary care office. *J La State Med Soc.* 2010;162(1):26-32.
4. Braunack-Mayer AJ. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. *J Med Ethics.* 2001;27:98-103.
5. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Motta LCS, Rennó L, Lopes TC, Miyadahira R *et al.* (Bio)ética e estratégia saúde da família: mapeando problemas. *Saúde Soc.* 2015;24(1):113-28.
6. Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(5):1328-33.
7. Sen A. Desigualdade reexaminada. Rio de Janeiro: Record; 2001.

8. Dias MC, organizadora. A perspectiva dos funcionamentos: por uma abordagem moral mais inclusiva. Rio de Janeiro: Pirlampo; 2015.
9. Dias MC. Em defesa de um ponto de vista moral mais inclusivo. In: Dias MC, organizadora. Op. cit. p. 11-36.
10. Dias MC. Teorias de justiça. In: Dias MC, organizadora. Op. cit. p. 37-55.
11. Ribeiro CD, Dias MC. Saúde e doença à luz da perspectiva dos funcionamentos. In: Dias MC, organizadora. Op. cit. p. 85-101.
12. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
13. Ribeiro CD. Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos. Saúde Soc. 2015;24(4):1109-18.
14. Sen A. A ideia de justiça. Coimbra: Almedina; 2010.
15. Nussbaum MC. Frontiers of justice: disability, nationality, species membership. Cambridge: Harvard University Press; 2007.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996.
17. Rawls J. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
18. Daniels N. Justice and justification: reflective equilibrium in theory and practice. Nova York: Cambridge University Press; 1996.
19. Burg W, Willigenburg T. Introduction. In: Burg W, Willigenburg T, organizadores. Reflective equilibrium: essays in honour of Robert Heeger. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1998. p. 1-25.
20. Kleinman A. Ethics and experience: an anthropological approach to health equity. In: Anand S, Peter F, Sen A, organizadores. Public health, ethics, and equity. New York: Oxford University Press; 2009. p. 263-8. p. 270.
21. Kleinman A. Op. cit. p. 271.
22. Amorim AG, Souza ECF. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(3):869-78.
23. Furler JS, Palmer VJ. The ethics of everyday practice in primary medical care: responding to social health inequities. Philos Ethics Humanit Med [Internet]. 2010 [acesso 6 jun 2016];5(6):1-8. Disponível: <http://bit.ly/2pCJlb8>
24. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
25. Lima CA, Oliveira APS, Macedo BF, Dias OV, Costa SM. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. Rev. bioét. (Impr.). 2014;22(1):152-60.
26. Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. Rev Bras Bioética. 2006;2(2):187-200. p. 196.
27. Kottow M. Introducción a la bioética. Santiago de Chile: Universitaria; 1995.
28. Kottow M. Op. cit. p. 140.
29. Jecker NS. Taking care of one's own: justice and family caregiving. Theor Med Bioeth. 2002;23(2):117-33.
30. Kottow M. Participación informada en clínica e investigación biomédica: las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado. Bogotá: Unesco; 2007. p. 37.
31. Kottow M. Op. cit.; 2007. p. 117.
32. Franco ALS, Bastos ACS, Alves VS. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do estado da Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005;21(1):246-55. p. 250.
33. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004;20(6):1487-94. p. 1491.
34. Schramm FR. Op. cit. p. 197.

Participação dos autores

Carlos Dimas Martins Ribeiro participou da concepção e do planejamento do artigo. Elisete Casotti e Mônica Villela Gouvêa colaboraram na interpretação dos dados, bem como na revisão crítica do conteúdo.



Recebido:	27.4.2016
Revisado:	20.2.2017
Aprovado:	19.3.2017