

Problemas éticos y justicia social en la Estrat3gia Sa3de da Fam3lia

Carlos Dimas Martins Ribeiro¹, M3nica Villela Gouv3a², Elisete Casotti³

Resumen

Este estudio cualitativo tuvo como objetivo identificar los problemas 3ticos desde la perspectiva de los miembros de los equipos de la Estrat3gia Sa3de da Fam3lia (Estrategia de Salud de la Familia) en las capitales brasile3as, al relacionarlos con el campo te3rico de la justicia social. Las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo con 33 miembros de cuatro equipos de los municipios de Curitiba, Belo Horizonte, Natal y Salvador. Los datos fueron sometidos a la t3cnica de an3lisis de contenido en su modalidad tem3tica y emergieron dos categor3as fundamentales. La primera involucr3 los principales problemas 3ticos identificados por los participantes en la vida diaria de los equipos y la segunda reuni3 los funcionamientos que pudiesen identificarse a partir de la colocaci3n de los participantes con respecto a la construcci3n de relaciones 3ticas en el campo de la justicia social. Se concluy3 que los conflictos 3ticos en el contexto de la atenci3n b3sica a la salud interfieren con el proceso de trabajo y que su enfoque desde la perspectiva de la justicia social puede favorecer su enfrentamiento en el d3a a d3a de los equipos de la Estrat3gia Sa3de da Fam3lia.

Palabras clave: Atenci3n primaria de salud. Estrategia de salud familiar. 3tica. Justicia social.

Resumo

Problemas 3ticos e justi3a social na Estrat3gia Sa3de da Fam3lia

Estudo de abordagem qualitativa objetivou identificar problemas 3ticos na perspectiva de membros de equipes da Estrat3gia Sa3de da Fam3lia de capitais brasileiras, relacionando-os ao campo te3rico da justi3a social. Foram realizadas entrevistas semiestructuradas com 33 membros de quatro equipes dos munic3pios de Curitiba, Belo Horizonte, Natal e Salvador. Os dados foram submetidos 3 t3cnica de an3lise de conte3do em sua modalidade tem3tica e emergiram duas categorias fundamentais. A primeira envolveu os principais problemas 3ticos identificados pelos participantes no cotidiano das equipes, e a segunda reuniu os funcionamentos que puderam ser identificados a partir do posicionamento dos participantes com rela33o 3 construi33o de rela333es 3ticas no campo da justi3a social. Conclui-se que os conflitos 3ticos no 3mbito da atenci3n b3sica 3 sa3de interferem no processo de trabalho e que sua abordagem pela perspectiva da justi3a social pode favorecer seu enfrentamento no cotidiano das equipes da Estrat3gia Sa3de da Fam3lia.

Palavras-chave: Atenci3n prim3ria 3 sa3de. Estrat3gia Sa3de da Fam3lia. 3tica. Justi3a social.

Abstract

Ethical issues and social justice in the Estrat3gia Sa3de da Fam3lia

This qualitative study aimed to identify ethical problems from the perspective of the team members of the Estrat3gia Sa3de da Fam3lia (Family Health Strategy) in Brazilian state capitals, linking such issues to the theoretical field of social justice. Semi-structured interviews were conducted with 33 members of 4 teams in the cities of Curitiba, Belo Horizonte, Natal and Salvador. The data were subjected to the thematic modality of the content analysis technique, and two main categories emerged. The first involved the main ethical problems in the daily life of the teams identified by the participants, while the second described the functioning that could be identified from the position of the participants with regard to the construction of ethical relations in the field of social justice. It concludes that ethical conflicts in the context of primary health care interfere with the work process and that an approach from the perspective of social justice may allow Estrat3gia Sa3de da Fam3lia teams to tackle such issues in their everyday work.

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

Aprova33o CEP/ENSP 73/06, CAAE 0070.0.031.000-06

1. **Doutor** dimasmr Ribeiro@gmail.com – Universidade Federal Fluminense (UFF) 2. **Doutora** monicagouvea@gmail.com – UFF 3. **Doutora** elisete.casotti@gmail.com – UFF, Niter3i/RJ, Brasil.

Correspond3ncia

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

Declararam n3o haver conflito de interesse.

En el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), se considera estratégica la atención básica (AB) para llevar a cabo acciones colectivas e individuales orientadas a la promoción, protección y recuperación de la salud. En esa expresión, la AB asume la responsabilidad sanitaria por una población determinada, al buscar resolver problemas de mayor frecuencia y relevancia en ese territorio. La Política Nacional de Atención Básica (PNAB) orienta la descentralización y la capilaridad de las acciones de la AB, al identificarla como una puerta de entrada preferencial de usuarios en el sistema y ordenadora de redes de atención a la salud.

En ese sentido, la AB está orientada por los principios de universalidad, accesibilidad, vínculo, continuidad del cuidado, integridad de la atención, responsabilidad, humanización, equidad y participación social¹. Entonces, es en ese contexto que la Estrategia de Salud de la Familia se ha ido implementando desde 1994, con el objetivo de reorganizar la práctica asistencial y reforzar las características fundamentales de la atención básica. Podemos citar el énfasis en la familia (inserta en su contexto social, económico y cultural), la constitución de un equipo multiprofesional, la territorialización con adscripción de la clientela, la intersectorialidad y control social y la organización del trabajo centrado en la vigilancia de la salud.

Los equipos de la ESF están formados, por lo menos, por un médico, un enfermero, un auxiliar en enfermería y cerca de seis agentes comunitarios de salud (ACS). Los profesionales de la salud bucal, como el dentista y el auxiliar en salud oral o técnico en salud bucal, también pueden formar parte del equipo¹. La reflexión sobre problemas éticos en la investigación y la atención a la salud ha ido ganando una relevancia cada vez mayor, sobre todo a partir de la década de 1970, con el surgimiento de la bioética. En este trayecto, se enfatizan más los problemas éticos en situaciones extremas, como el trasplante de órganos y tejidos, la reproducción médicamente asistida, la eutanasia y la clonación, en perjuicio de asuntos morales cotidianos de la práctica sanitaria, particularmente con las cuales se encuentran profesionales de la salud en la AB.

Los autores destacan que las características del trabajo en la atención básica generan importantes problemas éticos que, por ser menos dramáticos y visibles que los resultantes de la atención terciaria u hospitalaria, pueden, muchas veces, pasar desapercibidos o ser difíciles de identificar²⁻⁶. Algunas particularidades de la AB convergen para que exista esa diferencia. Una de ellas es que las intervenciones propuestas en ese nivel de atención, al articular

la promoción y la protección de la salud con cura y rehabilitación, son más amplias e involucran no solo a individuos y familias, sino que también a comunidades. Otra diferencia es que en la AB los usuarios están normalmente en condición de tomar decisiones autónomas sobre sus planes terapéuticos.

En tercer lugar, los encuentros entre profesionales y usuarios en la AB son más frecuentes y son menos urgentes, si se comparan con los que suceden, en la mayoría de los casos, a nivel hospitalario, donde se concentran las decisiones complejas relacionadas con el inicio o fin de una vida. De esa forma, este estudio se enfoca en la atención básica y aborda los principales problemas éticos identificados por trabajadores de la ESF de cuatro capitales brasileñas. Se pretende reflexionar sobre esos problemas y sobre la forma en la cual se abordan en el día a día de las prácticas, bajo la perspectiva teórica de la justicia social.

Justicia social, funciones y salud

Como analiza Sen⁷, toda concepción de justicia valoriza la igualdad en un espacio determinado. Sin embargo, como los individuos son tan diferentes y en tantos aspectos (condiciones socioeconómicas, biológicas, talentos, planes de vida) se puede cuestionar lo que debería igualarse para que tal justicia pudiese existir. En ese sentido, hay diferentes teorías de justicia que buscan responder ese asunto, al tener como referencia un determinado espacio de evaluación. Para Rawls, lo que se debe igualar son las libertades básicas y los bienes primarios; para Nozick son las libertades; para Dworkin, los recursos y para Sen y Nussbaum es la capacitación (*capability*)⁷.

Para esta discusión, adoptamos como concepción de justicia social la *perspectiva de las funciones* propuesta por Dias⁸. En ese abordaje, se concibe a los organismos vivos como sistemas funcionales complejos, dotados de un conjunto de funciones que los caracterizan o que constituyen sus identidades propias^{9,10}. El término “funciones” se refiere a acciones o actividades constitutivas de los diferentes seres vivos, incluyendo capacidades de grados diferentes de complejidad, como la de nutrirse y de participar políticamente. Sin embargo, se deben diferenciar las funciones de las condiciones para el desarrollo y ejercicio de esas capacidades.

De esa forma, para que alguien pueda tener la capacidad de nutrirse, debe tener acceso a los alimentos necesarios. De la misma manera, una persona puede estar capacitada para participar políticamente, pero vivir bajo un gobierno autoritario que le impida

ejercer dicha capacitación. Bajo ese enfoque, la justicia requiere la misma promoción de la integridad funcional de los seres vivos, de modo que puedan florecer o expresar su propia naturaleza. Se considera un conjunto amplio y diversificado de sistemas funcionales, incluyendo seres humanos (individuos autónomos, niños, adultos mayores con demencia grave, individuos dependientes de tecnologías médicas, etc.) pero también otros seres vivos no humanos.

En el caso de los seres humanos, las funciones pueden agruparse en algunas esferas fundamentales (salud, educación, trabajo, política, entre otras) y deben promoverse en todos los momentos del ciclo normal de la existencia (nacimiento, infancia, adolescencia, edad adulta, vejez y muerte). En ese conjunto, se identifican tanto las funciones elementales (capacidad de respirar, capacidad de desplazarse, etc.), como complejas (capacidad de pensar, capacidad de establecer relaciones afectivas, etc.)

En la perspectiva adoptada aquí, la promoción de la integridad funcional de los seres humanos es lo que caracteriza una "vida digna". La sociedad justa es aquella que promueve igualmente las funciones de todos los individuos. En ese contexto, es ético luchar contra obstáculos que puedan impedir a las personas vivir dignamente, como el analfabetismo, la falta de acceso a servicios de salud, la imposibilidad de obtener una renta satisfactoria o la ausencia de libertades civiles y políticas. Bajo esa perspectiva, el objetivo fundamental del Estado en la gestión de las políticas públicas debe ser el hecho de garantizar que todos los individuos bajo su custodia ejerzan sus funciones.

En la obra de Dias⁸, se propuso una ampliación de la *perspectiva de la función* para el campo de la salud¹¹ y se incorporó el concepto de normatividad vital de Georges Canguilhem¹². En otro trabajo en base a esa perspectiva, Ribeiro¹³ articuló la discusión de la justicia como el debate sobre la equidad en la salud. A continuación se parafrasea lo que se publicó en tales trabajos anteriores:

- La salud es la capacidad normativa de los seres humanos, quienes operan mediante un conjunto de funciones, de grados variables de complejidad (como sistema dinámico e interactivo) que para ser desarrollados y ejercidos necesitan determinadas condiciones materiales de existencia.
- Existen funciones que son requisitos esenciales para una vida digna. Esas funciones podrían reconocerse tanto como un medio para realizar otras funciones como algo valorable en sí mismo.
- Lo que es esencial solo puede determinarse empíricamente, por medio de la escucha minucio-

sa de diferentes voces y de la atención refinada de las circunstancias particulares vividas por los individuos. Tanto la determinación del que en cada caso será la función esencial como el nivel a ser alcanzado en cada función dependerá de la naturaleza específica de cada individuo. Esto es para que podamos incluir varias formas de funciones que, bajo el punto de vista de la constitución de la identidad del propio individuo, deben reconocerse como fundamentales.

- Todo individuo debe tener derecho a la salud y a la calidad de vida que ofrezca condiciones para el desarrollo y ejercicio de sus funciones esenciales. La salud, en ese sentido, no puede considerarse como un sinónimo de calidad de vida, sino que como un componente de la noción satisfactoria de la calidad de vida. Está entre las funciones que se reconocen como una condición para el ejercicio de otras funciones, como la capacidad de trabajar, por ejemplo, pero también valorable en sí misma.

Aunque siga la concepción de justicia social de Sen¹⁴ y Nussbaum¹⁵, el enfoque utilizado en este trabajo se distingue de los autores en dos aspectos. La primera diferencia se debe al hecho de que se adopta como un espacio de evaluación (de las demandas por la igualdad, de los propósitos de justicia social y de las políticas públicas) el foco en las funciones, a diferencia de Sen, quien le da énfasis a la capacitación (*capability*). La capacitación corresponde a la libertad de combinar funciones que expresen oportunidades reales para operar modos de vida dentro de las alternativas disponibles¹⁴.

En este artículo, por lo tanto, se utiliza la concepción de justicia más inclusiva. Esto se debe a que se parte del supuesto de que actuar justamente es no perjudicar y, sobre todo, promover las funciones de todos los individuos, incluyendo a quienes no pueden ejercer libertades, como los niños, personas con problemas mentales y adultos mayores con demencia, entre otros. En este enfoque, la libertad sigue siendo valorada para quienes puedan ejercerla como una función específica.

La segunda diferencia es que no se pretende determinar y relacionar funciones universales y comunes a todos los seres humanos, como se hace en la lista de capacitaciones centrales propuesta por Nussbaum¹⁵. De esa forma, no se defiende la concepción unificada de esas funciones, pues se entiende que el conjunto de las funciones relevantes depende de circunstancias particulares vividas por cada persona.

Método

El estudio se desarrolló con enfoque cualitativo, en vista de las características del objeto investigado. Se trata de una investigación inscrita en el campo de la investigación social, con el objetivo de conocer problemas éticos en la ESF bajo la perspectiva teórica de la justicia social¹⁶. Se recolectaron datos en cuatro capitales de tres regiones brasileñas: Curitiba, en la región sur; Belo Horizonte, en el sudeste y Natal y Salvador, en el nordeste. En cada ciudad, el gestor local apuntó a un equipo completo para participar en la investigación, quienes trabajan hace por lo menos un año en la comunidad.

Se entrevistaron 33 trabajadores, doce profesionales de nivel superior (PNS), como médicos, enfermeros y cirujanos dentista; nueve técnicos y/o auxiliares de la salud (TAS), como enfermería y salud bucal y doce agentes comunitarios de salud (ACS). La entrevista abarcó preguntas divididas en dos secciones principales: 1) características generales sobre la formación y el tiempo de trabajo del profesional en la ESF; 2) problemas éticos enfrentados por el equipo. En esta última sección, se les pidió a los profesionales que describieran situaciones consideradas como un conflicto ético vivido en la unidad/comunidad, sus consecuencias y el modo en que el equipo abordó o direccionó las preguntas.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de Seres Humanos del Hospital Universitario Antonio Pedro de la Universidad Federal Fluminense. Para la realización del estudio fue solicitada la firma del término de consentimiento informado por parte de los participantes y se enfatizaron los riesgos y beneficios de la investigación, además de explicitar la garantía de sigilo sobre la identidad de quienes aceptaron participar en la entrevista. Los equipos fueron abordados por los investigadores en sus unidades de la ESF, donde se presentó la propuesta del estudio. Una vez formalizada la invitación a participar y teniendo listas las aclaraciones debidas sobre los objetivos de la investigación, se procedió a la realización de las entrevistas con los interesados en participar.

Las respuestas transcritas se evaluaron a partir de la técnica de análisis de contenido, específicamente el análisis temático, en virtud de su adecuación a la investigación cualitativa en el área de la salud. El proceso de análisis obedeció a tres etapas, conforme sugiere Minayo¹⁶. En la primera, se realizó el orden y la clasificación inicial de los datos y se incluyó la transcripción de las entrevistas, lectura fluctuante y estructuración del mapa de las

entrevistas. Después de eso, se realizó la lectura detallada de las transcripciones, con el objetivo de especificar problemas éticos en cada uno de los grupos de entrevistados: PNS, TAS y ACS. Finalmente, se profundizó el momento anterior, al confrontar argumentos de los entrevistados y reflexiones teóricas con respecto a los problemas éticos relacionados.

Para el análisis, los investigadores se inspiraron en la proposición de Rawls¹⁷ presentada en su procedimiento de justificación ética denominado *equilibrio reflexivo*, aunque de forma más limitada en cuanto al conjunto de creencias y argumentos morales considerados, en virtud de los objetivos de la investigación^{18,19}. En este caso, el análisis se caracterizó por un ajuste o apoyo mutuo entre juicios y visiones morales de los entrevistados en relación con situaciones particulares encontradas por la investigación y la concepción de justicia social adoptada.

Para comprender mejor los resultados de la investigación, distinguimos, en este trabajo, la moral y la ética. La primera se entiende como valores vividos en el ámbito de la experiencia social y la segunda como una reflexión sobre la experiencia moral. Siguiendo parcialmente a Kleinman, *mientras que la experiencia moral es siempre sobre el compromiso práctico en un mundo local particular, un espacio cultural que lleva especificidades políticas, económicas y psicológicas*²⁰, el discurso ético es elaborado en términos de valores que traspasan lo local o son pasibles de ser universales.

Como observa acertadamente Kleinman, la distinción entre el proceso moral y el discurso ético es fundamental. No solo para *ver la utilidad de la perspectiva translocal cuando nos confrontamos con prácticas locales condenables*²¹ (el lenguaje de los derechos humanos, por ejemplo, ocupa esa función), sino que también porque el propio mundo local puede ofrecer posiciones morales relevantes y alternativas al discurso ético. La diferenciación de Kleinman puede traducirse, en el ámbito de esta investigación, como la distinción entre moral, entendida como el discurso de primer orden compuesto por las conversaciones de los entrevistados, y discurso ético de segundo orden, en el cual, con base en la perspectiva teórica de la justicia adoptada, se analiza el discurso de los sujetos de la investigación.

Los problemas éticos en el trabajo en la salud de la familia

En esta categoría se reunieron los principales problemas éticos relativos a la producción del cuidado

en la ESF, considerando los tres grupos de entrevistados. Se puede observar que los problemas éticos destacados por los entrevistados se relacionan tanto con las condiciones de vida de la población bajo su responsabilidad como con la capacidad del SUS de atender las necesidades de salud de esos usuarios. Los participantes relatan que las condiciones de pobreza en las áreas cubiertas por las ESF implican problemas complejos vividos por individuos y familias. Esa complejidad impone a los profesionales el desafío de la articulación con otros sectores y políticas públicas en el sentido de desarrollar acciones capaces de incidir sobre determinantes sociales y promover la salud.

En ese cuadro, los participantes se refieren a la incapacidad de la red SUS de producir respuestas satisfactorias a las necesidades y expectativas de los habitantes e identifican como un problema ético los límites de su actuación como mediadores de acciones intersectoriales. Esa actuación solo se vuelve más eficiente en los casos en que responde a una política municipal. Los entrevistados enfatizan las dificultades relativas a la fragmentación de la red de servicios de salud del SUS, lo cual interfiere en la continuidad del cuidado e impide flujos efectivos para resolver problemas en los diversos niveles de atención.

La falta de integración de la ESF a la red asistencial y las dificultades en el acceso a la atención especializada se reconocen como problemas éticos que se pueden convertir en barreras, y no facilitadores, del acceso preferencial al sistema. La dificultad de acceso a tecnologías de mediana complejidad, en particular el apoyo diagnóstico y las especialidades médicas y odontológicas, se han mostrado como un factor importante de restricción del cuidado^{5,22}. Todos los equipos relatan la existencia de listas de espera y la clasifican como un “problema crónico” que compromete la resolución de los problemas de salud y la realización de los proyectos terapéuticos construidos colectivamente.

Como observa uno de los ACS: “en nuestro sistema hay una lista de espera, o mejor aún, varias listas, referentes, principalmente, a las tecnologías de mediana complejidad” (ACS 7). Los equipos relatan que encuentran dificultades para monitorear esas filas de espera para tener referencia de las especialidades y, de esa forma, identifican un problema ético en la garantía de la atención integral, ya que los atrasos en los diagnósticos pueden comprometer la efectividad de los tratamientos. Las capitales que invirtieron en procesos reguladores establecen metas e indicadores para monitorear filas con tiempos de espera máximo admisibles. Sin embargo, hay casos en que es necesario ampliar la oferta pública especializada o definir

formas de contratación de proveedores privados en las cuales prevalezca el interés público.

La diversidad y el volumen de problemas de salud que piden intervenciones intersectoriales colocan a los profesionales en una tensión permanente con los límites de su actuación y los recursos que pueden movilizar para promover/proteger las funciones esenciales de la población bajo su responsabilidad. Contribuye igualmente a eso la presión de la demanda médico-sanitaria fuertemente modulada por las condiciones socioeconómicas del territorio. Como argumentan Furler y Palmer²³, las desigualdades sociales y sus efectos sobre la salud de los individuos son una realidad diaria de los profesionales de la salud, por lo que todavía es un desafío ético grande pensar cómo los profesionales pueden lidiar con las iniquidades en la salud.

Estos autores identifican algunas de las respuestas comunes²³: 1) culpar a las víctimas por sus desventajas; 2) no considerar los problemas sociales como parte de su trabajo; 3) sentirse impotentes frente a la magnitud de las fuerzas sociales que operan en la vida del usuario. Por otro lado, el proceso del trabajo de los profesionales de nivel superior, en particular, no favorece el desarrollo de acciones de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Muchas veces, estas son omitidas en función de otras actividades, especialmente las restringidas al espacio físico de la unidad de salud y vinculadas a la atención clínica.

La presión ejercida por la demanda espontánea y el complejo perfil epidemiológico, el cual mezcla enfermedades crónicas y agudas, ha sido un argumento para la escasa innovación en la forma del cuidado médico-odontológico y para la distancia de los profesionales de procesos más amplios de articulación intersectorial. La actuación del equipo de salud de la ESF incluso privilegia tecnologías centradas en el cuerpo individual, sobre todo tecnologías que sirven de medicamento y aquellas que Foucault denomina “tecnologías del yo” o “cuidado de sí”²⁴. Operan en función de cambios de hábitos de vida, como, por ejemplo, dejar de fumar y de beber, adoptar una alimentación saludable, entre otras.

La adopción de la perspectiva de promoción y de protección de las funciones, además del conjunto de respuestas a los problemas biológicamente circunscritos, todavía es desafiante. El proceso de trabajo en la salud, en la evaluación de los entrevistados, implica una sobrecarga y tensión y es capaz de generar conflictos personales dentro del equipo. Las consecuencias son identificadas en el siguiente relato: “unos se transforman en divergencias,

conflictos, discusiones, otros ‘generan enfermedades’, es decir, le entregan al cuerpo la presión del trabajo cotidiano” (PNS 9).

Los PNS relatan también conflictos derivados de diferencias salariales y de régimen de trabajo entre profesionales que contribuyen a volver el ambiente de trabajo más tenso. En ese contexto, uno de los entrevistados pregunta: “¿Quién nos cuida a nosotros? (...) Nadie lo hace...” (PNS 9). La sobrecarga asistencial y administrativa imputada al enfermero se consideró como motivo de conflictos entre las categorías, sobre todo en relación con los núcleos específicos de las competencias profesionales⁵. Los conflictos en el equipo de salud también ocurren, a veces, en virtud de la dificultad para delimitar las atribuciones de cada miembro, en contexto de reorganización del modelo de asistencia técnica por medio de la ESF⁵.

Se debe entender que el equipo de salud involucra relaciones profesionales oriundas de diferentes áreas del saber y prácticas y enfrenta el desafío de una actuación en la cual no prevalezca, en la gestión del cuidado, jerarquías entre profesionales, pero sí integración de competencias. Por su parte, los ACS enfatizan la importancia de su trabajo en el equipo de salud, al expresar, por un lado, satisfacción personal con el ejercicio profesional y, por otro, la carga y los riesgos involucrados en el día a día del trabajo en el área.

Los entrevistados destacan la “superposición” entre la vida personal y profesional, puesto que el trabajo se convierte en una actividad prolongada, en que el ACS es solicitado por los habitantes registrados en la ESF. Los ACS reconocen que esa situación deriva del hecho de ser habitantes del territorio donde trabajan, lo cual facilita la comprensión de que están siempre disponibles. Mencionan como problemas éticos situaciones de descontento y violencia en el territorio y el recelo de contraer ciertas enfermedades transmisibles, como la tuberculosis.

Funciones centrales en la construcción de relaciones éticas

En esta categoría se reunieron las funciones identificadas a partir de las conversaciones de los participantes de la investigación. Se partió del presupuesto teórico de que el conjunto de las funciones relevantes dependen de las circunstancias particulares vividas por cada persona¹¹. Se identificaron tres funciones centrales: 1) La capacidad de acoger al usuario en sus necesidades de salud; 2) la

capacidad de administrar el propio proyecto terapéutico y 3) la capacidad de resguardar la privacidad y la confidencialidad.

En cuanto a la primera función identificada, los sujetos de la investigación destacan que el vínculo y la conversación con el usuario son componentes centrales del trabajo en la ESF. La disposición para escuchar usuarios es considerada mucho más importante en la resolución de conflictos, incluso en situaciones problemáticas fuera del alcance profesional. Al contrario, fue posible identificar en las conversaciones de los entrevistados la caracterización de usuarios problemáticos quienes, según ellos, son percibidos como “aburridos”, “impacientes”, “peleadores” e “ingratos”.

De acuerdo con los entrevistados, estos usuarios reclaman por la atención brindada y realizan solicitudes que no siempre los profesionales de la salud pueden satisfacer, lo cual indica un evidente nivel de desgaste en las relaciones entre los profesionales y los usuarios²⁵. Esta relación es ambigua, porque, por un lado, los profesionales reconocen que los usuarios tienen razón sobre las críticas a la deficiencia de los servicios, pero, por otro, consideran que deberían ser más comprensivos y tolerantes, valorizando los beneficios del SUS, a pesar de las limitaciones de los servicios de salud.

Schramm destaca que se opera la inversión del precepto constitucional de salud como un derecho del ciudadano y el deber del Estado para la concepción de *un deber del ciudadano y un derecho del Estado*²⁶. Según esa concepción, el Estado tiene el derecho de establecer condiciones para la atención de la salud en vista del comportamiento de los usuarios quienes, por su parte, tienen el deber de comportarse adecuadamente para merecer los servicios prestados. En los relatos de los ACS se puede entrever esa perspectiva, pues esos profesionales asumen un papel importante en la mediación de situaciones conflictivas que involucran usuarios y equipos de la salud.

Un agente comunitario describe esos conflictos con las imágenes de batalla, en la cual los profesionales se sienten como ‘escudos’ en medio del ‘tiroteó’, buscando, como habitante y miembro del equipo, defender uno u otro lado” (ACS 6). Kottow²⁷ destaca la importancia del modelo dialógico en la relación entre profesionales de la salud y usuarios/familias. En esa relación, los interlocutores son *veraces, dicen lo que consideran objetivamente verdadero; comprensibles, se preocupan de una recepción adecuada de lo que se expresó y honestos, pues dicen lo que realmente piensan, lo cual establece una comunicación que será mutuamente respetuosa*²⁸.

Se trata, por lo tanto, del modelo participativo, en el cual los involucrados en la decisión establecen una relación de confianza y cooperación en un clima apropiado para la decisión informada. El profesional de la salud provee informaciones relevantes y el usuario decide, entre las alternativas propuestas, aquella que es más adecuada para él²⁷. La segunda función identificada corresponde a la capacidad de gestión del propio proyecto terapéutico por parte de los usuarios. Los participantes de la investigación se ven preocupados de los usuarios que siguen las orientaciones propuestas por los profesionales de la salud y relatan que esa resistencia puede causar estragos a los propios usuarios o a terceros.

Fue posible identificar en las conversaciones de los entrevistados la caracterización de los usuarios resistentes, en torno a los cuales se expresan dos preocupaciones morales: La primera de ellas se refiere a la probabilidad de que el usuario tenga o no un determinado cuadro clínico agravado por la falta de adherencia a la orientación, por ejemplo, una determinada terapia que sirve de medicamento o la recomendación de abandonar hábitos no saludables, como beber o fumar. Las condiciones sociales y culturales, según los profesionales, determinan las elecciones de los usuarios. Como ejemplifica uno de los TAS, “entre comprar un cepillo de dientes o comida, las personas eligen la comida, como un forma de sobrevivencia, pero hay personas que, incluso sin tener dinero, prefieren comprar una bisutería” (TAS X).

Ese comentario puede sugerir resistencia de los profesionales de la salud en respetar la libertad de los sujetos, particularmente de personas vulnerables. Se puede cuestionar hasta qué punto las decisiones, o no decisiones, de los individuos pueden ignorarse o recriminarse bajo el alegato de que su juicio es necesariamente sesgado por su condición social. ¿No sería también una forma de discriminación pensar que las posturas paternalistas supuestamente protegerían a las personas vulneradas de sí mismas?

Los profesionales presentan diferentes conductas en relación con el grado de libertad concedido a los usuarios en la definición y gestión de su proyecto terapéutico, así como en las orientaciones relacionadas con los estilos de vida³⁵. En la práctica profesional puede haber conflicto entre la libertad de elección del usuario, con los beneficios y riesgos involucrados y la promoción de su bienestar, sobre todo si los profesionales adoptan la coerción en lugar de la persuasión, al asumir la postura paternalista mencionada^{3,5}. Se destaca que muchas de las decisiones clínicas, como la elección sobre la modalidad hospitalaria o

domiciliaria en la atención del adulto mayor, tienen repercusiones económicas para la familia.

Como argumenta Kottow²⁷, en ese caso, la autonomía del usuario puede sufrir restricciones, ya que su familia también se ve afectada por la enfermedad. Además, se debe observar si en la familia no existen injusticias en relación con la distribución de las tareas del cuidado a enfermos, discapacitados y adultos mayores, como ocurre frecuentemente, lo cual recae en gran parte en las manos de las mujeres²⁹. Esa carga, muchas veces, limita el abanico de oportunidades presentadas a las mujeres para que realicen sus proyectos personales, en particular en la esfera de la educación y del trabajo.

Del punto de vista ético aquí adoptado, quien debe evaluar el tipo de vida que quiere llevar es el propio usuario, incluyendo elecciones relativas al proyecto terapéutico o a los comportamientos más o menos saludables que quiere adoptar. Cuando el usuario *toma decisiones que son lesivas solamente a sus propios intereses, aunque contradiga las recomendaciones que recibe, no hay lugar para la interferencia paternalista*³⁰, excepto si el usuario no fuese mentalmente competente, lo que, en ciertas circunstancias, justificaría tal paternalismo. Kottow argumenta que el hecho de que las personas tengan un nivel de escolaridad bajo no significa que sean mentalmente incompetentes o que *carezcan de la capacidad de comprender, racionalizar o valorizar*³¹.

Franco, Bastos y Alves concluyeron en un estudio sobre la relación entre el médico y el usuario que, de modo general, el cuadro clínico del usuario y su plan terapéutico no se discuten y prevalece el enfoque de la mera dimensión biológica, sin estimular la consciencia sanitaria y el ejercicio de la libertad del usuario. En la evaluación de dichos autores, uno de los problemas es que *la condición técnica del médico se considera como suficiente para la toma de decisiones*³² y, por eso, no se justifica compartirlas con los usuarios. De la misma forma, Schimith y Lima argumentan que la integridad de la atención queda comprometida *cuando no se considera el usuario como un sujeto*³³, con planes de vida y de evaluaciones propias de lo que es mejor para sí mismo.

Para los entrevistados, el papel del profesional es “concientizar” a los usuarios sobre la necesidad de unirse a los proyectos terapéuticos propuestos, usando la estrategia de “repetición de la información”. Destacan que la conversación con el usuario es importante para entender el hecho de que no se una al proyecto terapéutico y para observar si está informado adecuadamente sobre su situación de salud. Se supone, de modo general, que le faltan los

conocimientos necesarios para elecciones conscientes, por lo que se atribuye su resistencia a la “carencia cultural” que proviene de la baja escolaridad.

En cuanto al proyecto terapéutico, la postura de los profesionales de la salud es más “pedagogía del convencimiento” que “pedagogía del diálogo”. En otras palabras, el esfuerzo del equipo se limita a discutir y a elaborar planes de cuidado con el usuario para establecer un proyecto terapéutico. Esas situaciones, que son frecuentes y de manejo complejo, traen un desgaste visible al día a día del equipo, especialmente por las características de vigilancia que el modelo propone.

Se establece entre los usuarios resistentes y los profesionales, portavoces de prescripciones y recomendaciones para una vida saludable, una verdadera “guerra”, un *imperativo sanitario*³⁴, para el cuidado de sí mismo, fundado en la concepción de la salud como un *deber de todos y cada uno*³⁴ y no como un derecho del ciudadano. La segunda preocupación, expresada principalmente por los ACS, se refiere a los daños que pueden provocarse a terceros cuando el usuario no se une al proyecto terapéutico. Es el caso, por ejemplo, del usuario con tuberculosis quien, sin la terapia propuesta, puede transmitir la enfermedad a otras personas. Para uno de los ACS, en esas situaciones, *“debería existir una ley que obligue a la persona a tratarse, porque no es solo su vida la que está en juego”* (ACS 4).

En el caso de la tuberculosis, uno de los entrevistados recuerda el tratamiento supervisado, en el cual el ACS visita al usuario en los horarios que le corresponde el remedio *“para saber si se lo está tomando”* (ACS 1), por lo que ejerce un control sobre el usuario para que no abandone el tratamiento. Esas circunstancias caracterizan el problema ético para el profesional, quien tiene que escoger entre respetar la confidencialidad o violarla para proteger a terceros. De esa forma, aparecen posiciones contrarias y favorables a violar la confidencialidad y predomina la posición de que la violación es justificable, ya que la situación involucra un posible daño a terceros.

La tercera función identificada corresponde a la capacidad de resguardar la privacidad y la confidencialidad de los usuarios. Los participantes afirman que el vínculo establecido entre los equipos de salud y las familias, con encuentros regulares entre los profesionales y los usuarios, crea relaciones de confianza que permiten que los usuarios hablen sobre aspectos muy particulares de sus vidas. Los propios ACS destacan que su función fundamental es orientar al usuario sobre su salud y recolectar información para compartir con el equipo de salud. En ese contexto, a pesar de

que los sujetos de la investigación no mencionaron directamente problemas relativos a los principios de la privacidad y de la confiabilidad, se puede percibir, en el transcurso de las entrevistas, problemas éticos relativos a ese funcionamiento.

El primer problema ético involucra los principales lugares que se presentan para la relación entre profesionales e individuos/familias: la unidad, la comunidad y el domicilio. La estructura de algunas unidades de salud no favorece la confidencialidad y la privacidad debido a la precariedad de espacios, comprometiendo la protección de datos referentes a los usuarios, ya sea por la falta de aislamiento acústico o por la necesidad de compartir espacios en las reuniones de equipo. De la misma manera, en el caso de la atención durante la visita al domicilio, aunque los usuarios reconozcan la importancia de entregar información sobre su estado, es común la dificultad de garantizar privacidad, cuando es requerida por el individuo.

Bajo esa lógica, algunos de los participantes evalúan la visita domiciliaria como una acción capaz de invadir la privacidad de los individuos/familias, aunque la percepción de que es necesaria para el conocimiento de la dinámica familiar y para dar apoyo a los problemas de salud sea unánime. Uno de los entrevistados se pregunta: *“¿Esas personas nos quedarán en sus vidas?”* (PNS 9). Si la familia constituye el foco de acción de la ESF, cabe reflexionar sobre la legitimidad de intervenir en la vida privada de sus miembros. En la concepción de justicia social adoptada en este artículo, la familia es al mismo tiempo el lugar de naturaleza privada y el espacio de desarrollo de las funciones de los individuos, pudiendo ser, por consiguiente, el foco de políticas públicas.

Se debe destacar que el interés en la familia como el núcleo social de intervenciones sanitarias por equipos multiprofesionales exige que se trabaje con el concepto de relación profesional de salud/familia complementaria al del profesional de salud/usuario en el enfoque de problemas éticos. En la familia se producen vínculos de lealtad en torno a intereses comunes y relaciones de intimidad que posibilitan a sus miembros en procesos decisivos conjuntos e informados sobre intervenciones. Sin embargo, se deben considerar los conflictos familiares, principalmente los relacionados con la distribución justa de los quehaceres domésticos en el cuidado de los enfermos^{27,29}.

Otro problema ético se relaciona con la exposición de informaciones particulares sobre los individuos/familias registradas. Esas informaciones pueden circular a partir de conversaciones entre

profesionales o con usuarios o, incluso, por el flujo de documentos al interior de la unidad de salud. Se identificó la preocupación moral de los sujetos de investigación en relación con ese contenido, el cual acaba siendo compartido por todo el equipo.

Por un lado, el acercamiento de la relación entre profesionales de la salud y familias/comunidades propiciada por la ESF favorece un mayor conocimiento sobre condiciones de vivienda, relaciones familiares y hábitos de los individuos, permitiendo la intervención más eficaz en los agravios a la salud. Por otro, expone los problemas éticos relacionados con la ampliación del acceso a la información que, frecuentemente, incluyen aspectos íntimos de la dinámica familiar⁵.

Esa situación demuestra que hay una cierta dificultad en definir qué información debe ser compartida con el equipo de salud, sobre todo por el ACS⁵. Los usuarios revelan más información a los ACS, ya sea porque mantienen con ellos un contacto más cercano y frecuente o porque consideran que podrán facilitar su acceso a los servicios de salud⁶. Lo que el ACS debe comentar o no con terceros e, inversamente, lo que los demás profesionales deben informar o no al ACS son preocupaciones presentes en las conversaciones de los entrevistados.

Se destaca que los ACS pueden tener acceso a información privilegiada, relacionada, por ejemplo, con el movimiento local del tráfico de drogas que, si se revela, puede poner en riesgo su propia vida. También existe un asunto ético importante referente a la preservación de la privacidad del propio ACS, quien, independientemente de su función, es un habitante⁶.

Consideraciones finales

La sustitución de la lógica tradicional de la atención a la salud, centrada solo en la asistencia, por la concepción de la responsabilidad sanitaria, el establecimiento de vínculo con individuos, familias y comunidades y seguimiento de grupos más expuestos a riesgos sociales se ha mostrado como un modo para la organización de la atención básica

y la consolidación del SUS. La ESF presupone un trabajo marcado por la perspectiva de la integración entre diferentes profesionales en práctica que necesita estar vinculada al ejercicio de la ciudadanía y a la garantía de la autonomía del sujeto.

Al acercarse a trabajadores de la salud, la ESF revela situaciones que desafían a los equipos a tomar decisiones más allá del campo clínico en su estricto sentido, muchas de ellas involucrando el campo de la bioética. Ese proceso de trabajo genera tanto problemas éticos comunes al equipo como también a cada uno, asociados al ejercicio de cada segmento profesional. Se observó que las situaciones reveladas en este estudio se localizan en múltiples interfaces del trabajo cotidiano, pero la mayoría no es objeto de discusión y elaboración en los propios equipos.

Cabe considerar que la composición multiprofesional amplía las posibilidades de intervención frente a los diversos agravios a la salud. Sin embargo, exige igualmente una inversión y valorización de los profesionales quienes, muchas veces, llegan al servicio sin haber sido preparados de forma adecuada e incluso se encuentran con problemas de infraestructura y precariedad en las relaciones de trabajo. Los profesionales necesitan estar provistos de herramientas capaces de estimular la reflexión y la transformación de sus propias prácticas. Partiendo de esa afirmación, la articulación entre instituciones formadoras y de investigación y los servicios públicos de salud es fundamental.

No solo por el soporte del trabajo en la salud, sino que, principalmente, por la perspectiva de la educación permanente de profesionales que actúan en los servicios de salud y de la implantación de procesos de cambio en la formación, considerando la respuesta a las necesidades de salud de la población. En ese sentido, se considera que el enfoque y el análisis colectivo, bajo la perspectiva de la justicia social, de los problemas éticos vividos en el día a día de los equipos, deben ser incluidos en los aspectos centrales de los procesos de educación y en la formación de los profesionales de la salud.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Lima RCGS, Verdi MIM. Discursos de médicos de família brasileiros e italianos sobre autonomia na perspectiva bioética. *Saúde Soc.* 2015;24(3):1021-32.
3. Rolfsen ML. Ethics in the primary care office. *J La State Med Soc.* 2010;162(1):26-32.
4. Braunack-Mayer AJ. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. *J Med Ethics.* 2001;27:98-103.

5. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Motta LCS, Rennó L, Lopes TC, Miyadahira R *et al.* (Bio)ética e estratégia saúde da família: mapeando problemas. *Saúde Soc.* 2015;24(1):113-28.
6. Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(5):1328-33.
7. Sen A. *Desigualdade reexaminada.* Rio de Janeiro: Record; 2001.
8. Dias MC, organizadora. *A perspectiva dos funcionamentos: por uma abordagem moral mais inclusiva.* Rio de Janeiro: Pirlampo; 2015.
9. Dias MC. Em defesa de um ponto de vista moral mais inclusivo. In: Dias MC, organizadora. *Op. cit.* p. 11-36.
10. Dias MC. Teorias de justiça. In: Dias MC, organizadora. *Op. cit.* p. 37-55.
11. Ribeiro CD, Dias MC. Saúde e doença à luz da perspectiva dos funcionamentos. In: Dias MC, organizadora. *Op. cit.* p. 85-101.
12. Canguilhem G. *O normal e o patológico.* Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
13. Ribeiro CD. Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos. *Saúde Soc.* 2015;24(4):1109-18.
14. Sen A. *A ideia de justiça.* Coimbra: Almedina; 2010.
15. Nussbaum MC. *Frontiers of justice: disability, nationality, species membership.* Cambridge: Harvard University Press; 2007.
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996.
17. Rawls J. *Uma teoria da justiça.* São Paulo: Martins Fontes; 1997.
18. Daniels N. *Justice and justification: reflective equilibrium in theory and practice.* Nova York: Cambridge University Press; 1996.
19. Burg W, Willigenburg T. Introduction. In: Burg W, Willigenburg T, organizadores. *Reflective equilibrium: essays in honour of Robert Heeger.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1998. p. 1-25.
20. Kleinman A. Ethics and experience: an anthropological approach to health equity. In: Anand S, Peter F, Sen A, organizadores. *Public health, ethics, and equity.* New York: Oxford University Press; 2009. p. 263-8. p. 270.
21. Kleinman A. *Op. cit.* p. 271.
22. Amorim AG, Souza ECF. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(3):869-78.
23. Furler JS, Palmer VJ. The ethics of everyday practice in primary medical care: responding to social health inequities. *Philos Ethics Humanit Med [Internet].* 2010 [acesso 6 jun 2016];5(6):1-8. Disponível: <http://bit.ly/2pCJlb8>
24. Foucault M. *A hermenêutica do sujeito.* São Paulo: Martins Fontes; 2006.
25. Lima CA, Oliveira APS, Macedo BF, Dias OV, Costa SM. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev. bioét. (Impr.).* 2014;22(1):152-60.
26. Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. *Rev Bras Bioética.* 2006;2(2):187-200. p. 196.
27. Kottow M. *Introducción a la bioética.* Santiago de Chile: Universitaria; 1995.
28. Kottow M. *Op. cit.* p. 140.
29. Jecker NS. Taking care of one's own: justice and family caregiving. *Theor Med Bioeth.* 2002;23(2):117-33.
30. Kottow M. Participación informada en clínica e investigación biomédica: las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado. Bogotá: Unesco; 2007. p. 37.
31. Kottow M. *Op. cit.*; 2007. p. 117.
32. Franco ALS, Bastos ACS, Alves VS. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(1):246-55. p. 250.
33. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(6):1487-94. p. 1491.
34. Schramm FR. *Op. cit.* p. 197.

Participación de los autores

Carlos Dimas Martins Ribeiro participó en la concepción y en la planificación del artículo. Elisete Casotti y Mônica Villela Gouvêa colaboraron en la interpretación de los datos, así también como en la revisión crítica del contenido.

Recebido: 27.4.2016

Revisado: 20.2.2017

Aprovado: 19.3.2017