

# Hermenêutica dos problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária

José Roque Junges<sup>1</sup>, Rafaela Schaefer<sup>2</sup>, Carlise Rigon Della Nora<sup>3</sup>, Mikaela Basso<sup>4</sup>, Cassiane Silocchi<sup>5</sup>, Marielli Costa de Souza<sup>6</sup>, Raquel Elisa de Mello<sup>7</sup>, Bruna de Melo<sup>8</sup>, Guilherme Edmundo Wingert<sup>9</sup>

## Resumo

O artigo interpreta os problemas éticos percebidos pelos profissionais da atenção primária em duas pesquisas qualitativas realizadas na região metropolitana de Porto Alegre. Os dados foram coletados em oito reuniões de discussão focal sobre os desafios éticos da prática, tendo como participantes diferentes profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Campo Bom e de uma unidade básica de saúde (UBS) de São Leopoldo. A seguir, foram analisados na perspectiva da hermenêutica de profundidade, para identificar os problemas éticos, com especial atenção ao contexto e ao discurso dos profissionais. Problemas éticos entendidos como desafios não podem ter uma resposta dicotômica e não existem respostas imediatas, pedindo deliberação sobre caminhos possíveis de solução, exigindo criatividade e decisões de longo alcance, com avaliação contínua. As falas dos profissionais apontaram para problemas éticos relativos à demanda, aos processos de trabalho e ao sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Ética. Atenção primária à saúde. Pessoal de saúde.

## Resumen

### Hermenéutica de problemas éticos percibidos por profesionales de la atención primaria

El artículo interpreta problemas éticos percibidos por profesionales de la atención primaria en dos investigaciones cualitativas realizadas en la región metropolitana de Porto Alegre. Los datos de las dos investigaciones fueron colectados en ocho reuniones de discusión focal sobre los desafíos éticos de la práctica, teniendo como participantes a diferentes profesionales de la Salud de la Familia (ESF) de Campo Bom y de una unidad básica de salud (UBS) de São Leopoldo. Los datos fueron analizados en la perspectiva de la hermenéutica de profundidad para identificar los problemas éticos con atención especial al contexto y al discurso de los profesionales. Problemas éticos entendidos como desafíos no pueden tener una respuesta dicotómica y no existen respuestas inmediatas, pidiendo deliberación sobre los posibles caminos de solución, exigiendo creatividad y decisiones de largo alcance, con evaluación continua. Lo hablado por los profesionales apuntó para problemas éticos relativos a la demanda, a los procesos de trabajo y al sistema de salud.

**Palabras-clave:** Ética. Atención primaria a la salud. Personal de salud.

## Abstract

### Hermeneutics of ethical problems perceived by professionals of primary care

This article interpreted the ethical problems perceived by professionals of Primary Care Health Service in two qualitative researches, conducted in the metropolitan area of Porto Alegre. The data of both researches were collected in eight meetings of focal discussion concerning ethical challenges of practice, with different professionals of the Family Health Strategy of Campo Bom (EFS) and of a primary care service of São Leopoldo. The analysis was also conducted in the perspective of deep hermeneutics, in order to identify ethical problems, with particular attention to the context and discourse of professionals. Ethical problems understood as challenges cannot receive dichotomous answers. Once there are no immediate responses, deliberations concerning different paths and solutions are required, demanding creativity and decisions of extended range and time, with continuous evaluation. The analysis of the professionals discourses pointed out ethical problems related to demand, processes of work and to the health system.

**Key words:** Ethics. Primary health care. Health personnel.

Aprovação CEP nº 58/2004 e nº 29/2006

1. Doutor roquejunges@hotmail.com 2. Mestranda rafaelaschaefer@hotmail.com 3. Mestranda carliserdn@yahoo.com.br 4. Graduanda mikaelabasso@gmail.com 5. Graduanda cassi\_silocchi@hotmail.com 6. Graduanda mariellics@hotmail.com 7. Graduanda raquelelisamello@hotmail.com 8. Graduanda brunamelosl@hotmail.com 9. Graduando guilherme.theo@gmail.com – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo/RS, Brasil.

## Correspondência

José Roque Junges - Caixa Postal 101 (Unisinos). CEP 93001-970 São Leopoldo/RS, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

## Hermenêutica dos problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária

A bioética já analisou com bastante destreza os problemas éticos do ambiente hospitalar, desenvolvendo instrumental teórico identificado com os tradicionais princípios da bioética principialista: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça <sup>1</sup>. Essa mesma destreza não foi desenvolvida quando de questões éticas da atenção primária, pois não se pode aplicar o mesmo tipo de análise, seja porque a configuração dos problemas é diversa, seja porque o serviço se organiza a partir de uma lógica diferenciada.

Em 1978, com a realização da Conferência de Alma-Ata, a atenção primária tornou-se foco central das ações em saúde. Um conceito bastante amplo incluía métodos apropriados para garantir o acesso de todos os cidadãos ao cuidado da saúde mediante serviços inseridos na realidade local, considerados como o primeiro nível de contato do usuário com o sistema de saúde <sup>2</sup>. A Constituição de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) promoveram a reorganização da dinâmica da assistência à saúde no Brasil, exigindo dos profissionais novas práticas e estratégias de trabalho. Nesse contexto, emergem questões de ordem ética, relacionadas à lógica de organização dos processos de trabalho <sup>3</sup>.

A assistência à saúde, até então centrada nas práticas hospitalares de caráter curativo e direcionada apenas a pequena parcela da população, torna-se direito de todos e dever do Estado, com ações de educação e promoção, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população. Essa nova perspectiva modifica a realidade de trabalho e exige dos profissionais uma mudança de atitude para sua concretização. Nesse ínterim, novas questões éticas emergem. Devido às características presentes na atenção primária, certos desafios éticos podem não ser percebidos como *problemas* pelos profissionais. As situações cotidianas da atenção primária tendem a ser consideradas mais fáceis que as vivenciadas na realidade hospitalar, mas nem por isso deixam de envolver grande complexidade assistencial <sup>3</sup>.

Este artigo é fruto da análise dos dados de duas pesquisas qualitativas desenvolvidas por pesquisadores do programa de pós-graduação (PPG) em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) sobre os problemas éticos da atenção primária, percebidos por profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Campo Bom e

de uma unidade básica de saúde (UBS) de São Leopoldo, cidades da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS).

Os dados foram interpretados no sentido de codificar os problemas éticos, entendidos na perspectiva de Gracia <sup>4,5</sup> como situações que não podem ser reduzidas a duas respostas opostas como seriam os dilemas, mais próprios de uma realidade hospitalar, mas como desafios que permitem vários cursos de solução, exigindo deliberação e ponderação para encontrar o melhor caminho de solução que precisa ser continuamente reavaliado. Problemas éticos entendidos como desafios não podem ser resolvidos com receitas prontas, mas exigem permanente criatividade, porque a resposta tem que ser de longo alcance, situando-se além da solução de um caso particular.

Trata-se, por conseguinte, de um estudo hermenêutico que objetiva interpretar os dados a partir do contexto e dos discursos proferidos nas discussões focais sobre a nova lógica da atenção e suas consequências para a prática da atenção primária. Para tanto, buscou-se identificar a emergência de problemas éticos e apontar as possíveis diferenças de sua ocorrência em serviços da ESF e de uma UBS, discutindo-os a partir dos referenciais da literatura.

### Metodologia

O artigo é uma interpretação dos problemas éticos evidenciados pela prática dos profissionais da atenção primária a partir de dois estudos realizados na linha de pesquisa *Vulnerabilidade em saúde e bioética* do PPG em Saúde Coletiva da Unisinos: *A percepção dos profissionais sobre os aspectos éticos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Campo Bom (RS)* e *O discurso dos trabalhadores de uma unidade básica de saúde (UBS) de São Leopoldo (RS) sobre a humanização dos serviços*.

A pesquisa realizada em Campo Bom, entre os anos de 2004 e 2006, visou produzir conhecimento sobre a relação entre bioética e saúde coletiva a partir da ESF, na percepção dos profissionais atuantes nas equipes. A metodologia utilizada foi exploratória, com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados fez-se uso da técnica de grupo focal, totalizando oito encontros – com uma hora e meia

de duração, cada – nos quais foram abordados os aspectos éticos presentes na estratégia, nas práticas dos profissionais, nas relações que se estabelecem no ambiente de trabalho e nas tradições culturais da comunidade atendida. A escolha do município se deu por indicação da secretaria estadual de Saúde. Participaram dos grupos profissionais integrantes das sete equipes do município, segundo critérios de distribuição por competência, totalizando 12 profissionais: três médicos, três enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. As discussões foram digitalmente gravadas e posteriormente transcritas.

Em continuidade ao estudo anterior, a segunda pesquisa foi realizada em São Leopoldo, entre os anos de 2007 a 2009, e teve por objetivo captar o discurso, sobre a humanização, dos trabalhadores de uma UBS e produzir conhecimento para a construção de uma bioética da saúde pública. A metodologia foi exploratória, com abordagem qualitativa.

A técnica para a coleta de dados foi a mesma do estudo anterior, sendo que os temas abordados em cada grupo focal foram a estratégia Humaniza-SUS<sup>6</sup> e o direito à saúde, a humanização nos processos de trabalho, nas relações, nas práticas e como eixo da ética dos serviços em saúde. Cada um dos pontos teve duas sessões de discussão focal facilitadas por dinâmicas, totalizando oito encontros de 1h30. O universo empírico foi intencionalmente definido segundo critérios de competência, totalizando 10 profissionais: um médico, duas enfermeiras, três técnicas em enfermagem, um dentista, um atendente de portaria, um encarregado do almoxarifado e o gestor da unidade. As discussões foram digitalmente gravadas e posteriormente transcritas.

O número de encontros de ambos os estudos foi previamente delimitado a partir das temáticas propostas para discussão, com a finalidade de compreender a situação e o contexto em que os problemas éticos são evidenciados na atenção primária. Os depoimentos aparecerão referidos como M para médicos, E para enfermeiras, T para técnicas de enfermagem, ACS para agentes comunitários de saúde e AD para os agentes administrativos.

De posse dos dados das duas pesquisas houve a possibilidade de comparar seus resultados para ver se havia diferença entre os problemas éticos da

prática das equipes de uma ESF e de uma UBS sem ESF. Para fazer essa leitura interpretativa procedeu-se à análise baseada na perspectiva da hermenêutica de profundidade de Thompson<sup>7</sup>, que interpreta os dados a partir da facticidade do contexto e dos discursos construídos na discussão focal e os discute criticamente a partir do referencial teórico, para assim chegar a um nível mais aprofundado que ultrapassa os significados manifestos.

A hermenêutica de profundidade é constituída por três fases: 1) análise sócio-histórica, na qual o pesquisador procura reconstituir as situações sociais do contexto sócio-histórico e o espaço temporal que cerca os fenômenos pesquisados, com vistas a conhecer o modo de construção das formas simbólicas, significados e suas peculiaridades; 2) análise formal ou discursiva, referente aos objetos e expressões presentes nos discursos e nas relações configuradas em formas simbólicas e complexas que apresentam uma estrutura articulada, tais como texto, falas, imagens e dinâmicas, ações e práticas; 3) interpretação e reinterpretação, que se refere à compreensão do mundo social e à construção de saberes que possuem potencial crítico de sentido emancipatório<sup>7</sup>.

A fase de análise sócio-histórica busca apreender o contexto onde os dados foram obtidos. A unidade de saúde de Campo Bom funciona sob a lógica da ESF, que trabalha a partir de uma equipe interdisciplinar, responsável por um território adscrito. O processo de trabalho se caracteriza pelo atendimento à demanda programada e as reuniões de equipe ocorrem semanalmente. Uma vez por mês ocorre uma reunião de integração de todas as equipes de Saúde da Família do município. A unidade de saúde de São Leopoldo centra seus processos de trabalho na demanda espontânea, pois não se estrutura a partir da perspectiva da ESF – nesse contexto não se evidenciam reuniões de equipe e o trabalho se caracteriza por uma lógica individualizada.

A segunda fase da análise hermenêutica trabalha na perspectiva da análise formal ou discursiva para a qual se podem usar diferentes metodologias interpretativas para chegar às categorias de análise. O presente trabalho optou por utilizar a análise de conteúdo proposto por Bardin<sup>8</sup>, que considera três grandes etapas: 1) pré-análise; 2) exploração

do material e tratamento dos resultados; 3) inferência e interpretação. A primeira consiste na fase de organização e sistematização; a segunda, busca codificar e enumerar em função dos critérios anteriormente definidos; na última, faz-se a categorização e classificação dos achados segundo semelhanças e diferenças observadas na análise, possibilitando e abrindo caminho para uma interpretação em profundidade, porque não permanece em uma pura descrição, mas explicita significados implícitos que dependem do contexto e das formas de compreensão dessa realidade.

Ambas as pesquisas foram submetidas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

### Resultados e discussão

Os principais problemas éticos da atenção primária que emergiram dos dados das duas pesquisas foram codificados pela análise de conteúdo nas seguintes categorias: *demanda, processos de trabalho e sistema de saúde*. Essa categorização tripartite chegou à mesma subdivisão do estudo de Zoboli e Fortes<sup>9</sup> sobre o mesmo tema, que encontrou problemas éticos na relação dos usuários com os profissionais, na relação dos profissionais entre si e na relação dos usuários e dos profissionais com o sistema de saúde. Embora as questões éticas apontadas não sejam sempre as mesmas, a categoria *demanda* sintetiza os problemas éticos das relações entre os usuários e os profissionais; o processo de trabalho, as questões éticas das relações entre os profissionais e, por fim, as relações de ambos com o sistema de saúde.

No que tange à primeira categoria – demanda – evidenciou-se que o vínculo entre os profissionais e os usuários pode ser mais forte na atenção primária. Devido às próprias características do trabalho, a demanda tende a aumentar, pois os usuários acabam procurando os serviços de saúde pelos mais diversos motivos, tornando-se um desafio ético atender a essas necessidades.

Um primeiro desafio ético da demanda, apontado tanto pelos profissionais da UBS quanto pelos profissionais da ESF, é compreender a pessoa em

sua individualidade diante da crescente busca e da consequente lotação dos serviços de saúde, em todas as instâncias do sistema. Conforme a fala de uma profissional, há dificuldades de conceber o indivíduo em sua integralidade e singularidade, eliciado pela demanda de atendimentos que devem ser priorizados cotidianamente:

*“Essas pessoas têm um sofrimento psíquico, uma carência. A proposta é boa, acho que a equipe teria um pouco mais de vontade até de fazer algo por essas pessoas, pois eles querem que alguém as escute, alguém que as valorize, mas muitas vezes a demanda faz deixar isso de lado para responder ao protocolo”* (E da ESF).

O problema ético surge no conflito entre a individualidade do sujeito e os protocolos definidos pelo sistema. A fala aponta que devido às exigências do sistema perde-se a possibilidade de prestar um atendimento humanizado, ressaltado como questão ética na relação profissional-usuário. Para tanto, o usuário precisa ser interpretado em suas demandas a partir de suas condições de vida, efetivando uma prática cooperativa e coletiva multiprofissional<sup>10</sup>.

Em contraste com a necessidade de consolidar relações humanas mais próximas, verificou-se na ESF um problema ético identificado como dificuldade dos profissionais em compreender a nova demanda gerada pelo estabelecimento de vínculo com os usuários: *“Por outro lado, temos que ter cuidado em relação a esse vínculo que se cria, porque acho que a maioria das colegas aqui já teve problema em relação a isso. Eles têm o número do telefone da unidade. Nem todo o usuário sabe os limites”* (E da ESF). As transformações vivenciadas pelo setor saúde aproximaram os serviços dos usuários e, com isso, mudaram-se as relações entre os diferentes atores envolvidos na assistência.

Esse novo contexto, marcado pelo protagonismo dos usuários, gerou nova realidade de trabalho e o fato de os profissionais perceberem essas situações como um problema ético pode representar a necessidade de trabalhar esta nova configuração de saúde, mediante projetos de educação permanente, por exemplo, fazendo com que os mesmos transformem sua visão e reconheçam o usuário não

como um objeto incômodo, mas como sujeito portador de direitos, opções de vida e, também, agente social das próprias mudanças <sup>11</sup>.

A demanda emerge da percepção de um problema de saúde que instiga a busca do serviço para sua possível resolubilidade. Contudo, a demanda nem sempre é a expressão de uma necessidade, quer pelo desconhecimento das pessoas do que elas verdadeiramente precisam, quer pela desinformação sobre a solução para seus problemas ou, até, pela ausência da oferta dos serviços desejados <sup>12</sup>.

Muitas vezes os profissionais identificam as necessidades em saúde do usuário simplesmente como busca de acesso à tecnologia médica para resolver seu problema, mas quando essas necessidades são acolhidas e interpretadas, desponta o anseio por cuidado e autonomia <sup>12</sup>. Por isso, o profissional precisa desenvolver um vínculo pautado por relações de simetria e de autorresponsabilização, desestimulando o desenvolvimento de relações de dependência.

A efetivação da demanda ocorre no cotidiano dos atores envolvidos, resultado da inter-relação das necessidades existentes, dos projetos de felicidade dos usuários e do paradigma de atenção concebido culturalmente pelos mesmos. Nesse contexto simbólico se movem os profissionais mutuamente implicados nesta relação, ainda contingenciados pelos recursos técnicos e econômicos fornecidos pelo sistema em sua política de saúde. Logo, a demanda é socialmente estabelecida, porque depende do contexto em que essas necessidades estão sendo construídas. Verificam-se, também, carências relacionadas ao cotidiano, exigindo abertura e resgate de valores e vínculos que possibilitem novas relações e novos sistemas de atenção e cuidado que resguardem a integralidade da vida humana <sup>11,12</sup>.

Considera-se importante ressaltar a dimensão ética da demanda, pois atentar para as singularidades subjetivas no coletivo é priorizar um olhar para a produção e promoção de saúde integral, desafiando o profissional a interpretar as necessidades com as quais se depara na prática. Para tal, a demanda existente deve ser atendida na perspectiva da singularidade do sujeito, não submetendo tal expectativa às normatizações dos protocolos. Essa atenção à singularidade conduz à responsabilização

pela sua própria situação, desmotivando a dependência. Desse modo, objetivar-se-á a efetivação da humanização, a resolubilidade e a plena satisfação do usuário da atenção primária.

A segunda categoria aborda questões éticas ligadas aos processos de trabalho. A lógica de trabalho desenvolvida na atenção primária é diferente da do hospital e da emergência, levantando outros problemas éticos. A equipe precisa trabalhar em conjunto, numa prática multiprofissional. Os objetivos são construídos e alcançados a partir de prazos alongados, exigindo um perfil diferenciado de profissionais que sabem acompanhar os usuários.

O primeiro desafio ético dos processos de trabalho evidenciado pelos profissionais é a existência de pouco diálogo e compreensão entre os membros da equipe de trabalho da ESF, pois o trabalho em equipe é o norteador do sucesso dos processos de trabalho – enquanto na UBS esta ainda é uma questão em aberto a ser desenvolvida. Essa constatação aparece na fala da gestora da UBS: *“O dia em que a gente conseguir se comunicar, a gente vai ser equipe. Mas enquanto a gente não conseguir resolver o problema do início ao fim, a gente não é uma equipe”* (AD da UBS).

O trabalho em saúde deve caracterizar-se pela resolução das necessidades dos usuários, e para isso a equipe deve preocupar-se em estabelecer um relacionamento de cooperação e troca de conhecimentos, pautado pelo diálogo e necessária escuta. Os problemas de saúde apresentam-se sempre mais complexos, exigindo dos profissionais ações interseoriais com espírito de equipe e apoio da comunidade para a sua resolução. Por isso, é fundamental o desenvolvimento de uma *cultura do trabalho vivo* <sup>13</sup>, que tem o seu foco principal não tanto no produto final de um atendimento, que pode ser um exame ou uma prescrição, mas na relação dialógica que se estabelece entre o usuário e profissional. Tal relação precisa efetivar-se em conjunto com uma capacidade de gestão democrática e participativa das ações coletivas, só possível mediante cogestão, na qual todos, profissionais e usuários, sintam-se contemplados em suas necessidades e responsáveis pelo resultado final do trabalho <sup>14</sup>.

Outro desafio ético evidenciado é a dificuldade em estabelecer concretamente a atuação

dos agentes comunitários de saúde (ACS). Esses profissionais da ESF têm a função de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde, apoiando os indivíduos e as famílias, identificando situações de risco, realizando orientações, prevenção de doenças e educação em saúde. Os ACS devem permitir a comunicação e o vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade, considerando as singularidades locais, possibilitando melhor qualificação do atendimento a partir das necessidades e potencialidades da população<sup>15</sup>. Contudo, a fala a seguir sugere que talvez os profissionais da equipe não compreendam todas as peculiaridades do papel dos agentes:

*“Eu concordo com a Cristiane quando fala que as agentes têm que ser melhor preparadas. Elas até se deparam com situações que não sabem resolver, até coisas do sofrimento das pessoas, não só isso, mas coisa que não sabem. Aí vem de volta para a equipe, geralmente para a enfermeira (...) se tivessem uma formação mais aprimorada e uma educação continuada mais aprofundada poderiam resolver. Seriam alternativas” (E da ESF).*

Os ACS têm a tendência de se identificar mais com a equipe, assumindo progressivamente o modelo biomédico na resolução das necessidades de saúde, acabando por supervalorizar questões técnicas e deixando de lado as questões culturais e socioambientais da comunidade. Assim, torna-se um encaminhador das tarefas de leva e traz, submetido ao aspecto técnico, pois seu saber cultural não é valorizado, dificultando a delimitação de suas atribuições<sup>15,16</sup>.

Por fim, o desafio ético da falta de perfil dos profissionais para trabalhar na dinâmica do SUS remete ao processo de formação, problema mais presente no discurso dos trabalhadores da ESF, por configurar-se como nova proposta de trabalho: *“Nossos próprios colegas da área da saúde não entendem a ESF. Ainda não têm a ideia de um serviço diferenciado, diferente de um simples posto onde não precisa nem olhar pra cara do médico, simplesmente prescrever exames. Se a gente quer que a população tenha esse tipo de visão, a gente tem que começar primeiro por todos os profissionais, em nível até da faculdade” (E da ESF).*

Estudos apontam para a necessidade de reordenar a formação profissional segundo o contexto das mudanças da assistência à saúde, promovidas pela Reforma Sanitária e que levaram à constituição e implementação do SUS<sup>17-19</sup>. A maioria das instituições de ensino em saúde ainda formam alunos a partir das diretrizes do modelo biomédico, com uma visão fragmentada do processo saúde-doença, orientando ações de caráter mais curativo do que preventivo. Os desafios do trabalho em saúde demonstram a necessidade de estabelecer estratégias que objetivem a formação de sujeitos críticos, reflexivos e criativos, capazes de fazer frente a problemas de saúde sempre mais complexos, envolvendo questões sociais, ambientais e culturais<sup>20</sup>.

Se o foco da atenção primária é acolher, interpretar e responder às necessidades cotidianas em saúde, que são complexas, pois determinadas por condicionamentos psicológicos e socioculturais, os processos de trabalho precisam estar configurados para tentar dar resolubilidade a essa demanda. Se a terapêutica para enfrentar a doença num ambiente hospitalar precisa obedecer a protocolos definidos para alcançar a cura, a clínica exigida nos cuidados primários precisa estar mais atenta às manifestações multivariadas da subjetividade porque os itinerários terapêuticos necessitam ser acordados com o usuário, pois acontecem no seu cotidiano e com prazos longos, que dependem, em grande parte, de sua autonomia. A isso Campos<sup>21</sup> chama de clínica ampliada ou clínica do sujeito.

Essa maior atenção à subjetividade do usuário no atendimento clínico exige uma mudança na própria lógica dos processos de trabalho em saúde, pois a subjetividade do profissional também precisa ser levada em consideração na configuração da dinâmica das atividades. Essa constatação aponta para outro conceito importante para entender esse fenômeno: a diferença entre trabalho morto e trabalho vivo, proposto por Merhy<sup>13</sup> – quando o marceneiro produz uma cadeira e o cliente a compra, o trabalho morre no produto vendido. O trabalho é mediado pelo produto, e não pela relação.

O trabalho vivo, ao contrário, é definido pela relação que se estabelece. Assim, a relação, e não tanto os procedimentos e os instrumentos, deve ser a base do trabalho vivo em saúde, que não se

pode esgotar no produto. O modo como se organiza o trabalho, por exemplo, numa lógica taylorizada, transforma o trabalho vivo em trabalho morto. Centrar-se na relação não significa desprezar as tecnologias, mas saber conjugar no trabalho vivo, segundo Merhy, as tecnologias duras (aparelhos), leves/duras (conhecimento) e leves (cuidado) <sup>22</sup>.

As necessidades emergentes em saúde são aspectos de grande importância para a assistência, pois norteiam a organização dos serviços, instaurando ações e intervenções para alcançar metas e objetivos de minimizar, ajustar e evitar problemas de saúde. A configuração do sistema de saúde é uma resposta às necessidades construídas pelo imaginário social, expressas em demandas em permanente transformação e dinamismo. A organização sistêmica dos serviços de saúde para responder à demanda mediante processos de trabalho constitui-se como o terceiro desafio ético.

O sistema de saúde foi planejado para resolver as necessidades em saúde como um direito do usuário e um dever do Estado, o que exige nova lógica organizacional e novos paradigmas gerenciais. Essa mentalidade instaura práticas inéditas, levantando desafios éticos originais, típicos de uma mudança paradigmática. Embora com lógicas diferentes, tais desafios aparecem tanto na ESF quanto nas UBS, haja vista que as dificuldades pertinentes ao sistema são as mesmas.

O Ministério da Saúde preconiza programas específicos de prevenção e de tratamento dos agravos mais frequentes à saúde. Contudo, as comunidades necessitam programas que atendam as suas necessidades próprias, que às vezes não se identificam com as prescritas oficialmente. Por isso, o sistema tem que estar atento ao contexto concreto, ampliando conhecimentos sobre as reais necessidades, as características da comunidade atendida e a complexidade sanitária do local <sup>23</sup>. Tal fato aparece na fala de uma técnica:

*“Não existe grupo e ninguém sabe como lidar com os problemas mais comuns de Campo Bom: a obesidade, o estresse, a dor de coluna, provocados pelo ambiente de trabalho da fábrica de calçados. Nós deveríamos estar preparados para essas coisas e parar de focar só em hipertensos e diabéticos”* (T da ESF).

Os usuários facilmente apontam a má qualidade do SUS, fruto do imaginário social produzido pela mídia, criando sensacionalismo sobre as mazelas do serviço público. Esse imaginário social é um desafio ético para o sistema. A mídia afeta a percepção dos usuários acerca do sistema ao produzir mais notícias sobre os desvios do SUS do que sobre os êxitos e as possíveis mudanças no cenário social da saúde <sup>24</sup>.

Tal distorção aparece claramente na seguinte fala da gestora, reportando-se à queixa do usuário: *“Veio uma senhora que disse: no mínimo perderam meu exame. Daí eu disse, não senhora, a gente não perde nada aqui. E ela retrucou: (...) porque SUS é assim mesmo”* (AD da UBS). O problema ético aparece entre o instituído, representado pelo imaginário social do antigo modelo de saúde, veiculado pela mídia, e o instituinte, representado pela nova proposta, mais focada em ações de promoção e educação em saúde <sup>25</sup>.

A falta de estabilidade e as constantes trocas dos membros da equipe dificultam o estabelecimento de vínculo próximo e duradouro com o usuário. Neste trabalho, os profissionais da ESF reportaram esse problema: *“O que o pessoal reclama muito é que quando eles estão se acostumando com o médico ou com a enfermeira, eles saem. O bom seria ficar sempre com a mesma equipe, mas não funciona, não fica”* (T da ESF).

Estudos sugerem que alguns dos elementos essenciais para a formação do vínculo com a equipe de saúde referem-se ao respeito e compromisso do profissional para com a comunidade, bem como a realização de concurso, o que contribui para a permanência do profissional na equipe, evitando, dessa forma, a rotatividade <sup>26</sup>.

Os municípios enfrentam problemas relacionados ao orçamento, comprometendo a administração de pessoal e levando à burocratização da assistência. Na tentativa de resolver esses problemas, a gestão recorre à terceirização dos serviços. Esse fenômeno ocasiona as constantes trocas dos profissionais que não trabalham na ótica da responsabilização, nem estão comprometidos com a lógica da ESF. Se o escopo é o atendimento integral e acompanhamento do usuário e sua família, os profissionais precisam de tempo para estabelecer vínculo, necessário para o al-

cance de tais objetivos. A terceirização dos serviços é um problema ético para o sistema, pois incide diretamente nos processos de trabalho <sup>27, 28</sup>.

Outro problema ético é a interferência dos políticos locais no funcionamento dos serviços de saúde para beneficiar sua clientela política. Eles manifestam preocupação somente por interesses eleitoreiros, demonstrando falta de responsabilização política pela melhoria efetiva dos serviços – o que é clarificado na seguinte fala da médica da UBS: *“Véspera de eleição vocês vão ver a pressão que vai ter, os vereadores dizendo que: ah, mas eu vou ligar para fulano de tal”* (M da UBS).

O problema aponta para a necessidade de o conselho de saúde ser, de fato, o controle social e a referência para a fiscalização dos serviços de saúde, e não os políticos, que transgridem as regras do sistema em benefício próprio. Esse comportamento deseduca para a cidadania, porque não incentiva a participação, mas o compadrio e o clientelismo. Esse modo de “resolver” problemas baseia-se no *jeitinho*, usa subterfúgios do poder de influência e desrespeita a observância das normas, que valem para todos. Tal situação desestimula o empenho por uma cidadania responsável num ambiente de responsabilização política e administrativa transparente <sup>29</sup>.

Outro problema ético do sistema é a falta de preocupação com a saúde mental dos profissionais, pois as preocupações com os resultados quantitativos e a prestação de contas são prioridade. Não é difícil encontrar profissionais cansados e insatisfeitos com as condições de trabalho, o que gera ainda mais ansiedade e desgaste e ocasiona situações de risco para o usuário e o profissional – ocorrência evidenciada em diálogo entre uma enfermeira e uma técnica, que se queixava da situação: *“Hoje estou cansada, não estou com vontade de trabalhar, não aguento”. E eu disse: “Mas tu vai ter que trabalhar... Tu vai estar aqui até às 7h”* (E da UBS).

Frente a esse quadro, as estratégias de defesa são o absenteísmo, as brincadeiras, o assédio psicológico e as demonstrações de insensibilidade perante o sofrimento humano. Por isso, a necessida-

de de desenvolver estratégias institucionais para o enfrentamento do estresse entre os profissionais <sup>30</sup>.

### Considerações finais

Os problemas éticos identificados apontam para questões importantes que interferem nas relações estabelecidas no ambiente de trabalho, quer entre os profissionais, com os usuários ou com o próprio sistema de saúde. Tais problemas podem comprometer a dinâmica de trabalho em sua resposta às necessidades de saúde.

A ESF possui características específicas de funcionamento, pautadas no trabalho em equipe e no acompanhamento das famílias adscritas, diferentemente da UBS que atende à demanda espontânea do bairro. Desse modo, os conflitos evidenciados são peculiares em cada modelo de assistência. Na ESF destacam-se conflitos ligados com o trabalho em equipe e o excesso de vínculo. Na UBS, os conflitos percebidos estão relacionados com a dificuldade de comunicação e compreensão entre profissionais e usuários, visto que não há proximidade e continuidade na assistência que permita a integração dos mesmos. Contudo, percebe-se a existência de conflitos semelhantes em ambos os modelos de assistência no tocante aos problemas éticos relacionados com o sistema de saúde.

Com essa tomada de consciência dos problemas éticos da atenção primária é possível chegar à última fase da análise hermenêutica, que é a reinterpretação <sup>8</sup>, cujo objetivo é o despertar do potencial crítico e sentido emancipatório dos profissionais, quando compreendem os significados e o contexto de suas práticas de atendimento. O artigo procura propiciar aos profissionais da atenção primária a oportunidade de se compreenderem criticamente em suas práticas a partir dos problemas éticos presentes na realidade do trabalho. Com isso, poderão posicionar-se frente ao resultado dos seus atendimentos, revendo a resolubilidade de suas práticas e contribuindo para mudanças e transformações nos processos e nos serviços de saúde.



## Referências

1. Beauchamp TL, Childres JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
2. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-626.
3. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Novas pontes para a bioética: do individual ao coletivo, da alta especialização à atenção básica. Mundo Saúde. 2004;28(1):28-33.
4. Gracia D. Ethical case deliberation and decision making. Med Health Care Philos. 2003;6(3):227-33.
5. Gracia D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. Med Health Care Philos. 2001;4(2):223-32.
6. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
9. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2004;20(6):1690-9.
10. Pinheiro R, Mattos RA. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc-Uerj; 2005.
11. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 2004;20(6):1487-94.
12. Schraiber LB, Mendes RBG. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Nemes MIB, organizador. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 2000.
13. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2007.
14. Campos GWS. Um método para análise e gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
15. Furlan PG. O agente comunitário de saúde e a prática na atenção: alguns apontamentos. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 368-87.
16. Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. Cienc Saúde Coletiva. 2011;16(Supl 1):873-80.
17. Corbellini VL, Santos BRL, Ojeda BS, Gerhart LM, Eidt OR, Stein SC et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2010;63(4):555-60.
18. Costa RKS, Miranda FAN. Sistema único de saúde e da família na formação acadêmica do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2009;62(2):300-4.
19. Moretti-Pires RO, Bueno SMV. Freire e formação para o sistema único de saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. Acta Paul Enferm. 2009;22(4):439-44.
20. Fernandes JD, Xavier IM, Cerbelli MIPF, Bianco MHC, Maeda D, Rodrigues MCV. Diretrizes curriculares e estratégias para a implementação de uma nova proposta pedagógica. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):443-9.
21. Campos GWS. Saúde paideia. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
22. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Interface Comun Saúde Educ. 2000;4(6):109-16.
23. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2004.
24. Oliveira VC. A comunicação midiática e o sistema único de saúde. Interface Comun Saude Educ. 2000;4(7):71-80.
25. Barembli GF. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1998.
26. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa unidade básica de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(2):358-64.
27. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: Merhy EE, Magalhães JHM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
28. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Cienc Saúde Coletiva. 2007;12(2):301-6.
29. Mozzicafreddo J. A responsabilidade e a cidadania na administração pública. Sociologia, problemas e práticas. 2002;40:9-22.
30. Mendes HWB, Caldas ALJ. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. Rev Latinoam Enferm. 2001;9(3):20-6.

### Participação dos autores no artigo

- José Roque Junges orientou o trabalho de pesquisa, ajudou na discussão e estrutura do artigo e na sua revisão e correção final. Rafaela Schaefer e Carlise Rigon orientaram a discussão, escrita e a organização do artigo. Os demais ajudaram na discussão e escrita do artigo.

