

En busca del *ethos* de la Estrategia Salud de la Familia: una investigación bioética

Luís Claudio de Souza Motta¹, Selma Vaz Vidal², Andréia Patrícia Gomes³, Túlio César Correia Lopes⁴, Lucas Rennó⁵, Renato Miyadahira⁶, Rodrigo Siqueira-Batista⁷

Resumen

Estudio empírico, cualitativo y cuantitativo, donde se trató de identificar y caracterizar las cuestiones de bioética en la atención primaria de salud – desde la perspectiva de los miembros de los equipos de la ESF en una ciudad en la región montañosa de Río de Janeiro, Brasil, buscando describir críticamente. También trató de detectar el grado de aproximación teórica de los profesionales con respecto a los fundamentos de la ética y la bioética, en base a la teoría principialista. Adoptó un cuestionario semi-estructurado como un instrumento de recolección de datos. Las respuestas se clasificaron en los aspectos relacionados con (i) conflictos éticos/bioéticos en relación con el personal y los usuarios; (ii) conflictos éticos/bioéticos en el proceso de trabajo y la convivencia entre los miembros del equipo; (iii) conceptos erróneos acerca de la comprensión de los conceptos básicos (bio)ética y la ética profesional. Sin embargo, aunque aparentemente menos obvio, esas cuestiones relativas al ámbito de la atención primaria de salud se comprometen el proceso de trabajo y la promoción de la integridad en la atención a los usuarios del SUS.

Palabras-clave: Atención primaria de salud. Ética. Bioética.

Resumo

Em busca do *ethos* da Estratégia Saúde da Família: uma investigação bioética

Estudo empírico, quali-quantitativo, em que se buscou identificar e caracterizar questões bioéticas na atenção primária à saúde – na perspectiva dos membros das equipes de ESF em um município da Região Serrana do Rio de Janeiro, Brasil, buscando-se descrevê-las criticamente. Procurou-se também detectar o grau de aproximação teórica dos profissionais em relação a conceitos básicos de ética e bioética, tendo como base a teoria principialista. Adotou-se o questionário semiestruturado como instrumento de coleta de dados. As respostas obtidas foram categorizadas em aspectos relacionados a (i) conflitos éticos/bioéticos em relação à equipe e aos usuários; (ii) conflitos éticos/bioéticos em el processo de trabalho e convivência entre os membros da equipe; (iii) equívocos quanto à compreensão dos conceitos básicos de (bio)ética e deontologia profissional. Contudo, mesmo que aparentemente menos evidentes, tais questões atinentes ao âmbito da atenção primária à saúde comprometem o processo de trabalho e a promoção da integralidade no cuidado ao usuário do SUS.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Ética. Bioética.

Abstract

Searching for *ethos* in Family Health Strategy: a bioethical investigation

This is a qualitative and quantitative empirical study seeking to identify and critically describe bioethical issues in primary health care from the perspective of members of Family Health Strategy (ESF) teams in a city in the mountainous region of the state of Rio de Janeiro, Brazil. It also sought to detect the degree of theoretical approximation of professionals regarding the basics of ethics and bioethics, based on principialist theory. A semi-structured questionnaire was adopted as data collection instrument. The responses were categorized into aspects related to (i) ethical/bioethical conflicts in relation to staff and users; (ii) ethical/bioethical conflicts in the process of work and coexistence among team members; and (iii) misconceptions regarding the concepts of basic (bio)ethics and deontology. Although apparently less obvious, such matters concerning the scope of primary health care compromise the work process and the promotion of comprehensive care for users of the SUS.

Keywords: Primary health care. Ethics. Bioethics.

Aprovação CEP Centro Universitário Serra dos Órgãos - Protocolo 477-10

1. **Doutorando** lcsmotta@hotmail.com – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso), Rio de Janeiro/RJ, Brasil. 2. **Doutora** vazvidal@yahoo.com.br – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Rio de Janeiro/RJ, Brasil. 3. **Doutora** andreiapgomes@gmail.com. 4. **Graduando** tuliocesarlopes@gmail.com. 5. **Graduando** lucasrenno87@gmail.com. 6. **Graduando** mh.renato@yahoo.com – Universidade Federal de Viçosa (UFV), Minas Gerais/MG, Brasil. 7. **Doutor** rsbatista@ufv.br – Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ e Universidade Federal de Viçosa (UFV), Minas Gerais/MG, Brasil.

Correspondência

Luís Claudio de Souza Motta – Avenida Alberto Torres, nº 111 – Alto CEP 25964-004. Teresópolis/RJ, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

La promulgación de la Constitución de 1988 y la introducción, a través de la ley 8080, del Sistema Único de Saúde (SUS) [Sistema Único de Salud], representó, desde un punto de vista legal, la etapa más alta de un proceso histórico de lucha democrática por el derecho universal a la salud¹. Desde entonces, una serie de discusiones y normas han sido propuestas, tratando de poner en práctica la propuesta legal del SUS. En este sentido, la redirección de la atención primaria, punto de contacto inicial y puerta de entrada principal de los individuos y las familias al sistema de salud se ha convertido en uno de los puntos estratégicos para la consolidación del SUS; destacando la introducción del Programa de Saúde da Família (PSF) [Programa de Salud de la Familia] en 1994, luego redimensionado como Estrategia Saúde da Família (ESF) [Estrategia de Salud de la Familia], el punto principal para la reorganización del sistema²⁻⁵. En 2006, con la introducción de la Política Nacional de Atención Primaria de Salud, se amplió el objetivo de la atención primaria, reafirmando la ESF como un modelo de implementación de una nueva lógica para la organización del sistema de salud brasileño^{6,7}. Este sistema ha exigido prácticas modernas y estrategias de trabajo de profesionales de la salud.

Este escenario pone de relieve el papel de la bioética, que debe superar los códigos de conducta o relaciones morales de convivencia que subyacen y a menudo capturan mecanismos de sujeción y el ejercicio del poder, proponiendo respeto y protección de todos los seres, humanos o no, y sus hábitats naturales⁸⁻¹⁰. La relevancia del debate bioético radica en que gana resonancia en diversos contextos, incluyendo el trabajo en el campo de la salud, haciéndola la disciplina central en la formación de profesionales de la salud¹¹. Sumado a esto en la sociedad actual los individuos deberían tener varias habilidades además de las previamente requeridas¹², combinando técnicas con ética – lo que hace relevante la necesidad de expansión y optimización de espacios para la discusión de la ética y la bioética en la implementación de los contextos educativos actuales.

Inicialmente, la propuesta teórica de Beauchamp y Childress, publicada en 1979 y titulada “Principios de ética biomédica”, continuó la discusión del informe Belmont, el primer intento de sistematizar los principios básicos orientados a la toma de decisiones y resolución de conflictos morales dentro del área de salud. El concepto de bioética se ha expandido en los últimos años, extendiéndose a todo tipo de vida, en consonancia con el diseño original de Potter. Pero a pesar de su amplio contexto, la etimología misma de la palabra bioética, en senti-

do estricto, se refiere a los fenómenos mencionados en las ciencias de la salud y las biotecnologías¹³, y así fue incorporada por el principalismo como una corriente teórica actual¹⁴ y ampliamente discutido en el contexto de la salud.

El cuidado de la salud, anteriormente limitado a la asistencia centrada en las prácticas de hospital para fines curativos y de drogas, empezó a ser visto como un derecho de cada ciudadano y como un deber del Estado, en términos de acciones de educación, promoción, prevención, protección y rehabilitación. Este proceso permitió emerger nuevas cuestiones de bioética, en un *ethos* hasta aquel momento casi invisible a la reflexión ética: la atención primaria^{15,16}. Desde esta perspectiva, es posible reconocer, tal como fue descrito por Zoboli, que las contribuciones de la bioética a la atención primaria están aún pobremente caracterizadas; como durante mucho tiempo, discusiones críticas sobre asistencia terciaria y biotecnología fueron priorizadas, destacando el hospital como el locus privilegiado de debate sobre el principio y el fin de la vida, la donación de órganos, los trasplantes y los nuevos enfoques terapéuticos, entre otros^{10,11}.

En debates raros, se abordaron las implicancias de las cuestiones de bioética en otros niveles de atención de la salud. Además, tal como fue descrito por el autor anteriormente mencionado, debería mencionarse que 1) los problemas de salud difieren según los niveles de acciones y procedimientos previstos; 2) los objetos de la ética (usuarios, familiares y profesionales de la salud) también son diferentes y pueden tener menos autonomía que en el caso de pacientes hospitalizados; 3) el escenario de cada tipo de servicio de salud tiene peculiaridades y; 4) las soluciones a problemas éticos similares pueden variar, teniendo en cuenta el espacio-tiempo diferente de la atención de la salud¹⁷⁻²⁰.

En vista de esto, el presente estudio pretende describir los problemas (bio)éticos experimentados por los miembros de los equipos de salud familiar (médicos, enfermeros, técnicos en enfermería y otros) en sus prácticas diarias de cuidado primario. Por otra parte, los propósitos específicos, tales como el diseño de los problemas antes mencionados y la identificación de la conciencia de principios por parte de los miembros del personal, también fueron evaluados en términos de los fundamentos de la ética y la bioética, basados en la actual teoría principialista, originalmente concebida como una bioética médica, a saber, aproximando el área del contexto de la salud. Es sabido que los principios propuestos por esta teoría no son adecuados para discutir, por

ejemplo, las cuestiones de la bioética en el ámbito de la salud pública²¹; pero fueron consideradas por los autores como una corriente teórica que incorporó lo que fue más discutido en salud del curso de graduación. El término *ethos* aquí asume el sentido de la palabra griega (ἦθος), el significado original de la cual, en el mundo Homérico, era “albergar”.

Materiales y métodos

Situación de estudio y sujetos

El estudio se realizó en el municipio de Teresópolis, con aproximadamente 163.746 habitantes y una superficie territorial de 770,51 km², constituyendo la región montañosa del estado de Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Según informes del Ministério da Saúde (MS) [Ministerio de salud brasileño]²², Teresópolis tenía doce equipos de ESF con 76 agentes comunitarios de salud, representando el 24,98% de cobertura. El municipio fue elegido por conveniencia, considerando el acceso de los investigadores a las USF [Unidades de Salud de la Familia]. La recolección de datos se produjo desde febrero a marzo de 2011.

Los sujetos de estudio incluyeron profesionales/trabajadores de tres USF locales. La selección de las USF fue al azar, pero con la condición preliminar de que las unidades seleccionadas tuvieran equipos completos de ESF (de hecho, había ocho unidades USF completas al momento de la selección). Todos los equipos de profesionales de ESF fueron invitados a participar en el estudio, excepto aquellos que tenían cargos administrativos o que no eran parte del personal médico designado por el Ministerio de Salud²³.

Diseño del estudio y recopilación de datos

Se realizó un estudio empírico, cuantitativo y cualitativo, con el objetivo de identificar y caracterizar las cuestiones bioéticas relativas al cuidado de la salud, describiendo²⁴ e interpretándolos críticamente, permitiendo un análisis racional e imparcial de los conflictos morales observados²¹. El campo de este estudio es social y, debido a las características del objeto de investigación, fueron empleados los fundamentos teóricos, instrumentales y metodológicos de la investigación cualitativa, que aborda el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, correspondientes a un espacio más profundo de las relaciones, procesos y fenómenos que no pueden reducirse a la operacionalización de variables^{25,26}.

El cuestionario semiestructurado fue adoptado como una herramienta de recolección de datos, siguiendo las recomendaciones de la literatura acerca de que debe ser mixto, en otras palabras, utilizar tanto preguntas abiertas como cerradas. Es bien sabido que las preguntas abiertas permiten libertad de pensamiento y que las respuestas variadas permiten la posible identificación de significados. Por el contrario, las preguntas cerradas permiten responder rápido y fácil, así como la cuantificación posterior²⁷.

El cuestionario incluyó 25 preguntas, divididas en tres secciones principales: 1) características educativas generales y tiempo de trabajo de los profesionales en la ESF, 2) problemas bioéticos enfrentados por el equipo, y 3) comprensión de la ética y los principios de la bioética. En cuanto a “*las características educativas generales y el tiempo de empleo en la ESF*”, el cuestionario contenía preguntas cerradas sobre la formación académica de los profesionales, tiempo (en años) de estudios de pregrado, tiempo (en años) de trabajo en el área de salud y tiempo (en años) de trabajo como un profesional de la ESF.

La sección de “*problemas bioéticos enfrentados por el equipo*” contenía preguntas abiertas en las que los profesionales debían describir: una o más situaciones bioéticas experimentadas en la USF; las consecuencias; cómo el equipo abordó la cuestión; y la solución, si corresponde, para el problema. En la tercera sección del cuestionario, *conocimientos de ética y principios de bioética*, hubo preguntas sobre la comprensión de los conceptos de ética y bioética, la posibilidad de enseñar tal conocimiento, si deberían ser registrados en sus rutinas de trabajo y si había interés en aprender más sobre esos temas.

Se estableció contacto con los equipos seleccionados en sus USF para la explicación de la propuesta de estudio y, posteriormente, para la formalización de la invitación y participación, así como para la clarificación de los objetivos de la investigación. Tan pronto como el profesional daba su consentimiento para participar, él o ella recibía el cuestionario semiestructurado para ser llenado. El investigador interfirió lo menos posible, orientando y estimulando a cada participante en la elaboración de respuestas.

Análisis de datos

Características generales de los participantes

El cuestionario fue contestado en un plazo promedio de 45 minutos por 31 profesionales de las USF: 13 Agentes de Salud Comunitarios (CHA

- 41,9%); 2 Técnicos de Higiene Oral (OHT - 6,5%); 2 Dentistas (D - 6,5%); 5 Médicos (PHY - 16,1%); 5 Enfermeros (N - 16,1%) y 4 Técnicos de Enfermería 4 (NT - 12,9%). Para garantizar la privacidad de la identidad de los participantes, cada cuestionario fue codificado con números asociados a un acrónimo; los códigos fueron utilizados en cualquier referencia a los participantes/cuestionarios.

Casi todos los profesionales que respondieron a los cuestionarios fueron mujeres (n=29). En cuanto al nivel educativo de los participantes, 19 (61,3%) tenían nivel secundario y 12 (38,7%) tenían un título universitario, con especialización (completa o en curso). El tiempo de trabajo directo en atención primaria de los participantes fue: 0 a 1 año (7, o 23,0%); 1 a 2 años (6, o 19,0%); 2 a 5 años (5, o 16,0%); 6 a 10 años (6, o 19,0%); 11 a 15 años, (5, o 13,0%), otros 3 profesionales aún no habían completado un año. Basado en las respuestas, se observó que los profesionales de nivel superior y medio permanecían menos tiempo trabajando en atención primaria.

Se ha observado que pocos profesionales trabajan en ESF durante mucho tiempo, corroborando estudios previos que mencionan la alta rotación de profesionales. En otras palabras, el no compromiso de los profesionales con la atención primaria y condiciones de trabajo inadecuadas, relacionados en la literatura y derivados de problemas de depreciación profesional, inestabilidad laboral, falta de motivación con las condiciones de trabajo y la falta de infraestructura adecuada de las USF y otros^{4,28-32}. Tal contexto se vuelve aún más complejo ante los diferentes enfoques de gestión de la ESF, tales como la subcontratación por parte de fundaciones estatales y organizaciones sociales (OS)³⁰.

El análisis de las respuestas se realizó utilizando la técnica de análisis de contenido de Bardin, específicamente el análisis temático, debido a su adaptación a la investigación cualitativa en el área de salud. Después de la lectura sistemática de las respuestas, se realizaron tres etapas: 1) análisis previo; 2) exploración del material y; 3) procesamiento de resultados, inferencia e interpretación³³, respetando el orden de disposición de las secciones del cuestionario. Durante las primeras dos etapas, el análisis previo y la exploración del material, se realizó la lectura completa y cuidadosa de cada una de las respuestas de los participantes, tratando de identificar los temas significativos en el objeto de estudio y sus puntos de abordaje. En el siguiente paso, el tratamiento de resultados, inferencia e interpretación, los datos se agruparon según la con-

vergencia de temas o respuestas siendo destacados durante la interpretación y las cosas en común y las posibles inconsistencias, culminando en su organización en unidades agregadoras de direcciones (categorización). Más cuantificación de datos se realizó utilizando el programa Epi Info™, versión 3.5.2.

Los problemas bioéticos mencionados por los encuestados se refieren a dos categorías principales de análisis: 1) conflictos entre equipos de salud y los usuarios, y 2) conflictos entre los encuestados y los miembros de los equipos de salud; ambos se presentan y discuten más adelante en este artículo.

Aspectos éticos

El presente estudio fue sometido a análisis y aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Centro Universitario de Serra dos Órgos, de acuerdo con la resolución del Conselho Nacional de Saúde CNS/MS número 196/96 [Consejo Nacional de Salud], que entonces prevalecía. El permiso inicial de la Dirección General de Salud de Teresópolis, RJ se obtuvo. Todos los participantes firmaron voluntariamente el Formulario de Consentimiento Informado (FCI)³⁴.

Resultados y discusión

La presentación de los resultados se realizará mediante las secciones del cuestionario.

Aspectos concernientes a los principales problemas éticos/bioéticos identificados por los equipos de salud

Entre las 18 respuestas referidas a problemas bioéticos, se consideraron dos categorías principales: 1) *conflictos entre equipos de salud y usuarios* haciendo caso omiso de la privacidad o la confidencialidad de los usuarios y/o familiares y un caso de agresión física de un agente de salud de la comunidad por un miembro de la comunidad, y 2) *conflictos entre los miembros del equipo*: falta de respeto, crítica y agresión verbal entre profesionales, desarrollo de discusiones en presencia de los usuarios, realización de tareas que no pertenecen a la descripción del trabajo del profesional y falta de respeto por el comportamiento interdisciplinario.

Cuando se les pidió a los participantes describir situaciones experimentadas en las USF que implicaran problemas de carácter bioético, algunos (9) de los profesionales respondieron que no habían experimentado o no recordaban situaciones

de orden ético/bioético en la ESF; 4 participantes, 1 técnico en enfermería, 1 técnico de higiene oral 1 y 2 agentes de salud comunitarios no respondieron esta pregunta. En consecuencia, 18 profesionales reportaron conflictos éticos. Teniendo en cuenta el grupo que respondió a la pregunta afirmativamente, las respuestas revelaron una cierta dificultad en identificar situaciones de problemas de carácter bioético, demostrando una cierta confusión relacionada con la organización o planificación del proceso de trabajo del personal:

“Las relaciones de equipo y el servicio dental se introdujeron en la ESF en marzo de 2010 y hasta ahora están aislados. Primero anuncian al médico y al enfermero y luego ‘recuerdan’ al dentista (...). El problema es complejo, no importa cuán duro tratemos de modificar esta visión, no encontramos apoyo” D12;

“Debido a conflictos entre los técnicos algunas vacunas ya no se llevan a cabo. Los dos técnicos fueron advertidos por el enfermero y se les indicó que no volviera a suceder...” PHY3.

Esta dificultad en la identificación, y aún una cierta confusión, puede entenderse cuando se menciona que en las unidades de atención primaria de salud, y en situaciones de menor urgencia, es decir, emergencia, urgencia y tensión, los encuentros con los usuarios son más frecuentes. Por ejemplo, los hospitales de emergencia y las unidades de cuidados intensivos les permiten a las cuestiones de bioética ser más obvias, tempestuosas y masivas; mientras que en unidades de atención primaria de salud surgen más sutilmente, con frecuencia pasando desapercibidas³⁵.

Categoría 1, *conflictos entre equipos de salud y usuarios*, se refiere específicamente a la privacidad y la confidencialidad de la información proporcionada a los profesionales por los usuarios y/o familiares, uno de los aspectos bioéticos destacados por los participantes en la investigación, según la respuesta que se transcribe a continuación, elaborado por una enfermera y un agente de salud comunitario:

“Falta de confidencialidad de los asuntos personales de algunos pacientes” N9;

“Un paciente de VIH positivo. El agente de salud comunitaria [CHA] dejó involuntariamente que la información ‘se filtrara’ sin el permiso del paciente

(...), causando vergüenza y prejuicio contra el paciente por parte de la comunidad” CHA27.

En la literatura bioética, la confidencialidad se define como *la garantía de protección de la información dada personalmente en confidencia y la protección contra su revelación no autorizada o el deber de proteger toda la información relativa a una persona, por ejemplo su intimidad*^{36,37}, mientras que la privacidad se define por *la limitación de acceso a la información de una determinada persona, el acceso a la persona misma, a su intimidad o involucramiento de cuestiones de anonimato, secreto, retiro o a solas*³⁸.

Tratar con la privacidad y la confidencialidad de la información es un aspecto que impregna el proceso de trabajo en equipo de ESF, dada la dificultad de mantener privacidad en servicios llevados a cabo tanto en la USF como en residencias de pacientes y en definir en qué medida la información privada de los usuarios y sus familias observada por profesionales, especialmente por el agente de salud comunitario, debería ser compartida con el equipo. Cabe mencionar que la información a la que el equipo ESF tiene acceso no concierne exclusivamente a condiciones de morbilidad de los usuarios^{36,38}. La privacidad le impone a un profesional el deber de proteger la información compartida y de preservar la intimidad del paciente. Por otro lado, la confidencialidad se relaciona con el contacto entre el profesional y el usuario y debe ser mantenida en secreto, a menos que su revelación sea autorizada por el último³⁹⁻⁴¹.

Esta dimensión de la cuestión es particularmente significativa en el caso de los agentes de salud comunitarios, porque estos profesionales necesariamente deben pertenecer a la comunidad en la que trabajan. Así, su realidad social es la misma que la de los usuarios⁴¹. A causa de tener mayor proximidad con los pacientes y entrar con frecuencia en sus residencias por visitas a domicilio, el agente de la comunidad, en su práctica, requiere la incorporación de principios bioéticos en su interacción diaria con los usuarios y los respectivos familiares^{42,43}.

Según el principalismo de Beauchamp y Childress, que discute los principios bioéticos de la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, la justificación bioética del derecho a la confidencialidad se basa en el respeto de la autonomía personal²⁴. Esta información tiene especial importancia cuando *la revelación de la información expone al paciente a riesgos legales, pérdida de amigos queridos y relaciones, desolación emocio-*

nal, discriminación, pérdida de empleos^{39,44} y otras cosas. La siguiente reflexión surge en este punto: ¿hasta qué punto debería esta información o estas observaciones que involucran la privacidad y la confidencialidad discutirse por los equipos de EFS, vis-a-vis qué profesionales, y cómo pueden ser reveladas?

Categoría 2, *problemas bioéticos en las relaciones entre los miembros del equipo* (falta de compañerismo, respeto, compromiso y colaboración), referidos a las dificultades para delimitar responsabilidades y funciones de cada miembro de equipo de ESF y el respectivo área de trabajo, lo que resulta de la incorporación de nuevos profesionales e innovaciones en las propuestas de atención a la salud^{16,44}. Las citas siguientes corroboran esta delimitación:

“Los profesionales discuten delante de los pacientes. (...) Ellos se asustaron por lo que oyeron” N6;

“No recuerdo en este momento. Pero siempre tenemos conflictos interpersonales dentro del equipo” PHY2.

Cabe mencionar que dichos aspectos pueden interferir en la integridad de la atención primaria a los usuarios del sistema. Para que se produzcan cambios en las prácticas de la salud y un correcto trabajo en equipo, son necesarios cambios en las relaciones de trabajo del equipo de atención primaria de salud mismo. Es necesaria urgentemente una nueva forma de ver al usuario del sistema, al compañero de trabajo y a sí mismo como un profesional de la salud⁵. A pesar de los intentos de reestructurar las prácticas sanitarias dentro de una propuesta que debería privilegiar el trabajo en equipo, se observa que el trabajo en equipo en atención primaria aún revela la existencia de una tensión entre la fragmentación y la integración del proceso de trabajo. Así, se corre el riesgo de que los profesionales sean aislados en sus “núcleos de competencia”, o acciones que son realizadas de manera aislada y yuxtapuesta, reproduciendo de esa manera diferentes planos de la fragmentación en la organización tanto del trabajo como del conocimiento, y en la interacción entre sujetos, profesionales y usuarios⁴⁴.

La producción diaria de atención de salud depende en gran medida de las habilidades de los trabajadores de la salud, así como del grado de interacción entre diferentes identidades profesionales dentro de la ESF^{2,45} y el respeto ético entre estos mismos profesionales. También son muy importantes el

enfoque interdisciplinario y la necesidad de respeto y trabajo en equipo, permitiendo como lo hacen aún más discusión y resolución de problemas, además de fortalecer la organización y la gestión de los servicios. Aún desde esta perspectiva, es importante destacar que interdisciplinariedad y el trabajo en equipo propuesto (respeto por los diferentes profesionales de la ESF) no buscan la unificación del conocimiento, sino más bien la complementariedad de los conocimientos dentro de una atención integral³. En cuanto al *abordaje de los equipos de la resolución de conflictos que fueron descritos en el cuestionario*, ocho participantes informaron que la solución adoptada fue el diálogo entre los involucrados; 18 no respondieron y sólo 1 mencionó llamar a la coordinación de la ESF cuando fue necesario – lo que tuvo repercusiones para el traslado o despido de los profesionales. Cuatro miembros del personal indicaron que no hubo ninguna solución a los conflictos.

Cuando se preguntó si *“era necesario utilizar referencias bibliográficas para la resolución de problemas o conflictos bioéticos”*, sólo 3 profesionales (2 médicos y 1 enfermero) mencionaron consultar sus respectivos códigos de práctica. De los otros, 17 no respondieron, y 11 respondieron que la consulta no era necesaria. Cuando en el cuestionario se preguntó sobre *“las consecuencias de los problemas ocurridos”*, contestaron que hubo repercusiones negativas en algunos casos para los usuarios en sus vínculos con los equipos, mientras que en otros casos, hubo repercusiones perjudiciales para las relaciones entre los miembros del equipo, como se describe a continuación:

“Consecuencias desagradables para los clientes, principalmente porque no están en la unidad de atención primaria de salud para presenciar problemas entre oficiales” OHT15;

“Descontento de todo el equipo” PHY1;

“Falta de motivación, desunión, fragilidad en los procesos de trabajo, falta de calidad del trabajo, daños a los pacientes” N9.

A diferencia de lo que sucede en el entorno hospitalario, la asimetría entre profesionales de la salud y los usuarios de la ESF se establece en otros términos. Mientras que en las instituciones hospitalarias las relaciones son autoritarias y poco cuestionadas por los pacientes debido a la “omni-

potencia” de los profesionales de la salud (lo que significa que el hospital es un espacio de encierro por excelencia, típico de las sociedades disciplinarias^{46,47}, el acatamiento de los usuarios de la ESF se reduce, dado que la adhesión a las conductas prescriptas depende, la mayor parte del tiempo, de la deliberación del usuario.

El usuario tiene una mayor autonomía para la toma de decisión, y por esa razón la mirada clínica en la atención primaria necesita ser ampliada para favorecer la comprensión del paciente en su individualidad, complejidad, integridad e inserción sociocultural, para que un acuerdo adecuado y una co-responsabilidad tengan lugar en el proceso de atención de la salud¹⁶. Cabe resaltar la posibilidad de un alto grado de intervención en la vida de las personas, sobre todo por parte del agente de salud comunitario, reproduciendo, incluso involuntariamente, procesos de captura surgidos en el contexto de sociedades de control⁴⁸⁻⁵⁰.

Aspectos relacionados al conocimiento de los miembros del equipo ESF de los principios de ética y bioética

Como esta sección, la última parte del cuestionario semiestructurado, pretende detectar el grado de conocimientos académicos de los profesionales respecto de los principios de ética y bioética, se intentó detectar el grado de aproximación de los profesionales y/o la apropiación teórica de los fundamentos de la ética y bioética, tomando como base la teoría de principialista. Las tres primeras preguntas fueron: 1) ¿Cuáles fueron las primeras palabras que vinieron a sus mentes cuando oyeron los términos ‘ética’ y ‘bioética’? (evocación libre o la técnica de asociación libre); 2) si sabían algún principio de ‘ética’ y ‘bioética’; y, finalmente, 3) si alguna vez habían leído sobre principios como ‘respeto por la autonomía’, ‘beneficencia’, ‘no maleficencia’, ‘justicia’, ‘protección’ y ‘compasión’, entre otros.

Basándose en las respuestas, se detectó otra categoría de análisis: 1) No distinción, incompreensión de los conceptos básicos de ética y bioética. En cuanto a la comprensión del concepto de bioética, se observó que muchos profesionales aún no lo distinguen correctamente de la ética y del concepto de deontología, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Comprensión del concepto de bioética.

¿Qué entiende por “bioética”?		
Principales respuestas	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Principio conductor de la vida*	6	19.4%
Respeto por el paciente/ usuario	3	9.7%
Decisión sobre otra persona	3	9.7%
Ética en salud	2	6.5%
Ética del equipo	2	6.5%
Conjunto de normas	1	3.2%
Decisiones que influyen en un grupo	1	3.2%
No contesta	13	41.8%

Las siguientes respuestas ilustran el concepto de deontología:

“[La bioética es] el respeto por un paciente, preservándolo de cualquier tipo de exposición” DHT17;

“[La bioética es] secreto profesional” CHA20;

“[La bioética es] comportamiento, actitudes, decisiones...” CHA27.

En los extractos a continuación, se observa la reducción de la ética y la bioética a aspectos biológicos o al ámbito de las ciencias de la salud³⁹:

“[Bioética] son principios que rigen la conducta de los procesos biológicos, de salud y de vida” D12;

“Ética, desde mi punto de vista, es una condición que regula la postura de los ciudadanos en su relación con los otros. Esto es bioética, preocupaciones relacionadas con la vida biológica del individuo” PHY5.

En la actualidad se sabe que la bioética puede concebirse de diferentes maneras, sin limitarla a las cuestiones del área de las ciencias de la salud, pero igualmente, como discurso sobre las implicaciones morales de la praxis humana a diferentes grados¹⁸. Según Kottow, el área refiere a un conjunto de principios, argumentos y normas que valoran y legitiman éticamente los actos humanos, entendiendo

que estos actos afectan profundamente, y sobre todo irreversiblemente, de manera real o potencial, a los sistemas vivientes⁵¹.

Además, se observó que los aspectos relacionados con cuestiones ambientales y con las interrelaciones de la salud y el medio ambiente, que son determinantes de la prevalencia de la enfermedad, no fueron mencionados o correlacionados con la bioética en las respuestas. También es importante considerar que los cambios en el entorno pueden causar efectos en la vida planetaria, e igualmente, en la salud de los seres vivos⁵². Sin embargo, tales aspectos deberían desempeñar un papel primordial en las reflexiones y acciones de atención primaria del equipo multidisciplinario de la ESF dirigido a usuarios del SUS^{53,54}. Por otra parte, estas acciones deberían ser contextualizadas e incluidas en la formación de profesionales de la salud^{55,10}, requiriendo que sea superada la exclusiva preocupación de la persona por sí misma o por su especie¹⁸.

Con respecto a la afirmación contenida en la pregunta número 21 del cuestionario, en la que se sostiene que *“todos los profesionales de la salud deben tener su trabajo regido por los principios de ética y bioética”*, se les pidió a los encuestados que refirieran a su propia percepción. A continuación, se preguntaba si ya habían participado en algún curso, talleres de capacitación u otros procesos de enseñanza-aprendizaje centrados o próximos a los principios de ética y bioética.

Aunque según las respuestas obtenidas y listadas en la tabla 2, 25 acordaron sobre la importancia del trabajo basado en tales sistemas referenciales, se observó poca familiaridad por parte de estos profesionales con los principios de bioética. Entre las respuestas obtenidas, 17 (54,8%) de los profesionales del equipo en el área de agente de salud comunitaria respondieron que no habían tenido ninguna participación previa en actividades de enseñanza-aprendizaje de aspectos relacionados con ética y bioética (de un total de 13 agentes, 5, o el 38,0%, respondieron que no habían participado en eventos anteriores en ética y bioética). Aunque explícitamente incluido en las actuales Diretrizes Curriculares Nacionais [Directrices Curriculares Nacionales]⁵⁶⁻⁵⁹ para programas de postgrado en ciencias de la salud y reconocido como formación importante por los participantes en este estudio de

profesionales, se ha observado que la educación secundaria en ciencias de la salud no responde a las reflexiones bioéticas necesarias para la formación profesional adecuada o suficientemente.

Tabla 2. Participación en cursos, talleres u otras modalidades de enseñanza y aprendizaje de ética y bioética

Participación en actividades de formación en ética y bioética	Frecuencia absoluta	Porcentaje
No participó en ninguna actividad de formación	17	54.8%
Sí, organizada por la educación superior o el consejo profesional	5	16.1%
Sí, promovida por un organismo público	3	9.7%
Sí, sin especificaciones	2	6.5%
Sí, un curso de estudios técnicos	1	3.2%
No contesta	3	9.7%

Este escenario plantea la cuestión de la importancia de que la bioética esté incluida en los programas de pregrado y grado, así como en los procesos de educación continua y permanente – que deben superar los códigos deontológicos y las meras relaciones morales de buena convivencia, las cuales son muy a menudo perpetuadoras de relaciones espúreas de poder^{47,48,60}. La apropiación de nuevas estrategias pedagógicas de enseñanza y aprendizaje es de fundamental importancia en la formación de profesionales de la salud capaces de reflexionar y decidir sobre las cuestiones éticas relevantes para la estrategia de salud de la familia, siendo también de importancia fundamental para el cuidado de la salud⁶¹⁻⁶³.

Las tres últimas preguntas del instrumento eran para evaluar si los participantes del estudio consideraban a la ética y la bioética capaces de ser enseñadas, y en qué medida ellos ansiaban mejorar el conocimiento en esa área de investigación. Analizando las respuestas se reveló un cierto consenso en que ética y bioética podrían ser enseñadas y aprendidas con 24 respuestas afirmativas; frecuencia relativa = 77,4%, excepto 3 profesionales que respondieron que esto no sería una posibilidad

y otros 4 que dejaron esta pregunta en blanco. En cuanto a su deseo de aprender más sobre ética y bioética hubo casi un consenso de los participantes: 26 (frecuencia relativa 83,9%) respondieron positivamente, y sólo 5 participantes no respondieron. Las respuestas referentes a qué modalidades consideraban adecuadas para la enseñanza de la ética y la bioética se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Modalidades preferidas para la enseñanza-aprendizaje de ética y bioética

Enseñar ética y bioética, ¿cómo?	Frecuencia absoluta	Porcentaje
	10	32.3%
Sí, experiencias de vida y talleres	9	29.0%
Sí, sin justificación	4	12.9%
Sí, con educación continua	1	3.2%
No contesta	4	12.9%
No, no se puede enseñar	3	9.7%

Consideraciones finales

La ética en la salud familiar representa una estrategia innovadora y reestructurante de la atención primaria de salud y, en el último análisis, del SUS, en que transforma una visión fragmentada del ser humano en una concepción integral del individuo, familia y dimensiones colectivas. Además, la comprensión del proceso salud-enfermedad a la que están expuestos los usuarios en atención primaria amplía el horizonte de la conciencia de familia, comunidad y realidad ambiental²⁹. En este contexto, en el cual emergen crecientes necesidades y demandas múltiples, estudios sobre la delimitación de los problemas bioéticos en la línea de la estrategia de salud familiar son muy pertinentes y necesarios.

Sin embargo, aunque aparentemente menos evidente frente a los problemas bioéticos que permean las instituciones hospitalarias, hay preguntas relacionadas con el alcance de la atención primaria de salud que corrompen el proceso de trabajo adecuado y la promoción de la integridad de la atención. Por ejemplo, es importante mencionar los límites de la intervención del equipo en las formas de vida de las familias o usuarios, las dificultades de mantener la privacidad en servicios domiciliarios y en la delimitación de las especialidades y responsabilidades de cada profesional y la falta de compañerismo y colaboración entre los miembros del equipo. De acuerdo con estudios realizados por otros autores, especialmente Zoboli y Fortes²⁰, el presente estudio reafirma que en varios aspectos, a pesar de los numerosos problemas bioéticos enlistados, muchos profesionales de la estrategia de salud de la familia todavía tienen grandes dificultades para reconocer o diferenciar, en un contexto determinado, un problema de naturaleza bioética. Este hecho se remonta a lo que Schramm⁶³ delimita como el punto de partida para la evaluación y resolución de conflictos éticos: identificación y descripción clara del problema.

La bioética, en lo que respecta a la estrategia de salud familiar, trae la posibilidad de acercarse y describir problemas relacionados con la moral, así como constituir, per se, un sistema de referencia adecuado para prescribir conductas y basar los procesos de toma de decisiones, frente a los retos especiales de la atención primaria y la capacidad de interacción de los profesionales con la realidad del contexto en que se insertan. Por lo tanto, puede sugerirse que para la consolidación del SUS [Sistema Único de Salud brasileño], en cuanto a la integridad de la atención y dignidad humana, redireccionar la práctica clínica de la familia no es suficiente; sin embargo, la ética es necesaria para ampliar el espacio para la discusión de los principios bioéticos, comenzando con los estudiantes de cursos técnicos y cursos de pregrado, para la optimización del juicio moral y de la toma de decisión ética.


Este estudio fue recibido por el Programa de Pós-graduação em Bioética Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS) [Programa de Posgrado en Bioética, Ética Aplicada y Salud Colectiva], en asociación con la Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Universidade Federal Fluminense (UFF) [Universidad Federal de Rio de Janeiro, Fundación Oswaldo Cruz, Universidad de Rio de Janeiro y Universidad Federal de Fluminense]. El artículo es parte de la tesis doctoral de L. C. S. Motta, referida al proyecto de investigación, "Bioética en la formación de los profesionales de la salud: construcción del discurso y la praxis en el espacio-tiempo de la estrategia de salud familiar", subvencionado por el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) [Consejo Nacional de desarrollo científico y tecnológico] y por Fundação Arthur Bernardes (FUNARBE) [Fundación Arthur Bernardes].

Referências

1. Silva KB, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface*. 2012;16(40):249-59.
2. Uchimura KY, Bosí MLM. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. *Interface*. 2012;16(40):149-60.
3. Linard AG, Castro MM, Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(3):546-53.
4. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM *et al*. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa Saúde da Família: desafios estratégicos. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1)122-33.
5. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(2)569-84.
6. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Scorel S, Senna MCM, Fausto MCR *et al*. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(3):783-94.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. [Internet]. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. v. 7. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
8. Schramm FR, Palácios M, Rego S. O modelo bioético principialista para análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(2):361-70.
9. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Rôças G. Ética para todos os seres e ecologia profunda: um preliminar diálogo com relevância para a saúde pública. *Cad Saude Colet*. 2009;17(3):559-74.
10. Siqueira-Batista R. O cuidado integral em questão: diálogos entre filosofia e medicina. *Rev Bras Med*. 2010;47(3):273-75.
11. Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(4):482-91.
12. Marins JN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004.
13. Cortina A. Ética aplicada y democracia radical. 3ª ed. Madrid: Tecnos; 2001.
14. Dejeanne S. Os fundamentos da bioética e a teoria principialista. *Thaumazein*. 2011;4(7):32-45.
15. Jungues JR, Schaefer R, Nora CRD, Basso M, Silocchi C, Souza MC *et al*. Hermenêutica dos problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2012;20(1):97-105.
16. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica ampliada. *O Mundo da Saúde*. 2009;33(2):195-204.
17. Lima CA, Oliveira APS, Macedo BF, Dias OV, Castro SM. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev. bioét. (Impr.)* 2014;22(1):152-60.
18. Motta LCS, Vidal SV, Siqueira-Batista R. Bioética: afinal o que é isto? *Rev Bras Clin Med*. 2012;10(5):367-1.
19. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A Bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(4):1241-50.
20. 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 Saude Pública*. 2004;20(6):1690-9.
21. Schramm FR, Kottov M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saude Pública*. 2001;17(4):949-56.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de apoio à situação estratégica. [Internet]. [acesso 19 jun 2012]. Disponível: <http://189.28.128.178/sage/>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
24. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5ª ed. New York: Oxford University Press; 2012.
25. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 21.
26. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
27. Costa MAF, Costa MFB. Projeto de Pesquisa: entenda e faça. Petrópolis: Vozes; 2011. p. 19-58.
28. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia Saúde da Família. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15(1 Suppl):1521-31.
29. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):113-8.

30. Cotta RMM, Schott M, Azevedo CM, Francschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006;15(3):7-18.
31. Scorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo de atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2-3):164-76.
32. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista, Pinheiro TMM *et al*. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):918-28.
33. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
34. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
35. Goldim JR. Bioética: índice geral de textos, resumos, definições, normas e casos. [Internet]. [acesso 19 jun 2012]. Disponível: <http://www.ufrgs.br/bioetica/confiden.htm>
36. Saliba NA, Garbin CAS, Silva FSJFB, Prado RL. Agente comunitário de saúde: perfil e protagonismo na consolidação da atenção primária à saúde. *Cad Saude Colet*. 2011;19(3):318-26.
37. Seaone A, Fortes PAC. A percepção do usuário do Programa de Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade das informações reveladas ao Agente Comunitário de saúde. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP, organizadores. *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Idéias & Letras; 2007. p. 295-323.
38. Seaone AF, Fortes PAC. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. *Saúde Soc*. 2009;18(1):42-9.
39. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saude Pub*. 2008;24(6):1304-13.
40. Fontoura MD, Almeida AP, Marques CMS, Prado MM, Portillo JAC. Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde. *Rev Saúde Dist Fed*. 2004;15(3-4):67-77.
41. Junges JR, Recktenwald M, Herbert NDR, Moretti AW, Tomasini F, Pereira BNK. Sigilo e privacidade das informações sobre usuários nas equipes de atenção básica à saúde: revisão. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015;23(1):200-6.
42. Vidal SV, Motta LCS, Siqueira-Batista R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. [Internet]. *Saude Soc*. 2015 [acesso 7 mar 2015];24(1):129-40. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000100129&script=sci_arttext
43. Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. [Internet]. *Cad Saude Publica*. 2001 [acesso 19 jun 2012];17(1):233-41. Disponível: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n1/4080.pdf>
44. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface*. 2005;9(16):25-38.
45. Silva LL, Feliz SBCM. Gerência e trabalho em equipe na atenção primária. In: Archancjo DR, Archancjo LR, Silva LL, organizadores. *Saúde da Família na atenção primária*. Curitiba: Ipxex; 2007. p.75-98.
46. Deleuze G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: Deleuze G. *Conversações 1972-1990*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.
47. Siqueira-Batista R, Batista RS. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(4):1183-92.
48. Foucault M. *Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
49. Batista MB, Soares MTAM, Soares SP, Porto D. Conhecimento e percepções sobre bioética em uma amostra da população em Brasília. *Revista Brasileira de Bioética*. 2009;5(1-4):106-25.
50. Kottow M. Bioética y biopolítica. *Revista Brasileira de Bioética*. 2005;1(2):110-21.
51. Siqueira-Batista R, Rôças G, Gomes AP, Albuquerque VS, Araújo FMB, Messeder JC. Ecologia na formação dos profissionais de saúde: promoção do exercício da cidadania e reflexão crítica comprometida com a existência. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(2):271-5.
52. Guimarães FT. Educação ambiental como domínio da promoção da saúde: conversações pedagógicas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família [dissertação]. Nilópolis: IFRJ; 2010.
53. Dias EC, Rigotto RM, Augusto LGS, Cancio J, Hoefel MGL. Saúde Ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(6):2061-70.
54. Palácios M, Rego STA. Bioética e saúde ambiental: algumas questões para discussão. *Cad Saude Coletiva*. 2009;17(3):489-92.
55. Oliveira CA, Palácios M. Diferentes abordagens sobre ética ambiental. *Cad Saude Coletiva*. 2009;17(3):493-510.
56. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. [Internet]. 2014 [acesso 26 jun 2014]. Disponível: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao

57. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. [Internet]. 2002 [acesso 26 jun 2014]. Disponível: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao
58. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. [Internet]. 2001 [acesso 26 jun 2014]. Disponível: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao
59. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. [Internet]. [acesso 26 jun 2014]. Disponível: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao
60. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(4):975-86.
61. Vidal SV, Motta LCS, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2014;22(2):347-57.
62. Vidal SV, Gomes AP, Maia PM, Gonçalves LLG, Rennó L, Motta LCS *et al.* A Bioética e o trabalho na estratégia saúde da família: uma proposta de educação. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(3):372-80.
63. Schramm FR. Bioética da proteção: justificativas e finalidades. *latrós*. 2005;1:121-30.



Recebido: 9.7.2014

Revisado: 22.4.2015

Aprovado: 1.6.2015

ANEXO

Cuestionario

Problemas éticos en la Estrategia Salud de la Familia	
Cuestionario nº: ____	
I – Características generales	
1) Nombre: _____	
2) Seudónimo: _____	
3) Sexo: () Masculino () Femenino	
4) Edad: ____ Años Grupo étnico: _____	
5) Lugar de nacimiento: _____	
6) Profesión:	
() Médico	
() Enfermero	
() Técnico en enfermería	
() Trabajador de Salud Comunitario	
() Otro _____	
7) Nivel Educativo:	
() Primario incompleto	
() Primario completo	
() Secundario incompleto	
() Secundario completo	
() Nivel superior incompleto	
() Nivel superior completo. Si la respuesta es sí, ¿cuál es su carrera? _____	
() Especialización	
() Maestría	
() Doctorado	
() Post-doctorado	
8) Tiempo de experiencia profesional en el mismo campo, en años: _____	

<p>9.1) Tiempo total trabajado en salud familiar:</p> <p>() 0 – 1 año</p> <p>() 1 – 2 años</p> <p>() 2 – 5 años</p> <p>() 6 – 10 años</p> <p>() 11 – 15 años</p> <p>() No sabe</p>	<p>9.2) Tiempo de trabajo en la ESF – Estrategia Salud de la Familia (ex-PSF):</p> <p>() 0 – 1 año</p> <p>() 1 – 2 años</p> <p>() 2 – 5 años</p> <p>() 6 – 10 años</p> <p>() 11 – 15 años</p> <p>() No sabe</p>
---	--

II – PROBLEMAS BIOÉTICOS ENFRENTADOS POR EL EQUIPO

10) Describir situaciones experimentadas en su departamento, en las que considera que hubo problemas de naturaleza ética y/o bioética.

11) ¿Cómo abordó el equipo el/los problema/s descripto anteriormente?

12) ¿Fue necesario recurrir a alguna referencia bibliográfica (texto, artículo, código de ética u otro) o a algún consejero para ayudar a resolver el/los tema/s? ¿Cuáles?

13) ¿Hubo alguna solución al problema? ¿Qué solución?

14) Desde su punto de vista, ¿cuáles fueron las principales consecuencias del (de los) problema(s) de naturaleza ética y bioética nombrados?

III – CONOCIMIENTO DE CONCEPTOS DE ÉTICA Y BIOÉTICA

15) ¿Cuál es la primera palabra que se le viene a la mente cuando escucha el término ética?

16) ¿Cuál es la primera palabra que se le viene a la mente cuando escucha el término bioética?

17) ¿Conoce algún concepto de ética y bioética? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué o cuál?

18) ¿Qué entiende por ética?

19) ¿Qué entiende por bioética?

20) ¿Ha oído o leído conceptos como respeto por la autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, protección, compasión? ¿Algún otro?

21) Todos los profesionales de la salud deberían guiar su trabajo por los principios de la ética y la bioética. ¿Cuál es su percepción de esta afirmación? Comente su respuesta.

22) ¿Ha participado alguna vez de algún curso, taller u otro proceso de enseñanza-aprendizaje relacionado con la ética y la bioética? ¿Cuándo y dónde?

23) ¿Cree que es posible enseñar ética y bioética? Si cree que sí, ¿cómo?

24) Si tuviera que armar un curso para discutir sobre ética y bioética, ¿cómo estaría organizado?