UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

O CUIDADO NO ESPAÇO-TEMPO DO *OIKOS*: SOBRE A BIOÉTICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Luís Claudio de Souza Motta

Rio de Janeiro

2012

Luís Claudio de Souza Motta

O CUIDADO NO ESPAÇO-TEMPO DO *OIKOS*: SOBRE A BIOÉTICA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, de instituições de ensino superior associadas, como requisito final à obtenção do Título de Mestre, sob orientação do Prof. Dr. Rodrigo Siqueira Batista.

Rio de Janeiro

2012

M921 Motta, Luís Cláudio de Souza.
O cuidado no espaço-tempo do *oikos*: sobre a bioética e estratégia saúde da família/ Luís Cláudio de Souza Motta. – Rio de Janeiro: UFRJ/ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2012.
119 f.; 30cm.

Orientador: Rodrigo Siqueira-Batista.

Dissertação (Mestrado) - UFRJ/Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Programa de Pós Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, 2012.

Inclui bibliografia.

1. Atenção primária à saúde. 2. Ética. 3. Bioética. I. Siqueira-Batista, Rodrigo. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. III. Título.

CDD 362.1

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

A Dissertação de Mestrado "O cuidado no espça-tempo do *Oikos*: sobre a Bioética e a Estratégia saúde da Família" orientada pelo Professor Doutor Rodrigo Siqueira Batista a foi apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da associação de IES, e aprovada como requisito final à obtenção do título de

Mestre em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva

Universidade Federal do Rio de Janeiro, 29 de junho de 2012.

Comissão Examinadora:

_____

Prof. Dr. Rodrigo Siqueira-Batista – Presidente da Banca

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Universidade Federal de Viçosa

_____

Prof[a]. Dr[a]. Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego – Membro interno

Universidade Federal do Rio de Janeiro

_____

Prof[a]. Dr[a]. Andréia Patrícia Gomes – Membro externo

Universidade Federal de Viçosa

Aos meus amados pais Maria da Glória e Antônio (*in memorian*)
por sempre acreditarem e investirem em mim e pelo legado
de amor e afeto durante a minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar ao Deus em quem confio, que permitiu a minha existência e me acompanhou e acompanhará em todos os momentos.

Ao meu querido amigo e orientador Prof. Dr. Rodrigo Siqueira Batista, meu esteio e referência na jornada apreendida, cuja paciência, inteligência e rigor técnico se materializaram em atenção e generosidade indispensáveis para que eu conseguisse chegar até aqui.

Às professoras Drª Marisa Palácios e Drª Andreia Patrícia Gomes pela contribuição fundamental ao exame de qualificação do presente trabalho.

Ao Roberto Unger, bibliotecário do IESC, por ser sempre tão gentil e disposto a elucidar os aspectos pertinentes a formatação do presente trabalho.

A minha querida família (mãe, pai, irmã e sobrinho), que com suas características próprias contribuíram para o meu aprimoramento enquanto pessoa.

Aos amigos incansáveis que adquiri durante esta jornada: Selma Vaz Vidal – pelo exercício da escuta e de paciência nos meus momentos de angústia, sendo minha fiel companheira também na realização das disciplinas; Stella de Faro Sandi – pela espontaneidade, competência e amparo em todos os momentos que precisei; a Sandra Maria Becker Tavares – pela atenção e acolhimento sempre dispensados e a Ana Paula Esteves pela colaboração e parceria no processo de visita às Unidades e coleta de dados.

Às minhas Coordenadoras na docência do curso de graduação em Medicina do UNIFESO – Profª Márcia Salomão e Profª Patrícia Araújo Correa –, do curso de graduação em Fisioterapia – Profª Andrea Serra Graniço – e da Clínica Escola de Fisioterapia – Profª Alba Barros Souza Fernandes – por investirem no meu potencial e pela compreensão e apoio nas horas que precisei.

Aos queridos estudantes dos cursos de Fisioterapia e Medicina do UNIFESO, por existirem e fazerem parte da minha vida.

Aos profissionais da ESF do Município de Teresópolis, por contribuírem neste estudo.

Ao Programa de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva e ao seu corpo docente, por ofertar acréscimos a minha formação com ensino de qualidade.

"Não há transição que não implique em um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos que saber o que fomos e o que somos para saber o que seremos."

Paulo Freire

Motta, Luís Claudio de Souza. O cuidado no espaço-tempo do *Oikos*: sobre a bioética e a estratégia saúde da família dissertação. Dissertação – Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

RESUMO

O mundo passa por uma importante transformação e, desde a segunda metade do século XX, o surgimento de novas conformações sociais intensificou os problemas ambientais, sanitários e culturais, trazendo à cena o papel da reflexão bioética. Em especial, o cuidado à saúde – anteriormente entendido e praticado de modo restrito à assistência centrada em práticas hospitalares, de cunho medicamentoso e curativo –, passou a ser encarado como direito de todo cidadão e dever do Estado brasileiro – por meio de ações de educação, promoção, prevenção, proteção e recuperação/reabilitação –, o que permitiu que novas questões morais emergissem, em um *ethos* até então praticamente invisível à reflexão bioética: a atenção primária. Com efeito, o escopo desta pesquisa reside em identificar e caracterizar as questões bioéticas na atenção primária à saúde – no espaço da Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual atua uma equipe composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) – em um município da Região Serrana do Rio de Janeiro, Brasil. O resultado do trabalho foi reunido em três artigos inter-relacionados, assim dispostos: (a) dois artigos de reflexão teórica – o primeiro contextualizando a Bioética, sua origem e seus principais problemas; o segundo apresentando a ESF e discutindo suas possíveis fortalezas e fragilidades – (b) e um terceiro descrevendo a investigação empírica. Com a investigação realizada foi possível detectar duas categorias principais de problemas vivenciados na ESF, os quais se referiam (1) a conflitos éticos/bioéticos entre equipe e usuários e (2) entre os próprios profissionais, além da dificuldade destes últimos em reconhecer ou diferenciar os conflitos bioéticos dos problemas atinentes (i) a organização e (ii) ao planejamento do trabalho ou de situações de cunho deontológico.

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

Motta, Luís Claudio de Souza. O cuidado no espaço-tempo do *Oikos*: sobre a bioética e a estratégia saúde da família dissertação. Dissertação – Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

ABSTRACT

The world is a major transformation, and since the second half of the twentieth century, the emergence of new social conformations intensified environmental problems, health and culture, bringing into play the role of bioethical reflection. In particular, health care - previously understood and practiced in a restricted way to the hospital-centered care practices, and on a medical and curative - came to be regarded as a right and duty of every citizen of the Brazilian state - through education actions promotion, prevention, protection and recovery / rehabilitation - which allowed new moral issues emerge in an ethos hitherto virtually invisible to the bioethical reflection: primary care. Indeed, the scope of this research is to identify and characterize bioethical issues in primary health care - within the Family Health Strategy (FHS), which operates a team of doctors, nurses, nursing technicians and community agents health (CAS) - in a town in the mountainous region of Rio de Janeiro, Brazil. The result of this study was gathered in three interrelated articles, as follows: (a) two theoretical articles - the first contextualizing Bioethics, its origin and its main problems, the second presenting the ESF and discussing their possible strengths and weaknesses - (b) and a third describing the empirical. With the investigation was possible to identify two main categories of problems experienced in the ESF, which are reported (1) the conflicts ethical / bioethical issues between staff and users and (2) among the professionals themselves, besides the difficulty of the latter to recognize or differentiate conflicts of bioethical problems concerning (i) the organization and (ii) the planning of work situations or dentological nature.

Keywords: Primary Health Care, Ethics and Bioethics.

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1. Problemas éticos nas relações com o usuário e a família 20

Quadro 2. Problemas éticos nas relações da equipe 20

Quadro 3. Problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde.....21

Tabela 1. Profissionais da ESF do Município de Teresópolis que responderam ao instrumento de coleta de dados 74

Tabela 2. Tempo de trabalho na área de saúde *versus* tempo de trabalho na atenção primária 75

Tabela 3. Entendimento sobre o conceito de Bioética 80

Tabela 4. Participação em cursos, oficinas ou outra modalidade de ensino-aprendizagem de ética e bioética 82

Tabela 5. Modalidades referidas para o ensino-aprendizagem de ética e bioética 83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

DCN: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na Área da Saúde

DeCS: Descritores de Ciências da Saúde

ESF: Estratégia de Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IESC: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde dos Descritores de Ciências da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Panamericana de Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF: Programa Saúde da Família

PPGBIOS: Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva

SCIELO: Scientific Eletronicic Library Online

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBSF: Unidades Básicas de Saúde da Família

USF: Unidades de Saúde da Família

UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

VD: Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....13

2. JUSTIFICATIVA.....19

3. QUESTÕES NORTEADORAS.....22

4. OBJETIVOS.....23

4.1 Geral.....23

4.2 Específicos.....23

5. MÉTODOS.....24

5.1 Investigação teórica.....24

5.2 Investigação empírica.....24

5.2.1 Cenário do estudo e sujeitos envolvidos.....24

5.2.2 Desenho do estudo e coleta de dados.....25

5.2.3 Análise de dados.....26

5.2.4 Aspectos éticos da pesquisa.....27

6. RESULTADOS.....28

7. DISCUSSÃO.....88

8. CONCLUSÃO.....97

REFERÊNCIAS.....100

ANEXOS.....112

ANEXO A – TCLE.....113

ANEXO B – QUESTIONÁRIO.....114

ANEXO C – CARTA DE ACEITE DE 1° ARTIGO.....119

ANEXO D – ARTIGOS SUBMETIDOS.....120

1. INTRODUÇÃO

O mundo atual passa por importantes transformações. As últimas décadas do século passado foram caracterizadas por acelerada urbanização e, desde a segunda metade do século XX, o surgimento de megacidades intensificou os decorrentes problemas ambientais, sanitários e culturais. (Fortes, 2012). Tal cenário, a despeito de todo o avanço tecnológico existente no mundo atual, tem corroborado à perpetuação de problemas no cotidiano dos países periféricos, ditos "em desenvolvimento". Observam-se as "feridas abertas" deixadas pela exclusão social, as disparidades socioeconômicas na população, a concentração de poder advindas da globalização econômica internacional e a exploração dos países mais pobres pelos países desenvolvidos, bem como a inacessibilidade dos grupos economicamente vulneráveis às conquistas do desenvolvimento científico e tecnológico, somados à desigualdade de acesso das pessoas pobres aos bens indispensáveis à sobrevivência humana com dignidade (Garrafa e Porto, 2004).

Tal cenário traz à tona o papel da Bioética, a qual deve ultrapassar os códigos deontológicos ou as relações morais de boa convivência – aos quais são subjacentes, muitas vezes, mecanismos de captura, de sujeição e de exercício de poder – propondo o respeito e a proteção a todos os seres, humanos ou não, e do seu habitat natural (Schramm, 2008; Siqueira-Batista, Gomes e Rôças, 2009; Siqueira-Batista, 2007; Siqueira-Batista, 2010). A relevância do debate bioético ganha ressonância em díspares contextos – incluindo a atuação no campo da saúde – tornando a bioética central na educação do profissional de saúde (Rego, Gomes e Siqueira-Batista, 2008). Acrescenta-se, ainda, o fato de que na atual sociedade, os indivíduos devam apresentar competências diversas e distintas das habitualmente exigidas (Marins et al., 2004), associando a técnica à ética, o que torna relevante a necessidade de ampliação e otimização dos espaços de discussão da ética e da bioética no contexto educacional vigente.

Com base nos quatro pilares da Educação – referidos no Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, coordenada por Jacques Delors (Delors, 1998) – as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde têm o objetivo de levar os estudantes a *aprender a aprender*, o que engloba "aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer" (Delors, 1998), com a proposição de garantir a capacitação dos profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e a humanização do cuidado dispensado aos

indivíduos, famílias e comunidades (Brasil, 2001). Essas mesmas DCN propõem que o egresso seja crítico, reflexivo, cidadão e autônomo, capaz de atuar nos diversos níveis de atenção à saúde, com visão ampla e respeito aos princípios éticos, bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade (Almeida, 2003).

Esta abordagem permite que o estudante se torne um profissional dotado de competências e habilidades para a atenção/cuidado à saúde, pautadas, sempre, nos princípios éticos e bioéticos, conforme explicitado abaixo no caso do Curso de Medicina:

> **Art. 4º** A formação [...] tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:
>
> I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.
>
> (Brasil, 2001)

A presença da ética e da bioética nas DCN remete à necessidade de se indagar sobre a "natureza" destes saberes, com o intuito de se compreender o alcance de ambos na formação em saúde.

A bioética é um saber que emergiu – frente às mudanças e desafios surgidos na segunda metade do século XX – como tentativa de abordagem para diferentes ordens de questões nas esferas individual, coletiva e ambiental. Ademais, a Bioética instaura-se como uma abordagem secular, interdisciplinar e global para os temas de ética (Zoboli e Fortes, 2004).

Como avançar do tempo as tensões nas pesquisas científicas envolvendo seres humanos expuseram a necessidade de formulações/concepções éticas para condução dessas investigações e das questões morais emergentes com o advento do avanço tecnológico. Inicialmente não estavam estabelecidas regras que disciplinassem a realização de pesquisas com seres humanos, pois o padrão era utilizar os próprios pacientes como sujeitos das pesquisas (Rego; Palácios e Siqueira-Batista, 2009)

Nesse contexto, a Bioética apresenta-se como uma perspectiva de resposta às novas questões éticas levantadas pelas ciências da saúde e da vida, relativas ao desenvolvimento técnico e científico ocorrido na segunda metade do século passado, tornando possível repensar valores e conceitos – por exemplo, vida, morte e sofrimento. Destaque-se, neste âmbito, que a história da bioética pode ser recontada a partir de uma série de eventos ocorridos no século XX, os quais são significativos para a caracterização deste campo do conhecimento (Goldim, 1997).

Em 1970, Van Rensselaer Potter – professor e investigador oncologista estadunidense – compreendeu e lidou com o paradigma da ciência propondo uma *ponte* entre a biologia, os valores humanos e as ciências sociais, possibilitando uma reflexão da natureza humana, dos avanços da ciência e seus limites, com o propósito de que o futuro da humanidade pudesse ser seguro e a melhoria da qualidade de vida das futuras gerações alcançada através de uma nova ética, a Bioética. Com efeito, Potter pretendia alertar para o cenário que emergiu na segunda metade do século XX, no qual o conhecimento adquirido pelo ser humano se traduziu em (bio)tecnologia e domínio sobre a natureza, mas que também se estaria a voltar contra si mesmo, prejudicando-o no presente, bem como as gerações futuras (Motta et al, 2012; Meirelles e Oliveira, 2012).

Assim, o neologismo *Bioética* – cunhado por Potter no livro *Bioethics: Bridge to the Future*, publicado em 1971 –, propõe uma uma utopia de superação feliz para a humanidade e o planeta (Meirelles e Oliveira, 2012).

As definições de Bioética provavelmente são tantas quantos são os autores que se dispõem a caracterizá-la. Tendo em vista esta abrangência conceitual, uma das estratégias é delimitar o campo a partir de suas funções principais (Schramm e Kottow, 2001), a saber:

1) Descritiva – analisar e compreender, de maneira racional e imparcial, os conflitos e as questões morais;
2) Normativa – ponderar estes conflitos e propor soluções racionais razoáveis e aceitáveis pelos indivíduos envolvidos nos conflitos, prescrevendo comportamentos/condutas corretas e proscrevendo os incorretos;
3) Protetora – proteger os indivíduos e das populações em seus respectivos contextos.

Atualmente se reconhece que a Bioética pode ser concebida de diferentes formas, não se atrelando apenas às questões do campo das ciências da saúde, mas, igualmente, como uma especificação das implicações morais da práxis humana. Com efeito, para Kottow (2005), trata-se de um conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e na verdade

legitimam eticamente os atos humanos, entendendo que estes atos afetam de forma profunda e na maioria das vezes, irreversivelmente, de maneira real ou potencial, os sistemas vivos. De modo articulado a este conceito, pode-se também delimitar a Bioética como a mais desenvolvida das éticas aplicadas ou um estudo sistemático das dimensões e argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas que interferem e afetam na qualidade de vida de todos os seres vivos e das condições ambientais do planeta (Kottow, 2005).

Os debates sobre a formação em bioética se desenvolvem desde a proposição da disciplina. Ressalte-se, neste âmbito, elementos atinentes à graduação e à pós-graduação.

Em relação à graduação, a primeira disciplina de Bioética no Brasil – na época denominada Introdução à Bioética – foi oferecida no ano de 1994 pela Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB). Mais recentemente, houve a inclusão da Bioética nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área de saúde, preconizando-se que os profissionais devam desempenhar suas atividades focadas em padrões de qualidade e nos princípios da ética/bioética – tendo em vista a resolução dos problemas de saúde –, tanto em nível individual como coletivo.

No que diz respeito à pós-graduação, o marco foi o estabelecimento de cursos na área, iniciados na cátedra de bioética da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) na Universidade de Brasília, em 2004, seguida do Mestrado no Centro Universitário São Camilo, em 2005, do Mestrado e Doutorado em Bioética e Saúde Pública da Universidade de Brasília (UnB), e do Programa de Mestrado e Doutorado aprovado pela Capes, oferecido em associação pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

As relações da educação com o estabelecimento desses conceitos são essenciais, conforme ponderam Rego, Gomes e Siqueira-Batista (2008), os quais reforçam que as condições da interação dos indivíduos com o seu meio social – e as oportunidades que esse meio social lhe oferece – são aspectos determinantes para a correta compreensão dos resultantes deste processo, conferindo assim, grande relevância aos processos de educação, principalmente no que diz respeito à formação dos profissionais de saúde, não apenas nos aspectos técnicos, mas também morais e éticos. Mas, destacam também que, embora a pertinência desta atribuição seja reconhecida ou determinada pelas próprias DCN, as instituições de ensino superior, de maneira geral, lidam com a formação moral como uma consequência natural de uma boa formação técnica, não sendo raro se encontrar pessoas que

julguem que o comportamento ético de um profissional de saúde é diretamente relacionado com sua competência técnica (Rego; Gomes e Siqueira-Batista, 2008).

A educação em bioética tem sido pensada, por alguns autores, como um dos aspectos essenciais para a atuação dos profissionais da área de saúde no Brasil, reforçando a premência de se ampliar os debates acerca das correntes teóricas contemporâneas da ética e da bioética – durante e após a graduação –, mormente ao se considerar a organização – e a construção histórica – do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado da luta pela democratização da saúde no país – no bojo do *Movimento da Reforma Sanitária*. Esta última representou um importante espaço nacional de reivindicações por mudanças radicais no ineficiente e insuficiente sistema sanitário existente (Labra e Figueiredo, 2002). Com isso, foram delimitados os pressupostos da universalização do acesso e do reconhecimento da saúde como direito universal do ser humano (Brasil, 2002), os quais serviram de subsídios para a elaboração do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988 (Cotta *et al*., 1998).

Não obstante, para que isto aconteça é necessária à existência de espaços que possibilitem o *empoderamento/libertação* dos cidadãos no sentido de ampliar a inclusão social. Frente a esta realidade, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF) – outrora Programa de Saúde da Família (PSF) (Brasil, 2006) – adotada pelo Ministério da Saúde para a reestruturação do sistema sanitário brasileiro, com a proposta de construir possibilidades efetivas para que a população – constituída por sujeitos reflexivos autônomos e socialmente solidários – seja participante ativa do processo de construção de um projeto comum de cuidado, tecendo uma práxis democrática na atenção à saúde (Brasil, 2007; Cotta *et al*., 2006).

A ESF foi criada como PSF, em 1994, pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), formulada como um modelo para transformação da atenção à saúde no país, com o intuito de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros (Fernandes, 2004; Brasil, 1988). Nestes termos, trata-se de uma estratégia que envolve membros das comunidades – os agentes comunitários de saúde (ACS) – aproximando as equipes multiprofissionais dos domicílios e das famílias. Inicialmente, a equipe multiprofissional era formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários, lotados numa unidade de saúde da família, tendo como objetivos: prestar assistência integral, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita, intervir nos fatores de risco presentes nas comunidades, humanizar as práticas de saúde, contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização social e da produção social de saúde, dentre outros (Costa; Carbone, 2010).

Esta proposta visa substituir a forma de pensar e praticar saúde, transformando o tradicional modelo sanitário brasileiro: centrado no profissional médico, medicamentoso, curativo e individual – o qual tem no hospital o âmbito de solução de todo e qualquer problema de saúde –, em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade (Cotta *et al*., 1998; Cotta *et al*., 2002), abrindo o novo desafio de transformar a atenção à saúde centrada no procedimento em uma atenção centrada no usuário (Merhy, 2002).

Com base nessas considerações torna-se de extrema relevância a investigação da bioética na atenção primária e no contexto das equipes da ESF em virtude de suas particularidades e nuances, com vistas a subsidiar ações educativas para formar profissionais de saúde comprometidos com as decisões de caráter (bio)éticos em todas as suas ações e capazes de atender às demandas e às necessidades da sociedade e do SUS.

2. JUSTIFICATIVA

A despeito de sua posição de vanguarda, depois de mais de doze anos de sua existência, surgem questionamentos quanto à prática cotidiana da ESF na reformulação do sistema de saúde, na medida em que este, não raras vezes, mantém hegemônico o tradicional modelo biomédico, corrompendo o processo de trabalho cotidiano (Costa *et al*., 2008). Tal corrupção se manifesta em diferentes níveis de problemas, incluindo a emergência de significativas questões éticas, as quais criam tensões no âmago da equipe e nas relações entre a equipe e os usuários.

Desde esta perspectiva, Zoboli e Fortes (2004), descreveram diferentes ordens de problemas – listados pelos enfermeiros e médicos entrevistados –, as quais foram agrupadas em três categorias (1) problemas éticos nas relações com usuários e família (Quadro 1); (2) problemas éticos nas relações da equipe (Quadro 2); (3) problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde (Quadro 2) (Zoboli; Fortes, 2004).

Apesar dos numerosos problemas éticos elencados, muitos profissionais ainda têm grandes dificuldades para lidar com tais questões, as quais passam, entre outros pontos, pela incapacidade de reconhecer, em um dado contexto, um problema de natureza ética, como descrito também por Zoboli e Fortes (2004). Isto provavelmente é fruto da valorização, nos seus cursos de graduação, das temáticas de ética e bioética relativas a outros cenários, de modo que a atenção primária acaba sendo "esquecida" ou pouco considerada, em detrimento da dedicação em maior tempo às discussões dirigidas a temas prevalentes no âmbito hospitalar – como a eutanásia, o aborto, o transplante e a hemotransfusão em testemunhas de Jeová, dentre outros (Rego e*t al*., 2009).

As dificuldades que vêm sendo descritas na literatura em relação aos problemas éticos no bojo das equipes de saúde da família podem ser abordadas a partir de processos de educação continuada e de educação permanente, os quais poderão auxiliar os profissionais nos processos de construção do próprio conhecimento (Cotta *et al*., 2002), o que no caso relaciona-se, definitivamente, à capacidade de identificar questões e de resolvê-las utilizando, para isto, princípios e conceitos morais que possam sustentar as melhores decisões (Rego *et al*., 2009).

Quadro 1. Problemas éticos na relação com o usuário e a família.

ASPECTOS RELATIVOS À (AO)	PROBLEMAS
Relação propriamente dita	Dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional-usuário. Limites da interferência da equipe no estilo de vida das famílias ou usuários. Prejulgamento dos usuários dos serviços por parte da equipe. Desrespeito do profissional para com o usuário. Atitude do médico frente aos valores religiosos próprios e dos usuários.
Projeto terapêutico	Indicações clínicas imprecisas. Prescrição de medicamentos que o usuário não poderá comprar. Prescrição de medicamentos mais caros com eficácia igual a dos mais baratos. Solicitação de procedimentos por menores de idade sem autorização ou conhecimento dos pais.
Informação	Recusa do usuário às indicações médicas. Como informar o usuário para conseguir sua adesão ao tratamento. Omissão de informações ao usuário. Acesso dos profissionais de saúde a informações relativas à intimidade da vida familiar e conjugal.
Privacidade e confidencialidade	Discussão de detalhes da situação clínica do usuário na sua frente. Dificuldades para manter a privacidade nos atendimentos domiciliários. Dificuldades para o agente comunitário de saúde preservar o segredo profissional. Compartilhamento das informações sobre um dos membros da família com os demais. Não solicitação de consentimento da família para relatar sua história em publicação científica.

FONTE: Zoboli, ELCP; Fortes, PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2004; 20(6): 1690-1699.

Quadro 2. Problemas éticos nas relações da equipe

Falta de compromisso dos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família.
Falta de companheirismo e colaboração entre as equipes.
Desrespeito entre os integrantes da equipe.
Despreparo dos profissionais para trabalhar no Programa Saúde da Família.
Dificuldades para delimitar as especificidades e responsabilidades de cada profissional.
Questionamento da prescrição médica por parte de funcionário da Unidade de Saúde da Família.
Omissão dos profissionais frente à indicação clínica imprecisa.
Compartilhamento das informações relativas ao usuário e família no âmbito da equipe do Programa Saúde da Família.
Quebra do sigilo médico por outros membros da equipe ao publicarem relatos de casos.
Não solicitação de consentimento da equipe para relatar caso em publicação científica.

FONTE: Zoboli, ELCP; Fortes, PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2004; 20(6): 1690-1699.

Quadro 3. Problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde.

ASPECTOS RELATIVOS À (AO)	PROBLEMAS
Unidade de saúde da família	Dificuldades para preservar privacidade por problemas na estrutura física e rotinas da Unidade de Saúde da Família. Falta de estrutura na Unidade de Saúde da Família para a realização das visitas domiciliárias. Falta de condições na Unidade de Saúde da Família para atendimentos de urgência. Falta de apoio estrutural para discutir e resolver problemas éticos. Falta de transparência da direção da Unidade de Saúde da Família na resolução de problemas com os profissionais.
Rede de serviços de saúde	Excesso de famílias adscritas para cada equipe. Restrição do acesso dos usuários aos serviços. Demérito dos encaminhamentos feitos pelos médicos do Programa Saúde da Família. Dificuldades no acesso a exames complementares. Dificuldades quanto ao retorno e confiabilidade dos resultados de exames laboratoriais.

FONTE: Zoboli, ELCP; Fortes, PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2004; 20(6): 1690-1699.

É neste contexto, de necessidades crescentes e demandas múltiplas, que se tornam necessárias as investigações dirigidas à avaliação e delimitação dos problemas éticos e bioéticos no espaço da ESF. Tal etapa é essencial para que, em um segundo momento, sejam implementadas – e, em seguida, no terceiro momento, validadas – as estratégias pedagógicas para abordagem de tais problemas, com o objetivo de tornar as equipes mais aptas à construção do cuidado integral em saúde.

3. QUESTOES NORTEADORAS

O SUS tem sido reconhecido como uma política pública construída pelos movimentos sociais que lutaram pela democracia, ocupando espaços na Constituição e nas leis, tendo os governos a obrigação de implementá-la. A ESF é a estratégia escolhida pelo Ministério da Saúde para reorientar o modelo assistencial do SUS a partir da atenção básica. O estudo – desenvolvido em Teresópolis, um dos municípios da Região Serrana do estado do Rio de Janeiro – teve como foco as seguintes questões norteadoras:

(1) Quais são os problemas bioéticos vivenciados pelas equipes da ESF nesse município?

(2) Qual o nível de conhecimento das equipes de ESF — médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde — sobre os conceitos da ética e da bioética utilizáveis para a delimitação e a resolução dos conflitos?

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

Descrever os problemas éticos e bioéticos vivenciados pelos membros das equipes da ESF – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde –, tomando como base a apreciação das unidades de ESF do município de Teresópolis, no estado do Rio de Janeiro.

4.2. Específicos

1. - Delimitar o estado atual dos debates sobre a bioética e sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), de modo a subsidiar a investigação empírica dos problemas éticos no âmbito da ESF;

2. - Delinear os principais problemas éticos/bioéticos identificados pelos membros das ESF do Município de Teresópolis;

3. - Identificar o nível de conhecimento dos membros da ESF sobre os conceitos de ética e bioética, os quais são capazes de fundamentar as tomadas de decisão em relação aos problemas identificados.

5. MÉTODOS

O presente estudo foi planejado e desenvolvido em dois momentos, – investigação teórica e investigação empírica – apreciados a seguir.

5.1. Investigação teórica

A investigação teórica dirigiu-se para o estabelecimento das relações entre os seguintes conceitos: Ética, Bioética, Atenção Primária à Saúde e Estratégia saúde da Família. Os artigos utilizados foram buscados na *Scientific Eletronicic Library Online* (Scielo Brasil – http://www.scielo.br/) e na *Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS – http://lilacs.bvsalud.org/). Os termos para busca foram identificados por meio da pesquisa no âmbito dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS – http://decs.bvs.br/). O percurso escolhido constou dos seguintes passos:

(1) Execução de revisão da literatura sobre os conceitos abordados, visando um melhor entendimento dos aspectos envolvidos na questão, assim como uma análise crítica destes conceitos, expondo, brevemente, alguns dos seus problemas teóricos.

(2) A partir da leitura dos manuscritos, foi possível estabelecer um panorama atual acerca das questões atinentes à Bioética, correlacioando-a com Estratégia Saúde da Família.

(3) A revisão da literatura propiciou evidenciar a aplicabilidade da Ética e da Bioética no trabalho da Estratégia de Saúde da Família, como um instrumento fértil para a melhor tomada de decisões no cenário da atenção primária à saúde.

5.2. Investigação empírica

5.2.1. Cenário do estudo e sujeitos envolvidos

O estudo foi conduzido no município de Teresópolis – o qual conta com aproximadamente 163.746 habitantes –, o qual possui área territorial de 770,51 km2 e compõe a Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Localizada a 93 km da capital, Rio de Janeiro, e situada a 910 metros acima do nível do mar, possui área de 772,9 km2, limitando-se ao norte com os municípios de São José do Vale do Rio Preto, Sapucaia e Sumidouro; ao sul com Guapimirim e Cachoeiras de Macacu; a leste com Nova Friburgo; e a oeste com Petrópolis (IBGE, 2009).

Os principais acessos se dão por rodovias, não existindo mais a antiga ferrovia que transcorria a Serra. Na década de 1950, a ferrovia foi substituída pela então BR-4 (hoje BR-116). A rodovia, conhecida como Rio-Teresópolis é a principal via de acesso ao município, conectando-o a Guapimirim e Rio de Janeiro, ao sul, e São José do Vale do Rio Preto, ao norte. A BR-495 (Rodovia Philúvio Cerqueira Rodrigues, Itaipava-Teresópolis) liga o município a Petrópolis, representando o principal acesso rodoviário até a construção da Rio-Teresópolis. O município está ligado a Nova Friburgo pela RJ-130.

Teresópolis conta com 12 equipes de ESF – com 76 agentes comunitários de saúde (ACS) – de acordo com o cadastro do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), o que representa uma cobertura de 24,98%. O município foi escolhido por conveniência, tendo em vista o acesso do pesquisador principal às Unidades de Saúde da Família (USF). A coleta de dados ocorreu no período fevereiro a março de 2011.

Os sujeitos do estudo incluíram profissionais/trabalhadores de três USF do município. A seleção das USF foi aleatória (sorteio), mas com a condição preliminar de que as unidades selecionadas fossem portadores de equipes completas da ESF (no caso, havia oito USF completas no momento do sorteio). Todos os profissionais das equipes da ESF foram convidados a participar do estudo, exceto os que exerciam cargos administrativos ou que não compusessem a equipe de saúde preconizada pelo Ministério da Saúde (Siqueira-Batista *et al*., 2009).

5.2.2. Desenho do estudo e coleta de dados

Desenvolveu-se um estudo empírico, qualitativo, no qual se buscou identificar e caracterizar as questões bioéticas na atenção à saúde, procurando-se descrevê-las e interpretá-las criticamente, permitindo a análise racional e imparcial dos conflitos morais percebidos (Schramm, 2001). O estudo situou-se no campo da pesquisa social, utilizando o referencial teórico metodológico instrumental da pesquisa qualitativa, a qual trabalha com "o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" (Minayo, 1994), devido às características do objeto de investigação.

Adotou-se o questionário semi-estruturado como instrumento para a coleta de dados, seguindo as recomendações da literatura de que o mesmo fosse misto – ou seja, albergando perguntas abertas e fechadas (Costa MA, Costa MF, 2011). Sabe-se que as perguntas abertas

permitem o pensamento livre e que as respostas variadas possibilitam a identificação de significados[18]; já as perguntas fechadas facultam rapidez e facilidade de resposta, bem como a posterior quantificação das mesmas (Costa MA, Costa MF, 2011).

O questionário abrangia 25 questões, divididas em três seções principais: (1) características gerais sobre a formação e o tempo de trabalho do profissional na ESF; (2) problemas bioéticos enfrentados pela equipe e (3) conhecimento sobre os conceitos de ética e de bioética. No que tange às "características gerais sobra a formação e tempo de trabalho na ESF" o questionário continha perguntas fechadas sobre a formação acadêmica dos profissionais, o tempo (em anos) de formação dos mesmos, o tempo (em anos) de atuação na área de saúde e o tempo (em anos) de atuação como profissional na ESF. O domínio "problemas bioéticos enfrentados pela equipe" continha indagações abertas nas quais os profissionais deveriam descrever alguma(s) situação(ões) bioética(s) vivenciadas na USF, quais foram as consequências, como a equipe abordou a(s) questão(ões), e, se houve – e qual foi a – solução do problema. Em relação à terceira seção do questionário – conhecimento sobre os conceitos de ética e bioética –, havia perguntas sobre o conhecimento dos conceitos de ética e de bioética, a possibilidade de se ensinar tais saberes, se os mesmos deveriam estar inscritos em suas rotinas de trabalho e se havia interesse em aperfeiçoar os conhecimentos sobre tais temáticas.

As equipes selecionadas foram contactadas – em suas próprias USF – para exposição da proposta do estudo e, em seguida, para a formalização do convite de participação e esclarecimento acerca dos objetivos da investigação. Uma vez recebido o livre aceite do profissional, procedeu-se a aplicação do questionário semi-estruturado aqueles que desejaram participar. Coube ao pesquisador interferir o mínimo possível, apenas orientando e estimulando cada participante na elaboração de suas respostas.

5.2.3. Análise de dados

A apreciação das respostas foi conduzida pela técnica de Análise de Conteúdo – mas especificamente a Análise Temática –, devido à sua adequação à investigação qualitativa na área da saúde. Ato contínuo, cumpriu-se três etapas: (a) pré-análise, (b) exploração do material e (c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Minayo, 2007; Bardin, 2008). Durante as duas primeiras etapas – pré-análise e exploração do material – foi realizada a leitura exaustiva e criteriosa de cada resposta dos participantes, buscando-se identificar os temas significativos ao objeto de estudo e os seus ponto de aproximação. A etapa seguinte –

tratamento dos resultados, inferência e interpretação – os dados foram agrupados de acordo com a convergência dos temas ou respostas sendo ressaltadas, durante a interpretação, os pontos comuns e as possíveis incongruências, o que culminou em organizá-los em unidades agregadoras de sentidos (categorização).

A ulterior quantificação dos dados foi realizado no programa Epi InfoTM versão 3.5.2

5.2.4. Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido à análise, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Protocolo de Aprovação nº 477-10), em consonância com o preconizado pela Resolução CNS/MS nº 196/96. Obteve-se, inicialmente, o consentimento da Secretaria de Saúde do Município de Teresópolis – RJ. Os participantes assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Anexo A.

6. RESULTADOS

Os resultados da investigação teórico-empírica realizada foram organizados, para publicação e apresentação da dissertação, em três artigos – submetidos à seguinte ordenação:

(1) Bioética, afinal o que é isto? Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, 2012 (aprovado para publicação).

(2) *Estratégia Saúde da Família: clínica e crítica*. Ciência & Saúde Coletiva, 2012 (submetido).

(3) *Em busca do Ethos da Estratégia Saúde da Família – uma investigação (Bio)ética*. Ciência & Saúde Coletiva, 2012 (submetido).

Os artigos acima listados compõem o corpo da dissertação, a partir de um encadeamento próprio, nos seguintes termos:

Artigo 1 – ou sobre a Bioética: um ensaio crítico-reflexivo (revisão), apresentando uma contextualização teórica sobre a Bioética, enfocando suas origens e seus principais problemas.

Artigo 2 – ou sobre a Estratégia Saúde da Família, um ensaio crítico (revisão), que teve como objetivo apresentar uma contextualização teórica sobre a ESF e discutir suas possíveis fortalezas e fragilidades, cujo texto foi de algum modo inspirado na obra *Crítica e clínica* de Deleuze.

Artigo 3 – ou sobre as questões (bio)éticas na ESF. Estudo empírico, qualitativo, no qual se buscou identificar e caracterizar as questões bioéticas na atenção primária à saúde – buscando descrevê-las – na perspectiva dos membros das equipes de ESF em Teresópolis, município da Região Serrana do Rio de Janeiro, Brasil, a partir dos resultados de um questionário semi-estruturado aplicado (ANEXO B).

A seguir apresentam-se a versão integral dos três artigos.

ARTIGO I (REVISÃO)

TÍTULO – Bioética: afinal, o que é isto?

RESUMO – Justificativas e Objetivos: A Bioética estrutura-se como uma tentativa de resposta da às novas questões éticas levantadas pelas ciências da saúde e da vida, relativas ao desenvolvimento técnico e científico ocorrido na segunda metade do século passado, tornando possível repensar valores e conceitos – por exemplo, vida, morte e sofrimento. O objetivo deste manuscrito – um ensaio crítico-reflexivo – é apresentar uma contextualização teórica sobre a bioética, enfocando suas *origens* e seus principais problemas. Conteúdo: Ponderar sobre a Bioética é remeter-se a alguns dos temas mais polêmicos da atualidade: o aborto; a (bio)ética em pesquisa com seres humanos, a bioética em pesquisa com animais, a bioética nas questões relativas à saúde pública e sua interface com a Estratégia Saúde da Família e a alocação de recursos; bem como a Bioética e as questões referentes à preocupação com o meio ambiente e sua preservação. Conclusão: Por força de tão amplo aspecto de abrangência, a proposta firmada é que a Bioética seja reconhecida como campo do conhecimento que deve ser incluído definitivamente na formação em nível superior e nos demais níveis, contribuindo com a formação de profissionais, cidadãos e pesquisadores comprometidos e sensíveis para a ampliação da reflexão e discussão dos diversos conflitos e dilemas éticos no cotidiano de suas práticas.

Palavras-chave: Bioética, ética e pesquisa.

ABSTRACT – Background and Objectives: Bioethics is structured as an attempt to respond to the new ethical issues raised by the sciences of health and life, on the technical and scientific development occurred in the second half of last century, making it possible to rethink concepts and values - for example, life, death and suffering. The objective of this manuscript - a critical and reflective essay - is to present a theoretical background on bioethics, focusing on its origins and its main problems. Contents: Consider Bioethics is referring to some of the most contentious issues of our time: abortion; the (bio) ethics in research involving humans, animals in research bioethics, bioethics issues relating to public health and its interface with the Family Health Strategy and the allocation of resources; and Bioethics and the issues of concern for the environment and its preservation. Conclusion: By virtue of such a broad spectrum of coverage, the proposal is signed that Bioethics is recognized as a field of knowledge that should definitely be included in the training level and other levels, contributing to the training of professionals, citizens and researchers committed and sensitive to the broadening of the reflection and discussion of the various conflicts and ethical dilemmas in their everyday practice.

Keywords: Bioethics, ethics and research.

INTRODUÇÃO

A Bioética é um saber que surgiu – frente às mudanças e desafios surgidos na segunda metade do século XX – como tentativa de abordagem para diferentes ordens de problemas nas esferas individual, coletiva e ambiental. Em última análise, sua emergência pode ser vista no bojo do anseio por uma ética que ultrapassasse os códigos deontológicos ou as relações morais de boa convivência, abrangendo a proposta de respeito, cuidado e proteção a todos os seres vivos, humanos ou não, e do seu habitat natural.

Nesse contexto, a Bioética, estrutura-se como uma tentativa de resposta às novas questões éticas levantadas pelas ciências da saúde e da vida, relativas ao desenvolvimento técnico e científico ocorrido na segunda metade do século passado, tornando possível repensar valores e conceitos – por exemplo, vida, morte e sofrimento[1].

Mas, estaria a Bioética limitada a essa proposta num momento de tantas incertezas e complexidade? O que realmente é a Bioética? O objetivo deste manuscrito – um ensaio crítico-reflexivo – é apresentar uma contextualização teórica sobre a bioética, enfocando suas *origens* e seus principais problemas.

A BIOÉTICA: EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A história da bioética pode ser recontada a partir de uma série de eventos ocorridos no século XX, os quais são significativos para a caracterização deste campo do conhecimento[2]. Inicialmente, as tensões nas pesquisas científicas em seres humanos expuseram a necessidade de éticas para condução dessas investigações e das questões morais emergentes com o advento do avanço tecnológico. Inicialmente não estavam estabelecidas regras que disciplinassem a realização de pesquisas com seres humanos, pois o padrão era utilizar os próprios pacientes como sujeitos das pesquisas[3].

Entretanto, em 1900, surge na Prússia a primeira regulamentação a respeito das pesquisas não terapêuticas em humanos, considerando como obrigatório o consentimento dos participantes. A despeito disto, em 1930, ocorre o episódio conhecido como "o desastre de *Lübeck*", 75 de 100 crianças morreram ao serem submetidas a um teste com uma vacina para prevenção da tuberculose, sem o consentimento dos seus responsáveis para participação. Em 1931, a Alemanha estabelece as Diretrizes para Novas Terapêuticas e Pesquisa em Seres Humanos; no entanto, durante a Segunda Guerra Mundial, foram procedidas as pesquisas abusivas com judeus, ciganos e com outros grupos vulnerados[3].

Nos Estados Unidos da América (EUA), no pós-guerra, surgem outros casos abusivos de pesquisas com seres humanos, como por exemplo, o *Tuskegee Syphilis Study* – 1932 a

1972[3-6] – 399 negros com sífilis participaram de uma pesquisa sobre a doença, sem ter garantido o tratamento com a penicilina e nem mesmo o acesso a tal intervenção terapêutica. Mais alguns casos de experimentação com seres humanos nos EUA marcaram a história: em 1963, na cidade de Nova Iorque – especificamente no Hospital Israelita de Doenças Crônicas – no qual 22 idosos doentes receberam injeções de células cancerígenas vivas sem consentimento dos mesmos ou de seus responsáveis. Entre 1950 a 1970, também em Nova Iorque, mas em um estudo no Hospital estatal de Willowbrook – instituição para doentes mentais – pesquisadores infectaram crianças recém-admitidas, com o vírus da hepatite A, alegando o propósito de desenvolver uma vacina contra o vírus[7,8].

Com o término da Segunda Guerra Mundial e a instituição do Tribunal de Nuremberg para o julgamento dos nazistas – incluindo os médicos –, verificou-se que não havia normas que regulamentassem a experimentação envolvendo seres humanos, o que exigiu como conseqüência, a inovação da ordem jurídica internacional com a criação dos chamados crimes contra a humanidade. Diante desse fato, foi elaborado um conjunto de dez princípios norteadores da pesquisa envolvendo seres humanos, com ênfase no consentimento informado, os quais foram denominados Código de Nuremberg. Esse Código, de 1949, é um documento internacional que demarcou claramente a necessidade de que a atividade científica respeitasse os direitos dos seres humanos envolvidos[9].

Outros fatos relevantes que também contribuíram e podem ser citados foram: em 1960, a invenção dos equipamentos de hemodiálise permitiu realizar a depuração sanguínea artificialmente de substâncias residuais em pacientes com falência renal, pelo médico Belding Scribner. Por ser um tratamento inovador e de alto custo, ocorreu no *Seattle Artificial Kidney* Center o caso de insuficiência de tais equipamentos para tratamento com hemodiálise em nove pacientes. Para decisão de quais pacientes utilizariam os recursos de hemodiálise, em 09 de março, em Seatle, foi instaurado um comitê composto de sete pessoas de diferentes formações, para a análise de cada caso[10] o que de alguma forma transferiu a decisão anteriormente centrada nos médicos para leigos, o que abalou a tradicional confiança na relação médico-paciente.

Em 3 de dezembro de 1967, na África do Sul, ocorre o primeiro transplante de coração, realizado pelo médico Christian Barnard, sendo um marco nas técnicas cirúrgicas para transplantes existentes até então. Emerge o debate sobre o aspecto “quando se morre?” e a redefinição do critério para constatação da morte, pois faz-se necessário que o coração ainda mantenha suas funções contráteis para ser transplantado[11,12].

Nos EUA os seguintes fatos merecem destaque: (1) o da jovem Karen Ann Quinlan, de 22 anos de idade, que deu entrada em 15 de abril de 1975 num hospital de New Jersey em estado de coma profundo, de etiologia não esclarecida, o que lhe exigiu permanência em ventilação mecânica. Pela impossibilidade de reversibilidade de seu quadro neurológico, os pais da jovem acionaram à Justiça visando o desligamento do aparelho. O Juiz solicitou parecer ao Comitê de Ética, o qual não existia no hospital e foi criado às pressas para analisar o caso de Karen. Em 31/03/76, a Suprema Corte de New Jersey aprovou a interrupção da ventilação mecânica e Karen sobreviveu por mais nove anos sem o respirador, fato este que também despertou a reflexão a respeito da "terminalidade da vida". (2) O da Baby Doe em 1982 também nos EUA, referente à criança nascida no estado de Indiana com Síndrome de Down e fístula traqueoesofágica que foi a óbito em 15 de abril do mesmo ano, por falta de autorização dos seus pais em desacordo com as possibilidades cirúrgicas terapêuticas. Tal fato culminou num intenso debate sobre ética e legalidade em neonatologia e da participação dos pais em decisões que afetem a vida de seus filhos[13].

Os eventos descritos foram decisivos e marcaram a história da Bioética como fatos iniciais que tornaram extremamente necessária a reflexão sobre diversos conflitos morais, registrados até então nas sociedades ocidentais[13].

Em relação à palavra Bioética, três marcos podem ser delimitados no Século XX:

(1) Em 1927, em um artigo publicado no periódico alemão *Kosmos*, sob o título "*Bio-Ethics: A Review of the Ethical Relationships of Humans to Animals and Plants"* (Bioética: uma revisão do relacionamento ético dos humanos em relação aos animais e plantas), Fritz Jahr, pastor protestante, filósofo e educador utilizou pela primeira vez a palavra bioética (*bio+ethik*) e a caracterizou como o reconhecimento de obrigações éticas, não apenas com relação ao ser humano, mas para com todos os seres vivos, Seu texto, antecipou o surgimento do termo bioética em 47 anos[14].

(2) A proposição do oncologista e professor estadunidense Van Rensselaer Potter, em 1970 do neologismo *Bioethics* com o sentido amplo de 'ética da sobrevivência', por meio da publicação do artigo intitulado *Bioethics, science of survival* e autor de uma concepção 'global' de bioética. Potter, em seu livro *Bioethics: Bridge to the Future*, concebe a bioética como a 'ponte' entre a ciência da natureza e as humanidades, valorizando a união dos elementos que em sua concepção eram fundamentais para se atingir uma–nova sabedoria, o conhecimento biológico e os valores humanos[3,15,16]. Potter compreendeu e lidou com o paradigma da ciência unificando a biologia, os valores humanos e as ciências sociais, possibilitando uma reflexão da natureza humana, dos avanços da ciência e seus limites, com o

propósito de que o futuro da humanidade pudesse ser seguro e a melhoria da qualidade de vida das futuras gerações alcançada através de uma nova ética, a Bioética[17,18].

(3) A fundação do *Kennedy Institute for Study of Human Reprodution and Bioethics,* vinculado à Georgetown University na cidade de Washington nos Estados Unidos em 1971, pelo ginecologista e obstetra holandês André Hellegers. Em 1978, o *Kennedy Institute* promoveu a *Encyclopedia of bioethics*, indicando a reflexão sobre os problemas morais que ocorriam no âmbito médico-biológico.

Somados a fatos históricos não citados aqui, os avanços da ciência trouxeram à tona importantes implicações éticas e morais para outras comunidades, que marcaram o século XX. Mesmo que forma tardia, a Bioética também se desenvolveu no Brasil, podendo-se destacar diferentes marcos históricos significativos[3], os quais serão comentados a seguir.

A BIOÉTICA: SEU SURGIMENTO NO BRASIL

A ditadura militar, instaurada em 1964, representou a exacerbação das relações assimétricas de poder do Estado em relação à sociedade, pois a mesma sustentava-se em pesados mecanismos repressivos, no silenciamento das contestações, na suspensão do Estado de Direito e dos órgãos de representatividade. Imerso em sua crise abrangente de legitimidade perante a sociedade, o estado militarista-autoritário enfrenta, no início da década de 1980, a crise de suas políticas setoriais, dentre as quais a da previdência e da saúde, como resultado da recessão, desemprego, aumento da dívida pública e queda da arrecadação[19].

No Brasil, nas décadas de 1980 e 1990, com o processo de democratização do país, ocorreu a discussão política e ética que determinou a revisão da Constituição da República Federativa do Brasil – a qual ficou conhecida como a “constituição cidadã” por levar em consideração os direitos humanos, após o período sombrio das torturas da ditadura militar. Na Carta Magna, há significativo destaque para o princípio da dignidade da pessoa humana, o qual deveria anteceder quaisquer questões na sociedade brasileira, sejam econômicas, políticas ou ideológicas, evidenciando-se que a saúde foi concebida como um direito social, inerente à condição de cidadania. Neste contexto, considera-se também, a contribuição advinda da organização e da construção histórica do Sistema Único de Saúde (SUS), como resultado da luta pela redemocratização da saúde no Brasil, ocorrido no bojo do *Movimento da Reforma Sanitária*. Esta última representou um importante espaço nacional de reivindicações por mudanças radicais no ineficiente sistema sanitário existente[20]. Com isso, foram delimitados os pressupostos da universalização do acesso e do reconhecimento da

saúde como direito universal do ser humano[21], os quais serviram de subsídios para a elaboração do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988[22].

Ato contínuo, outras mudanças ocorreram, dentre elas a elaboração de um novo Código de Ética Médica, o qual passa a considerar claramente as questões sobre pesquisa com seres humanos e transplantes. Ademais, e ainda com base nas discussões em voga no meio científico sobre a pesquisa com seres humanos, foi proposta a Resolução nº 01 de 1988 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), considerando aspectos dirigidos à proteção dos sujeitos humanos em estudos e pesquisas científicas. Todavia, a mesma não recebeu substantiva adesão da comunidade científica nacional[15,23].

Outros marcos significativos incluem a publicação, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), da revista Bioética em 1993 – contando com não médicos em seu conselho editorial – e a criação da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), em 18 de fevereiro de 1995, com núcleo inicial na Universidade Estadual Paulista (UNESP) em Botucatu. Em 1996, após longo debate, o Conselho Nacional de Saúde aprova a Resolução nº 196/96, a qual instituiu os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), criou a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e regulamentou a realização de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, servindo como um dos mais significativos instrumentos de divulgação das reflexões bioéticas no Brasil.

Do ponto de vista da educação, alguns pontos merecem igualmente ser destacados. Em relação à graduação, a primeira disciplina de Bioética no Brasil – na época denominada Introdução à Bioética – foi oferecida no ano de 1994 pela Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB). Mais recentemente, houve a inclusão da Bioética nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área de saúde, preconizando-se que os profissionais devam desempenhar suas atividades focados em padrões de qualidade e nos princípios da ética/bioética – tendo em vista a resolução dos problemas de saúde –, tanto em nível individual como coletivo[24]. No que diz respeito à pós-graduação, o marco foi o estabelecimento de cursos na área, iniciados na cátedra de bioética da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) na Universidade de Brasília, em 2004, seguida do Mestrado no Centro Universitário São Camilo, em 2005, do Mestrado e Doutorado em Bioética e Saúde Pública da Universidade de Brasília (UnB), incluir ano, e do Programa de Mestrado e Doutorado aprovado pela Capes, oferecido em associação ampla pela a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O(S) CONCEITO(S) DE BIOÉTICA

Um dos conceitos iniciais foi proposto por Warren Reich, professor e membro do *Kennedy Institute of Ethics* da Universidade Georgetown, caracterizando a Bioética pode como o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e da atenção à saúde, enquanto que esta conduta é examinada a luz dos princípios e valores morais[25]. Tal conceito circunscrevia a abrangência da Bioética apenas ao campo da pesquisa e atenção à saúde. Posteriormente, Reich incluiu os aspectos de sistematização e interdisciplinaridade ao seu conceito inicial de Bioética, ampliando o termo como "o estudo sistemático das dimensões morais, incluindo a visão, a decisão, a conduta e as normas das ciências da vida e da saúde" num contexto interdisciplinar.

Díspares possibilidades de conceituar a Bioética – como possíveis delimitadores de sua abrangência – surgiram ao longo dos anos. Destacam-se, neste domínio, autores como o professor e diretor de Centro de Bioética da Universidade de Montreal, David Joy Roy – um dos primeiros a introduzir à preocupação com o progresso das tecnologias aplicadas à saúde ao conceito de Bioética, quando considerou a disciplina como *estudo interdisciplinar do conjunto das condições exigidas para a administração responsável da vida e da pessoa humana frete ao avanço das tecnologias biomédicas* – e o professor Hugo Tristam Engelhardt Jr. em 1991, o qual introduziu uma característica fundamental ao conceito de Bioética, ao propor que a bioética funcione na lógica do pluralismo, ao exercer sua função como um instrumento para a negociação pacífica das instituições morais[26,27,28].

As definições de Bioética provavelmente são tantas quantos são os autores que se dispõem a conceituá-la. Tendo em vista esta polissemia, uma das estratégias é delimitar o campo a partir de suas funções principais[29,30], a saber:

4) Descritiva – analisar e compreender, de maneira racional e imparcial, os conflitos e as questões morais;
5) Normativa – ponderar estes conflitos e propor soluções racionais razoáveis e aceitáveis pelos indivíduos envolvidos nos conflitos, prescrevendo comportamentos/condutas corretas e proscrevendo os incorretos;
6) Protetora – proteger os indivíduos e das populações em seus respectivos contextos.

Atualmente se reconhece que a Bioética pode ser concebida de diferentes formas, não se atrelando apenas às questões do campo das ciências da saúde, mas, igualmente, como uma especificação das implicações morais da práxis humana. Com efeito, para Kottow[31], trata-se de um conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e na verdade legitimam

eticamente os atos humanos, entendendo que estes atos afetam de forma profunda e na maioria das vezes, irreversivelmente, de maneira real ou potencial, os sistemas vivos. De modo articulado a este conceito, pode-se também conceber a Bioética como a mais desenvolvida das éticas aplicadas ou um estudo sistemático das dimensões e argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas que interferem e afetam na qualidade de vida de todos os seres vivos e das condições ambientais do nosso planeta.

PROBLEMAS ATUAIS NO CAMPO DA BIOÉTICA

1- Bioética, o início e o fim da vida – do aborto à eutanásia

O debate bioético atual sobre o início da vida pode ser apreciado à luz de dois princípios morais distintos, o *Princípio da Sacralidade da Vida* (*PSV) e o Princípio do respeito à Autonomia da Pessoa* (*PRA*). O primeiro é habitualmente bem aceito em nosso país de predominância religiosa católica ou cristã, defende que a vida consiste em um bem cuja concessão é de caráter divino ou da natureza, possuindo um estatuto sagrado e que não pode ser interrompida (a vida humana é indisponível), nem mesmo com a autorização de quem quer que seja – por exemplo, o próprio ou o responsável legal[32] – e de que a vida é sempre digna de ser vivida, independentemente de suas condições. Em contraste está o *PRA, o qual* considera, definitivamente, as livres escolhas dos sujeitos quando se tratar de questões morais, de modo que a autonomia – ou seja, o autogoverno ou a autodeterminação dos sujeitos envolvidos – são suficientes para se justificar que se respeite a escolha da gestante – abortar ou não –, decidindo por sua própria competência aquilo que considera importante para viver sua vida, incluindo a sexualidade e a reprodução.

Ponderar sobre a *Bioética de início de vida* é remeter-se a alguns dos temas mais polêmicos da atualidade, destacando-se o aborto. O aborto, de maneira geral, caracteriza-se como a interrupção da gestação antes de ser possível ao concepto sobreviver no meio extrauterino[33]. A América Latina é a região do mundo que registra a segunda maior taxa de abortos clandestinos[34], perdendo apenas para a Europa Oriental, sendo considerado um grave problema de saúde pública à medida que é amplamente praticado em condições de significativa insalubridade. No Brasil, o ordenamento jurídico considera criminosa a interrupção da gestação, mesmo em casos de anencefalia, exceto quando não há risco de morte para gestante ou quando a gravidez resulta de estupro e é precedido do consentimento da gestante ou do responsável[35].

Mesmo assim, sabe-se que a ilegalidade não coíbe a prática do aborto e perpetua um contexto que impõe às mulheres, principalmente as mais pobres, oportunidades desiguais de

evitar uma gravidez ou de escolher o seu desfecho, submetendo-se aos riscos da prática de um aborto em realizado em condições precárias. No Brasil, de 7% a 9% do total de abortos provocados, são de adolescentes; e de 72,5% a 78% deles ocorrem em jovens na faixa etária de 17 a 19 anos, que ainda estão em relacionamento estável ou são dependentes economicamente da família ou do parceiro[36,37]. No Brasil, as complicações associadas ao aborto configuram uma das principais causas de morte materna nos últimos quinze anos[38]. O aborto precisa ser entendido como uma questão de cuidados em saúde e direitos humanos, e não meramente como um ato de 'infração moral de mulheres levianas' [37].

Em relação à *Bioética de fim de vida* as maiores discussões concentram-se no âmbito da eutanásia – do grego *boa morte, morte sem sofrimento* – a qual pode ser enunciada como *a abreviação do processo de morrer de um enfermo, por ação ou não-ação, com o objetivo último de aliviar um grande e insuportável sofrimento*[39]. O processo de morrer é atrelado às maiores inquietações humanas, de modo que os aspectos 'sofrimento' ou 'tristeza' fazem emergir, na maior parte das vezes, uma reflexão no enfermo, em seus familiares e nos profissionais de saúde sobre o próprio conceito de morte e finitude da vida[40]. A eutanásia, em suas diversas facetas – eutanásia ativa, passiva, de duplo efeito; eutanásia involuntária ou não voluntária – é aplicada na prática médica como uma forma de abreviação do processo de um enfermo, com o intuito de evitar ou minimizar a este o sofrimento. Nas sociedades contemporâneas, o que se percebe, é que alguns atos e conceitos a respeito da eutanásia têm incluído situações distintas, conceitual e clinicamente, onde se identifica a eutanásia em uma possível situação de não aplicação de um tratamento ou em situações distintas, tais como na decisão de suspensão dos recursos utilizados ao se tentar manter um paciente vivo [41]. É pertinente ressaltar que a eutanásia, é ainda considera ainda crime no Brasil (homicídio), conforme o artigo 121 do Código Penal.

Mas, com todo o avanço tecnológico hoje existente e com as unidades de terapia intensiva, cada vez mais necessárias, quais são os limites clínicos e éticos de se manter a vida a qualquer custo sobre controle de aparato tecnológico? O *princípio prima facie* da *Qualidade de Vida* (PQV) pode ser utilizado na argumentação a favor da eutanásia, quando considera que a vida possui valor, desde que esta seja provida de certo número e grau de qualidades os quais proporcionem a mesma um real significado para ser vivida, do ponto de vista de seu titular. Tal princípio nos remete ao PRA, pois parte do pressuposto que o principal interessado em viver tenha a prioridade em decidir pelo prolongamento ou cessação da mesma, sempre que possível[32,42]. De fato, possuindo o homem liberdade, não teria ele total direito sobre sua autodeterminação? Ou deveria permanecer por tempo indeterminado, restrito a um leito de

terapia intensiva, sem perspectiva de melhora, nos casos de doença grave, degenerativa ou incurável?

A reflexão sobre os princípios éticos e bioéticos anteriormente descritos e do fim da vida continua permeando diferentes espaços – hospitalares, jurídicos e acadêmicos –, não se limitando apenas ao esclarecimento do conceito da prática da eutanásia, mas sim debruçando-se sobre a coerência dos argumentos que possam ser considerados na tomada de decisão à beira do leito de pacientes em situação de sofrimento[42].

2- Bioética e Ética em pesquisa

A ética em pesquisa com seres humanos é um novo campo do conhecimento na interface de diferentes saberes, o qual aproxima ética e ciência e permite evitar que erros do passado com pesquisas voltem a se repetir[43]. São consideradas pesquisas envolvendo seres humanos aquelas pesquisas que, *"individual ou coletivamente, envolvam o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais*"[44].

No Brasil, a Resolução CNS nº 196/96 serviu como um divisor de águas na ética em pesquisa com seres humanos – esta última definida como qualquer pesquisa que envolva, de modo direto ou indireto, indivíduos ou coletividade, em sua totalidade ou partes, incluindo o manejo de informações e materiais –, pois resgatou diretrizes, documentos e recomendações internacionais publicados até a sua criação, estabelecendo a proteção dos sujeitos participantes em pesquisa[43,44,45]. Tal resolução, em suas considerações, propôs a garantia do sigilo, da privacidade e da confidencialidade dos dados obtidos em seu desenvolvimento com a instituição do consentimento livre e esclarecido, como permeou também os princípios morais fundamentais propostos por Beauchamp e Childress[43,44,46,47]. Mesmo com as diretrizes e documentos nacionais e internacionais que regulamentam a ética em pesquisa, ainda se percebe que outras discussões precisam ser estabelecidas, citando-se como exemplo a questão do conflito de interesses nas pesquisas com seres humanos[48] e do duplo-padrão[49]. No século XXI, a busca pela correção de doenças hereditárias, a engenharia genética – bem como as técnicas de clonagem, reprodução humana assistida e utilização de células-tronco – são exemplos de avanços tecnológicos que interferem diretamente sobre sistemas vivos, os quais reforçam a importância do olhar bioético sobre as práticas dos mesmos.

3- Bioética e pesquisa com animais

A utilização de modelos animais em laboratórios tem sido considerada – provavelmente desde Claude Bernard – como aspecto decisivo para o desenvolvimento da ciência, principalmente nas pesquisas biomédicas. Contudo, a sua utilização despertou debates de

diferentes naturezas[50]. Materializada em um dilema moral, a experimentação animal ganhou espaço quando se iniciou a reflexão ética nas investigações científicas. Atualmente, denominada de *Animal Ethics*, emerge a busca pela definição dos limites de atuação dos seres humanos para com os animais e pela fundamentação do porquê desses limites[51].

Alguns documentos já consideram as pesquisas com animais, sem as devidas precauções, como uma prática injustificável. Pode-se citar, no Brasil, a própria Constituição Federal no capítulo VI, em seu art. 225 onde trata do Meio Ambiente; bem como a legislação federal por meio da Lei nº11.794, aprovada em outubro de 2008, as quais definem que as pesquisas com animais não são proibidas no território brasileiro, mas existem condições éticas e legais a serem cumpridas. Além disso, a Lei nº 11.794/08 permitiu a criação as Comissões de Ética para Uso de Animais (CEUA) nas instituições de pesquisa e o Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA) [52].

O uso de animais em experimentos científicos e em atividades didáticas requer que os profissionais que manejam animais de experimentação tenham a sempre consciência de que os animais são seres senscientes, ou seja, possuem sensibilidade que se refere à dor, memória, angústia e instinto de sobrevivência. Portanto, os animais também devem ser manejados com respeito e de forma adequada à espécie, tendo suas necessidades de transporte, alojamento, condições ambientais, nutrição e cuidados veterinários preservadas. O seguimento de princípios e critérios para a utilização de animais em experimentos científicos e atividades didáticas visa monitorar as práticas experimentais com uso de modelos animais[53].

4- Bioética e Saúde Pública

a) Bioética e as interfaces com a Estratégia Saúde da Família

Com a implementação do SUS, o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, foi estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a reestruturação do sistema sanitário brasileiro, com a proposta de construir possibilidades efetivas para que a população participasse de forma ativa do processo de construção de um projeto assistencial comum, de novos espaços e práticas democráticas na práxis da atenção sanitária[54,55].

No entanto, persistem questionamentos quanto à prática da equipes dos PSF's na reformulação do sistema de saúde, pois ainda percebe-se permeável o tradicional modelo biomédico que corrompe o processo de trabalho cotidiano[56]. Tal corrupção se manifesta em diferentes níveis de problemas – a) *problemas éticos entre as equipes do programa e os usuários e famílias*, b) *problemas éticos nas relações entre os membros da própria equipe* e c)

problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde –, os quais são responsáveis por tensões no âmago da equipe e nas relações entre a equipe e os usuários[57,58].

b) A Bioética, justiça distributiva e alocação de recursos

A alocação de recursos em Bioética pode ser classificada em dois processos principais: (1) o processo decisório macrobioético – baseado na vontade geral é – uma decisão pública, decidida por caráter político e (2) o processo decisório microbioético, baseado na vontade e constituído de uma decisão privada, pessoal[59]. Consequentemente, a abrangência das decisões pode ser dividida em dois outros grupos: macroalocação e microalocação. A macroalocação, que visa atingir a todo um grupo de indivíduos e a microalocação, que refere-se especificamente a um caso em particular, individual e identificável[26].

A Organização Mundial de Saúde reconhece que não é possível ofertar a todos os indivíduos a totalidade de intervenções em saúde, o que exige como necessidade o devido estabelecimento de prioridades na distribuição e alocação dos recursos[60]. Para Bioética, soma-se a este fato, refutar a ideia de que todas as desigualdades sociais são inevitáveis ou intoleráveis. Ao contrário, desigualdades podem ser minimizadas – mesmo em presença de recursos limitados – com políticas e medidas práticas que fundamentadas na equidade e na responsabilidade social[61]. Gaudenzi e Schramm reforçam que a bioética aplicada à moralidade das ações em saúde pública pretende garantir o acesso a um sistema de saúde universal e ao mesmo tempo desenvolver as capacidades dos indivíduos envolvidos, de modo que intervenções sejam realizadas para minimizar o conflito entre justiça e autonomia individual, respeitando as liberdades fundamentais de todos e ao mesmo tempo de cada um[62].

A Bioética, aliada a Saúde Publica pode criar interfaces ao permitir a conquista de direitos inerentes à saúde, fortalecer a busca de equidade para o sujeito e coletivo envolvidos, refletir sobre as questões relativas à justiça distributiva e promover consequências eticamente responsáveis nas práticas de políticas públicas em saúde[63].

5- Bioética e Ecologia – a preocupação em defesa do meio ambiente

Define-se Ecologia, pela perspectiva etimológica, como o estudo da casa ou morada – em grego *óikos* –, conceito este que é ampliado quando se trata do ponto de vista científico para "o estudo da relação dos organismos ou grupos de organismos com seu meio ambiente" – ou ainda, como "a ciência das inter-relações entre organismos vivos e seu ambiente"[64].

Não se pode deixar de considerar que as mudanças no meio ambiente podem causar efeitos sobre a vida do planeta e também sobre a saúde dos seres vivos. Conforme bem

descrito por Palácios e Rego[65], com o esforço dos representantes e bioeticistas dos países em desenvolvimento, em 2005 a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, Artigo 17, incorporou e tornou-se o primeiro documento internacional a incluir o ambiente, a biosfera e a biodiversidade como objetos da reflexão Bioética, haja visto a ética e suas teorias serem voltadas para uma reflexão a respeito da moralidade de atos humanos o que a aproxima do conceito de universalidade[66].

Com os avanços citados, percebeu-se a ruptura necessária da preocupação do homem exclusivamente consigo mesmo ou apenas com a sua espécie, onde os problemas globais, socioeconômicos e ecológicos convergem para a real necessidade da reflexão - e intervenção – sobre os fundamentos éticos/morais que norteiam a relação humana com os seres não-humanos[67].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Bioética se debruça sobre os conflitos e os dilemas morais que provocam as incongruências e deslocam as competências entre os sujeitos interessados no que diz respeito ao avanço da genética, da clonagem, do biodireito, da biopolítica, do bioterrorismo, da ética em pesquisa com os seres humanos e animais, da utilização de células-tronco em pesquisa, da terapia da reprodução assistida, da discriminação do gênero, da homofobia, da religião, das práticas de eugenia, da xenofobia, da biossegurança, dos transplantes de órgãos e tecidos, dentre outros aspectos.

Por força de tão amplo aspecto de abrangência, a proposta aqui firmada é que a Bioética seja reconhecida como campo do conhecimento que deve ser incluído definitivamente na formação em nível superior e nos demais níveis, contribuindo com a formação de profissionais, cidadãos e pesquisadores comprometidos e sensíveis para a ampliação da reflexão e discussão dos diversos conflitos e dilemas éticos no cotidiano de suas práticas, e na melhoria do compromisso com todas as espécies e com o planeta no momento de suas decisões, colaborando assim com a possibilidade de consolidar a Bioética uma ‘ponte’ entre os diversos saberes conforme sonhava Van Rensselaer Potter. Conforme descrito no artigo 23 da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (2005)[67], a promoção dos princípios enunciados na mesma e a necessidade de assegurar uma melhor compreensão das implicações éticas dos progressos científicos e tecnológicos, em particular entre os jovens, os Estados devem esforçar-se por fomentar a educação e a formação em matéria de bioética a todos os níveis, bem como estimular os programas de informação e de difusão dos conhecimentos relativos à bioética.

Como afirmou Hans Jonas[68], precisa-se uma nova (Bio)ética, diferente da ética tradicional e antropocêntrica que tinha haver só com o aqui e o agora, não se obrigava a considerar a condição global da vida e o futuro das demais espécies; fundava-se apenas dentro dos limites do ser humano e tinha a natureza como uma 'alegoria' e não como um objeto de responsabilidade humana; desconsiderava que para obter a responsabilidade é preciso existir um sujeito consciente de seus atos.

REFERÊNCIAS

1. Cohen C, Segre M. Bioética. 3ed. Rev. e ampl. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008. p.17-40.

2. Goldim Jr. Bioética e Interdisciplinariedade. Educação, Subjetividade & Poder, 1997;4:24-8.

3. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética para profissionais de saúde**.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p.13-118.

4. Bozeman B, Slade C; Hirsch P. Understandig Bureaucracy in Health Science Ethics: Toward a Better Institutional Review Board. American Journal of Public Health, 2009 Sept; 99(9):1-8.

5. Schramm FR, Palácios M, Rego S. O modelo bioético principialista para análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? Ciência e Saúde Coletiva 2008, 13(2):361-370.

6. Katz RV, Grenn BL, Kressin NR, Kegeles SS, Wang MQ, James SA, et al. The Legacy of the Tuskegee Syphilis Study: Assessing its Impact on Willingness to Participate in Biomedical Studies. J Health Care Poor Underserved, 2008 November; 19(4):1168–1180.

7. White RM, Spring S. Misrepresentations of the Tuskegee Study of Untreated Syphilis. J Natl Med Assoc. 2005 Dec; 97(12):1729-31.

8. Barchifontaine CP. Bioética e início da vida: alguns desafios. São Paulo: Idéias e Letras - Centro Universitário São Camilo; 2004.

9. Oliveira AAS. Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. Revista Bioética 2007, 15(2): 170-85.

10. Ávila GN, Ávila GA, Gouer GJC. Is the Unified List System for Organ Transplants Fair? Analysis of Opinions from Different Groups in Brazil. Bioethics, 2003;17(5-6), p. 425-431.

11. Kind L. Máquinas e argumentos: das tecnologias de suporte à definição da morte cerebral. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 2009; 16(1):13-34.

12. Almeida JLT; Schramm FR. Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics, and the rise of bioethics Cad. Saúde Pública, 1999; 15(Sup. 1):15-25.

13. Bonamigo EL. Manual de Bioética: Teoria e prática. São Paulo: All Print Editora, 2011. p.35-264.

14. Goldim JR. Bioética: Origens e complexidade. Rev HCPA 2006; 26(2):86-92.

15. Hossne WS. Bioética – e agora,o que fazer? Revista - Centro Universitário São Camilo 2010; 4(4):487-491.

16. Potter V.R. Bioethics, A bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1971.

17. Facco FA, Schnaider TB; Silva JV. A Bioética: histórico e princípios. Enciclopédia Biosfera. Goiânia: Centro Científico Conhecer, 2010; 6(11).

18. Potter VR. Bridging the gap between medical ethics and environmental ethics. Global Bioethics 1993; 6(3):161-64.

19. Faleiros FP, Silva JFN, Vasconcellos LCF; Silveira RMG. A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.35-54.

20. Labra ME, Figueiredo JSA, Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva 2002; 7: 537-547.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Reimpressão. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

22. Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. Descentralização das políticas públicas de saúde: Do imaginário ao real. Viçosa. Ed. UFV/CEBES, 1998.

23. Paim SP. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

24. Almeida M. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos Universitários da Área de Saúde. Londrina: Rede Unida, 2003.

25. Reich WT. Revisiting the Launching of the Kennedy Institute: Re-visioning the Origins of Bioethics. Kennedy Institute of Ethics Journal, 1996; 6(4):323-7.

26. Goldim JR. Bioética, Textos, Resumos, Definições, Normas e Casos. [Acesso em 02 de setembro de 2011]. Disponível em: http://www.bioetica.ufrgs.br/textos.htm#conceito.

27. Roy D. La biomédicine aujourd'hui et l'homme de demain. Point de départ et diretion de la bioéthique. Le Suplément 1979;128:59-75.

28. Engelhardt HT, JR. Manuale di Etica. Milano: Il Saggiatore 1991. p.19.

29. Schramm FR; Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad. Saúde Pública; 17(4):949-956.

30. Schramm FR. A moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. Ciência & Saúde Coletiva, 2004; 9(3):773-784.

31. Kottow M. Bioética y biopolítica. Revista Brasileira de Bioética 2005, 1(2):110-21.

32. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Conversações sobre a 'boa morte': o debate bioético acerca da eutanásia. Cad. Saúde Pública; 211:111-119, 2005.

33. World Health Organization (WHO). The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva, World Health Organization, 1992.

34. Sandi SF, Braz M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. Revista Bioética 2010; 18 (1): 131-153.

35. Lucena GAB, Gomes MCLU, Vital R, RÊGO DM. Considerações éticas sobre o aborto e a doação de órgãos de fetos anencéfalos. Revista Bioética, 2009; 17 (3): 391-405.

36. Pilecco FB, Knauth DR, Vigo A. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. Cad. Saúde Pública, 2011; 27(3):427-439.

37. Brasil, Ministério da Saúde. 20 anos de pesquisa sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

38. Andrade ATL, Guerra MO, Andrade GN, Araujo DAC, Souza JP. Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma maternidade escola. Rev Bras Ginecol Obstet 2006; 28(7): 380-97.

39. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. Ciência & Saúde Coletiva 2008; 13(1):95-102.

40. Siqueira-Batista R. A ressurreição de Frankenstein: uma metáfora das unidades de terapia intensiva contemporâneas. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M. Bioética – Riscos e proteção. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Fiorcuz, 2009. p.83-95.

41. Soares AMM, Pineiro WV, Pereira AT. Eutanásia: questões de ordem conceitual. In: Carvajal E, Moraes PFC, Pegoraro AO, organizadores. Células-tronco e eutanásia: potencialidades e limites. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2009. p. 83-95.

42. Pegoraro OA, Ética e eutanásia. In: Carvajal E, Moraes PFC, Pegoraro AO. Células-tronco e eutanásia: potencialidades e limites. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2009. p. 97-103.

43. Guilhem D, Diniz D. O que é Ética em Pesquisa. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2008.

44. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96 - Conselho Nacional de Saúde: diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

45. Alves EMO, Tubino P. Conflito de interesses em pesquisa clínica. Acta Cirúrgica Brasileira, 2007; 22(5), p.22-28.

46. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo: edições Loyola, 1994. p.137-422.

47. Hossne WS. Dos referenciais da bioética - a Equidade. Revista Bioεthikos – Centro Universitário São Camilo, 2009; 3(2):211-216.

48. Palácios M. O conflito de interesses nas pesquisas que envolvem seres humanos. In: Schramm FR, Rego S, Braz M; Palácios M. Bioética – Riscos e proteção, organizadores. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p.80-100.

49. Lima C. Ensaios Clínicos - Vulnerabilidade e relativismo ético. Acta Med Port, 2005; 18: 221-226.

50. Rezende AH, Peluzio MCG, Sabarense CM. Experimentação animal: ética e legislação brasileira. Rev. Nutr., 2008; 21(2):237-242.

51. Feijó AGS. A função dos comitês de ética institucionais ao uso de animais na investigação científica e docência. Bioética 2004, 12 (2):11-22.

52. Ciccone L. Bioética – História, Princípios. Cuestiones. 2 ed. Madrid, 2006.

53. Raymundo MM. Os Deveres dos Pesquisadores para com os Animais de Experimentação: uma proposta de auto-regulamentação. Porto Alegre: Dissertação [Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas: Fisiologia] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

54. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. [acesso em 10 abril de 2007]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#numeros.

55. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15 (Supl 3):7–18.

56. Costa GD; Cotta RMM. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm, Brasília, 2009; 62(1):113-8.

57. Zoboli ELCP; Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública, 2004; 20(6):1690-1699.

58. Vidal, SV, Motta LCS, Esteves APVS, Vinicius LR, Gomes AP, Siqueira-batista R. Bioética e Estratégia Saúde da Família: a ponte entre a Clínica e a Saúde Pública. IX Congresso Brasileiro de Bioética, Brasília-DF; 2011.

59. Deverichi C. Metodi, criteri e processi di allocazione delle rissorsi. In: Sgeccia E, Spagnolo AG, organizadores. Etica e Allocazione delle Risorse nela Sanitá. Milano: Pensiero 1996; p.52-62.

60. World Health Organization. The World Health Eport 2000: Health Systems, Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.

61. Fortes PAC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética e Saúde Pública. 3ed. São Paulo: edições Loyola, 2009. p.35-48.

62. Gaudenzi P; Schramm FR. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da Bioética em Saúde Pública. Interface, Comunic, Saúde, Educ 2010; 14(33):243-55.

63. Vieira JB, Verdi MIM. Interfaces entre Saúde Coletiva e Bioética a partir de um estudo da publicação de autores vinculados à pós-graduação em saúde Coletiva no Brasil. Interface - Comunic, Saude, Educ 2011; 15(36):21-37.

64. Siqueira-Batista R, Rôças G, Gomes AP, Albuquerque VS, Araújo FMB, Messeder JC. Ecologia na Formação dos profissionais de Saúde: promoção do exercício da cidadania e reflexão crítica comprometida com a Existência. Revista Brasileira de Educação Médica, 2009; 33(2):271–275.

65. Palácios M, Rego STA. Bioética e Saúde Ambiental: algumas questões para discussão. Cad. Saúde Colet.,2009; 17(3):489-492.

66. Unesco. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura. Proteção do Meio Ambiente, da Biosfera e da Biodiversidade. Portugal, artigo 17, 2005.

67. Oliveira CA Palácios M. Diferentes Abordagens sobre Ética Ambiental. Cad. Saúde Colet., 2009; 17(3):493-510.

68. Jonas, H. O princípio responsabilidade; ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto, Ed. PUC-Rio, 2006. p.29-66.

69. Unesco. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura. Proteção do Meio Ambiente, da Biosfera e da Biodiversidade. Portugal, artigo 17, 2005.

ARTIGO II (REVISÃO)

TÍTULO – Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica.

RESUMO – O presente artigo apresenta uma contextualização teórica sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como discute suas possíveis fortalezas e fragilidades. O texto foi construído a partir de revisão da literatura com estratégia de busca definida e reflexão crítica sobre os textos selecionados. Destacam-se como pontos importantes a tentativa de resposta ao desafio de reorientar o modelo de atenção à saúde – em sua dimensão político-operacional – emergiu em 1994, quando o Ministério da Saúde implantou o PSF, o qual, posteriormente, passou a ser considerado como a estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, a ESF. Alguns aspectos apontam para um avanço alcançado com a implementação da ESF, destacando-se a reorganização da atenção primária, o espaço-tempo da visita domiciliar e a alteridade e a produção do acolhimento na atenção primária. Sem embargo, apesar dos inegáveis avanços, seus princípios e práxis ainda não são uma completa realidade no cotidiano dos serviços de saúde, destacando-se especialmente o desafio de se compreender e praticar a integralidade na atenção primária, o desafio da valorização e da adequação do perfil dos profissionais/trabalhadores da ESF, a formação, a inserção e a práxis do agente comunitário de saúde e a dificuldade de trabalho em equipe nas unidades da ESF.

Palavras-chave: Sistema de Saúde, Atenção Primária, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This paper presents a theoretical background on the Family Health Strategy (FHS), and discusses their possible strengths and weaknesses. The text was constructed from a review of the literature search strategy defined and critical reflection on the texts selected. Stand out as important points to attempt to meet the challenge of reorienting the model of health care - in its political-operational - emerged in 1994 when the Ministry of Health implemented the FHP, which later came to be considered as the structuring strategy of local health systems, the FHS. Some aspects point to a breakthrough achieved with the implementation of the FHS, with emphasis on the reorganization of primary care, the space-time of home visits and alterity and the production of the primary host. Nevertheless, despite the undeniable advances, its principles and practice are not yet a full reality in everyday health services, emphasizing especially the challenge of understanding and practicing the whole primary care, the challenge of recovery and adequacy of profile of the professionals / FHS workers, training, integration and praxis of community health agents, and the difficulty of teamwork in units of FHS.

Keywords: Health System, Primary Care, The Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

Escrever é um caso de devir, sempre inacabado, sempre em via de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivida. É um processo, ou seja, uma passagem de Vida que atravessa o vivível e o vivido. A escrita é inseparável do devir.

Gilles Deleuze, *Crítica e clínica*

O modelo de atenção à saúde no Brasil foi historicamente pautado na assistência médica, de tessitura curativa e individual, inscrita no paradigma biomédico, o qual privilegia as tecnologias duras e reconhece a saúde como a simples ausência de doença. A tentativa de ultrapassagem desse paradigma convergiu para a criação e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, uma vez que o modelo de serviços de saúde era insuficiente para a abordagem dos principais problemas de saúde da população brasileira.

O SUS surgiu como uma tentativa de resposta às transformações ocorridas no bojo da sociedade brasileira, consubstanciadas no movimento nacional pela democratização do país, no qual se buscavam também mudanças radicais no até então ineficiente, insuficiente e caótico sistema sanitário existente[1]. Neste contexto, o Movimento da Reforma Sanitária buscava a reorganização da política de saúde vigente e a instituição de um sistema de saúde que proporcionasse a efetiva participação e o controle social, reconhecendo a saúde como um direito social. As diretrizes do SUS – construídas nesse processo – se consolidaram com a Constituição Federal de 1988, considerada como um marco na história da saúde do país, na medida em que estabeleceu (a) a universalização da cobertura e do atendimento, (b) a descentralização das ações e dos serviços de saúde e (c) a equidade no acesso a estes como princípios básicos[2-3]. Desta feita, a atenção primária – a porta de entrada principal dos indivíduos e de suas famílias ao sistema de saúde –, conhecida no Brasil como Atenção Básica, passou a conceber, em meados de 1994, a Saúde da Família como o modo prioritário para organização do sistema, em consonância com os preceitos do SUS. Inicialmente, propôs-se o Programa Saúde da Família (PSF) como domínio (re)estruturante da Atenção Primária, com base em ações de promoção da saúde, de prevenção de eventos mórbidos, de assistência e de recuperação com qualidade, o que favoreceu maior aproximação entre os serviços e a população[2,4]. Atualmente, o PSF tornou-se a estratégia – Estratégia Saúde da Família (ESF) – prioritária de reformulação do modelo assistencial e de cuidado à saúde na atenção básica[4].

Dessa forma, a ESF trabalha a promoção da saúde como possibilidade de articulação transversal, o que confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco

e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país, visando a criação de mecanismos que reduzam a vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas[5-6].

Com base nessas breves considerações, o presente artigo – um ensaio crítico, parte da dissertação de Mestrado do autor principal – tem como objetivo apresentar uma contextualização teórica sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como discutir suas possíveis fortalezas e fragilidades. O texto inspirado na obra *Crítica e clínica* de Deleuze, mormente ao se considerar que "*a literatura é uma saúde*"[7].

MÉTODOS

Utilizou-se como método uma estratégia de busca definida, destacando-se que o texto foi construído a partir da análise crítica de referências disponíveis na literatura científica nacional.

Os artigos utilizados foram buscados na *Scientific Eletronicic Library Online* (Scielo Brasil – http://www.scielo.br/) e na *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS – http://lilacs.bvsalud.org/). Os termos – identificados por meio da pesquisa no âmbito dos *Descritores de Ciências da Saúde* (DeCS – http://decs.bvs.br/) – foram organizados nas seguintes estratégias de busca:

Estratégia 1 – "Sistema Único de Saúde" + "Atenção Básica";
Estratégia 2 – "Sistema Único de Saúde" + "Programa Saúde da Família" e
Estratégia 3 – "Sistema Único de Saúde" + "Estratégia Saúde da Família".
A busca permitiu a obtenção de 1.644 citações, distribuídas de acordo com o Quadro 1.

Estratégia de Busca	**Bases de Dados consultadas**	
	SciElo Brasil	**LILACS**
Estratégia 1 – "Sistema Único de Saúde" + "Atenção Básica";	226	544
Estratégia 2 – "Sistema Único de Saúde" + "Programa Saúde da Família"	147	325
Estratégia 3 – "Sistema Único de Saúde" + "Estratégia Saúde da Família".	167	235
Citações	1.644	

Quadro 1. Síntese da busca bibliográfica empreendida.

Os critérios de inclusão para seleção dos artigos foram: (1) publicações no período de 1994 – ou seja, a partir do ano de implantação do Programa Saúde da Família no país – a 2011; (2) a disponibilidade do texto completo para leitura; (3) abordagem centrada nos debates acerca da (*i*) atenção básica à saúde, do (*i*) PSF e/ou da (*i*) ESF, com foco no SUS. Em relação aos artigos selecionados adotou-se, inicialmente, como critérios de exclusão: privar a literatura repetida nas bases de dados pesquisadas.

Além da utilização dos 51 artigos selecionados – escolhidos em concordância com os critérios de inclusão –, também foram consultados outros artigos – de conhecimento prévio dos autores e/ou identificados nas referências dos textos selecionados a partir da busca bibliográfica –, livros-textos e documentos oficiais, sempre, priorizando o debate brasileiro sobre o assunto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura e delimitação dos conceitos centrais dos artigos selecionados, as informações foram organizadas nas seguintes seções: *(1) O movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o advento do SUS, (2) O desafio de reorientar (efetivamente) o modelo de atenção à saúde, (3) Estratégia Saúde da Família: fortalezas – ou sobre a clínica, (4) Estratégia Saúde da Família: fragilidades – ou sobre a crítica e (5) Considerações finais.*

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o advento do SUS

A *Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde* – realizada em Alma-Ata (atual Cazaquistão), em 1978 – reafirmou e revitalizou a saúde como um dos direitos fundamentais do homem, com impacto sobre os movimentos sociais no Brasil. Delimitava-se nesse momento, o campo da saúde coletiva e seu objeto de saber-fazer, passando o processo saúde-doença a ser foco de intervenções coletivas e não apenas individuais[8-10].

A articulação paulatina de movimentos sociais brasileiros começou a ocorrer nesse contexto. Sindicatos diversos debatiam a precarização da saúde no país e reforçavam as reivindicações de soluções prementes para os problemas surgidos com o modelo de saúde existente. A necessidade de uma transformação na saúde, a qual foi apoiada por diversos grupos sociais e segmentos populares – estudantes, pesquisadores, profissionais da saúde e

gestores, dentre outros –, os quais alimentavam a luta pelos direitos civis e sociais entendidos como inerentes à democracia tão buscada[8,9].

Na década de 1980, iniciou-se um movimento ampliado e cada vez mais intenso e articulado da contestação ao sistema de saúde governamental, buscando-se a democratização do mesmo, a participação popular efetiva, a universalização dos serviços, a defesa do caráter público e a descentralização do sistema de saúde[11]. Em 1985, com o advento da Nova República, finda o regime militar em crise e as lideranças do movimento sanitário assumem posições estratégicas nas instâncias de responsabilidade pela política de saúde brasileira. Surgiam – no período entre 17 e 21 de março de 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília – os princípios norteadores da Reforma Sanitária, a ampliação do conceito de saúde, cerne para a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS –, separando as amarras da saúde em relação à previdência[9].

Desde esta perspectiva, à medida que essas propostas nasciam da sociedade e alcançavam o poder público, por meio dos diversos movimentos sociais, o SUS se consubstanciava paulatinamente como conquista do povo brasileiro, vociferando a ideia de que todas as pessoas têm direito à saúde e este direito está ligado à cidadania[12].

O SUS tornou-se constituído por princípios e diretrizes, genuínos arcabouços para seu funcionamento e organização, sendo um instrumento de afirmação dos direitos sociais no país. Sabe-se que a Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 – também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, por organizar e regular as ações de serviços de saúde no território nacional – e a Lei 8.142 de dezembro de 1990 – que estabeleceu a participação popular no SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da saúde – formam os pilares do arcabouço legal do SUS, organizando-o e tornando-o factível[13-15].

Esse conjunto de leis – resultante direta das lutas contra a ditadura militar e dos embates pela hegemonia na condução do processo de redemocratização –, institucionalizaram a participação social organizada no processo decisório das políticas sociais, revigorando e criando novos espaços de participação democrática da sociedade, dentre os quais se destaca a criação dos conselhos de saúde, existentes hoje nos 5.564 municípios brasileiros[16].

Os princípios do SUS, constituídos no processo de construção democrática do sistema de saúde, são [12,17]:

Universalidade. Pressupõe o direito à saúde para todos e o acesso às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade da assistência; sendo a saúde um direito e não a prestação de um serviço ao qual se tem acesso por uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie. Contrapõe-se a ideia anterior de seguro social.

Equidade. Não implica na adoção da igualdade como *ponto de partida* dos debates sobre a justiça, mas sim como seu *ponto de chegada*[18]; de fato, propõe tratar desigualmente os desiguais, visando o alcance de uma sociedade mais justa e atentando para as suas necessidades individuais e coletivas.

Integralidade. Talvez o princípio mais complexo do SUS; costuma ser concebido como um "*conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*". Segundo Mattos (2009), a Integralidade possui distintos sentidos no campo da saúde: (1) histórico, de contraposição à dicotomia da saúde pública e da assistência médica no país; (2) sentido epistemológico da concepção de saúde para prática em saúde integral; (3) sentido de planejamento em saúde e de políticas focadas na atenção integral; e (4) sentido das relações de trabalho, educação e saúde, formação e gestão do trabalho em saúde[19].

Além do papel estruturante dos princípios, deve se destacar que o SUS se organiza a partir das seguintes *Diretrizes*[17,20]:

Descentralização. Corresponde à distribuição de poder político – bem como das responsabilidades e dos recursos – da esfera federal para estadual e municipal, o que significa uma "desconcentração" do poder da União – editadas por meio das NOB-SUS – para os estados e municípios brasileiros.

Regionalização e hierarquização. Ambas estão dispostas na Lei 8.080, enfatizando o território como local determinante de perfis populacionais, indicadores epidemiológicos e condições de vida, os quais devem nortear as ações e os serviços de saúde em determinada região. Imbricadas com o principio da integralidade, a rede de ações e serviços de saúde devem se organizar desde ações de promoção e prevenção até ações de alta complexidade, abrangendo recursos diagnósticos, internações e procedimentos cirúrgicos diversos, dentre outros. Já a hierarquização prevê que os serviços se saúde sejam organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente de forma a garantir o processo de referência e contra-referência, embora muita das vezes dicotomize os serviços em "trabalho simples" (atenção básica) e trabalho "complexo".

O SUS é, assim, fruto de um longo debate por melhores condições de saúde[21], criando a necessidade de se imprimir uma nova forma de produzir e distribuir as ações e serviços de saúde. Embora sejam consideradas condição necessária para o funcionamento do sistema de saúde, as dimensões político-jurídico e político-institucional não dão conta de por si só garantirem a potência de criação proposta pelo SUS[21].

O desafio de reorientar (efetivamente) o modelo de atenção à saúde

A tentativa de resposta ao desafio de reorientar o modelo de atenção – em sua dimensão político-operacional – emergiu em 1994, quando o Ministério da Saúde implantou o PSF, o qual, em 1998, passou a ser considerado como a estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, a ESF. O PSF foi criado com base em experiências advindas de outros países – tais como Cuba, Canadá e Inglaterra –, os quais apresentavam sistemas de saúde melhor estruturados e com qualidade reconhecida. Nessa discussão, a atenção primária consiste no espaço de cuidado à saúde mais próximo dos usuários dos SUS, considerando a territorialização como ponto de partida e *lócus* de proximidade entre usuários e equipe de saúde[12,22].

O PSF foi precedido pela criação do *Programa Agentes de Saúde* (PAS) – no Ceará, em 1987 – e pelo *Programa Agentes Comunitários de Saúde* (PACS – 1991). Inicialmente, o PSF foi justificado pela necessidade de substituição do modelo sanitário hegemônico historicamente voltado para a doença e no cuidado médico individualizado, curativo, médico-centrado e com o hospital como cenário de solução para todo e qualquer problema de saúde –, por um novo modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade. O PSF, agora definido como ESF, consolida a proposta do desenvolvimento de novas ações consideradas "*humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas*"[23], por considerarem que o indivíduo que adoece precisa ser visto de forma integral e não mais fragmentado ou isolado de seu contexto familiar/ social e de seus valores ou como *órgãos sem corpo* [24]. Trata-se, pois, de uma lídima tentativa de estabelecer "*uma outra língua no interior da língua*"[7] do saber-fazer próprio da saúde. Reconhece-se, desta feita, que a ESF surgiu como modalidade estruturante e inovadora dos sistemas municipais de saúde, potencializando o reordenamento do modelo de atenção vigente[21], fortalecendo a atenção básica como porta de entrada preferencial dos serviços de saúde e com a perspectiva de se construir uma *nova clínica* – ampliada – no espaço-tempo da

atenção primária, rompendo com as práticas convencionais de saúde[25,26]. Trata-se de uma estratégia que busca substituir a forma de pensar e praticar saúde, na medida em que a ESF traz no centro de sua proposta a expectativa de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, com vistas ao desenvolvimento de um novo modelo – integral, humanizado e compromissado com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população[27] – transpondo a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva.

Destaca-se, ainda, nesta esfera, os aspectos destacados por Franco e Merhy (1999), para os quais a mudança do modelo assistencial curativo requer, fundamentalmente, a interferência nos microprocessos do trabalho em saúde – ou seja, transformação das relações micropolíticas –, nas concepções desta forma de trabalho e construção de novas relações entre usuários e profissionais – e destes entre si –, como uma potente tentativa de transformá-los em sujeitos, ambos produtores do cuidado em saúde[28], propostas estas que estariam em consonância com a ESF.

Lidando e tendo como base a lógica da articulação entre (1) vigilância, (2) atenção, (3) proteção e (4) gestão da saúde, a ESF representa a saúde centrada no usuário na concepção de qualidade de vida e da promoção da saúde, com foco na importância do conceito de autonomia e empoderamento (*empowerment)* – definido como o processo por meio do qual os indivíduos ou comunidades adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde, ampliando as possibilidades de controle dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência[29,30] – e garantindo o envolvimento e a participação da população nos programas de saúde. Na realidade, o educador brasileiro Paulo Freire[31] já expressava e debatia a importância da educação como uma estratégia e prática de "libertação" para os cidadãos, termo este que, resguardado seu significado, é correlacionado ao que Sen propõe como *empowerment.* Em consonância com os conceitos de libertação e *empowerment* apresentados, Garrafa (2005) inclui o termo "emancipação", o qual, além de reforçar a ideia de alforria, independência e libertação, carrega consigo o sentido político de que a inclusão social e a justiça podem ser conquistadas e construídas mediante as práticas e ações de sujeitos emancipados[32].

Por propor um modelo usuário-centrado, a práxis da ESF, orientada pela intersetorialidade e fortalecimento da cidadania, tem como base a atenção centrada nas necessidades do usuário – e não mais no procedimento – facilitando o acesso através da

vigilância da saúde, da busca ativa e do acolhimento, o estabelecimento de uma nova relação profissional de saúde e usuário, com responsabilização e estabelecimento de vínculo[33-35]. O foco passa a ser a promoção da saúde, a qual permite a combinação de estratégias – ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais – e articula de forma transversal os mecanismos para redução das situações de vulnerabilidade e controle social[36].

A ESF, desde sua implantação, vem sendo analisada sob díspares perspectivas, o que tem permitido destacar suas fortalezas – campo da *clínica* [ampliada] – e suas fragilidades – espectro da *crítica* – como será comentado a seguir.

Estratégia Saúde da Família: fortalezas – ou sobre a clínica

Alguns aspectos descritos na literatura apontam para um avanço alcançado com a implementação do PSF e a adoção deste como uma estratégia no país, destacando-se (*i*) a reorganização da atenção primária, (*ii*) o espaço-tempo da visita domiciliar e (*iii*) a alteridade e a produção do acolhimento na Atenção Primária.

A reorganização da atenção primária

Como proposta da ESF, a reorganização da Atenção Primária se faz mediante ações de promoção de saúde, prevenção de riscos e de doenças, assistência e recuperação com qualidade o que, sem dúvida, favorece a aproximação entre os serviços e a população[37]. Nesse sentido, a ESF destaca-se enquanto estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde[38], já consolidado como a política de saúde prioritária do governo federal brasileiro. As propostas da Vigilância à Saúde ou da Produção Social em Saúde, – princípios estes a serem trabalhados pela ESF – superam os modelos assistenciais vigentes implicando numa redefinição do sujeito, o objeto e consolidação do SUS. De fato, alguns estudos revelam que de 1998 a 2004 houve expansão importante da ESF em todas as regiões brasileiras, mas com cobertura maior nos municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo, fato este que se tem modificado ao longo do tempo[34]. Outros, já evidenciam que a ESF – e o seu foco na atenção primária à saúde – tem significativo impacto sobre os diversos indicadores de saúde, reduzindo gastos totais com melhora do acesso aos serviços de saúde e de qualidade global da atenção; ademais, facilitam a detecção precoce dos problemas relacionados à saúde,

corroboram a diminuição das internações e ainda reduz o uso de cuidados desnecessários de atenção especializada à saúde[33,39].

O espaço-tempo da visita domiciliar

A ESF, além de incorporar e reafirmar os princípios do SUS, desenvolve suas ações em termos de três esferas: (*i*) a família, (*ii*) o território e (*iii*) a responsabilização, para o que se torna essencial o trabalho em equipe. Nesse contexto, a ESF considera a importância da família em seu espaço social, abordando o seu contexto socioeconômico e cultural, compreendendo que é nela que ocorrem as interações e os conflitos que influenciam diretamente o processo saúde-doença. Dentre as atividades preconizadas pela ESF as visitas domiciliares (VD) se destacam como intervenção capaz de consubstanciar ações preventivas, curativas, de promoção e de reabilitação dos indivíduos em seu contexto familiar, por permitir uma maior aproximação dos profissionais com a realidade de vida e com a dinâmica destas mesmas famílias[40]. Neste particular pode ser destacado o estudo realizado num território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde localizada na zona leste do município de São Paulo, Cruz e Bourget (2010) detectaram alguns aspectos interessantes sobre a percepção das famílias quanto às visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe de saúde – com destaque para os ACS:

(1) a VD percebida como meio facilitador de aproximação das necessidades da população, contribuindo para o acesso ao serviço de saúde no próprio domicilio e a cuidados individualizados, o que ampliava a princípio da equidade;

(2) a VD considerada uma prática rotineira e importante, constituindo-se em uma ação de trabalho no cuidado às famílias atendidas, permitindo o acompanhamento *in loco* da situação de saúde de cada um de seus membros e maior orientação ao indivíduo e sua família, não sendo um simples espaço de monitoramento – ou subtração da autonomia –, mas sim de uma esfera privilegiada para o diálogo e a troca de saberes;

(3) a VD compreendida como instrumento de humanização da atenção à saúde e aplicação das tecnologias leves, possibilitando o resgate da valorização de conceitos fundamentais de vínculo, humanização, corresponsabilização e repeito às famílias e, igualmente, do aperfeiçoamento da confiança, da comunicação e da escuta qualificada.

A visita domiciliar propicia também a oportunidade de orientar e esclarecer aos indivíduos, além de fornecer subsídio para que as famílias atendidas tenham condições de tornarem-se corresponsáveis no cuidado à saúde[40].

A alteridade e a produção do acolhimento na atenção primária

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem o acolhimento como uma de suas diretrizes e facetas mais visíveis na atenção primária, pelas cosequências diretas que pode determinar no acesso dos usuários como uma mudança no processo de trabalho com vistas a atender todos aqueles que buscarem o serviço de saúde. Dita como a maior potencialidade das experiências com o acolhimento na Atenção Primária à Saúde, a redução da demanda reprimida na rede básica também pode ser explorada no bojo do encontro trabalhador/usuário, a qual quando adequada, possibilita um processo de mudança nas práticas de saúde, reafirmando a utilização das tecnologias leves[41].

O acolhimento preconizado na Atenção Primária – reconhecidamente, como um dos pilares da ESF – pode ainda ser enriquecido pelo destaque à *alteridade* humana – um dos conceitos centrais da Antropologia que incorpora a noção de humanidade plural e aceita a diversidade de culturas que carreiam sua próprias complexidades e maturidade, adotando o ponto de vista do outro, buscando experimentar a realidade cultural alheia e reconhecendo o outro não apenas como objeto, mas também como um sujeito relacional em sua singularidade[42]. A alteridade no acolhimento permite, então, a pactuação, criando possibilidades de enfrentamento das situações do cotidiano, e o acolhimento do outro como sujeito em seu sofrimento; nesta perspectiva, há um intenso movimento de resistência à objetivação do outro, sendo um dos caminhos a para se alcançar a integralidade da atenção em saúde e, por conseguinte, das práticas em saúde tradicionais até então realizadas[18,41,43,44].

Desta feira, a composição do acolhimento/alteridade associa na forma exata o discurso da inclusão social, da defesa do SUS, a um arsenal técnico potente que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, passando por um processo de mudanças na gestão das unidades. Propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, a partir de princípios que devem garantir a todas as pessoas que procurarem o serviço de saúde a acessibilidade universal; a reorganização do trabalho, a fim de deslocar o seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento – e a qualificar a relação trabalhador-usuário deve pautar-se em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

A equipe de acolhimento passa a ser o centro da atividade no atendimento aos usuários e os profissionais não médicos passam a usar o seu arsenal tecnológico, o conhecimento, para a assistência escuta da população usuária da Unidade[45].

Estratégia Saúde da Família: fragilidades – ou sobre a *crítica*

Conforme abordado anteriormente, a ESF surgiu para construir uma nova perspectiva em relação à atenção primária, substituindo o modelo biomédico por novas práticas de atenção e cuidado à saúde, rompendo com modos de operar convencionais e gerando uma maior interação e respeito entre profissionais e usuários. Desde a implantação do SUS – mormente, após decorridos mais de vinte e dois anos –, vários progressos têm sido alcançados no desenvolvimento da atenção básica à saúde, inclusive com o aumento da cobertura assistencial em áreas antes desassistidas[4,46]. Sem embargo, apesar dos inegáveis avanços obtidos com o SUS e a implantação do PSF, seus princípios orientadores ainda não são uma completa realidade no cotidiano dos serviços de saúde[46], destacando-se especialmente (*i*) o desafio de se compreender e praticar a integralidade na atenção primária, (*ii*) o desafio da valorização e da adequação do perfil dos profissionais/trabalhadores da ESF, (*iii*) a formação, a inserção e a práxis do agente comunitário de saúde e (*iv*) a dificuldade de trabalho em equipe nas unidades da ESF.

O desafio de se compreender e praticar a integralidade na atenção primária

A integralidade, dentre os princípios e diretrizes do SUS, é o que se torna menos visível na trajetória das práticas do SUS – na perspectiva de diferentes autores – tendo em vista que as mudanças no sistema em relação a integralidade não têm sido tão evidentes e acontecerem de forma sutil[46,47], constituindo-se ainda em um nó crítico a ser equacionado.

A lógica da assistência na atenção primária no Brasil – presente no cotidiano dos serviços, ainda prioriza aspectos preventivos – de reabilitação e de acompanhamento de determinadas enfermidades – tais como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, dentre outros – mantendo também o objetivo maior de prevenir agravos, onde tal postura pode ser explicada a partir de uma abordagem ‘economicista’ da saúde e que visa, na realidade, prevenir ou minimizar os agravos geradores de maiores gastos[48].

A proposta para sobrepujar os desafios para efetivar a atenção e o cuidado integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a outras ações de atenção à saúde. No caso da atenção básica, a construção da integralidade do cuidado supõe a redefinição das práticas, no sentido de se criar vínculos, acolhimento e autonomia que valorizem a singularidade dos sujeitos, como pontos de partida para qualquer intervenção. A compreensão e o exercício da integralidade, como articulação entre os diferentes dimensões do cuidado – promoção, prevenção, tratamento e recuperação – em saúde, devem ter como referência a prática de um cuidado integrado em saúde. Evidencia-se um esforço que deve partir, inicialmente, dos trabalhadores e dos gestores da saúde[48].

Para alcançar a integralidade no sistema de saúde faz-se necessário também que os gestores municipais, estaduais e federais priorizem este princípio, verificando, no cotidiano se gestão e na operação do sistema de saúde seus pressupostos têm sido aplicados[4].

O desafio da valorização e da adequação do perfil dos profissionais/trabalhadores da ESF

A formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam consideravelmente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários, sendo a formação e a educação dos profissionais para abordagem do processo saúde-doença – com enfoque na saúde da família – um dos desafios para o êxito do modelo sanitário proposto pelo SUS. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) ressalta a necessidade de melhorar o serviço prestado à população pelos profissionais de saúde, com base na qualificação, na capacitação e no aprimoramento do desempenho[49-51].

Em contrapartida, há evidência científica que aponta para a crise de situação de trabalho dos profissionais/trabalhadores da saúde atuantes no âmbito do SUS, a qual perpassa desde a questão salarial e de carreira até a carência de recursos técnicos e materiais[51].

A dificuldade de trabalhar interdisciplinarmente – e de reconhecer as incertezas e as indeterminações das relações com os usuários –, o relacionamento interno com a equipe de saúde e a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, a falta de transporte e de material, a precariedade da infra-estrutura da unidade, reuniões improdutivas e de baixa resolubilidade, o excesso de demanda para a oferta disponível, o contrato de trabalho na modalidade temporária e não por concurso público – a baixa remuneração, a alta rotatividade de profissionais e o acúmulo de mais de um vínculo de trabalho, dentre outros

aspectos – têm sido apontados como desmotivadores pelos profissionais de saúde da atenção primária, sendo apontados como razões para que não se considere o trabalho na ESF como atividade principal[51-53]. Elementos semelhantes foram também observados estudo realizado por Gomes e Silva (2011), sendo delineados por diversos autores como dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS[54,55] .

Para complicar mais ainda este cenário, percebe-se o distanciamento entre o setor educacional e a prática no contexto da ESF[52,56] e a falta de treinamento dos profissionais para trabalhar segundo os princípios da atenção básica à saúde.

Segundo estudo realizado por Scorel, Giovanella e colaboradores em 2007, em dez municípios com população acima de 100.000 habitantes de quatro regiões do Brasil, apresentou como resultado um número baixo de profissionais de nível superior das equipes com formação específica para atuação em atenção primária; poucos profissionais com especialização em saúde pública e coletiva ou com formação voltada para saúde da família – número inferior a 30%. Dentre os fatores que motivaram a escolha dos profissionais pela atuação no PSF destacaram-se a vontade de trabalhar junto a coumidades pobres e a possibilidade da ESF reorganizar a atenção no âmbito municipal[57].

Medidas tais como a qualificação/capacitação do profissional de saúde, a remuneração adequada, novas formas de contratos de trabalho que garantam maior estabilidade e fortaleçam o vínculo empregatício, além da melhoria das condições de trabalho e de infra-estrutura dos serviços e unidades são fundamentais para valorização e melhoria de desempenho dos profissionais de saúde atuarem na atenção básica[51,57].

A formação, a inserção e a práxis do Agente Comunitário de Saúde

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), integrantes essenciais da equipe da ESF – não se constituem em mero suporte para execução de determinadas ações em saúde, ao contrário; são considerados personagens-chave na implantação de políticas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS. Embora possuam suas atribuições bem definidas – em concordância com o descrito na Política Nacional de Atenção Básica 2007 – estudos realizados com equipes de saúde da ESF em Cajuri-MG, Campinas-SP e Araçatuba-SP têm apontado que os ACS têm se deparado com diversas dificuldades para cumprir suas atribuições[58-60].

Alguns dos paradoxos relacionados a práxis dos ACS, detectados no estudo de Gomes e colaboradores (2009) e também por Saliba e colaboradores foram: (1) o alto grau de intervencionismo na vida das pessoas realizadas por estes agentes – o que reproduz, mesmo sem que estes tenham conhecimento, processos de captura instados no âmbito das sociedades, características das sociedades de controle –[61,62]; (2) a não possibilidade de realização das VD em todas as famílias cadastradas; (3) a atitude de alguns ACS em favorecer o modelo clientelista ou facilitar o acesso a pessoas mais próximas ou afins à Unidade Básica de Saúde; (4) os baixo salários dos agentes; (5) a falta de capacitação prévia dos mesmos; (6) a sobrecarga de atividades nas Unidades e a desvalorização do trabalho destes; (7) a falta de receptividade de alguns moradores da comunidade; e (8) relacionamento com outros profissionais da equipe, não sentindo-se aceitos. Todos estes aspectos são referidos como entraves que cursam como desmotivadores para os ACS consultados nos estudos citados[58,60].

É esperado que o ACS seja protagonista na construção de vínculos entre a comunidade, as pessoas e as famílias com os serviços de saúde e que intermedeiem o saber (ciências da saúde) e a cultura da sociedade (território no qual está inserido e trabalha), desempenhando um papel de mediador social, dando voz ou sendo a voz da comunidade dentro do serviço de saúde das Unidades, uma vez que estes se sentem responsáveis não só pelos problemas identificados na comunidade, mas se solidarizam com o sofrimento das pessoas. O espaço em que vivem é, na realidade, o mesmo onde atuam e as pessoas de suas realidades sociais são as mesmas para quem dirigem suas ações de cuidado, conforme bem descrito por Nascimento e Correa (2008)[59].

Nesse sentido, é inevitável que a formação/educação permanente da equipe multiprofissional – em especial dos ACS –, sejam fundamentais para que estes busquem atender às necessidades das famílias, focando as ações de saúde para além das práticas curativas. Tal capacitação, deve ser realizada com metodologias ativas[63] e se basear na lógica do modelo da produção social da saúde e enfatizar os princípios do SUS, sendo uma das formas de instrumentalizá-los e facilitá-los a incorporar em suas práticas a autonomia e a segurança necessárias para contribuir efetivamente coma consolidação desse novo sistema [58,59]. Outra possibilidade para superação das diversas dificuldades vivenciadas pelos ACS seria a supervisão e orientação adequadas ao processo de trabalho dos mesmos, o que proporcionaria a identificação de seus sofrimentos e angústias procedidos pelo apoio às formas de lidar com os problemas cotidianos. Com isto, considera-se que seria despertada nestes profissionais uma consciência crítica, os tornando melhores protagonistas e

corresponsáveis pela produção do cuidado integral em saúde[60] junto com os demais membros da ESF.

A dificuldade de trabalho em equipe nas unidades da ESF

A composição das equipes do PSF tem se modificado ao longo do tempo. Inicialmente as equipes eram compostas por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde[64]. Em 2000, as equipes passaram a incorporar um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene bucal. Ademais, no ano de 2008, o Ministério da Saúde, dentro do escopo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde – assistente social; professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médicos especialistas (acupunturista, ginecologista, homeopata, pediatra, psiquiatra); nutricionista; psicólogo; e terapeuta ocupacional[65].

A totalidade das ações demandadas no campo da saúde não pode se realizar pela ação isolada de um único profissional. Surge a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados, tanto no interior de uma mesma área profissional quanto na relação inter-profissional. Contudo, a proposta dessa recomposição em direção da atenção integral não se tem mostrado possível pela mera alocação de novos recursos humanos, de diferentes áreas profissionais, num mesmo local de trabalho. Investigações recentes sobre o trabalho em equipe no PSF revelaram a ausência de responsabilidade coletiva do trabalho – conforme já descrito –, baixo grau de interação entre as categorias profissionais; manutenção das representações sobre hierarquia entre profissionais; fragmentação do processo de trabalho; realização de ações justapostas e isoladas, havendo assim o risco de os profissionais se isolarem em seus "núcleos de competência"[45,66].

Quando a interação entre os membros da equipe de saúde, em especial na atenção básica, entendida enquanto dimensão comunicativa que permeia as ações, é prejudicada, surgem as inquietações sobre a comunicação no interior da equipe que se restringe, em

diversos casos, à troca ou transmissão de informações técnicas, sendo pouco referidas situações em que se exercite a discussão crítica sobre os problemas e necessidades da equipe e da população na busca de consensos coletivos. Sem a prática comunicativa, que perpassa a busca pelo consenso entre os profissionais da equipe, ficam comprometidos o trabalho cotidiano, a construção e a execução de um projeto comum pertinente às necessidades dos usuários[66,67].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao propor novos modos de conceber os problemas de organizar a atenção à saúde no Brasil, a ESF não menospreza e nem invalida os conhecimentos das teorias biológicas e biomédicas, mas apresenta e aponta os seus limites explicativos e a insuficiência destas quando consideradas isoladamente para organizar as respostas sociais ao cuidado integral à saúde. Com efeito, a abordagem reducionista, que não leva em consideração outros fatores que influenciam o processo saúde-doença – tais como o ambiente físico e as desigualdades sociais – perde parte de suas forças, pois a promoção de saúde implica em um processo mais abrangente e contínuo[52,68,69].

A implementação da ESF incorpora e reafirma os princípios do SUS, trabalhando a lógica de equipes multiprofissionais, com território definido e população adscrita. Ademais, a proposta da vigilância em saúde amplia o olhar sobre a valorização da relação entre os profissionais da equipe de saúde e os usuários/famílias, além de preconizar a prestação da assistência integral, completa e contínua, através do conhecimento da realidade, da identificação dos problemas das comunidades sob sua responsabilidade e da elaboração do planejamento local. Segundo o Ministério da Saúde, a ESF deve priorizar as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e de suas famílias – desde crianças até adultos – com o apoio recente do NASF, para obtenção da atenção à saúde integral e contínua. Esse é o paradigma da assistência individual e coletiva, com ações ditas abrangentes, que devem englobar desde a prevenção e a promoção até a recuperação e a reabilitação.

Mesmo com o reconhecido movimento de cidadania e direito à saúde, construído no bojo da ESF, problemas distintos ainda tem limitado o avançar da estratégia para consolidação e reorganização efetiva do SUS no território brasileiro. Em alguns espaços de gestão e de atenção, ainda não se valoriza a intersetorialidade como condição para uma atenção básica mais abrangente, o que envolve a compreensão da saúde como fenômeno

indissociável do desenvolvimento econômico e social, dando significado à necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais dos processos saúde-doença. Questões complexas – tais como investimentos inconsistentes em recursos humanos, remuneração inadequada dos profissionais que trabalham na área, contratação de profissionais qualificados e com perfil para atuarem na atenção básica, melhoria das estruturas física e tecnológica das unidades de saúde e comprometimento dos profissionais e da gestão dos serviços de saúde – ainda são aspectos renegados para solução de transtornos que impedem que a ESF se concretize como força motriz e dê novos rumos ou contornos à efetivação do SUS que desejamos. Destaca-se que todas estas ordens de problemas redundam em questões de natureza bioética, as quais devem ser abordadas com os referenciais teóricos da disciplina[70], com o objetivo de se construir melhores soluções.

A despeito de sua posição de vanguarda, depois de mais de doze anos de existência, surgem questionamentos quanto à prática da ESF na reformulação do sistema de saúde, na medida em que este, não raras vezes, mantém hegemônico o tradicional modelo biomédico, corrompendo o processo de trabalho cotidiano[22]. Lidar com as peculiaridades na Atenção Básica requer a consideração aos diversos desafios políticos que ainda existem para o pleno desenvolvimento do SUS e da ESF, os quais perpassam também por conflitos morais que comprometem os propósitos do SUS.

Aposta-se que, com a ampliação de um debate político alicerçado na perspectiva Bioética, há de se conseguir sensibilizar gestores, equipes e usuários para um sistema de saúde mais justo e responsável com o cuidado integral e a cidadania, coerentes com os princípios do SUS e da própria proposta da ESF para libertação/empoderamento dos sujeitos envolvidos. Trata-se, em última análise, do problema de escrever – na medida em que o escritor, como proposto por Deleuze em Crítica e Clínica, *"inventa na língua uma nova língua... Ele traz à luz novas potências gramaticais ou sintáticas"* (Deleuze, 2008), com a ESF, uma nova linguagem para o SUS, criando signos do cuidado à saúde.

> *"Esta é a resposta: a língua não dispõe de signos, mas adquire-os criando-os, quando uma língua age no interior de outra língua para nela produzir uma língua, uma língua insólita, quase estrangeira."*
>
> **Gilles Deleuze, *Crítica e clínica***

REFERÊNCIAS

1. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Priore SE, Franseschinni SCC, Cazal MM, Siqueira-Batista R. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. Cien Saude Colet 2011;16(3): 1933-1942.

2. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Melo EM. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa Saúde da Família: desafios estratégicos. Rev Bras Educação Médica 2009;33(1)122-133.

3. Siqueira-Batista R, SCHRAMM FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sem. Cien Saude Colet 2005;10(1):129-142.

4. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Cien Saude Colet 2003;8(2)569-84.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: Portaria MS/GM n.687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2006.

6. Iglesias A, Dalbello-Araujo M. As concepções de promoção da saúde e suas implicações. Cad Saúde Colet 2011;19(3):291-298.

7. Deleuze G. Crítica e clínica. 3ª reimpressão. SP: Ed. 34, 2008.

8. Matta GC, Lima JC. Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS. RJ: editora Fiocruz/EPSJV; 2008.

9. Baptista TWF. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC, Pontes ALM. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. RJ: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.v.3.

10. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

11. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. Cien Saude Colet 2001;6(2)319-328.

12. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

13. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

14. Brasil, Lei nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Brasília: DOU, 1990.

15. Brasil, Lei nº 8.142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília: DOU, 1990.

16. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. Cien Saude Colet 2009;14(3):795-805.

17. Matta GC. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Matta GC, Pontes ALM, coordenadores. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema único de Saúde. Rio de Janeiro: editora Fiocruz/EPSJV; 2007. P.61-80.

18. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. Cien Saude Colet 2009.v.14,1241-1250.

19. Mattos, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. 8ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.p.43-68.

20. Costa EMA. Sistema Único de Saúde. In: Costa EMA, Carbone MH. Saúde da Família – uma abordagem multidisciplinar. 2ed. RJ: Editora Rubio, 2009.p.3-10.

21. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FR. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.9, n16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

22. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm 2009;62(1):113-8.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Treinamento introdutório. Caderno 2, Brasília, 2000.

24. Siqueira-Batista, 2010. O cuidado integral em questão: diálogos entre filosofia e medicina. BSBM – Brasília Med 2010; 47(3):273-275.

25. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Cien Saude Colet 2009;14(3):783-794.

26. Souza EM, Grundy E. promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. Cad Saúde Pública 2004;20(5):1354-1360.

27. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.9, n16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

28. Franco T, Merhy E. PSF: Contradições e desafios. In: Conferência Nacional de saúde On-line, Belo Horizonte – Campinas, 1999. Disponível em: <datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psftito.htm>. Acesso em: 22 jan 2012.

29. Martins PC, Cotta RMM, Siqueira-Batista R, Mendes FF, Franceschinni SCC, Piore SE, Dias G. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa Saúde da Família. Physis Rev Saud Coletiva 2009;19(3):679-694.

30. Sen AK. Desigualdade reexaminada. RJ: Record; 2000;.301p.

31. Freire P. Pedagogia da Autonomia. SP: Paz e Terra, 2001;165p.

32. Garrafa V. A inclusão social no contexto da Bioética. Painel "Bioética: inclusão e justiça social", Belo Horizonte. In: VI Congresso Nacional da Rede UNIDA, julho 2005.

33. Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde – a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. Cien Saude Colet 2011;16(Supl 1):881-892.

34. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saude Publica 2008; 24(Supl 1):S7-S27.

35. Stralen CJV, Belisário AS, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira AW. Percepção dos usuários e profissionias de saúde da atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24 (Supl 1):S148-S158.

36. O´Dwyer G, Tavares MFL, De Seta MH. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no lócus da Saúde da Família. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2007; 11(23): 467-484.

37. Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. A Saúde no Brasil. Brasília: OPAS/OMS; 1998.

38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. v.4 p.10-11.

39. Starfield B. Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: MS: 2004.

40. Cruz MM, Bourget MMM. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Saúde Soc 2010; 19(3):605-613.

41. Scholze AS, Junior CFD, Silva YF. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? Interface – Comunic, Saúde, Educ, 2009; 13(31):303-14.

42. Laplantine F. Aprender Antropologia. SP: Brasiliense, 2000.

43. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf. Acesso em: 18 janeiro 2012.

44. Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, Injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. Rev Bras Educação Médica 2007;31(3)278-286.

45. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Publica 1999; 15(2):345-353.

46. Linard AG, Castro MM, Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm 2011;32(3):546-53.

47. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saude Publica 2004;20(5):141-146.

48. Mattioni FC, Budó MLD, Schimith MD. O exercício da integralidade em uma equipe da Estratégia Saúde da Família: saberes e práticas. Texto Contexto Enferm, 2011;20(2):263-271.

49. OPAS. Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde. Brasília: Opas, 2002.

50. OPAS. Desempenho em equipes de saúde - manual. Rio de Janeiro: Opas, 2001.

51. Cotta RMM, Schott M, Azevedo CM, Francschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006, v.15, n.3: 8-18.

52. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC; Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Melo EM. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. Rev Bras Educação Médica. 2009.v.33:122-133.

53. Siqueira-Batista R, Helayël-Neto JA. The chance is necessary? The case of The Drunkard's Walk: How Randomness Rules Our Lives. Rev Bras Ens Fís 2011; 33:1-11

54. Gomes FM, silva MGC. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. Cien Saude Colet. 2011;16(Supl 1): 893-902.

55. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. Cad Saude Publica 2010;26(5) 918-928.

56. Siqueira-Batista R, Guedes AGM, Guimarães-Pereira E, Ramos-Oliveira F, Gomes AP, De-Pina-Costa A, Rocha-Mello A, Vitorino RR, Madalon-Fraga R, Martins M, Sucupira ED, Pinto LFS, Freitas LMR. Conversações sobre a peste branca: formação em controle de tuberculose de profissionais da Estratégia de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro. Cad Saúde Colet. 2011;19(3):312-17.

57. Scorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo de atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2007; 21(2/3);164-176.

58. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre MS, Siqueira-Ratista R. A práxis do Agente Comunitário de Saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. Saúde Soc 2009; 18: 744-755.

59. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad Saude Pub 2008;24(6):1304-1313.

60. Saliba NA, Garbin CAS, Silva FSJFB, Prado RL. Agente comunitário de saúde: perfil e protagonismo na consolidação da atenção primária à saúde. Cad Saude Colet 2011;19(3):318-26.

61. Foucault M. Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber. RJ: Forense Universitária, 1977.

62. Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. Cien Saude Colet 2009;14(4):1183-1192.

63. Mitre SM. Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação dos profissionais de saúde: debates atuais. Cien Saude Colet 2008;13(Supl.2): 2122-44.

64. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

65. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Brasília: 2009. Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF.

66. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.9, n16: 25-38, set.2004/fev.2005.

67. Pedrosa JIV, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saude Publica 2001;35(3):303-11.

68. Siqueira-Batista R, Rôças G. Alfabetização ecológica. Rev Bras Educação Médica.2009,v.33;123-125

69. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Rôças G, Cotta RMM, Rubião ECN, Pissinatti A. Moléstia de Chagas e ecologia profunda: a "luta antivetorial" em questão. Ciên Saúde Col 2011; 16:677-687.

70. Motta LCSM, Vidal SV, Siqueira-Batista R. Bioética: afinal o que é isto? Rev Bras Clin Med 2012 (prelo).

ARTIGO III (RESULTADOS)

TÍTULO – Em busca do *Ethos* da Estratégia Saúde da Família – Uma investigação (Bio)Ética.

RESUMO – Estudo empírico, qualitativo, no qual se buscou identificar e caracterizar as questões bioéticas na atenção primária à saúde – na perspectiva dos membros das equipes de ESF, ou seja, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde – em um município da Região Serrana do Rio de Janeiro, Brasil, buscando-se descrevê-las criticamente. Adotou-se o questionário semi-estruturado como instrumento para a coleta de dados. As respostas obtidas possibilitaram o diagnóstico de aspectos relacionados à (*i*) questões éticas/bioéticas em relação à equipe e usuários e (*ii*) questões éticas/bioéticas em relação ao processo de trabalho e convivência entre a equipe. Contudo, mesmo que aparentemente menos evidentes – se comparados aos problemas bioéticos que permeiam as instituições hospitalares – tais questões atinentes ao âmbito da atenção primária à saúde comprometem o processo de trabalho adequado e o alcance da promoção da integralidade no cuidado ao usuário do SUS.

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

ABSTRACT

An empirical study, qualitative, in which it sought to identify and characterize bioethical issues in primary health care – from the perspective of members of FHS teams, that are doctors, nurses, nursing technicians and community health workers – in a municipality in the mountainous region of Rio de Janeiro, Brazil, aiming to describe them critically. We adopted the semi-structured questionnaire as a tool for data collection. The responses enabled the diagnostic aspects related to (i) ethical / bioethical in relation to staff and users and (ii) ethical / bioethical over the work process and interaction between staff. However, although apparently less obvious - compared to bioethical issues that permeate the hospitals - such matters concerning the scope of primary health care undertake the work process and the appropriate scope of the promotion of comprehensive care to the users of the SUS.

Key words: Primary health care, Ethics and Bioethics

INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) – a partir da vigência da Lei 8080 – representaram o coroamento, do ponto de vista do ordenamento jurídico, de um histórico processo de luta democrática pelo direito universal à saúde[1]. Desde então, uma série de debates e regulamentações foram propostos, no sentido de trazer a previsão legal do SUS para o plano da *práxis*. Neste sentido, a reorientação da atenção primária – ponto de contato habitualmente inicial e porta de entrada principal dos indivíduos e de suas famílias ao sistema de saúde – tornou-se um dos pontos estratégicos para a consolidação do SUS, destacando-se a instituição, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF) – ulteriormente redimensionado como Estratégia Saúde da Família (ESF) – como âmbito prioritário para reorganização do sistema[2-5]. Em 2006, com o advento da Política Nacional de Atenção Básica, a atenção primária teve seu escopo ampliado, reafirmando-se o *lugar* da ESF como modelo de implementação de uma nova lógica para a organização do sistema de saúde brasileiro[6,7], exigindo dos profissionais da saúde novas práticas e estratégias de trabalho.

O cuidado à saúde – anteriormente restrito à assistência centrada em práticas hospitalares –, de cunho medicamentoso e curativo, passou a ser encarado como direito de todo cidadão e dever do Estado – por meio de ações de educação, promoção, prevenção, proteção e recuperação/reabilitação –, o que permitiu que novas questões de cunho bioético emergissem, em um *ethos* até então praticamente invisível à reflexão ética: a atenção primária[8,9]. Desde esta perspectiva, é possível reconhecer – como bem descrito por Zoboli (2009) – que as contribuições da bioética para atenção primária ainda se caracterizam como tímidas, pois, por longo tempo, foram priorizadas as reflexões dirigidas à assistência terciária e à biotecnologia, destacando o hospital como *lócus* privilegiado das discussões sobre início e o fim da vida, doação de órgãos, transplantes, novas modalidades terapêuticas – dentre outras[10,11] –, sendo poucas, e por vezes escassas, as discussões sobre as implicações das questões bioéticas em outros níveis de atenção. Soma-se a isso – como igualmente descrito pela autora já referida – que (a) os problemas de saúde diferem segundo o nível das ações e dos procedimentos oferecidos, (b) os sujeitos éticos – os usuários, familiares e profissionais de saúde – também são distintos e com maior comprometimento da autonomia no caso dos pacientes hospitalizados, (c) o cenário de cada tipo de serviço de saúde tem particularidades e (d) as soluções para problemas éticos similares podem diferir, tendo em vista os díspares espaços-tempos de cuidado à saúde[8,9,12].

Com base no exposto, o presente artigo tem como objetivo principal a descrição dos problemas bioéticos vivenciados pelos membros das equipes de ESF – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentre outros, em suas práticas cotidianas na atenção primária do município – e como objetivos específicos (1) o delineamento das referidos problemas identificados e (2) a identificação do conhecimento dos membros das equipes sobre os conceitos de ética e de bioética.

PERCURSO METODOLÓGICO

Cenário do estudo e sujeitos envolvidos

O estudo foi conduzido no município de Teresópolis – o qual conta com aproximadamente 163.746 habitantes –, o qual possui área territorial de 770,51 km^2 e compõe a Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Teresópolis conta com 12 equipes de ESF – com 76 agentes comunitários de saúde (ACS) – de acordo com o cadastro do Ministério da Saúde[13], o que representa uma cobertura de 24,98%. O município foi escolhido por conveniência, tendo em vista o acesso do pesquisador principal às unidades de saúde da família (USF). A coleta de dados ocorreu no período fevereiro a março de 2011.

Os sujeitos do estudo incluíram profissionais/trabalhadores de três USF do município. A seleção das USF foi aleatória (sorteio), mas com a condição preliminar de que as unidades selecionadas fossem portadores de equipes completas da ESF (no caso, haviam 8 USF completas no momento do sorteio). Todos os profissionais das equipes da ESF foram convidados a participar do estudo, exceto os que exerciam cargos administrativos ou que não compusessem a equipe de saúde preconizada pelo Ministério da Saúde[14].

Desenho do estudo e coleta de dados

Desenvolveu-se um estudo empírico, quali-quantitativo, no qual se buscou identificar e caracterizar as questões bioéticas na atenção à saúde, procurando-se descrevê-las[15] e interpretá-las criticamente, permitindo a análise racional e imparcial dos conflitos morais percebidos[16]. O estudo situou-se no campo da pesquisa social, utilizando o referencial teórico metodológico instrumental da pesquisa qualitativa, a qual trabalha com "*o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço*

mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" [17], devido às características do objeto de investigação.

Adotou-se o questionário semi-estruturado como instrumento para a coleta de dados, seguindo as recomendações da literatura de que o mesmo fosse misto – ou seja, albergando perguntas abertas e fechadas[18]. Sabe-se que as perguntas abertas permitem o pensamento livre e que as respostas variadas possibilitam a identificação de significados[18]; já as perguntas fechadas facultam rapidez e facilidade de resposta, bem como a posterior quantificação das mesmas[18]. O questionário abrangia 25 questões, divididas em três seções principais: (1) características gerais sobre a formação e o tempo de trabalho do profissional na ESF; (2) problemas bioéticos enfrentados pela equipe e (3) conhecimento sobre os conceitos de ética e de bioética. No que tange às "*características gerais sobra a formação e tempo de trabalho na ESF*" o questionário continha perguntas fechadas sobre a formação acadêmica dos profissionais, o tempo (em anos) de formação dos mesmos, o tempo (em anos) de atuação na área de saúde e o tempo (em anos) de atuação como profissional na ESF. O domínio "*problemas bioéticos enfrentados pela equipe*" continha indagações abertas nas quais os profissionais deveriam descrever alguma(s) situação(ões) bioética(s) vivenciadas na USF, quais foram as consequências, como a equipe abordou a(s) questão(ões), e, se houve – e qual foi a – solução do problema. Em relação à terceira seção do questionário – *conhecimento sobre os conceitos de ética e bioética* –, havia perguntas sobre o conhecimento dos conceitos de ética e de bioética, a possibilidade de se ensinar tais saberes, se os mesmos deveriam estar inscritos em suas rotinas de trabalho e se havia interesse em aperfeiçoar os conhecimentos sobre tais temáticas.

As equipes selecionadas foram contatadas – em suas próprias USF – para exposição da proposta do estudo e, em seguida, para a formalização do convite de participação e esclarecimento acerca dos objetivos da investigação. Uma vez recebido o livre aceite do profissional, procedeu-se a aplicação do questionário semi-estruturado aqueles que desejaram participar. Coube ao pesquisador interferir o mínimo possível, apenas orientando e estimulando cada participante na elaboração de suas respostas.

Análise de dados

A apreciação das respostas foi conduzida pela técnica de *Análise de Conteúdo* – mas especificamente a *Análise Temática* –, devido à sua adequação à investigação qualitativa na área da saúde. Ato contínuo a leitura criteriosa das respostas, cumpriu-se três etapas: (a) pré-

análise, (b) exploração do material e (c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação[19,20] . A ulterior quantificação dos dados foi realizado no programa Epi InfoTM versão 3.5.2.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à análise, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Protocolo de Aprovação nº 477-10), em consonância com o preconizado pela Resolução CNS/MS nº 196/96. Obteve-se inicialmente o consentimento da Secretaria de Saúde do Município de Teresópolis – RJ. Os participantes assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). [21]

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados, a seguir, será realizada por seção do questionário.

Características gerais dos sujeitos de pesquisa (secção I)

O questionário foi respondido – em um período médio de 45 minutos – por 31 profissionais da UBS, de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1. Profissionais da ESF do Município de Teresópolis que responderam ao instrumento de coleta.

Profissão	Frequência Absoluta	Frequência Realtiva (%)
Agente Comunitário de Saúde	13	41,9%
Técnico de higiene bucal	2	6,5%
Cirurgião-dentista	2	6,5%
Enfermeiro	5	16,1%
Médico	5	16,1%
Técnico de Enfermagem	4	12,9%
Total	**31**	**100,0%**

Fonte: dados da pesquisa.

Para garantia do sigilo da identidade dos participantes, a cada questionário foi atribuído uma codificação, representada por uma numeração associada a uma sigla; qualquer referência ao mesmo era feita em relação ao código correspondente.

A quase totalidade dos profissionais que responderam os questionários pertencia ao sexo feminino (n = 29). Em relação ao grau de instrução dos participantes, 19 (61,3%) responderam possuir nível médio de escolaridade e 12 (38,7%) haviam concluído o nível superior completo, com especialização (concluída ou em curso). O tempo de trabalho dos participantes na área de saúde e o tempo que os profissionais atuavam diretamente na atenção primária são apresentados, respectivamente, na Tabela 2.

Tabela 2. Tempo de trabalho na área de saúde *versus* tempo de trabalho na atenção primária.

Tempo de trabalho na área de saúde			**Tempo de trabalho na atenção primária**		
0 a 1 ano	5	16,1%	0 a 1 ano	7	23,0%
1 a 2 anos	5	16,1%	1 a 2 anos	6	19,0%
2 a 5 anos	8	25,8%	2 a 5 anos	5	16,0%
6 a 10 anos	8	25,8%	6 a 10 anos	6	19,0%
11 a 15 anos	5	16,1%	11 a 15 anos	4	13,0%
Não respondeu	-	0%	-	3	100,0%

Fonte: dados da pesquisa.

Percebe-se que poucos profissionais permanecem trabalhando na ESF ao longo do tempo, o que corrobora com estudos anteriormente realizados, destacando a rotatividade de profissionais – ou seja, a não fixação dos profissionais na atenção primária – e a "precariedade do trabalho", em virtude de problemas relacionados a não valorização profissional, a instabilidade do vínculo trabalhista, a desmotivação com as condições de trabalho e a falta de infraestrutura adequada das USF, dentre outros[4,22-26]. Tal contexto se torna ainda mais complexo diante do surgimento de outras modalidades de gestão da ESF, tais como a terceirização por fundações estatais e por Organizações Sociais (OS)[24].

Aspectos atinentes aos principais problemas éticos/bioéticos identificados pelas equipes (secção II)

Quando solicitados a descrever – em uma das questões do questionário – situações vividas nas USF, nas quais se considerasse a ocorrência de problemas de ordem bioética,

parte dos profissionais (n = 9) respondeu que não havia vivenciado ou que não se recordava de situações de ordem ética/bioética durante seu trabalho na ESF; quatro participantes – 01 técnico de enfermagem, 01 técnico de higiene bucal e 02 ACS – não se pronunciaram quanto a esta questão no questionário, de modo que 18 profissionais relataram conflitos éticos. Deste grupo que respondeu afirmativamente a pergunta, as respostas explicitaram certa dificuldade de identificação de situações atinentes a problemas de ordem bioética, havendo certa confusão com transtornos relativos à organização ou ao planejamento do processo de trabalho da equipe:

> **CD12** "Relacionamento em equipe, a odonto entrou no PSF em março de 2010 e até agora fica a parte, primeiro participam o médico e o enfermeiro e depois "lembram" do dentista [...] O problema é complexo, por mais que tentemos modificar a visão não encontramos apoio".
>
> **M3** "Por conflito entre as técnicas deixou-se de realizar algumas vacinas. As duas foram chamadas pela enfermeira e orientadas para que isso não se repetisse...".

Esta dificuldade de identificação – e, até mesmo, certa confusão – pode ser compreendida ao se compreender que nas unidades básicas de saúde, os encontros com os usuários são mais frequentes e em situações de menor urgência, ou seja, a emergência, a imediatidade e a dramaticidade das situações vivenciadas – por exemplo, nos prontos-socorros ou nas unidades de terapia intensiva – fazem com que os problemas bioéticos sejam mais evidentes, tempestuosos e avultados, enquanto que nas unidades básicas de saúde, apresentam-se de maneira mais sutil, passando, muitas vezes, desapercebidos [24].

Dentre as respostas que se referiam a problemas bioéticos (n = 18), duas foram as principais *categorias* de problemas bioéticos referidos: (1) *conflitos entre as equipes de saúde e os usuários* – desrespeito à privacidade e à confidencialidade dos usuários e/ou familiares e um caso de agressão física a de um ACS por morador da comunidade – e (2) *conflitos entre os próprios membros das equipes* – desrespeito, críticas e agressões verbais entre os profissionais, ocorrência de discussões na presença dos usuários, realização de condutas que não eram da competência do profissional e não valorização da atuação interdisciplinar.

A *categoria 1* diz respeito, especialmente, à privacidade e à confidencialidade das informações – fornecidas aos profissionais pelos e usuários e pelos familiares dos mesmos – um dos aspectos bioéticos destacados pelos participantes da investigação, conforme as respostas transcritas abaixo, as quais foram elaboradas por uma enfermeira e um ACS:

E9 - “Falta de sigilo de algumas questões pessoais de pacientes.”

ACS27- “Paciente soro positivo e o colega [ACS] sem querer deixou ‘vazar’, sendo que a paciente não queria que ninguém soubesse [...], causou constrangimento, preconceito em relação à paciente com a comunidade.”

Por confidencialidade se entende “*a garantia do resguardo das informações dadas pessoalmente em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada*” ou “*o dever de resguardar todas as informações que dizem respeito a uma pessoa, isto é, a sua privacidade*”, ao passo que por privacidade se compreende a “*limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade, envolvendo as questões de anonimato, sigilo, afastamento ou solidão*”.[27,28]

Lidar com a privacidade e a confidencialidade das informações é um aspecto que permeia o processo de trabalho das equipes da ESF, haja vista a dificuldade para manter a privacidade – nos atendimentos realizados tanto na USF, quanto no domicílio dos enfermos – e de definir em que medida as informações privativas dos usuários e das famílias ou os fatos observados pelos profissionais – em especial o ACS – devem ser compartilhadas no âmbito da equipe. Destaca-se que as informações às quais a equipe de saúde da ESF tem acesso não dizem respeito exclusivamente a condições mórbidas dos usuários[12,29]. A privacidade impõe ao profissional o dever de resguardar as informações compartilhadas e de preservar a intimidade do paciente. Já a confidencialidade está relacionada ao contato entre o profissional de saúde e usuário e deve ser mantida em segredo, a menos que a revelação sela autorizada por este último[30,31].

Esta dimensão da questão é particularmente significativa no caso dos ACS, na medida em que esses profissionais precisam, necessariamente, pertencer a comunidade nas quais atuam. Desse modo, suas realidades sociais são as mesmas dos usuários aos quais são dispensadas as ações de cuidado[32]. Por ter maior proximidade com os pacientes e adentrar frequentemente no domicílio destes – no contexto da visita domiciliar –, a prática do agente comunitário requer a incorporação dos referenciais bioéticos em relação às interações cotidianas estabelecidas entre o próprio, os usuários e seus familiares[33].

Conforme argumentam Beauchamp e Childress, as justificativas bioéticas para o direito à confidencialidade se estribam no respeito à autonomia da pessoa[15]. Estas

informações adquirem uma importância em especial quando "*as revelações de informações sujeitam um paciente a riscos legais, perda de amigos, e de relacionamento amorosos, desolação emocional, discriminação, perda de emprego"* e outros[15]. Emerge nesse ponto a seguinte reflexão: em que medida essas informações ou observações – quanto a privacidade e confidencialidade – devem ser discutidas nas equipes da ESF, para quais profissionais e de forma podem ser reveladas?[30]

A *categoria 2* – os problemas bioéticos nas relações entre os membros da equipe (falta de companheirismo, de respeito, de compromisso e colaboração) – se referiram às dificuldades de se delimitar os papéis e as funções de cada membro da equipe da ESF e dos seus respectivos campos de atuação, os quais são decorrentes da incorporação de novos profissionais e das inovações nas propostas de atenção[9,34]. As citações a seguir corroboram essa delimitação:

> **E6** - "Discussão de funcionários na frente de pacientes. [...] Ficaram assustados com o ouvido".
>
> **M2** - "No momento não me recordo. Mas sempre temos conflitos interpessoais entre a equipe [...]".

Destaque-se que tais aspectos podem interferir na integralidade do cuidado aos usuários do sistema. Para que ocorra a mudança das práticas de saúde e do correto trabalho em equipe, faz-se necessária também a transformação das relações de trabalho da própria equipe de saúde. Urge uma nova forma de olhar o usuário do sistema, o colega de trabalho e a si mesmo, como profissional de saúde[5]. Apesar do esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe, percebe-se que o trabalho em equipe na atenção primária ainda revela a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, havendo assim o risco de os profissionais se isolarem em seus "núcleos de competência" ou ações que sejam realizadas de forma isolada e justaposta, se reproduzindo assim vários planos de fragmentação, tanto na organização do trabalho e dos saberes, quanto na interação entre os sujeitos – entre os profissionais e destes com os usuários.[35]

Quanto à *abordagem das equipes para solução dos conflitos que foram descritos no questionário*, oito participantes relataram que a solução adotada foi o diálogo entre os envolvidos, 18 não responderam e apenas 01 citou o acionamento da coordenação da ESF –

quando necessário –, o que repercutiu em transferências ou demissões de funcionários. Quatro membros das equipes referiram que não houve solução para os conflitos.

Quando perguntados se *foi necessário recorrer a alguma referência bibliográfica para solução dos problemas ou conflitos bioéticos ocorridos*, apenas 03 profissionais – 02 médicos e 01 enfermeiro –, referiram que houve necessidade de consultar seus respectivos Códigos de Ética Profissional. Sem embargo, os demais não responderam (n = 17) responderam que não foi necessária a consulta (n = 11). Quando perguntados no questionário sobre *as consequências dos problemas ocorridos*, as resposta referiram que houve repercussões negativas em alguns casos para os usuários e o vínculo destes com as equipes e, em outros, que houve repercussões danosas nos relacionamentos dos próprios membros das equipes, conforme descrito nas repostas:

> **TCE15** - "Consequências desagradáveis para os clientes, principalmente, que não estão em uma unidade de saúde para presenciar problemas entre funcionários".
>
> **M1** - "Insatisfação de toda a equipe".
>
> **E9** - "Desmotivação, desunião, fragilidades nos processos de trabalho, alta de qualidade do trabalho desenvolvido, prejuízos aos pacientes".

Diferentemente do que ocorre no ambiente hospitalar, a assimetria entre profissionais de saúde e usuários na ESF é estabelecida em outros termos. Enquanto nas instituições hospitalares as relações são autoritárias e pouco questionadas pelos pacientes mediante a "onipotência" do profissional de saúde – entendendo-se que o nosocômio é um espaço de confinamento, por excelência, típico das sociedades disciplinares[36,37] –, a submissão dos usuários da ESF é menor, haja vista que a adesão às condutas prescritas depende, na maior parte das vezes, da deliberação do próprio usuário. O usuário é detentor de maior autonomia a tomada de decisão atinente ao próprio cuidado e por tal motivo o olhar clínico na atenção primária precisar ser ampliado para que propicie o entendimento do sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, de forma que ocorra as devidas pactuação e corresponsabilização no seu processo de cuidado à saúde[9]. Deve ser ressaltado, no entanto, a possibilidade de estabelecimento de um alto grau de intervencionismo na vida das pessoas, na maioria das vezes realizado pelos próprios ACS, reproduzindo, mesmo sem que estes tenham conhecimento ou intenção, processos de captura

instados no âmbito das sociedades de controle[37,38]. Escapa-se dos buracos das *toupeiras* para o enredamento nos *anéis da serpente* [36,37]

Aspectos atinentes ao conhecimento dos membros das equipes da ESF sobre conceitos de ética e bioética (secção III)

A presente seção – a última parte do questionário semi-estruturado – teve por objetivo detectar o grau de apropriação teórica dos profissionais em relação aos conceitos de ética e bioética. As três primeiras perguntas referiam-se (a) a quais eram as primeiras palavras que vinham a mente dos profissionais quando ouviam os termos 'ética' e 'bioética' (técnica de evocação ou de associação livre aos termos), (b) se conheciam alguns conceitos sobre 'ética' e ' bioética' e, por fim, (c) se já tinham lido sobre conceitos tais como 'respeito à autonomia', 'beneficência', 'não-maleficiência',' justiça', 'proteção' e 'compaixão', dentre outros.

Quanto ao entendimento sobre o conceito de bioética, percebeu-se que muitos dos profissionais ainda não o distinguem corretamente do conceito de ética e de deontologia, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Entendimento sobre o conceito de Bioética

O que entende por 'Bioética'?		
CATEGORIAS	**Frequência Absoluta**	**Frequência Relativa (%)**
Princípio de condução da vida	6	19,4%
Respeito ao paciente/usuário	3	9,7%
Decisão acerca de outro indivíduo	3	9,7%
Não sabe	3	9,7%
Ética da saúde	2	6,5%
Ética em conjunto (equipe)	2	6,5%
Conjunto de normas	1	3,2%
Decisões que influenciam um grupo	1	3,2%
Não respondeu	10	32,1%

Fonte: dados da pesquisa.

As respostas a seguir ilustram a concepção deontológica:

> **THB17**- "[Bioética é] O respeito ao paciente, preservando-o de qualquer tipo de exposição".
>
> **AC20** - "[Bioética é] Um segredo profissional".
>
> **ACS27** - "[Bioética é] comportamento, atitudes, decisões...".

Nos próximos excertos, identifica-se a redução da ética e da bioética aos aspectos biológicos ou à esfera das ciências da saúde[39]:

> **CD12**- "[Bioética] São os princípios que pautam a conduta dos processos biológicos, saúde e de vida".
>
> **M5**- "Ética, no meu ponto de vista, é uma condição que rege a postura do cidadão no seu relacionamento com outros. Bioética é isso, em relação a assuntos relacionados à vida biológica do indivíduo".

Atualmente se reconhece que a bioética pode ser concebida de distintos modos, não se atrelando apenas às questões do campo das ciências da saúde, mas, igualmente, como um discurso sobre as implicações morais da *práxis* humana em díspares âmbitos[10]. Com efeito, para Kottow (2005), o campo diz respeito a um conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam – e legitimam eticamente – os atos humanos, entendendo que esses atos afetam de forma profunda – e na maioria das vezes, irreversível –, de maneira real ou potencial, os sistemas vivos.[40]

Ademais, percebeu-se, também, que os aspectos relacionados às questões ambientais e de inter-relação saúde/ambiente – os quais integram determinantes no adoecimento da população – não foram citados ou correlacionados com a bioética nas respostas dos profissionais. Não se pode deixar de considerar também que as mudanças no meio ambiente podem causar efeitos sobre a vida do planeta e, igualmente, sobre a saúde dos seres vivos[41]. Entretanto, tais aspectos reconhecidamente deveriam ocupar papel primordial nas reflexões e ações do cuidado desenvolvidas pela equipe multiprofissional da ESF e dirigidas ao usuário do SUS[42,43], além da necessidade de serem contextualizadas e incluídas na formação dos profissionais de saúde[44-47], exigindo a ultrapassagem da preocupação do homem exclusivamente consigo mesmo ou apenas com a sua espécie.[10]

No que diz respeito à afirmação contida no enunciado da questão de número 21 do questionário – na qual se exprime "*Todos os profissionais de saúde devem ter seu trabalho*

pautado nos princípios da ética e da bioética" – pediu-se que os participantes do estudo referissem sua percepção quanto à mesma e, em seguida, perguntou-se se estes já haviam participado de algum curso, capacitação ou outro processo de ensino-aprendizagem que enfocasse – ou abordasse – os princípios da ética e da bioética. Apesar de concordarem sobre a importância de um trabalho com base em tais referenciais (n = 25) – conforme respostas obtidas e elencadas na tabela 2 – percebeu-se pouca aproximação desses profissionais com os conceitos da bioética. Dentre as respostas obtidas, 54,8% (n = 17) dos profissionais das equipes referiram a não participação prévia em atividades de ensino-aprendizagem sobre aspectos relacionados à ética e à bioética, no grupo dos ACS (de um total de 13 agentes, 05 – ou seja 38,0% – destacaram não ter participado de eventos prévios de formação em ética e bioética). Apesar de explicitamente incluído nas atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação na área da saúde e embora reconhecido como importante para formação profissional pelos participantes da investigação, percebe-se que o ensino superior na área de saúde não aborda de forma adequada – ou suficiente –, as reflexões bioéticas necessárias à formação profissional.

Tabela 4 – Participação em cursos, oficina ou outra modalidade de ensino-aprendizagem de ética e bioética.

PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DE FORMAÇÃO EM ÉTICA E BIOÉTICA	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Não participou de atividade de formação	17	54,8%
Sim, promovido pela IES ou conselho profissional	5	16,1%
Sim, promovido por órgão público.	3	9,7%
Sim, sem especificações	2	6,5%
Sim, curso técnico	1	3,2%
Em branco	3	9,7%

Fonte: dados da pesquisa.

Tal cenário traz à tona a relevância de se incluir a bioética nos currículos dos cursos de graduação e de pós-graduação – bem como nos processos de educação continuada e de educação permanente[48] –, a qual deve ultrapassar os códigos deontológicos e as meras relações morais de boa convivência, perpetuadoras, muitas vezes, de espúrias relações de poder [37,40-50].

As três últimas questões do instrumento consistiram em perguntas para avaliar se os participantes da pesquisa consideravam a ética e a bioética como temas passíveis de serem ensinados e sobre o anseio dos mesmos pelo aprimoramento dos conhecimentos nesse campo de investigação. Ao analisar as respostas, percebeu-se certo consenso de que a ética e a bioética poderiam ser ensinadas (n = 24; frequência relativa = 77,4%), com a exceção de três profissionais que assinalaram que essa não seria uma possibilidade e outros quatro que deixaram em branco a resposta desta questão. Quanto ao desejo de aprender mais sobre ética e bioética houve consenso dos participantes – n = 26 (frequência relativa = 83,9%) pronunciaram-se afirmativamente –, sendo que apenas 05 deles não responderam. As respostas referentes à quais modalidades consideravam adequadas para o ensino da ética e bioética estão elencadas na Tabela 5.

Tabela 5 – Modalidades referidas para o ensino-aprendizagem de ética e bioética.

ENSINAR ÉTICA E BIOÉTICA. DE QUE MODO?	Frequência Absoluta	Frequência relativa (%)
Sim, com cursos e palestras	10	32,3%
Sim, com as experiências da vida e oficinas	9	29,0%
Sim, sem justificativas	4	12,9%
Sim, com educação continuada	1	3,2%
Em branco	4	12,9%
Não	3	9,7%

Fonte: dados da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF representa uma estratégia inovadora e reestruturadora da atenção primária à saúde – e, em última análise, do próprio SUS –, na medida em que transpõe a visão fragmentada do ser humano para uma concepção integral na dimensão individual, familiar e coletiva[23]. Além disso, a compreensão do processo saúde-doença a que estão expostos os usuários das comunidades na atenção primária amplia o seu horizonte para a consciência da realidade familiar, comunitária e ambiental[23]. Neste contexto – no qual emergem necessidades crescentes e demandas múltiplas – as investigações dirigidas à delimitação dos problemas bioéticos no espaço da ESF se fazem extremamente pertinentes e necessários.

Contudo, mesmo que aparentemente menos evidentes – se comparados aos problemas bioéticos que permeiam as instituições hospitalares – existem questões atinentes ao âmbito da atenção primária à saúde que corrompem o processo de trabalho adequado e o alcance da promoção da integralidade no cuidado, destacando-se os limites da interferência das equipes no estilo de vida das famílias ou usuários, dificuldade para manter a privacidade nos atendimentos domiciliários, dificuldades para delimitar as especificidades e responsabilidades de cada profissional, falta de companheirismo e colaboração entre os membros da equipe. Em concordância com estudos realizados por outros autores – especialmente por Zoboli e Fortes – , o presente trabalho reafirma que, em diversos aspectos – apesar dos numerosos problemas bioéticos elencados –, muitos profissionais da ESF ainda têm grandes dificuldades para reconhecer e/ou diferenciar, em um dado contexto, um problema de natureza bioética. Tal fato remete também ao que Schramm[50] delimita como ponto de partida para o equacionamento e a resolução dos conflitos éticos: a identificação e a clara descrição do problema.

A bioética, no que diz respeito à ESF, traz a possibilidade de abordar e descrever as questões morais envolvidas, bem como se constitui, per si, em adequado referencial para se prescrever condutas condizentes e embasar processos de tomada de decisão frente aos desafios peculiares à atenção básica e a capacidade de interação dos profissionais da estratégia com a realidade do contexto onde estão inseridos. Desta feita, pode-se propor que para a consolidação do SUS – em termos da integralidade do cuidado e da dignidade humana –, não basta o redirecionamento da prática clínica na ESF, mas faz-se necessária à ampliação dos espaços de discussão – desde a graduação – dos conceitos da bioética, para a otimização do julgamento moral e da tomada de decisão ética.

REFERÊNCIAS

1. Silva KB, Bezerra AFB, Tanaka OU. Direito à saúde: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2012; 16(40):249-59.

2. Uchimura KY, Bosi MLM. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2012; 16(40):149-60.

3. Linard AG, Castro MM, Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm 2011;32(3):546-53.

4. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Melo EM. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa Saúde da Família: desafios estratégicos. Rev Bras Edu Med 2009;33(1)122-133.

5. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Cien Saude Colet 2003;8(2)569-84.

6. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Scorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Cien Saude Colet 2009;14(3):783-794.

7. Brasil. MS. Política Nacional de Promoção da Saúde: Portaria MS/GM n.687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2006.

8. Jungues JR, Schaefer R, Nora CRD, Basso M, Silocchi C, Souza MC, Mello RE, Melo B, Wingert GE. Ermenêutica dos problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária. Rev Bioética 2012;20(1):97-105.

9. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. O Mundo da Saúde 2009;33(2)195-204.

10. Motta LCS, Vidal SV, Siqueira-Batista R. Bioética: afinal o que é isto? Rev Bras Clin Med 2012 (no prelo).

11. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. Cien Saude Colet 2009;14(3):1241-1250.

12. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2004;20(6):1690-1699.

13. Brasil. MS. Sala de Situação em saúde. [Acessado 2012 jun 19]. Disponível em: http://189.28.128.178/sage/.

14. Brasil. MS. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

15. Beauchamp TL, Childress JF. PrincIes of Biomedical Ethics. 5th Ed. New York: Oxford University Press; 2001.

16. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad Saúde Publica 2001;17(4):949-956.

17. Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 21ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

18. Costa MAF, Costa MFB. Projeto de Pesquisa – entenda e faça. Petrópolis: Vozes, 2011, p.19-58.

19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

20. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.

21. Brasil. MS. Resolução nº 196/96 - Conselho Nacional de Saúde: diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

22. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I,Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia Saúde da Família. Cien Saude Colet 2010;15(Supl.1):1521-1531.

23. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm 2009;62(1):113-8.

24. Cotta RMM, Schott M, Azevedo CM, Francschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15(3):8-18.

25. Scorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo de atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica 2007; 21(2/3):164-176.

26. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. Cad Saúde Pública 2010; 26(5) 918-928.

27. Goldim JR. Bioética, Textos, Resumos, Definições, Normas e Casos. 2003. [acessado 2012 jun 19]. Disponível em: http://www.ufrgs.br/bioetica/confiden.htm.

28. Goldim JR. Bioética, Textos, Resumos, Definições, Normas e Casos. 2003. [acessado 2012 jun 19]. Disponível em: http://www.ufrgs.br/bioetica/privacid.htm.

29. Saliba NA, Garbin CAS, Silva FSJFB, Prado RL. Agente comunitário de saúde: perfil e protagonismo na consolidação da atenção primária à saúde. Cad Saude Colet 2011;19(3):318-26.

30. Seaone A, Fortes PAC. A Percepção do usuário do Programa de Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade das informações reveladas ao Agente Comunitário de saúde. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética, Vulnerabilidade e Saúde. Aparecida - SP: Idéias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2007. p.295-323.

31. Seaone AF, Fortes PAC. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. Saúde Soc São Paulo 2009; p.18:42-49.

32. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad Saude Pub 2008;24(6):1304-1313.

33. Fontoura MD, Almeida AP, Marques CMS, Prado MM, Portillo JAC. Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde. Rev de Saúde do Distrito Federal 2004;15(3/4):67-77.

34. Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. Cad Saude Pub 2001;17:233-41.

35. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2005; 9(16):25-38.

36. Deleuze G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: Deleuze G. Conversações Rio de Janeiro: Editora 34;1992.

37. Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. Cien Saude Colet 2009;14(4):1183-1192.

38. Foucault M. Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

39. Batista MB, Soares MTAM, Soares SP, Porto D. Conhecimento e percepções sobre Bioética em uma amostra da população em Brasília. Rev Bras Bioética 2009;5(1-4):106-125.

40. Kottow M. Bioética y biopolítica. Rev Bras Bioética 2005 1(2):110-21.

41. Siqueira-Batista R, Rôças G, Gomes AP, Albuquerque VS, Araújo FMB, Messeder JC. Ecologia na Formação dos profissionais de Saúde: promoção do exercício da cidadania e reflexão crítica comprometida com a Existência. Rev Bras Edu Med 2009;33(2):271–275.

42. Guimarães FT. Educação ambiental como domínio da promoção da saúde: conversações pedagógicas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. [dissertação]. IFRJ: Nilópolis, 2010.

43. Dias EC, Rigotto RM, Augusto LGS, Cancio J, Hoefel MGL. Saúde Ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. Cad Saude Colet 2009;14(6):2061-2070.

44. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Rôças G. Ética para todos os seres e ecologia profunda: um preliminar diálogo com relevância para a saúde pública. Cad Saude Colet 2009;17(3):559-574.

45. Palácios M, Rego STA. Bioética e Saúde Ambiental: algumas questões para discussão. Cad Saud Colet 2009;17(3):489-492.

46. Oliveira CA Palácios M. Diferentes Abordagens sobre Ética Ambiental. Cad Saud Colet 2009;17(3):493-510.

47. Siqueira-Batista R. O cuidado integral em questão: diálogos entre filosofia e medicina. Brasília Med 2010; 47(3):273-275.

48. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Cien Saude Colet 2005;10(4):975-986.

49. Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e Humanização como temas transversais na Formação Médica. Rev Bras Edu Med 2008;32(4):482-491.

50. Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABEM, 2004.

51. Schramm FR. Bioética da proteção; justificativas e finalidades. Rev IATROS 2005; 1:121-130.

7. DISCUSSÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de uma luta política da qual participaram movimentos populares, associações de moradores, profissionais de saúde, que, no Movimento da Reforma Sanitária, buscaram a construção de uma agenda positiva para os direitos sociais. No setor de saúde esse processo tem significado a defesa e a construção de um sistema universal e inclusivo, pluralista e democrático pela municipalização dos serviços. Desde sua concepção, tem, entre suas características mais importantes, o controle social e a gestão única em todas as esferas do governo (Nascimento; Correa, 2008).

No cerne da Estratégia Saúde da Família, anteriormente concebida como Programa Saúde da Família (PSF), está a ideia de proporcionar a população acesso à saúde nas unidades de saúde da família (universalidade), com igualdade de direito a todos (equidade) e assistência à sua necessidade, de maneira ampla Integralidade), descentralizando as ações a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (descentralização), estabelecendo vínculos e criando laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (regionalização/hierarquização). Nesse espaço, as pessoas receberiam orientações sobre cuidados de saúde e passariam a ser mobilizadas (incentivo à participação popular) sobre os cuidados e serviços oferecidos à sua saúde, à saúde de sua família e à saúde de sua comunidade, compreendendo a relação entre doença e hábitos de vida (Saliba et al, 2008; Brasil 2002).

Entretanto, dentre todos os desafios com que se depara a bioética, assinalam-se como relevantes as iniquidades sanitárias e de acesso à saúde (entre países e dentro dos próprios países). Estas disparidades sempre existiram, todavia e apesar dos esforços empreendidos, essas diferenças continuam e, em certas áreas da saúde, se mostram até mais pronunciadas (Meirelles e Oliveira, 2012).

O presente estudo abrangeu um domínio teórico e uma esfera empírica.

A investigação teórica dirigiu-se para extensa revisão da literatura sobre a Bioética, ponderar sobre a mesma, sobre a sua história e referenciar alguns dos temas mais polêmicos da atualidade imbricados na mesma: o aborto; a (bio)ética em pesquisa com seres humanos, a bioética em pesquisa com animais, a bioética nas questões relativas à saúde pública e sua interface com a Estratégia Saúde da Família e a alocação de recursos; bem como a Bioética e as questões referentes à preocupação com o meio ambiente e sua preservação. Ato contínuo, realizou-se por meio de estratégia de busca definida, outra extensa investigação e contextualização teórica, com foco no tema Estratégia Saúde da Família (ESF) e a sua proposta de reorganização da atenção básica investigando e discutindo suas possíveis fortalezas e fragilidades. A partir da leitura dos manuscritos, foi possível realizar a devida correlação entre ambos os temas - Bioética e ESF – o que proporcionou a compreensão e o embasamento adequados para a discussão do diagnóstico realizado na investigação empírica.

A pesquisa empírica permitiu que fossem destacadas as seguintes categorias de problemas éticos/bioéticos a partir das percepções das equipes de ESF:

(1) *conflitos entre as equipes de saúde e os usuários* – caracterizados como desrespeito à autonomia dos usuários, desrespeito à privacidade e à confidencialidade dos usuários e/ou familiares, e um caso de agressão física a de um ACS por morador da comunidade;

(2) *conflitos entre os próprios membros das equipes* – caracterizados como desrespeito, críticas e agressões verbais entre os profissionais, ocorrência de discussões na presença dos usuários, realização de condutas que não eram da competência do profissional e não valorização da atuação interdisciplinar.

Destaque-se que nesta investigação os participantes não identificaram – ou pelo menos, não relacionaram – conflitos éticos/bioéticos relacionados à organização e o sistema de saúde local, ao contrário dos resultados encontrados no estudo realizado por Zoboli e Fortes (2009). Entretanto, sabe-se que problemas organizacionais do serviço público – em

relação aos princípios e às diretrizes do SUS – e a má gestão podem levar a prejuízos para o desenvolvimento do potencial da ESF na sua proposta de reestruturação do sistema de saúde (Gomes e Cotta et al, 2011).

No que tange à primeira categoria – *conflitos entre as equipes de saúde e os usuários* – pode ser comentado que, embora ambas as atenções – hospitalar e primária – possam e precisem ser humanizadas, terão, sempre, peculiaridades referentes aos espaços, conforme será descrito a seguir.

Confrontando os cenários, cabe neste momento, discutir o imaginário social do hospital *versus* o imaginário da atenção primária à saúde. Certamente, no ponto de vista da relação entre profissionais de saúde e pacientes hospitalizados ou internados, o referencial cultural contribui com um certo tipo de diálogo (ou ausência dele), uma vez que a ameaça da morte, seguramente aumenta a tolerância dos enfermos às intervenções hospitalares. Por outro lado, onde impera a morte imperam aqueles a quem está designado o papel de lutar contra ela, o que significa simbolicamente a supremacia da decisão do profissional de saúde pela decisão do que considera melhor para vida do enfermo (Cunha 2010).

Além disso, o mesmo autor destaca que dentro do hospital, principalmente universitário:

> "A fragmentação do cuidado por especialidade é intensa, de forma que, à medida que aparecem outras patogenias, o paciente vai sendo "fatiado" por interconsultas que se responsabilizam por pedaços cada vez menores, onde se conclui que o paradigma biomédico, com seu princípio analítico fragmentador está mais à vontade no imediatismo do hospital".
> (Cunha, 2010, p. 32)

Algumas respostas sobre aspecto percebido nesta categoria diz respeito a relatos da recusa, por parte de alguns usuários ou seus familiares, em receber em suas residências, visitas de membros da equipe da ESF:

> **TE24**- "Ao visitar uma família, a responsável pela de saúde. [...] As pessoas estão muito insatisfeitas, talvez passando por problemas pessoais e acabam desafogando em pessoas que não tem nada a haver com seus problemas".

A resposta anteriormente transcrita remete a uma possível não percepção do profissional em relação à autonomia do usuário ou seu responsável em desejar ou não – pelo menos na naquele momento – a prestação do cuidado em saúde oferecido. Segundo Goldin (2004), uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais

e de agir na direção desta deliberação. Para Beauchamp e Childress (2001) ser autônomo não é a mesma coisa de que ser respeitado como um agente autônomo:

> "Respeitar um agente autônomo é, no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Esse respeito envolve a ação respeitosa e não meramente uma atitude respeitosa. Ele exige também mais que obrigações de não intervenção nas decisões das pessoas, pois inclui obrigações para sustentar as capacidades dos outros para escolher autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que arruínam sua autonomia. Nessa concepção, o respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto que o desrespeito envolve atitudes e ações que a ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros [...].
> (Beauchamp e Childress, 2001, p. 142-143).

A produção de dependência – ou a não produção de autonomia – pode configurar-se de forma desastrosa na atenção primária, e tem seus impactos diluídos no hospital. Se no hospital simbolicamente impera o medo da morte, na atenção primária impera a vontade de viver (Cunha, 2010). A tolerância dos usuários com os efeitos colaterais, custos e limitações impostas pelo tratamento é muito menor (Cunha, 2010).

Ademais, mesmo na atenção primária, a clínica é a arena das lutas – acerca da qual fala Foucault (1982) – e ao mesmo tempo pode ser uma força externa sobre os usuários, que em vez de contribuir para sua saúde e autonomia contribui para a sua submissão (Martins, 2004). O diagnóstico não esclarecido e seus desdobramentos podem colonizar e dominar a vida, produzindo exatamente a situação apontada por Foucault:

> "[...] Separa o indivíduo, quebra a sua relação com os outros, fragmenta a vida comunitária, força o indivíduo a voltar-se para si mesmo e o liga a sua própria identidade de um modo coercitivo.
> (Foucault, 1982, p.31).

Destaca-se a resposta de um dos profissionais (técnico de enfermagem) em relação à vivência de uma situação na unidade de saúde da família, cujo mesmo considerou de ordem ética/bioética:

> **TCE13** - "Cliente precisava de preservativo e o colega negou dizendo que não é dia e manda comprar".

Portanto, conclui-se que na atenção primária, a capacidade crítica dos profissionais requer conceitos éticos e bioéticos que podem colaborar para minimização dos possíveis danos de suas decisões e intervenção terapêutica. Entretanto, falhas no reconhecimento da existência de problemas éticos, no cotidiano das unidades de saúde da família, podem por em risco a atenção à saúde prestada nestes locais e resultar no rompimento da relação vincular estabelecida entre os profissionais e os usuários, isto, porque, embora os problemas identificados nesse contexto pareçam triviais – frente ao que se vê no hospital – e sejam sutis a ponto de passarem desapercebidos, implicam em consequências para os usuários individualmente, para as relações destes com os profissionais de saúde e para a comunidade (Zoboli, 2003; Zoboli, 2009).

Sob a ótica do *Principialismo* – corrente teórica da bioética proposta por Beauchamp e Childress –, discute-se o conceito de autonomia (Beauchamp e Childress, 2001) e este poderia se consubstanciar em uma prática de cunho bioético na atenção primária, ao contrário do que se percebe em determinadas intervenções dos profissionais neste cenário. Tal conceito auxiliaria a transpor a dificuldade de alguns profissionais em lidar com os "sujeitos que adoecem" em detrimento de observarem apenas as "doenças" que se manifestam nestes. Segundo os autores citados, o respeito pelas escolhas autônomas das outras pessoas está tão profundamente inserido na moralidade comum quanto qualquer outro princípio (Beauchamp e Childress, 2001).

O distanciamento dos profissionais da área de saúde com a proposta da emancipatória da bioética pode também levar a outro contraponto, o *paternalismo* e este está fortemente presente nas relações cotidianas em que, normamente o detentor do saber – profissional de saúde – toma decisões sem considerar as opiniões dos "outros" – os usuários –, supondo que assim esteja agindo em benefício deles e esquece-se que eles podem deter também um saber aprofundado sobre um determinado problema porque convivem de perto com o mesmo (BRAZ, 2009, p.58).

Outro aspecto, ainda referente a categoria (1) *conflitos entre as equipes de saúde e os usuários* – foi apontado como situações de desrespeito à privacidade e à confidencialidade dos usuários e/ou familiares. No estudo realizado, perceberam-se questões atinentes à dificuldade de alguns agentes comunitários em lidar com informações confiadas por alguns usuários ou seus familiares, conforme transcrito nas próximas respostas:

> **ACS27**- "Paciente soro positivo e o colega [ACS] sem querer deixou 'vazar', sendo que a paciente não queria que ninguém soubesse [...], causou

> constrangimento, preconceito em relação à paciente com a comunidade."

Dos integrantes das equipes da ESF, reconhecidamente o papel do agente comunitário de saúde é um dos mais importantes, já que se espera que ele seja o elo entre o serviço e a comunidade. O agente comunitário de saúde (ACS) é um profissional inscrito na saúde da família que obrigatoriamente reside na área onde executa suas atividades devendo, dentre as suas competências, ser o responsável por melhorar o acesso da sua comunidade aos serviços de saúde e contribuir para o desenvolvimento do papel político da população na construção da cidadania (Seaone e Fortes, 2007, p.297).

Ainda sobre o papel do ACS como modificador da condição social e da construção da cidadania:

> "É importante salientar que, por vezes, esse agente comunitário vivencia os mesmos problemas das famílias por ele assistida, muitas vezes em situação de extrema vulnerabilidade social."
> (Seaone; Fortes, 2007, p. 298).

Por ter maior proximidade com os pacientes e adentrar frequentemente no domicílio destes – no contexto da visita domiciliar –, a prática do agente comunitário requer a incorporação dos referenciais bioéticos em relação às interações cotidianas estabelecidas entre o próprio, os usuários e seus familiares e não apenas em conhecimentos científicos inerentes a área da saúde (Fontoura et al, 2004; Jungues et al, 2007).

A segunda categoria de problemas éticos/bioéticos refere-se aos "*conflitos entre os próprios membros das equipes"* – caracterizados como desrespeito, críticas e agressões verbais entre os profissionais, ocorrência de discussões na presença dos usuários, realização de condutas que não eram da competência do profissional e não valorização da atuação interdisciplinar. Atenta-se para algumas das falas transcritas:

> **E6** - "Discussão de funcionários na frente de pacientes. [...] Ficaram assustados com o ouvido".
>
> **M2** - "No momento não me recordo. Mas sempre temos conflitos interpessoais entre a equipe [...]".

Destaque-se que tais aspectos, em sua maior parte de cunho bioético e relacional, também podem interferir na integralidade do cuidado aos usuários do sistema. Para que ocorra a mudança das práticas de saúde e do correto trabalho em equipe, faz-se necessária também a transformação das relações de trabalho da própria equipe de saúde. Urge uma nova forma de

olhar o usuário do sistema, o colega de trabalho e a si mesmo, como profissional de saúde5. Apesar do esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe, percebe-se que o trabalho em equipe na atenção primária ainda revela a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho (Silva; Trad, 2005).

A produção cotidiana do cuidado em saúde depende, em grande parte, das competências dos trabalhadores em saúde, bem como do grau de interação entre várias identidades profissionais no âmbito da ESF (Silva e Félix, 2007; Uchimura; Bosi, 2012) e do respeito ético entre estes mesmos profissionais. Configura-se como de extrema relevância a atitude interdisciplinar e a necessidade do respeito e do trabalho em equipe, uma vez que permite maiores discussões e uma maior resolubilidade do problema, além de fortalecer a organização e gestão dos serviços. Ainda nessa perspectiva, faz-se importante ressaltar que a interdisciplinaridade e a proposta do trabalho em equipe – respeitando-se os diversos profissionais da ESF – não pretende a unificação de conhecimentos, mas a complementaridade de saberes em prol do cuidado integral (Linard; Cruz, 2011). Sabe-se que a relação de trabalho na ESF deve basear-se na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade ou atividade isolada, o que requer uma nova abordagem, questionadora das certezas profissionais, estimulante na comunicação horizontal e permanente entre os componentes da equipe (Cotta *et al*., 2006).

Estudos demonstram que o trabalho dos profissionais envolvidos na ESF mantém características compartimentalização, sem um planejamento coletivo que adapte as diversas atividades às necessidades da população na área de abrangência. Somam-se a isto, relatos sobre o relacionamento interno das equipes, revelando a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, o que acarreta descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional (Cotta *et al*., 2006), o que corrobora com a resposta abaixo transcrita, referente a percepção de um profissional cirurgião-dentista:

> **CD12** “Relacionamento em equipe, a odonto entrou no PSF em março de 2010 e até agora fica a parte, primeiro participam o médico e o enfermeiro e depois “lembram” do dentista [...] O problema é complexo, por mais que tentemos modificar a visão não encontramos apoio”.

Destaca-se ainda o fato que, a resposta anterior e a próxima referem-se a percepção dos profissionais quando solicitados solicitados a descrever – em uma das questões do

questionário – situações vividas nas USF, nas quais se considerasse a ocorrência de problemas de ordem bioética.

> **M3** "Por conflito entre as técnicas deixou-se de realizar algumas vacinas. As duas foram chamadas pela enfermeira e orientadas para que isso não se repetisse...".

Do grupo que respondeu afirmativamente a pergunta, as respostas explicitaram certa dificuldade de identificação de situações atinentes a problemas de ordem bioética, havendo certa confusão com transtornos relativos à organização ou ao planejamento do processo de trabalho da equipe.

Neste contexto, a realidade tem apontado que é necessário adotar novas metodologias e/ou métodos que possam influenciar na formação e capacitação desse profissional, destacando-se, assim, o método da problematização do processo, a aprendizagem significativa como diretriz e a ideia de que a educação deve ser feita no e para o trabalho, com base no qual são identificadas as necessidades de qualificação profissional, para que possam responder efetivamente às demandas dos usuários e dos serviços de saúde (Assis *et al*., 2010). Dentro de tal proposta, surge a educação permanente em saúde como estratégia também para transformar as práticas profissionais, partindo do pressuposto de que a formação e a capacitação da equipe de saúde devem tomar como referência a articulação entre ensino, serviço, gestão setorial e controle social em saúde (Assisi *et al*., 2010; Ceccim 2005a; Ceccim 2005b).

Sem embargo, os processos educativos na formação dos profissionais de saúde, ao longo do tempo, têm exigido a aproximação com o mundo do trabalho. Modelos tradicionais de ensino em saúde optam por processos de aprendizagem que priorizam a excelência técnica, muitas vezes desarticulada das reais necessidades sociais da população e organizam-se a partir de uma visão dicotômica positivo-tecnológica, onde são enfatizados os aspectos técnico-científicos, de um lado, e filosófico-ideológicos, de outro (Koifman et al, 2010). Ainda, segundo Koifman *et al*. (2007):

> "Limita-se assim, a prática em saúde ao exercício de uma técnica afastada da prática social. É dada maior importância ao desenvolvimento técnico-operacional, desvalorizando-se reflexões de dimensões social, afetiva, manual e ética. Nesses processos de aprendizagem, utilizando um termo de Paulo Freire, o "depósito" e a memorização são privilegiados em detrimento de outras possibilidades intelectuais, como a valorização da capacidade de produção de sínteses críticas sobre o que determina o adoecer."
>
> (Koifman et al., 2007, p.166).

Mediante toda discussão e fundamentação apresentadas, conclui-se que a bioética pode representar um potente e necessário instumento para o equacionamento dos conflitos inerentes às práticas de saúde na Atenção Primária. Na atenção à saúde e na ação cuidado, há sempre, ao menos, duas pessoas envolvidas: o usuário e o profissional. Assim, a deliberação moral, na prática, deverá ser feita, no mínimo, pelo diálogo bioético entre os dois. E um diálogo que possibilite a troca de partir de fatos, emoções, sentimentos, crenças, valores, enfim, muito mais que apenas os dados dos sinais, sintomas e resultados dos exames, sem desses prescindir. Faz-se necessária à escuta, o reconhecimento do vínculo, os afetos e o respeito pela diferença e diversidade, em clima de respeito mútuo.

Dessa forma, acredita-se a Bioética instrumentaliza o indivíduo – e neste contexto, o profissional de saúde na ESF – a deixar de ser um mero decisor ou solucionador de problemas para se tornar um interlocutor que questiona presunções arraigadas no discurso, interroga conclusões prematuras, instiga a um diálogo cooperativo com o usuário, no qual todos aprendem e podem chegar a interpretações mais apropriadas à riqueza e a amplitude da realidade onde estes se inserem.

8. CONCLUSÃO

As conclusões alcançadas, confrontadas com os objetivos deste estudo foram:

Objetivo 1: Delimitar o estado atual dos debates sobre a Bioética e sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), de modo a subsidiar a investigação empírica dos problemas éticos no âmbito da ESF.

Conclusão 1: Em um mundo marcado pelo avanço tecnológico e, contraditoriamente, pelas desigualdades e injustiças sociais, a Bioética, estrutura-se como uma tentativa de resposta da às novas questões éticas levantadas pelas ciências da saúde e da vida, relativas ao desenvolvimento técnico e científico ocorrido na segunda metade do século passado, tornando possível repensar valores e conceitos – por exemplo, vida, morte e sofrimento . Sem embargo, envereda-se também pelas discussões sobre as pesquisas envolvendo seres humanos, ética em pesquisa com animais, justiça distributiva e alocação de recursos, preservação do meio ambiente e ainda faz sua interface com a Saúde Pública, em especial com os estudos contemporâneos desta na Atenção Primária.

No que tange à Atenção Primária, sua reorganização, por meio da ESF, faz-se mediante ações de promoção de saúde, prevenção de riscos e de doenças, assistência e recuperação com qualidade o que, sem dúvida, o que favoreceu para aproximação entre os serviços e a população. Nesse sentido, destaca-se enquanto estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde, permitindo ainda instituir o espaço-tempo de a visita domiciliar e a alteridade e a produção do acolhimento na atenção à saúde. Mesmo assim, permanecem impasses à consolidação da proposta do SUS, os quais se configuram na ESF sobre os aspectos do desafio de se compreender e praticar a integralidade na atenção primária, da valorização e da adequação do perfil dos seus profissionais/trabalhadores da ESF e da dificuldade de trabalho em equipe nas USF.

Objetivo 2: Delinear os principais problemas éticos/bioéticos identificados pelos membros das ESF do Município de Teresópolis.

Conclusão 2: Os principais problemas éticos/bioéticos junto à ESF do Município de Teresópolis diagnosticados foram:

Conflitos entre as equipes de saúde e os usuários, os quais se materializavam sob a forma de: (a) desrespeito à autonomia decisória dos usuários; (b) desrespeito à privacidade dos usuários e/ou seus familiares e também (c) desrespeito à confidencialidade dos usuários e/ou seus familiares.

Ademais, detectou-se também conflitos entre os próprios membros da equipe, os quais, por sua vez, se materializavam sob a forma de: (a) desrespeito, críticas e agressões verbais entre os profissionais; (b) ocorrência de discussões na presença dos usuários;(c) realização de condutas que não eram da competência do profissional e (d) não valorização da atuação interdisciplinar.

Atuar na Atenção Primária, reorganizada pela estratégia ESF, requer redirecionamento não só da prática clínica, mas também do equacionamento ético nas situações cotidianamente vivenciadas pelos profissionais e destes com os usuários do sistema.

Se comparados às discussões de "limite" no ambiente hospitalar, os problemas bioéticos/ éticos na Atenção Primária são caracterizados por seus aspectos "não dilemáticos". Entretanto, não podem ser classificados como de "menor importância". Deve-se sim, reconhecer que, se comparados como os da Atenção Terciária, estes lidam com fatos e valores distintos e, por vezes, de maior amplitude e complexidade, ainda que de menor dramaticidade.

Objetivo 3: Identificar o nível de conhecimento dos membros da ESF sobre os conceitos de ética e bioética, os quais são capazes de fundamentar as tomadas de decisão em relação aos problemas identificados.

Conclusão 3: Com o estudo realizado, diagnosticou-se a dificuldade de identificação de situações atinentes a problemas de ordem bioética por parte de alguns dos profissionais. Alguns destes mesmos profissionais confundiam transtornos relativos à organização/planejamento do processo de trabalho da equipe e outros de cunho deontológico com questões bioéticas. Neste aspecto, torna-se evidente a necessidade de aprimoramento das estratégias de ensino-aprendizagem em saúde e de educação permanente para estes profissionais, incluindo modalidades significativas para as discussões que permitam alcançar apurados mecanismos de reconhecimento e tomada de decisão, além do desenvolvimento moral frente aos problemas bioéticos inerentes ao contexto da Atenção Primária à saúde. Atuar na Atenção Primária, reorganizada pela estratégia ESF, requer redirecionamento não só da prática clínica, mas também do equacionamento ético nas situações cotidianamente vivenciadas pelos profissionais e usuários do sistema.

Com base nos resultados apresentados, é possível afirmar que os objetivos e a finalidade propostos, originalmente, na investigação foram atingidos.

REFERÊNCIAS

Almeida JLT; Schramm FR. Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics, and the rise of bioethics Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 1999; 15(Sup. 1):15-25.

Almeida M. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos Universitários da Área de Saúde. Londrina: Rede Unida, 2003.

Alves EMO, Tubino P. Conflito de interesses em pesquisa clínica. Acta Cirúrgica Brasileira. Vol 22 (5), 2007.

Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.9, n16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

Andrade ATL, Guerra MO, Andrade GN, Araujo DAC, Souza JP. Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma maternidade escola. Rev Bras Ginecol Obstet 2006; 28(7): 380-97.

Assis MMA, Rodrigues MO, Nascimento MAA et al. Perfil Socioprofissional dos gestores e das equipes de Saúde da Família versus princípios de Educação Permanente em saúde. In: Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSS (organizadores). Produção do Cuidado no programa Saúde da Família - Olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010.

Ávila GN, Ávila GA, Gouer GJC. Is the Unified List System for Organ Transplants Fair? Analysis of Opinions from Different Groups in Brazil. Bioethics 2003;17(5-6), p. 425-431.

Baptista TWF. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC, Pontes ALM. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. RJ: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.v.3.

Barchifontaine CP. Bioética e início da vida: alguns desafios. São Paulo: Idéias e Letras - Centro Universitário São Camilo; 2004.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.

Batista MB, Soares MTAM, Soares SP, Porto D. Conhecimento e percepções sobre Bioética em uma amostra da população em Brasília. Rev Bras Bioética 2009;5(1-4):106-125.

Beauchamp TL, Childress JF. PrincIes of Biomedical Ethics. 5th Ed. New York: Oxford University Press; 2001.

Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo: edições Loyola, 1994. p.137-422.

Bonamigo EL. Manual de Bioética: Teoria e prática. São Paulo: All Print Editora, 2011. p.35-264.

Bozeman B, Slade C; Hirsch P. Understandig Bureaucracy in Health Science Ethics: Toward a Better Institutional Review Board. American Journal of Public Health 2009 Sept; 99(9):1-8.

Brasil, Lei nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Brasília: DOU, 1990.

Brasil, Lei nº 8.142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília: DOU, 1990.

Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. [acesso em 10 abril de 2007]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#numeros.

Brasil, Ministério da Saúde. 20 anos de pesquisa sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil, Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96 - Conselho Nacional de Saúde: diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - Reimpressão. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: Portaria MS/GM n.687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Brasília: 2009. Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf. Acesso em: 18 janeiro 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. v.4 p.10-11.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Treinamento introdutório. Caderno 2, Brasília, 2000.

Brasil. MS. Resolução nº 196/96 - Conselho Nacional de Saúde: diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

Brasil. MS. Sala de Situação em saúde. [Acessado 2012 jun 19]. Disponível em: http://189.28.128.178/sage/.

Brasil. MS. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Cien Saude Colet 2003;8(2)569-84.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Cien Saude Colet 2005;10(4):975-986.

Ceccim RB. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface, Comunicação em Saúde 2015 set/fev; 9(16):191-177.

Ceccim RB. Feuerwerker LCM. O quadrilátero da Formação para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Physis: Rev Saud Colet 2004;14(1)41-65.

Ciccone L. Bioética – História, Princípios. Cuestiones. 2 ed. Madrid, 2006.

Cohen C, Segre M. Bioética. 3ed. Rev. e ampl. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008. p.17-40.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saude Publica 2008; 24(Supl 1):S7-S27.

Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. Cien Saude Colet 2001;6(2)319-328.

Costa EMA. Sistema Único de Saúde. In: Costa EMA, Carbone MH. Saúde da Família – uma abordagem multidisciplinar. 2ed. RJ: Editora Rubio, 2009.p.3-10.

Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm 2009;62(1):113-8.

Costa GD; Cotta RMM. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jan-fev; 62(1):113-8.

Costa MAF, Costa MFB. Projeto de Pesquisa – entenda e faça. Petrópolis: Vozes, 2011, p.19-58.

Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, Injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. Rev Bras Educação Médica 2007;31(3)278-286.

Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. Descentralização das políticas públicas de saúde: Do imaginário ao real. Viçosa. Ed. UFV/CEBES, 1998.

Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15 (Supl 3):7–18.

Cotta RMM, Schott M, Azevedo CM, Francschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15(3):8-18.

Cruz MM, Bourget MMM. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Saúde Soc 2010; 19(3):605-613.

Cunha GT. A Construção da clínica ampliada na Atenção Básica. 3ed – São Paulo: Hucitec, 2010.
Deleuze G. Crítica e clínica. 3ª reimpressão. SP: Ed. 34, 2008.

Deleuze G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: Deleuze G. Conversações Rio de Janeiro: Editora 34;1992.

Delors J, Al-Mufti I, Amagi Isao et al. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para UNESCO da Comissão Internacional de Educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez Editora, 1998.

Deverichi C. Metodi, criteri e processi di allocazione delle rissorsi. In: Sgeccia E, Spagnolo AG, organizadores. Etica e Allocazione delle Risorse nela Sanitá. Milano: Pensiero 1996; p.52-62.

Dias EC, Rigotto RM, Augusto LGS, Cancio J, Hoefel MGL. Saúde Ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. Cad Saude Colet 2009;14(6):2061-2070.

Engelhardt HT, JR. Manuale di Etica. Milano: Il Saggiatore 1991. p.19.

Facco FA, Schnaider TB; Silva JV. A Bioética: histórico e princípios. Enciclopédia Biosfera. Goiânia: Centro Científico Conhecer 2010; 6(11).

Faleiros FP, Silva JFN, Vasconcellos LCF; Silveira RMG. A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.35-54.

Feijó AGS. A função dos comitês de ética institucionais ao uso de animais na investigação científica e docência. Bioética 2004; 12 (2):11-22.

Fontoura MD, Almeida AP, Marques CMS, Prado MM, Portillo JAC. Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde. Rev de Saúde do Distrito Federal 2004;15(3/4):67-77.

Fortes PAC. A bioética em um mundo em transformação. Rev Bioét 2012;19(2):319-327.

Fortes PAC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética e Saúde Pública. 3ed. São Paulo: edições Loyola, 2009. p.35-48.

Foucault M. Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

Franco T, Merhy E. PSF: Contradições e desafios. In: Conferência Nacional de saúde On-line, Belo Horizonte – Campinas, 1999. Disponível em: <datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psftito.htm>. Acesso em: 22 jan 2012.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Publica 1999; 15(2):345-353.

Freire P. Pedagogia da Autonomia. SP: Paz e Terra, 2001;165p.

Garrafa V. A inclusão social no contexto da Bioética. Painel "Bioética: inclusão e justiça social", Belo Horizonte. In: VI Congresso Nacional da Rede UNIDA, julho 2005.

Garrafa V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. Rev Bioét 2012; 20(1):9-20.

Gaudenzi P; Schramm FR. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da Bioética em Saúde Pública. Interface, Comunicação em Saúde 201; 14(33):243-55.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Scorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Cien Saude Colet 2009;14(3):783-794.

Goldim Jr. Bioética e Interdisciplinariedade. Educação, Subjetividade & Poder, 1997;4:24-8.

Goldim JR. Bioética, Textos, Resumos, Definições, Normas e Casos. [Acesso em 02 de setembro de 2011]. Disponível em: http://www.bioetica.ufrgs.br/textos.htm#conceito.

Goldim JR. Bioética, Textos, Resumos, Definições, Normas e Casos. 2003. [acessado 2012 jun 19]. Disponível em: http://www.ufrgs.br/bioetica/confiden.htm.

Goldim JR. Bioética, Textos, Resumos, Definições, Normas e Casos. 2003. [acessado 2012 jun 19]. Disponível em: http://www.ufrgs.br/bioetica/privacid.htm.

Goldim JR. Bioética: Origens e complexidade. Rev HCPA 2006; 26(2):86-92.

Gomes FM, Silva MGC. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. Cien Saude Colet. 2011;16(Supl 1): 893-902.

Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde – a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. Cien Saude Colet 2011;16(Supl 1):881-892.

Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre MS, Siqueira-Ratista R. A práxis do Agente Comunitário de Saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. Saúde Soc 2009; 18: 744-755.

Guilhem D, Diniz D. O que é Ética em Pesquisa. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2008.

Guimarães FT. Educação ambiental como domínio da promoção da saúde: conversações pedagógicas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. [dissertação]. IFRJ: Nilópolis, 2010.

Hossne WS. Bioética – e agora,o que fazer? Revista - Centro Universitário São Camilo 2010; 4(4):487-491.

Hossne WS. Dos referenciais da bioética - a Equidade. Revista Bioεthikos – Centro Universitário São Camilo, 2009; 3(2):211-216.

Iglesias A, Dalbello-Araujo M. As concepções de promoção da saúde e suas implicações. Cad Saúde Colet 2011;19(3):291-298.

Jonas, H. O princípio responsabilidade; ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto, Ed. PUC-Rio, 2006. p.29-66.

Jungues JR, Schaefer R, Nora CRD, Basso M, Silocchi C, Souza MC, Mello RE, Melo B, Wingert GE. Ermenêutica dos problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária. Rev Bioética 2012;20(1):97-105.

Jungues JR, Selli L, Vial EA et al. A inserção da equipe do PSF na comunidade atendida: o paradigma da dádiva de Marcel Mauss como referência de compreensão. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética, Vulnerabilidade e Saúde. Aparecida - SP: Idéias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2007. p.286-294.

Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Melo EM. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa Saúde da Família: desafios estratégicos. Rev Bras Educação Médica 2009;33(1)122-133.

Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. Cad Saude Publica 2010;26(5) 918-928.

Katz RV, Grenn BL, Kressin NR, Kegeles SS, Wang MQ, James SA, et al. The Legacy of the Tuskegee Syphilis Study: Assessing its Impact on Willingness to Participate in Biomedical Studies. J Health Care Poor Underserved 2008 November; 19(4):1168–1180.

Kind L. Máquinas e argumentos: das tecnologias de suporte à definição da morte cerebral. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 2009; 16(1):13-34.

Koifman L, Fernandez VS, Ribeiro CDM. A construção do ato de cuidar no espaço da formação em saúde: a ética, a prática, sujeitos e valores. In: Pinheiro R, Lopes TC (organizadores). Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde.Rio de Janeiro: CEPES: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

Koifman L, Saippa-Oliveira G, Fernandez VS. Reflexões sobre o paple docente em saúde na constituição de valores e sentidos sobre o ato de cuidar. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Razões públicas para a Integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. P.165-181.

Kottow M. Bioética y biopolítica. Rev Bras Bioética 2005; 1(2):110-21.

Labra ME, Figueiredo JSA, Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva 2002; 7: 537-547.

Laplantine F. Aprender Antropologia. SP: Brasiliense, 2000.

Lima C. Ensaios Clínicos - Vulnerabilidade e Relativismo Ético. Acta Med Port 2005; 18: 221-226.

Linard AG, Castro MM, Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm 2011;32(3):546-53.

Lucena GAB, Gomes MCLU, Vital R, RÊGO DM. Considerações éticas sobre o aborto e a doação de órgãos de fetos anencéfalos. Revista Bioética 2009; 17 (3): 391-405.

Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABEM, 2004.

Martins A. Biopolítica: o poder médico e auatonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2012; 16(40):249-59.

Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Priore SE, Franseschinni SCC, Cazal MM, Siqueira-Batista R. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. Cien Saude Colet 2011;16(3): 1933-1942.

Martins PC, Cotta RMM, Siqueira-Batista R, Mendes FF, Franceschinni SCC, Piore SE, Dias G. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa Saúde da Família. Physis Rev Saud Coletiva 2009;19(3):679-694.

Matta GC, Lima JC. Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS. RJ: editora Fiocruz/EPSJV; 2008.

Matta GC. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Matta GC, Pontes ALM, coordenadores. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: editora Fiocruz/EPSJV; 2007. P.61-80.

Mattioni FC, Budó MLD, Schimith MD. O exercício da integralidade em uma equipe da Estratégia Saúde da Família: saberes e práticas. Texto Contexto Enferm 2011;20(2):263-271.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saude Publica 2004;20(5):141-146.

Mattos, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. 8ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.p.43-68.

Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. Cad Saude Pub 2001;17:233-41.

Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I,Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia Saúde da Família. Cien Saude Colet 2010;15(Supl.1):1521-1531.

Meirelles ACPR, Oliveira CC. Bioética e saúde global: cuidados primários como instrumento de justiça social. Rev Bioética 2012;20(1):28-40.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 21ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

Mitre SM. Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação dos profissionais de saúde: debates atuais. Cien Saude Colet 2008;13(Supl.2): 2122-44.

Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. Cien Saude Colet 2009;14(3):795-805.

Motta LCSM, Vidal SV, Siqueira-Batista R. Bioética: afinal o que é isto? Rev Bras Clin Med 2012 (prelo).

Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad Saude Pub 2008;24(6):1304-1313.

O´Dwyer G, Tavares MFL, De Seta MH. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no lócus da Saúde da Família. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2007; 11(23): 467-484.

Oliveira AAS. Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. Revista Bioética 2007 15(2): 170-85.

Oliveira CA Palácios M. Diferentes Abordagens sobre Ética Ambiental. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro 2009; 17(3):493-510.

OPAS. Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde. Brasília: Opas, 2002.

OPAS. Desempenho em equipes de saúde - manual. Rio de Janeiro: Opas, 2001.

Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. A Saúde no Brasil. Brasília: OPAS/OMS; 1998.

Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

Paim SP. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

Palácios M, Rego STA. Bioética e Saúde Ambiental: algumas questões para discussão. Cad Saud Colet 2009;17(3):489-492.

Palácios M. O conflito de interesses nas pesquisas que envolvem seres humanos. In: Schramm FR, Rego S, Braz M; Palácios M. Bioética – Riscos e proteção, organizadores. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p.80-100.

Pedrosa JIV, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saude Publica 2001;35(3):303-11.

Pegoraro OA, Ética e eutanásia. In: Carvajal E, Moraes PFC, Pegoraro AO. Células-tronco e eutanásia: potencialidades e limites. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2009. p. 97-103.

Pilecco FB, Knauth DR, Vigo A. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. Cad. Saúde Pública 2011; 27(3):427-439.

Potter V.R. Bioethics, A bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1971.

Potter VR. Bridging the gap between medical ethics and environmental ethics. Global Bioethics 1993; 6(3):161-64.

Raymundo MM. Os Deveres dos Pesquisadores para com os Animais de Experimentação: uma proposta de auto-regulamentação. Porto Alegre: Dissertação [Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas: Fisiologia] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e Humanização como temas transversais na Formação Médica. Rev Bras Edu Med 2008;32(4):482-491.

Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética para profissionais de saúde**.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p.13-118.

Reich WT. Revisiting the Launching of the Kennedy Institute: Re-visioning the Origins of Bioethics. Kennedy Institute of Ethics Journal 1996; 6(4):323-7.

Rezende AH, Peluzio MCG, Sabarense CM. Experimentação animal: ética e legislação brasileira. Rev. Nutr., 2008; 21(2):237-242.

Roy D. La biomédicine aujourd'hui et l'homme de demain. Point de départ et diretion de la bioéthique. Le Suplément 1979;128:59-75.

Saliba NA, Garbin CAS, Silva FSJFB, Prado RL. Agente comunitário de saúde: perfil e protagonismo na consolidação da atenção primária à saúde. Cad Saude Colet 2011;19(3):318-26.

Sandi SF, Braz M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. Revista Bioética 2010; 18 (1): 131-153.

Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FR. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.9, n16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

Scholze AS, Junior CFD, Silva YF. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? Interface – Comunic, Saúde, Educ, 2009; 13(31):303-14.

Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad Saúde Publica 2001;17(4):949-956.

Schramm FR, Palácios M, Rego S. O modelo bioético principialista para análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? Ciência e Saúde Coletiva 2008; 13(2):361-370.

Schramm FR, Rego S, Braz M, Plácios. Bioética: riscos e proteção. 2ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Editora Fiocruz, 2009.

Schramm FR. A moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. Ciência & Saúde Coletiva 2004; 9(3):773-784.

Schramm FR. Bioética da proteção; justificativas e finalidades. Rev IATROS 2005; 1:121-130.

Scorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo de atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2007; 21(2/3);164-176.

Seaone A, Fortes PAC. A Percepção do usuário do Programa de Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade das informações reveladas ao Agente Comunitário de saúde. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética, Vulnerabilidade e Saúde. Aparecida - SP: Idéias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2007. p.295-323.

Seaone AF, Fortes PAC. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. Saúde Soc São Paulo 2009; p.18:42-49.

Sen AK. Desigualdade reexaminada. RJ: Record; 2000;.301p.

Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2005; 9(16):25-38.

Silva KB, Bezerra AFB, Tanaka OU. Direito à saúde: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2012; 16(40):249-59.

Silva LL, Feliz SBCM. Gerência e trabalho em equipe na atenção primária. In: Archancjo DR, Archanjo LR, Silva LL (orgs). Saúde da Família na atenção primária. Curitiba: IPEX, 2007. P.75-98.

Siqueira-Batista R, Gomes AP, Rôças G, Cotta RMM, Rubião ECN, Pissinatti A. Moléstia de Chagas e ecologia profunda: a "luta antivetorial" em questão. Ciên Saúde Col 2011; 16:677-687.

Siqueira-Batista R, Gomes AP, Rôças G. Ética para todos os seres e ecologia profunda: um preliminar diálogo com relevância para a saúde pública. Cad Saude Colet 2009;17(3):559-574.

Siqueira-Batista R, Guedes AGM, Guimarães-Pereira E, Ramos-Oliveira F, Gomes AP, De-Pina-Costa A, Rocha-Mello A, Vitorino RR, Madalon-Fraga R, Martins M, Sucupira ED, Pinto LFS, Freitas LMR. Conversações sobre a peste branca: formação em controle de tuberculose de profissionais da Estratégia de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro. Cad Saúde Colet. 2011;19(3):312-17.

Siqueira-Batista R, Helayël-Neto JA. The chance is necessary? The case of The Drunkard's Walk: How Randomness Rules Our Lives. Rev Bras Ens Fís 2011; 33:1-11

Siqueira-Batista R, Rôças G, Gomes AP, Albuquerque VS, Araújo FMB, Messeder JC. Ecologia na Formação dos profissionais de Saúde: promoção do exercício da cidadania e reflexão crítica comprometida com a Existência. Revista Brasileira de Educação Médica. 2009; 33(2):271–275.

Siqueira-Batista R, Rôças G. Alfabetização ecológica. Rev Bras Educação Médica.2009,v.33;123-125

Siqueira-Batista R, Schramm FR. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. Cien Saude Colet 2009.v.14,1241-1250.

Siqueira-Batista R, Schramm FR. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. Ciência & Saúde Coletiva 2008; 13(1):95-102.

Siqueira-Batista R, Schramm FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sem. Cien Saude Colet 2005;10(1):129-142.

Siqueira-Batista R, Schramm FR. Conversações sobre a 'boa morte': o debate bioético acerca da eutanásia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; 211:111-119, 2005.

Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. Cien Saude Colet 2009;14(4):1183-1192.

Siqueira-Batista R. A ressurreição de Frankestein: uma metáfora das unidades de terapia intensiva contemporâneas. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M. Bioética – Riscos e proteção. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Fiorcuz, 2009. p.83-95.

Siqueira-Batista R. O cuidado integral em questão: diálogos entre filosofia e medicina. Brasília Med 2010; 47(3):273-275.

Soares AMM, Pineiro WV, Pereira AT. Eutanásia: questões de ordem conceitual. In: Carvajal E, Moraes PFC, Pegoraro AO, organizadores. Células-tronco e eutanásia: potencialidades e limites. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2009. p. 83-95.

Souza EM, Grundy E. promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. Cad Saúde Pública 2004;20(5):1354-1360.

Starfield B. Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: MS: 2004.

Stralen CJV, Belisário AS, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira AW. Percepção dos usuários e profissionias de saúde da atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24 (Supl 1):S148-S158.

Uchimura KY, Bosi MLM. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2012; 16(40):149-60.

Unesco. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura. Proteção do Meio Ambiente, da Biosfera e da Biodiversidade. Portugal, artigo 17, 2005.

Vidal, SV, Motta LCS, Esteves APVS, Vinicius LR, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e Estratégia Saúde da Família: a ponte entre a Clínica e a Saúde Pública. IX Congresso Brasileiro de Bioética, Brasília-DF; setem 2011.

Vieira JB, Verdi MIM. Interfaces entre Saúde Coletiva e Bioética a partir de um estudo da publicação de autores vinculados à pós-graduação em saúde Coletiva no Brasil. Interface - Comunic, Saude, Educ 2011; 15(36):21-37.

White RM, Spring S. Misrepresentations of the Tuskegee Study of Untreated Syphilis. J Natl Med Assoc. 2005 Dec; 97(12):1729-31.

World Health Organization (WHO). The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva, World Health Organization, 1992.

World Health Organization. The World Health Eport 2000: Health Systems, Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.

Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2004;20(6):1690-1699.

Zoboli ELCP, Fortes PAC. Novas pontes para a Bioética: do individual ao coletivo, da alta especialização à atenção básica. São Paulo, v. 28, n. 1, p. 28-33, 2004.

Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. O Mundo da Saúde 2009;33(2)195-204.

ANEXOS

ANEXO A – TCLE

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS - FESO
CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS - UNIFESO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO - PROPPE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "*Problemas Bioéticos na Estratégia Saúde da Família em um município da Região Serrana do estado do Rio de Janeiro*", a ser realizada com as equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Teresópolis, situado na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Tal pesquisa tem como objetivo principal descrever os problemas éticos e bioéticos vivenciados pelos membros das equipes da ESF – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além disso, são objetivos específicos da pesquisa (1) delinear os principais problemas éticos/bioéticos identificados pelos membros das ESF do Município de Teresópolis e (2) identificar o nível de conhecimento dos membros da ESF sobre os conceitos de ética e bioética, os quais são capazes de fundamentar as tomadas de decisão em relação aos problemas identificados.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, situada no campo da pesquisa social, onde você está sendo convidado a participar preenchendo o nosso instrumento de pesquisa que consta de um questionário de quatro páginas com perguntas abertas e outras fechadas.

Nós, responsáveis pela pesquisa, após o seu esclarecimento de todas as informações que se fizerem necessário, solicitamos a sua autorização para a publicação, em meios de divulgação científica, os dados obtidos durante o desenvolvimento deste processo. Será garantido a você participante, retirar a qualquer momento, o seu consentimento para participação desta pesquisa, sem lhe acarretar nenhum dano. Nos comprometemos também a respeitar em todas as etapas da pesquisa a sua privacidade, ou seja, sua identidade (nome e sobrenome) não será divulgada e você não será submetido a riscos por sua participação.

A pesquisa proposta foi preparada de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, em atenção à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde, Brasília, DF.

Teresópolis, _____de _____de 2011.

_____
ASSINATURA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

_____

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL - Telefone de contato: (21) 2641-7000.

ANEXO B – QUESTIONÁRIO

Problemas Bioéticos na Estratégia Saúde da Família
N° do questionário: __ __
I – CARACTERÍSTICAS GERAIS
1) Nome: _____
2) Pseudônimo: _____
3) Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
4) Idade: _____ anos Etnia: _____
5) Naturalidade: _____
6) Profissão: ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Técnico de enfermagem ( ) Agente Comunitário da Saúde ( ) Outra _____
7) Nível de escolaridade: ( ) Ensino Fundamental (primeiro grau) incompleto ( ) Ensino Fundamental (primeiro grau) completo ( ) Ensino Médio (segundo grau) incompleto ( ) Ensino Médio (segundo grau) completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo. Se sim, Qual curso?_____ ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós-doutorado

8) Tempo de exercício da profissão em anos: _____

9) Tempo total de trabalho em saúde da família:	**9) Tempo de trabalho na <u>atual</u> ESF:**
( ) 0 – 1 ano ( ) 1 – 2 anos ( ) 2 – 5 anos ( ) 6 – 10 anos ( ) 11 – 15 anos ( ) Não sabe	( ) 0 – 1 ano ( ) 1 – 2 anos ( ) 2 – 5 anos ( ) 6 – 10 anos ( ) 11 – 15 anos ( ) Não sabe

II – PROBLEMAS BIOÉTICOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE

10) Descreva situações, vividas na unidade, nas quais você considere que houve problemas de ordem ética e/ou bioética.

11) Como a equipe abordou o(s) problema(s) acima(s) descrito(s)?

12) Foi necessário recorrer a alguma referência bibliográfica (texto, artigo, código de ética, ou outro) ou a algum consultor para auxiliar na resolução da(s) questão(ões)? Quais?

13) Houve solução para o(s) problema(s)? Qual(is)solução(ões)?

14) Quais as principais consequências, do seu ponto de vista, do(s) problema(s) de ordem ética e bioética listado(s)?

III – CONHECIMENTO SOBRE OS CONCEITOS DE ÉTICA E BIOÉTICA

15) Qual é a primeira palavra que vem a sua mente quando você ouve o termo ética?

16) Qual é a primeira palavra que vem a sua mente quando você ouve o termo bioética?

17) Você conhece algum conceito de ética e de bioética? Se sim, qual ou quais?

18) O que você entende por ética?

19) O que você entende por bioética?

20) Já ouviu falar ou leu sobre conceitos como respeito à autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça, proteção, compaixão? Algum outro?

21) Todos os profissionais de saúde devem ter seu trabalho pautado nos princípios da ética e da bioética. Qual é a sua percepção sobre esta afirmação? Comente.

22) Você já participou de algum curso, oficina ou outro processo de ensino-aprendizagem no qual se tratou de ética e bioética? Qual e quando?

23) Você acha que é possível ensinar ética e bioética? Em caso afirmativo, de que modo?

24) Se você fosse montar um curso para discutir ética e bioética como este seria organizado?

25) Você tem interesse em se aprofundar no assunto? Justifique.

ANEXO C – CARTA DE ACEITE DE 1º ARTIGO

SBCM
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA
1989

São Paulo, 17 de maio de 2012.

Ilmo. Sr.
Dr. Luis Cláudio de Souza Motta

Prezado Dr. Luis Cláudio,

Informamos que o artigo: **Bioética: afinal, o que é isto?** de sua autoria e coautoria de Selma Vaz Vidal e Rodrigo Siqueira-Batista será publicado na Revista da Sociedade de Clínica Médica - Rev Bras Clin Med, volume 10, fascículo nº 5 (set-out) de 2012, como **Artigo de Revisão**.

Antes da publicação, o artigo será enviado em PDF para a sua revisão final.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antonio Carlos Lopes
Editor da RBCM

Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica
Rua Botucatu, 572 – Conjunto 112 – Vila Clementino – 04023-061 São Paulo, SP
Fone: (11) 5572-4285 – e-mail: revista@sbcm.org.br / sbcm@sbcm.org.br

ANEXO D – ARTIGOS SUBMETIDOS

Artigo 2 – de Revisão (0839/2012) – Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica.

Artigo 3 – Tema Livre (0971/2012) – (Resultados) Em busca do Ethos da Estratégia Saúde da Família – Uma Investigação Bioética.