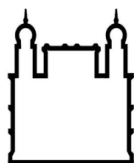




Universidade Federal  
do Rio de Janeiro



FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



Universidade Federal  
Fluminense

---

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA, ÉTICA APLICADA E SAÚDE COLETIVA**

---

JULIANA MARIN

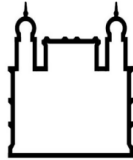
**O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: OS PROBLEMAS  
E CONFLITOS BIOÉTCOS QUE EFLUEM DA PRODUÇÃO COM O OUTRO**

Niterói, RJ

2017



Universidade Federal  
do Rio de Janeiro



FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



**uff**  
Universidade Federal  
Fluminense

---

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA, ÉTICA APLICADA E SAÚDE COLETIVA**

---

JULIANA MARIN

**O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: OS PROBLEMAS  
E CONFLITOS BIOÉTCOS QUE EFLUEM DA PRODUÇÃO COM O OUTRO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), em associação ampla entre Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz e Universidade do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Orientador: Carlos Dimas Martins Ribeiro

Niterói, RJ

2017

**Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.**

### **Ficha Catalográfica**

M337 Marin, Juliana

O processo de trabalho na estratégia saúde da família: os problemas e conflitos bioéticos que efluem da produção com o outro / Juliana Marin. - Niterói, 2017.

90 f.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Dimas Martins Ribeiro.

Tese (Doutorado em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, 2017.

1. Atenção primária à saúde. 2. Estratégia saúde da família. 3. Equipe de assistência ao paciente. 4. Bioética. 5. Ética. I. Título.

CDD 174.2

JULIANA MARIN

**PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: OS PROBLEMAS E CONFLITOS BIOÉTICOS QUE EFLUEM DA PRODUÇÃO COM O OUTRO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), em associação ampla entre Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz e Universidade do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em 02 de junho de 2017.

Banca Examinadora

---

Doutor Marcos Antônio Albuquerque de Senna  
Universidade Federal Fluminense

---

Doutora Patty Fidelis de Almeida  
Universidade Federal Fluminense

---

Doutora Michelle Cecille Bandeira Teixeira  
Universidade Federal Fluminense

---

Doutor Túlio Batista Franco  
Universidade Federal Fluminense

---

Doutor Alexandre da Silva Costa (Suplente)  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Doutor Eduardo Alves Melo (Suplente)  
Universidade Federal Fluminense

---

Doutor Carlos Dimas Martins Ribeiro (Orientador)

DEDICATÓRIA

Universidade Federal Fluminense

À Deus, por tudo.

Aos meus pais, Daniel (*in memoriam*) e Luiza, com amor e gratidão.

Ao Marcelo, referência de amor, compreensão e apoio.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Doutor Carlos Dimas Martins Ribeiro, pela oportunidade, orientação e confiança creditada a mim e nesse trabalho.

Aos protagonistas anônimos que aceitaram fazer parte dessa pesquisa.

Aos professores que integraram a banca de defesa da tese, Doutores Alexandre da Silva Costa, Eduardo Alves Melo, Marcos Antônio Albuquerque de Senna, Michelle Cecille Bandeira Teixeira, Patty Fidelis de Almeida e Túlio Batista Franco. Agradeço por toda gentileza e pelas valiosas contribuições.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), que me proporcionaram crescimento e aprendizado.

## RESUMO

A complexa prática de produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta singularidades que perpassam e caracterizam os problemas e conflitos bioéticos que surgem no processo de trabalho. Nesse cenário, o objetivo desse trabalho é analisar as razões dos problemas e conflitos bioéticos que emergem do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e o modo de agir dos profissionais frente a eles, tendo como referência de análise a Teoria do Agir Comunicativo. Para alcançar esse propósito, realizou-se uma investigação qualitativa que contou com três etapas de operacionalização: etnografia, entrevista e grupo focal. A produção do cuidado, por vezes, desfigura-se, transparecendo modos de agir orientados para obtenção de êxitos individuais, que se tornam problemas bioéticos com potencial para gerar conflitos quando provocam a desagregação dos envolvidos, pela não aceitabilidade do seu modo próprio de agir. O principal problema bioético encontrado na equipe foi o descompromisso de profissionais frente a outros profissionais e ao paciente. A razão desse problema está relacionada à ausência de razoável competência interpessoal, às necessidades não atendidas do profissional, à hierarquia e à baixa maturidade psicológica. No processo de trabalho interequipes, o principal problema bioético encontrado foi a falta de solidariedade entre os profissionais das equipes e desses frente aos pacientes que não pertencem ao setor do território sob sua responsabilidade. As razões desse problema estão associadas à cobrança da gestão por incremento da produção para o alcance de metas, à falta de valorização dos trabalhadores e dos seus esforços no desenvolvimento do trabalho, por parte da gestão, e à estima assimétrica entre os profissionais das equipes. Da mesma forma que pode suscitar problemas e conflitos, o modo de agir pode contribuir para sua resolução, manutenção ou agravamento. Diante de um conflito bioético, alguns profissionais agem orientados ao próprio êxito através do agir instrumental ou estratégico, o que não promove a sua resolução, mas a sua latência, e compromete os propósitos desse nível de atenção, em virtude da fragmentação da equipe. Ao contrário, através do agir comunicativo, alguns profissionais buscam um entendimento e um acordo para o êxito coletivo que pode ser traduzido no cuidado do paciente. Não basta agrupar pessoas e prescrever suas atribuições e, assim, conceder-lhes a designação de equipe, é preciso que exista o reconhecimento em sua polissemia, tanto para a produção do cuidado, quanto para produção da equipe.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, equipe interdisciplinar de saúde, bioética, ética.

**THE WORK PROCESS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: THE PROBLEMS AND BIOETHICAL CONFLICTS THAT ARISE FROM PRODUCTION WITH OTHERS**

**ABSTRACT**

The complex practice of production of care in the Family Health Strategy presents singularities that permeate and characterize the problems and bioethical conflicts that arise in the work process. In this scenario, the objective of this work is to analyze the reasons for the problems and bioethical conflicts that emerge from the work process in the Family Health Strategy and the modes of action of the professionals in front of them, having as reference of analysis the Theory of Communicative Action. To achieve this purpose, a qualitative investigation was carried out, with three stages of operationalization: ethnography, interview and focus group. The production of care sometimes becomes disfigured, showing modes of action oriented towards individual successes, which become bioethical problems with the potential to generate conflicts when they lead to the disintegration of those involved, by the unacceptability of their own mode of action. The main bioethical problem found in the team was the lack of commitment of professionals front other professionals and the patient. The reason for this problem is related to the absence of reasonable interpersonal competence, unmet needs of the professional, hierarchy and low psychological maturity. In the work process between teams, the main bioethical problem found is the lack of solidarity between the professionals of the teams and those in front of patients who do not belong to the sector of the territory under their responsibility. The reasons for this problem are associated with the collection of management by increasing production to achieve goals, the lack of valorization of the workers and their efforts in the development of work, by management, and asymmetric estimation among the professionals of the teams. In the same way that it can raise problems and conflicts, the mode of action can contribute to its resolution, maintenance or aggravation. In the face of a bioethical conflict, some professionals act oriented to their own success through instrumental or strategic action, which do not promote its resolution, but its latency, which compromises the purpose of this level of attention by the fragmentation of the team. On



the contrary, through communicative action, some professionals seek an understanding and an agreement for collective success that can be translated in patient care. It is not enough to group people and prescribe their attributions, and thus grant them the team designation, there must be recognition in their polysemy, both for the production of the care, as for the production of the team.

**Keywords:** Primary Health Care, Family Health Strategy, patient care team, bioethics, ethics.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS.....	Agente comunitário de saúde
APS.....	Atenção Primária à Saúde
ASB.....	Auxiliar de saúde bucal
ESF.....	Estratégia Saúde da Família
PMF.....	Programa Médico de Família
RJ.....	Rio de Janeiro
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TCLE.....	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS.....	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	01
--------------------	----

---

### CAPÍTULO I

---

INTRODUÇÃO .....	02
O ideário ético da produção do cuidado na ESF .....	02
O papel da equipe multiprofissional e os valores éticos .....	03
Problemas e conflitos bioéticos na produção do cuidado .....	06
O agir dos profissionais e o agir comunicativo .....	10
O problema da pesquisa e a justificativa do estudo .....	13
Objetivos .....	13
Objetivo geral.....	14
Objetivos específicos .....	14

---

### CAPÍTULO II

---

METODOLOGIA .....	15
-------------------	----

---

### CAPÍTULO III

---

ARTIGO 1 - Problemas e conflitos bioéticos da prática em equipe da Estratégia Saúde da Família ...	20
Introdução .....	22
Método .....	23
Resultados e discussão .....	25
Considerações finais .....	38
ARTIGO 2 - Problemas e conflitos bioéticos que emergem no processo de trabalho interequipes na Estratégia Saúde da Família .....	40
Introdução .....	42
Método .....	42
Resultados e discussão .....	44
Considerações finais .....	53
ARTIGO 3 - Modos de agir de profissionais para resolução de conflitos bioéticos na Estratégia Saúde da Família .....	55
Introdução .....	57
Método .....	58
Resultados e discussão .....	59
Considerações finais .....	70

---

**CAPÍTULO IV**

---

CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	75
APÊNDICES .....	86

## APRESENTAÇÃO

A finalidade desse estudo foi identificar os problemas e conflitos bioéticos, que efluem do processo de trabalho de uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município do Niterói/RJ, analisando suas razões e também, o modo de agir dos profissionais no processo interprodutivo, seja instrumental, estratégico ou comunicativo, para a resolução de tais problemas e conflitos.

Esse trabalho foi dividido em quatro capítulos que serão, brevemente, apresentados a seguir.

No capítulo I é apresentado um texto introdutório, que contempla a contextualização, caracterização e justificativa do estudo e do problema de pesquisa e seus objetivos.

O capítulo II trata da metodologia para operacionalização da pesquisa e análise dos resultados.

O terceiro capítulo integra os resultados que são apresentados em formato de artigo.

No primeiro artigo, discute-se as razões dos problemas e conflitos bioéticos que derivam do processo de trabalho de uma equipe de saúde da família.

O segundo artigo, por outro lado, aborda as razões dos problemas e conflitos bioéticos, mas na perspectiva do trabalho interequipes.

No terceiro artigo é desenvolvida uma análise, fundamentada na Teoria do Agir Comunicativo, sobre os modos de agir dos profissionais, que podem ou não promover a resolução de conflitos bioéticos.

O capítulo IV apresenta as considerações finais, através da síntese e da contextualização dos resultados analisados nos quatro capítulos anteriores.

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

#### **O ideário ético da produção do cuidado na ESF**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu, em 1994, como uma proposta orientadora de um novo modelo de atenção, pela oferta de ações de promoção, proteção e recuperação, centradas no usuário e operacionalizadas por equipes multiprofissionais, com a composição mínima de médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A partir do ano 2000, o Ministério da Saúde passou a incentivar a inclusão, também, do cirurgião-dentista e do auxiliar e/ou técnico em saúde bucal nessas equipes, a fim de procurar garantir uma atenção integral em saúde.

A organização do processo de trabalho na ESF é estabelecida a partir de um território geográfico definido, considerando as suas características e as necessidades da população a ele adscrita.

Nesse contexto, a proposta de longitudinalidade da ESF conecta-se à construção do vínculo, em uma relação ética com o outro, no sentido de promover a criação de laços de compromisso, de confiança e de corresponsabilidade entre os profissionais e os pacientes residentes no território.

A integralidade deve ser desenvolvida pelas equipes por meio do exercício de práticas de cuidado, que preveem a utilização de tecnologias complexas e variadas, para oferta de respostas às demandas e necessidades de saúde (BRASIL, 2012). Essas tecnologias representam os instrumentos de trabalho, os conhecimentos técnicos dos profissionais e as relações do trabalhador com o usuário, “cada uma delas expressando processos produtivos singulares” (MERHY, 2013a, p. 96). Se a razão existente entre essas tecnologias estiver centrada em uma abordagem mais relacional, a produção da saúde acontece perante “parâmetros de implicação mútua”, ou seja, no reconhecimento do coprotagonismo na produção da saúde, fazendo-se “presentes diretrizes de intervenção, acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização” (MERHY; FRANCO, 2013, p. 142-143).

Assim, a produção do cuidado em saúde centrado no usuário “mobiliza estrategicamente” os conhecimentos técnicos dos profissionais e as relações do trabalhador com o usuário (MERHY, 1999), pois, durante essa produção ocorre um encontro para o

estabelecimento de uma relação de escuta e responsabilização, as quais se articulam com a constituição do vínculo e do compromisso para a “produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde” (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 346).

Quando o paciente procura o serviço, ele busca a solução para seu problema, com a perspectiva de que haverá o compromisso “de que tudo que puder ser feito para defender ou qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais” (MERHY, 2013b, p. 75). Nesse encontro realiza-se a escuta das necessidades de saúde que precisam ser entendidas pelo profissional, pois são apresentadas a partir de alguma demanda específica (CECÍLIO, 2006). Logo, a atenção integral deve ser desenvolvida observando o “imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (BRASIL, 2012, p. 19).

Portanto, o processo de trabalho deve ser orientado pelo acolhimento, que permite qualificar o encontro para a produção do cuidado (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 346), uma vez que possui uma designação de diálogo que se orienta para a busca do conhecimento das necessidades do usuário e dos modos de satisfazê-las (TEIXEIRA, 2007). Isso exige uma atitude proativa do profissional, em oferecer uma resposta à demanda do paciente, seja através de uma orientação ou de um atendimento clínico (GUERREIRO et al., 2013).

### **O papel da equipe multiprofissional e os valores éticos**

O cuidado que se propõe na ESF, “ganha materialidade na atitude dos profissionais frente aos usuários” (SILVA JUNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2011, p. 97), pois advém da consideração pelo usuário, do entendimento de suas necessidades e da proatividade em tentar resolvê-las, o que expressa um compromisso bioético. Para isso, é necessário o reconhecimento, por cada profissional, tanto do paciente quanto dos outros profissionais envolvidos nessa produção, através da “diminuição do narcisismo e da onipotência”, em busca da resolutividade da demanda do usuário pelo trabalho em equipe (PLASTINO, 2009).

Assim, o cuidado em saúde na ESF é aqui entendido como o reconhecimento das necessidades do paciente, a partir do seu acolhimento, para a oferta de ações integrais necessárias para atender a sua demanda, apoiadas nas práticas e nos saberes articulados da equipe.

Nesse sentido, o cuidado ganha materialidade, não apenas no modo de agir do profissional frente ao paciente, mas também no modo de agir entre os profissionais, que são responsáveis pelo cuidado do usuário, bem como são pelo trabalho em equipe para essa produção integral.

É importante pontuar, que o cuidado apoia-se também em outras dimensões objetivas fundamentais como, por exemplo, a disponibilidade de serviços e insumos, de mecanismos de regulação, que, apesar de dimensões essenciais para alcance da integralidade, não são objetos dessa pesquisa.

A ideia de equipe provém da necessidade dos indivíduos de “somar esforços para alcançar objetivos que, isoladamente, não seriam alcançados ou seriam de forma mais trabalhosa ou inadequada”, e da complexidade da concepção de saúde, que impõe a esse processo de produção a necessidade de gerar “relações de dependência e/ou complementariedade de conhecimentos e habilidades para o alcance dos objetivos” (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000, p. 45).

No trabalho em equipe, profissional deveria buscar a ampliação de seus referenciais, reconhecendo os limites de sua atuação (KELL; SHIMIZU, 2010), o que não pressupõe abolir as especificidades disciplinares, mas sim valorizá-las de acordo com o projeto terapêutico edificado com cada usuário, que em algum momento exigirá o compartilhamento de saberes (SILVA JUNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2011; CUTOLO; MADEIRA, 2010).

Assim, produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. E como cada qual faz esse movimento desde um determinado ponto de vista, mobilizando saberes específicos e sabedoria adquiridos a partir de vivências concretas, o compartilhamento desses olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de compreender e comunicar-se com os usuários (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010, p. 73).

O trabalho em equipe requer o conhecimento das atribuições individuais e coletivas, considerando os diversos âmbitos de atuação dos profissionais, inclusive o conhecimento de como essas atribuições são conformadas na equipe que opera no âmbito da ESF; conseqüentemente, presume-se que no âmbito individual, é fundamental a aspiração de aprender novas formas de interagir e trabalhar articuladamente (SARGEANT; LONEY; MURPHY, 2008).



Nesse sentido, “quando as equipes concedem um lugar para cada um de seus membros e permitem a cada um a expressão das suas capacidades, começa a gerar um compromisso, que se estende para mais pessoas da mesma equipe” (CARRIÓ, 2009, p. 75, tradução nossa).

A interdisciplinaridade requerida no trabalho em equipe na ESF prevê a integração articulada de diversas disciplinas, promovendo “um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença” para a produção do cuidado (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 456).

Para isso, o trabalho em equipe requer um alto grau de articulação entre os profissionais (BRASIL, 2012) e, por isso, pode ser considerado uma atividade social sofisticada (SARGEANT; LONEY; MURPHY, 2008), a qual gera uma ligação social que nasce “do senso de mútua dependência” para a busca do cuidado (SENNET, 2009, p. 166), pela percepção de que a realidade do assistido é uma trama de fatores que devem ser compreendidos em sua totalidade (MERQUIOR, 2009, p. 290).

Dessa forma, a responsabilidade é um princípio fundamental para orientação da equipe (BRASIL, 2012). A inexistência de responsabilidade pelo trabalho em equipe leva à “descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional” (PEDROSA; TELES, 2001, p. 309).

Essa responsabilidade bioética vai além da obrigação que remete a punição, pois reúne *contar com e ser responsável por* (RICOEUR, 1996). *Contar com* remete a confiança que é chave na produção do cuidado, tanto no estabelecimento de vínculo com o usuário, quanto no desenvolvimento de colaboração entre os membros da equipe (D'AMOUR et al., 2008). *Ser responsável por* se liga à “responsabilidade por outrem, portanto, como responsabilidade por aquilo que não fui eu que fiz, ou não me diz respeito, ou que precisamente me diz respeito [e] é por mim abordado como rosto” (LÉVINAS, 1988, p. 87).

Portanto, a praticabilidade de uma equipe, para produção do cuidado, depende de uma relação interativa entre os trabalhadores, da articulação de saberes e práticas (ARAÚJO; ROCHA, 2007), do conceito compartilhado de cuidado e, assim, de sua capacidade de ser responsável pelo paciente e pelo trabalho em equipe (BARNARD, 1987).

Assim, no campo interprofissional,

a autonomia técnica, a complementaridade e interdependência das atividades, a articulação das ações, a forma de comunicação, a construção de consensos, a elaboração de projetos assistenciais comuns, a forma como são tomadas as decisões, entre outros – irão permitir que diversos arranjos se conformem nos serviços: uns levando as relações para uma direção oposta à

tentativa de trabalho em equipe; outros contribuindo ou indicando um caminho para sua realização efetiva (CARDOSO; HENNINGTON, 2011, p. 87).

### **Problemas e conflitos bioéticos na produção do cuidado**

A mudança de paradigmas estruturados nos serviços e nas relações interpessoais é um desafio que implica em transformação das práticas e a adesão à nova proposta (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Os profissionais não escolhem arbitrariamente trabalhar juntos, mas precisam aprender a lidar com as novas dinâmicas relacionais e os processos de interação com o outro (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013; FRANCO; MERHY, 2013; MATUDA et al., 2015).

Quando o conceito de equipe está ligado ao da ESF, deveria assumir suas nuances normativas, especialmente no que se refere aos valores de responsabilidade e de compromisso com o cuidado a ser produzido com o usuário, que inclui o compromisso pelo trabalho em equipe (BARNARD, 1987).

Embora existam normas com a função de padronizar condutas na produção assistencial da ESF, elas podem influenciar as atividades dos trabalhadores de duas formas, de acordo com seus graus de liberdade e, portanto, de acordo com sua autonomia na condução de seu encontro com o usuário. Por um lado, a norma pode influenciar de forma muito restrita, os profissionais com alto grau de liberdade, que em seu processo de trabalho pode definir como esse cuidado é realizado, em um processo criativo realizado em ato (FRANCO; MERHY, 2013). Por outro lado, a norma pode restringir ou cercear a produtividade dos profissionais que agem com menor grau de liberdade para governar a produção do cuidado, perdendo a sua potência resolutiva (FRANCO, 2013, p. 229).

Se por um lado, a norma pode restringir a atividade produtiva, por outro lado, no contexto do trabalho em equipe, a norma é fundamental para que haja uma orientação mínima do trabalho na ESF, desde que essa norma, não capture totalmente a sua potência resolutiva, na medida em que suscita a convergência de finalidades entre os protagonistas da produção do cuidado.

Assim, existe um conjunto de elementos que caracterizam o processo de trabalho na ESF para a produção do cuidado, como a responsabilidade pelo paciente e pelo trabalho em equipe, o compromisso, a integralidade, o acolhimento e a escuta que são, em grande medida, ideários éticos. Assim, tudo que dificulta ou impede a produção de cuidado com essas características é um problema bioético, que pode ou não ser percebido pelos profissionais ou

pelos pacientes. Caso exista essa percepção, esse problema pode gerar um conflito bioético, a partir do momento em que um indivíduo formule um juízo moral da ação que violou os valores que deveriam ter sido empregados na produção do cuidado.

As regras orientadoras de comportamento, reunidas em códigos de ética profissional, adotados por suas respectivas corporações de classes, são “um esquema redutor incapaz, muitas vezes, de fazer frente aos problemas e conflitos bioéticos que surgem das experiências vivenciadas no cotidiano do profissional” no trabalho em equipe (ZOBOLI, 2003).

Na verdade, é necessário que a equipe coloque em análise seu modo de operar para reconhecer as suas capacidades, fragilidades e potências para mudanças (MERHY; FEUERWERKER, 2009), pois um grupo de profissionais passa a compor uma equipe, quando eles se tornam responsáveis por um objetivo comum, que é a produção do cuidado, que depende, por sua vez, de outros valores assumidos frente ao paciente e ao trabalho em equipe.

Para Sennett (2009, p. 175), a falta de responsividade à responsabilidade “é uma reação lógica ao sentimento de que não somos necessários” para determinada ação; com isso, a equipe enfraquece seu caráter pelo esvaecimento de valores como o compromisso, a solidariedade, o propósito e a capacidade de resolução.

A falta de responsabilização pelas demandas do paciente tem sido a causa de inúmeros fracassos, assim como a falta de responsabilização pelo trabalho em equipe, que concretiza um trabalho multidisciplinar com profissionais atuando de forma solitária (SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2007).

É inevitável nas equipes e interequipes a presença de problemas e conflitos, como questões de responsabilidade e fronteiras de atuação (BROWN et al., 2011). Apesar de existir fronteiras no “interior dos campos de conhecimento, originando diversas disciplinas práticas ou grupos corporativos”, há “a necessidade de devolver ao usuário o lugar de centro ordenador da produção de práticas terapêuticas” (CECCIM, 2008, p. 275), pois um projeto terapêutico que tem por finalidade o cuidado “é muito mais complexo do que pode responder o recorte e circunscrição de uma profissão isolada” (CECCIM, 2008, p. 265).

A transposição do trabalho individual para o coletivo compartilhado é fundamental para a integralidade e para a produção do cuidado, pois, possibilita que a prática de um profissional seja reconstruída na prática do outro, sendo, portanto, transformados para agir produtivamente em equipe (ARAÚJO; ROCHA, 2007; CUTOLO; MADEIRA, 2010).

Apesar da aparente homogeneidade dos discursos de equipes em relação ao modo de pensar o cuidado (FORTUNA et al., 2005), as ações ainda são construídas de forma isolada (KRUG et al., 2010).

Por isso, há espaço para o ceticismo de que profissionais, organizados em torno de seus conhecimentos herméticos com enfoque biológico, possam criar um ambiente de responsabilidade (BARNARD, 1987), pois apenas o contato entre eles não é suficiente para configurar uma equipe (SARGEANT; LONEY; MURPHY, 2008; CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Se não há articulação entre os profissionais, não existe responsabilidade pelo cuidado integral do paciente, pois na constituição de uma equipe, o grau de articulação é proporcional ao da responsabilidade assumida frente ao objetivo coletivo, sendo que todos deveriam sentir-se parte deste processo para o alcance dos resultados, comprometendo-se e considerando o conhecimento e experiência de todos na equipe para a oferta da integralidade (CUTOLO; MADEIRA, 2010).

É importante pontuar que a oferta da integralidade em todos os seus sentidos envolvem questões que estão além da prática na ESF, como, por exemplo, o financiamento e acesso a serviços de média e alta complexidade. A integralidade referida nesse estudo diz respeito às ações ofertadas pela equipe interdisciplinar da ESF.

Além disso, há ainda a hegemonia do trabalho centrado no médico, “sem interação expressiva com o restante da equipe de saúde da família” (GARCIA et al., 2015). A insistência por parte de determinados profissionais da saúde de atuar exclusivamente em torno do médico e acreditar que as ações dele são suficientes e capazes por si só, de promover o cuidado, desqualifica as outras profissões da saúde e as tornam subordinadas à medicina, a qual tende a orientar os outros profissionais em torno do seu núcleo de práticas, comprometendo a autonomia, o desenvolvimento e o fortalecimento do trabalho em equipe, embora todos os profissionais operem dentro do modelo biomédico, núcleo duro que fundamenta suas práticas.

O trabalho em equipe de acordo com os propósitos da ESF, por si só, não garante o rompimento dessa concepção médico-centrada, sendo necessários dispositivos que alterem essa dinâmica, identificando “elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais”, no que diz respeito ao modo como se produz o cuidado em saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 456).

A transversalidade do cuidado na equipe leva à necessidade de colaboração entre cada uma das profissões comprometidas com a saúde, o que não é compatível com a centralidade em uma disciplina e, ainda, com as hierarquias de poder de uma profissão (GONZÁLEZ-DE PAZ, 2013), pois “mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os trabalhadores” (CECÍLIO; MERHY, 2007, p. 200).

Contudo, na ESF, ainda se instituem relações de poder hierarquizadas, sobretudo entre os profissionais de nível superior em relação aos de nível médio, assim como, da categoria médica sobre as demais (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Não obstante, as distintas percepções dos envolvidos em relação ao conceito de equipe, dificultam a efetivação desse modo de trabalho.

Equipe pode ser considerada, de acordo com diversas percepções: (a) “conjunto ou grupo de pessoas que se aplicam a uma tarefa ou trabalho” e que não compartilham de um objetivo comum, (b) “conjunto ou grupo de pessoas que partilham de um mesmo objetivo”, sem a preocupação com a maneira com que cada profissional pretende atingi-lo, (c) “conjunto ou grupo de pessoas que ao desenvolver uma tarefa ou trabalho, almejam um objetivo único, obtido pelo consenso/negociação”, (d) “conjunto ou grupo de pessoas que tem objetivos comuns e está engajado em alcança-los de forma compartilhada”, ou, por fim, (e) “conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido” (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000, p. 45).

Tais percepções são fruto das especificidades dos distintos profissionais, que carregam consigo características da “inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, [...] interesses próprios” (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 463), assim como, o temperamento, o caráter e a personalidade (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

Ainda, essas diferenças influenciam, muitas vezes de modo negativo, no relacionamento interprofissional e no processo de trabalho, “uma vez que estão presentes no agir de cada profissional” (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013, p. 65). No contexto de integração da ESF, é fundamental a consideração das pluralidades (RAYMUNDO, 2013, p. 224), desde que estejam limitadas a uma postura ética do profissional frente a outro e ao paciente.

Pode haver ainda, a falta de reconhecimento e valorização do trabalhador, por parte da gestão e de outros profissionais, o que contribui para a desmotivação, conformismo e isolamento (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

Remunerações insatisfatórias, falta de valorização e reconhecimento, sobrecarga de atribuições e deveres [...] dificultam o desenvolvimento do trabalho [...] [pois] podem desencadear várias formas de sofrimento, como impotência, frustração, isolamento, ansiedade, desmotivação, dentre outras [...] A falta de reconhecimento do profissional, seja pela instituição, seja pelos colegas [...] representa fator negativo para o indivíduo no que concerne à sua vida particular, bem como às atividades laborais (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013, p. 66).

Há, portanto, uma série de barreiras para a efetivação do trabalho em equipe, especialmente relacionadas às relações humanas (GRUMBACH; BODENHEIMER, 2004), que envolvem os saberes, as necessidades e os interesses individuais, e que influenciam o modo de agir dos indivíduos nessa produção de cuidado (BARROS; BARROS, 2007).

### **O agir dos profissionais e o agir comunicativo**

Esses profissionais, com o seu fazer, seu modo de agir e pensar, influenciados pelas razões até aqui expostas, são os que constroem a sua forma de trabalhar em saúde (FORTUNA et al., 2005, p. 266), podendo se observar inúmeras *bias* [distorção da produção do profissional por estar intimamente imerso em sua prática constitutiva e em suas concepções] que atravessam o processo de trabalho, que nem sempre são explícitos.

Entretanto, por mais contundentes que sejam as razões, individuais ou coletivas, quando a ação origina-se de alguém, que age livre e com consciência, o indivíduo se responsabiliza e responde não só por aquilo que idealiza ou pretende empreender, “mas também pelos meios empregados e pelos resultados obtidos” (VÁZQUEZ, 2008, p. 79), visto que, “fazer é arriscar ver a virtude transformar-se em seu contrário” (DESCAMPS, 1991, p. 84).

Assim, pode-se dizer, que problemas e conflitos são indissociáveis do trabalho em equipe, já que as relações em algum momento serão atravessadas por eles, o que pode ao mesmo tempo comprometer o alcance dos objetivos coletivos, ou tornar-se uma possibilidade “de crescimento, se forem trabalhados” (FORTUNA et al., 2005, p. 267; BROWN et al., 2011).

A própria organização do trabalho e seus ajustes são resultados de problemas e conflitos, sejam eles técnicos, afetivos ou bioéticos, pois abre espaço para construção de regras de trabalho, que são os “verdadeiros princípios reguladores para a ação e para a gestão das dificuldades ordinárias e extraordinárias observadas no curso do trabalho” (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994, p. 133).

Entretanto, há obstáculos que dificultam ou impedem a resolução dos problemas e dos conflitos, tais como, a falta de tempo provocada pelo excesso de trabalho; as relações de hierarquia; a falta motivação para lidar com conflitos; e, a falta de enfrentamento por medo de causar desconforto emocional (BROWN et al., 2011).

Uma condição fundamental para a decisão de implementar mudanças ou incorporar novos elementos à prática, é o reconhecimento da ineficácia da forma vigente de agir para enfrentar os desafios do trabalho (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Nesse contexto, a comunicação é uma estratégia para a resolução de problemas e conflitos (BROWN et al., 2011), pois, permite promover o aprendizado e a constituição da equipe (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

Habermas (2014) advoga que a resolução dos conflitos bioéticos, deve ser estabelecida através do agir comunicativo, onde os indivíduos interagem através da comunicação, levantando pretensões de validade em suas proposições, que são passíveis de concordância ou questionamentos, com o objetivo de alcançar o entendimento e um acordo. Apesar dos diferentes valores individuais, deve-se alcançar o consenso para a fundamentação de uma norma de ação que oriente o agir em benefício ao cuidado, através de um processo recíproco de convencimento, resultado de uma participação cooperativa e do diálogo transversalizado não cooptado por um saber dominante (HABERMAS, 2014).

Nesse sentido, “a teoria da ação comunicativa representa a possibilidade de construção de um novo e democrático agir nas práticas de saúde”, interligando teoria e práxis “através de ações concretas numa dinâmica de interação entre os atores envolvidos” (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 462).

Nesses termos, a teoria do agir comunicativo pode ser considerada uma ferramenta para resolução de problemas e conflitos bioéticos na ESF, pois toda norma, fundamentada e justificada coletivamente, cria um compromisso e o agente é obrigado a comportar-se de acordo com ela, evitando as ações que sejam proibidas (VÁZQUEZ, 2008). Padronizar normas de comportamento pela moral, “[...] constitui uma fase emergencial de reestruturação do convívio grupal” (TRUJILLO, 2011, p. 188).

As reuniões de equipe desempenham uma importante função para “discussão dos problemas que se apresentam na prática cotidiana”, cuja solução pode ser negociada através de consensos (SILVA; TRAD, 2005, p. 32).

Tais reuniões promovem ainda o fortalecimento do trabalho em equipe (ZANCHETT; DALLACOSTA, 2015) e o estabelecimento de vínculo interpessoal entre seus membros (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013), contribuindo para a eficácia do processo de trabalho de agenciamento coletivo (SARGEANT; LONEY; MURPHY, 2008).

É importante que as reuniões sejam rotineiras com a participação ativa e democrática dos diversos profissionais, o que, entretanto, nem sempre garante o estabelecimento de relações de trabalho em equipe (CARDOSO; HENNINGTON, 2011), pois existe uma predominância de transmissão de informações elaboradas pela gestão, ficando os integrantes do grupo responsável apenas por executá-las (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Outros autores evidenciam que a interação dos profissionais fica restrita a essas reuniões, limitando uma comunicação posterior, o que representa um obstáculo para a realização plena e eficiente do trabalho (COLOMÉ; LIMA; DAVIS, 2008; ZANCHETT; DALLACOSTA, 2015).

A dificuldade de diálogo, que compromete o estabelecimento dos objetivos, “aparece no desenho de um modelo de equipe ainda segmentado por núcleo profissional” (KRUG et al., 2010).

Nas equipes onde existem formas de comunicação verticais e autoritárias, alguns profissionais “tendem a adotar suas próprias estratégias de enfrentamento, percebidas pelos demais membros da equipe como alienação ou descompromisso” (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010). Assim, “sentar junto para conversar parece tão fácil, mas, muitas vezes, não é, pois, nesses momentos, deparamos com as contradições, com as diferenças, com as expectativas que temos uns dos outros e que não são claramente faladas” (FORTUNA et al., 2005).

Nesses termos, a falta de diálogo entre os membros da equipe se institui como um desafio ético (JUNGES et al., 2012).

O diálogo entre os profissionais, seja para a organização do trabalho ou para a resolução de problemas e conflitos, é uma estratégia para a produção de cuidado, pois tem como objetivo aumentar a participação e consensos sem sucumbir ao relativismo profissional (GONZÁLEZ-DE PAZ, 2013).



## **O problema da pesquisa e a justificativa do estudo**

Por si só, o trabalho em equipe é fonte de problemas e conflitos bioéticos, pela própria complexidade do trabalho na ESF (DÍAZ; PÉREZ, 2005; ALTISENT, 2006). Essa complexidade é um campo favorável para a emergência de questões bioéticas, que ainda são pouco exploradas (ZOBOLI; FORTES, 2004; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2015), o que torna imperativa a necessidade de novos estudos, pois os problemas e conflitos bioéticos incorrem em consequências negativas, tanto para os profissionais quanto para os pacientes, por comprometer a produção de cuidado (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2015).

Portanto, o processo de trabalho na ESF envolve a convivência diária de profissionais, que guardam particularidades nos modos de agir e pensar, e assim, nesse encontro, o arranjo pela busca do cuidado, pode ser comprometido pela emergência de problemas bioéticos com potencial para dissociar a coesão das relações.

Identificar os problemas e conflitos bioéticos que emergem no âmbito da ESF, permite a intervenção tanto nas razões que deram origem a eles, quanto uma orientação no modo de agir para sua resolução, contribuindo para a eficácia da equipe e o cumprimento dos propósitos desse nível de atenção. Dar visibilidade a esse tema é fundamental para instigar novas pesquisas e também para possibilitar a mudança das práticas.

A possibilidade de mudança das práticas, possivelmente, está no potencial dos próprios trabalhadores e da gestão (CARDOSO; HENNINGTON, 2011). Por isso, é imperativo que, no cotidiano de trabalho, os “trabalhadores arbitrem e façam escolhas diante das diversas situações [...] construindo novas realidades” que proporcionem efetivamente o trabalho em equipe para a produção do cuidado (CARDOSO; HENNINGTON, 2011, p. 92).

Ante o exposto, surgiram as indagações que orientaram o desenvolvimento desse estudo:

- I. Quais os problemas e conflitos bioéticos que os profissionais de saúde identificam no seu cotidiano de trabalho?
- II. Qual a origem dos problemas e conflitos bioéticos que foram identificados?
- III. Como os profissionais lidam com estes problemas e conflitos bioéticos?
- IV. A Teoria do Agir Comunicativo opera na prática das relações entre os profissionais da equipe para resolução de conflitos bioéticos?

## **Objetivos**

### *Objetivo geral*

Analisar os problemas e conflitos bioéticos, que surgem no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, e o modo de agir dos profissionais frente a eles, tendo como referência de análise a Teoria do Agir Comunicativo.

### *Objetivos específicos*

1. Evidenciar e analisar a origem dos problemas e conflitos bioéticos vivenciados pelos profissionais que integram a equipe de saúde da família;
2. Caracterizar e analisar os problemas e conflitos bioéticos vivenciados pelos profissionais que integram a equipe de saúde da família;
3. Caracterizar e analisar os possíveis modos de agir (instrumental, estratégico ou comunicativo) dos profissionais diante de um conflito bioético.

## CAPÍTULO II

### METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido, no município de Niterói, no estado do Rio de Janeiro, de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, com autorização da Fundação Municipal de Saúde de Niterói e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, através do parecer nº 1.388.580, no ano de 2016.

Os critérios de escolha da equipe participante da pesquisa contempla a sua composição, o tempo de convivência entre seus membros e a coexistência com outra equipe. Deveria, portanto, (a) ser composta por um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de saúde bucal (ASB), um técnico de enfermagem e no mínimo dois agentes comunitários de saúde (ACS), (b) ser uma das equipes da ESF do município a possuir o maior tempo de trabalho com a mesma composição de profissionais e, por fim, considerou-se (c) a existência de pelo menos outra equipe inserida no módulo.

Ressalta-se que, para auxiliar a identificação da equipe com essas características, contou-se com o apoio de um funcionário do Núcleo de Educação Permanente da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Também foi incluído, nessa pesquisa, um usuário assistido por essa equipe. O critério de escolha do paciente foi a indicação da maioria dos profissionais, quando questionados individualmente, sobre qual seria o assistido que expressava o maior número de queixas dirigidas aos próprios profissionais, relacionadas ao atendimento da equipe. A maioria apontou o usuário incluído nessa pesquisa.

Presumiu-se que os critérios utilizados para a escolha dos participantes, usuários e profissionais, pudessem possibilitar a evidenciação de um maior número de problemas e conflitos bioéticos, com expressiva complexidade, por eles vivenciados.

Adotou-se a premissa metodológica de que “todos os membros do mesmo grupo ou da mesma classe são produtos de condições objetivas idênticas” ou consideravelmente semelhantes, o que possibilita, mesmo que na particularidade dos relatos, a vocalização de problemas e conflitos bioéticos que podem ser vivenciados por outras equipes e pacientes, também de modo idêntico ou, consideravelmente, semelhante (BOURDIEU, 1983, p. 66-67).

A equipe inserida no estudo é composta por um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde, que trabalhavam em conjunto, aproximadamente, há dois anos e meio. O médico, o técnico de enfermagem, o enfermeiro e os agentes comunitários de saúde trabalham há quatro anos, seguidos da entrada do dentista e do auxiliar de saúde bucal há dois anos e seis meses. Além dessa equipe, trabalham na unidade mais três equipes.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, sendo sanadas as dúvidas e prestados os devidos esclarecimentos quanto a todas as etapas do processo, riscos, benefícios, divulgação de resultados e finalidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a anuência de todos, iniciaram-se as atividades de campo.

Essa pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, descritivo e analítico, teve a finalidade de imersão no universo a ser estudado, para a obtenção de dados qualitativos em profundidade, e o propósito de transformar “o exótico em familiar e o familiar em exótico” (DA MATA, 1978, p. 28); para isso, utilizou-se as técnicas de etnografia, entrevista e grupo focal.

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de fevereiro e junho de 2016 no município de Niterói/RJ.

Na primeira etapa, buscou-se uma aproximação com a equipe, para a realização da observação direta dos profissionais em seus ambientes de trabalho, e, a imersão em suas realidades práticas, individuais e interativas. Constitui-se, dessa maneira, um estudo de caráter etnográfico, ressaltando-se que muitos fenômenos importantes podem não ser registrados quando utilizamos perguntas, sendo assim, esses “imponderáveis da vida real” têm de ser observados em pleno funcionamento (MALINOWSKI, 1978, p. 33).

A etnografia, que teve início no dia quinze de fevereiro de 2016, foi um método utilizado para “descrições mais holísticas” do objeto da pesquisa (FLICK, 2009a, p. 126):

Rotina de um dia de trabalho [...] o tom das conversas e da vida social [...] a existência de grandes amizades ou hostilidades e de simpatias e antipatias passageiras entre pessoas; a maneira sutil, mas inquestionável, em que as vaidades e as ambições pessoais refletem no comportamento do indivíduo e nas reações emocionais dos que os rodeiam (MALINOWSKI, 1990, p. 55).

Neste caso, de um modo geral, “o que chamamos de nossos dados são realmente nossa própria construção das construções de outras pessoas” (GEERTZ, 2008, p. 07).

Uma dificuldade apresentada inicialmente durante essa etapa foi o enfrentamento de certa resistência de alguns profissionais à presença da pesquisadora, percebida pela distância que mantinham e pela indiferença expressa até pelo cumprimento. Apesar do esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, realizado individualmente com cada profissional, uma razão para essa resistência, pode ter sido o medo de estar sendo avaliado. Em contrapartida, o acompanhamento de visitas domiciliares foi o momento de maior estabelecimento de confiança e vínculo com a equipe, pela aproximação durante o deslocamento no território.

Outra dificuldade residiu na apreensão dos fatos, ou seja, em construir um sentido ao mosaico de observações do modo de agir dos indivíduos e de suas falas.

Os registros dos modos de agir, conversas e comentários, foram anotados em diário de campo. Documentou-se também, o processo de aproximação do objeto, as experiências, os problemas no contato com os indivíduos, bem como, as minhas próprias interpretações acerca da realidade observada, o que tornou o processo de operacionalização da pesquisa mais intersubjetivo e explícito (FLICK, 2009b).

O acompanhamento da equipe foi realizado as segundas e terças-feiras, no período da tarde, e as quartas-feiras, no período da manhã (dia e período de maior movimento na unidade, de acordo com os profissionais). Eventualmente, havia permuta desses períodos em outros dias da semana, de forma aleatória, totalizando 41 períodos com aproximadamente 164 horas de observação, o que fez quase 07 dias em turnos ininterruptos de 24 horas. O último dia de acompanhamento da equipe foi 31 de maio de 2016.

Nesse período observacional, em dois momentos distintos, foi possível acompanhar as relações das equipes com o usuário, participante da pesquisa, na unidade.

A segunda etapa da investigação foi compreendida por entrevistas realizadas com todos os participantes, mediante a aplicação de um roteiro semiestruturado (apêndices A e B), que contemplou “a abrangência das informações esperadas”, auxiliou a interlocução entre a pesquisadora e os profissionais, e permitiu a flexibilidade na comunicação (MINAYO, 2010, p. 191).

Essa etapa foi realizada após a etnografia, que possibilitou a adequação do roteiro de acordo com as vivências da equipe, pois sua proposta foi envolver os participantes em um processo reflexivo, para que verbalizassem as suas impressões e o seu comportamento diante dos problemas e conflitos bioéticos na equipe. Segundo Minayo (2009, p. 65), quando se trata de um “grupo marcado por muitos conflitos, cada entrevista expressa de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la como nos dados que aí são produzidos”.

Durante a primeira entrevista, percebeu-se a dificuldade de compreensão do profissional do que seria um problema ou conflito bioético, o que levou a retirar dos roteiros o termo “bioético”. Os problemas e conflitos bioéticos são identificados e distinguidos de outros problemas e conflitos não-bioéticos, pela própria pesquisadora, a partir da fala dos profissionais.

As entrevistas, que totalizaram um tempo de aproximadamente oito horas e meia, foram gravadas e realizadas com os profissionais na própria unidade de saúde, por sua vez, com o paciente, foi realizada em sua própria residência.

Após as entrevistas, ocorreu a operacionalização de um grupo focal, no dia 22 de junho de 2016, com a presença da pesquisadora e de seis profissionais, exceto o dentista que, neste ínterim, foi transferido para a assistência de outro território. Para Minayo (2010, p. 270-71) os grupos focais têm uma importância específica e única, que proporcionam ao pesquisador construir uma série de “possibilidades de informações” que “permite triangular olhares e obter mais informações sobre a realidade”.

Optou-se pela realização do grupo focal sem o auxílio de outras pessoas, para permitir uma maior naturalidade das falas dos profissionais. Com a filmagem do grupo focal, foi possível à pesquisadora exercer a função de mediadora e captar, em um segundo momento, as peculiaridades do encontro. O tempo de filmagem foi de aproximadamente 01 hora e 28 minutos.

Pela confiança adquirida pelos profissionais, após todo o processo de trabalho de campo, o grupo focal foi um momento de descontração, onde os profissionais não ficaram inibidos e expuseram suas opiniões sem demonstrar, aparentemente, entraves pela presença de outros profissionais.

Antes de encerrar o grupo focal, foi realizada uma dinâmica com os profissionais. Cada um deveria escrever, anonimamente, as respostas às seguintes perguntas: “qual é o objetivo da equipe?” e “todos trabalham para alcançar esse objetivo?”. Posteriormente, as respostas foram lidas pela pesquisadora para a apreciação e discussão dos profissionais.

Como a etapa de transcrição das entrevistas e do grupo focal pode ser pensada como um ato de pesquisa, pois o nível de detalhamento afeta a análise das informações (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2009), as gravações foram transcritas literalmente pela pesquisadora.

Os áudios, a imagem e os arquivos transcritos estão em formato digital e ficarão sob a guarda da pesquisadora por cinco anos, após esse período serão apagados.

Para analisar esse mosaico de informações, os temas relevantes para o objeto da pesquisa foram identificados no diário de campo, nas transcrições das entrevistas e do grupo focal, em duas categorias de análise, (1) trabalho em equipe e (2) trabalho interequipes e, posteriormente, em três subcategorias, a saber: (1) gênese dos problemas e conflitos bioéticos identificados, (2) caracterização desses problemas e conflitos e (3) modos de agir diante deles.

Através da inferência buscou-se uma interpretação profunda e fiel das mensagens (MINAYO, 2010), para o alcance dos objetivos da pesquisa ou de “outras descobertas inesperadas” (BARDIN, 2010, p. 127).

## CAPÍTULO III

### ARTIGO 1 – PROBLEMAS E CONFLITOS BIOÉTICOS DA PRÁTICA EM EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

#### Resumo

O objetivo desse trabalho é analisar a gênese e a expressão dos problemas e conflitos éticos que emergem no processo de trabalho de uma equipe da Estratégia Saúde da Família. Essa investigação qualitativa conta com três etapas de operacionalização a considerar: etnografia, entrevista e grupo focal. O principal problema bioético encontrado é o descompromisso de profissionais frente a outros profissionais e ao paciente, e que, por consequência, desencadeia outros problemas bioéticos, tais como o absenteísmo profissional, a procrastinação do profissional e a fragmentação da equipe. A origem desses problemas está relacionada à ausência de razoável competência interpessoal, às necessidades não atendidas do profissional, à hierarquia e à baixa maturidade psicológica. Sendo assim, são necessárias estratégias de intervenção, tanto na gênese quanto nos problemas e conflitos éticos para que o trabalho em equipe não se estabeleça em pseudo-equipe em detrimento à produção do cuidado.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, equipe interdisciplinar de saúde, bioética, ética.



## **BIOETHICAL PROBLEMS AND CONFLICTS OF TEAM PRACTICE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY**

### **Abstract**

The aim of this study is to analyze the genesis and expression of ethical problems and conflicts that arise in the work process of a team of the Family Health Strategy. This qualitative research has three operational steps to consider: ethnography, interview and focus group. The main ethical problem encountered is the lack of commitment of professionals front other professionals and the patient, and therefore triggers other ethical problems, such as job absenteeism, procrastination professional and fragmentation of the team. The origin of these problems is related to the absence of a reasonable interpersonal competence, the unmet needs of professional, hierarchy and low psychological maturity. Therefore, intervention strategies are needed on genesis and on problems and conflicts ethical lest teamwork not be establish at pseudo-team harming the production of care.

**Keywords:** Primary health care, Family health strategy, patient care team, bioethics, ethics.

## Introdução

Uma *equipe* é um grupo de pessoas com alto grau de interdependência e com um objetivo em comum a ser alcançado por meio do trabalho conjunto (PARKER, 2008). O *trabalho em equipe*, portanto, é atividade produtiva exercida pela interação entre pessoas e pela articulação de tecnologias de distintas áreas do saber, sendo elemento essencial para a produção do cuidado em seu respectivo ponto de atenção à saúde. Assim, é fundamental o compromisso de cada profissional, sendo que todos, com habilidades complementares, devem se considerar corresponsáveis por um propósito (KATZENBACH, SMITH, 1996).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) a ideia da organização do processo de trabalho mediante o trabalho de equipe interdisciplinar promove a complementaridade entre os saberes e as ações e equaciona a expectativa de aumentar a capacidade de resolução dos problemas de saúde, pela oferta de ações integrais à população adstrita a determinado território (CONASEMS, 2011), em uma perspectiva que envolve o compromisso ético de responsabilização e vínculo.

Nesse sentido, cabe a cada equipe da ESF desenvolver seu processo de trabalho baseado nos propósitos dessa estratégia a fim de alcançar o objetivo almejado, que é o cuidado do paciente. Entretanto, esse processo pode ser realizado de diversas formas pela intercessão de diferentes modos de agir dos profissionais, frente a outros profissionais e ao paciente, e nesse arranjo, há risco de emergência de problemas e conflitos bioéticos.

Sem pretensão de exaurir ou restringir qualquer significado, entende-se por problema bioético uma situação que impeça ou dificulte a produção do cuidado caracterizado por valores, tais como responsabilidade, compromisso e respeito. Por conflito bioético entende-se a desagregação da relação entre dois ou mais indivíduos a partir da formulação de um juízo moral da ação que violou os valores que deveriam ter sido empregados para a efetivação do cuidado. Mas esse mesmo conflito pode operar envolvendo uma única pessoa que, muitas vezes, está diante de uma situação em que uma solução pode requerer priorizar um valor em detrimento de outro.

Diversos estudos (FORTES; ZOBOLI, 2004; SILVA; ZOBOLI; BORGES, 2006; LIMA et al., 2009; SIQUEIRA-BATISTA et al., 2015) classificam como problemas bioéticos a falta de respeito entre os integrantes da equipe; a inexistência de companheirismo e colaboração entre os profissionais; e o respeito à confidencialidade das informações do usuário. Tais problemas bioéticos incorrem em consequências negativas tanto para os

profissionais quanto para os pacientes, e também para formação do vínculo da equipe com os usuários (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2015) e são potenciais fatores que geram conflitos éticos.

De fato, a Atenção Primária em Saúde, na perspectiva da ESF, possui espaço de cuidado característico (ALTISENT, 2006) e, portanto, na mesma proporção, seus problemas bioéticos também são específicos e relacionados prioritariamente às relações interpessoais de produção de cuidado; ao contrário da Atenção Terciária de Saúde, na qual surgem questões dilemáticas pautadas, fundamentalmente, sobre os limites da utilização da biotecnociência que, apesar de ser uma questão pungente, está distante da prática habitual na ESF (TROTA et al., 1996). Dessa maneira, os problemas e conflitos éticos são vivenciados e produzidos de forma particular em cada âmbito da assistência (LIMA et al., 2009) e, assim, as questões éticas emergem dos problemas singulares que advém de cada ponto da atenção à saúde, de modo sensível e característico a sua respectiva densidade tecnológica.

Com essa perspectiva, o objetivo desse trabalho foi analisar a gênese e a expressão dos problemas e conflitos éticos que emergem no processo de trabalho de uma equipe da ESF.

## **Método**

O foco principal da pesquisa foi trabalhar com indivíduos que refletissem, através de seus posicionamentos, “a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (MINAYO, 2010, p. 197). Para tanto, na escolha da equipe multiprofissional foi considerado o acúmulo de experiências de trabalho entre seus membros e sua composição, expressos (1) no maior tempo de convivência entre os membros da equipe de ESF e (2) na presença de um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de saúde bucal (ASB), um técnico de enfermagem e, no mínimo, dois agentes comunitários de saúde (ACS), dentre as várias equipes de ESF do município de Niterói/RJ. A seleção se deu a partir de informações fornecidas por um funcionário do Núcleo de Educação Permanente da Fundação Municipal de Saúde.

Posteriormente, no primeiro contato com a equipe, foi identificado que esses profissionais trabalhavam em conjunto, aproximadamente, há dois anos e meio, sendo que o médico, o técnico de enfermagem, o enfermeiro e os dois ACS trabalhavam juntos há quatro anos, seguidos da inserção do dentista e do ASB há dois anos e seis meses. Esses sete profissionais concordaram em participar dessa pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A escolha pela etnografia se justifica pela tentativa de lançar um olhar ampliado sobre o processo de trabalho da equipe. Buscou-se observar e coletar o maior número de informações para subsidiar o desenvolvimento da pesquisa, construindo um conhecimento empírico, por meio da aproximação com a realidade dos participantes, do seu universo de relações, representações, percepções, opiniões, atitudes, na concretização do seu agir, “a partir da realidade vivida e partilhada com os seus semelhantes” (MINAYO, 2009, p. 21).

A etnografia teve início no dia 15 de fevereiro de 2016. O acompanhamento da equipe foi realizado as segundas e terças no período da tarde, e às quartas-feiras no período da manhã (dia e período de maior movimento na unidade, de acordo com os profissionais), e eventualmente, havia troca desses períodos por outros da semana de forma aleatória, totalizando 41 períodos em aproximadamente 164 horas de observação, o que perfaz quase 07 dias em turnos ininterruptos de 24 horas, sendo que o último dia de acompanhamento foi 31 de maio de 2016.

Como a realidade existencial de cada um vai além de um conjunto de dados materiais e de fatos observáveis, faz-se necessário entender como esses fatos influenciam as pessoas neles envolvidas (FREIRE, 1981). Por isso a segunda etapa da investigação compreendeu uma entrevista com cada membro da equipe. Os profissionais foram entrevistados, com auxílio de roteiro semiestruturado. As entrevistas, que totalizaram aproximadamente oito horas, foram realizadas após a etnografia, o que permitiu adequar o roteiro à realidade da equipe.

Após as entrevistas individuais, realizou-se ainda um grupo focal com os participantes, o que permitiu investigar as relações e as interações entre os participantes a partir do encontro dos profissionais no grupo. Exceto pelo dentista, que neste ínterim foi transferido para a assistência de outro território, o grupo focal permitiu comparar os posicionamentos individuais em relação aos temas levantados nas entrevistas além de verificar a dinâmica das interrelações, no que tange à troca de ideias sobre a atividade profissional. O grupo focal teve duração aproximada de uma hora e meia.

Buscou-se, com o processo metodológico adotado, obter informações de caráter qualitativo em profundidade para a reflexão do contexto em que os participantes estão imersos, alicerçando a construção coletiva de um conhecimento aplicável. Para a fidedignidade dos registros, as entrevistas foram gravadas e o grupo focal filmado. Os relatos foram transcritos literalmente pela pesquisadora.

Para minimizar o risco de identificação dos participantes, os profissionais da equipe foram numerados sequencialmente e de forma aleatória em algarismos arábicos de 1 a 7 para diferenciar a fala de cada um. Foram adotados ainda algarismos romanos, em dois grupos, de acordo com o nível de escolaridade: I para profissionais de nível superior (enfermeiro, médico e dentista) e II para profissionais de nível técnico, médio e fundamental (técnico de enfermagem, ACS e ASB). Para análise do material, foram utilizados os procedimentos da análise temática para “descobrir os núcleos de sentido” da comunicação, “cuja presença ou frequência significa alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 316).

## **Resultados e discussão**

### *A gênese dos problemas e conflitos éticos na equipe*

A unidade de saúde é composta por quatro equipes que totalizam 24 profissionais. Cada equipe é constituída por um enfermeiro, um técnico de enfermagem, dois ACS, um médico, um dentista e um ASB, sendo que os dois últimos atuam em duas equipes. A contratação é sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Na equipe estudada, que é responsável por aproximadamente 2.500 pessoas no território, a média mensal de consultas agendadas é de 114 para o médico, 31 para o enfermeiro e 192 para o dentista, sendo que a média mensal de pacientes que não compareceram a consulta é respectivamente 25, 9 e 53, quantidade que pode ser justificada pela distância entre o dia do agendamento e a data da consulta.

Além das consultas clínicas, esses profissionais realizam visita domiciliar e ações de promoção e prevenção no território em períodos pré-determinados, conhecidos como “horário de campo”. Na maior parte do tempo, o enfermeiro se dedica a atividades gerenciais, que junto com as assistenciais, são práticas que norteiam o seu trabalho pelas características de sua formação, como expresso por ele abaixo:

*Nós gerenciamos porque de formação a gente acaba saindo formado como gerente, de formação a gente sai formado como gerente, como um administrador, mas teoricamente eu não sou gerente e nem gestor da unidade, sou enfermeiro.*

Esse profissional reconhece que em sua prática exerce atividades de caráter gerencial e administrativo na equipe, pelas características de sua formação, mas não assume formalmente essa ocupação, embora tenha uma prática clínica restrita justamente para assumir a gerência da unidade. A equipe o reconhece como um líder democrático, que escuta, conduz o processo de trabalho e apropria-se de problemas para resolvê-los:

*A enfermeira escuta, ela pondera, ela mostra o que ela quer e você faz, ou não faz, mas que você mostre o porquê você não fez, então assim, ela tem essa escuta. (2II);*

*Eu acho a enfermeira [nota] dez, você fala e ela sempre tenta resolver, é uma pessoa que te escuta, você fala com ela, se ela tiver que chamar a atenção, na maciota ela chama a atenção, mas é aquele chamado de atenção que às vezes você nem toma por sermão né? Porque eu acho que ela sabe, ela sabe lidar com o grupo [...] quer resolver alguma coisa? Vai direto a ela [...] ela lidera muito bem mesmo, faz o serviço muito bem [...] ela é o alicerce da equipe. (5II).*

O enfermeiro exerce uma função primordial de coesão do grupo, ocupando o papel de um líder e membro da equipe que age com flexibilidade e reconhecimento do outro e da situação interpessoal. De acordo com Moscovici (2005, p. 36), essa aptidão de lidar de forma eficaz com outras pessoas de maneira “adequada às necessidades de cada uma e às exigências de cada situação” é denominada competência interpessoal, que foi reconhecida pelos profissionais, durante o grupo focal, como componente fundamental para o trabalho em equipe.

Apesar do assentimento quanto sua importância para o trabalho em equipe e para a produção do cuidado, não há uma razoável competência interpessoal (MOSCOVICI, 1981) em alguns membros do grupo, o que prejudica o desenvolvimento do processo de trabalho e compromete o trabalho em equipe:

*Existem aquelas [pessoas] muito complicadas, você vai falar você quase que arruma confusão [...] existem outras que você fala entra por um ouvido [e] sai pelo outro, finge que não tá te ouvindo, você tem que falar inúmeras vezes a mesma coisa, ir atrás, pedir a mesma coisa [...] então é uma pessoa difícil, e se você insiste [ela] começa a achar ruim. (5II);*

*Tem uma pessoa só que é mais difícil de lidar um pouquinho, por se achar autossuficiente, só, mais aí eu não peço nada pra essa pessoa entendeu? [...] Eu não peço nada, falo: “bom dia, boa tarde e boa noite”, mas só peço assim, não tem ninguém pra eu pedir, peço pra ela entendeu? Eu falo com ela, eu não deixo de falar [...], mas aí flui normal, tipo um casamento falido, você fica lá, eu fico aqui, a gente vai morar no mesmo teto, mas acabou, é mais ou menos isso entendeu? (4I).*

Não há como estabelecer um compromisso com a produção de cuidado se não há reconhecimento interpessoal e flexibilidade perceptiva e comportamental, pois sem uma “razoável competência interpessoal” nos membros do grupo o trabalho em equipe não se efetiva (MOSCOVICI, 1981, p. 18).

Nessa pesquisa, outro fator que pode contribuir para o descompromisso é a não satisfação de necessidades do profissional, especialmente a de segurança, associada à remuneração que nem sempre é digna para a sua subsistência (CHIAVENATO, 2003; AZAMBUJA et al., 2007).

A questão da remuneração foi apontada por um profissional de nível superior da equipe, durante uma conversa informal na unidade, que se referiu sobre a discrepância entre o seu salário e o do médico, e sobre as queixas recorrentes de outros profissionais de sobre a baixa remuneração.

Como “toda necessidade não satisfeita é motivadora de comportamento” (CHIAVENATO, 2003, p. 119), acreditamos que a desigualdade salarial entre profissionais e baixos salários são fatores latentes para o descompromisso nesse modelo de atenção, no qual o médico ganha, geralmente, um salário muito superior aos outros profissionais. Geralmente, isso se justifica pela dificuldade de fixação e de captação desse profissional, mas, entretanto, isso não pode ser uma justificativa para os salários muitas vezes aviltantes que são pagos para os outros membros do grupo. Essa assimetria salarial entre profissionais é apontada em diversos estudos (AZAMBUJA et al., 2007; BENITO et al., 2005; LOURENÇO et al. 2009; BALDANI et al., 2005; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

A remuneração diferenciada atrai o médico “para a ESF e isso, na maioria das vezes, não leva em consideração a sua formação profissional generalista” (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010, p. 659).

Esse quadro pode contribuir para que a atividade profissional se torne instrumento “para satisfazer interesses pessoais e egoístas, despojando-a assim de sua significação social e

moral”, contribuindo para que o trabalho em equipe não se concretize (VÁZQUEZ, 2008, p. 175).

A dificuldade de captação e fixação do médico na ESF é associada ao número reduzido de profissionais no mercado, dispostos a fazer carreira nesse modelo de atenção, o que faculta a esse profissional uma autonomia e um poder que tensiona a gestão, pois sem o médico não há “equipe” de ESF.

Na equipe, o poder circula como “subjetividade dominante” (CAMPOS, 2007, p. 117) estruturado no saber específico de cada profissional. No caso do médico, o saber específico de sua profissão atribui a ele autonomia técnica e o título de perito na arte de “corrigir e melhorar o ‘corpo social’ e mantê-lo em um permanente estado de saúde” (FOUCAULT, 2013, p. 310), o que oportuniza uma autogestão, que “produz isolamento e dificulta a construção de uma subjetividade capaz de integrar desejos e interesses de distintos Sujeitos” (CAMPOS, 2007, p. 143).

*Essa parte da doutora às vezes fazer o que ela quer, sem nos ouvir, resolver as coisas da forma dela, sem nos ouvir, não é porque ela é médica que as coisas têm que ser resolvidas da forma que ela quer, nós somos uma equipe, isso traz problemas, traz conflitos. (3II).*

Esse poder é dissimulado de hierarquia na equipe, outro fator que compromete a efetivação do trabalho em equipe:

*Ele é hierárquico, ele [médico] está acima [...] se ele é agente [comunitário de saúde] você está querendo pisar por quê? Tem que ser respeitado como pessoa, como indivíduo independente de ter uma posição maior que o outro, tem que respeitar. (6II).*

Essa frase coloca o médico no topo da hierarquia, pelo poder que exerce, e o ACS como sujeito de subordinação. Profissionais de nível universitário também reconhecem a hierarquia médica pela sua influência sobre os membros do grupo. Assim, como apontado por outros autores (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010), as relações entre os profissionais são definidas em termos hierárquicos. A hierarquia médico centrada compromete a concretização do trabalho em equipe (CAMPOS, 1999).



Essa hierarquia de poder incide na desvalorização dos outros saberes e no não reconhecimento da interdependência necessária ao trabalho em equipe. Essa perspectiva provoca, também, a hierarquização de importância das práticas e dos saberes, como apresentado na fala de um profissional de nível superior:

*Às vezes, o que eu poderia me preocupar [com] coisa pequena, eu vou me preocupar com coisa maior, coisa mais importante e deixar de repente pra ACS fazer uma busca de alguma coisa, em vez de eu buscar, eu ligar, eu faço outra coisa e ela busca o paciente.*

De fato, no trabalho em equipe deve haver divisão de tarefas, mas esse profissional de nível superior apresenta uma visão desvirtuada em relação a uma ação que exige menor complexidade e por esse motivo é atribuída ao ACS, que a exerce não porque é *menos importante* ou *pequena*, mas por estar apto a exercê-la.

Outro fator que pode estar associado ao descompromisso, é a maturidade do profissional, que é a “capacidade técnica” e a “disposição das pessoas em assumir responsabilidades de dirigir seu próprio comportamento” para uma determinada tarefa, ou seja, “um indivíduo não é maduro ou imaturo num sentido total. Todas as pessoas tendem a ser mais ou menos maduras em relação a uma tarefa” (HERSEY; BLANCHARD, 1986, p. 187, 195). A capacidade técnica para realizar uma determinada tarefa está associada à *maturidade de trabalho*, enquanto a disposição para sua realização liga-se à *maturidade psicológica* (HERSEY, BLANCHARD, 1986). Nesse estudo, foi apontada uma baixa de maturidade psicológica, associada, portanto, à falta de disposição em assumir responsabilidades para uma determinada tarefa:

*Tem que ter maturidade né? E tem algumas pessoas [que] tem outras pessoas não tem. Muitas das vezes [o profissional] não segue a rotina de trabalho [...] por achar que não tem muita importância, por não dar muito valor, aí às vezes isso atrapalha um pouco. (71).*

A pouca maturidade psicológica de um indivíduo aprofunda o hiato no grupo, pela indução da perda da dimensão da importância do seu trabalho e de sua contribuição para a concretização do trabalho em equipe.

Mesmo que cada profissional exercesse sua função, fixo a uma determinada etapa da produção de cuidado, de forma desarticulada com os outros profissionais, expressaria de certo modo o descompromisso, pois de acordo com Franco, Bueno e Merhy “como não há interação, não haverá compromisso com resultado” (1999, p. 352). De fato, não basta o profissional exercer sua atribuição sem se responsabilizar por todas as etapas do cuidado, ao contrário, o profissional deve assumir um compromisso com o usuário e com os outros profissionais, em um “pacto de cuidados” (RICOEUR, 2010, p. 06) na medida em que se corresponsabiliza com o outro e por todas as etapas da produção do cuidado em saúde. Se não há trabalho em equipe não há produção de cuidado de acordo com os propósitos da ESF.

Cabe salientar que “o cuidado é parte de toda a ética” (MAYERNYIK, OLIVEIRA, 2016, p. 15) e se estabelece no exercício do compromisso do *si-com-o-outro* e do *si-mesmo-como-outro*, implicando em uma atitude inter-relacional de cuidado (RICOEUR, 2014). Cada profissional sabe o que deve ser feito, mas, em muitos casos, não assume o compromisso para o desenvolvimento do trabalho em equipe e a para a produção do cuidado, como apresentado abaixo em trecho de diálogo extraído do grupo focal, que apresenta falas de profissionais de nível médio se referindo, de forma indireta, principalmente a outro profissional do mesmo nível e a um outro de nível superior, embora os dois atores do diálogo também tenham sido apontados nas entrevistas individuais como indivíduos que não assumem o compromisso com determinadas tarefas:

– *Cada um sabe o que tem que fazer, agora se faz aí é complicado...*

(2II);

– *Exatamente, isso daí pode dá aquela coisa de às vezes a gente reclamar... [...]* (5II);

– *Isso!* (2II);

– *Então não que a gente vai brigar, mas a gente discorda e a gente reclama [...] não chega a ser brigando, mas a gente não concorda com aquilo.* (5II);

– *A gente fica chateado mesmo...* (3II);

– *“Fica.”* (5II).

Os afetos de um indivíduo são à base de seu discernimento sobre algo, ajudando a definir uma situação como moral ou não; assim, por exemplo, indignação e mágoa são sentimentos caracteristicamente morais que fazem parte da reação a ações do outro que

desrespeitam uma norma moral válida (HABERMAS, 2014), que se faz essencial para todos que se encontrem “na situação em que a norma é aplicável” (CORTINA; MARTÍNEZ, 2013, p. 41). Quando os profissionais manifestam que discordam de determinada ação, expressam um juízo de obrigação moral, que é a atribuição de valor, de acordo com o seu sentimento moral, em relação a um ato que tenha consequências que afetam o outro (VÁZQUEZ, 2008).

O descompromisso, por exemplo, de alguma forma, afeta tanto o outro profissional quanto o paciente. Nesse caso, a obrigação de assumir um compromisso frente à equipe e ao usuário não é apenas uma norma institucional, uma norma externa ao indivíduo, é também interna, “uma auto-obrigação que alguém reconhece em consciência” (CORTINA; MARTÍNEZ, 2013, p. 40):

*A equipe não pode pensar diferente, quando pensa diferente, eu sei que cada um tem um pensamento, cada um tem uma maneira de trabalhar, de agir, mas aqui o objetivo é um: as pessoas estão vindo buscar alguma resposta, a gente tem que dar alguma resposta, a gente tem que cuidar do paciente.*  
(3II).

O que deve ser feito e como deve ser feito, impõe-se ao indivíduo, mas, por vezes, impõe-se em certa medida (Habermas, 2002). O modo de agir e de pensar a produção de saúde – influenciados pela ausência de razoável competência interpessoal, pelas necessidades não atendidas dos profissionais, pela hierarquia entre os membros da equipe e pela baixa maturidade psicológica – tencionam e modulam o *modus operandi* da equipe, comprometendo o cuidado com o paciente.

Assim, o descompromisso bioético com os profissionais entre si e com os usuários compromete não apenas a dimensão moral do trabalho em equipe como também a dimensão moral da produção do cuidado, na medida em que impacta diretamente na resolutividade da ESF. Esse descompromisso do profissional também assume uma dimensão política, pois a equipe, enquanto estrutura de produção do cuidado, é a materialização da política pública, que põe em prática e possibilita efetivar os direitos sociais, manifestando de forma eficiente os princípios régios constitucionais do sistema de saúde brasileiro.

Em síntese, a ausência de uma razoável competência interpessoal, as necessidades não atendidas dos profissionais, a hierarquia que opera por relações de poder que impedem a expressão do trabalho dos diferentes membros da equipe e a baixa maturidade psicológica são

as razões centrais que originam o descompromisso de profissionais frente a outros profissionais e ao paciente, caracterizando-se como problema bioético fundamental.

As razões do descompromisso até aqui apontadas, não remetem exclusivamente ao perfil de trabalho na ESF. Nesse estudo, tais razões são manifestações de um embate de interesses e de poderes entre trabalhadores e entre eles e a gestão.

Os interesses não podem ser anulados, e nem devem, mas podem ser legitimados e administrados no “modo de compô-los na prática” para constituição do compromisso (CAMPOS, 2007, p. 85). Ao mesmo tempo, a gerência de processos institucionais pautada no trabalho vivo, possibilita a incorporação de todos os profissionais da equipe nesses processos e os aproxima dos gestores, para operacionalização de uma gestão colegiada que explore o protagonismo do coletivo de trabalhadores (MERHY, 2002).

Além da administração de interesses, essa cogestão possibilitaria a democratização do poder e, por consequência, a reconstrução da subjetividade, pela confrontação entre os envolvidos e deles com a realidade que vivenciam (CAMPOS, 2007).

A partir do descompromisso derivam outros problemas bioéticos que são expressos no cotidiano de trabalho dos profissionais, como o absenteísmo, a procrastinação e a fragmentação que, por serem decorrentes do descompromisso, também têm suas razões na ausência de uma razoável competência interpessoal, nas necessidades não atendidas dos profissionais, na hierarquia e na baixa maturidade psicológica. Tais problemas bioéticos têm o potencial de agir como catalisadores de conflitos éticos.

### ***Expressão dos problemas e conflitos éticos na equipe***

#### *Absenteísmo do profissional*

O absenteísmo refere-se à soma dos períodos em que os profissionais estão ausentes do trabalho, “seja por falta, atraso ou a algum motivo interveniente” (CHIAVENATO, 1999, p. 68). Essa multifatorialidade contribui para aumentar a sua complexidade (SANCINETTI et al., 2011). Quando a ausência não é planejada, “desorganiza o serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre os trabalhadores presentes e conseqüentemente diminui a qualidade da assistência prestada ao paciente” (SILVA; MARZIALE, 2000, p. 45), mesmo que a ausência seja por motivo de doença.

Quando o absenteísmo se torna uma ação condenável por outros profissionais, expressando negligência com o trabalho em equipe e com a produção do cuidado, é

considerado um problema bioético, consequência direta do descompromisso. O absentéismo na equipe foi atribuído, quase que exclusivamente, a um único profissional, que, quando falta, requer o remanejamento dos pacientes para outros profissionais, causando sobrecarga, ou remarcação dos mesmos para outra data, que gera insatisfação dos pacientes e queixas dirigidas aos profissionais presentes.

*4I era pra ficar em horário integral, ela atende de manhã, na parte da tarde é pra ela continuar no posto, que os outros profissionais ficam, independente de não estarem atendendo tem que ficar... Ela atende de manhã, à tarde sempre quando tem treinamento, reuniões na maioria das vezes ela não fica. (3II);*

*Numa reunião não ficar, não querer ficar, não achar necessário ficar, isso aí [4I] acaba deixando, não dá sua opinião do que é certo ou errado, mas também não faz. (2II).*

Outra questão levantada em uma entrevista foi em relação à pontualidade dos profissionais de nível superior. Com o gravador desligado, um profissional de nível superior, durante a entrevista, se queixou do horário de chegada ao trabalho, questionando o motivo pelo qual sua categoria profissional deveria chegar às 8 horas na unidade, se começaria a atender os pacientes somente após a pré-consulta.

Apesar de demonstrar incomodo pela cobrança que há pela pontualidade, provavelmente por parte da gestão, essa questão não foi levantada direta ou indiretamente por outros profissionais como um problema na equipe. Ao contrário, parece estar naturalizado nos participantes que os profissionais de nível superior cheguem após o horário de início do trabalho, como observado na unidade, o atraso de principalmente dois profissionais, e comprovado na fala de 5II, que se refere ao atraso de 1I não como uma crítica dirigida a ele, mas para demonstrar a intolerância do paciente que não aceitava o atraso desse profissional:

*Nós marcamos ele [paciente] 8 horas, 1I não chega oito em ponto, ela chega oito e pouquinho, oito e quinze, oito e vinte, aí ele: “ah, mas porque eu tô marcado pra oito horas, e porque não sei o quê, porque eu vou querer ser atendido, porque meu horário era oito”... Aí eu falei: “não, o senhor vai ser atendido, o senhor vai ser atendido, quando 1I chegar o senhor vai ser o primeiro, não interessa, se ela chegar nove horas o senhor vai ser o*

*primeiro”. Aí ficou reclamando, reclamando: “porque é uma falta de respeito”. (5II).*

O agir motivado pela disposição de “respeitar o outro como um ser autônomo e digno é uma questão prioritária do trabalho de humanização que está pautado em fortalecer este comportamento ético” (BRASIL, 2001, p. 52). Nesse sentido, a pontualidade exerce importante papel na humanização do cuidado e para construção do vínculo, expressando um compromisso bioético do profissional em relação ao paciente vulnerado ou não.

### *Procrastinação do profissional*

Procrastinação é o comportamento de adiar tarefas ou deixá-las para depois (KERBAUY, 2001). Estudos brasileiros sobre o tema são escassos (BRITO; BAKOS, 2013), especialmente em relação aos trabalhadores da ESF. A procrastinação está relacionada ao comportamento de profissionais frente ao processo de trabalho e prejudica diretamente o usuário:

*O que mais me incomoda dentro da equipe geralmente é isso, quando o paciente quer resolver um problema e a outra pessoa tá ali agarrada, sabe? Não resolve o problema: “ah não, depois vem”. Eu até falo, eu fico irritada [...] não custa resolver logo o problema, [do paciente] sabe? E tem muita gente aqui que faz isso. (1I).*

O paciente procura o serviço com a expectativa de ter seu problema resolvido. Assim, no mínimo, na perspectiva de trabalho na ESF, o profissional deveria acolher o paciente e ouvir suas demandas de forma humanizada. Porém, em determinados casos, até nos mais simples que poderiam ser resolvidos de imediato, o profissional que está em horário de campo, mas sem demandas externas, e se encontra ocioso ou em tarefas não assistenciais na unidade, deveria apresentar-se disponível para atendimento:

*Teve outro dia um paciente pra marcar [consulta] aí ela [o profissional] “ah meu horário de campo”... E eu falei: “marca ele rapidinho”. Aí ela [o profissional] pegou a agenda, sentou, marcou, né? Fez, mas aí ficou “já viu disso? Meu horário de campo tô aqui marcando, horário de campo” aí fica repetindo sabe, como se fosse... (1I);*

*Tinha um paciente [esperando para ser atendido] [...] [o profissional] não estava em horário de consultório [...]: “eu estou em horário de campo” [...] Já foi dito diversas vezes: “se você está em horário de campo, mas está dentro do módulo, você não está na rua, você tem que trabalhar, você vai atender o paciente” e isso não acontece, não acontece mesmo! [...] E isso a gente encontra muito [...] Às vezes tá ali: “eu estou em horário de campo”, mas tá ali no telefone [celular] e a pessoa [paciente] tá ali vendo aquilo. Então já teve muitas discussões aqui dentro, inclusive com relação a isso, porque o paciente acaba se estourando e vai aguentando, aguentando, aguentando, tem uma hora que ele vê que parece um deboche com ele, que ele tá ali toda vida e a pessoa tá fazendo pouco caso que ele tá ali. (5II).*

Assim, em determinadas situações, inexiste a humanização pela ausência de compromisso bioético, que incorre no prejuízo do cuidado e na perda da confiança por parte do paciente, em relação ao profissional, à equipe e à própria ESF. Outra possível consequência da procrastinação é que, ao deixar de ser atendido, os pacientes são compelidos a procurar as emergências de policlínicas ou hospitais, que não deveriam receber esse tipo de demanda da atenção básica.

Ainda, a procrastinação não ocorre apenas na unidade, mas acaba por estender-se também ao campo:

*Nas VD, nas visitas [domiciliares], a gente sai pra visitar, mas ela [o profissional] escolhe, ela está com uma lista pra poder visitar, se a gente não ficar em cima dela, ela faz duas, três visitas, se têm cinco, às vezes se você deixar, ela vai fazer só duas ou três e o resto deixa pra depois. Não pode! (3II).*

A produção do cuidado não pode ser procrastinada, pois quando o profissional trabalha com saúde pública, assume compromisso bioético com as políticas públicas, com a gestão, com os outros profissionais que trabalha e, principalmente, com os usuários do sistema.

A procrastinação do profissional, que prejudica diretamente o paciente, também pode ter efeitos indiretos sobre o usuário, quando um membro do grupo deixa de fazer alguma tarefa que lhe é atribuída e compromete o trabalho de outros profissionais:

*A menina [paciente] veio marcar consulta, mas cadê o número do prontuário? “Ah, não foi digitado ainda”, e cadê o cartão SUS? “Ih caramba, não fiz ainda, não deu tempo”... Você tem os dados do paciente, você tem que fazer, qual é sua função? Cadastrar, fazer o cartão SUS, tem a referência? Pegar a referência, dar entrada na referência. Eu me considero um pouco crítica com o colega, tem hora que eu vou em cima porque eu preciso e não tem como eu sentar no computador pra dar o número [do cartão SUS] [...] existe um profissional só pra aquilo, não vou dizer que isso gera um conflito pra mim, isso aí gera [um conflito] no nosso dia-a-dia. (6II).*

### *Fragmentação da equipe*

A produção de saúde implica no desenvolvimento de ações específicas oriundas do saber de cada profissional e na forma como se articulam essas ações complementares, para ofertar respostas oportunas às necessidades do usuário. No entanto, essa conexão ainda é frágil, prevalecendo o confinamento de cada profissional em seu “núcleo específico de saberes e práticas” (FRANCO; MERHY, 2003).

Haja vista, que o trabalho em equipe se traduz no estabelecimento de conexões entre os diferentes saberes e práticas e fundamenta-se em “certo conhecimento sobre o trabalho do outro e na valorização das contribuições deste na produção de cuidado”, o que nem sempre acontece (COLOMÉ; LIMA; DAVIS; 2008, p. 257), bem como apresentado abaixo pelo dentista da equipe e por 2II em seguida:

*O dentista é uma coisa que... a gente faz eles não entendem muito bem o nosso trabalho assim, né? Não tem muito que ajudar em algumas coisas... e a gente tá sempre ali correndo atrás, né? Até gestante que a gente pede pra encaminhar, tem que bota bilhetinho: “encaminha pra odonto a gestante”, tem que ficar sempre insistindo pra lembrar da gente;*

*Em relação ao dentista é complicado, porque a gente não sabe exatamente onde tocar neles [...] as meninas [da odontologia] ficam fechadas dentro do módulo, só pros pacientes que vem aqui, elas não vão pra rua, não têm um trabalho de educação em saúde na rua, só quando elas são forçadas a ir elas vão [...] fica muito: “ninguém mandou fazer” e se mandar fazer eu finjo que não entendi, então é bem isso. (2II).*



Assim como apontado por outros autores, os profissionais de odontologia ficam imersos em ações clínicas e distantes de atividades coletivas de promoção e prevenção (OLIVEIRA et al., 2007). Além da fragmentação, não há valorização do desenvolvimento dessas ações, talvez pela sua formação que, de uma maneira geral, na odontologia é voltada predominantemente para a clínica. É certo que o profissional tem suas responsabilidades na clínica, mas também tem horários específicos para o trabalho de campo e o desenvolvimento dessas ações, inclusive os profissionais da odontologia que por isso deveriam ser incentivados para assumir essa responsabilidade.

Silva e Trad apontam a conexão tênue entre as ações desenvolvidas pelos membros de uma equipe que, em determinados momentos ocorre “através de uma emissão-recepção de mensagem, o que não resulta propriamente em articulação” (2005, p. 36). Nesse estudo, observamos pouca articulação entre os profissionais de odontologia e todos os outros, pois a conexão por emissão-recepção de mensagem é ineficiente no engendramento das distintas práticas.

Acreditamos que a explícita distinção programática entre “equipe de saúde bucal” e “equipe de saúde da família” estimula ainda mais essa fragmentação. Tanto os profissionais da odontologia se queixam que não são incluídos, quanto os outros profissionais se queixam que o dentista e o ASB não se incluem na equipe, entretanto, contraditoriamente, não os reconhecem como membros da equipe de saúde da família. No contexto desse trabalho, a fragmentação da equipe está associada ao isolamento das práticas e saberes pelo descompromisso de profissionais em apropriar-se e corresponsabilizar-se pelo trabalho em equipe.

Assim, os problemas bioéticos encontrados nesse estudo podem ter origem unifatorial ou multifatorial, ou seja, podem ser desencadeados por um ou mais fatores associados. A fragmentação desvelou-se fortemente associada à ausência de uma razoável competência interpessoal, às necessidades não atendidas do profissional e à baixa maturidade psicológica, enquanto que o absentismo, à ausência de uma razoável competência interpessoal, à hierarquia e à baixa maturidade psicológica. O ato de procrastinar está estreitamente relacionado a qualquer um desses fatores, isolados ou congregados.

Portanto, os problemas bioéticos encontrados nesse estudo contribuem para o estabelecimento de uma pseudo-equipe, que de acordo com Katzenbach e Smith (1996) é um grupo de pessoas que não se preocupa com o desempenho coletivo, onde prevalece o trabalho individual.

Apesar dos códigos de ética, que definem as responsabilidades de cada profissão, tratem das boas relações interprofissionais, em um contexto de deliberação coletiva e interdisciplinar, “seu caráter uniprofissional reduz sua utilidade” (GONZÁLEZ-DE PAZ, 2013, p. 448).

### **Considerações finais**

O problema bioético central encontrado nesse estudo foi o descompromisso, do qual derivam outros problemas bioéticos, como a fragmentação, o absentéismo e a procrastinação, que carecem de mais estudos, assim como as suas implicações bioéticas no processo de trabalho das equipes da ESF e no cuidado em saúde.

A gênese de tais problemas corresponde à ausência de razoável competência interpessoal, necessidades não atendidas do profissional, hierarquia e baixa maturidade psicológica, questões que refletem o embate de poderes e interesses entre profissionais e entre eles e a gestão. Nesses termos, a proposta de trabalho nos moldes da ESF desprende-se do sentido bioético da humanização do cuidado com o paciente e do trabalho em equipe.

Para a intervenção na gênese dos problemas bioéticos, seriam necessárias medidas conjuntas entre gestão e equipe que proporcionem mudanças significativas no modo de agir dos profissionais, como estratégias de educação permanente, cogestão e de valorização do trabalhador. Defendemos a prerrogativa de que não se produz o cuidado se todos os agentes dessa produção não são cuidados. Além disso, é importante pontuar a importância de uma formação que atente para a integração profissional requerida no trabalho em equipe.

Mesmo frente a uma intervenção na gênese dos problemas, os profissionais possivelmente não ficariam imunes aos mesmos ou a novos problemas e conflitos éticos, pois o processo de produção do cuidado é sempre tensionado pelo modo de agir de cada profissional. Nesse sentido uma abordagem bioética tem o potencial de oferecer possíveis respostas às limitações da ética deontológica dos códigos profissionais, que não apresentam subsídios para enfrentar integralmente novos desafios, como os que emergem no processo de trabalho de uma equipe interdisciplinar de saúde (SCHRAMM, 2002).

Além disso, é importante ressaltar que os profissionais, frequentemente, agem em obediência às normas e sob a proteção de seus códigos de ética, o que representa os efeitos da normalização da prática muitas vezes em detrimento da articulação interprofissional, embora os códigos recomendem uma relação profissional respeitosa, e da humanização do cuidado

com o usuário. Neste caso, os profissionais podem equivocadamente considerar que, obedecendo às normas dos códigos de ética e satisfazendo suas imposições, estejam se eximindo de obrigações éticas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011). Tal perspectiva abriria margem para novos questionamentos éticos, também relacionados ao trabalho em equipe.

Diante dos problemas e conflitos éticos apresentados nesse estudo, os profissionais da ESF tendem a adotar medidas que não alteram efetivamente as práticas questionadas, ou até medidas que os desobriguem de qualquer ação que possa efetivamente contribuir para a mudança desse cenário. Nesse sentido, as questões éticas devem ser resolvidas coletivamente, e o diálogo com imparcialidade determina o que pode e deve ser feito em determinadas situações (HABERMAS, 2014).

Se não houver uma abordagem na origem e nos problemas e conflitos éticos, o trabalho se estabelece em pseudo-equipe. Esse isolamento de atribuições se distancia do trabalho em equipe e as implicações bioéticas da perda da dimensão ética do processo de trabalho refletem tanto nos meios de produção quanto no cuidado produzido com o usuário. A perda dessa dimensão por um único profissional representa a perda da equipe enquanto unidade de produção e, por conseguinte, compromete o cuidado com o usuário.

De encontro a isso, faz-se necessário, portanto, um olhar para o outro, não só do profissional para o paciente, mas um olhar da gestão para o profissional e do profissional para o outro profissional, e o reconhecimento de que o trabalho se completa no *eu* e nos *outros*, e se fortalece em equipe.

## **ARTIGO 2 - PROBLEMAS E CONFLITOS BIOÉTICOS QUE EMERGEM NO PROCESSO DE TRABALHO INTEREQUIPES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

### **Resumo**

O objetivo desse trabalho é analisar a origem e os problemas bioéticos que emergem no processo de trabalho entre equipes da Estratégia Saúde da Família. Essa investigação qualitativa conta com três etapas de operacionalização: etnografia, entrevista e grupo focal. O principal problema bioético encontrado é a falta de solidariedade entre os profissionais das equipes e desses frente aos pacientes que não pertencem ao setor do território sob sua responsabilidade. As razões desse problema bioético estão associadas à cobrança da gestão por incremento da produção para o alcance de metas, à falta de valorização dos trabalhadores e dos esforços empreendidos por eles no trabalho por parte da gestão e à estima assimétrica. Em determinados momentos, para a efetividade de uma equipe é necessário o aporte solidário das outras, concretizado pelo reconhecimento de pertença a essa produção.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, equipes de saúde, bioética, ética.

## **BIOETHICAL PROBLEMS AND CONFLICTS THAT EMERGE IN THE WORK PROCESS INTER-TEAMS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY**

### **Abstract**

The objective of this work is to analyze the origin and the bioethical problems that emerge in the work process between teams of the Family Health Strategy. This qualitative research has three stages of operationalization: ethnography, interview and focus group. The main bioethical problem found is the lack of solidarity between the professionals of the teams and those of the patients who do not belong to the sector of the territory under their responsibility. The reasons for this bioethical problem are associated with the collection of management by increasing production to achieve goals, the lack of valorization of the workers and the efforts undertaken by them in the work by management and asymmetric estimation. At certain moments, for the effectiveness of a team, it is necessary to contribute in solidarity to the others, concretized by the recognition of belonging to this production.

**Keywords:** Primary Health Care, Family Health Strategy, patient care team, bioethics, ethics.

## **Introdução**

A proposta nacional de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como norteadora da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil fixou-se como um dos pilares na substituição do modelo tradicional de assistência e na mudança da organização dos serviços (CAMPOS, 2007). Seu objetivo é aumentar a resolutividade e o impacto na melhoria das condições de saúde, através do trabalho em equipe interdisciplinar voltado para ações de saúde a uma população adscrita a um determinado território (BRASIL, 2012).

O trabalho em equipe, para a produção do cuidado, envolve a interdependência e corresponsabilidade dos profissionais, com saberes e práticas técnicas específicas, que se agregam no cuidado do paciente, exercendo um protagonismo nessa produção.

Proporcional ao tamanho do território populacional é o número de equipes inseridas na unidade, cada uma responsável por um setor ou área geográfica adscrita a esse território populacional. Na micropolítica do trabalho em equipe ou interequipes, estruturam-se redes ou microrredes “a partir de determinado território de saberes, práticas, semiótico e subjetivo” que podem operar de diferentes modos, diversificando o processo de trabalho no interior da unidade de saúde, “onde instituído e instituinte estão presentes, significando processos de permanente disputa” (FRANCO, 2013, p. 236).

Nesse sentido, por um lado, a divisão técnica por categoria profissional, que delimita a atribuição de cada membro da equipe, “gera expectativas em relação ao que se espera do desempenho uns dos outros, entre os trabalhadores [da equipe], e destes em relação aos usuários” (MATUMOTO et al., 2005, p. 21); por outro lado, acredita-se também que a divisão técnica, por área de abrangência geográfica, que define explicitamente o território populacional de atuação de cada equipe, gera expectativas do que se espera do trabalho interequipes.

Portanto, com a inserção de múltiplas equipes, amplia-se o número de profissionais com os mesmos saberes técnicos, mesmas funções práticas, com diferentes expectativas e com um modo próprio de agir no processo de trabalho, estruturando uma rede de relações onde podem surgir problemas bioéticos que comprometem a produção do cuidado do usuário.

Com essa perspectiva, o objetivo desse trabalho foi analisar a origem, os problemas e conflitos bioéticos que emergem no processo de trabalho entre equipes da ESF.

## **Método**

Para escolha da equipe participante considerou-se àquela composta por um médico, um enfermeiro, dois agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista, um auxiliar de saúde bucal (ASB) e um técnico de enfermagem e que estivesse entre as equipes mais antigas, com a mesma formação, do município de Niterói/RJ, pois se presumiu que o acúmulo de experiências pudesse aumentar a possibilidade de experiências conflituosas. Considerou-se também, a existência de pelo menos outra equipe inserida no módulo.

Foi inserido nessa pesquisa um usuário que pertence ao setor sob responsabilidade da equipe a partir da indicação da maioria dos profissionais, quando questionados qual seria o paciente que apresentava mais problemas, de maneira geral, na sua relação com a equipe.

Todos os participantes aceitaram participar dessa pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Com o objetivo de realizar um estudo qualitativo em profundidade, a pesquisa foi operacionalizada em três etapas sequenciais: etnografia, entrevistas e grupo focal.

A escolha pela etnografia se justifica pela tentativa de verificar *in loco* o convívio diário da equipe estudada com as outras equipes e pacientes, especialmente com o participante, que foi possível, em dois momentos distintos na unidade.

A segunda etapa da investigação compreendeu uma entrevista com o paciente e com cada profissional da equipe, totalizando oito indivíduos entrevistados, com auxílio de um roteiro semiestruturado. As entrevistas, que totalizaram um tempo de aproximadamente oito horas e meia, foram realizadas na própria unidade de saúde, com os profissionais, e na residência do paciente, no caso desse último, para verificar suas percepções sobre as outras equipes.

Após as entrevistas, realizou-se um grupo focal com os profissionais – exceto o dentista que foi transferido para a assistência de outro território – o que permitiu um estudo dos posicionamentos em relação aos temas levantados nas entrevistas.

Para a fidedignidade dos registros, as entrevistas foram gravadas e o grupo focal filmado, mediante a autorização dos participantes. Os relatos foram transcritos literalmente pela pesquisadora.

Para minimizar o risco de identificação dos profissionais participantes e dos citados, para cada profissional da unidade foi utilizado um número arábico de identificação de forma sequencial e aleatória em algarismos arábicos de 1 a 24 e para cada equipe uma letra do alfabeto grego:  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$  e  $\delta$ , sendo que  $\alpha$  foi o código para a equipe participante da pesquisa e os códigos  $\beta$ ,  $\gamma$  e  $\delta$  são referentes às outras equipes que foram citadas no estudo. Ainda, para

reduzir o risco de identificação, não foram informadas as profissões. Optou-se, nesse caso, por atribuir algarismos romanos em dois grupos de acordo com o nível de escolaridade: I para profissionais de nível superior (enfermeiro, médico e dentista) e II para profissionais de nível técnico, médio ou fundamental (ACS, ASB e técnico de enfermagem).

Assim, os profissionais foram identificados de acordo com o exemplo: I $\alpha$ I - profissional 1, da equipe  $\alpha$  e de nível superior. 9 $\beta$ II - profissional 9, da equipe  $\beta$  e de nível técnico, médio ou fundamental.

Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise temática para “descobrir os núcleos de sentido” das informações, sua frequência pela exploração das opiniões e do comportamento dos participantes e seus significados pela inferência (MINAYO, 2010, p. 316).

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense com o parecer de número 1.388.580, no ano de 2016.

## **Resultados e discussão**

### *Os problemas bioéticos interequipes*

A unidade de saúde é composta por quatro equipes que totalizam 24 profissionais. Cada equipe é constituída por um enfermeiro, um técnico de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde, um médico, um dentista e um auxiliar de saúde bucal, sendo que os dois últimos atuam em duas equipes. Cada equipe é responsável por um setor ou área com aproximadamente 2.500 pessoas e deve, prioritariamente, atender o paciente do seu setor.

Os quatro médicos, bem como os dois dentistas, desempenham ações na unidade e no território. Os quatro enfermeiros, além dessas, desempenham ações gerenciais, sendo que, um deles se destaca como líder não só de sua equipe, mas de todas as outras. Cada auxiliar de saúde bucal acompanha um dentista em suas ações e os oito agentes comunitários desenvolvem ações principalmente no território, e fazem um revezamento na unidade para recepção dos pacientes em períodos pré-determinados, na primeira hora de funcionamento da unidade, no período da manhã e da tarde. Após esse horário, os quatro técnicos de enfermagem, que realizam ações que são de sua competência técnica, na clínica e no território, recebem o paciente na unidade.



A oferta de ações, interpostas pelo acolhimento e responsabilização, requer um envolvimento sinérgico de todos os profissionais para o cuidado do paciente. Essa perspectiva deve envolver não apenas o trabalho em equipe, mas interequipes.

Nesse sentido, a perspectiva de trabalho interequipes implica em corresponsabilidade de todos os profissionais, que se associa ao reconhecimento quanto ao seu pertencimento e relevância em uma prática laboral que tem por objetivo o cuidado do usuário.

Para Ricoeur (2006), há três esferas de reconhecimento: o reconhecimento enquanto *identificação*, no sentido de estabelecer uma relação de identidade com a equipe; o *reconhecimento de si*, concebido pela identificação de suas próprias capacidades; e, por fim, o *reconhecimento mútuo*, onde as capacidades individuais são oferecidas pelos agentes, uns aos outros, em seu agir, de forma recíproca.

Esse reconhecimento polissêmico “exige uma dialética de autocentramento e descentramento que configura os perfis de uma moral solidária para além do egoísmo” (CORTINA, 2010, p. 291), o que envolve pensar em pessoas diferentes de nós mesmos, como incluídas na denominação ‘nós’ (RORTY, 1993).

Trabalhar em conjunto envolve colaboração, mas pensar a colaboração pelo olhar da interdisciplinaridade é reconhecer as diferenças que tornam o trabalho mais resolutivo (DAVIES, 2000), é pensar a solidariedade, que se associa ao reconhecimento de que os indivíduos dependem uns dos outros (PATRUS; DANTAS; SHIGAKI, 2015).

A solidariedade referida ao processo de trabalho na ESF se constitui em função da produção do cuidado ao usuário, o que envolve pensar a solidariedade entre os profissionais e deles com os pacientes em benefício a essa produção, através do reconhecimento das diferenças e da interdependência para o alcance do cuidado.

Relações solidárias envolvem a concepção de suporte compartilhado entre os profissionais e a responsabilidade desses pelos pacientes (LAITINEN, 2014 p. 145).

A solidariedade, como princípio bioético pressupõe a função de orientar as condutas dos profissionais de forma colaborativa e interventiva (SELLI; GARRAFA; MENEGHEL, 2005), comprometidas, portanto, com as dimensões morais do trabalho e do cuidado em saúde.

*O que é dito em toda reunião [interequipes]: “um [profissional] ajuda o outro!” Se o paciente é do setor [da equipe]  $\alpha$ , mas quem tá ali na frente é [profissional da equipe],  $\beta$ ,  $\gamma$  ou  $\delta$ , você vai fazer aquilo [ajudar o profissional da outra equipe]. Você não vai deixar o paciente ali porque a*

*pessoa [profissional da equipe do paciente] não tá ali [...]: “ah não, você é do setor a, você volta amanhã”. NÃO! Tem que ser feito, o paciente tá ali, ele tem que ser cuidado. (5αII).*

*Não tem necessidade de o paciente ficar esperando uma hora pra poder fazer uma vacina, verificar uma pressão né, então teoricamente, todo mundo pode atender todos os pacientes. (7αI).*

Para a produção do cuidado, os profissionais reconhecem a necessidade de estender sua atuação para além de sua equipe, pela composição de uma rede conectiva e solidária interequipes, compartilhando as responsabilidades por essa produção.

*É uma equipe no geral, independente do setor é uma equipe, nós somos uma equipe então se eu não atender aquele paciente porque ele não é do meu setor eu estou prejudicando o paciente. (5αII).*

A ausência de solidariedade entre os profissionais das equipes acaba por prejudicar, indiretamente, a produção do cuidado, concretizando-se como um problema bioético. É certo que a capacidade resolutiva de uma equipe é maior quando se trata do paciente morador da área sob sua responsabilidade, por acompanhá-lo, por conhecer a realidade vivida por ele e suas necessidades de saúde. Entretanto, quando um profissional de uma equipe não está disponível para o atendimento, um profissional de outra equipe que tenha sido abordado pelo paciente deveria no mínimo acolhê-lo. Mesmo que a demanda não possa ser resolvida, deve-se prover algum tipo de encaminhamento para o usuário, o que nem sempre acontece.

*“Ah, o paciente é seu”, tem essa separação [entre as equipes]. Não! O paciente é da unidade! [...] você vê alguém mais individualista: “ah, esse paciente não é meu, despacha não quero nem saber.” (2αII).*

*Tem uma GUERRA, como se fosse uma guerra: “fulano [profissional] não está, não vou atender o paciente dele, não vou atender, não é minha paciente não! Espera fulano”! Às vezes com receita pra pegar [medicamento] na farmácia, não precisa esperar a sua técnica [do setor do paciente] pra poder pegar um remédio pro paciente! [...] Paciente entrou [na unidade], é de todo o mundo! A gente sabe que o técnico, o enfermeiro, o*

*ACS do setor consegue resolver melhor, mas se eu posso verificar o peso, uma PA [pressão arterial], se eu posso pegar um remédio na farmácia, por que eu não vou fazer? Quando essa GUERRA vai acabar? (5aII).*

Sobre o argumento “se eu posso”, 5aII refere-se à capacidade técnica e à disponibilidade do profissional. A guerra que se estabelece na unidade, envolve, por um lado, aqueles profissionais que são resistentes ao atendimento de pacientes que são acompanhados por outra equipe e, por outro, àqueles que entendem que a solidariedade deve fundamentar o trabalho intequipes. No centro, está o mais prejudicado por essa guerra, o paciente com sua demanda. Quando uma equipe afirma que seus membros não são responsáveis por atender o paciente de outra equipe, a produção do cuidado é deslocada em vez de compartilhada (RYAN; COTT; ROBERTSON, 1997).

Essa guerra proclamada atende a interesses individuais em detrimento ao coletivo, sendo oposta à solidariedade requerida para a produção do cuidado. O indivíduo se pauta na divisão populacional que existe entre as equipes e não no fato de ser um profissional da saúde e, mais, que trabalha na perspectiva da ESF.

Sendo assim, é necessária em determinadas situações uma identidade coletiva que enquadre os indivíduos como profissionais de uma unidade da ESF e que ofusque a “multiplicidade das pertencas” às equipes proporcionando a constituição de um trabalho intequipes organizado em torno de um objetivo preponderante, o cuidado do paciente (BOUDON et al., 1990, p. 125).

Diante disso, é expresso também uma ausência de organização do processo de trabalho intequipes. Apesar de existir um esforço gerencial de implementação, não há como realizá-la se não há solidariedade entre os profissionais. Portanto, assim como reunir as pessoas não torna uma equipe eficaz, reunir equipes não proporciona necessariamente um trabalho intequipes eficaz (RYAN; COTT; ROBERTSON, 1997).

Além de ser expressa nas relações intequipes, refletindo indiretamente na produção do cuidado, há ausência de solidariedade também na relação do profissional com o paciente que não é do seu setor, que interfere negativamente nessa produção. Como supracitado, o profissional deveria no mínimo acolher o paciente, uma vez que o acolhimento significa ouvir as demandas, compreendê-las e se solidarizar com ela (AYRES et al, 2006).

*O pessoal fala de acolhimento, mas tem gente que não sabe acolher [...] é um dever! Isso aqui é uma UNIDADE DE SAÚDE! Nós temos que tratar*

*bem todo mundo que chega aqui [...] poucos [usuários] que falam bem dessa unidade de saúde, por conta das pessoas [profissionais], por falta de tratamento no acolhimento. (3αII).*

*Acho que a maioria dos atritos que acontecem entre o paciente/usuário e funcionário é a questão do acolhimento. (7αI).*

O acolhimento, bem como apresentado por Brehmer e Verdi (2010, p. 3577), é implementado “com inúmeros reveses [...] com implicações éticas expressivas, como o descaso com a qualidade da atenção, a limitação do acesso e a negação do direito”. Da mesma forma, em outros casos, mesmos os mais simples que poderiam ser resolvidos de imediato, os pacientes não tem sua demanda atendida por falta de solidariedade.

*Exemplo: eu quero um remédio, às vezes você está com uma pressa, está precisando daquele remédio [e o profissional diz]: “não, você tem que esperar porque fulano [profissional] do seu setor está ocupado”. Aí você tem que esperar, mas você está vendo [para] outras pessoas sendo entregue o remédio para outras pessoas, por que aquela mesma pessoa [profissional] não quer [entregar para mim]. Mas não é do meu setor, por que ela não pode pegar e me entregar o remédio para me adiantar? Aí eu fico meia chateada disso. (Paciente)*

*Paciente que entra [na unidade]: “ah tem tal remédio?” Eu já vi técnica falando que não tem pra não ter que ir lá pegar. (1αI).*

É inaceitável que o processo de trabalho interequipes se estabeleça nesses termos. Nesses casos, não há solidariedade do profissional pelo paciente e sequer discernimento da situação.

A solidariedade, dentro da qual a colaboração está subsumida, também envolve a tolerância para com as particularidades do outro (HONNETH, 2009). Nesse sentido, a falta de solidariedade entre os profissionais pode resultar em outro problema bioético, que lesa os aspectos morais do trabalho, quando a intolerância para com uma particularidade de um profissional está velada e é insinuada através de fofoca.

*Teve uma situação que 13βII: eu sai eu fui pra sala de escovação, que era lá atrás [na unidade], aí não tinha ninguém aqui pra avisar [que eu ia pra sala de escovação] aí peguei meus livros, fui fazer umas coisinhas, aí depois as meninas [profissionais]: “você estava aonde?” [2αII respondeu]: “eu estava na sala de escovação”, [e as meninas responderam]: “ah porque 13βII falou que você estava dando um ‘S’”. Dando um ‘S’ é dando uma volta, ido pra casa, qualquer coisa assim. (2αII).*

*Todo dia eles me contam, fofoca: “fulano não trabalhou direito, fulano não fez isso direito”. Na quarta-feira meu filho passou mal aí eu não vim [pra unidade] [...] aí no outro dia, quando eu cheguei de manhã, a 23δII: “olha, ontem a 6αII não fez nada, não trabalhou, não ajudou, ficou a toa”. [Eu disse:] “então tá, eu vou conversar com ela”, aí passou o dia, o 14βI veio conversar comigo: “pô, a 6αII ajudou a beça ontem”, aí eu falei: “mas a 23δII falou que ontem 6αII não tinha feito nada”. (7αI).*

*Sempre rola uma fofquinha. Aí outro dia que eu fui pra rua [campo] com as meninas [ACS], aí a 9βII: “ah já foi pra rua, correu porque não quer ficar aqui atendendo”, umas coisas assim, sabe? [...] eu ficava bem chateada. (1αI).*

Fofoca é falar o que se vê ou ouve de uma pessoa ausente, o que essa fez ou se imagina o que ela tenha feito e os motivos para isso; nesse caso, “a fofoca é uma hipótese baseada em dados mais do que deficientes” e por vezes falsos (GAIARSA, 2015), que provoca sofrimento nos trabalhadores e pode engendrar diversos problemas e conflitos bioéticos.

A intolerância pelas diferenças leva a defecção da comunicação, pois os profissionais “não falam o que gostariam, nem ouvem as outras [pessoas], só captam o que reforça sua imagem das outras e da situação”, por consequência, o convívio pode tornar-se conflitivo (MOSCOVICI, 2005, p. 35).

Pensar a sinergia das diversas competências em busca da solidariedade exige um “‘luto’ da onipotência de cada profissional” (FRANCO; MERHY, 2003), pois para coexistir solidariedade nas relações, os indivíduos presumem, enquanto membros de uma comunidade moral, uma igualdade de tratamento, a partir do fundamento que cada profissional considere os outros como “um dos nossos” (HABERMAS, 2002, p. 42).

Apesar de reconhecerem como um princípio para a produção do cuidado, a solidariedade no processo de trabalho interequipes não se estabelece em todas as relações, constituindo-se como o principal problema bioético interequipes expresso pelos profissionais que participaram dessa pesquisa. Dessa maneira, apesar de saberem o que é moralmente correto fazer, outras razões acabam sendo mais fortes e influenciam o modo de agir dos profissionais (HABERMAS, 2002).

#### *A origem da falta de solidariedade no processo de trabalho interequipes*

As razões para a ausência de solidariedade dos profissionais das equipes é a cobrança da gestão para o alcance de metas, a desvalorização dos profissionais e dos esforços empreendidos por eles no trabalho, e relações de estima assimétrica que serão apresentados a seguir.

A ausência de solidariedade está associada à cobrança da gestão para o alcance de metas, que se volta para operacionalizar um processo de trabalho centrado na produção de procedimentos, e não na produção de saúde, que passa a ser o objetivo final do trabalho, contrariando a perspectiva do que é recomendado na própria política de saúde (MATUMOTO et al., 2005).

Esse cenário propende para a redução do envolvimento da equipe, com atividades relacionadas aos membros de outra equipe, incluindo aquelas mais diretamente ligadas aos usuários (CAMPOS, 1999).

*A gente ficava com uma pressão muito grande: “a gente tem que fazer, a gente tem que fazer”; [e a gestão]: “vocês não estão fazendo bem, vocês não estão fazendo bem [...] vocês não estão agindo corretamente, isso não tá bem, vocês não estão atingindo uma meta”! Mas o que que a gente pode fazer pra isso ser alcançado? E não simplesmente: “não, não, não, não tá bem, não tá bem”. (7aI).*

No sistema público de saúde, apesar de ser requisitada cada vez mais a participação do trabalhador, há uma limitação de sua atuação, incluindo “o pouco conhecimento e pouca governabilidade das equipes em relação à definição de metas e indicadores (locais) que norteiam seu próprio trabalho” (SANTOS-FILHO, 2007, p. 74). A pouca governabilidade das

equipes pode inclusive fomentar um conflito entre os profissionais, como apresentado em diálogo extraído do grupo focal:

– *De repente alguém lá em cima que pede pra fazer uma coisa absurda, surreal, a gente faz. (4αI).*

– *Mas isso gera discórdia entre vocês? (pesquisadora)*

– *Às vezes sim, ela tá sabendo que tem que fazer alguma coisa, aí eu falo: “7αI, é absurdo fazer isso”, aí acabo ficando irritada porque acho um absurdo, a gente começa a discutir, discutir. (4αI).*

Além disso, a cobrança por metas se estabelece sem a aclaração necessária para alcançá-las, tornando essa exigência incoerente para os trabalhadores, o que os desorienta e desestimula, pois o que é feito por eles, parece, no ponto de vista deles, nunca ser suficiente, revelando uma desvalorização dos profissionais e dos esforços empreendidos por eles no trabalho.

*Eu gosto de trabalhar aqui, gosto MESMO, gosto e fico muito chateada às vezes quando não tem um retorno [...] da gestão, a parte da gestão de feedback [...] eu não vejo isso na gestão de cima. Nem um parabéns sequer, pra dizer assim: “oh, parabéns, fizeram uma ação legal.” (7αI).*

No entanto, “valorizar é avançar na perspectiva de entender os trabalhadores como sujeitos de seu saber, seu fazer, seu trabalho”, de maneira que sua inserção e atuação proporcionem “à ampliação de sua proposição no âmbito coletivo, constituindo-se como equipes” (SANTOS-FILHO, 2007, p. 149).

*A gestão só sabe impor, eles não sabem ouvir, eles até ouvem, mas acaba dando razão sempre pro outro lado, a gente aqui nunca tem razão [...] quase sempre não tem razão pra eles, sempre o paciente. Igual mercado, comércio: o freguês tem sempre razão, então pra eles é assim. (3αII).*

De acordo com Campos (1999, p. 395), “um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação” nos trabalhadores, o que dificulta o estabelecimento de relações solidárias.

Esse processo de tensão que há entre trabalhadores e gestores pode provocar submissão dos profissionais ou solidariedade entre eles para resistência coletiva a essa dominação que a gestão imprime (AYALA; OLIVEIRA, 2007). Mas apesar de ser um fato que os afeta, os questionamentos dos profissionais, por apreensão, não se concretizam em uma resistência nem individual, nem tampouco coletiva.

*Porque que você tem que ser bonzinho, ser o técnico, o enfermeiro bonzinho, tem que segurar tudo? Tem horas que você vai explodir! Você é ser humano! Corre sangue na veia! Então isso daí tem que ser respeitado [...] a gente fala muito do usuário, e o profissional? (6αII).*

Apesar de a contratação ser sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho, os profissionais temem, e por isso se submetem a essas imposições, já que alguma resistência pode ser motivo de demissão, pela facilidade de contratação de profissionais no mercado, com exceção do médico.

Assim, a cobrança por metas faz com que o profissional perca a essência do cuidar, na perspectiva de que o quantitativo é mais valorizado que a qualidade do serviço que está sendo ofertado. Esse quadro tenciona o individualismo que tende a enfraquecer os vínculos de solidariedade, comprometendo o trabalho coletivo bem como a produção do cuidado (ABBAGNANO, 2007).

Da mesma forma, se não há valorização do profissional e do seu empenho, por qual razão ele deveria empreender um esforço para estender suas atribuições e contribuir solidariamente com outra equipe ou atender um paciente que não seja do seu setor? E assim, “debruçado em sua tarefa, isola-se em sua atividade especial, ele já não sente os colaboradores que trabalham ao seu lado na mesma obra, já não tem sequer noção dessa obra comum” (DURKHEIM, 1999, p. 372).

Outro aspecto que influencia a falta de solidariedade no processo de trabalho intequipes é a estima assimétrica entre os profissionais, pois a solidariedade está ligada ao pressuposto de relações sociais de estima simétrica entre sujeitos individualizados (HONNETH, 2009).

De acordo com Honneth (2009, p. 210) a estima simétrica significa reconhecer, de forma recíproca, “as capacidades e as propriedades do respectivo outro [...] como significativas para a práxis comum”.



Entretanto, as capacidades e as propriedades de todos os outros nem sempre são reconhecidas como significativas para a produção do cuidado, o que acarreta uma experiência de desrespeito, seguida de reações emocionais como vergonha ou ira - que caracteriza a estima assimétrica -, desencadeando conflitos bioéticos (HONNETH, 2009).

[Exemplo] *se eu posso levar esse copo com água aqui porque alguém esqueceu, eu não vou levar porque é SEU o copo, eu vou deixar aí, mas pode encher de formiga porque está com café. Não! Vou deixar aí, que se dane, e é uma coisa simples, uma coisa boba, mas que faz diferença quando você trabalha com pessoas. (2αII).*

*Tem a pessoa que fica botando você lá no chão! Quem vai querer ajudar aquela pessoa? (4αI).*

Essa experiência de desrespeito desencadeia um círculo vicioso de insolidariedade.

Da mesma forma que a desvalorização dos profissionais e dos esforços empreendidos por eles no trabalho, a cobrança por incremento da produção no trabalho e relações de estima assimétrica são as razões da falta de solidariedade entre os profissionais, são da mesma forma, as razões da falta de solidariedade deles com pacientes que não pertencem ao seu setor.

No processo de trabalho intequipes, se estabelecem relações pontuais de solidariedade entre profissionais e desses com paciente que não pertencem à área territorial sob sua responsabilidade, proporcionada principalmente pela estima simétrica entre eles.

Relações solidárias foram marcantes especialmente entre os ACS e desses com os pacientes pela própria dimensão cuidadora utilizada no seu processo de trabalho (FERREIRA et al., 2009, p. 904), que não está isenta em outros profissionais, mas está potencializada nos ACS por serem agentes de saúde da comunidade onde residem.

### **Considerações finais**

Na micropolítica do trabalho intequipes, a ausência de solidariedade dos profissionais foi problema bioético principal encontrado nessa pesquisa.

Quando o usuário não obtém uma resposta resolutiva à sua demanda, seja por falta de solidariedade intequipes ou do profissional com o paciente que não pertence ao setor

assistido por ele, há comprometimento da dimensão moral do trabalho e da produção do cuidado na ESF, o que resulta no descumprimento dos propósitos desse nível de atenção.

O trabalho intequipes deve ser uma ferramenta indutora de mudança no processo de produção do cuidado, no sentido de que para o sucesso de uma equipe é necessário o aporte das outras, ou seja, a efetividade da produção do cuidado requer também a constituição de uma rede conectiva entre as equipes. Nesses termos, a responsabilidade por um paciente deve ser compartilhada entre as equipes, mas para que isso se concretize é necessário solidariedade dos profissionais.

A insolidariedade dos profissionais das equipes é motivada, nesse estudo, pela cobrança da gestão por incremento da produção, pela desvalorização dos profissionais e dos esforços empreendidos por eles no trabalho por parte da gestão e por relações de estima assimétrica.

A solidariedade no processo de trabalho intequipes se estabelece de forma pontual entre alguns profissionais e da mesma maneira com os pacientes.

A solidariedade deve ser incluída na prática clínica da ESF como imperativo moral para concretização do cuidado. Para isso, é necessário dos profissionais, das equipes e da gestão, um luto da onipotência e da onisciência, e a assimilação que esta produção os envolve simultaneamente, pelo reconhecimento de si e do outro como parte essencial para a produção do cuidado.

Em determinadas situações, o profissional não antecipa e por vezes, não percebe as implicações éticas do seu modo de agir. Sendo assim, é importante que tanto reflexões bioéticas quanto as suas respectivas ações de devir sejam incorporadas nas práticas da ESF e da gestão.

Há um grande enfoque no trabalho em equipe, mas fazem-se necessários estudos que evidenciem a forma como se estabelece a relação intequipes, os possíveis problemas e conflitos bioéticos que emergem desse processo de trabalho e as razões para o seu desenvolvimento, pois tanto a gênese quanto os problemas podem ser característicos ou semelhantes aos que surgem no processo de trabalho de uma equipe, mas na mesma proporção podem comprometer os propósitos da ESF.

### **ARTIGO 3 - MODOS DE AGIR DE PROFISSIONAIS PARA RESOLUÇÃO DE CONFLITOS BIOÉTICOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

#### **Resumo**

O objetivo desse estudo é analisar os modos de agir de profissionais para resolução de conflitos bioéticos, que emergem do processo de trabalho, com outros profissionais da Estratégia Saúde da Família tendo como fundamento a Teoria do Agir Comunicativo e a Ética do Discurso. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa operacionalizada através de etnografia, entrevistas e grupo focal. Diante de um conflito bioético alguns profissionais agem orientados ao próprio êxito através do agir instrumental ou estratégico, que não promovem a sua resolução, mas a sua latência, o que compromete os propósitos desse nível de atenção pela fragmentação da equipe. Ao contrário, através do agir comunicativo outros profissionais buscam um entendimento e um acordo para o êxito coletivo que se traduz no cuidado do paciente. Mesmo entre aqueles que agem voltados ao êxito individual, a maioria corrobora que o diálogo para o entendimento e o acordo é a melhor forma de agir diante de um conflito bioético. Quando não são resolvidos entre os intervenientes, os conflitos são levados para as reuniões interequipes ou de equipe, que proporciona certa homogeneização nos modos de agir dos profissionais, pois os estimulam a agir comunicativamente para sua resolução.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, equipe interdisciplinar de saúde, bioética, ética.

## **MODES OF ACTION OF PROFESSIONALS FOR THE RESOLUTION OF BIOETHICAL CONFLICTS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY**

### **Abstract**

The objective of this study is to analyze the modes of action of professionals to resolution of bioethical conflicts, that emerge from the work process, with other Family Health Strategy professionals based on the Theory of Communicative Action and the Ethics of Discourse. For this, a qualitative research was carried out through ethnography, interviews and a focus group. Faced with a bioethical conflict, some professionals are oriented to their own success through the of instrumental or strategic action, which do not promote their resolution, but latency of conflicts, which compromises the purpose of this level of attention by the fragmentation of the team. On the contrary, through communicative action, other professionals seek an understanding and an agreement for the collective success that translates into patient care. Even among those who work towards individual success, most corroborate that dialogue for understanding and agreement is the best mode of action in front a bioethical conflict. When they are not resolved between the actors, the conflicts are taken to the team meetings or between teams meetings, that provides a certain homogenization in the modes of action, because they stimulate them to act communicatively for conflict resolution.

**Keywords:** Primary Health Care, Family Health Strategy, patient care team, bioethics, ethics.

## Introdução

O trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) estrutura-se por meio de uma equipe interdisciplinar, composta por profissionais com diferentes práticas e saberes técnicos para a oferta complementar de ações congregadas para um objetivo, o cuidado do paciente. Quando esse objetivo é compartilhado entre seus membros, a equipe se fortalece e se torna eficaz o que viabiliza seu êxito (CASHMAN et al., 2004).

Para o cumprimento dos propósitos desse nível de atenção é necessário que a interação entre os profissionais seja o *locus* onde se estabelece o processo de trabalho. Assim, o cuidado que orienta o processo de trabalho deve, por consequência, orientar a interação interprofissional (ATWAL; CALDWELL, 2005).

Entretanto, essa interação, por vezes, desfigura-se em detrimento ao objetivo coletivo, da equipe, transparecendo modos de agir orientados para obtenção de êxitos individuais, que se tornam problemas bioéticos com potencial para gerar conflitos quando esses problemas provocam a desagregação dos envolvidos pela não aceitabilidade do modo de agir (HABERMAS, 2014).

E da mesma forma que pode suscitar problemas e conflitos, o modo de agir pode contribuir para sua resolução, manutenção ou agravamento.

Frente a esse quadro, a ideia foi desenvolver um estudo fundamentado na *ética descritiva*, que procura compreender como os profissionais agem diante de conflitos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011; ZOBOLI, 2003), e também, fundamentado na *ética normativa*, que propõe a conduta mais adequada para comportar-se frente a eles (REGO; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2008).

Assim, buscou-se a compreensão do modo de agir dos profissionais para resolução de conflitos, a partir de suas convicções morais, ou seja, do que acreditam que seja correto, e também, como deve ser o modo de agir desses profissionais baseado em uma teoria ética.

Para isso, a bioética, como uma ética aplicada, que possui indissociavelmente a função normativa e descritiva (REGO, 2007), contribui para a resolução de conflitos bioéticos e a implementação de ações tangíveis para mudanças no agir - que, por consequência, promovem a resolução dos problemas éticos causadores do conflito - de acordo com a teoria ética “[...] que lhe servirá de padrão de referência” (SCHRAMM, 2010, p. 106).

Assim, o objetivo desse estudo foi analisar os modos de agir de profissionais de uma equipe para resolução de conflitos bioéticos com outros profissionais da ESF que emergem do

processo de trabalho, tendo como fundamento a Teoria do Agir Comunicativo e a Ética do Discurso.

## **Método**

Participaram desse estudo sete profissionais de uma equipe de saúde da família de Niterói/RJ, escolhida mediante o critério de ser uma das equipes mais antigas com a mesma formação e que fosse composta por um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de saúde bucal (ASB), um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde (ACS), presumindo-se que o acúmulo de experiências pudesse aumentar a possibilidade de experiências conflituosas.

Os participantes dessa pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram realizados sequencialmente, etnografia, entrevistas semiestruturadas e grupo focal, com objetivo de imergir na equipe para obtenção de dados de caráter qualitativo em profundidade.

A observação da equipe foi feita em períodos de dias alternados que totalizaram aproximadamente vinte dias. Posteriormente, foram entrevistados os sete profissionais com o auxílio de um roteiro semiestruturado, e na sequência, o grupo focal onde houve participação de todos, com exceção do dentista, que foi transferido para a assistência de outro território no período de realização.

Os dados foram organizados em categorias de análise de acordo com o eixo de temas e então se iniciou o processo de interpretação e inferência de seus significados (MINAYO, 2010).

Para minimizar o risco de identificação dos participantes, para cada profissional foi utilizado um número arábico para identificação de 1 a 7 de forma aleatória. Optou-se ainda, pela atribuição de algarismos romanos em dois grupos de acordo com o nível de escolaridade: I para profissionais de nível superior (enfermeiro, médico e dentista) e II para profissionais de nível técnico, médio ou fundamental (agentes comunitários de saúde, auxiliar de saúde bucal e técnico de enfermagem).

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense com o parecer de número 1.388.580, no ano de 2016.

## **Resultados e discussão**

### *Modos de agir dos profissionais para resolução de um conflito bioético com outro profissional*

A unidade de saúde é composta por quatro equipes, cada uma é constituída por um enfermeiro, um técnico de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde, um médico, um dentista e um auxiliar de saúde bucal, sendo que os dois últimos atuam em duas equipes, totalizando vinte e quatro profissionais.

Diante de um conflito bioético, a depender da sua intenção, o profissional pode adotar um agir instrumental ou estratégico para obtenção do próprio êxito, ou comunicativo para o êxito coletivo.

#### **Agir comunicativo:**

No agir comunicativo a intenção é o entendimento intersubjetivo, a partir de interesses coletivos, através do diálogo para o estabelecimento consensual de uma regra de ação, que passa nortear o agir dos indivíduos (HABERMAS, 1989).

Os profissionais não se orientam visando o próprio êxito, mas um entendimento intersubjetivo e um acordo, pela harmonização de seus interesses individuais e a resolução equitativa dos conflitos interpessoais de forma isenta de coerção e imposição (HABERMAS, 1999).

Nesse estudo, considera-se que os conflitos bioéticos entre os profissionais provem de problemas bioéticos que emergem do processo de trabalho. Esses conflitos podem ser resolvidos pelo entendimento e o estabelecimento de uma norma orientadora de ação, válida para todos os profissionais, e, nesse caso, compreende-se que o problema será resolvido.

No agir comunicativo, através do diálogo, mediante atos de fala, os indivíduos erguem pretensões de validade considerando as condições de ação (HABERMAS, 1989), pois o ato de fala tem um “caráter realizativo”, e por esse motivo, a pretensão de validade “implica ser criticada, corrigida e reconhecida intersubjetivamente por meio de boas razões” (CONTE; MARTINI, 2010, p. 268, 280).

Deste modo, esses atos de fala, levantados no agir comunicativo, são constatativos, regulativos e expressivos, nos quais os indivíduos erguem, respectivamente, pretensões de

verdade, pretensões de justiça ou correção normativa, e, pretensões de veracidade ou sinceridade (HABERMAS, 1989).

Uma proposição é verdadeira quando se cumprem as condições de existência da proposição, ou seja, o que um indivíduo diz é, de fato, verdade; um enunciado é correto normativamente “em relação com o contexto normativo vigente”, nesse sentido, a norma proferida deve ser legítima no contexto dos indivíduos; e, por fim, um enunciado é sincero quando a proposição coincide realmente com o que a pessoa pensa (HABERMAS, 1999, p. 144).

Cito abaixo, como exemplo, uma situação em que dois profissionais agem comunicativamente para resolução de um conflito bioético, baseando-se na busca do diálogo para o entendimento e o estabelecimento de uma norma consensual com o objetivo de orientar o agir dos intervenientes.

*Eu chamo o colega: “oh, vamos ver se a gente acerta aqui, vamos fazer assim de uma maneira melhor, o que você acha que a gente deve fazer?”. É sempre mediando, pra poder dar tudo certo. (6II).*

*É o diálogo mesmo, se não tiver diálogo... É conversa, eu não posso impor, eu não posso brigar por conta disso. Diálogo [...] pra gente lançar o nosso pensamento e chegar a um objetivo só. (3II).*

Agir instrumental:

No agir instrumental, o indivíduo utiliza uma determinada regra técnica, baseada em um saber empírico, para “controle eficiente da realidade”, a fim de alcançar seu objetivo, um êxito egocêntrico (HABERMAS, 1987, p. 57). Habermas (1999) chama de técnica toda regra que proporciona a reprodução exata de uma ação planejada ou produto de um costume, que se faça previsível por um observador.

Assim, o agir instrumental reduz questões morais a critérios de eficácia, cria comportamentos condicionados e transforma em objeto tudo que a rodeia (HABERMAS, 1999, 2000). O agir instrumental estrutura-se, portanto, “no uso não comunicativo do saber em ações dirigidas a fins” (PINTO, 1995, p. 79), sendo, portanto, um agir onde não há interação (HABERMAS, 1987).



Dos sete profissionais entrevistados, dois agem instrumentalmente para resolução de um conflito bioético, baseando-se em uma regra técnica que governa seu agir em busca do controle eficiente da situação a fim de alcançar seu êxito.

*Olha... Eu prefiro não conversar muito [...] não gosto de lidar com qualquer conflito, eu sou tipo que me isolo, aí fico chateada aí passa uns dois três dias, pronto, passou, já esqueci. (1I).*

O profissional 1I adota como regra de ação o isolamento, pois não gosta “de lidar” com conflitos, preferindo esquecer para, dessa maneira, promover sua resolução, pelo menos na sua opinião.

Já o profissional 5II adota como regra informar o responsável pela equipe, buscando sua isenção na resolução do conflito. Pode-se deduzir que ele acredita que suas ações não são causa do conflito, e, por isso, considera que seu oponente, envolvido na relação conflituosa, é digno de repressão pelo responsável da equipe.

*Se for um colega de trabalho [...] você vira as costas e vai procurar a quem falar, [que] é o enfermeiro responsável: “aconteceu isso assim, assim”. (5II).*

Nos dois casos, os profissionais visam o que é melhor para eles e com isso reduzem o conflito moral a um fato que pode ser resolvido sem o envolvimento do outro, de modo a controlarem a situação, ficando a sua resolução condicionada à inexistência de interação. Ao contrário, a consequência desse modo de agir é a latência do conflito, pois, como não houve o entendimento e um acordo entre os intervenientes, a ação que o desencadeou pode ser repetida, além dos envolvidos estarem sujeitos ao rancor, especialmente no caso do profissional que expôs seu oponente.

Portanto, esse modo de agir não proporciona de fato a resolução do conflito e tampouco a resolução do problema que o originou, guardando potencial para suscitar outros. Por esse motivo não é capaz de responder adequadamente aos conflitos que emergem do âmbito prático (BANNWART JÚNIOR, 2010).

Assim, além da deterioração dos laços sociais, quando há o predomínio da ação instrumental, ocorre redução da responsabilidade pelos objetivos compartilhados no trabalho e

“carência de pertença” a uma equipe, que resultam na sua fragmentação e prejudicam o desenvolvimento do processo de trabalho (FELDHAUS, 2010, p. 261).

Ademais, quando os sujeitos reduzem suas relações tão somente às instrumentais, “[...] destroem a eticidade de uma intersubjetividade estabelecida comunicativamente” (HABERMAS, 1999, p. 456).

Agir estratégico:

A ação estratégica, da mesma forma que o agir instrumental, é uma ação orientada ao êxito próprio, porém é baseada em regras de preferência, alicerçadas em um saber analítico, pelo qual o indivíduo avalia o grau de influência sobre as decisões do outro (HABERMAS, 1987; HABERMAS, 1999).

O agir estratégico é coordenado por interesses de um indivíduo que atua com vistas à obtenção de um fim, buscando seu propósito pela influência sobre as decisões do outro, através de ameaças de sanções ou possibilidade de gratificações. Acontece através da interação e concebe a linguagem como um meio, mas através do qual o indivíduo se orienta para o próprio êxito (HABERMAS, 1999).

Um profissional adota o agir estratégico para resolução de um conflito bioético, baseando-se nos seus interesses, que estão por trás do conflito, que governam seu agir. Para alcançá-los ele busca influenciar seu oponente para agir de acordo esse interesse e se o mesmo o fizer alcançará seu êxito e por consequência o conflito bioético será resolvido.

*Errada ou certa eu tento convencer, eu tento convencer, eu aposto todos os meus pontos e argumentos [...] eu consigo fazer a pessoa desistir. (7I).*

Esse convencimento acontece mesmo mediante a consciência de que o falante está errado em sua proposição. Portanto, se o indivíduo consegue convencê-lo mesmo assim, presumisse-se que 7I exerça uma influência velada sobre seu oponente que desiste de argumentar findando com o êxito de 7I e a resolução do conflito.

O agir estratégico pode regular o interesse dos envolvidos ou terminar com a vitória de uma das partes, sendo capaz de tornar latente o conflito ou incitar outros entre os intervenientes (HABERMAS, 2014).

Na ação estratégica “vale enganar ou impor” (ARAÚJO, 2004, p. 15). Esse modo de agir não corresponde ao que se espera de profissionais de saúde, pois contraria a dimensão

moral do trabalho em equipe e por consequência, pode prejudicar a produção do cuidado pela fragmentação da equipe.

Agir instrumental e comunicativo no sentido fraco:

De acordo com Habermas (2004, p. 118), há dois tipos de agir comunicativo, a saber, o agir comunicativo no sentido “forte” e “fraco”. O primeiro se dá quando o entendimento mútuo se estende aos atos de fala regulativos, ou seja, a ação se orienta por pretensões de correção normativa, pretensões de verdade e de sinceridade; já no sentido fraco, o agir comunicativo é orientado apenas por pretensões de verdade e de sinceridade, neste caso, os indivíduos buscam o entendimento, mas não alcançam um acordo firmado por uma norma, ao contrário do agir comunicativo no sentido forte, onde os indivíduos buscam o entendimento e um acordo para o estabelecimento de uma norma que oriente seu agir.

Neste momento, vale pontuar que, neste trabalho, quando utilizada a expressão “agir comunicativo”, esta se refere ao sentido “forte”.

Dois profissionais têm o agir instrumental ou comunicativo no sentido fraco a depender do seu oponente, como no exemplo abaixo.

*Eu procuro ir até ele, eu tento falar né, eu tento resolver de alguma forma, procurar estar sozinha pra poder falar com a pessoa [sobre] o que aconteceu, no geral. Agora tem gente que às vezes eu acho que nem vale a pena, aí eu largo pra lá. (2II).*

A opção pelo agir está fundamentada em quem é o outro, ou seja, se o conflito for com uma determinada pessoa, não lhe interessa o entendimento, e, por isso, age instrumentalmente.

Assim, como o outro profissional, 4I, cuja fala será apresentada a seguir, entende-se que o modo de agir de 2II é comunicativo no sentido fraco, porque não está claramente expressa a procura pelo estabelecimento de uma norma consensual para orientação do agir dos oponentes, apenas a busca da resolução do conflito pelo entendimento.

Na mesma lógica, 4I opta por agir, dependendo da maior ou menor capacidade do seu oponente de conversar e entender, tornando explícita sua escolha conforme o comportamento do outro, que pode ou não possibilitar a resolução do conflito.

*Conversando com ele, dependendo da pessoa eu converso, se a pessoa conseguir falar, conseguir entender, eu converso. Se a pessoa não consegue falar, não consegue entender, eu não converso [...] Vai desgastar à toa. Não vai resolver nada, então não precisa nem falar [...] tudo que você falar vai estar errado, ela não é, ela não fez, não falou, não aconteceu. (4I).*

Seu modo de agir empregado é a reprodução do modo de agir adotado pelo outro. Na realidade, para ambos os profissionais é razoável agir de uma forma e não de outra, se a consequência que esperam dos seus atos não lhes é agradável (LUNARDI, 2010).

#### *Reunião de equipe(s) para resolução de conflitos bioéticos*

Alguns profissionais, diante de conflitos bioéticos, agem orientados para satisfação do próprio êxito, mesmo conscientes de que a melhor forma de agir é através do diálogo para o entendimento e o acordo em benefício ao êxito coletivo.

A partir da identificação dos conflitos e do modo de agir que adotam os intervenientes, foi possível verificar, de uma maneira geral, que para os que envolvem profissionais que agem instrumentalmente e estrategicamente não há resolução, mas a sua latência e a emergência de outros conflitos, pois estarão sempre voltados para obtenção do seu êxito, mesmo que o outro envolvido tenha o agir comunicativo.

Portanto, a diversidade no modo de agir dos profissionais influencia a possibilidade de resolução ou não de conflitos bioéticos. Quando não é resolvido, o conflito é levado para a reunião entre as quatro equipes ou para a reunião da equipe, a depender dos envolvidos.

A maioria das falas apresentadas a seguir foi extraída do grupo focal e são expressas de acordo com as normas gramaticais de diálogo escrito.

Semanalmente, às quartas-feiras no período da tarde, a unidade fecha o para o atendimento e ocorre uma reunião com os profissionais das quatro equipes. Uma vez a cada três meses, em média, há uma reunião entre os membros da equipe estudada. O longo intervalo entre as reuniões da equipe é justificado pela falta de tempo que a demanda de trabalho produz.

Se há um problema ou conflito entre os membros da equipe que não tenha sido resolvido entre os intervenientes é levado para a reunião da equipe. Caso sejam de equipes diferentes, o conflito é conduzido à reunião interequipes.

– *Aí se tiver um problema, vamos supor, entre eu e outro profissional do outro setor [equipe], se eu não tiver muita afinidade com ela, se eu não tiver muita abertura [da parte dela], eu vou falar na reunião de equipe, eu não vou falar pra ela, eu vou falar pra ela, mas na reunião de equipe. (4I)*

[...]

– *Não consegui ser [resolvido] só entre as duas pessoas, então já que ali entre duas não estava sendo feito esse acordo, então foi colocado no geral [na reunião de equipes]. (5II)*

[...]

– *Até pra poder dar exemplo mesmo, nós, todos nós temos defeitos, nos consertarmos, que de repente [é] dentro da equipe, de repente não. SEMPRE acontece, é um processo de trabalho. É o NOSSO processo de trabalho, de um modo geral é nosso processo de trabalho [e] ali dentro tem conflitos. (6II).*

Assim, nas reuniões entre as equipes, os profissionais buscam o entendimento e um acordo através do diálogo, abrangendo todos os indivíduos que reconhecem o acordo estabelecido como um “exemplo”, ou seja, uma norma orientadora das ações para os profissionais das equipes. Da mesma forma ocorre em reuniões da equipe participante desse estudo.

Assim, foi identificado pela pesquisa que os profissionais que assumem o agir instrumental, estratégico, ou comunicativo no sentido fraco, diante de um conflito com outro profissional, nas reuniões de equipe ou entre equipes, tendem a adotar o agir comunicativo para resolução, já que nelas têm-se um número de intervenientes ampliado, o que induz os conflitantes a lançarem pretensões de validade para justificar sua ação, além de inibir os profissionais a orientarem-se para o sucesso egocêntrico. Portanto, as reuniões tornam mais homogêneo o modo de agir dos profissionais para resolução de conflitos.

A procrastinação do profissional no trabalho, que é um problema bioético catalisador de conflitos e já foi tema abordado em reuniões, pode ser usada para a análise.

Em um conflito, o indivíduo que busca o entendimento e o estabelecimento de uma norma de ação válida através do agir comunicativo tem que levantar explicitamente três pretensões de validade: pretensões de verdade, ou seja, o que ele diz é verdadeiro (você está procrastinando); pretensão normativa, que condiz com a norma vigente (não se deve procrastinar) e pretensão de sinceridade, que traduz a coerência entre o que ele fala e o que realmente ele pensa.

O ouvinte pode (1) concordar com as pretensões de validade, firmando-se um entendimento e um acordo; (2) discordar e questionar as pretensões de validade levantadas pelo falante; (3) discordar e não questionar as pretensões de validade.

No caso (1) se estabelece o entendimento e uma norma consensual orientadora das ações resolvendo tanto o conflito entre os intervenientes, quanto o problema que o originou, pois se entende que com o acordo, os indivíduos deixarão de procrastinar. O ouvinte aceita a pretensão de verdade levantada (pois reconhece que, de fato, ele está procrastinando), a pretensão normativa (que não se deve procrastinar) e a pretensão de sinceridade (pois o falante não procrastina).

No caso (2), o ouvinte questiona a aceitabilidade e problematiza a pretensão de verdade e/ou a pretensão normativa levantada pelo falante no agir comunicativo, sendo necessária a argumentação do falante para justificar a pretensão de validade erguida. De acordo com Habermas (2004) nessa situação, ocorre a passagem do agir comunicativo para outra forma de comunicação, o discurso, pois a partir do momento em que as pretensões de validade levantadas no agir comunicativo são questionadas pelo ouvinte, o falante deve argumentar buscando o seu convencimento através do discurso.

Portanto, Habermas (2014) chama de “discurso” a busca pela legitimidade das pretensões de verdade e validade normativa erguidas na ação comunicativa, através da argumentação, que se estabelece na troca intersubjetiva de argumentos para a avaliação de informações e motivos, para justificar a pretensão questionada (HABERMAS, 2014).

Os participantes, no momento da prática argumentativa, têm de estar “[...] dispostos a atender às exigências de cooperar uns com os outros na busca de razões aceitáveis para os outros; e, mais ainda, têm de estar dispostos a deixar-se afetar e motivar, em suas decisões” (HABERMAS, 2013, p. 15).

A pretensão de sinceridade levantada no agir comunicativo, não é retomada e problematizada no discurso, mas é resgatada pela consistência do comportamento dos indivíduos, pois partem do pressuposto que há coerência entre o que o indivíduo fala, pensa e seu comportamento futuro (HABERMAS, 1989).

As pretensões de validade correspondentes à verdade das proposições são contestadas ou problematizadas nos *discursos teóricos* e as correspondentes à correção normativa, nos *discursos práticos* (ROUANET, 1989).

No *discurso teórico* são questionadas ou problematizadas as afirmações feitas sobre os fatos e então é redefinida ou corroborada a verdade sobre eles (FREITAG, 2005).

No *discurso prático* os enunciados são apreciados à luz de razões (HABERMAS, 2004) e é questionada a validade das normas de acordo com o arranjo social dos indivíduos (FREITAG, 2005); neste caso, os intervenientes buscam a compreensibilidade sobre um interesse comum, para pactuação de uma norma, e tentam chegar a um equilíbrio entre interesses (HABERMAS, 1989). Logo, “entra em cena um elemento pragmático”, pois quando um modo de agir é de caráter coletivo, os componentes devem chegar a um consenso, pelo convencimento mútuo “de que é interesse de cada um que todos ajam assim” (HABERMAS, 1989, p. 91).

Quando há o questionamento das pretensões de validade, os indivíduos podem ou não alcançar um entendimento e o acordo.

No caso (3) o indivíduo discorda, porém não questiona as pretensões de validade, ele se cala e oculta o que na realidade pensa a respeito da matéria em discussão, e assim não está levantando nenhuma pretensão de verdade, mas está “simulando e comportando-se estrategicamente” (HABERMAS, 1999, p. 41). Abaixo, os profissionais utilizam outro problema bioético que atesta esse fato:

– *Vocês disseram que tentam resolver [o conflito] no diálogo, mas vocês conseguem chegar num acordo?* (pesquisadora).

– *A gente chega num consenso... assim... cada um/eu sei que é errado fazer fofoca/ (7I).*

– *Cabe a cada pessoa parar de fazer.* (4I).

– *Ou não, entendeu?* (7I).

– *Então não há esse consenso?* (pesquisadora).

– *Há, a pessoa vai dizer: “sim, nós vamos parar de fazer”, mas não me garante se ela não vai fazer, ela não dá garantias que realmente ela não vai falar.* (7I).

[...]

– [Exemplo] *eu chego pra 7I falando que está bem, mas às vezes não tá, então tem que ser verdadeiro.* (2II).

Assim, em situações de ação estratégica dissimulada, pelo menos um dos participantes se conduz para a realização dos seus fins particulares, e faz com que outros acreditem que todos estão cumprindo os pressupostos da ação comunicativa (HABERMAS, 1999, p. 425); e

se agem de acordo com seus interesses, não adota a norma estabelecida para orientar suas ações, o que acaba por gerar outros conflitos.

– *Nossa reunião é na quarta, aí na quinta-feira fica todo mundo bem, houve uma mudança [pra melhor], aí na sexta... (risos) (2II).*

– *Volta tudo ao normal. (5II).*

– *Volta ao normal. (risos) (6II).*

[...]

– *Aí como não é resolvido, é como se fosse um vírus que se espalha, de repente, vamos botar: eu faço uma coisa que é reprovável [...]: “pô, se 2II fez, eu vou fazer” e acaba se espalhando como um vírus. (2II).*

[...]

– *Fica aquela pedra no meio do caminho que vai impedindo a gente de andar. (2II).*

Portanto, nas reuniões os indivíduos buscam o entendimento e o estabelecimento de uma norma de ação, entretanto nem sempre alcançam, pois em determinados casos, alguns indivíduos agem orientados à obtenção do próprio êxito, em detrimento ao êxito coletivo, revelando um descompromisso e insolidariedade com os outros profissionais, em prejuízo à produção do cuidado.

De fato, sem esses preceitos, não é possível alcançar um acordo, pois a ética discursiva, que oferece o discurso prático para o estabelecimento de uma norma, fundamenta o conteúdo de uma moral do respeito sem distinção, do compromisso e da solidariedade (HABERMAS, 2002).

Ainda que nem todos os profissionais se pautem nesses preceitos e as equipes estarem sujeitas a esse tipo de ocorrência, a maioria dos participantes dessa pesquisa concorda que as reuniões são importantes para resolução de conflitos interprofissionais.

As reuniões são fundamentais para a comunicação e o funcionamento da equipe pelo aumento da cooperação, colaboração (SARGEANT; LONEY; MURPHY, 2008) do senso de compromisso e de corresponsabilidades em torno de objetivos comuns (CASHMAN et al., 2004).

Portanto, além de estimular o agir comunicativo para resolução de conflitos morais, as reuniões amplificam valores que facilitam o entendimento e o acordo. Assim, reuniões regulares são importantes para a efetividade da equipe (RUTHERFORD; MCARTHUR,



2004), pois ajudam a resolver conflitos interprofissionais e a promover relações interpessoais positivas (XYRICHIS; LOWTON, 2008).

Entretanto, na reunião de equipes, que acontece com maior frequência, semanalmente, nem todos profissionais entendem, ou se fazem de desentendidos, que faz parte do seu processo de trabalho a sua participação e, por exemplo, aproveitam o período para resolver questões pessoais fora da unidade. Além disso, temáticas das quatro equipes, com vinte e quatro profissionais, favorecem a desorganização, e, por esses motivos, a reunião se descaracteriza e sua proposta acaba por ser deturpada.

*A gente senta aí começa a lavagem de roupa suja, é uma confusão. (3II).*

*Toda quarta-feira [...] é nossa reunião interna, QUE É a lavagem de roupa suja. (5II).*

Ao contrário, as reuniões são espaços produtivos de planejamento, organização e avaliação dos processos de trabalho e um momento de reconhecimento enquanto equipe e de resolução de conflitos, sejam eles bioéticos ou não, e assim devem ser entendidas. Portanto, se a reunião entre as equipes ganha em quantidade, carece de qualidade. Ao contrário da reunião de equipe.

*A gente tem que ter mais reunião de equipe, a gente tem que ter mais reunião de equipe pra gente poder falar [...] a gente tem que ter reunião pra gente poder pontuar as coisas que às vezes atrapalham o andamento do trabalho da equipe [...] é a própria reunião de equipe pra ter essa conversa pra gente lançar o nosso pensamento e chegar a um objetivo só. (3II).*

É importante pontuar que após quarenta e dois dias da realização do grupo focal, em conversa informal na unidade, o enfermeiro responsável pela equipe relatou que alguns participantes apresentaram-se mais flexíveis em relação aos outros profissionais. De acordo com Moscovici (1981, p. 17), flexibilidade, perceptiva e comportamental, “significa procurar ver vários ângulos ou aspectos da mesma situação e atuar de forma diferenciada, não rotineira, experimentando novas condutas percebidas como alternativas de ação”.

Quando questionado sobre o motivo da mudança, atribuiu esse fato ao grupo focal. Esse estudo não foi projetado para ser uma pesquisa-ação, mas os profissionais utilizaram o

grupo focal como uma oportunidade para dialogar sobre seus problemas e conflitos bioéticos que emergem do processo de trabalho, que proporcionou um autodiagnóstico dos modos de agir que os originam e que dificultam sua resolução, assim como deveria ser em uma reunião de equipe.

### **Considerações finais**

Frente aos diversos modos de agir dos profissionais, o instrumental e o estratégico impõem barreiras para resolução de conflitos bioéticos e por vezes catalisam outros, que podem resultar na fragmentação das relações entre os profissionais em prejuízo à produção do cuidado.

Ao contrário, o agir comunicativo, orientado ao êxito coletivo pela harmonização de interesses individuais, amplia as possibilidades de coordenar as ações para resolução dos conflitos de ação através do entendimento e do acordo para o estabelecimento de uma norma. Quando a norma é estabelecida passa a orientar as ações de acordo com o interesse coletivo, e por consequência há resolução não apenas do conflito, mas também do problema bioético que o originou. Por esse motivo, o agir comunicativo pode ser considerado um atributo de equipes de saúde da família.

A reunião de equipe, bem como a reunião interequipes, é um espaço privilegiado que estimula o agir comunicativo e favorece a resolução de problemas e conflitos, apesar de não haver em determinados casos o estabelecimento de uma norma moral, principalmente quando profissionais agem estrategicamente de forma dissimulada.

Outro fator que prejudica a resolução de problemas e conflitos é a desorganização e a desvalorização das reuniões entre as equipes, e o longo período entre uma reunião e outra, no caso da equipe. Além de perderem uma oportunidade para resolução de conflitos, os profissionais desperdiçam um momento de se reconhecerem enquanto equipe, o que pode proporcionar a perda de laços de compromisso e solidariedade uns com os outros, e, por conseguinte, dificulta o entendimento e o acordo frente a um conflito bioético. Uma alternativa seria o revezamento semanal de reuniões de equipes e de cada equipe, além da consciência de que esse é um momento que integra o processo de trabalho e por isso deve ser conduzido com critérios.

Devido à possibilidade de universalização de condutas através do entendimento e de normas fundamentadas consensualmente, o Agir Comunicativo e a Ética do Discurso são

ferramentas de possível aplicabilidade em situações práticas e cotidianas de integrantes de uma equipe de saúde, para resolução de problemas e conflitos em benefício do processo de trabalho. Entretanto, o diálogo para a intercompreensão e para o acordo requer solidariedade e compromisso, pelo reconhecimento da importância do outro como parte da produção do cuidado, e a consideração do que é justo para a equipe e para o usuário do sistema.

## CAPÍTULO IV

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa analisou os problemas e conflitos bioéticos vivenciados por uma equipe de saúde da família, evidenciando os desafios éticos que implicam em dificuldades para constituição da interdisciplinaridade, de acordo com os propósitos da ESF.

Por mais que os profissionais, como agentes morais, tenham consciência do objetivo do trabalho em equipe, os modos de agir no processo de trabalho, frente a outro profissional ou ao paciente, é influenciado por razões individuais internas ou externas, que podem dificultar a operacionalização do trabalho em equipe interdisciplinar e prejudicar a produção do cuidado.

A organização do trabalho proposta pela ESF influencia, de certo modo, a forma como os profissionais se tornam parte da equipe. Tornar-se parte da equipe, é reconhecer o cuidado como propósito orientador da prática e a interdependência entre os profissionais, é estar disponível para trabalhar com o outro, em benefício ao usuário. Assim, para a oferta da integralidade e a produção do cuidado na ESF, é necessário estabelecer relações pautadas no compromisso e solidariedade, entre os profissionais e deles com o usuário.

Os problemas bioéticos identificados, que surgiram do processo de trabalho em equipe, são a fragmentação, o absenteísmo e a procrastinação, que são derivados da falta de compromisso do profissional com o trabalho em equipe e com o paciente.

A gênese de tais problemas corresponde à ausência de razoável competência interpessoal, necessidades não atendidas do profissional, hierarquia na equipe e baixa maturidade psicológica.

O desafio se torna ainda mais complexo na perspectiva do trabalho interequipes, pois além de ampliar o número de profissionais com diversos modos de agir, determina-se uma divisão por setor territorial, que estabelece a área de abrangência populacional e o limite de atuação de cada equipe. Esse arranjo territorial é fundamental para a organização do trabalho e para a oferta de ações de acordo com as necessidades dos usuários em seu território, mas tanto os profissionais de uma equipe, quanto os pacientes sob sua responsabilidade, esperam poder contar com o aporte solidário de outra equipe caso seja necessário.

Assim, o problema bioético que emerge do processo de trabalho interequipes é a ausência de solidariedade. Há relações solidárias pontuais que se estabelecem entre alguns

profissionais e deles com os pacientes. A insolidariedade entre as equipes e dos profissionais com os pacientes, que não residem no setor sob sua responsabilidade, é motivada, conforme observado nesse estudo, pela cobrança da gestão por incremento da produção, pela desvalorização dos profissionais e dos esforços empreendidos por eles no trabalho por parte da gestão, e, por relações de estima assimétrica.

Constitui-se como uma limitação do estudo, a possibilidade da existência de outros problemas e conflitos bioéticos, assim como os motivos para sua emergência, que não foram identificados nesta pesquisa.

A intervenção nas razões dos problemas intra e interequipes depende de uma mudança de atitudes, dos profissionais e da gestão, que seja capaz de enfraquecer o narcisismo, a onipotência e a onisciência, ou seja, de uma transfiguração que esteja vinculada ao reconhecimento da importância de cuidar do outro.

Os conflitos morais que surgem entre os profissionais da equipe estudada, ou deles com os de outras equipes, derivam dos problemas bioéticos que emergem do processo de trabalho.

Diante do conflito bioético, os profissionais podem adotar o agir instrumental ou o estratégico, orientados ao êxito individual, que impõem barreiras para resolução de conflitos e, por vezes, podem catalisar outros, resultando na fragmentação das relações entre os profissionais, em prejuízo à produção do cuidado.

Ao contrário, o agir comunicativo orientado ao êxito coletivo, pela harmonização de interesses individuais, amplia as possibilidades de coordenar as ações para resolução dos conflitos de ação através do entendimento e do acordo para o estabelecimento de uma norma. Quando há o entendimento e o estabelecimento de uma norma que passa a orientar as ações de acordo com o interesse coletivo, há resolução não apenas do conflito, mas também do problema bioético que o originou. Por esse motivo, o agir comunicativo pode ser considerado um atributo de equipes de saúde da família.

Mesmo que o agir comunicativo seja uma ferramenta para resolução de conflitos e problemas bioéticos, uma intervenção na origem desses problemas se faz necessária.

Para exemplificar, utilizamos os conflitos decorrentes da procrastinação - que é motivada, por exemplo, pelas necessidades não atendidas do profissional associada à remuneração - que podem ser resolvidos pelo entendimento e estabelecimento de uma norma reconhecida, para o bem comum da equipe. Assim, como a adoção da norma passa a orientar o modo de agir dos profissionais, o problema bioético também será resolvido, pois os

indivíduos deixarão de procrastinar. Mas eles continuarão a ser mal remunerados, o que torna latente esse problema bioético.

A procrastinação também pode ser motivada pela hierarquia na equipe. Da mesma forma, pode-se resolver o conflito e fundamentar uma norma de ação válida, que oriente o agir dos profissionais para a resolução do problema. Nesse caso, o problema bioético será latente se os profissionais não se reconhecerem, de fato, como parte essencial da produção de cuidado.

Assim, a resolução efetiva dos problemas e conflitos bioéticos deve partir do *reconhecimento* em sua polissemia: o reconhecimento enquanto identificação com a equipe, o reconhecimento de suas próprias capacidades e, por fim, o reconhecimento mútuo das capacidades.

O reconhecimento referido, diz respeito aos profissionais e à gestão. Na pior das hipóteses, os profissionais, tanto da equipe, quanto da gestão, podem não se identificar enquanto agentes da equipe, podem não reconhecer suas capacidades como fundamentais para o cuidado e não serem reconhecidos de forma recíproca, como parte essencial dessa produção.

A operacionalização do agir comunicativo, para a resolução de conflitos e problemas bioéticos, não é viável se não existir o reconhecimento, pois qualquer relação que se estabelece para a produção do cuidado se assenta a partir dele.

Assim como o cuidado é produzido, a equipe também é. Nesse sentido, o cuidado e a equipe, a um só tempo, são resultados de um processo de exercício do reconhecimento, que advém de um projeto ampliado de *dever* das estruturas assistenciais, o qual propõe que as estruturas cristalizadas de um processo produtivo, fragmentado em especialidades, sejam substituídas por estruturas criativas e coletivas, interdisciplinares, que permitam produzir o cuidado singular e subjetivo ao mesmo tempo em que produz sujeitos comprometidos e solidários, que ofereçam respostas resolutivas para os usuários do sistema; portanto, capazes de lidar eticamente com as complexidades institucionais, das estruturas sociais e da vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ALTISENT, R. Bioética y atención primaria: una relación de mutuas aportaciones. *Archiv. med. fam.*, México, v. 8, n. 2, p. 63-73, 2006.

ARAÚJO, I.L. *A teoria da ação comunicativa de J. Habermas*. Palma de Mallorca, ES: Fundació Càtedra Iberoamericana, 2004. 77 p.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ARAÚJO, M.F.S.; OLIVEIRA, F.M.C. Atuação do enfermeiro na equipe de saúde da família e a satisfação profissional. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, Juiz de Fora, n. 14, p. 3-14, 2009.

ATWAL, A; CALDWELL, K. Do all health and social care professionals interact equally: a study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scand. j. caring sci.*, v. 19, p. 268-273, 2005.

AYALA, A.L.M.; OLIVEIRA, W.F. A divisão do trabalho no setor de saúde e a relação social de tensão entre trabalhadores e gestores. *Trab. educ. saúde.*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-270, 2007.

AYRES, R.C.V. et al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. *Mundo da saúde*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 306-311, 2006.

AZAMBUJA, E.P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2007.

BALDANI, M.H. et al. A inclusão da odontologia no programa saúde da família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, 2005.

BANNWART JÚNIOR, C.J. Pressupostos da teoria social habermasiana: trabalho e interação. In: LIMA, C.R.M.; GÓMEZ, M.N.G. (Orgs.). *Diálogos habermasianos*. Rio de Janeiro: IBICT, 2010. p. 127-152.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010. 281 p.

BARNARD, D. The viability of the concept of a primary health care team: a view from the medical humanities. *Soc. Sci. Med.*, v. 25, n. 6, p. 741-746, 1987.

BARROS, R.B.; BARROS, M.E.B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B (Orgs.). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí, RS: Editora Unijuí, 2007. p. 61-71.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2011. 574 p.

BENITO, G.A.V. et al. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no programa saúde da família. *Rev Bras Enferm.*, Brasília, v. 58, n. 6, p. 635-640, 2005.

BOUDON, R. et al. *Dicionário de Sociologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1990.

BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, R. (org.). *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática, 1983. p. 46-81.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BREHMER, L.C.F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3569-3578, 2010. Suplemento 3.

BRITO, F.S.; BAKOS, D.G.S. Procrastinação e terapia cognitivo comportamental: uma revisão integrativa. *Rev. bras. ter. cogn.*, Campinas, v. 9, n. 1, p. 34-41, 2013.

BROWN, J. et al. Conflict on interprofessional primary health care teams - can it be resolved? *J. interprof. care.*, London, v. 25, p. 4-10, 2011.

CAMPOS, E.M.S. *A estratégia de saúde da família e sua proposta de (re)estruturação do modelo assistencial do SUS: a perspectiva de quem molda sua operacionalização*. 2007. 297 f. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

\_\_\_\_\_. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2007. 236 p. (Saúde em Debate, 131).

CARDOSO, A.S.; NASCIMENTO, M.C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1509-1520, 2010. Suplemento 1.

CARDOSO, C.G.; HENNINGTON, É.A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 85-112, 2011. Suplemento 1.

CARRIÓ, F.B. Equipos de salud: ¿problema o solución? *Aten Primaria*, v. 41, n. 2, p. 73-75, 2009.



CASHMAN, S.B. et al. Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams. *J. interprof. Care*, London, v. 18, n. 2, p. 183-196, 2004.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2008. p. 261-280.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 199-212.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2006. p. 117-130.

CHIAVENATO, I. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus, 1999. 457 p.

\_\_\_\_\_. *Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 634 p.

COLOMÉ, I.C.S.; LIMA, M.A.D.S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *A atenção básica que queremos*. Brasília: CONASEMS, 2011.

CONTE, E.; MARTINI, R. Habermas e a educação: aporias sobre a performance. In: LIMA, C.R.M.; Gómez, M.N.G. (Orgs.). *Diálogos habermasianos*. Rio de Janeiro: IBICT, 2010. p. 267-290.

CORTINA, A.; MARTÍNEZ, E. *Ética*. São Paulo: Loyola, 2013. 176 p.

CORTINA, A. *Ética sem moral*. São Paulo: Martins Fontes, 2010. 336 p.

CUTOLO, L.R.A.; MADEIRA, K.H. O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família: uma análise documental. *ACM arq. catarin. med.*, Florianópolis, v. 39, n. 3, p. 79-84, 2010.

DA MATA, R. O ofício de etnólogo, ou como ter “anthropological blues”. In: NUNES, E.O. (Org.). *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 23-35.

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC health serv. res.*, London, v. 8, n. 188, p. 1-14, 2008.

DAVIES, C. Getting health professionals to work together: There's more to collaboration than simply working side by side. *BMJ*, London, v. 320, p. 1021-1022, 2000.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerários teóricos em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994. p. 119-145.

DESCAMPS, C. As ideias filosóficas contemporâneas na França. Rio de Janeiro: Zahar, 1991. 164 p.

DÍAZ, B.O.; PÉREZ, C.G. Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria*, v. 35, n. 5, p. 240-245, 2005.

DURKHEIM, É. *Da divisão do trabalho social*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 483 p.

FELDHAUS, C. Habermas e a sociologia da saúde. In: LIMA, C.R.M.; GÓMEZ, M.N.G. (Orgs.). *Diálogos habermasianos*. Rio de Janeiro: IBICT, 2010. p. 255-266.

FERREIRA, V.S.C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FLICK, U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009a. . 164 p.

\_\_\_\_\_. *An introduction to qualitative research*. California, US: Sage publications, 2009b. 504 p.

FORTES, P.A.C.; ZOBOLI, E.L.C.P. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola, 2004. p. 11-24.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. latinoam. enferm.*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2013. 431 p.

FRANCISCHINI, A.C.; MOURA, S.D.R.P.; CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família. *Investigação*, v. 8, n. 1-3, p. 25-32, 2008.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos Reunidos*. São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 151-171.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In: MERHY E.E. et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 55-124.

FRANCO, T.B. As redes da micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. (Orgs.) Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos Reunidos. São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 226-242.

FREIRE, P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, C.R. (Org.). *Pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1981. p. 34-41.

FREITAG, B. *Dialogando com Jürgen Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2005. 288 p.

GAIARSA, J.A. *Tratado geral sobre a fofoca: uma análise da desconfiança humana*. São Paulo: Ágora, 2015. 232 p.

GARCIA, A.C.P. et al. Trabalho em equipe na estratégia saúde da família. *Rev. epidemiol. controle infecç.*, Santa Cruz do Sul/RS, v. 5, n. 1, p. 31-36, 2015.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 323 p.

GONZÁLEZ-DE PAZ, L. Una bioética clínica para la atención primaria de salud. *Semergen.*, Madrid, v. 39, n. 8, p. 445-449, 2013.

GRUMBACH, K.; BODENHEIMER, T. Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice? *J. am. med. assoc.*, v. 291, n. 10, p. 1246-1251, 2004.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto & contexto enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013.

HABERMAS, J. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1987. 149 p.

\_\_\_\_\_. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989. 233 p.

\_\_\_\_\_. *Teoría de la acción comunicativa, I: racionalidad de la acción y racionalización social*. Madrid: Grupo Santillana de Ediciones. Taurus, 1999. 517 p.

\_\_\_\_\_. *O discurso filosófico da modernidade*. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 540 p.

\_\_\_\_\_. *A inclusão do outro: estudos de teoria política*. São Paulo: Loyola, 2002. 390 p.

\_\_\_\_\_. *Verdade e justificação: ensaios filosóficos*. São Paulo: Edições Loyola, 2004. 330 p.

\_\_\_\_\_. *A ética da discussão e a questão da verdade*. São Paulo: Martins Fontes, 2013. 69 p.

\_\_\_\_\_. *Ética do Discurso*. Lisboa: Edições 70, 2014. 406 p. (Obras escolhidas).

HERSEY, P.; BLANCHARD, K.H. *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. São Paulo: EPU, 1986. 428 p.

HONNETH, A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Ed. 34, 2009. 291 p.

JUNGES, J.R. et al. Hermenêutica dos problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária. *Rev. bioét.*, v. 20, n. 1, p. 97-105, 2012.

KATZENBACH, J.R.; SMITH, D.K. *Sabiduría de los equipos: El desarrollo de la organización de alto rendimiento*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1996. 279 p.

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1533-1541, 2010. Suplemento 1.

KERBAUY, R.R. Procrastinação: adiamento de tarefas. In: BANACO, R.A. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*. Santo André: ESETec editores associados, 2001. p. 393-8.

KRUG, S.B.F. et al. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. *Textos Contextos*, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 77-88, 2010.

LAITINEN, A. From recognition to solidarity: universal respect, mutual support, and social unity. In: LAITINEN, A.; PESSI, A.B. (eds.). *Solidarity: Theory and Practice*. Lexington Books, 2014. p. 126-154.

LÉVINAS, E. *Ética e infinito*. Lisboa: Edições 70, 1988. 119 p.

LIMA, A.C. et al. Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. *Cogitare enferm.*, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 294-303, 2009.

LOURENÇO, E.C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1367-1377, 2009. Suplemento 1.

LUNARDI, G.M. As críticas de Habermas ao empirismo na moral. In: LIMA, C.R.M.; GÓMEZ, M.N.G. (orgs.). *Diálogos habermasianos*. Rio de Janeiro: IBICT, 2010. p. 21- 30.

MACHADO, M.H. A profissão de enfermagem no século XXI. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 52, n. 4, p. 589-595, 1999.

MALINOWSKI, B.K. *Os Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia*. São Paulo: Abril Cultural, 1978. 86 p. (Os Pensadores).

\_\_\_\_\_. Objetivo, método e alcance desta pesquisa. In: ZALUAR, A.M. (Org.). *Desvendando Máscaras Sociais*. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1990. p. 39-61.

MARIN, J. *Inserção das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família do Município de Niterói, RJ*. 2012. 96 f. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

MASCARENHAS, M.T.M.; ALMEIDA, C. O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 82-102, 2002.

MASCARENHAS, M.T.M. *Avaliando a implementação da atenção básica no município de Niterói (RJ)*. 2003. 220 f. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

MATUDA, C.G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados, *Interface comun. saúde educ.*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 9-24, 2005.

MAYERNYIK, M.A.; OLIVEIRA, F.A.G. O cuidado empático: contribuições para a ética e sua interface com a educação moral na formação em saúde. *Rev. bras. educ. méd.*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 11-20, 2016.

MERHY, E.E.; FEUERWECKER, L.C.M.; CERQUEIRA, M.P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T.B. (Org.). *Semiótica, afecção e cuidado em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 60-75.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L;C;M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos Reunidos*. São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 138-148.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

\_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec, 2002. 189p. (Saúde em Debate, 145).

\_\_\_\_\_. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. In: MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. (Orgs.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos Reunidos*. São Paulo: HUCITEC; 2013a, p. 95-108.

\_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. (Orgs.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos Reunidos*. São Paulo: HUCITEC, 2013b, p. 68-94.

MERQUIOR, M. Converso, logo existo: reflexões sobre a conversa como instrumento de humanização da saúde. In: MAIA, M.S. (Org.). *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond; 2009, p. 285-303.

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. (Orgs.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 9-29. (Coleção temas sociais).

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2010. 407 p.

MOREIRA, L.C.H.; FRANCO, T.B. O Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 173-191, 2007.

MOSCOVICI, F. Competência interpessoal no desenvolvimento de gerentes. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 17-25, 1981.

\_\_\_\_\_. *Desenvolvimento interpessoal; treinamento em grupo*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2005. 276 p.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NAVARRO, A.S.S.; GUIMARÃES, R.L.S.; GARANHANI, M.L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. *REME rev. min. enferm.*, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2013.

OLIVEIRA, E.R.A. et al. Relações de trabalho em equipe dos cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família nos municípios de Vitória e Vila Velha, ES: uma visão interdisciplinar. *UFES rev. odontol.*, Vitória, v. 9, n. 3, p. 23-30, 2007.

PARKER, G.M. *Team players and teamwork: new strategies for developing successful collaboration*. San Francisco: Jossey-Bass, 2008. 229 p.

PATRUS, R.; DANTAS, D.C.; SHIGAKI, H.B. O produtivismo acadêmico e seus impactos na pós-graduação stricto sensu: uma ameaça à solidariedade entre pares? *Cad. EBAP.BR*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 1-18, 2015.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev saúde pública*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

PIANCASTELLI, C.H.; FARIA, H.P.; SILVEIRA, M.R. O trabalho em equipe. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família*. Brasília: OPAS, 2000. p. 45-50.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da estratégia saúde da família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm.*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 657-664, 2010.

PINTO, J.M.R. A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 8-9, p. 77-96, 1995.

PLASTINO, C.A. A dimensão constitutiva do cuidar. In: MAIA, M.S. (Org.). *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. p. 53-87.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 77-95.

RAYMUNDO, M.M. Interculturalidade e a conjunção de saberes que congregam a atenção em saúde. *Rev. bioet.*, v. 21, n. 2, p. 218-225, 2013.

REGO, S. Contribuições da bioética para a saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2530-2531, 2007.

REGO, S.; GOMES, A.P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e Humanização como Temas Transversais na Formação Médica. *Rev. bras. educ. méd.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 482-491, 2008.

RICOEUR, P. *Sí mismo como otro*. Mexico: Siglo veintiuno, 1996. 415 p.

\_\_\_\_\_. *Percurso do reconhecimento*. São Paulo: Edições Loyola, 2006. 279 p.

\_\_\_\_\_. *Os três níveis do juízo médico*. Covilhã: LusoSofia, 2010. 22 p.

\_\_\_\_\_. *O si-mesmo como outro*. São Paulo: Martins Fontes, 2014. 438 p.

RORTY, R. *Contingency, irony, and solidarity*. Cambridge: University Press, 1993. 201 p.

ROUANET, S.P. Ética iluminista e ética discursiva. *Revista tempo brasileiro*, Rio de Janeiro, v. 98, p. 23-78, 1989.

RUTHERFORD, J.; MCARTHUR, M. A qualitative account of the factors affecting teamlearning in primary care. *Education for Primary Care*, v. 15, p. 352-360, 2004.

RYAN, D.P.; COTT, C.; ROBERTSON, D. Conceptual Tools for Thinking about Inter-teamwork in Clinical Gerontology. *Educational Gerontology*, v. 23, n. 7, p. 651-669, 1997.

SANCINETTI, T.R. et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. *Rev Esc Enferm.*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 1007-1012, 2011.

SANTOS-FILHO, S.B. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização? In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí, RS: Editora Unijuí, 2007, p. 251-265 (Coleção saúde coletiva).

SARGEANT, J.; LONEY, E.; MURPHY, G. Effective Interprofessional Teams: “Contact Is Not Enough” to Build a Team. *J. contin. educ. health prof.*, v. 28, n. 4, p. 228-234, 2008.

SCHRAMM, F.R. A Bioética, seu desenvolvimento e importância para as ciências da vida e da saúde. *Rev. bras. cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 609-615, 2002.

\_\_\_\_\_. Bioética, biossegurança e a questão da interface no controle das práticas da biotecnociência: uma introdução. *Revista Redbioética*, v. 1, n. 2, p. 99-110, 2010.

SELLI, L.; GARRAFA, V.; MENEGHEL, S.N. Bioética, solidariedade, voluntariado e saúde coletiva: notas para discussão. *Rev. bioét.*, v. 13, n. 1, p. 53-64, 2005.

SENNA, M.C.M.; COHEN, M.M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 523-535, 2002.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2009. 204 p.

SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M.H.P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. latino-am. enfermagem*. v. 8, n. 5, p. 44-51, 2000.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface comun. saúde educ.*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005.

SILVA JUNIOR, A.G.; PONTES, A.L.M.; HENRIQUES, R.L.M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ABRASCO, 2011. p. 93-110.

SILVA JUNIOR, A.G.S.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.,; MATTOS, R.A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2007. p. 115-130.

SILVA, L.T.; ZOBOLI, E.L.C.P.; BORGES, A.L.V. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. *Cogitare enferm.*, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 133-142, 2006.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 113-128, 2015.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.,; MATTOS, R.A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2007. p. 91-113.

TROTA, R.A. et al. Sobre bioética y medicina de familia. [Internet]. Documentos semFYC, nº 7. 1996 Disponível: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTbio/201039.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015].



TRUJILLO, A.M. *Ética numa perspectiva transdisciplinar*. Brasília: Thesaurus, 2011. 224 p.

VÁZQUEZ, A.S. *Ética*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 304 p.

XYRICHIS, A.; LOWTON, K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int. j. nurs. stud.*, v. 45, n. 1, p. 140-153, 2008.

ZANCHETT, S.; DALLACOSTA, F.M. Percepção do profissional da saúde sobre a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar na atenção básica. *RIES*, v. 4, n. 2, p. 145-153, 2015.

ZOBOLI, E.L.C.P.; FORTES, P.A.C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, 2004.

ZOBOLI, E.L.C.P. *Bioética e Atenção Básica*: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. 2003. 243 f. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Departamento de Prática em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

\_\_\_\_\_. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma bioética clínica amplificada. *Mundo da saúde*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 195-204, 2009.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Roteiro semiestruturado para entrevista com os profissionais

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos.

- Tempo que trabalha na unidade de saúde: \_\_\_\_\_ meses/anos.
- Tempo que trabalha com a equipe na mesma composição: \_\_\_\_\_ meses/anos.
- Em sua opinião, qual a importância/benefício do trabalho em equipe no cuidado ao paciente?
- Em sua opinião, pode existir alguma circunstância que o trabalho em equipe pode prejudicar o cuidado do paciente? (Cite um exemplo ou especifique).
- Há benefício(s) do trabalho em equipe para o profissional? Quais?
- Pode haver malefício do trabalho em equipe para o profissional? Quais?
- Em sua opinião, existem integrantes da equipe mais fáceis e mais difíceis de trabalhar? O que os torna mais fáceis ou mais difíceis?
- Alguma coisa que aconteceu na equipe preocupou você?
- O que poderia causar um problema ou conflito na equipe?
- Você vivenciou algum problema ou conflito no seu trabalho? Qual?
- Já houve algum problema ou conflito entre os profissionais da equipe? Quais?
- Foi resolvido? Como? Ou por que não foi resolvido?
- Já houve algum problema ou conflito ético entre os profissionais da equipe e um usuário? Quais?
- Foi resolvido? Como? Ou por que não foi resolvido?
- Poderia descrever qual foi o problema ou conflito mais marcante para você?
- Foi resolvido? Como? Ou por que não foi resolvido?
- Quando há um problema ou conflito entre você e outro profissional ou equipe, como você procura resolver?
- Quando há um problema ou conflito entre você e o usuário, como você procura resolver?
- Em sua opinião, qual seria a melhor forma de agir diante de um problema ou conflito?
- Existe diálogo entre os profissionais da equipe? Por quê?
- Quando/em que situação o diálogo entre a equipe é mais importante?
- Há um momento entre a equipe que todos os profissionais dialogam para resolver os problemas ou conflitos éticos? Quando ocorre e com que frequência?
- Você poderia narrar um exemplo desse momento e como foi resolvido o problema ou conflito ético em questão?
- Você gostaria de falar algo que não foi abordado nessa entrevista?

## APÊNDICE B - Roteiro semiestruturado para entrevista com o paciente

Nome: \_\_\_\_\_ .Idade: \_\_\_\_\_ anos.

- Tempo que frequenta a unidade de saúde: \_\_\_\_\_ meses/anos.
- Frequência que visita a unidade de saúde: \_\_\_\_\_ dias/meses/anos.
- Você tem algum problema de saúde que requer acompanhamento frequente?
- Como é sua relação com os profissionais da unidade?
- Em sua opinião, qual a importância/benefício do trabalho dos profissionais dessa unidade no para você?
- Você alguma vez já ficou insatisfeito com a equipe? Por quê?
- Qual profissional da unidade mais cuida de você? Por quê?
- Qual profissional da unidade menos cuida de você? Por quê?
- Qual o profissional que você mais gosta de ser atendido? Por quê?
- Qual o profissional que você menos gosta de ser atendido? Por quê?
- Qual o profissional mais ouve você? Por quê?
- Você gostaria de ser atendido por um profissional de outra equipe? Por quê?
- Em algum momento você já deixou de ser atendido? Como foi?
- Você consegue conversar o que você acha necessário com os profissionais? Por quê?
- Você alguma vez, por alguma razão, já discordou de algum profissional da equipe? Por quê?
- O problema foi resolvido? Como? Ou por que não foi resolvido?
- Qual a importância do diálogo entre você e os profissionais?
- Você já presenciou alguma discussão/briga entre profissionais da unidade? Como foi?
- Você gostaria de falar algo que não foi abordado nessa entrevista?

## **APÊNDICE C – Roteiro para o grupo focal**

- Qual situação entre vocês poderia gerar um problema ou conflito na equipe?
- Quando surge um problema ou conflito como fazem para resolvê-lo?
- Há diálogo entre a equipe?
- Quando ou em qual situação o diálogo é importante na relação ao profissional-paciente? Cite um exemplo prático que tenha acontecido com a equipe.
- Quando ou em qual situação o diálogo é importante na relação entre os profissionais? Cite um exemplo prático que tenha acontecido com a equipe.
- Há reunião da equipe para resolver um problema ou conflito? Como é feita?
- Qual profissional mais fala durante a reunião? Por quê?
- Quem menos fala durante a reunião? Por quê?
- Quais virtudes que alguém deve ter que ajudam a resolver os problema ou conflitos?

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dados de identificação:

Título do Projeto: CONFLITOS MORAIS ENTRE OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA À LUZ DA ÉTICA DO DISCURSO

Pesquisador Responsável: JULIANA MARIN

Instituição a que pertence a pesquisadora responsável: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (UFF)

Telefone para contato da pesquisadora: (21) 9 7563-0320

Endereço da pesquisadora: Rua Marquês de Paraná, 303 (Anexo HUAP), 4º. Andar/sala 404. Niterói – RJ.

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos. R.G.: \_\_\_\_\_.

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Conflitos morais entre os profissionais da Equipe de Saúde da Família à luz da Ética do Discurso”, de responsabilidade do pesquisadora Juliana Marin. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que será realizada. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Obrigada pela atenção, compreensão e apoio.

1. O objetivo dessa pesquisa é estudar os problemas éticos e conflitos morais que são vivenciados pelos profissionais da equipe de saúde da família no seu cotidiano de trabalho. Isso se justifica pela relevância que as Equipes de Saúde da Família têm no cuidado do usuário/paciente do Sistema Único de Saúde (SUS) e o prejuízo que esses conflitos e problemas podem causar na relação da equipe e na relação profissional-paciente.
2. Nessa pesquisa, você participará de um grupo de conversa com os participantes da pesquisa com mediação da pesquisadora, além de observação e entrevista realizadas também pela pesquisadora. Durante a realização do grupo de conversa, o áudio e a imagem dos participantes serão gravados. Na entrevista, o áudio será gravado. A gravação das informações é importante para que a pesquisadora possa ter uma cópia fidedigna do seu relato.
3. Os dados coletados poderão ser divulgados em revistas de cunho acadêmico-científico.
4. As informações obtidas neste estudo serão confidenciais, ou seja, seu nome não será mencionado. Garantimos a confidencialidade das informações geradas e sua privacidade.
5. O benefício desta pesquisa será conhecer os problemas éticos e conflitos morais que são vivenciados pelos profissionais da equipe de saúde da família no seu cotidiano de trabalho, o qual poderá melhorar os serviços de saúde na comunidade, tendo em vista que esses problemas morais

podem comprometer as relações de trabalho. Além disso, os resultados da pesquisa podem trazer benefícios indiretos, contribuindo para pensar políticas públicas relativas à Atenção Primária à Saúde.

6. Os riscos são mínimos, talvez você se sinta constrangido, seja pela presença da pesquisadora durante a observação na unidade de saúde, seja durante a entrevista e o grupo de conversa em decorrência de alguma pergunta ou assunto que possa, por exemplo, causar-lhe insatisfação.

7. Buscaremos reduzir os riscos garantindo o respeitando a sua privacidade e autonomia. As perguntas serão adequadas ao objetivo da pesquisa, e, se for o caso, você poderá se recusar a responder.

8. Como com sua participação na pesquisa você não terá nenhum gasto, não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro.

9. Para sanar eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados a esta pesquisa você pode entrar em contato com a pesquisadora (o telefone para contato com a pesquisadora é (21) 9 7563-0320), ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro.

10. Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações: e-mail: [etica@vm.uff.br](mailto:etica@vm.uff.br) e telefone/fax: (21) 2629-9189.

11. Serão oferecidos esclarecimentos durante ou após a realização da pesquisa.

12. Sua participação é voluntária e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos ou qualquer outra penalização.

Eu, \_\_\_\_\_, R.G. nº \_\_\_\_\_

declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Niterói, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha