

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**A EXPRESSÃO DA ÉTICA NA PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Cecília Maria Lima Cardoso Ferraz

BELO HORIZONTE - MG

2020

CECÍLIA MARIA LIMA CARDOSO FERRAZ

A EXPRESSÃO DA ÉTICA NA PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como critério para a obtenção do título de doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e enfermagem

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof. Dra. Maria José Menezes Brito

BELO HORIZONTE - MG

2020

Ferraz, Cecilia Maria Lima Cardoso.
F381e A expressão da ética na prática de profissionais da Estratégia
Saúde da Família [manuscrito]. / Cecilia Maria Lima Cardoso. - -
Belo Horizonte: 2021.
136f.: il.
Orientador (a): Maria José Menezes Brito.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem.

1. Ética. 2. Moral. 3. Virtudes. 4. Valores Sociais. 5. Estratégia
Saúde da Família. 6. Prática Profissional. 7. Equipe de Assistência
ao Paciente. 8. Dissertação Acadêmica. I. Brito, Maria José
Menezes. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem. III. Título.

NLM: W 50

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE TESE

ATA DE NÚMERO 169 (CENTO E SESSENTA E NOVE) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA CECÍLIA MARIA LIMA CARDOSO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 18 (dezoito) dias do mês de dezembro de dois mil e vinte, às 09:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da tese "A EXPRESSÃO DA ÉTICA NA PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", da aluna **Cecília Maria Lima Cardoso**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Maria José Menezes Brito (orientadora), Cláudia Maria de Mattos Penna, Sérgio Joaquim Deodato Fernandes, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas e Isabela Silva Cancio Velloso, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(x) APROVADA;

() REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

"A EXPRESSÃO DA ÉTICA NA PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA"

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Lucilene Batista Soares, Funcionária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2020.

Profª. Drª. Maria José Menezes Brito

Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna

(Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr. Sérgio Joaquim Deodato Fernandes

(Universidade Católica de Portugal)

Profª. Drª. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

(UFSC)

Profª. Drª Isabela Silva Cancio Velloso

(EE/UFMG)

HOMOLOGADO em reunião de CPG
Em 01.02.2021

Lucilene Batista Soares

Funcionária do Colegiado de Pós-Graduação

MODIFICAÇÃO DE TESE

Modificações exigidas na Tese de Doutorado da Senhora **CECÍLIA MARIA LIMA CARDOSO**.

As modificações foram as seguintes:

NOMES

ASSINATURAS

Prof^ª. Dr^ª. Maria José Menezes Brito

Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Maria de Mattos Penna

Prof. Dr. Sérgio Joaquim Deodato Fernandes

Prof^ª. Dr^ª. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Prof^ª. Dr^ª Isabela Silva Cancio Velloso



Documento assinado eletronicamente por **Sérgio Joaquim Deodato Fernandes**, Usuário Externo, em 26/01/2021, às 15:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Jose Menezes Brito**, Professora do Magistério Superior, em 26/01/2021, às 16:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Isabela Silva Cancio Velloso**, Professora do Magistério Superior, em 29/01/2021, às 08:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Maria de Mattos Penna**, Professora Magistério Superior - Voluntária, em 03/02/2021, às 12:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino**, Assistente em Administração, em 04/02/2021, às 09:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

COLEGIO DE PÓS-GRADUAÇÃO
n.º 2021



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0529224** e o código CRC **47DEF7B9**.

Referência: Processo nº 23072.229027/2020-96

SEI nº 0529224

01.02.2021

AGRADECIMENTOS

Agradecer é virtude!

Gratidão é deixar a alma derramar em agradecimentos, é suavizar-se por dentro. É retribuir em contentamento, em gestos, em sentimentos. É um reconhecimento ofertado, celebrado na simplicidade do carinho!
Lanna Borges

Obrigada Deus pelo cuidado que tens comigo! Obrigada por me guiar, iluminar o meu caminho, por me proteger e me abençoar com graças diárias. *“Provem e vejam como o Senhor é bom. Como é feliz o homem que nele se refugia!”* Salmos 34:8. Gratidão, Papai do Céu, pela oportunidade de evoluir como ser humano e profissional!

A minha mãezinha, D. Cecília, agradeço as orações diárias! A senhora é meu exemplo de fortaleza e doçura. Obrigada por cada palavra de motivação, por acreditar tanto em mim e por me permitir fazê-la orgulhosa! O meu amor pela senhora não cabe em mim! Amo-te incondicionalmente!

Ao meu pai, Sr. Messias, que saudades eu sinto! Gratidão pelo tempo juntos. Seus ensinamentos me serão eternos! Consigo sentir o seu carinho e o seu orgulho por cada passo dado! A sua “menina dos olhos” te ama, eternamente! Obrigada por cuidar de mim, de onde estiver!

“Meu lindo”, anjo de luz na minha vida! Ítalo, você é minha calma, minha serenidade! Você é a minha certeza de que tudo vai dar certo! Gratidão por compartilhar comigo a construção dessa tese. Obrigada por muitas vezes se fazer silêncio e acolhida. Obrigada por cuidar de mim! *“Tudo que eu quero, preciso nem dizer... Cê sabe, simplesmente sabe...Tudo que você quer, é, eu tô sabendo...Tá rolando transmissão de pensamento!!!”* Maketub! Amo você!

A minha pequena Isabela, meu anjinho de luz, de cachinhos dourados, expresso minha gratidão confessadamente emocionada! “Tenho mais que certeza, você veio do céu; e escondeu suas asas, em algum lugar!!! Um presente divino, com cabelo de anjo que me faz voar!!! Simples assim.. Sem saber, você mudou meu coração!!!” Filha, obrigada

por cada sorriso, cada palavrinha mágica que me despertava para a leveza e alegria de viver!! A sua frase: ‘mamãe, você vai brilhar no seu artigo’- foi capaz de me fazer acreditar que sempre somos capazes! Brilhe sempre, meu anjinho de luz! Mamãe te ama sem medida!

Aos meus queridos irmãos e familiares, agradeço as orações diárias. Elas fazem toda diferença na minha vida! Torcemos uns pelos outros! Amo vocês!

À minha amada orientadora Dra. Maria José Menezes Brito, gratidão sem fim! Obrigada por compartilhar comigo muito mais que teorias! Obrigada pelo cuidado que sempre vai além da academia. Você ensina com leveza e excelência! Sua experiência e colocações foram sempre muito valiosas para minha caminhada!

Aos pupilos e pupilas da nossa “anja” Maria José, obrigada pela parceria de sempre. Vocês foram muito importantes e especiais nesse percurso. Á Carol e Lilian, agradeço o compartilhamento de tanto conhecimento! Obrigada pela torcida e carinho de sempre.

Minhas queridas amigas do mestrado, do doutorado e, para a vida, Gláucia e Dani!! Vocês foram fundamentais para a concretização desse momento! Obrigada por tudo e por tanto!

Aos meus amigos que sempre se alegram com as minhas alegrias e que estão sempre por perto, nas dificuldades. Vocês fazem a minha vida mais feliz! Obrigada por existirem!

Meus sinceros agradecimentos a todos os participantes deste estudo, sem vocês nada disso seria possível.

*"Podemos praticar atos nobres
sem ter de dominar a terra e o mar"*

Aristóteles

RESUMO

FERRAZ, C.M.L.C. A expressão da ética na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família. 2020. 134f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

A atuação dos profissionais na Estratégia Saúde da Família demanda atendimento às necessidades individuais em saúde, que se manifestam em contextos familiares, coletivos e comunitários. Neste campo, a prática se caracteriza pelo trabalho em equipes multiprofissionais, frequentemente visitada pela vivência de questões éticas que exigem o desenvolvimento da sensibilidade moral para percebê-las, e de valores e virtudes para sua resolução na pretensão da execução da prática com excelência. Este estudo objetivou compreender a expressão da ética na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família. Tratou-se de um estudo de caso único, com abordagem qualitativa, realizado em unidades de saúde da família, de uma cidade de médio porte em Minas Gerais, Brasil. Os participantes da pesquisa foram enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde, perfazendo 35 profissionais. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas gravadas, guiadas por roteiro semiestruturado e observações não participantes. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo e o *software* de análise de dados qualitativos atlas.ti 8 foi utilizado como suporte tecnológico para a análise das entrevistas. Os resultados apontaram que a equipe de saúde da família vivencia obstáculos para a efetivação de sua prática, relacionados à organização do trabalho, às relações interpessoais e aos valores pessoais. Tal realidade influencia o desenvolvimento da sensibilidade moral de profissionais das equipes de saúde da família, podendo comprometer a deliberação moral e a prática dos profissionais. No entanto, foi possível identificar que a equipe busca desenvolver a sua prática direcionada às necessidades objetivas e subjetivas dos indivíduos/famílias, por meio do trabalho em equipe e de valores e virtudes como fundamentos para o cuidado centrado no indivíduo. No campo da deliberação moral, percebeu-se que essa é influenciada por elementos, tais como as características organizacionais, as relações interprofissionais no trabalho, a compreensão do contexto social e dos valores da população e da equipe de saúde, as questões legais das profissões, o conhecimento e a comunicação. O elemento de maior realce para a tomada de decisão ética foram as discussões e reflexões entre os membros da equipe de saúde na busca por soluções razoáveis e prudentes, revelando que a prática colaborativa, no contexto da

Estratégia Saúde da Família, se configura mediante colaboração entre profissionais de saúde de diferentes experiências profissionais e em rede intersetorial, bem como com a comunicação, relação harmoniosa, em ambiente agradável, e com a participação efetiva dos usuários, sustentando o processo deliberativo e cuidados de saúde integrais, assertivos e de qualidade. O conhecimento adquirido com essa investigação gera contribuições para os profissionais e para a gestão dos serviços da Atenção Primária à Saúde, por instigar a busca pela construção de ambientes de trabalho que valorizem a prática da equipe de saúde da família, contribuindo, assim, para a conscientização do conteúdo ético que permeia o cotidiano da saúde e possibilite o desenvolvimento da prática de excelência.

Descritores: Ética; Moral; Virtudes; Valores Sociais; Estratégia Saúde da Família; Prática Profissional; Equipe de Assistência ao Paciente

ABSTRACT

FERRAZ, C.M.L.C. The expression of ethics in the practice of professionals in the Family Health Strategy. 2020. 134f. Thesis (Doctorate) - Postgraduate Program in Nursing, School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, 2020.

The performance of professionals in Family Health Strategy requires attention to individual health needs, which manifest themselves in the context of family, collectivity and community. In this field, the practice is characterized by multidisciplinary teams, often used due to the experience of ethical issues that require a moral sensitivity among team members to perceive them, and values and virtues in order to find solutions while intent on carrying out a high standard of practice. This study aimed to understand the expression of ethics in the practice of professionals in the Family Health Strategy. It was a unique case study, with a qualitative approach, carried out in family health units, in a medium-sized city in Minas Gerais, Brazil. Research participants were nurses, nursing technicians, doctors and community health workers, making up 35 health professionals. Data collection took place through recorded interviews, guided by a semi-structured script and non-participating observations. The data were submitted to content analysis and the qualitative data analysis software atlas.ti 8 was used as technological support for the analysis of the interviews. The results showed that the family health team experienced obstacles to the effectiveness of its practice, related to work organization, interpersonal relationships and personal values. This reality influences the development of the moral sensitivity of professionals in family health teams, which can compromise the moral deliberation and practice of professionals. However, it was possible to identify that the team seeks to develop its practice directed by the objective and subjective needs of individuals / families, through teamwork and their values as foundations for individual-centered care. In the field of moral deliberation, it was noticed that this is influenced by elements such as organizational characteristics, interprofessional relations, understanding of the social context and values of the health team, the legal issues of the profession, knowledge and communication. The elements of greatest significance for ethical decision-making were the discussions and reflections among the health team in the search for reasonable and prudent solutions, revealing that the practice, in the context of the Family Health Strategy, is configured through collaboration between health professionals from different professions and among intersectoral networks, as well as good communication, harmonious relationship, in a pleasant environment, and with the effective participation of

users, supporting the deliberative process and comprehensive, assertive and quality health care. The knowledge acquired from this investigation demonstrates the contributions of professionals and for the management of Primary Health Care services, as it instigates the search for the creation of working environments that value the practice of the family health team, thus contributing to the awareness of the ethical content that permeates everyday health and enables the development of excellent practice.

Descriptors: Ethics; Moral; Virtues; Social Values; Family Health Strategy; Professional Practice; Patient Care Team

LISTA DE SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

APS - Atenção Primária à Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

NO - Notas de Observação

SF - Saúde da Família

ACS- Agente Comunitário de Saúde

WHO- Organização Mundial da Saúde

MG- Minas Gerais

PCCU- Prevenção do Câncer de Colo de Útero

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Matriz do Estudo de Caso Único Integrado da tese "A expressão da ética na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família".....	38
Figura 2: Município de Sete Lagoas- MG.....	39
Figura 3: População- Município de Sete Lagoas- MG.....	39
Figura 4: Distribuição da população do Município de Sete Lagoas- MG- segundo faixa etária.....	40
Figura 5: Serviços de Saúde do Município de Sete Lagoas- MG.....	40
Figura 6: Critérios de inclusão dos participantes no estudo “A expressão da ética na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família”, 2020.....	46
Figura 7: Árvore de valores e virtudes que direcionam a prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família de um município de MG.....	115
Figura 8: Fatores intervenientes ao desenvolvimento da Sensibilidade Moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família de um município de MG.....	117
Figura 9: Elementos associados à Deliberação Moral na equipe de saúde da família de um município de MG.....	119
Figura 10: Prática Colaborativa.....	120

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Unidades da estratégia Saúde da Família–Município de Sete Lagoas-MINAS GERAIS, 2019	42
Tabela 2: Unidades da estratégia Saúde da Família elencadas para o estudo e com profissionais atuando por mais de 6 meses.....	44
Tabela 3: Perfil dos participantes da Pesquisa, 2020.....	47
Tabela 4: Manuscritos provenientes da análise de dados da Tese intitulada: A expressão da ética na prática de profissionais Estratégia Saúde da Família.....	54

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
1.1 O ENCONTRO DA PESQUISADORA COM O OBJETO DE ESTUDO	19
1.2 CONTEXTUALIZANDO A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	23
1.3. OBJETIVO	27
2. REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1 A PRÁTICA E A ÉTICA DA VIRTUDE: CONCEPÇÕES TEÓRICAS NA PERSPECTIVA FILOSÓFICA DE ALASDAIR MACINTYRE.	29
2.2 FUNDAMENTOS DA DELIBERAÇÃO MORAL PROPOSTOS POR DIEGO GRACIA	33
3 PERCURSO METODOLÓGICO	39
3.1 TIPO DE ESTUDO E DELINEAMENTO METODOLÓGICO	39
3.2 CENÁRIO	41
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	43
3.4 COLETA DE DADOS	51
3.5 ANÁLISE DE DADOS	52
3.6 PRECEITOS ÉTICOS.....	54
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
4.1 Artigo 1: A ética da virtude na prática da equipe de saúde da família	57
4.2 Artigo 2: Sensibilidade moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família.....	66
4.3 Artigo 3: Elementos associados a deliberação moral da equipe de saúde da família: em busca da excelência da prática profissional.....	75
4.4 Artigo 4: Prática Colaborativa na Estratégia Saúde da Família: expressões, possibilidades e desafios para a produção do cuidado	86
4.5. SÍNTESE DOS RESULTADOS	95
4.5.1 <i>Desvelando a expressão da ética na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família.....</i>	95
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
6. REFERÊNCIAS	106

ANEXO 1 - Carta de Anuência do Município- cenário da pesquisa.....	111
ANEXO 2- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa- UFMG.....	112
APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	113

Introdução



1. INTRODUÇÃO

1.1 O ENCONTRO DA PESQUISADORA COM O OBJETO DE ESTUDO

Desde a minha formação, há 15 anos, venho atuando predominantemente na Atenção Primária à Saúde (APS). No início da trajetória profissional fui enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, concomitantemente, plantonista de um hospital de grande porte da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Durante três anos, tive a oportunidade de vivenciar duas experiências, nesses dois contextos tão diferentes. Já naquela época, a APS tornou-se uma paixão, tendo em vista que nela eu percebia maior potencialidade em exercer a enfermagem de forma proativa e autônoma. Eu entendia que, na ESF, poderia fazer mais pelo usuário, sua família e pelo sistema de saúde, de forma mais ampliada. Sentia-me mais valorizada neste contexto do que no hospital. Atualmente, trabalho como enfermeira responsável pelo atendimento à saúde da mulher (prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama) e coordenadora de um serviço de imunização da APS, de um município de pequeno porte, próximo a capital mineira.

Trabalhar como enfermeira da ESF, por nove anos, me possibilitou aprender que a atenção à saúde das pessoas extrapola os muros das unidades básicas de saúde. Portanto, a assistência prestada à população pelos profissionais da ESF, requer o desenvolvimento de habilidades e atitudes que vislumbram o vínculo, a escuta qualificada e o olhar acolhedor. No entanto, essas habilidades e atitudes são exploradas de forma incipiente na graduação, tornando-se um desafio para os profissionais que desejam desempenhar suas práticas com excelência.

Cotidianamente, eu vivenciava, e ainda vivencio, questões corriqueiras que, de certa maneira, se apresentam eticamente significativas. Para trazer maior clareza, apresentarei uma vivência que me fez refletir sobre sua implicação ética e sobre como nós, profissionais, agimos sobre ela. Além disso, me inquietam e demandam reflexão as possíveis repercussões das decisões tomadas, sobretudo aquelas que envolvem questões éticas.

Uma das experiências mais marcantes da minha trajetória ocorreu durante minha atuação como enfermeira na ESF ao receber a comunicação, via laboratório municipal, do resultado de um exame de sorologia para HIV positivo. Nosso fluxo de assistência consistia na realização do contato com o paciente, o mais rapidamente possível; agendamento de consulta com o infectologista de referência e; e realização do aconselhamento pós-teste, em

consulta individual. Seguindo o protocolo, convidei o paciente para a referida consulta, com escuta qualificada e em consonância com as necessidades do paciente.

No momento da consulta, o paciente se mostrava preocupado e ansioso. Reafirmei a ele o caráter sigiloso e confidencial do atendimento, e apresentei o resultado positivo do seu exame. Entendendo o impacto que esse resultado poderia ocasionar concedi ao paciente o tempo necessário para que processasse a informação, e ofereci apoio psicológico. Além disso, informei o dia e a hora da consulta previamente agendada com o infectologista, orientei sobre o uso do preservativo e que, uma vez seguindo adequadamente o tratamento, haveria a redução significativa de riscos de coinfeção e consequentes complicações. Até este momento, o paciente demonstrava aceitação e, aos poucos, ia se abrindo e fazendo perguntas sobre o tratamento.

No entanto, quando o informei a respeito da importância e necessidade de comunicar à parceira (esposa) sobre a realização da testagem anti-HIV, o paciente se descontrolou. Chorando, falou que não a contaria, que ela não poderia saber, que os dois tinham uma filha pequena e que a esposa não o perdoaria. Em seguida, ele me perguntou se algum outro profissional da unidade tinha conhecimento do resultado do exame. Sua preocupação se baseava no fato de se tratar de uma pessoa pública na cidade, de representação política. E além disso, a agente comunitária de saúde (ACS), era muito próxima de sua esposa. Neste momento, procurei sensibilizá-lo sobre o direito de sua esposa saber se também estava infectada pelo HIV para que pudesse, se tratar. O paciente saiu do consultório informando que pensaria a respeito e que daria retorno sobre a sua decisão.

Compreendendo o risco a que a esposa desse usuário estava exposta, e não tendo meios de informá-la e solicitá-la o exame de rastreamento, busquei ajuda junto ao médico da equipe. Já trabalhávamos na mesma equipe há três anos, e me assustei com a sua postura quando lhe contei sobre o resultado do paciente. Ele fez comentários desnecessários, questionando a conduta do paciente. No entanto, como sempre fazíamos, procuramos o apoio da psicóloga para tentarmos delinear a melhor estratégia de intervenção. Cada um de nós tinha ideias prontas e formadas sobre a melhor forma de agir, muitas vezes divergentes.

Para o médico, deveríamos chamar a esposa, informá-la sobre a condição de saúde do seu esposo e orientá-la sobre os riscos potenciais. Minha opinião sobre o tema era que a esposa do paciente tivesse acesso ao exame de triagem com seu consentimento, uma vez que haveria a necessidade de expô-lo. Na tentativa de resolver esse impasse, solicitei à ACS o agendamento de exame de Prevenção do Câncer de Colo de Útero (PCCU) para a esposa do

paciente. Esse era um procedimento de rotina, já que realizávamos busca ativa das mulheres faltosas nesse exame, e era o caso da esposa do paciente.

No exame de PCCU oferecemos a realização de todos os testes rápidos para as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) - HIV, Sífilis, Hepatite B e C. Dessa forma, seria uma boa oportunidade para tentarmos solucionar o problema. Assim, realizamos o agendamento do exame de PCCU por meio da ACS, mas não obtivemos sucesso. A mulher não compareceu à consulta agendada. Lamentavelmente, ela não era usuária assídua aos serviços da unidade.

Em relação à psicóloga, esta ofereceu-nos apoio em caso de necessidade, mas disse que só poderia intervir se nós encaminhássemos o caso a ela formalmente. Além disso, nos informou que, segundo seu código de ética profissional, o sigilo é preponderante.

Inquieta e sem saber como proceder nessa situação, fiz contato com as referências técnicas em ISTs da Superintendência Regional de Saúde e do Centro Estadual de Atenção Especializado, as quais me orientaram que nossa intervenção nesse caso iria até a apresentação do resultado positivo e o encaminhamento para o serviço de referência. Fui informada que devemos seguir o nosso código de ética no sentido de confidencialidade e sigilo, e que poderíamos ficar tranquilos, já que tínhamos feito tudo o que era possível. No entanto, eu fiquei dias refletindo sobre esse atendimento. E se a esposa já estivesse infectada? Ela não teria o direito de se tratar? Nesse tipo de situação, como devemos agir? Em nenhum documento oficial ou artigos científicos aparecia uma solução para essa problemática.

Poucos meses depois, o paciente nos procurou novamente, com queixas de verrugas na região peniana. Imediatamente o encaminhei à consulta médica e, em consulta compartilhada, o avaliamos, detectando possivelmente uma infecção pelo HPV. O paciente estava visivelmente mais magro e abatido. Ele tinha dificuldades na adesão ao tratamento do HIV, pelos efeitos adversos das drogas e pela negação da doença. Ele nos contou que, mesmo depois do diagnóstico, continuou se relacionando com outras mulheres, sem preservativos. Acionamos a psicóloga, e realizamos novamente a discussão do caso, agora agravado. Por meio de outras consultas e de terapia que, o paciente resolveu levar a esposa, para que o ajudássemos a revelar o diagnóstico.

O dia da revelação foi o mais difícil para mim. O casal começou a se agredir verbalmente, chorar, demonstrando todo o impacto que aquele diagnóstico estava trazendo para cada um e para seu contexto familiar. Ofertamos apoio psicológico a ambos, e realizamos a solicitação da sorologia anti-HIV para a mulher, já que não tínhamos na unidade, e nem no município, testes rápidos para realização imediata do exame. Tal situação deixou-

me constrangida e, ao mesmo tempo, angustiada por não poder oferecer assistência imediata à mulher. Infelizmente, após mais de 30 dias aguardando o resultado da sorologia, identificamos que o exame da mulher também era positivo e, para nossa maior preocupação, ela estava grávida. Imediatamente agendamos o pré-natal na nossa unidade e na unidade de pré-natal de alto risco no serviço de referência.

Toda essa situação me marcou, profundamente. Os posicionamentos dos profissionais da equipe foram individuais, sendo que alguns deles se detiveram à legalidade da atuação profissional, demonstrando insensibilidade, e até certa frieza. Outros tiveram um olhar para além do problema do paciente, pensando na justiça, na responsabilidade e na empatia. Compreender esses cursos de pensamentos e atuação de cada profissional perpassa pelo entendimento de quais valores ético-morais estão imbricados nas práticas.

Para além dos protocolos ministeriais, a prática de profissionais deve proporcionar tomada de decisões por meio de discussão em equipe, respeitando as multiplicidades de pontos de vista e vislumbrando as possíveis repercussões da decisão, na tentativa de que os desfechos dos atendimentos, balizados por valores ético-morais sejam os melhores possíveis.

Ter sensibilidade para identificar questões com implicações éticas e apresentar decisões igualmente éticas e justas, nem sempre é comum nas práticas dos profissionais. Percebo que esse tipo de problema ético e outros são situações do cotidiano das equipes de saúde da família, muitas vezes sendo naturalizados ou invisibilizados. Exemplos de problemas éticos na ESF podem estar relacionados à alta rotatividade dos profissionais, consequente quebra da continuidade da assistência, sobrecarga de trabalho, baixa adesão ao tratamento pelos usuários, relações interpessoais entre membros da equipe e entre equipe e população, além da infraestrutura, sigilo, confidencialidade e falta de recursos materiais/insumos. Vivenciar esses desafios de forma continuada, e sem momentos para reflexão sobre a percepção dos problemas e como lidamos com eles, tem o potencial de nos afastar da excelência da nossa prática, potencializando a possibilidade de desconfigurá-la na sua essência.

Em face ao exposto, busquei aproximar-me da teoria da ética da virtude de MacIntyre e dos ensinamentos da teoria da deliberação moral proposta por Diego Gracia, para compreender a expressão da ética na prática de profissionais da ESF.

1.2 CONTEXTUALIZANDO A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

Em um cenário de constante renovação, chamam a atenção as mudanças no campo das políticas e dos processos de trabalho em saúde no Brasil. No processo histórico de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 70, estabeleceu um conjunto de mudanças e transformações necessárias na área da saúde, com a consolidação de valores centrados na solidariedade, na ética e na democracia, incorporando, sobretudo, a dimensão social (PORTO, GARRAFA, 2011). O que qualificou a Reforma Sanitária como movimento se refere à união dos cidadãos e instituições políticas numa proposta ético-política, com interesses coletivos, para além do modelo assistencialista (AMARANTE, RIZZOTO, COSTA, 2015). O marco institucional da Reforma Sanitária consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual orientou o processo de transformação do setor, propondo a saúde como direito universal de cidadania e cabendo ao Estado a sua garantia (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

A temática “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro” foi proposta na 15ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2015, refletindo o *continuum* movimento da reforma sanitária brasileira. No documento orientador de apoio aos debates, a temática foi incorporada ao significado de “Cuidar bem das pessoas mediante a realização e a valorização do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, e a transformação das práticas de saúde” (BRASIL, 2015, p.1).

No Brasil, a APS, por meio da ESF, incorporou os princípios da Reforma Sanitária, enfatizando a reorientação do modelo assistencial, por meio de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Este ponto de atenção é caracterizado pelo desenvolvimento de atividades clínicas de alta complexidade e por ações longitudinais, que visam assegurar a integralidade da assistência (MENDONÇA et al. 2018). A atenção à saúde na ESF se pauta na observação dos “critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (BRASIL, 2012, p.19). Dessa maneira, a proposta da APS modificou profundamente as estratégias políticas e organizacionais e alterou as práticas e o trabalho em saúde (MENDONÇA et al. 2018). Por prática, MACINTYRE (2013) define:

Toda e qualquer forma coerente e complexa de atividade humana cooperativa socialmente estabelecida através da qual os bens internos a essa forma de atividade são realizados no curso de tentar alcançar os padrões de excelência que são apropriadas para e, parcialmente definitivos, dessa forma de atividade, com o

resultado de que os poderes humanos para alcançar a excelência, e as concepções humanas dos fins e bens envolvidos, são sistematicamente ampliados (MACINTYRE, 2013, p. 239).

O bem interno à prática pode ser entendido como a finalidade da atividade, a qual tem origem na própria profissão por meio da sua tradição e história, sendo identificado e reconhecido pela experiência de quem participa dessa determinada prática, conferindo-lhe sentido, identidade e legitimidade social (MACINTYRE, 2013). Somado a isso, se alguém se engaja efetivamente em uma prática, bens como o dinheiro, o prestígio, o status ou a informação também podem ser alcançados. Esses são denominados bens externos da prática, e são comuns a diferentes atividades; não especificam uma determinada prática, e nem a conferem sentido e legitimidade social, mas são reconhecidos como fruto do alcance do bem interno (MACINTYRE, 2013).

Na busca pelos bens internos, o profissional pode “deliberar sobre os meios”, mas não sobre o fim, porque ele já é dado. Portanto, o bem interno da prática é o fim que lhe é próprio (*telos*) (MACINTYRE, 2013). Transferindo essa caracterização para as atividades profissionais, pode-se inferir que o bem interno, no campo da saúde, é o bem do paciente (CORTINA, 2005). Neste contexto, os profissionais devem se organizar em torno da sua prática para definir seus modos de ser e de agir, mobilizando hábitos e atitudes referentes à sua época. Para alcançar o bem interno próprio de uma prática, espera-se que os que dela participam desenvolvam esses hábitos e atitudes, considerados como virtudes (MACINTYRE, 2013).

As virtudes são entendidas como qualidades humanas, relacionadas à inteligência e à sabedoria para deliberar sobre as ações mais adequadas, na pretensão de alcançar a excelência (CORTINA, 2005). A virtude, dessa forma, é incorporada ao mundo dos valores que norteiam a prática na busca pela excelência, e não um meio para alcançar o bem (CARAM, 2017). Sendo assim, os valores são assumidos no contexto da prática como orientadores e balizadores das ações, centralizando-se no processo de desenvolvimento moral, entendido como o caminho de valoração dos fatos, atos, e das características das pessoas, tais como a identificação e reflexão sobre os aspectos ético-morais envolvidos nas situações e o julgamento posterior. Considera-se virtuoso aquele que, na busca pelo *telos* da prática, tende a ser o mais competente, almejando alcançar o maior grau de excelência possível (CORTINA, 2005). Assim, as virtudes são relativas às práticas (HOOFT, 2013).

Nessa perspectiva, a prática, para fins do presente estudo, ultrapassa a concepção de um conjunto de habilidades técnico-operativas, transcendendo a conotação de mera realização

de tarefas, centrada na aplicação direta do conhecimento biotecnológico (ZOBOLI, 2013). A prática de profissionais da ESF é compreendida como um arranjo social legitimado, que deve ser desenvolvida por meio de valores ético-morais que direcionam os profissionais a prestar um serviço à comunidade (CORTINA, 2005), caracterizando e legitimando a própria prática.

Contudo, percebe-se que no cotidiano das instituições de saúde, as práticas dos profissionais são permeadas por problemas éticos que exigem posicionamentos que influenciam seus modos de agir (JUNGES, 2015). Pesquisas têm apontado que a reflexão sobre os problemas éticos na prática da APS é preterida em relação àqueles vivenciados nos hospitais, já que os desafios éticos na APS são compreendidos como mais sutis (ZOBOLI, 2016a; JUNGES, 2015). No entanto, a falha em perceber os problemas éticos da ESF pode comprometer o desenvolvimento da deliberação moral e a qualidade da assistência prestada, impedindo o alcance do bem interno das práticas (NORA et al. 2015).

Os autores supracitados apontam, ainda, que os problemas éticos da ESF estão relacionados às práticas incongruentes com a prestação do cuidado de qualidade, evidenciados por questões relativas à gestão da APS (problemas relacionados à carência de condições para os profissionais desempenharem seus trabalhos, infraestrutura), à longitudinalidade (dificuldades em garantir a assistência ao paciente por falta de recursos e entraves na Rede Assistencial de Saúde), a prática das equipes (dificuldades em cumprir, na prática, as responsabilidades de cada profissional da equipe, em trabalhar de forma interdisciplinar, falta de respeito nas relações interpessoais, usuários-profissionais e profissionais-profissionais), ao perfil profissional, à privacidade na APS e ao sigilo profissional (dificuldades em manter o sigilo e a privacidade, já que os domicílios e a comunidade se tornam extensões dos consultórios). Associa-se a todos esses problemas éticos, a burocratização do trabalho e a busca pela qualidade baseada em parâmetros e indicadores, o que tem afastado os profissionais da assistência direta e do contato com os usuários, comprometendo a prática centrada no sujeito (SANTOS et al. 2018; GALAVOTE et al. 2016), premissa do cuidado ofertado na ESF.

Neste contexto, os problemas éticos são compreendidos como desafios diários da prática de profissionais da ESF, que influenciam a sua conduta, na busca pela garantia do interesse e do bem-estar do usuário, exigindo a deliberação e ponderação para encontrar a melhor solução (NORA, et al. 2015). Neste estudo, a deliberação é entendida como um comportamento ético para análise dos problemas, de forma contextualizada e considerando a complexidade envolvida. Ela pressupõe a discussão de questões e tomada de decisões balizadas pelos princípios e valores dos envolvidos e as circunstâncias e consequências do

caso. Isso permitirá identificar todos, ou pelo menos, a maioria dos cursos de ação possíveis (GRACIA, 2001a). Desta forma, o processo de deliberar requer atitudes como escuta atenta, esforço para entender a situação proposta, análise dos valores envolvidos, e argumento racional sobre a decisão mais apropriada, mais sábia, razoável e prudente (GRACIA, 2016).

Nessa ótica, quando não é possível deliberar sobre os problemas éticos da APS, compromete-se a integridade moral dos profissionais e abre-se espaço para a descaracterização da sua prática. Sendo assim, faz-se necessário reorientar as práticas para uma lógica voltada para a formação de equipes multiprofissionais que compartilhem os desafios éticos da APS, por meio do desenvolvimento da prática colaborativa, da criatividade, da imaginação, de hábitos e de valores morais, na busca pelo bem interno, para o encontro da excelência Cortina (2005), mediante o desenvolvimento da deliberação moral.

Na perspectiva adotada, torna-se importante compreender a dimensão ética das vivências dos profissionais da ESF, por meio da identificação dos problemas éticos e pela forma como estes profissionais lidam com esses problemas e quais os valores e atitudes eles mobilizam para o alcance da prática de excelência. Sendo assim, enveredar-se na temática da ética, na prática de profissionais da ESF, sob o prisma de valores ético-morais, torna-se relevante, uma vez que os aspectos éticos, nesse nível de atenção à saúde, nem sempre são visíveis aos gestores, usuários e trabalhadores da área e, ao final, interferem na deliberação moral, na qualidade da assistência prestada, na consolidação do SUS Vidal (et al. 2014); Junges (et al. 2014) e, no alcance da excelência das práticas.

Por esse ângulo, assume-se como objeto do presente estudo, a prática de profissionais da ESF, considerando a expressão da ética nesse contexto. Tendo em vista as considerações apresentadas, emerge o seguinte questionamento: como a ética se expressa na prática de profissionais da ESF?

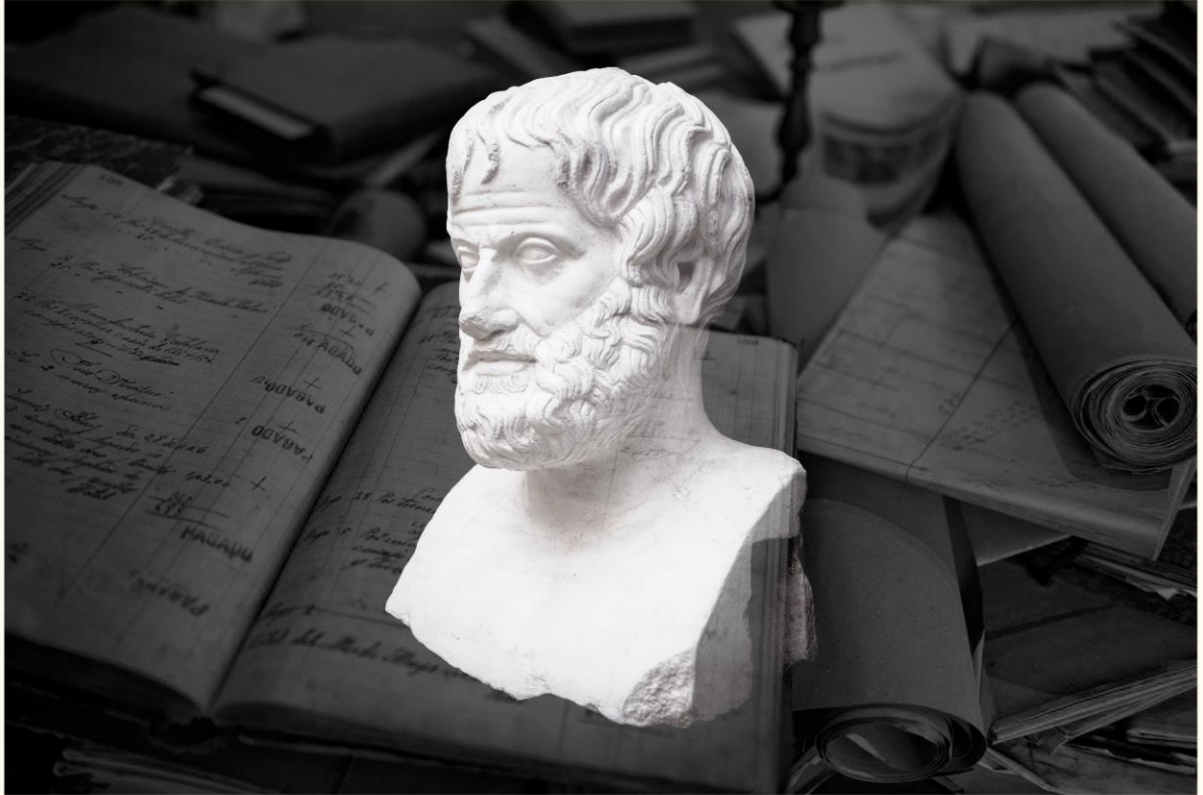
Parte-se do pressuposto de que a atuação dos profissionais na ESF demanda atendimento às necessidades individuais em saúde, que se manifestam em contextos familiares, coletivos e comunitários. Neste campo, a prática se caracteriza pelo trabalho em equipes, frequentemente visitada pela vivência de questões éticas, que exigem o desenvolvimento de valores e virtudes para sua identificação, resolução e para a execução da prática com excelência.

Sendo assim, defende-se a seguinte tese: A prática de profissionais da ESF é permeada por problemas éticos, que implicam no desenvolvimento de sensibilidade moral, de valores ético-morais e de virtudes que viabilizem deliberações condizentes com um fazer de excelência em prol do cuidado centrado no paciente, expressando a ética nesse cenário.

1.3. OBJETIVO

Compreender a expressão da ética na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Referencial teórico



2. REFERENCIAL TEÓRICO

A utilização de um referencial teórico sustenta a argumentação reflexiva e auxilia na interpretação e discussão dos achados de uma pesquisa. Dessa forma, a escolha da teoria a ser empregada deve representar o olhar do pesquisador sobre o objeto da pesquisa e balizá-lo em todas as suas etapas.

Assim, para o desenvolvimento desta tese, com vistas a compreender a expressão da ética na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), buscou-se a fundamentação teórica nas concepções acerca da prática e da ética da virtude apresentadas em “A prática e a ética da virtude: concepções teóricas na perspectiva de Alasdair MacIntyre”, e nos “Fundamentos da deliberação moral propostos por Diego Gracia”.

2.1 A Prática e a Ética da virtude: concepções teóricas na perspectiva filosófica de Alasdair MacIntyre.

A palavra “ética” provém do grego “ethos” que se refere ao modo de ser do indivíduo, ou ao caráter do ser humano. O The Jubille Centre for Character & Virtues (2017) supõe que um bom caráter moral é praticável, e que os profissionais atuam melhor por meio de uma prática virtuosa.

Macintyre é o principal autor contemporâneo que toma como referência central para sua reflexão filosófica o pensamento ético aristotélico. Apoiado na teoria da ética da virtude, o filósofo escocês percebe que serão os conceitos de tradição, prática e narrativa da vida humana que forneceriam as bases e princípios teóricos para a compreensão do papel das virtudes no contexto atual (MACINTYRE, 2013).

Para Macintyre (2013), o ser humano é integrado ao seu contexto social, onde desenvolve vários tipos de ações conectadas entre si, e que trazem resultados tanto para o sujeito que as exerce, quanto para a comunidade em que a pessoa vive. O desafio da sua reflexão está centrado em desenvolver uma ética para as sociedades contemporâneas, marcadamente pluralistas e multiculturais (ROSA, 2019).

Partindo dessa questão, e na tentativa de explicar e reunir aspectos díspares para a compreensão do papel das virtudes no contexto contemporâneo, Macintyre (2013) apresenta sua concepção de prática como um conceito profundo e específico baseado na práxis de Aristóteles. Práxis, na concepção de Aristotélica refere-se àquele tipo de ação que não é

realizada para se obter um resultado distinto dela mesma, mas que tem incluído nela o seu próprio fim (CORTINA, 2005).

A prática Macintyreana é entendida como uma forma complexa e coerente de atividade humana, estabelecida socialmente, por meio da qual os bens internos a ela pertencentes sejam almejados, na tentativa de alcançar padrões de excelência da prática. São esses bens que lhe conferem sentido, constituem a racionalidade que lhe é própria, atribuindo-lhe legitimidade social (CORTINA, 2005). Dessa forma, os bens internos à prática podem ser entendidos como o

“afã dos praticantes para alcançar a excelência, não a individual, mas da prática em si, que beneficia todos os partícipes com a credibilidade, o reconhecimento social e a expansão das potencialidades humanas” (ZOBOLI, SCHVEITZER, 2013, p.2).

Desta forma, a prática, assim entendida, está orientada para bens internos que só podem ser alcançados por meio do seu desenvolvimento.

Transpondo o conceito de bem interno para o campo da saúde, podemos identificar que o bem interno das práticas de profissionais desta área é o bem do paciente (CORTINA, 2005). No entanto, cada categoria profissional possui seu bem interno próprio, sendo ele o que configura a prática (CARAM, 2017). A prática da enfermagem, por exemplo, tem como o bem interno o cuidado de enfermagem, que a legitima socialmente (ZOBOLI, SCHVEITZER, 2013).

De tal modo, os profissionais da saúde estão envolvidos em suas práticas, compartilhando o objetivo de alcançarem o bem do paciente, no entanto, possuem também suas vivências específicas, seus valores específicos, o que pode se configurar como conflito na prática. O conflito se desenvolve em um inexpressivo limite entre as práticas dos diferentes profissionais, podendo resultar em relações adversas, as quais podem repercutir na qualidade do cuidado e sobre a própria prática (CARAM, 2017).

Os profissionais do campo da saúde também podem estar envolvidos em suas práticas, a fim de obter dinheiro, status social, prestígio, dentre outros, entendidos como bens externos à prática (MACINTYRE, 2013). Esses objetivos não lhes são internos, porque eles não são as finalidades específicas das práticas, enquanto o bem do paciente é (HOOFT, 2013). Como consequência do alcance do bem interno da prática, os profissionais alcançam, também, esses bens externos, que não lhe promovem sentido. Assim, compreende-se que os bens externos são indispensáveis para a vivência das práticas, mas quando são usados como fim último, a prática se desvirtua (MACINTYRE, 2013).

As práticas são constantemente transmitidas, reinterpretadas e reinventadas socialmente. Elas nunca têm meta fixada para todo tempo, seus objetivos em si são transmutados pela história da atividade que por sua vez é enquadrada dentro de uma narrativa ainda mais ampla, que confere as intenções, objetivos, e *telos* da própria vida (MACINTYRE, 2013). Desse modo, práticas se estabelecem dentro de uma tradição, que são realizadas em narrativas.

Sendo assim, as diferentes profissões foram adaptando suas metas, matizando seus modos de agir, modificando as relações entre os profissionais que dividem a mesma prática e as relações com quem se beneficiam dessa prática (CORTINA, 2005). Nesta perspectiva, cabe ressaltar o trabalho da ESF, suportado por equipe multiprofissional que busca garantir uma prática pautada na promoção da saúde e na prevenção de agravos, sendo o indivíduo e suas singularidades, considerado no seu contexto familiar e comunitário, a centralidade da sua atuação.

Dessa forma, a atuação interdisciplinar na ESF, considerada um dos pilares desta estratégia de atenção à saúde, pressupõe a possibilidade de uma prática se reconstruir na prática do outro, à medida que os profissionais reconhecem o trabalho do outro e compartilham objetivos, configurando-se na interdependência e complementariedade das ações para melhorar a qualidade da assistência (ARAÚJO, ROCHA, 2007).

Esse modo de ser e de agir na ESF requer dos profissionais o desenvolvimento de suas práticas com ênfase nas noções e vivências promotoras de valores ético-morais e de virtudes, com foco nas interações humanas. Tal realidade “exige que os profissionais esbanjem capacidade criativa, imaginação rigorosa, para alcançar a meta de sua profissão de uma forma que concorde com a consciência moral de sua época” (CORTINA, 2005, p.124). Isso posto, para alcançar os bens internos próprios de uma prática, exige-se que seus partícipes desenvolvam alguns hábitos, entendidos tradicionalmente como virtudes, para julgar e agir de forma eficaz (CORTINA, 2005).

A palavra virtude provém do grego “*arête*”, entendida como a excelência de caráter. Para Aristóteles, existem duas espécies da virtude, intelectual e moral, a primeira, por via de regra, gera-se e cresce graças ao ensino — por isso requer experiência e tempo; enquanto a virtude moral é adquirida em resultado do hábito.

Nesse sentido, ter virtude é ter o poder ou a habilidade de agir moralmente em busca da sua prática (HOOFT, 2013). Pode ser considerada como o elemento propriamente ético que orienta toda e qualquer prática social como requisito prático para a excelência na organização humana, seja na vida pessoal ou em seu envolvimento na comunidade (MACINTYRE, 2013).

As virtudes, portanto, devem ser compreendidas como aquelas disposições que não apenas sustentarão as práticas e nos permitirão atingir os bens internos às práticas, mas que nos sustentarão no tipo relevante de busca pelo bem, ao nos habilitar para que superemos as dores, os perigos, as tentações e distrações que nos encontrarão, e que nos forjarão como uma maior auto compreensão e maior conhecimento do bem” (MACINTYRE, 2013, p 215).

Para Cortina (2005), o virtuoso é aquele profissional que tende a ser o mais competente possível, que se esforça para alcançar alto grau de excelência nas aptidões necessárias para atingir o bem interno dessa prática. Deste modo, a virtude é uma qualidade humana adquirida, cuja posse e exercício tendem a permitir alcançar os bens que são internos às práticas, e cuja falta impede o alcance desses bens.

Para Macintyre (2013), temos que aceitar como componentes necessários de qualquer prática com bens internos e padrões de excelência, as virtudes da coragem, honestidade e justiça. A virtude da justiça estabelece que uma prática não visa interesses próprios, mas sim os interesses de todos que dela participam e/ou se beneficiam. A coragem diz respeito à capacidade dos integrantes de uma prática, se sacrificarem por ela, demonstrando a valoração que dão a ela e, por fim, a honestidade, que visa a convivência harmoniosa entre as pessoas. No entanto, para conquistar o *telos* da prática, outras virtudes se fazem necessárias, a saber: a sabedoria prática; que possibilita o discernimento sobre a melhor hora de agir; a temperança, que permite o equilíbrio entre as vontades pessoais e da coletividade; e a amizade, compreendidas como o vínculo fundamental entre os adeptos de uma prática, cujas metas são compartilhadas (ROSA, 2019).

Avançando nessa perspectiva, é oportuno entender que a prática exercida com virtude consiste em um importante modo de se fazer e ser profissional, na vivência cotidiana das imprevisibilidades do trabalho em saúde. Ela caracteriza-se como um dever moral do profissional, para as questões de natureza social e humana (CORTINA, 2005). Nesse sentido, a prática, para fins desse estudo, não é apenas o conjunto de habilidades técnicas, mesmo quando direcionada a algum objetivo unificado e mesmo que o exercício dessas habilidades possa, ocasionalmente, ser valorizado ou apreciado por seus interesses.

A prática é compreendida como um corpo complexo e sistemático, que apresenta fins, graus de excelência, requerimentos para realização, e claro, aprendizado.

2.2 Fundamentos da deliberação moral propostos por Diego Gracia

Os profissionais da ESF experienciam vários problemas éticos, complexos e significativos no seu cotidiano, em conexão com a organização do serviço e os processos de trabalho (NORA, ZOBOLI, VIEIRA, 2015). Neste cenário de atenção à saúde, os problemas são singulares e característicos à sua densidade tecnológica, e estão imbricados às relações entre pacientes, equipe e organização (MARIN, RIBEIRO, 2018).

Problemas éticos são compreendidos como os aspectos, as questões ou as implicações éticas habituais vividas pelos profissionais da ESF como fontes de conflitos de valores e deveres, não configurando fundamentalmente um dilema, cujas soluções são dicotômicas (NORA, ZOBOLI, VIEIRA, 2015). Em geral, os problemas éticos são de difícil condução e podem ser influenciados por valores, crenças, relações profissionais, entre outros aspectos, como as relações de vínculo e corresponsabilidade propostas pela ESF (CARDOSO et al. 2016; SILVEIRA et al. 2019). Sendo o lócus de atenção à saúde e entendida como a atenção de primeira escolha e coordenadora do cuidado, a equipe de saúde da família desenvolve sua prática centrada na assistência ao usuário (AMORIM, ASSIS, SANTOS, 2014).

Desta forma, o trabalho desenvolvido por equipes multiprofissionais, como proposto na ESF enquanto estratégia reorientadora da APS, tem características singulares e, portanto, é permeado por problemas éticos que envolvem tanto as condições de vida da população quanto a capacidade do SUS de atender às necessidades dos usuários, refletindo nas relações dos profissionais com os usuários, equipe, a organização do serviço e o sistema de saúde (RIBEIRO, GOUVEIRA, CAZOTTI, 2017).

Os profissionais da ESF precisam desenvolver a capacidade de tomar decisões éticas quando confrontados com os problemas éticos (NORA et al. 2017). Estudo que buscou compreender as habilidades éticas dos enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva, evidenciou que quanto maior a sensibilidade moral dos profissionais, melhor é sua conduta ética em situações clínicas de tomada de decisão (ROBICHAUX, 2012).

A sensibilidade moral é considerada uma das habilidades requeridas pelas equipes de saúde na tomada de decisão ética e gestão de questões éticas no contexto de trabalho. Ela é pré-condição e requisito fundamental para compreender a capacidade dos profissionais de reconhecer, interpretar e responder de forma apropriada os problemas éticos na relação com o paciente, percebendo o potencial de influência de suas ações sobre o bem-estar dos pacientes (NORA et al., 2017). Vale ressaltar que a sensibilidade moral perpassa pela compreensão pelo profissional do contexto e da situação de vulnerabilidade do paciente.

Estudos que investigaram problemas éticos na APS identificaram que as suas principais dimensões estão relacionadas à: Gestão da APS; Longitudinalidade; Prática das equipes; Perfil profissional; Privacidade na APS, e Sigilo profissional (ZOBOLI, 2016a; NORA, ZOBOLI, VIEIRA, 2015).

Nestas situações, é comum que profissionais tomem decisões em ato reflexo, de forma automática e impulsiva. No entanto, essas implicações éticas da APS pressupõem a deliberação e a ponderação para se chegar ao melhor caminho, a alternativa ótima para resolução do conflito, ou seja, a via que permitirá contemplar a concretização de todos os valores envolvidos, conciliando-os (GRACIA, 2001b). A habilidade de tomar decisões nos problemas éticos é essencial para a excelência da prática e para a qualidade da atenção à saúde, portanto, infere-se que o processo de deliberação ético deve ser inerente à prática de profissionais da ESF. Só é excelente na prática, o profissional que alia a habilidade técnica e a responsabilidade, na tomada de decisão ética (ZOBOLI, 2013).

Para este estudo, abordamos a deliberação moral a partir da concepção teórico filosófica proposta por Diego Gracia, que a resgata especialmente de Aristóteles. Dessa forma a deliberação é apreendida para além da sua metodologia, mas referencia a sua inclinação pedagógica para o autoconhecimento, autoanálise e tolerância (GRACIA, 2001a).

A deliberação moral é compendiada como uma fundamentação sistematizada e contextualizada de apreciação dos problemas éticos na sua complexidade. A deliberação moral pressupõe a discussão de questões e tomada de decisões balizadas pelos princípios e valores dos envolvidos e as circunstâncias e consequências do caso. Isso permitirá identificar todos, ou pelo menos, a maioria dos cursos de ação possíveis (GRACIA, 2001b). Entende-se, dessa forma, que além dos conhecimentos e habilidades, a deliberação implica em atitudes: uma escuta atenta, o esforço para entender a situação proposta, a análise dos valores envolvidos, e o argumento racional sobre a decisão mais apropriada, mais sábia, razoável e prudente (GRACIA, 2016), só assim é possível entendê-la como um comportamento ético.

A prudência segundo Zoboli (2012), é entendida como a capacidade de realizar ou promover valores em uma dada situação, permitindo alcançar decisões razoáveis, com moderação e justa medida. Gracia (2001a) entende que o processo de deliberação e a prudência são condições básicas ao exercício da ética. Em situações de incerteza, como nos conflitos morais, as decisões necessitam ser prudentes, a partir de uma análise cuidadosa e atenciosa dos distintos raciocínios e das perspectivas do fato, a fim de promover o diálogo e a compreensão do conflito. Ao deliberar, interpretam-se dados, fatos e as conexões de sentido

destes que se dão nos valores, perfazendo a interpretação de eventos no conjunto da vida e como parte desta (ZOBOLI, 2012; ZOBOLI, 2016a).

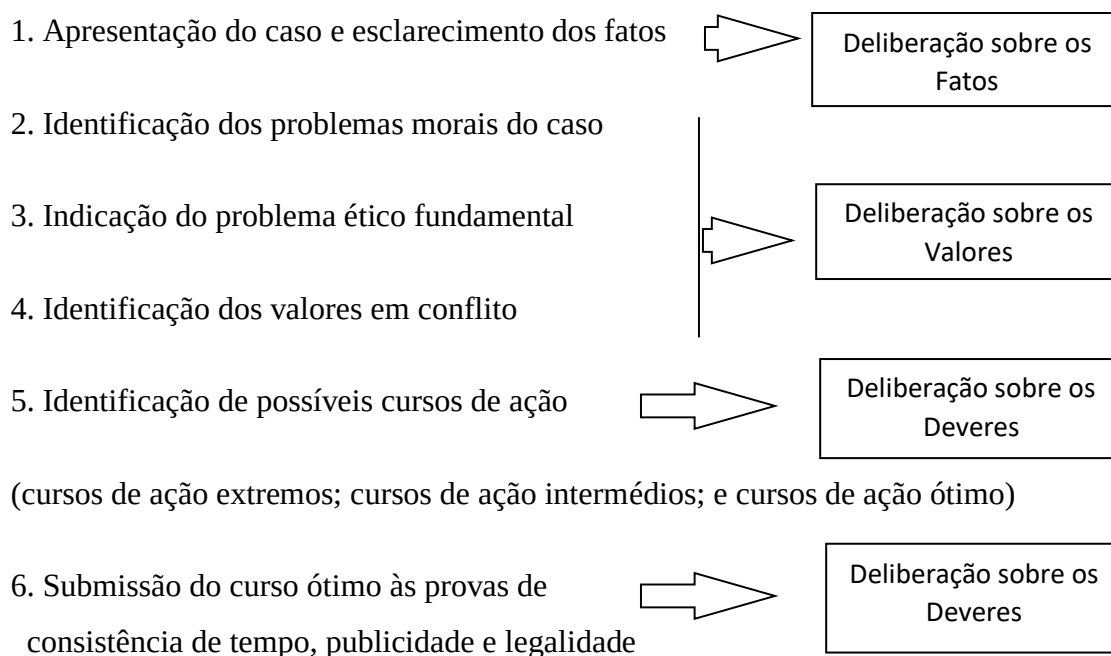
Assim, a deliberação admite uma multiplicidade de soluções possivelmente prudentes e não somente uma única, a correta, entendendo que seu equacionamento não é matemático, já que as interpretações da situação pelos envolvidos e afetados podem ser diferentes (GRACIA, 2001a, GRACIA, 2009). Desta forma, para uma decisão prudente, faz-se necessária a identificação dos possíveis desfechos morais e suas consequências, identificando em que medida cada um contribui ou não para a realização dos valores em conflito (ZOBOLI, 2016). Por fim, o processo de deliberação de problemas éticos pode ser entendido como

a consideração dos valores e deveres intervenientes nos fatos concretos a fim de manejar a situação de conflito moral, de maneira razoável e prudente, por meio de discussões e decisões feitas no diálogo interpessoal. Visa soluções prudentes e não a decisão ideal, certa ou que maximiza resultados (ZOBOLI, 2013, p.393).

Para sistematizar o procedimento deliberativo, por meio dos aspectos da realidade, Gracia (2001a, 2001b) propôs três momentos distintos: os fatos, orientados pela lógica cognitiva, compreendido como o momento cognitivo da deliberação; a valoração, decorrente da estimação ou preferências, refere-se aos valores, considerado o momento propriamente moral, pois inclui o ato voluntário, a disposição do querer para concretização dos valores, em projetos de vida justa e feliz; e o da realização dos valores, entendido como o momento dos deveres, que é a obrigação moral de concretizar os valores na situação (GRACIA, 2001). A moral envolve, então, as faculdades, cognitiva (fatos), emocional (valores) e volitiva (deveres) da inteligência humana (ZOBOLI, 2013).

Fatos podem ser entendidos como algo objetivo, observáveis na realidade. Já os valores ancoram-se nos fatos a partir do momento que se estima o observado, não apenas pela percepção ou pelos sentimentos. Dessa forma, não existem fatos isolados, pois esses sempre se acompanham dos valores, frutos de construção individual, social, histórica e cultural (ZOBOLI, SANTOS, SCHVEITZER, 2016). Os fatos carregam os valores e estes sustentam os deveres, que formam o âmbito mais próprio da ética (GRACIA, 2009, ZOBOLI, 2013).

A partir deste contexto, e considerando o entrelaçamento de fatos, valores e deveres na experiência moral, Gracia (2001) e Zoboli (2012, 2013) apresentam o processo deliberativo como um itinerário sistematizado pelas seguintes fases:



Problemas éticos sempre consistem em conflitos de valor, e os valores têm como suporte necessário os fatos. Portanto, o procedimento de análise deve avaliar minuciosamente os fatos, já que, quanto mais claros, maior a precisão com que pode identificar os problemas de valor (GRACIA, 2009). Assim, o momento deliberativo proposto por Gracia (2001) determina uma deliberação sobre fatos a serem explicados, sobre os valores a serem percebidos, sobre os deveres para se encontrar o curso ótimo de ação para o fato objetivo, e, por fim, sobre as responsabilidades, colocando o curso ótimo de ação eleito para a resolução do problema, às provas de consistência, viabilidade e legalidade.

A proposta da deliberação consiste em diminuir as incertezas mediante os problemas éticos, a um ponto que se possa dizer que a decisão tomada foi prudente, entendida como a etapa final do itinerário deliberativo. A decisão prudente é a melhor para um dado momento concreto (GRACIA, 2009, ZOBOLI, 2013).

A disposição prática da prudência pode ser entendida como a capacidade de tomar decisões que sejam para além do benefício próprio, para o benefício de todos que estão implicados na situação, compreendida como uma virtude de excelência humana. Portanto, a prudência preocupa-se com a ação de discernir em qualquer circunstância de maneira virtuosa, a fim de escolher os meios adequados para realizar o “verdadeiro bem”. Ela se preocupa com a maneira como se percebe sensivelmente essas circunstâncias e com o quanto de relevância ética reconhecemos para nós mesmos e para os outros (HOOFT, 2013). Nessa ótica, o prudente tem como prática fundamental a deliberação, que propicia o melhor para todos os envolvidos no seu processo, seja o profissional, o usuário, a família e a comunidade

(ZOBOLI, 2012). A prudência é chave para compreender a deliberação na proposta de Diego Gracia (ZOBOLI, 2010).

Mediante o arcabouço apresentado e partindo do pluralismo moral, o processo de deliberação moral torna-se importante instrumento para a prática de profissionais da ESF. Os profissionais de saúde precisam desenvolver hábitos, habilidades e competências deliberativas para aprimorar a qualidade da atenção à saúde. O itinerário deliberativo proposto por Gracia (2001) e Zoboli (2012), (2013) apresenta possibilidades concretas, indicando um curso de ação realizável para solucionar o problema ético em foco.

Assim, os fundamentos da deliberação moral consideram os contextos e singularidades da situação sem marginalizar as questões referentes às obrigações éticas. A deliberação moral é “capaz de vincular todos os elementos necessários para uma visão mais abrangente das experiências ou problemas na prática de profissionais” (SILVEIRA et al. 2019, p.27).

O referencial teórico de Gracia foi escolhido por sustentar a possibilidade de discussão das questões éticas, e consequente tomada de decisões de maneira interpessoal, partindo da dinâmica das práticas dos profissionais na ESF.

Percurso Metodológico



3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo e Delineamento Metodológico

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que permite a aproximação compreensiva com a realidade, por lidar com o universo de subjetividades, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, demonstrando a densidade e complexidade das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2013). Ao seguir a orientação qualitativa, o pesquisador dedica-se à análise dos significados e das singularidades que os indivíduos conferem às suas ações, inseridas no meio em que constroem suas vidas e suas relações (MINAYO, 2017).

Nesse estudo, a opção pela pesquisa qualitativa se deve ao fato de a mesma fornecer subsídios para apreender a complexidade e a subjetividade da prática de profissionais da ESF, considerando a expressão da ética neste contexto.

Ademais, a pesquisa qualitativa se interessa pelo aprofundamento dos detalhes para a (re) construção de um panorama, por meio da valorização de seu caráter multivocal, em que as vozes dos participantes expressam como as suas experiências são vividas e interpretadas (CARDANO, 2018).

De acordo com Souza, Erdmann e Magalhães (2015, p. 100) este tipo de pesquisa “é uma forma de captar o ponto de vista do indivíduo, de localizar o observador no mundo e dar visibilidade a este”. Neste tipo de estudo, os participantes são capazes de explicitar como os acontecimentos são vividos e os significados que lhes são atribuídos, os quais são decisivos em seus modos de ser. Este método permite desvendar os fenômenos que se manifestam por meio de representações, formas de relações, comportamentos e práticas (MINAYO, 2017).

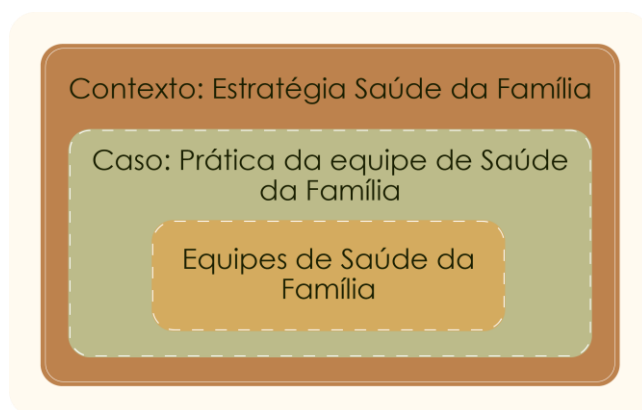
Dentre as possíveis variações em pesquisa qualitativa, optou-se por utilizar, nesta tese, o tipo estudo de caso único. O estudo de caso visa estudar um fenômeno contemporâneo (caso), em profundidade, no seu contexto real, e é o preferencial para pesquisas que apresentam em suas questões “como ou por que” e para as situações em que o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre os limites entre o fenômeno e o contexto. Neste tipo de estudo, o objetivo do pesquisador não é alcançar uma generalização estatística, mas, sim, expandir e generalizar teorias, o que se denomina como generalização analítica (YIN, 2015). Nas palavras do autor, “a generalização analítica pode ser baseada tanto em corroboração, modificação, rejeição ou avanço de conceitos teóricos referidos no projeto de seu estudo de caso quanto em novos conceitos que surgiram com a sua conclusão” (YIN, 2015, p.44).

O caso da presente pesquisa - a prática de profissionais no contexto da ESF - e a questão do estudo, expressa a natureza de um fenômeno contemporâneo, social e complexo, inserido em um contexto de vida real, justificando a escolha pelo método.

Deste modo, foi empregado o estudo de caso do tipo único integrado, com subunidades de análise. Os estudos de caso único integrado são representativos e buscam captar as circunstâncias e as condições de uma situação diária ou de um lugar comum, por meio de unidades integradas de análise (YIN, 2015).

No presente estudo, a prática de profissionais da ESF foi analisada no contexto da ESF de Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil, tendo como unidades integradas de análise dez unidades básicas de saúde que compõem a ESF do referido município, como se pode observar na figura 1 abaixo.

Figura 1: Matriz do Estudo de Caso Único Integrado da tese "A expressão da ética na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família"



Fonte: Desenvolvido para fins deste estudo, baseado em YIN (2015)

Como potencial das unidades integradas de análise, tem-se o acréscimo de oportunidades significativas para a análise extensiva, permitindo os *insights*. Um ponto fundamental a ser observado neste tipo de estudo de caso consiste no fato de que os aspectos holísticos maiores do caso não podem ser ignorados, ou seja, a investigação não deve se concentrar exclusivamente nas subunidades de análise (YIN, 2015). Isso se torna importante, haja vista que a prática de profissionais da ESF é única, mas as circunstâncias e as condições de cada unidade podem se sobressair, não sendo possível ignorá-las. Portanto, torna-se fundamental considerar as subunidades de análise sem deixar de visualizar a unidade global.

3.2 Cenário

A pesquisa foi realizada no município de Sete Lagoas- interior de Minas Gerais, situada a 76 km da capital mineira.

Figura 2: Município de Sete Lagoas- MG



Fonte: Imagens retiradas do Plano Municipal de Saúde 2018-2021

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o referido município possuía em 2010 uma população de 214.152 habitantes. A população estimada em 2020 é de 241.835 pessoas (Figura 3) e área territorial de 537.639 km².

Figura 3: População- Município de Sete Lagoas- MG

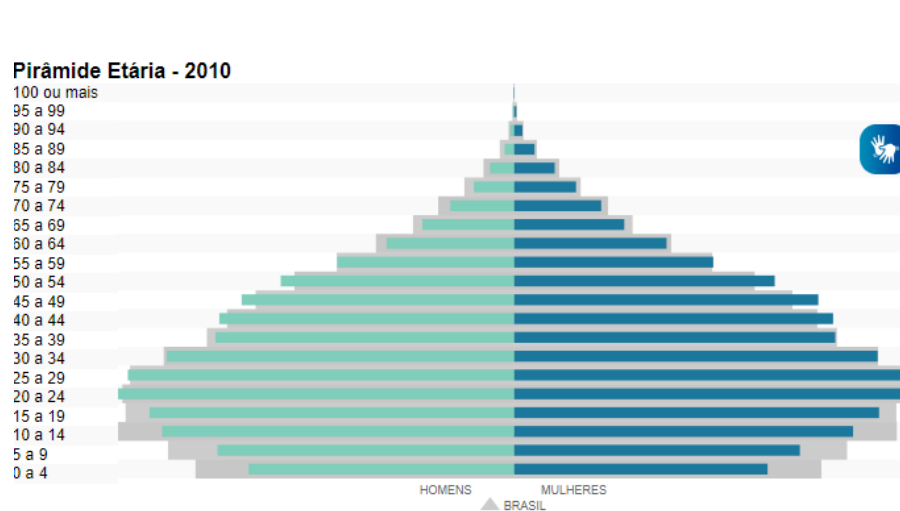
POPULAÇÃO	
População estimada [2020]	241.835 pessoas
População no último censo [2010]	214.152 pessoas
Densidade demográfica [2010]	398,32 hab/km²

Fonte: IBGE Cidades, 2020

A população setelagoana que reside na área urbana representa 97,5% da população total, e 51% dos setelagoanos são do sexo feminino. A estrutura etária da população do município demonstra um alargamento do topo da pirâmide, com incremento percentual importante relativo à população acima de 65 anos, coincidente com o perfil da população brasileira (Figura 4). O perfil de morbimortalidade do município se caracteriza, então, pelo

envelhecimento progressivo da população e pela prevalência das doenças crônico-degenerativas (SETE LAGOAS, 2017).

Figura 4: Distribuição da população do Município de Sete Lagoas- MG- segundo faixa etária e sexo



Fonte: IBGE Cidades, 2020

Em relação à rede de serviços públicos de saúde, Sete Lagoas conta com 43 equipes de saúde da família, 8 centros de saúde, 1 policlínica, 1 hospital geral, 1 centro de especialidades, 1 unidade de pronto atendimento e o serviço de atendimento móvel de urgência (SETE LAGOAS, 2017).

Figura 5: Serviços de Saúde do Município de Sete Lagoas- MG



Fonte: Imagens retiradas do Plano Municipal de Saúde 2018-2021

O principal modelo de atenção à saúde de Sete Lagoas encontra-se na APS, organizada em 5 regiões administrativas, contando atualmente com 8 Centros de Saúde e 43 equipes da ESF, além de 5 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 17 unidades de Saúde Bucal (SETE LAGOAS, 2017).

Vale ressaltar que no ano de 2020, especificamente em janeiro de 2020, o Ministério da Saúde publicou uma nota técnica que acabava com a obrigatoriedade de as equipes multidisciplinares estarem vinculadas ao modelo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, o que, na prática, autoriza os gestores municipais a seguirem ou não os parâmetros dessa iniciativa criada para ampliar o trabalho conjunto e integrado de profissionais de diferentes áreas do conhecimento na saúde da família. No entanto, no período da coleta de dados dessa tese, as equipes do NASF ainda desempenhavam normalmente suas ações.

O cenário específico deste estudo foi constituído pelas unidades da ESF que contavam com o quadro de profissionais da equipe básica da ESF completo, que, segundo a portaria 2436 de 11 de setembro de 2017, deve ser composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e ACS a depender do contingente populacional do território (BRASIL, 2017). A opção por eleger unidades da ESF que estavam com o quadro de profissionais completo relacionou-se ao entendimento de que a prática de profissionais da ESF se consolida na atuação da equipe multiprofissional.

3.3 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa as equipes de saúde da família que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: 1) equipe de saúde da família com o quadro de profissionais completo; 2) profissionais estarem há, no mínimo, seis meses na unidade de saúde da família atual. O período mínimo atuando em equipe na unidade de saúde foi estipulado na busca por incluir aqueles que possivelmente já tinham maior vínculo entre si e com a população, importantes componentes relacionados à maior efetividade e eficiência das intervenções em saúde no contexto da ESF. Além disso, o tempo de atuação profissional possibilita a explanação de mais experiências e vivências da prática.

Vale dizer que a Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas havia aderido ao programa Mais Médicos do Ministério da Saúde, e dez profissionais cubanos desenvolviam ações nas ESFs do município. No entanto, com o fim do contrato entre os governos brasileiro e cubano, em dezembro de 2018 esses profissionais retornaram ao seu país de origem. Sendo assim, na época da coleta dos dados para esse estudo, dez unidades estavam sem o médico e uma delas, sem o profissional enfermeiro e, portanto, tornaram-se excluídas do estudo.

Dessa forma, considerando o primeiro critério de elegibilidade, das 43 equipes cadastradas no sistema de informação da atenção básica, na época da coleta dos dados, 32 contavam com todos os profissionais da equipe mínima, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1: Unidades da Estratégia Saúde da Família-Município de Sete Lagoas- MG, 2019

Nome da Unidade	Equipe completa durante o período de coleta de dados?
ESF Aeroporto	SIM
ESF Alvorada	SIM
ESF Barreiro	SIM
ESF Bernardo Valadares	SIM
ESF Bela Vista	NÃO
ESF Belo Vale	SIM
ESF Canadá	SIM
ESF Catarina	SIM
ESF CDI I	SIM
ESF CDI II	NÃO
ESF Cidade de Deus I	SIM
ESF Cidade de Deus II	NÃO
ESF Dona Silvia	NÃO
ESF Eldorado	SIM
ESF Esperança	SIM
ESF Fátima	SIM
ESF Fazenda Velha	NÃO
ESF Interlagos	SIM
ESF Iporanga	SIM
ESF Itaopã	SIM
ESF Jardim Europa	SIM
ESF Jardim dos Pequês	SIM
ESF Jardim Primavera	NÃO

ESF JK	SIM
ESF Kwait	SIM
ESF Luxemburgo	NÃO
ESF Manoa	SIM
ESF Monte Carlo	SIM
ESF Montreal	SIM
ESF Móvel	NÃO
ESF Nossa Senhora das Graças	NÃO
ESF Nova Cidade	SIM
ESF Orozimbo Macedo	SIM
ESF Padre Teodoro	SIM
ESF Progresso	SIM
ESF Santa Cruz	SIM
ESF Santa Luzia I	SIM
ESF Santa Luzia II	SIM
ESF Santa Rosa	SIM
ESF São Francisco	SIM
ESF São Geraldo	SIM
ESF São João	NÃO
ESF União	NÃO

Fonte: Desenvolvido para fins deste estudo, 2020

Considerando o segundo critério de elegibilidade (profissionais estarem atuando há no mínimo 6 meses na ESF atual), estavam aptas a participarem da coleta de dados dessa pesquisa 19 unidades da ESF do município, conforme tabela 2 abaixo.

Tabela 2: Unidades da Estratégia Saúde da Família elencadas para o estudo e com profissionais atuando por mais de seis meses

Nome da Unidade	Equipe completa durante o período de coleta de dados?	Profissionais atuando por mais de 6 meses na equipe de Saúde da Família atual?
ESF Aeroporto	SIM	SIM
ESF Alvorada	SIM	SIM
ESF Barreiro	SIM	SIM
ESF B. Valadares	SIM	NÃO
ESF Belo Vale	SIM	SIM
ESF Canadá	SIM	NÃO
ESF Catarina	SIM	SIM
ESF CDI I	SIM	SIM
ESF C. de Deus I	SIM	SIM
ESF Eldorado	SIM	NÃO
ESF Esperança	SIM	NÃO
ESF Fátima	SIM	SIM
ESF Interlagos	SIM	SIM
ESF Iporanga	SIM	SIM
ESF Itaopã	SIM	NÃO
ESF Jardim Europa	SIM	NÃO
ESF J. Primavera	SIM	SIM
ESF JK	SIM	NÃO
ESF Luxemburgo	SIM	SIM
ESF Manoa	SIM	SIM
ESF Monte Carlo	SIM	NÃO

ESF Montreal	SIM	NÃO
ESF Nova Cidade	SIM	NÃO
ESF O. Macedo	SIM	NÃO
ESF Padre Teodoro	SIM	SIM
ESF Progresso	SIM	SIM
ESF Santa Cruz	SIM	NÃO
ESF Santa Luzia I	SIM	SIM
ESF Santa Luzia II	SIM	SIM
ESF Santa Rosa	SIM	SIM
ESF São Francisco	SIM	SIM
ESF São Geraldo	SIM	NÃO

Fonte: Desenvolvido para fins deste estudo, 2020

Após elencadas as equipes potencialmente participantes da pesquisa, considerando-se os dois critérios de inclusão iniciais, compuseram o estudo enfermeiros, médicos, ACS e técnicos de enfermagem, que integrassem a equipe mínima da ESF previamente identificada, que não estivessem de férias, em período de afastamento ou licença médica (figura 6). A ordem de participação e coleta de dados nas equipes que aceitaram participar do estudo se deu por sorteio. Ressalta-se que a definição do número de participantes não ocorreu a priori, e a coleta de dados foi interrompida quando se atingiu a saturação dos dados e informações em cada categoria profissional.

Figura 6: Critérios de inclusão dos participantes no estudo “A expressão da ética na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família”, 2020



Fonte: Desenvolvido para fins deste estudo, 2020

De acordo com Fontanella, Ricas e Turato (2008), a amostragem por saturação é uma ferramenta muito utilizada em pesquisas no campo da saúde. Para Minayo (2013), o critério de saturação de dados consiste na obtenção de um número suficiente de participantes para permitir reincidência das informações, sem desprezar conteúdos considerados significativos.

Desta forma, quando o pesquisador identifica que novas entrevistas não estão fornecendo informações que divergem do que já foi alcançado e que os elementos colhidos são suficientes para atingir os objetivos, ele opta por encerrar sua amostragem (TURATO, 2003). Com vistas a identificar a saturação dos dados coletados, as entrevistas foram transcritas logo após sua realização, possibilitando uma pré-análise do material e a definição, pela pesquisadora, da saturação das informações. Seguindo os critérios supracitados, as entrevistas foram realizadas em dez unidades de saúde da família, tendo como participantes: 9 enfermeiros, 9 técnicos de enfermagem, 7 médicos e 10 ACS, perfazendo 35 profissionais entrevistados. Vale ressaltar que não houve recusa por parte de profissionais das equipes de saúde da família (SF) em participarem da pesquisa. Na tabela 3 é apresentado o perfil dos profissionais participantes.

Tabela 3: Perfil dos participantes da Pesquisa, 2020

<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Profissão</i>	<i>Tempo de formação</i>	<i>Especialização?</i>	<i>Área da especialização</i>	<i>Tempo de atuação na ESF</i>
F	24	TE	5	N	-	4A5M
F	29	TE	9	N	-	1A
F	37	TE	20	N	-	1A4M
F	41	TE	10	N	-	7A
F	59	TE	33	N	-	2A
F	26	TE	7	N	-	7M
F	44	TE	4	N	-	2A6M
F	43	TE	17	-	-	14
F	56	TE	28	-	-	1A
F	42	E	19	S	SF E GESTÃO	10A
F	28	E	8	S	EU	1A
F	37	E	9	S	EU	1A
F	29	E	3	S	SF	2A4M
F	28	E	3	S	SF	2A
F	24	E	2	S	SF	2A
F	28	E	2	S	SF	1A
F	35	E	12	S	SF	2A5M
F	26	E	4	S	SF	3A8M
F	32	ACS	-	-	-	6A8M
F	54	ACS	-	-	-	13A
F	57	ACS	-	-	-	13A
F	32	ACS	-	-	-	6A

F	32	ACS	-	-	-	7A
F	22	ACS	-	-	-	1A7M
F	38	ACS	-	-	-	3A
F	42	ACS	-	-	-	6A
F	44	ACS	-	-	-	12A
F	24	ACS	2	-	-	4A
F	25	M	1A6M	N	-	8M
F	38	M	14	N	-	3A10M
M	36	M	3	N	SF	8M
F	29	M	3	S	SF	2A
F	32	M	5	S	SF	7M
F	37	M	13	S	SF E DERMATO E MED. ESTÉTICA	09A
F	32	M	6	S	SF E DERMATO E MED. ESTÉTICA	2A5M

Fonte: Desenvolvido para fins deste estudo, 2020

Dos 35 entrevistados, apenas um (01) era do sexo masculino. A idade dos participantes oscilou entre 22 e 59 anos, sendo que a média foi de 34,4 anos. O tempo de formação entre os enfermeiros oscilou entre 2 e 19 anos, 4 e 33 anos para os Técnicos de Enfermagem e 1 ano e 6 meses e 14 anos para os Médicos. Já a atuação profissional na Estratégia Saúde da Família atual teve tempo médio de 7 anos e 5 meses para os Agentes Comunitários de Saúde, 3 anos e 1 mês para os Enfermeiros, 3 anos e 6 meses para os Técnicos de Enfermagem e 2 anos e 2 meses para os Médicos. Dos profissionais enfermeiros e médicos, 75%, possuíam título de especialização em saúde da família.

3.4 Coleta de dados

A fim de operacionalizar a etapa da coleta dos dados, foi necessário o contato prévio com o coordenador da APS do município, via secretaria municipal de saúde, para apresentação do projeto de pesquisa e posterior anuência à sua realização. Sequencialmente, e após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, foi realizado contato com os profissionais, por telefone, para apresentação dos objetivos do estudo e agendamento das datas para coleta, que aconteceu durante o período de janeiro a julho de 2019.

Ao optar pelo estudo de caso, é fundamental atentar-se para o emprego da triangulação dos dados, um fundamento lógico, aplicado para o desenvolvimento de linhas convergentes sobre a mesma descoberta (YIN, 2015). Conforme proposto pelo método, a triangulação de dados foi realizada, neste estudo, utilizando-se duas fontes de evidências: a entrevista, guiada por roteiro semiestruturado, e a observação não participante. Essas escolhas permitiram conjugar informações dos sujeitos e do cotidiano da prática de profissionais da ESF. No contato telefônico prévio à realização da coleta de dados, foi informado aos profissionais que esta ocorreria por meio de entrevista e observação não participante, em momentos específicos da atuação do profissional, conforme explicitado abaixo.

Dentre as competências para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas, destaca-se a capacidade de escutar de maneira multimodal e, ao mesmo tempo, fazer boas perguntas. As entrevistas geralmente abordam assuntos humanos ou ações comportamentais, consistindo em uma das principais estratégias de coleta de dados no estudo de caso (YIN, 2015). Na presente investigação, a escolha pela entrevista, guiada por roteiro semiestruturado, se deu pela flexibilidade na ação, já que o modelo de questões abertas permite ao pesquisador oportunizar ao entrevistado a liberdade de expressão, falando, espontaneamente, sobre assuntos que vão surgindo, relacionados ao tema foco da investigação (GIL, 2010).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e gravadas em dois aparelhos eletrônicos com a finalidade de minimizar os riscos de perdas de informações. Elas aconteceram nas unidades de saúde da família, individualmente e em locais restritos, na própria unidade de ESF, respeitando a disponibilidade dos participantes. O tempo de duração das entrevistas foi, em média, de 28 minutos. Foi oferecida aos profissionais a oportunidade de ouvirem e validarem as entrevistas após a finalização da mesma.

A observação constituiu a segunda fonte de evidências e é considerada uma técnica para conseguir informações utilizando os sentidos na obtenção de determinados aspectos da

realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar. Ajuda ainda o pesquisador na identificação e obtenção de provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. A observação tem como principal finalidade registrar e acumular informações. Deve ser controlada e sistemática. Possibilita um contato pessoal e estreito do investigador com o fenômeno pesquisado (MINAYO, 2013).

Neste estudo, a observação aconteceu nos momentos anteriores à entrevista, especialmente nos espaços da recepção das unidades de saúde da família, onde foi possível observar a dinâmica organizacional, a comunicação e o acolhimento aos usuários e a comunicação entre os profissionais da equipe da ESF. Também foi possível realizar a observação durante a coleta de dados, pois algumas vezes houve a situação de interrupção da entrevista para atendimento de alguma demanda da unidade. E, por fim, realizou-se a observação após a ocorrência das entrevistas, realizada no ambiente de trabalho dos participantes - unidade de saúde, domicílios e comunidade.

Os dados obtidos foram registrados em diário de campo, em que o investigador realizou observações sobre conversas informais, comportamentos, instituições, gestos, expressões que diziam respeito ao tema da pesquisa (MINAYO, 2013). As observações foram registradas como Notas de Observação (NO).

3.5 Análise de dados

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática, proposta por Bardin (2016). Segundo a autora, a análise de conteúdo considera o emissor e o contexto no qual ele está inserido. A análise de conteúdo consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas dessas mensagens (BARDIN, 2016, p. 44).

A análise de conteúdo temática está relacionada a análise dos significados, a descoberta de “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, frequência de aparição, podem indicar um caminho para o alcance do objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2016). Neste estudo, o *software* Atlas.ti 8 foi utilizado como instrumento operacional para a análise das entrevistas. O termo operacional é empregado tendo em vista

que, ao optar pela utilização de um *software*, o pesquisador mantém-se responsável pela reflexão analítica e por garantir a lógica e a validade de toda a operação (YIN, 2016). O *software* auxilia no gerenciamento e na organização da análise dos dados, possibilitando a construção de redes semânticas, buscas sofisticadas e a criação de mapas gráficos (BRITO et al, 2016). Além destas funcionalidades, o *software* Atlas.ti 8 tem a potencialidade de sistematizar todas as etapas da Análise de Conteúdo (SILVA JUNIOR, LEÃO, 2018).

A partir do exposto, seguiu-se à organização da análise de conteúdo por meio dos três polos cronológicos propostos por Bardin (2016): a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A *fase de pré-análise* fundamenta-se na organização do material, é um momento destinado a leitura flutuante, que permite realçar temas centrais e unidades comparáveis que favorecem a elaboração das categorias analíticas, a escolha dos documentos de análise, formulação de hipóteses e objetivos, referenciação de um tema em determinado fragmento da entrevista, a elaboração de indicadores e, finalmente, a preparação do material (BARDIN, 2016). A construção desse *corpus* de dados, seguindo as regras de exaustividade, representatividade e pertinência ocorreram antes da análise com o *software*. A partir da interface entre a leitura flutuante e a inclusão das entrevistas, em formato word, no *Atlas.ti*, é possível organizar todos os documentos analisados em um contínuo, facilitando a leitura e a navegação entre documentos diferentes.

Na etapa de *exploração do material* o *Atlas.ti* foi fundamental, pois agilizou e otimizou o papel da pesquisadora ao criar os índices e seus indicadores através da função *Code*. Do mesmo modo, no processo de codificação das unidades de registro e contexto (*quotations*), o *software* permitiu explorar rapidamente todo o *corpus*, transitar entre as categorias e organizar os *codes* em grupos semelhantes (função *Family*) (SILVA JUNIOR, LEÃO, 2018). É importante evidenciar que as *Family*, criadas nesta investigação, geraram as categorias temáticas, posteriormente evidenciadas nos artigos apresentados como resultados desta tese.

O *tratamento dos resultados, inferência e interpretação* consistiu na fase em que houve a análise aprofundada, por meio de reflexões correlacionando os objetivos previstos com a literatura (BARDIN, 2016).

A partir da operacionalização da análise de conteúdo no *software* Atlas.ti, surgiram, nesta tese, 181 *quotations*, trechos significativos selecionados pelo fato de expressarem uma ideia relevante a partir do material de base, considerando o objetivo da pesquisa e o referencial teórico; 18 *codes*, considerados como as unidades de registro, expressões sucintas

que denotam o sentido, significado e informação da *quotation* selecionada e 04 *family*, conjunto que agrupa e classifica as *quotations*.

3.6 Preceitos éticos

A pesquisa foi desenvolvida respaldando-se na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadora de estudos envolvendo seres humanos. O consentimento pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Sete Lagoas se deu por meio de carta de anuência, solicitada após apresentação do projeto à coordenação da APS (ANEXO 1). Posteriormente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e aprovado sob o parecer nº 2.285.857 (ANEXO 2).

A participação dos profissionais das ESFs foi voluntária, sendo reservado o direito de abandonar a pesquisa em qualquer etapa. Ademais, os participantes foram informados de que não teriam nenhum custo e nem receberiam vantagem financeira por integrar a pesquisa. A previsão de riscos também foi comunicada, os quais poderiam estar relacionados ao constrangimento diante das perguntas ou a algum dano moral. No entanto, foi firmado o compromisso de que as informações seriam utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de que o não consentimento quanto a participação não implicaria em nenhum tipo de restrição institucional.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias, sendo uma para o participante e a outra para a pesquisadora (APÊNDICE 1). Neste estudo, nenhum consentimento foi retirado. Com o intuito de garantir o anonimato, os participantes foram identificados por letras (E para enfermeiros, M para médicos, ACS para agentes comunitários de saúde e TE para técnicos de enfermagem), seguidas de numeração estabelecida pela pesquisadora.

Os resultados oriundos da pesquisa serão divulgados por meio de periódicos e eventos científicos. Ademais, ficarão sob responsabilidade da pesquisadora por cinco anos e após este período serão destruídos, conforme preconiza a resolução.

Resultados e discussão



4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Só fazemos melhor aquilo que repetidamente insistimos em melhorar. A busca da excelência não deve ser um objetivo, e sim um hábito.”
Aristóteles.

Os dados desta pesquisa foram analisados tematicamente, conforme orienta BARDIN (2016), à luz do referencial teórico de Prática e Ética da Virtude, proposto por MacIntyre e Deliberação Moral, proposto por Diego Gracia.

Apresentam-se como produtos da análise temática quatro manuscritos relacionados na tabela abaixo.

Tabela 4: Manuscritos provenientes da análise de dados da tese intitulada: “A expressão da ética na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família”

<i>Produção</i>	<i>Título</i>	<i>Status do Manuscrito</i>
Artigo 1	A ética da virtude na prática da equipe de saúde da família	Aceito para publicação na revista Acta Paulista em 23.03.2021
Artigo 2	Sensibilidade moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família	Aceito para publicação na Revista Rene em 16.10.202
Artigo 3	Elementos associados à Deliberação Moral da equipe de saúde da família: em busca da excelência da prática profissional	Aceito para publicação na Revista Saúde & Sociedade em 03.02.2022
Artigo 4	Prática Colaborativa na Estratégia Saúde da Família: expressões, possibilidades e desafios para a produção do cuidado	Aceito para publicação na revista REME em 13.05.2022

Fonte: Desenvolvido para fins deste estudo, 2022

4.1 Artigo 1: A ética da virtude na prática da equipe de saúde da família

Artigo Original

A ética da virtude na prática da equipe de saúde da família

Virtue ethics in family health team's practice

La ética de las virtudes en la práctica del equipo de salud de la familia

Cecília Maria Lima Cardoso Ferraz¹  <https://orcid.org/0000-0001-6897-3796>Carolina da Silva Caram¹  <https://orcid.org/0000-0001-6219-3301>Maria José Menezes Brito¹  <https://orcid.org/0000-0001-9183-1982>

Como citar:

Ferraz CM, Caram CS, Brito MJ. A ética da virtude na prática da equipe de saúde da família. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE02831.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A002831>



Descritores

Assistência centrada no paciente; Estratégia saúde da família; Ética; Equipe de assistência ao paciente; Prática profissional

Keywords

Ethics; Family health strategy; Patient care team; Patient-centered care; Professional practice

Descriptores

Atención dirigida al paciente; Estrategia de salud familiar; Ética; Grupo de atención al paciente; Práctica profesional

Submetido

29 de Setembro de 2020

Aceito

23 de Março de 2021

Autor correspondente

Cecília Maria Lima Cardoso Ferraz
E-mail: cecilia.lima@unifemmm.edu.br

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Paula Hino
(<https://orcid.org/0000-0002-1408-1904>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Compreender a prática da equipe de saúde da família sob o prisma da ética da virtude.

Métodos: Estudo de caso único de abordagem qualitativa, realizado entre janeiro e julho de 2019, em Estratégias de Saúde da Família, de um município do interior de Minas Gerais. Os participantes foram médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, totalizando 35 profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e observação e, analisados por meio da análise de conteúdo, com auxílio do software Atlas.ti.

Resultados: A prática da equipe de saúde da família se desenvolve pelo cuidado centrado nos usuários, na busca de atender suas necessidades objetivas e subjetivas. Contudo, existem obstáculos que transitam na interface entre a legalidade/burocracia (*ethos* burocrático) referente ao atendimento de normas preconizadas para organização e funcionamento do serviço e o *ethos* profissional relacionado ao compromisso dos profissionais com as pessoas.

Conclusão: A prática da equipe de saúde da família na ótica da ética da virtude permite reconhecer que profissional e paciente são agentes morais que se orientam por valores e virtudes na busca pelo bem interno de suas vidas e prática.

Abstract

Objective: To understand Family Health team's practice from the perspective of virtue ethics.

Methods: A single case study of a qualitative approach, conducted between January and July 2019 in Family Health Strategies in a municipality in the countryside of Minas Gerais. Participants were physicians, nurses, nursing technicians and community health workers, totaling 35 professionals from Family Health Strategy teams. Data were collected through interviews and observation and analyzed through content analysis, with the help of atlas.ti software.

Results: Family Health team's practice is developed by care centered on users, in the search to meet their objective and subjective needs. However, there are obstacles that pass through the interface between legality/bureaucracy (bureaucratic ethos) regarding compliance with standards recommended for service organization and operation and professional ethos related to professionals' commitment to people.

Conclusion: Family Health team's practice from the perspective of virtue ethics allows us to recognize that professional and patient are moral agents who are guided by values and virtues in the search for the internal good of their lives and practice.

¹Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
Conflitos de interesse: nada a declarar.

Resumen

Objetivo: Comprender la práctica del equipo de salud de la familia bajo la perspectiva de la ética de las virtudes.

Métodos: Estudio de caso único de enfoque cualitativo, realizado entre enero y julio de 2019, en Estrategia Salud de la Familia de un municipio del interior de Minas Gerais. Los participantes fueron médicos, enfermeros, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud, que sumaron un total de 35 profesionales de los equipos de Estrategia Salud de la Familia. Los datos fueron recopilados mediante entrevistas y observación y analizados mediante el análisis de contenido, con ayuda del software Atlas.ti.

Resultados: La práctica del equipo de salud de la familia se desarrolla mediante el cuidado centrado en los usuarios, buscando satisfacer sus necesidades objetivas y subjetivas. Sin embargo, existen obstáculos que transitan la interfaz entre la legalidad/burocracia (*ethos* burocrático), relacionado con el cumplimiento de normas recomendadas para la organización y el funcionamiento del servicio, y el *ethos* profesional, relacionado con el compromiso de los profesionales con las personas.

Conclusión: La práctica del equipo de salud de la familia bajo la perspectiva de la ética de las virtudes permite reconocer que profesional y paciente son agentes morales que se guían por valores y virtudes en la búsqueda del bien interno de su vida y práctica.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como base organizadora para a reorientação do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS), configurando o trabalho em saúde por meio da compreensão das múltiplas demandas advindas de indivíduos, famílias e comunidades que vivem e se organizam em diferentes contextos.⁽¹⁾ A ESF se desenvolve na vertente ampliada do cuidado integral à saúde, efetivamente focado na pessoa/família e orientado pelo trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional.⁽²⁾

No contexto da ESF é constituída a equipe de Saúde da Família (eSF), a qual é historicamente composta pelo enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O trabalho conjunto dessa equipe possui características específicas e se destina a um fim próprio, configurando o conceito de prática na perspectiva da Ética da Virtude.

A prática, sob tal prisma, se constitui em um conjunto de atividades estruturadas por arranjos sociais e centrada em objetivos que lhes são próprios (bem interno), dada pela sua história e tradição.⁽³⁾ O bem interno da prática na saúde pode ser considerado como o “bem do paciente”, concretizado na busca do indivíduo pelo alcance dos padrões de excelência da prática.⁽⁴⁾ Nessa lógica, compreender a prática da eSF significa transcender a sua concepção de um conjunto de habilidades técnico-operativas para a conotação de um desempenho qualificado de uma variedade de tarefas, centrado na aplicação direta do conhecimento biotecnológico.⁽⁵⁾

A prática é configurada pela legalidade da ética (*ethos burocrático*) e pela ética da profissão (*ethos pro-*

fissional). O *ethos profissional*, embora não abandone a deontologia (*ethos burocrático*), aspira a excelência com o enfoque nas pessoas, cujo benefício confere sentido à prática.⁽⁴⁾ Considerando a complexidade das relações na eSF e a da pluralidade moral dos usuários e trabalhadores, é insuficiente recorrer somente aos códigos de ética profissional para realizar a prática, uma vez que eles apontam para regras externamente estabelecidas, isto é, apenas para o que é correto ou não fazer.⁽⁶⁾

Nessa perspectiva, considera-se que a ética deontológica não abarca todas as singularidades requeridas na prática da eSF, tornando-se necessário ampliar o olhar para outra abordagem ética neste contexto. Isto é, atentando para os aspectos subjetivos envolvidos que contribuem para o alcance da finalidade da prática, qual seja o cuidado integral centrado na pessoa/família.^(2,7)

Embora a ESF se apresente como uma forma de operacionalizar a APS e de transformar a realidade, ainda possui fragilidades relacionadas à articulação com os demais serviços da rede de saúde, às condições de trabalho inadequadas, ao ambiente altamente burocrático, à sobrecarga de trabalho e autonomia e ao reconhecimento insuficientes^(8,9) o que leva os profissionais da eSF, em muitas situações, a se distanciarem do cuidado centrado na pessoa e, por não poderem exercer a sua prática, promovem sua descaracterização e invisibilidade.

Ademais, a prática da eSF precisa ser compreendida como uma unidade, cujos acontecimentos relativos a ela apenas se concretizam no todo e, o seu bem interno, compartilhado pelos componentes da equipe. Contudo, torna-se um desafio a constituição da prática como uma unidade na eSF, uma vez que, por ela ser

composta de diferentes categorias profissionais, cada uma delas tem, também, seus bens internos específicos que configuram a sua prática profissional. Portanto, os bens da prática podem ser compreendidos do ponto de vista individual de cada categoria profissional ou do ponto de vista da prática multidisciplinar.

Percebe-se, portanto, a necessidade de os profissionais da eSF mobilizarem competências para ressignificarem as suas práticas, tornando-se indivíduos capazes de protagonizar as ações manifestas na produção do cuidado, desvelando o convite para a ética da virtude. Para MacIntyre, virtude é “uma qualidade humana adquirida cuja posse e exercício tendem a permitir o alcance dos bens que são internos às práticas e cuja falta efetivamente impede de alcançar tais bens”.⁽³⁾ Assim, as virtudes são características do agente moral incorporadas ao mundo dos valores que norteiam a prática na busca pela excelência.⁽⁴⁾

Considerando que a Ética da Virtude subsidia reflexões sobre o desenvolvimento da prática da eSF e que a literatura não faz tal articulação, surge a questão norteadora do presente estudo: Como se dá a prática da eSF sob o prisma da ética da virtude?

O presente estudo objetivou compreender a prática da Equipe de Saúde da Família sob o prisma da ética da virtude.

Métodos

O estudo é de abordagem qualitativa, delineado pelo método de estudo de caso único integrado, realizado em unidades de saúde da família, de uma cidade de médio porte de Minas Gerais, Brasil. A abordagem qualitativa busca compreender o sentido que os sujeitos atribuem a suas ações, em seu tempo e espaço, propondo visibilizar as experiências humanas em sua dimensão sociocultural, valorizando os fatos e significados de seus diversificados contextos.⁽¹⁰⁾

O estudo de caso se refere ao objeto da presente pesquisa que busca pela compreensão da prática da eSF, sendo considerada um fenômeno social, complexo, e contemporâneo em um contexto real, onde o investigador tem controle muito reduzido sobre os eventos.⁽¹¹⁾

Os participantes da pesquisa foram profissionais que compõem a equipe básica da ESF, sendo eles:

médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O município possui cinco regiões administrativas e 43 equipes de ESF, dessa forma, realizou-se sorteio aleatório por região administrativa para eleger as equipes participantes.

Para compor a população do estudo foram incluídos na pesquisa profissionais com, no mínimo, seis meses de atuação na equipe, período considerado necessário para que eles pudessem vivenciar o ambiente de trabalho, as relações e as atividades que compõem a sua prática. Foram excluídos do estudo, profissionais que estavam em gozo de licença saúde ou férias durante o período de coleta de dados.

Cabe salientar que o número de participantes não foi indicado a priori e a coleta de dados foi interrompida quando ocorreu a saturação dos dados para cada categoria profissional, ou seja, quando as informações, após a análise, apresentaram a abrangência dos participantes, valorizando os conteúdos significativos para o estudo.⁽¹⁰⁾ Desta maneira, as entrevistas foram realizadas com 09 enfermeiros, 09 Técnicos de Enfermagem, 07 médicos e 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 35 profissionais.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a julho de 2019, por meio de duas fontes de evidência: entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado e observação não participante. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas individualmente, em ambiente reservado nas unidades de saúde onde os profissionais estavam lotados, foram gravadas e tiveram duração média de 28 minutos. As questões norteadoras das entrevistas abordaram o significado do trabalho na ESF; o relato da prática profissional e dos valores que a norteiam no contexto da ESF. As observações foram realizadas durante todo o período da coleta dos dados, em momentos anteriores ou posteriores às entrevistas, na recepção, nos consultórios médico e de enfermagem, na sala de cuidados básicos e nas visitas domiciliares. As observações foram registradas e identificadas como notas de observação (NO).

Para análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática, seguindo os três polos cronológicos propostos por Bardin, com o auxílio do Atlas.ti 8. O *software* de análise de dados qualitativos foi utilizado como um instrumento operacional para a análise das entrevistas, favorecendo no processo de organização dos

dados, permitindo às pesquisadoras uma visão panorâmica das descobertas durante o processo analítico.⁽¹²⁾

A respeito dos polos cronológicos, o primeiro momento decorreu com a fase de pré-análise, em que foi realizada a leitura flutuante e exaustiva do material, o qual foi posteriormente inserido no programa, o que contribuiu para visualização e organização dos dados. O segundo momento foi a fase de exploração dos dados, na qual a utilização do *software* facilitou o gerenciamento do material, para criação de códigos e categorização, culminando na criação de famílias que deram origem às categorias do estudo. A última etapa foi a de inferência e interpretação, na qual os dados brutos passaram a ter significado mediante a inferência, interpretação e discussões dos dados com a literatura e com o referencial teórico da Ética da Virtude.⁽¹³⁾

O estudo atendeu à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, teve a aprovação das instâncias devidas do município, por meio da Carta de Anuência Institucional e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o Parecer nº 2.285.857. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, manifestando sua concordância em participar da pesquisa bem como sua ciência frente aos possíveis riscos, benefícios ou incômodos. Para garantir o anonimato, optou-se por identificar os depoimentos com a inicial das categorias; (E) enfermeiro, (TE) técnico de enfermagem, (M) médico, e (ACS) Agente Comunitário de Saúde, seguidas dos números estabelecidos para cada entrevista.

Resultados

Os resultados revelaram que a prática da eSF desenvolve-se sob a perspectiva de uma atenção à saúde centrada no atendimento às necessidades objetivas e subjetivas da pessoa/do usuário, em seu contexto de vida. Além disso, evidenciaram que a organização do trabalho por vezes representa risco ao desenvolvimento da prática de excelência.

Os participantes E6, M3 e TE3 expressam em seus depoimentos que a centralidade das atividades que realizam é a pessoa/o usuário, demonstrando a busca pelo bem interno da prática da eSF.

A estratégia saúde da família me atrai, porque me permite cuidar das pessoas de uma forma contínua. (E6)

Tento prestar um atendimento digno, humanizado às pessoas que, muitas vezes, não têm condições de ir a um grande centro para ter atendimento à saúde de qualidade. Então, significa ajudar o próximo com a humanização da saúde. (M3)

Tem pacientes que vem aqui todos os dias, eles não têm nada, só querem conversar, às vezes, só querem me ver. Eu também me coloco no lugar do paciente, eu nunca penso em mim, profissional. O paciente em primeiro lugar. Daí eu me sinto valorizada por eles gostarem de falar comigo e, eles saem satisfeitos pelo atendimento. (TE3)

Nesse sentido, M6 e M4 revelam que a prática centrada na população exige compreensão das reais necessidades dela, as quais são subjetivas e extrapolam as queixas clínicas padronizadas nos protocolos ministeriais (ethos burocrático), expressando o ethos profissional.

A gente pode ajudar muitas pessoas, não só na saúde. Eu acho que o médico de família interfere muito na vida do paciente. Às vezes, o paciente não precisa do médico, mas precisa mais ser escutado. Eu acho que, como médico da família, consigo abranger muito mais do que só uma consulta, só a doença do paciente naquele momento. Eu cuido das pessoas! (M6)

Eu atendo muita gente, mas aprendi a sentar e ter uma relação mais de escuta com o meu paciente. Eu o deixo falar sobre suas necessidades. Nem todas relacionadas à saúde, algumas psicológicas, emocionais, familiares. Identifico que a maioria das pessoas não está normalmente doente. (M4)

A prática eSF também foi descrita pelos participantes M7, E3, TE2 e ACS3 mediante as atividades técnicas que realizam, revelando principalmente os elementos procedimentais congruentes com o ethos burocrático previsto como escopo de suas atribuições como membros da equipe de saúde da família.

Consulta, puericultura, pré-natal, visita domiciliar, atendo demanda, urgência, às vezes, ajudo outras unidades quando estão sem médico, só. (M7)

A minha prática aqui é realizar as consultas de enfermagem, ajudo também em todos os procedimentos de enfermagem, acolhimento. Minha prática é tanto administrativa como assistencial. Faço consulta de pré-natal, de citologia, avaliação das mamas, faço puericultura. Então, é uma prática cheia. (E3)

Minha prática profissional é aferir pressão, glicemia, realizar curativos, retinada de pontos, fazer visitas domiciliares para os acamados, auxiliar o atendimento do médico, da Enfermeira. (TE2)

Faço visitas domiciliares, pelo menos uma por mês para cada família, arrumo a minha pasta de cadastros, as fichas dos prontuários dos pacientes, classificando quem é hipertenso e quem é diabético, quem é saúde mental, classifico o risco da família também. (ACS3)

Como observado nos depoimentos anteriores, os participantes definem que a centralidade da prática é a pessoa/o usuário. Contudo, M2, E9 e TE1 referem que a organização do trabalho na ESF se apresenta como obstáculo para o alcance do bem interno da prática da eSF. Tais obstáculos estão relacionados à ausência de insumos adequados para a necessidade do usuário e à predominância do caráter administrativo burocrático vivenciado pela equipe de saúde no cotidiano de trabalho da ESF, os quais definem o modo como os profissionais organizam suas ações no contexto da prática.

Estipula-se mais ou menos 20 minutos para cada atendimento, mas eu acho que esse tempo deveria ser mais, porque o usuário, para ter um tratamento completo, requer fazer anamnese, por exemplo. É importante deixar o paciente falar o que ele tem e isso gasta tempo, se você não tiver esse tempo, não vai conseguir fazer o tratamento e o diagnóstico completo, e o acompanhamento como um todo, da melhor forma. (M2)

Temos uma demanda gigantesca de serviço administrativo. Infelizmente, nós enfermeiros, e eu acho que a maioria de nós pensa assim, ficamos muito limitadas para desempenhar nosso papel assistencial. Nosso sonho era ter um funcionário que cuidasse exclusivamente dessa parte administrativa, de marcar exames para os pacientes e agendar as consultas de pré-natal e preventivo para atingir metas por exemplo, para gente ficar mais voltado para o paciente. (E9)

Atualmente, não tenho condições de trabalhar. Estou aqui ainda porque gosto, faço o que gosto. Mas, não tenho condições de trabalhar, de dar atendimento decente e respeitoso ao paciente. Estou ligando para todas as unidades, para pedir emprestado um equipo, seringa, medicação dipirona, porque a criança que está lá fora esperando, está com 39 de febre. (TE1)

Além dos depoimentos, durante observação realizada pela pesquisadora evidenciou-se o cancelamento de uma agenda de seis consultas de puericultura para substituí-la por outra de exames de citopatológico do colo do útero, a fim de que a unidade cumprisse a meta desse atendimento para aquele mês (NO). Tal ação, revela que a organização do trabalho não enfoca apenas a necessidade da pessoa/do usuário como centralidade, mas a exigência burocrática de metas e indicadores, sendo, portanto, um obstáculo para o alcance do bem interno da prática pela eSF.

Outro obstáculo para o desempenho da prática foi citado por E7 que refere os conflitos oriundos dos relacionamentos interpessoais que dificultam a construção de uma unidade na eSF.

Vivencio dificuldades também de relacionamentos que, às vezes, por trabalharmos com pessoas, atendermos pessoas, cada um com sua personalidade e seus objetivos, que, às vezes não são os mesmos, gera conflitos. Como a responsável técnica da equipe, tenho que assumir algumas posturas que contrariam o nosso colega de trabalho. (E7)

A respeito do relato da participante E7, a pesquisadora identificou situações de conflito entre a deliberação pretendida pela enfermeira e aquela pretendida pelo médico em relação à renovação de re-

ceita de medicamento controlado para uma senhora idosa da área de abrangência. O médico não quis ouvir a justificativa de renovação da receita naquele momento, alegando que aquele não era o dia de realizar essa atividade. Enquanto a enfermeira já havia conversado com a usuária e identificado que ela havia passado por uma internação hospitalar e, por isso não renovou a receita antes, ficando sem medicações para a continuidade do tratamento (NO).

Por outro lado, a enfermeira E1 e TE1 relatam boa experiência em compartilhar o trabalho com outros profissionais da equipe na busca pelo melhor cuidado a ser ofertado para o usuário, evidenciando a busca pelo bem interno da prática.

Eu tinha uma paciente que usava muito o nosso serviço. Ela vinha aqui diariamente. Estava acompanhada e medicada pela nossa médica. No entanto, sempre vinha à nossa unidade com alguma queixa. Então, a médica e eu decidimos realizar uma visita domiciliar para entender o que estava acontecendo, já que do ponto de vista assistencial clínico já não tínhamos mais o que fazer. Acionamos a ACS e realizamos a visita domiciliar. Na casa dela, identificamos que a medicação estava sendo tomada de forma errada. Como ela tomava muitos remédios, separamos todos, entre manhã, tarde e noite e, novamente a orientamos sobre a forma correta de se fazer. Combinamos da ACS realizar visitas semanais para ela, para verificar como estava o tratamento. Dessa forma, cuidamos dela mais de perto e ainda descobrimos como ela vive, do que se alimenta. (E1)

Uma vez acompanhamos uma paciente que já tinha uma ferida aberta, há dois anos. Nosso trabalho de equipe, graças a Deus, nos possibilitou fechar a ferida dela. O médico da nossa equipe também era muito bom, tinha uma parceria muito boa, ele dava a liberdade para gente conversar, discutir o caso. Ele tinha a humildade de admitir que não entendia nada de curativo, e nos pedia sugestões. Isso é muito gratificante! Nos dá motivos para acreditar que trabalhar em equipe pode fazer a diferença. (TE1)

Outro aspecto de destaque da prática da eSF foi citado por E5, ACS1, E6 e TE1, o qual se refere

à importância de valores como dignidade, ética, empatia, sensibilidade, confiança, integralidade da atenção, vínculo, carinho, conhecimento, como balizadores para realizarem a prática do cuidado centrado na pessoa/no usuário no contexto da ESF.

Falando de ética a gente tem que ter sensibilidade para entender o paciente. Então, a integralidade, ética, saber se colocar no lugar do outro, ter empatia, tudo isso é importante na nossa profissão, principalmente aqui na ESF, pois lidamos mais tempo com os pacientes, conhecemos a realidade deles. (E5)

As pessoas confiam muito na gente, elas contam coisas, elas se abrem! Dessa forma, a gente cria um vínculo muito grande com as famílias, eles confiam a vida deles para gente. A gente entra na casa deles, sabemos tudo de lá. (ACS1)

Tento ir pelo lado da integralidade, olhar o ser humano de uma forma integral, o máximo que eu consigo, e nunca fragmentar, porque principalmente na ESF a gente tem que tentar olhar de uma forma mais complexa né? Até mesmo, porque quando a gente está aqui mais próxima, a gente cria vínculo e tem uma série de fatores que conseguimos ver melhor e atender de uma forma mais completa. (E6)

Meus valores principais são, primeiro o conhecimento que adquiri no curso de medicina e a atenção e o carinho que eu tenho em atender o paciente. Eu tenho carinho e atenção pelos pacientes, eu procuro resolver os problemas de saúde no atendimento do dia, inclusive eu gasto um tempo a mais, o que costuma atrasar no tempo das minhas consultas, porque às vezes o paciente tem muito mais queixas sociais que biológicas. (M2)

Percebe-se que os profissionais mesmo em face de obstáculos no cotidiano de trabalho da eSF buscam desempenhar a prática com excelência e centrada na pessoa/no usuário. Nesse sentido, ACS3 expressa a importância da busca primária pelo alcance da prática e de seus valores em detrimento das recompensas que ela pode proporcionar, como o dinheiro.

Trabalho com ética. Eu me vejo no lugar do paciente, e isso é muito importante! Tem pessoas que trabalham só por dinheiro. Eu acho que a pessoa tem que trabalhar por amor ao que faz, ela tem que escolher uma profissão certa, porque se não, se escolher só por dinheiro, é muito ruim. (ACS3)

O presente estudo revelou que, os profissionais eSF embora vivenciem obstáculos para a efetivação de sua prática, buscam desenvolvê-la direcionada às necessidades objetivas e subjetivas dos indivíduos/famílias, isto é, uma prática centrada na pessoa/no usuário. Relatam também a importância da prática em equipe e de valores como fundamentos para o cuidado centrado na pessoa/no usuário, no contexto das ESF.

Discussão

Por prática entendemos o trabalho em saúde estruturado por arranjos sociais e, centrada em objetivos que lhes são internos.⁽³⁾ Além disso, a prática também é compreendida pela aplicação do conhecimento em situações concretas, que traz consigo um fim determinado que responda a um projeto de sociedade em que estão permeadas concepções de saúde-doença-cuidado.⁽⁷⁾ Considerar a eSF como prática significa dizer que, por meio do exercício profissional, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde buscam a realização do cuidado integral centrado na pessoa/família como o bem interno.

Na perspectiva dos profissionais do presente estudo, a compreensão das necessidades de saúde da população deve estar pautada para além das demandas clínicas padronizadas por protocolos e pela intervenção nos corpos biológicos. Salienta-se que o bem interno da eSF precisa ampliar a perspectiva do modelo biológico e tecnicista, para a compreensão da natureza instituinte dos arranjos singulares que estruturam o funcionamento das ESFs capaz de influenciar os modos de ser, de viver e de produzir cuidado nesse contexto da rede de atenção à saúde.

Nessa vertente, este estudo dialoga com outras pesquisas que buscaram compreender como se con-

figura o trabalho nas ESFs, concentrando-se na potencialidade da dimensão subjetiva do modo de produção em saúde, integrando o mundo dos valores, dos sentimentos e dos aspectos éticos e culturais.^(7,9) A subjetividade relacionada ao cuidado no contexto das relações das eSF, “é marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxo de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social”.⁽⁷⁾

Para isso, a eSF precisa ampliar sua capacidade criativa e imaginativa, bem como sua sensibilidade humana e entendimento compreensivo das questões da saúde e sociais a fim de incorporar reflexões e ações sobre novos temas e problemas e expressar sua capacidade para lidar com a complexidade inerente à pessoa e/ou a comunidade.^(4,14) As expressões da prática da eSF, centrada no cuidado as pessoas/família, evidenciam o enfoque no ethos profissional, cuja abordagem das atividades está nas pessoas.⁽⁴⁾

Sob o prisma da Ética da Virtude, importa esclarecer que, para alcançar o bem interno da prática, os profissionais precisam incorporar, no cotidiano do trabalho, as virtudes compreendidas como a excelência do caráter⁽³⁾ e, identificadas como um ingrediente necessário para o encontro do profissional de saúde com o usuário.⁽¹⁵⁾ A virtude profissional é a disposição ou característica de caráter que permite ao agente moral agir para o bem, perseguindo a meta de uma atividade específica. O virtuoso em uma profissão é, portanto, aquele que na busca pelo *telos* da prática aspira ser o melhor e o mais competente possível.⁽³⁾

Nessa perspectiva, os resultados do presente estudo apontaram que os profissionais da eSF impõem valores às suas ações como virtudes importantes no desempenho da prática. Assim sendo, valores como o respeito, a justiça, o cuidado, a empatia, a humildade, a responsabilidade e a integralidade apareceram como norteadores dos elementos ético morais da prática da eSF, potencializando o alcance do bem interno.

Estudo que buscou identificar os valores que orientam a enfermagem como prática social correspondem com os achados dessa pesquisa ao revelar que para o bem cuidar, faz-se necessário lançar o

olhar para a integralidade da assistência à saúde. Tal situação demanda do profissional a compreensão do contexto social por meio da empatia, a promoção de um espaço de interação dialógica entre usuários, comunidade e equipe e a identificação das necessidades de saúde e expectativas das pessoas, a partir da escuta qualificada.⁽⁷⁾ Infere-se então, que a integralidade se delinea como um princípio fundamental da atenção à saúde e que reverbera na prática como uma virtude, isto é, implica no compromisso com uma atenção resultante da prática construída socialmente entre profissionais e usuários, direcionada às necessidades objetivas e subjetivas das pessoas em seu contexto social, apreendidas e transformadas em ações pela eSF, em consonância com o bem interno da prática.

O estabelecimento do vínculo e da confiança são virtudes marcantes nas relações entre equipe e usuários e, foi externado nesta pesquisa, pelos laços de carinho e atenção que fortalecem e estreitam as relações, tornando-as profícuas para a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais da eSF na produção de saúde.

Autores têm destacado que dentre as potencialidades do trabalho da eSF aquelas relacionadas às tecnologias leves, como o vínculo e o acolhimento, demonstram grande efetividade para práticas horizontalizadas balizadas pelo compromisso mútuo, responsabilidade e intimidade, favorecendo o cuidado e a afinidade interpessoal.^(7,16) Ainda, apontam que tais estratégias são fortalecedoras da empatia e da relação de confiança entre o profissional de saúde e o usuário, auxiliando na construção de autonomia dos usuários.^(16,17)

Contudo, os participantes da presente pesquisa revelaram circunstâncias nas quais o cuidado centrado no indivíduo/família era preterido pelo excesso de demandas administrativas e procedimentais com consequente sobrecarga de trabalho. Na mesma direção, um estudo realizado com enfermeiros de eSF revela que a prática é fragilizada em decorrência de alta demanda de atendimentos e da sobrecarga de serviços não privativos do enfermeiro, distanciando os profissionais do contato contínuo e íntimo com o paciente, revelando a não concretização da prática idealizada e considerada correta.⁽¹⁸⁾

Foram também mencionados aspectos relacionados à organização e à gestão das ESFs como

obstáculos à concretização da prática da equipe. A precariedade nas condições materiais de trabalho, a sobrecarga de trabalho, o limite do tempo para a assistência ao paciente e as relações interpessoais redirecionam o fazer profissional para o foco das normas vigentes e, para o alcance das metas impostas, evidenciando o ethos burocrático.

A esse respeito, vale ressaltar que as atividades técnicas e administrativas, de gestão e organização do trabalho também compõem o que se caracteriza como prática para a eSF, sendo parte do ethos burocrático da prática.⁽⁴⁾ O que não pode acontecer é a priorização da realização do ethos burocrático em detrimento ao ethos profissional o que dificultaria a busca pelo bem interno e descaracterizaria a prática da eSF.⁽³⁾ Estudo que evidenciou a recorrência de fragilidades na organização e nas relações da eSF demonstraram que os profissionais participantes enfrentavam diariamente situações que contradiziam seus preceitos éticos de cuidado integral e contínuo as pessoas, o que possibilitou vivências de Sofrimento Moral.⁽⁸⁾

Logo, a eSF, em sua prática, precisa conjugar o conhecimento científico, as habilidades técnicas e as normas legais das profissões às relações interpessoais, as quais, por sua vez, devem ser permeadas por valores que orientam a busca pelo cuidado centrado na pessoa. Entende-se, portanto, que a prática da eSF deve se configurar na convivência da legalidade (ethos burocrático) e da ética (ethos profissional).⁽⁴⁾ Dessa maneira, a prática virtuosa da eSF deve promover a escuta empática, a sensibilidade emocional e o reconhecimento da singularidade de cada usuário, aliada ao conhecimento, evidências científicas, e habilidades técnicas.

Para tanto, sugere-se que sejam criados, nas unidades de saúde, momentos destinados à escuta e às discussões sobre as dificuldades enfrentadas para a efetivação das práticas, possibilitando espaço para que as emoções, os valores morais e sentimentos sejam expressos, sobretudo, com a finalidade de promover ações que possibilitem a redução dos obstáculos à prática ética. Além disso, recomenda-se a reorientação dos processos formativos dos profissionais, com ênfase para a apresentação e valorização da ética da virtude como componente potencializador do desenvolvimento moral dos profissionais, com vistas ao aprimoramento da prática da eSF.

Como limitações do presente estudo, apontam-se que a prática da eSF foi explorada em uma cidade do interior de Minas Gerais, sugerindo que novas investigações sejam desenvolvidas para explorar outros espaços, e a escassa literatura utilizando a ética da virtude como fundamentação epistemológica, especialmente no contexto da ESF. Salienta-se, no entanto, que, sendo a ética intrínseca à prática dos profissionais das eSF, os resultados desta investigação podem aplicar-se, subsidiando reflexões acerca da construção de práticas profissionais que vislumbrem o cuidado centrado no indivíduo considerado como o escopo do fazer em saúde.

Conclusão

O bem interno da prática da eSF foi explicitado pela procura constante dos profissionais em centralizar suas ações nos usuários e buscar atender suas necessidades. Contudo, eles encontram obstáculos para alcançá-lo devido ao excesso de burocracia, às falhas na organização dos serviços, às demandas excessivas, e à pressão do tempo. A eSF, por meio de virtudes, desempenha sua prática com a ampliação do olhar na direção da compreensão da singularidade de cada sujeito e da percepção integral de atenção às suas demandas objetivas e subjetivas.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, processo nº 302896/2016-3. À Fundação de Amparo à pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG, Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde, processo nº APQ-03779-17.

Colaborações

Ferraz CMLC, Caram CS e Brito MJM colaboraram com a concepção do projeto, coleta dos dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Mendonça MH, Matta GC, Gondim R, Giovanela L, organizadores. Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa. Saúde Debate. 2018;42(11):452-6. [resenha por Carlos dos Santos Silva].
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 Jun 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
3. MacIntyre A. After virtue: a study in moral theory. 3rd ed. New York: Bloomsbury; 2013.
4. Cortina A. Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania. São Paulo: Loyola; 2005.
5. Zoboli EL, Schweitzer MC. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. Rev Lat Am Enfermagem. 2013;21(3):695-703.
6. Ferraz CM, Vilela GS, Moreira DA, Brito MJ. Moral sensitivity in the practice of Family Health Strategy professionals. Rev Rene. 2021;22:e60281.
7. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Cien Saude Coletiva. 2018;23(3):861-70.
8. Cardoso CM, Pereira MO, Moreira DA, Tibães HB, Ramos FR, Brito MJ. Moral distress in family health strategy: experiences expressed by daily life. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(Spe):89-95.
9. Costa IP, Moreira DA, Brito MJ. Meanings of work: articulation with mechanisms of risk and protection for resilience. Texto Contexto Enferm. 2020;29:e20190085.
10. Minayo MC. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev Pesq Qualitativa. 2017;5(7):1-12.
11. Yin RK. Estudo de caso planejamento e métodos. 5a ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
12. Brito MJ, Caram CS, Montenegro LC, Rezende LC, Rennó HM, Ramos FR. Potentialities of Atlas.ti for data analysis in qualitative research in nursing. In: Costa AP, Reis LP, Sousa FN, Lamas AM. Computer supported qualitative research. Switzerland: Springer International Publishing Switzerland; 2016. p. 75-84.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
14. Gomes D, Zoboli EL, Finkler M. Problemas éticos na saúde bucal no contexto da Atenção Primária à Saúde. Physis Rev Saúde Coletiva. 2019;29(2):e290208.
15. Scott PA. Nursing and ethical dimension of practice. In: Scott P, editor. Key concepts and issues in nursing ethics. Deutschland: Springer; 2017. p. 1-13.
16. Santos RO, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. Physis Rev Saúde Coletiva. 2018;28(2):e280206.
17. Bain LE. Revisiting the need for virtue in medical practice: a reflection upon the teaching of Edmund Pellegrino. Philos Ethics Humanit Med. 2018;13(1):4.
18. Rezende LC, Caram CS, Caçador BS, Brito MJ. Nurses' practice in quilombola communities: an interface between cultural and political competence. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20190433.



Rev Rene. 2021;22:e60281.
DOI: 10.15253/2175-6783.20212260281
www.periodicos.ufc.br/rene

Artigo Original

Sensibilidade moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família*

Moral sensitivity in the practice of Family Health Strategy professionals

Como citar este artigo:

Ferraz CMLC, Vilela GS, Moreira DA, Brito MJM. Moral sensitivity in the practice of Family Health Strategy professionals. Rev Rene. 2021;22:e60281. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260281>

Cecília Maria Lima Cardoso Ferraz¹
Gláucia de Souza Vilela¹
Danielle de Araújo Moreira²
Maria José Menezes Brito¹

*Extraído da tese intitulada "A expressão da ética na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família", Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

¹Universidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte, MG, Brasil.

²Escola Técnica Sandoval Soares de Azevedo.
Ibirité, MG, Brasil.

Autor correspondente:

Cecília Maria Lima Cardoso Ferraz
Rua Jurunas, 282, B: Nossa Senhora do Carmo.
CEP: 35700-452. Sete Lagoas, MG, Brasil.
E-mail: cecilia.lima@unifemm.edu.br

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negreiros

RESUMO

Objetivo: compreender o desenvolvimento da sensibilidade moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** estudo de caso único, de abordagem qualitativa, realizado com trinta e cinco profissionais das equipes de saúde da família. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado e observação. Os dados foram analisados por meio de Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** a análise revelou que os fatores relacionados à organização do trabalho, às relações interpessoais e aos valores pessoais influenciam o desenvolvimento da sensibilidade moral de profissionais das equipes de saúde da família. **Conclusão:** o desenvolvimento da sensibilidade moral de profissionais da Estratégia Saúde da Família é influenciado por fatores potencializadores e dificultadores que se apresentam no cotidiano de trabalho.

Descritores: Ética; Moral; Prática Profissional; Estratégia Saúde da Família; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: to understand the development of moral sensitivity in the practice of Family Health Strategy professionals. **Methods:** a unique case study, of qualitative approach, conducted with thirty-five professionals from the family health teams. Data collection occurred through interviews guided by semi-structured script and observation. The data was analyzed through Thematic Content Analysis. **Results:** the analysis revealed that factors related to work organization, interpersonal relationships and personal values influence the development of the moral sensitivity of professionals in family health teams. **Conclusion:** the development of the moral sensitivity of Family Health Strategy professionals is influenced by enabling and hindering factors that present themselves in daily work.

Descriptors: Ethics; Morale; Professional Practice; Family Health Strategy; Patient Care Team.

Introdução

A prática de saúde é considerada uma ação moral e seu objetivo é garantir o bem-estar das pessoas que necessitam de assistência⁽¹⁾. O termo prática faz referência a toda atividade humana cooperativa, coerente e complexa por meio da qual bens internos a ela estão presentes na tentativa de alcançar os padrões de excelência apropriados e definidos a essa forma de atividade⁽²⁾. Os bens internos conferem sentido à prática, beneficiando todos os envolvidos com a credibilidade e a legitimidade social.

No âmbito da saúde, entende-se que o bem interno da prática está relacionado ao bem do paciente⁽³⁾. Nesse sentido, a prática extrapola a dimensão de análise técnico-operativa e decorrente da aplicação direta do saber biotecnológico ao envolver aspectos morais. Logo, para responder à finalidade social da prática e interligar seus elementos técnicos e éticos, é preciso que os profissionais aliem à competência técnica, no cotidiano do trabalho, os princípios e valores éticos-morais, em uma interface de corresponsabilização e acolhimento⁽⁴⁾. Tal realidade demanda, dos profissionais de saúde, o desenvolvimento da sensibilidade moral, atributo capaz de capacitá-los a reconhecer questões morais quando estas surgem na prática⁽⁵⁾, além de permitir a busca por soluções condizentes.

Percebida como um pré-requisito para o desempenho ético, a sensibilidade moral é definida como um fenômeno complexo e considerada como atributo pessoal, dentro do relacionamento interpessoal, que abarca todo o contexto relacionado ao conflito e às particularidades dos sujeitos. Portanto, a sensibilidade moral é a condição primária para o reconhecimento, a interpretação e a gestão de demandas éticas que surgem na prática⁽⁶⁾, oferecendo subsídios para a deliberação moral, entendida como a ponderação para resolver o problema ético identificado, buscando cursos de ação prudentes, responsáveis e possíveis em face do contexto em que o problema se apresenta⁽⁷⁾.

A sensibilidade moral tem influência multifatorial e possui relação direta com a orientação relacional, a dimensão profissional e a educação ética^(6,8).

A compreensão desses fatores na prática em saúde é essencial para o estabelecimento de condutas éticas e para o desenvolvimento da sensibilidade moral nos contextos de saúde⁽⁶⁾. As literaturas internacionais e nacionais têm buscado descrever a sensibilidade moral no contexto de problemas éticos principalmente com o enfoque quantitativo e objetivo, por meio do Questionário de Sensibilidade Moral, especialmente de enfermeiros^(6,8) no âmbito hospitalar⁽⁸⁾. No entanto, ainda são escassas pesquisas que abordem como ela se opera na prática cotidiana. Essa realidade aponta lacunas do conhecimento, sobretudo em espaços para além do hospitalar, destacando-se aqueles relacionados à Estratégia Saúde da Família, que é hoje considerada a porta de acesso preferencial dos usuários do serviço de saúde pública, em que não há estudos pertinentes à sensibilidade moral da equipe de saúde da família.

Nesse enfoque, nesta investigação, lançou-se o olhar sobre a sensibilidade moral na prática de profissionais que compõem a equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. A escolha está atrelada ao entendimento de que os problemas éticos, nesse locus assistencial, manifestam-se de forma mais sutil, como situações comuns do cotidiano, potencializando a sua complexidade⁽⁶⁾ e exigindo, da equipe multiprofissional de saúde, sensibilidade moral para o seu reconhecimento e sua deliberação. Diante disso, questiona-se: Como se desenvolve a sensibilidade moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família?

Tornam-se essenciais, considerando que a prática profissional é ética dependente e que o desenvolvimento da sensibilidade moral é requisito significativo para as ações éticas no cotidiano, investigações que aprofundem o assunto, favorecendo o cuidado de excelência.

Mediante o exposto, objetivou-se compreender o desenvolvimento da sensibilidade moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Métodos

Trata-se de um estudo de caso único, com abordagem qualitativa, realizado em unidades de saúde da família de uma cidade de médio porte localizada a 76 km de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

A escolha metodológica pelo estudo de caso único integrado refere-se à busca pela compreensão da sensibilidade moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família, considerada como fenômeno complexo, contemporâneo e social em um contexto real em que o investigador tem controle muito reduzido sobre os eventos⁽⁹⁾. A pesquisa foi desenvolvida em unidades de saúde da família, permitindo que todas fossem analisadas em suas singularidades e em conjunto. O caso deste estudo é a prática de profissionais das equipes de saúde da família.

Os participantes da pesquisa foram Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde que compõem a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família. O município que constituiu o cenário do estudo possuía, na época da coleta dos dados, 43 equipes de saúde da família cadastradas no sistema de informação da Atenção Básica e distribuídas entre as cinco regiões administrativas municipais. Adotou-se, como critério de inclusão das equipes no estudo, a condição de estarem com o quadro completo de profissionais. Dessa forma, das 43 equipes cadastradas, 32 contavam com todos os profissionais da equipe mínima.

Ainda, incluíram-se, na pesquisa, profissionais com, no mínimo, seis meses de atuação na equipe, já que o desenvolvimento da sensibilidade moral ocorre mediante as vivências do profissional no ambiente laboral de modo a conhecer a dinâmica de organização, o funcionamento do serviço e o estabelecimento de maior proximidade com a comunidade. Profissionais em período de férias ou em licença médica, durante a coleta de dados, foram excluídos da amostra. Ao considerar esses critérios de elegibilidade, 19 equipes de

saúde da família atendiam aos requisitos para a coleta de dados. A partir daí, realizou-se sorteio aleatório por região administrativa para selecionar a ordem de participação das equipes.

Em consonância com a pesquisa qualitativa, o número de participantes não foi indicado *a priori* e a coleta de dados foi finalizada quando ocorreu a saturação dos dados para cada categoria profissional. Significa dizer que as informações passaram a ser reincidentes, valorizando sempre os conteúdos significativos para o estudo⁽¹⁰⁾. Dessa forma, as entrevistas foram realizadas em dez unidades de saúde da família, com nove enfermeiros, nove técnicos de Enfermagem, sete médicos e dez Agentes Comunitários de Saúde, perfazendo 35 profissionais.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e julho de 2019 por meio de entrevistas gravadas e guiadas por roteiro semiestruturado elaborado pela coordenadora do estudo. O roteiro semiestruturado constituiu-se de questões que buscavam caracterizar os participantes com relação ao sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família e especialização na área e elucidar os aspectos éticos envolvidos na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas individualmente, em ambiente reservado, nas unidades de saúde onde os profissionais estavam lotados, com duração média de 28 minutos. Foi oferecida, aos profissionais, a oportunidade de ouvirem e validarem as entrevistas após a finalização.

Em conformidade com a triangulação de dados, que confere o rigor ao método e a robustez na descrição dos achados⁽¹⁰⁾, foram também realizadas, pelas pesquisadoras, as observações não participantes, que aconteceram antes e após as entrevistas previamente agendadas, em locais como: recepção; sala de consultas de Enfermagem e Medicina; sala de cuidados básicos e visitas domiciliares, registrando-as em diário de campo. As observações foram consentidas pelos pro-

Ferraz CMLC, Vilela GS, Moreira DA, Brito MJM

fissionais e permitiram, às pesquisadoras, identificar linhas convergentes de investigação.

Os dados foram manualmente transcritos na íntegra e, posteriormente, submetidos à Análise de Conteúdo, a qual consiste em um conjunto de técnicas que permitem, ao pesquisador, relacionar e conferir significados entre as estruturas linguísticas e psicológicas ou sociológicas⁽¹¹⁾. O *software* de análise de dados qualitativos atlas.ti 8 foi utilizado como suporte tecnológico para a análise das entrevistas, favorecendo o processo de organização dos dados, o que permitiu, às pesquisadoras, uma visão geral das descobertas durante o processo analítico⁽¹²⁾.

Da análise dos dados, emergiram duas categorias analíticas que sinalizaram sobre o desenvolvimento da sensibilidade moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família: Sensibilidade moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família: fatores dificultadores e Sensibilidade moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família: fatores potencializadores. Para a melhor compreensão dos achados, uniram-se as categorias citadas em uma única mais abrangente: Fatores intervenientes ao desenvolvimento da sensibilidade moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família.

A pesquisa foi aprovada pelas instâncias devidas do município por meio da Carta de Anuência Institucional e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº 2.285.857/2017). De acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, manifestando sua concordância em participar da pesquisa, bem como sua ciência frente aos possíveis riscos, benefícios ou incômodos. Para garantir o anonimato, optou-se por identificar os depoimentos com a inicial das categorias: (E) Enfermeiro; (TE) Técnico de Enfermagem; (M) Médico e (ACS) Agente Comunitário de Saúde, seguida dos números estabelecidos para cada entrevista. Para a apresentação das notas de observação, utilizaram-se as iniciais NO.

Resultados

Dentre os participantes, 34 (97,1%) eram do sexo feminino. A idade variou de 22 a 59 anos, sendo que a média foi de 34,4 anos. O tempo médio de formação oscilou entre sete anos e sete meses para os enfermeiros, 14 anos e sete meses para os técnicos de Enfermagem e cinco anos e três meses para os médicos. Já a atuação profissional na Estratégia Saúde da Família atual teve tempo médio de sete anos e cinco meses para os Agentes Comunitários de Saúde, três anos e um mês para os enfermeiros, três anos e seis meses para os técnicos de Enfermagem e dois anos e dois meses para os médicos. Dos profissionais enfermeiros e médicos, 12 (75,0%) possuíam título de especialização em Saúde da Família. Da análise dos dados, emergiu a categoria analítica apresentada.

Fatores intervenientes ao desenvolvimento da sensibilidade moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família

Os participantes revelaram baixa atribuição de importância às questões éticas na prática cotidiana. Importa destacar a necessidade de uma das participantes - E7 de resgatar aspectos conceituais da ética para estabelecer associações com sua prática: *Questão ética é muito difícil responder sobre isso porque tem muita coisa. Eu preciso primeiro entender o que é, não que eu não saiba, mas eu preciso lembrar e entender o que abrange a ética para, depois, eu começar a identificar onde que não está acontecendo. Agora, nesse momento da sua pergunta, eu não estou conseguindo relacionar o conceito com a prática do que tem acontecido* (E7).

A dificuldade em identificar uma questão como sendo de caráter ético também foi mencionada pela Agente Comunitária de Saúde 10, revelando que os profissionais experienciam, em sua prática, problemas éticos variados, ainda que não sejam reconhecidos como tal: *Ética, eu diria [tempo para pensar]! Não sei se abrange a ética. Seria até mesmo esse desrespeito ao paciente, não é? Difícil de falar* (ACS 10).

Os resultados apontam que a sensibilidade mo-

ral é atributo individual, motivo pelo qual uma mesma questão ética pode ser percebida e sentida diferentemente pelos membros da equipe, culminando em diferentes deliberações face ao problema ético. Uma situação registrada no diário de campo converge com os relatos dos participantes: *Paciente masculino, 45 anos, se dirige à recepção portando encaminhamento médico que dizia: paciente etilista pesado me procura desejando internação para abandonar o vício. Encaminhado ao Serviço Social. A recepcionista lê o encaminhamento e orienta o paciente a se dirigir ao Centro de Referência da Assistência Social. No entanto, a enfermeira percebe a movimentação e convida o paciente para ir até o seu consultório, onde escutou a sua história e, imediatamente, entrou em contato telefônico com o setor de saúde mental do município, agendando prontamente uma consulta com o psicólogo e com a assistente social para darem seguimento terapêutico (N0).*

Os depoimentos sinalizam que a prática se relaciona diretamente com o cuidado ao paciente e, sob este prisma, pode ser negativamente influenciada pelo excesso de atividades administrativas que distanciam o profissional da assistência direta, associado à ausência de pessoal de apoio e à escassez de recursos institucionais e financeiros: *...Sobrecarga de serviços administrativos, a gente poderia ter um auxiliar na equipe para ajudar. Tem também a situação que as prefeituras estão passando, financeira. Eu entendo que nós, enfermeiros, temos essa formação para gestão, mas a gente precisa de um auxiliar porque o atendente de portaria também quer fazer a função dele e os agentes têm que ir para rua, para conhecer, cadastrar e dar conta de todas as famílias que eles têm. Então, por mais que a gente delegue, eu ainda preciso fazer a maioria delas e acabo não fazendo a assistência (E7).*

A sensibilidade moral é prejudicada visto que a limitação do tempo dedicado ao paciente, potencializador do vínculo e considerado necessário pelo profissional, impõe situações que não condizem com a prática ética almejada: *Às vezes, a gente quebra o protocolo em algum atendimento mal feito por causa do tempo. Porque tem muita burocracia pelo Sistema Único de Saúde, então, tudo isso faz com que a gente não tenha muito tempo para identificar as necessidades e se dedicar ao paciente (M3).*

Também foram identificados outros fatores dificultadores para o desenvolvimento da sensibilidade

de moral pelos membros da equipe, principalmente aqueles que promovem a desconformidade aos princípios norteadores da atenção primária, destacando-se a demanda espontânea excessiva e o predomínio de ações de natureza curativa. Aliam-se a estas questões as condições estruturais deficientes nas unidades que, em associação, repercutem sobre a prática almejada e aquela de fato executada: *A demanda é muito grande, estrutura física da unidade muito ruim. E ainda tem uma visão da população hospitalocêntrica. Sobre a questão da prevenção, a população ainda tem muita dificuldade de entender. A população quer muita medicação ainda, quer muito médico ainda (E6). Aqui, é um pouco diferente, não fazemos Estratégia Saúde da Família. A população é muito grande, a gente não consegue fazer prevenção, a gente atende mais demanda espontânea do que agendado, não fazemos nada de prevenção, nada de Estratégia de Saúde da Família, só curativista mesmo (M1).*

Embora os depoimentos enfatizem as barreiras para o desenvolvimento da sensibilidade moral na prática da equipe de saúde da família, foi possível identificar os fatores que potencializam o seu desenvolvimento.

Para os participantes E1, E9 e M5, os problemas éticos presentes na prática requerem o desenvolvimento de valores e princípios, tais como a empatia, a humildade, a confiança, o respeito e o diálogo, para a sua percepção e tentativa de resolução: *Para lidar com os problemas, eu sempre me coloco no lugar do paciente, tento ser humilde porque, às vezes, o paciente pode achar que a enfermeira é a dona do saber. E eu não sou! Tem muita coisa que o paciente me ajuda, me ensina. Eu aprendo com ele (E1). Para mim, é muito mais importante ter um relacionamento saudável com o meu paciente, principalmente na atenção primária, porque esse é o principal ponto de partida para a gente implementar nossas ações de planejamento e saúde na vida dele e conseguir a confiança! Esse elo precisa existir e a base disso é o meu valor, o respeito. Para eu conseguir isso, a principal atitude que eu tenho que ter é a conversa com o paciente, ser verdadeira com ele, não enganar, não enrolar o paciente ou a equipe (E9). Eu sempre espero que o paciente fique à vontade comigo, que não se sinta envergonhado por estar na frente de um médico. Trato o paciente com a maior humildade possível, com carinho, respeito e ética médica para que ele me trate bem também.*

Ferraz CMLC, Vilela GS, Moreira DA, Brito MJM

Assim, acredito que a nossa relação vai poder ajudá-lo a resolver seus problemas (M5).

Os sentimentos de pertença construídos na prática e a mobilização das emoções ao lidar com os usuários estreitam vínculos, permitindo que o profissional se sensibilize em face das necessidades da equipe e da população assistida: *Aqui, eu aprendi que a gente convive mais com os pacientes, na casa deles, uma convivência muito profunda. Às vezes, sentimos juntos a dor do paciente, a necessidade diária deles. Então, aqui, eu já chorei, já ri, eu já sofri muito com as histórias dos pacientes (E2).*

Os participantes enfatizaram a importância do relacionamento interpessoal, quer seja entre os profissionais da própria equipe ou de outras equipes que compõem a rede de cuidados ou mesmo entre profissionais e usuários. O relacionamento permite que cada membro da equipe ou o próprio usuário exponha seu ponto de vista sobre dada situação, fomentando novas percepções que mobilizam a sensibilidade e a deliberação moral: *Na minha prática pessoal, considero muito o respeito às pessoas, às suas opiniões e desejos. Por meio do respeito, absolutamente todas as dimensões do ser humano são contempladas. Eu consigo, com respeito mútuo, tratar o paciente, o paciente consegue se relacionar comigo e essa relação é muito importante para o planejamento do cuidado, reabilitação do paciente, tratamento, enfim, para uma assistência adequada (E7). A importância do relacionamento interpessoal foi observada durante uma reunião de maturação, na qual agentes de saúde, enfermeiros e médicos discutiam casos pontuais de pacientes, atentando para as suas singularidades e, por meio da escuta coletiva, traçavam estratégias de resolução dos problemas (NO).*

Discussão

Considerou-se, como limitação do estudo, a realização em um único município, cuja forma organizativa da Atenção Primária à Saúde é específica. Portanto, os resultados não podem ser generalizados. Assim, sugere-se que novas pesquisas sejam desenvolvidas com vistas a ampliar a compreensão sobre o desenvolvimento da sensibilidade moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família. Contudo,

o conhecimento adquirido com essa investigação inédita gera contribuições para os profissionais e para a gestão dos serviços da Atenção Primária à Saúde por instigar a busca pela construção de ambientes de trabalho que valorizem a prática da equipe de saúde da família, contribuindo, assim, para a conscientização do conteúdo ético que permeia o cotidiano da saúde, possibilitando o desenvolvimento de sua sensibilidade moral.

Os profissionais das equipes de saúde da família vivenciam problemas éticos em sua prática de forma rotineira⁽¹³⁻¹⁴⁾. Tais problemas configuram-se como importantes desafios no cotidiano profissional, por serem fontes de conflitos de valores e de deveres, permitindo diferentes cursos de ação para a sua solução. A fim de enfrentar essas situações, os profissionais precisam, inicialmente, reconhecê-las como problemáticas, interpretá-las e buscar, por meio de raciocínio ético, o melhor curso de ação. Dessa forma, a sensibilidade moral é o primeiro e fundamental passo para a prática profissional ética⁽¹⁾.

Os achados deste estudo apontaram fatores potencializadores e dificultadores para o desenvolvimento da sensibilidade moral de profissionais das equipes de saúde da família. A compreensão desses fatores é importante para otimizar o estímulo ao desenvolvimento da sensibilidade moral e para a elaboração de estratégias que minimizem a ocorrência das situações que influenciam negativamente o seu desenvolvimento⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Os resultados desta pesquisa corroboram a literatura ao revelar que barreiras afetam a sensibilidade moral dos profissionais⁽¹⁵⁾. Entende-se que os problemas que ocorrem com mais frequência no dia a dia das equipes de saúde da família são sutis, pragmáticos, não dramáticos e centram-se na produção subjetiva do cuidado⁽⁶⁾. Dessa forma, com baixa sensibilidade moral, os profissionais podem não ser capazes de atribuir relevância aos problemas éticos da sua prática e não agir adequadamente mediante as necessidades de indivíduos, famílias e de comunidades, objeto de ação deste ponto de atenção à saúde⁽¹⁶⁾.

No entanto, vale ressaltar que a sensibilidade moral pode ser desenvolvida pelo sujeito tanto mediante suas experiências de socialização, que mobilizam concepções éticas, quanto por meio do estudo sistemático da ética, o que pode explicar a diferença na percepção de problemas éticos e deliberações por cada profissional. Ainda a esse respeito, considera-se a educação ética como determinante para o desenvolvimento da sensibilidade moral dos profissionais⁽⁶⁾. Os profissionais que recebem capacitação em ética, tanto teórica como prática, desenvolvem maior sensibilidade moral.

Importa refletir que os fatores apontados por este estudo, como obstáculos ao desenvolvimento da sensibilidade moral, fomentam a execução de ações mecanicistas e impessoais, configurando um ambiente de trabalho marcado por divergências de valores, incertezas no reconhecimento de questões éticas e de tomadas de decisões que não se sustentam no processo deliberativo. Corroboram-se os achados desta pesquisa pela investigação que buscou compreender a prática de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de comunidades quilombolas, evidenciando que os fatores supracitados fragilizavam a efetivação da prática profissional, distanciando os enfermeiros do cuidado integral e centrado no indivíduo/família⁽¹⁶⁾.

Contudo, a prática da equipe de saúde da família tem como objeto a saúde humana, o bem do paciente. Portanto, o desenvolvimento da capacidade de ser moralmente sensível é premissa para a identificação de questões éticas e morais que envolvem o processo de cuidado e preservam os direitos e interesses dos pacientes⁽¹⁷⁾. Com base nessa linha de raciocínio, os achados deste estudo revelaram que, independentemente dos fatores que dificultam o desenvolvimento da sensibilidade moral de profissionais da Estratégia Saúde da Família, eles lançam mão de virtudes para deliberar, de forma ética, em favor dos pacientes.

Dessa maneira, o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar dos pacientes, com abordagem centrada na pessoa, é compartilhado pelos profissionais das

equipes de saúde da família, configurando a ação profissional⁽³⁾ e superando os problemas éticos na tentativa de impedir que se tornem entraves para o cuidado em saúde e estimulem o profissional a desenvolver-se como agente moral.

Os resultados revelaram que valores, princípios e comportamentos virtuosos são capazes de potencializar o desenvolvimento da sensibilidade moral. Entende-se que esses fatores estão relacionados à forma como os profissionais lidam com a rotina do trabalho e ao desejo de se fazer o melhor para o usuário, o que possibilita o sentimento de pertença do profissional e o estabelecimento de vínculo entre as partes envolvidas⁽¹⁷⁾. Nesse sentido, assumem-se os valores como ponto central para o desenvolvimento moral, percebido como o processo de valoração de atos, comportamentos e características de cada profissional, tais como a capacidade de identificar e refletir sobre aspectos morais e deliberar sobre eles⁽¹⁸⁾.

A prática da equipe de saúde da família é desenvolvida sob o prisma do modelo assistencial que prevê a responsabilização integral para a atenção às necessidades de saúde do conjunto da população. Tal modelo pressupõe a assistência com foco no indivíduo, na sua integralidade, considerando-o como parte de coletivos e nas suas relações familiares e socioculturais⁽¹⁹⁾. Assim, valores como a empatia, o diálogo e o respeito orientam a prestação de cuidados de saúde e moldam as práticas, possibilitando a prevenção de possíveis conflitos éticos por meio da comunicação eficaz entre os usuários e a equipe⁽⁸⁾.

No que se refere às atitudes pessoais que repercutem positivamente sobre a ação do profissional, sugere-se que a satisfação e a autoconfiança em relação ao trabalho têm impactos favoráveis para o desenvolvimento da sensibilidade moral. Ter visão otimista sobre suas habilidades e competências no trabalho eleva o nível de sensibilidade moral⁽²⁰⁾.

Também foi identificado, neste estudo, que as relações interpessoais têm associação com o desenvolvimento da sensibilidade moral, o que corrobora

Ferraz CMLC, Vilela GS, Moreira DA, Brito MJM

a investigação que caracterizou o perfil e descreveu a sensibilidade moral de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, evidenciando que a dimensão de maior influência sobre a sensibilidade moral foi a de orientação interpessoal. Tal realidade sinalizou que os participantes desenvolviam a sua prática com foco na construção de uma relação de confiança e centrada no paciente, buscando encontrar formas de responder às suas necessidades individuais⁽⁶⁾.

Nesse sentido, enfatiza-se a importância da relação interpessoal e do respeito mútuo para a formação e a continuidade da sensibilidade moral⁽²⁰⁾. Um entendimento recíproco entre profissionais e usuários garantirá que as decisões e ações da equipe sejam valorizadas pelo usuário, familiares e sociedade, possibilitando uma assistência fundamentada em deliberações morais⁽⁷⁾, partilhadas entre os envolvidos, que buscam soluções prudentes e responsáveis para os problemas éticos identificados na prática.

Conclusão

Os resultados deste estudo revelaram que o desenvolvimento da sensibilidade moral de profissionais das equipes de saúde da família sofre interferência de fatores potencializadores e dificultadores que se apresentam no cotidiano de trabalho e que as vivências podem ser estabelecidas pela interface das relações interpessoais, dos valores pessoais e da organização do trabalho.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo apoio financeiro, processo nº 302896/2016-3, e à Fundação de Amparo à pesquisa do Estado de Minas Gerais/PPSUS - Programa Pesquisa para o SUS-APQ-03779-17. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e ao Núcleo de Pesquisa sobre Administração em Enfermagem.

Colaborações

Ferraz CMLC e Brito MJM contribuíram com a concepção e o projeto, a análise e a interpretação dos dados, a redação do artigo, a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e a aprovação da versão final a ser publicada. Vilela GS e Moreira DA contribuíram com a análise e a interpretação dos dados, a redação do artigo e a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e a aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Amiri E, Ebrahimi H, Vahidi M, Jafarabadi A, Areshtanab N. Relationship between nurse's moral sensitivity and the quality of care. *Nurs Ethics*. 2019; 26(4):1264-73. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733017745726>
2. MacIntyre A. *After virtue: a study in moral theory*. London: Bloomsbury USA Academic; 2013.
3. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):905-16. doi: doi.org/10.1590/1807-57622015.0511
4. Amaro-Cano M. Ética social, profesional, profesoral y de la ciencia. *MediSur [Internet]*. 2015 [cited Mar 23, 2020]; 13(6):714-21. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000600003&lng=es
5. Ineichen C, Christen M, Tanner C. Measuring value sensitivity in medicine. *BMC Med Ethics*. 2017; 18(1):1-12. doi: <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0164-7>
6. Nora CRD, Zoboli ELCP, Vieira MM. Moral sensitivity in Primary Health Care nurses. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70(2):308-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0453>
7. Pinedo MOP. La deliberación en la toma de decisiones bioético clínicas según Diego Gracia. *Rev Investigaciones Andina*. 2018; 20(37):27-40. doi: <https://doi.org/10.33132/01248146.981>
8. Arslan F, Calpbinici P. Moral sensitivity, ethical experiences and related factors of pediatric nurses: a cross-sectional, correlational study. *Acta Bioeth*. 2018; 24(1):9-18. doi: <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100009>

9. Yin RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2015.
10. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqu Qual* [Internet]. 2017 [cited July 7, 2020]; 5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
12. Brito MJM, Caram CS, Montenegro LC, Rezende LC, Renno HMS, Ramos FRS. Potentialities of Atlas.ti for data analysis in qualitative research in nursing. In: Costa AP, Reis LP, Sousa FN, Lamas AMD. Computer supported qualitative research. Switzerland: Springer International Publishing Switzerland; 2016. p.71-84.
13. Cardoso CML, Pereira MO, Moreira DA, Tibães HBB, Ramos FRS, Brito MJM. Moral distress in family health strategy: experiences expressed by daily life. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(spe):89-95. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300013>
14. Nora CRD, Zoboli ELCP, Vieira M. Ethical problems experienced by nurses in primary health care: integrative literature review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(1):112-21. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.48809>
15. Nora CRD, Shaefer R, Álvarez EJS, Ramos DDB. Moral sensitivity and related factors: the perception of nurses. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(4):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.47410>
16. Rezende LC, Caram CS, Caçador BS, Brito MJM. Nurses' practice in quilombola communities: an interface between cultural and political competence. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(5):e20190433. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0433>
17. Moreira DA, Ferraz CMLC, Costa IP, Amaral JM, Lima TT, Brito MJM. Professional practice of nurses and influences on moral sensitivity. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020; 41:e20190080. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190080>
18. Marques LMNSR, Ribeiro CD. The moral values of nursing undergraduation: perception of teachers and students. *Texto Contexto Enferm*. 2020; 29:e20190104. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0104>
19. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Family health strategy: a technological innovation in health. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(2):584-92. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>
20. Esma AO, Asuman S, Zeliha K, Latif D. Factors influencing the ethical sensitivity of nurses working in a university hospital. *East J Med*. 2019; 24(3):257-64. doi: <https://doi.org/10.5505/ejm.2019.05025>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons

4.3 Artigo 3: Elementos associados a deliberação moral da equipe de saúde da família: em busca da excelência da prática profissional

Artigos originais

Elementos associados à deliberação moral na equipe de saúde da família: em busca da excelência da prática profissional¹

Elements associated with moral deliberation in the family health team: in search of excellence in professional practice

Cecília Maria Lima Cardoso Ferraz^a

 <http://orcid.org/0000-0001-6897-3798>

E-mail: cecilia.lima@unifemm.edu.br;

ceciliamacardoso@yahoo.com.br

Maria José Menezes Brito^a

 <https://orcid.org/0000-0001-9183-1982>

E-mail: mj.brito@globob.com

^aUniversidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Resumo

Este artigo objetiva identificar os elementos associados à deliberação moral na Estratégia Saúde da Família (ESF); utilizando um estudo de caso único de abordagem qualitativa, realizado com trinta e cinco profissionais das equipes de saúde da família. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas, guiadas por roteiro semiestruturado e observação. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo temática. Os resultados evidenciaram que a deliberação moral no contexto concreto da prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família mostrou ser uma construção subjetiva e incipiente, influenciada por fatores internos e externos aos indivíduos. Chegou-se à conclusão de que identificar os elementos influenciadores da deliberação moral no contexto da ESF pode favorecer o aprimoramento ético das práticas em saúde.

Palavras-chave: Ética; Moral; Prática Profissional; Estratégia Saúde da Família; Tomada de decisões.

Correspondência

Cecília Maria Lima Cardoso Ferraz

Rua Jurunas, 282, Nossa Senhora do Carmo. Sete Lagoas, MG, Brasil.

CEP 35700-452.

¹ Esta pesquisa contou com apoio financeiro da CNPq-Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-302896/2016-3; FAPEMIG- Fundação de Amparo à pesquisa do Estado de Minas Gerais/ PPSUS- Programa Pesquisa para o SUS- APQ-03779-17. CNPq- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; e CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior



Abstract

This article aims to identify the elements associated with moral deliberation in the Family Health Strategy (FHS); by using a single case study with a qualitative approach, carried out with thirty-five professionals from the family health teams. Data collection took place with interviews, guided by a semi-structured script and observation. The data were analyzed using thematic content analysis. The results showed that the moral deliberation in the concrete context of the practice of the professionals of the Family Health Strategy proved to be a subjective and incipient construction, influenced by factors internal and external to the individuals. We concluded that identifying the elements that influence moral deliberation in the context of the FHS can favor the ethical improvement of health practices.

Keywords: Ethic; Moral; Professional Practice; Family Health Strategy; Decision-making.

Introdução

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se como instrumento para a reorientação do modelo assistencial na Atenção Primária à Saúde (APS) e para a reorganização do processo de trabalho dos profissionais, por meio da atuação de uma equipe multiprofissional, cujo escopo da prática é proporcionar cuidado integral e longitudinal à saúde das pessoas e famílias (Brasil, 2017).

Dessa forma, a produção do cuidado exige dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família o compromisso com a atenção à saúde da população, balizada pela escuta empática e qualificada, atenta às necessidades subjetivas e objetivas dos usuários em seu contexto social (Santos; Michima; Merhy, 2018). Diante do modelo proposto pela ESF, novos e constantes desafios emergem para os trabalhadores. Em sua vivência, a equipe frequentemente experiencia situações complexas e significativas que abrangem aspectos estruturais, organizacionais e relacionais entre profissionais, profissionais-usuários e profissionais-gestão, com elevado grau de exigência e responsabilidade no transcurso da sua prática (Cardoso et al., 2016; Gomes; Aparisi, 2017).

Essas situações envolvem problemas éticos considerados desafiadores para a prática profissional, normalmente por serem de difícil condução, fontes de insegurança e dúvidas; e que podem comprometer o interesse e o bem-estar da pessoa ou família, além de afetar a conduta do profissional, possibilitando vários cursos de ação para sua solução, o que demanda posicionamento moral deliberado para alcançar a decisão mais razoável (Nora; Zoboli; Vieira, 2015).

Os problemas éticos na APS não se referem aos casos clássicos da bioética, cuja condução gira em torno de situações-limite; ao contrário, são mais sutis e apresentam-se como circunstâncias comuns do cotidiano do trabalho, relacionados à gestão dos serviços de saúde, às relações de profissionais - entre si e com os usuários - e ao próprio processo de trabalho na APS (Ferraz et al., 2021), que pode potencializar a complexidade destes conflitos éticos no referente

à identificação, ao enfrentamento e à determinação de suas consequências sobre a prática, o profissional e o cuidado (Nora; Zoboli; Vieira, 2015; Siqueira-Batista et al., 2015).

Nessa perspectiva, o presente estudo enfoca o tema da deliberação moral, compreendida como o processo de análise e ponderação dos problemas éticos de forma contextualizada, buscando soluções concretas por meio da problematização de possibilidades, na tentativa de identificar um curso de ação prudente, responsável e exequível, em que se considerem valores e condutas individuais e sociais (Zoboli, 2016; Gracia, 2016). O processo de deliberação moral valoriza os contextos e as singularidades da situação, sem marginalizar as questões referentes às obrigações éticas. E é capaz de vincular todos os elementos necessários para uma visão mais abrangente das experiências ou dos problemas avaliados (Gracia, 2016).

A pretensão, neste estudo, não é analisar o itinerário sistematizado do processo de deliberação moral proposto por Gracia (2016), mas compreender a deliberação moral no contexto da ESF, a partir do que o referencial e o método deliberativo instruem, com vistas a desenvolver reflexão crítica sobre os problemas éticos e as conduções das decisões mais cotidianas (Schneider; Ramos, 2019), conforme se expressam em um contexto específico da APS.

Na literatura (Nora et al., 2016; Ramos et al., 2020), a deliberação moral tem influência multidimensional relacionada ao conhecimento e experiência profissional; protocolos institucionais; características organizacionais; códigos de ética e leis do exercício profissional; comunicação; colaboração interprofissional; e intuição. Ademais, a experiência da moralidade pode expressar sofrimento para o profissional quando há impossibilidade do exercício da deliberação, sendo fonte de construção de sujeitos e identidades (Ramos et al., 2016; Vilela et al., 2020), o que pode repercutir significativamente sobre a prática profissional.

Mediante o exposto, a presente investigação justifica-se pelo imperativo de reconhecer os fatores envolvidos nesse processo e, dessa forma, identificar os elementos e habilidades éticas que contribuem

para a condução da reflexão, do diálogo e da resolução prudente e responsável dos problemas éticos no contexto da ESF, requisito fundamental para a prática profissional de excelência.

Nesse enfoque, o presente estudo objetivou identificar os principais elementos associados à deliberação moral na Estratégia Saúde da Família. E considera-se que, ao identificá-los, a análise poderá contribuir com a reflexão acerca dos problemas éticos vivenciados neste contexto de práticas, além de promover a discussão sobre a conduta ética da equipe de saúde da família com vistas à excelência da prática profissional.

Métodos

Desenvolveu-se um estudo de caso único integrado, de natureza qualitativa, que busca um aprofundamento das características significativas de determinado fenômeno e envolve um contexto de vida real (Yin, 2015). A abordagem utilizada intenciona compreender as singularidades e os significados que os sujeitos conferem às suas ações nos diversos contextos, visibilizando as experiências humanas na interface com a dimensão sociocultural (Minayo, 2017).

O estudo foi realizado em unidades de saúde da família de um município do interior de Minas Gerais, Brasil, de janeiro a julho de 2019, que contava, à época da coleta de dados, com 43 equipes da ESF cadastradas no sistema de informação da atenção básica. Adotou-se como critério para inclusão das equipes no estudo o fato de estarem com a equipe mínima completa. Ou seja, para participar da pesquisa, a equipe de saúde da família deveria contar com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Dessa forma, das 43 equipes cadastradas, 32 atendiam ao critério. Somado a isso, esses profissionais deveriam ter, no mínimo, seis meses de atuação na unidade da ESF em que estavam presentes, período considerado necessário para que os participantes pudessem experimentar a vivência e condução de problemas éticos no ambiente laboral. Aqueles que estavam em período de férias ou em licença médica, durante

a coleta de dados, foram excluídos da amostra. A partir desses critérios, 19 equipes de saúde da família atendiam aos requisitos para a coleta de dados.

Participaram do estudo 35 profissionais das equipes da ESF, sendo nove enfermeiros, nove técnicos de enfermagem, sete médicos e 10 ACS, em consonância com a saturação dos dados, para cada categoria profissional. As informações foram reincidentes, valorizando as múltiplas dimensões do fenômeno estudado e a busca pela qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo (Minayo, 2017). Vale ressaltar que não houve recusas para a participação na pesquisa.

Foram utilizadas, no estudo, duas fontes de evidência, em conformidade com a triangulação de dados, que confere rigor científico, confiabilidade e robustez na descrição dos achados (Yin, 2015). As entrevistas foram guiadas por roteiro semiestruturado, que contou com questões que buscavam elucidar os elementos relacionados à deliberação moral na prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas individualmente, em espaço reservado, na própria unidade da ESF, com duração média de 28 minutos. Foi oferecida, aos profissionais, a oportunidade de ouvirem e validarem as entrevistas após a finalização. As falas foram gravadas e transcritas na íntegra.

As observações não participantes aconteceram com a ciência dos profissionais, durante todo o período de coleta de dados, nos espaços da ESF: recepção, sala de reuniões, sala de cuidados básicos, nas consultas, nas reuniões de equipe. As observações foram registradas e identificadas como Notas de Observação (NO), e contribuíram para a identificação de linhas convergentes ou não de investigação (Yin, 2015).

Para averiguar os dados, empreendeu-se a análise de conteúdo temático, proposta por Bardin (2016): a partir das etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. O *software* de análise de dados qualitativos atlas.ti 8 foi utilizado como suporte tecnológico para a examinação das entrevistas no processo de organização dos dados, possibilitando

uma visão geral das descobertas durante o processo analítico (Brito et al., 2016).

Da análise dos dados, emergiram duas categorias analíticas que sinalizaram sobre a deliberação moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família: (1) elementos apoiadores e (2) obstáculos. Para a melhor compreensão dos achados, uniram-se as categorias citadas em uma única, mais abrangente: elementos associados à deliberação moral na prática de profissionais da ESF.

A pesquisa seguiu todas as exigências formais da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelas instâncias devidas do município, por meio da Carta de Anuência Institucional e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer n. 2.285.857/2017). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após terem ciência frente aos possíveis riscos, benefícios ou incômodos. Para garantir o anonimato, optou-se por identificar os depoimentos com a inicial das categorias - (E) enfermeiro, (TE) técnico de enfermagem, (M) médico e (ACS) Agente Comunitário de Saúde - seguidas dos números estabelecidos para cada entrevista.

Resultados: elementos associados à deliberação moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família

Os elementos relacionados à deliberação moral na prática dos profissionais da ESF contemplam questões pertinentes ao conhecimento da população pela equipe: o conhecimento formal e científico do profissional; a comunicação; o diálogo e o trabalho em equipe; e os valores e virtudes envolvidos na produção do cuidado.

Na visão dos participantes ACS5 e TE5, conhecer de perto a realidade específica da população adscrita possibilita maior clareza na identificação dos seus problemas, bem como a reflexão quanto aos limites e potencialidades da ação na resolução

desses problemas, o que pode favorecer na condução dos casos da comunidade.

O Agente Comunitário de Saúde está ali na área, ele conhece os problemas, sabe o que cada família vive, o que cada uma necessita. Tem questões que às vezes nem era para sabermos, as pessoas tentam esconder, por vergonha mesmo, mas a gente acaba sabendo, pelo fato morar na área, né? (ACS5)

Trabalho na Atenção Primária a Saúde tem 17 anos. Só nessa unidade já tenho 10 anos. Eu conheço todo mundo aqui. Vi muitas crianças nascendo. Eu moro aqui também, o que facilita muito o meu trabalho. Eu vivo os mesmos problemas que a comunidade, entende? Às vezes fico sabendo que tem uma adolescente grávida na área, mas, porque ela é minha vizinha, daí já dou um toque na enfermeira. Tem que fazer busca ativa, né? (TE5)

Para a participante M6, a compreensão das singularidades e do contexto socioeconômico dos pacientes a incita a buscar conhecimento para direcionar as situações.

Eu sempre procuro nas farmácias o que tem de medicação, para adequar ao paciente. Então eu até estudo mesmo para saber se a associação de determinadas medicações que tem na farmacinha pode ser usada pelo paciente. (M6)

Ainda sobre a relevância de conhecer os aspectos contextuais para a deliberação moral, TE1 explana que sempre está atenta às prescrições feitas pela médica, na tentativa de garantir que os pacientes tenham condições de atender ao que foi prescrito e, sendo necessário, recorre à enfermeira ou à médica da sua equipe para solicitar a troca do medicamento.

Nossa população aqui é muito carente, sabe? Mas a médica não tem muito tempo aqui. Então ela não conhece todo mundo. Às vezes ela passa um remédio que não tem na farmacinha. O nosso paciente não tem condições de comprar. Ele não vai comprar! Ele não vai se tratar. Então, eu vou até a enfermeira, ou até a médica, e explico a situação

do paciente. Peço para passar outra medicação, para tentar resolver a situação. (TE1)

No entanto, elementos que dizem respeito à organização do serviço mostraram-se desafios para a concretização da deliberação moral na prática da equipe de saúde da família, já que os obstáculos referidos pelos participantes inviabilizam o conhecimento da população e das suas reais necessidades.

E5 refere que as pressões institucionais pelo alcance de metas e produtividade são contraditórias ao que ela acredita enquanto prática ética, limitada pela qualidade da assistência centrada no sujeito.

Manter o padrão de atendimento, dando atenção às necessidades do paciente, não é tarefa fácil para nós. Temos muitas exigências para alcançar as metas que acabam me afastando do contato direto ao paciente. O momento com o paciente fica prejudicado. (E5)

A participante M1 faz alusão à forma de organização institucional como empecilho à produção do cuidado centrado no sujeito. A equipe de saúde da família pela qual responde tem mais pessoas cadastradas do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Tal fato apresenta-se como obstáculo à deliberação, justamente porque, com um grande número de pessoas para acompanhamento, o profissional fica sem tempo de conhecer a sua população e agir conforme as suas necessidades, reproduzindo o modelo curativista de atendimento aos casos agudos.

Nosso principal desafio aqui é o número da população. Isso dificulta demais no atendimento, a gente não consegue prestar o atendimento que deveria ser prestado, de acompanhamento longitudinal da população. Aqui, eu atendo só a demanda espontânea mesmo. (M1)

O participante E1 aponta para o reconhecimento da experiência profissional adquirida com o trabalho na atenção primária e o tempo de atuação na equipe como importantes para o processo de tomada de decisão ética, visto que ampliam seu conhecimento sobre

o trabalho e a população. M4 reconhece a importância da experiência como auxiliadora na aprendizagem de uma boa prática profissional, e como relata que ainda não a possui, busca a parceria de profissionais mais experientes da equipe para agir com segurança.

Só nessa equipe estou há dois anos. Mas eu já trabalhei antes em outras equipes de saúde da família. Tenho muitos anos de Atenção Primária. Então, eu consigo desenvolver um trabalho melhor ainda, porque eu conheço bem a população e consigo entender melhor cada caso. (E1)

Não tenho muita experiência profissional, só tenho um ano de formada. Então, quando aparece um problema, corro atrás da enfermeira da minha equipe, que já tem anos na área e sabe conduzir muito bem as questões. (M4)

O conhecimento formal e científico foi apontado como um elemento condutor das deliberações profissionais no contexto da ESF. M2 declara que adquiriu-o formalmente no curso de medicina e na especialização em saúde da família, ele acredita que o conhecimento científico lhe possibilita mais confiança para o julgamento dos problemas de forma sensível e criteriosa.

O conhecimento que adquiri no curso de medicina e a dedicação em continuar estudando até hoje, porque estou me especializando em medicina de família, me tornam mais confiante para atender o paciente. Eu procuro resolver os problemas de saúde no atendimento do dia, inclusive eu gasto um tempo a mais, porque eu sempre recorro aos livros e guidelines em caso de dúvidas. (M2)

Para E6, o conhecimento formal tem relação direta com o aprimoramento profissional e a melhor condução da sua prática no contexto da ESF.

Desde que formei eu estou na ESF, e como é uma área que demanda muito do profissional, eu tento buscar sempre me aprimorar em relação à profissão. Aqui, temos que atender às pessoas de forma integral, então, eu preciso estudar muito e sempre [...],

mas isso me ajuda a conduzir melhor meu trabalho. Eu me sinto mais preparada para atender o paciente e suas necessidades. (E6)

As situações relativas à comunicação de profissionais entre si, com os usuários e intersetorialmente revelaram-se essenciais para apresentação e avaliação da melhor decisão a ser tomada, expressando o diálogo e a comunicação como elementos da deliberação no contexto da ESF.

Durante uma consulta de pré-natal, realizada pela enfermeira de uma das equipes de saúde da família, foi possível observar a preocupação da profissional em conversar com a gestante de forma clara, objetiva e simples, garantindo que ela compreendesse sua situação de saúde e a magnitude do seu problema, relacionado ao exame alterado de glicemia. A profissional apresentou para a gestante todas as possíveis complicações do caso e ouviu dela suas dúvidas e angústias. Profissional e usuária compartilharam as decisões sobre a condução do projeto terapêutico. (N0)

Os participantes dessa pesquisa buscam sustentação das respostas às questões éticas que se apresentam no contexto do trabalho na ESF nos valores e virtudes apreendidos nas vivências pessoais e profissionais.

E7 e M6 referem buscar o entendimento das necessidades da população por meio de uma escuta empática, respeitosa e humilde.

Eu tento sempre ouvir o paciente primeiro antes de fazer qualquer julgamento sobre a situação. Busco ser empática a ele. Coloco-me no lugar dele, para pensar em qual seria a minha postura também. Às vezes é muito fácil vim com receitinha pronta ao invés de compreender a individualidade de cada paciente nosso. (E7)

Olha, o respeito, a empatia e a humildade sempre me direcionam para a melhor conduta dentro da minha profissão. (M6)

Dos depoimentos, pode-se apreender que o envolvimento da equipe multiprofissional da ESF e o apoio à ESF, representada pelo Núcleo de Apoio

à Saúde da Família (NASF), são recursos adotados na prática da equipe de saúde da família para o estabelecimento do melhor curso de ação dos casos.

Já tivemos um caso de um paciente diabético com dificuldades no tratamento. Ele estava medicado, mas mantinha a diabetes descompensada. Daí eu me reuni com a agente comunitária de saúde e com a médica para discutirmos o caso desse paciente. Identificamos a necessidade de levarmos o caso para nossa nutricionista, na próxima reunião de matriciamento. Nesse dia, resolvemos que o melhor seria realizarmos uma visita domiciliar para o paciente e sua família. Nós fizemos um grupo de educação em saúde com a família. Eles nos mostraram como era a alimentação deles. O casal já eram avós, então na casa, sempre haviam doces para oferecer para os netos. Nós tivemos que explicar toda essa dinâmica. A importância de não deixarem tantos doces disponíveis, porque senão eles iam acabar comendo. O trabalho que fizemos foi muito legal. (E8)

O trabalho em equipe apresenta-se como escopo da prática dos profissionais na ESF, por meio do comprometimento profissional na busca pelo atendimento das necessidades dos indivíduos, conforme expressam E4, M2 e ACS3.

A união da equipe aqui faz toda diferença. Nós trabalhamos um pelo outro e todos pelo melhor para o paciente. Já chegamos até a fazer “vaquinha” para comprarmos coisas que uma família da nossa área precisava. Estamos sempre dispostos a ouvir o que os Agentes de Saúde têm para nos dizer, afinal, são eles os que mais conhecem a população, né? (E4)

Já solicitei ao psicólogo do nosso NASF que convide o psiquiatra da rede para as nossas reuniões de matriciamento. Acho muito importante ouvir os colegas e tirar dúvidas com eles. Não sou especialista em saúde mental, e tenho muitas dúvidas sobre o melhor tratamento e condução dos casos de alguns pacientes daqui. (M2)

A nossa equipe sempre está trocando informações com outras equipes, por exemplo, a equipe

do NASF. Não conseguimos resolver os problemas dos pacientes sozinhos. Então, por exemplo, eu e a enfermeira levamos para a fisioterapeuta do NASF a triste situação de saúde da nossa paciente que está com aquela doença, ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica). Não sabíamos ao certo como lidar com a situação de saúde dela. A fisioterapeuta na hora marcou uma visita comigo e fomos à casa da paciente para ela poder ajudar. Isso faz toda diferença. (ACS3)

O conjunto de elementos envolvidos na deliberação moral que emergem nos achados deste estudo revela a amplitude e a complexidade desse processo no cotidiano das práticas dos profissionais da ESF.

Discussões

O estudo revelou que a deliberação moral é influenciada por diversos aspectos relacionados aos profissionais e ao ambiente laboral da ESF, que se configuram como apoiadores ou obstáculos a esse aspecto na equipe de saúde da família. Os elementos identificados no estudo não incidem de forma isolada, mas como interações que se traduzem em fatores e habilidades éticas que incrementam a condução da reflexão, do diálogo e da deliberação prudente e responsável (Ramos et al., 2020) no contexto da ESF.

A deliberação moral pode ser compreendida como proposta de análise de problemas éticos em toda a sua complexidade, com vistas ao encontro do melhor curso de solução, de forma prudente, responsável e factível (Gracia, 2016). Isso implica na ponderação da situação, compreensão dos valores em conflito e consequências previsíveis, vislumbrando a apresentação dos possíveis cursos de solução. O cuidado com os valores em conflito na condução do problema ético almeja minimizar a incerteza para se chegar à decisão razoável, ou seja, a mais prudente (Zoboli, 2016; Gracia, 2016).

As equipes de saúde da família desenvolvem suas práticas em territórios definidos, com o compromisso de proporcionar cuidado longitudinal às pessoas, mantendo relação constante com elas, independente da ausência ou presença de doenças, garantindo o cuidado integral dentro de seus contextos de vida (Santos; Michima; Merhy, 2018).

Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que o modelo assistencial proposto pela ESF, de proximidade da equipe com a população e de conhecimento acerca das suas necessidades objetivas e subjetivas, configura-se como elemento apoiador da deliberação moral, embora, para os participantes, o modo como o trabalho acontece no cotidiano ainda ofereça desafios para que toda a potência do modelo assistencial da APS seja alcançada.

Em consonância com os resultados deste estudo, a revisão integrativa que abordou os elementos e as estratégias que facilitam a tomada de decisão ética dos enfermeiros frente aos problemas, evidenciou-se que a compreensão do contexto social e dos valores das pessoas predispõe ao enfermeiro a construção de um itinerário confortável para a tomada de decisão ética (Nora et al., 2016). Ademais, a relação de vínculo proposta pela ESF favorece a relação de confiança entre profissional, usuário e familiares e contribui para a apreensão das características envolvidas nas situações problemáticas, pré-requisito para a deliberação moral (Zoboli; Santos; Schweitzer, 2016).

O reconhecimento dos problemas éticos no cotidiano do trabalho é parte essencial da prática dos profissionais da ESF e dimensão fundamental do processo de deliberação ética. A sensibilidade moral é compreendida como um atributo individual que abrange aspectos contextuais e intuitivos no processo de deliberação ética, pois permite ao indivíduo reconhecer situações de problemas e conflitos morais que envolvem a si mesmo e outras pessoas relacionadas, destacando-se, nesse caso, os pacientes sob seus cuidados, e ter ciência das consequências e implicações das suas decisões sobre os outros (Arslan; Calpbinici, 2018). Dessa forma, a presente investigação revelou que o conhecimento aprofundado da população pela equipe permite a identificação das necessidades dos usuários em toda a sua complexidade, possibilitando respostas adequadas a essas necessidades e gerando um cuidado de qualidade.

Embora os depoimentos sinalizem para a potencialidade do modelo assistencial da ESF, foi possível identificar que problemas relacionados à organização do processo de trabalho das equipes

de saúde da família se mostraram obstáculos à proposta da deliberação moral. Os participantes dessa pesquisa relataram desenvolver suas práticas pautados na lógica de produção por procedimentos e atendimentos; e referiram que essa forma de produção do cuidado os distancia daquilo que acreditam ser o cuidado de qualidade, que é atento às necessidades e centrado no indivíduo/família. Somado a isso, evidenciou-se que o número de pessoas adscritas à área das ESF impossibilita uma assistência longitudinal pelos profissionais em decorrência da sobrecarga populacional à equipe, perpetuando o modelo de atendimento às condições crônicas.

Também em conformidade com os achados do presente estudo, os fatores que se referem às características organizacionais sinalizaram a vivência de tensões entre os valores institucionais (estabelecimento de metas e produções) e os profissionais (assistência centrada no indivíduo/família, qualidade dos cuidados), que fazem com que os membros da equipe se deparem com exigências contraditórias (Ramos et al., 2020; Nora et al., 2016) e incerteza moral. Compreende-se tal conceito quando o profissional se percebe num momento de desconforto, identificando que algo não está em conformidade com seus preceitos éticos, ao seguir o curso de ação estabelecido, abrindo espaço para a vivência da estagnação e/ou do sofrimento morais, vivenciados na impossibilidade de deliberarem em conformidade com seu juízo (Ramos et al., 2019).

Os problemas éticos vivenciados pelos profissionais da ESF são, em sua maioria, complexos, e muitas vezes a solução pode ser imprecisa (Cardoso et al., 2016; Costa; Moreira; Brito, 2020). Os profissionais das equipes de saúde da família investigados neste estudo enfrentam e respondem aos problemas éticos de diversas maneiras, dentre elas, buscando o aprimoramento por meio do conhecimento formal e científico. Estudos contrapõem os achados desta pesquisa ao indicar que os profissionais recorrem majoritariamente à intuição ou a experiências dos colegas quando confrontados com problemas éticos (Voldbjerg et al., 2017; Ramos et al., 2020).

A intuição focaliza a decisão especialmente em sentimentos e aspectos emocionais sobre o problema avaliado, e não em evidências específicas, estando, portanto, passível a equívocos e erros (Ramos et al., 2020).

No que se refere à busca pelo outro, em sua experiência profissional como fonte evidente de conhecimento, pesquisas corroboram os resultados dessa investigação (Voldbjerg et al., 2017; Nora et al., 2016). Quando confrontados com problemas no cotidiano laboral, os profissionais menos experientes tendem a apoiar as suas decisões nas considerações daqueles com mais experiência, entendidos como pessoas confiáveis e detentoras do saber prático (Voldbjerg et al., 2017). Uma pesquisa de revisão integrativa identificou que os fatores individuais, quais sejam: o conhecimento científico e tácito, a própria experiência e a de colegas são os que mais influenciam na tomada de decisão ética de enfermeiros (Nora et al., 2016).

No entanto, o ato de deliberar necessita conjugar o conhecimento científico, a experiência, a sensibilidade moral e o desenvolvimento de habilidades, sobretudo ao moldar alguns traços de caráter na construção das respostas (Schneider; Ramos, 2019). Portanto, torna-se imperativo o desenvolvimento de habilidades e competências éticas pelos profissionais no tocante ao processo deliberativo. Tomar decisões prudentes pressupõe julgar e avaliar o problema ético dentro do seu contexto e prever as consequências possíveis, mirando a excelência na prática de atenção à saúde (Nora et al., 2016).

Por meio dessas premissas, pode-se compreender a deliberação como momento que implica a reflexão de questões de maneira interpessoal que almeja uma decisão compartilhada, pautada pela prática da comunicação e do diálogo (Gracia, 2016; Zoboli; Schweitzer, 2013). A comunicação entre os profissionais da ESF entre si e com os usuários, por meio do diálogo, permitiu evidenciar a disposição da equipe em ouvir e interagir com as pessoas envolvidas, refletindo o respeito pela fala e pelas ideias dos outros, e suscitou o sentimento de responsabilidade compartilhada, emergindo a colaboração entre os membros da equipe como um elemento para a deliberação conjunta.

A solução moral investigada no cuidado de idosos mostrou-se potencial para a prática de profissionais de cuidados paliativos, à medida que refletiu melhores relações entre os membros da equipe multiprofissional com promoção do entendimento mútuo das diferentes perspectivas (Janssens et al., 2015). Ademais, no coletivo, o encontro dialógico busca a plenitude, e as decisões estabelecidas pela interdisciplinaridade podem ser consideradas realmente prudentes (Doris; Aparisi, 2017). Ressalta-se, assim, a importância do processo deliberativo na prática da equipe multiprofissional da ESF como potencial espaço de transformação da excelência profissional.

No que concerne aos valores e virtudes, presume-se que foram reconhecidos como sustentação das respostas dos profissionais às questões impostas pela prática, subsidiando o agir ético. Na deliberação moral, ocorrem a reflexão e o debate sobre os problemas éticos, com vistas ao encontro de um curso recomendado de ação, em que se consideram os valores (Zoboli; Schweitzer 2013; Gracia, 2016). Estes, tornam-se elementos apoiadores da reflexão, de possibilidades da ação e consequências possíveis do itinerário deliberativo (Schneider; Ramos, 2019).

A deliberação moral, no contexto concreto da prática dos profissionais da ESF, mostrou ser uma construção subjetiva e incipiente, influenciada por fatores internos e externos aos indivíduos. Este estudo sinaliza a pertinência do método para a condução dos problemas éticos da ESF, já que identificou as relações interpessoais mediadas pelo diálogo, o trabalho em equipe multiprofissional, os valores, o conhecimento, a experiência profissional e o conhecimento da população e de suas necessidades como elementos balizadores do desenvolvimento de tal deliberação.

Considera-se que identificar os elementos que influenciam a deliberação moral no contexto da ESF pode favorecer o aprimoramento ético das práticas em saúde. Assim, é fundamental a criação de espaços de reflexão sobre os problemas éticos da APS e as estratégias de resolução. Dessa forma, assume-se a importância do desenvolvimento de competências ético-morais na formação e na prática cotidiana dos profissionais de saúde.

Considerações finais

O estudo possibilitou identificar e analisar os elementos envolvidos na deliberação moral dos profissionais no contexto da ESF. Nesse cenário, tal conceito se desenrola na ligação e conhecimento da população pela equipe, ponto fundamental para a contextualização dos problemas, necessidades e valores dos sujeitos envolvidos. Ademais, sofre influência também das características organizacionais e do processo de trabalho da APS, que mostram ser, em alguns momentos, obstáculos à deliberação. Por fim, o processo comunicacional, balizado pelo diálogo e desenvolvido no contexto da equipe multiprofissional, fez emergir a potencialidade da colaboração entre os profissionais como elemento promotor da deliberação moral.

Pretende-se, com este estudo, contribuir na elaboração de estratégias que potencializem a deliberação moral de profissionais da ESF, com vistas à produção de uma prática profissional mais ética e coerente com a oferta de cuidado à saúde de qualidade.

Considerou-se o número reduzido de estudos que enfocam de maneira articulada os elementos da deliberação moral e a excelência das práticas profissionais no cenário da ESF como limitação da pesquisa.

Referências

- ARSLAN, F.; CALPBINICI, P. Moral Sensitivity, Ethical Experiences and Related Factors of Pediatric Nurses: A Cross-Sectional, Correlational Study. *Acta Bioethica*, Santiago, v. 24, n. 1, p. 9-18, 2018. DOI: 10.4067/S1726-569X2018000100009
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017, Seção 1, p. 68. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 20 jan. 2020
- BRITO, M. J. M. et al. Potentialities of Atlas.ti for data analysis in qualitative research in nursing. In: COSTA, A. P. et al. *Computer supported qualitative research*. New York: Springer, 2016. p. 75-84. DOI: 10.1007/978-3-319-43271-7
- CARDOSO, C. M. L. et al. Moral Distress in Family Health Strategy: experiences expressed by daily life. *Revista da escola de enfermagem da USP*, São Paulo, v. 50, n. esp., p. 86-92, 2016. DOI: 10.1590/S0080-623420160000300013
- COSTA, I. P.; MOREIRA, D. A.; BRITO, M. J. M. Meanings of work: articulation with mechanisms of risk and protection for resilience. *Texto & contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 29, e20190085, 2020. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2019-0085
- DORIS, G.; APARISI, J. C. S. Deliberação coletiva: uma contribuição contemporânea da bioética brasileira para as práticas do SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 347-371, 2017. DOI: 10.1590/1981-7746-solo0052
- FERRAZ, C. M. L. C. et al. Moral sensitivity in the practice of Family Health Strategy professionals. *Rev Rene*, Fortaleza, v. 22, 2021. DOI: 10.15253/2175-6783.20212260281
- GOMES, D.; APARISI, J. C. S. Deliberação Coletiva: uma construção contemporânea da bioética brasileira para as práticas do SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 347-371, 2017. DOI: 10.1590/1981-7746-solo0052
- GRACIA, D. Tomar decisiones Morales: del casuismo a la deliberación. *Dilemata*, La Rioja, v. 8, n. 20, p. 15-31, 2016. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5329386>>. Acesso em: 20 jan. 2020
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>>. Acesso em: 20 jan. 2020

- NORA, C. R. D. et al. Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. *Texto e Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 25, n. 2, 2016. DOI: 10.1590/0104-07072016004500014
- NORA, C. R. D.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. Ethical problems experienced by nurses in primary health care: integrative literature review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 112-121, 2015. DOI: 10.1590/1983-1447.2015.01.48809
- RAMOS, F. R. S. et al. Conceptual Framework for the study of Moral Distress in nurses. *Texto & contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 25, n. 2, e4460015, 2016. DOI: 10.1590/0104-07072016004460015
- RAMOS, F. R. S. et al. Aspectos sociodemográficos e laborais associados ao distresse moral em enfermeiros brasileiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 406-415, 2019. DOI: 10.1590/1982-0194201900056
- RAMOS, F. R. S. et al. Association between moral distress and supporting elements of moral deliberation in nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 28, e3332, 2020. DOI: 10.1590/1518-8345.3990.3332
- SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018233.03102016
- SCHNEIDER, D. G.; RAMOS, F. R. S. *Ensino Simulado e deliberação moral: contribuições para formação profissional em saúde*. Porto Alegre: Moriá, 2019.
- SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. (Bio)ethics and Family Health Strategy: mapping problems. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 113-128, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000100009
- VILELA, G. S. et al. Nurse's identity construction in the face of the moral distress process in an intensive care unit. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 24, e-1334, 2020. DOI: 10.5935/1415.2762.20200071
- VOLDBJERG, S. L. et al. Newly graduated nurses' use of knowledge sources in clinical decision-making: an ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, Hoboken, v. 26, p. 1313-1327, 2017. DOI: 10.1111/jocn.13628.
- YIN, R. K. *Case Study*. Panning and Methods. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.
- ZOBOLI, E. L. C. P. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. *Revista Iberoamericana de Bioética*, Madrid, n. 2, p. 1-19, 2016. DOI: 10.14422/rib.i02.y2016.006
- ZOBOLI, E. L. C. P.; SANTOS, D. V.; SCHVEITZER, M. C. Pacientes difíceis na atenção primária à saúde: entre o cuidado e o ordenamento. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 893-903, 2016. DOI: 10.1590/1807-57622015.0500
- ZOBOLI, E. L. C. P.; SCHVEITZER, M. C. Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 695-703, 2013. DOI: 10.1590/S0104-11692013000300007

Agradecimentos

Agradecemos ao NUPAE- Núcleo de Pesquisa sobre Administração em Enfermagem, núcleo de pesquisa do qual fazemos parte.

Contribuições dos autores

Ferraz realizou a coleta de dados do estudo. Ferraz e Brito foram responsáveis pela concepção do estudo; análise e interpretação dos dados; discussão dos resultados; redação e revisão crítica dos resultados; e revisão e aprovação final do manuscrito.

Recebido: 21/07/2021

Reapresentado: 21/07/2021

Aprovado: 03/02/2022

REME • Rev Min Enferm. 2022;26:e-1454
DOI: 10.35699/2316-9389.2022.40294

PESQUISA

PRÁTICA COLABORATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPRESSÕES, POSSIBILIDADES E DESAFIOS PARA PRODUÇÃO DO CUIDADO

COLLABORATIVE PRACTICE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: EXPRESSIONS, POSSIBILITIES AND CHALLENGES FOR THE PRODUCTION OF CARE

LA PRÁCTICA COLABORATIVA EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR: EXPRESIONES, POSIBILIDADES Y DESAFÍOS PARA LA PRODUCCIÓN DE CUIDADOS

✉ Cecília Maria Lima Cardoso Ferraz¹
✉ Gláucia de Sousa Vilela¹
✉ Ana Cristina Santos Dionízio²
✉ Carolina da Silva Caram¹
✉ Lilian Cristina Rezende¹
✉ Maria José Menezes Brito¹

¹Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Belo Horizonte, MG - Brasil.

²Prefeitura Municipal de Lagoa Santa, Estratégia Saúde da Família, Lagoa Santa, MG - Brasil.

Autor Correspondente: Cecília Maria Lima Cardoso Ferraz
E-mail: ceciliamalimacardoso@yahoo.com.br

Contribuições dos autores:

Aquisição de Financiamento: Cecília M. L. C. Ferraz, Maria J. M. Brito; **Coleta de Dados:** Cecília M. L. C. Ferraz, Ana C. S. Dionízio; **Conceitualização:** Cecília M. L. C. Ferraz, Carolina S. Caram, Maria J. M. Brito; **Gerenciamento de Recursos:** Cecília M. L. C. Ferraz, Maria J. M. Brito; **Gerenciamento do Projeto:** Cecília M. L. C. Ferraz, Maria J. M. Brito; **Investigação:** Cecília M. L. C. Ferraz, Maria J. M. Brito; **Metodologia:** Cecília M. L. C. Ferraz, Gláucia S. Vilela, Maria J. M. Brito; **Redação - Preparação do Original:** Cecília M. L. C. Ferraz, Gláucia S. Vilela, Ana C. S. Dionízio, Carolina S. Caram, Lilian C. Rezende, Maria J. M. Brito; **Redação - Revisão e Edição:** Cecília M. L. C. Ferraz, Gláucia S. Vilela, Ana C. S. Dionízio, Carolina S. Caram, Lilian C. Rezende, Maria J. M. Brito; **Software:** Cecília M. L. C. Ferraz; **Supervisão:** Cecília M. L. C. Ferraz, Maria J. M. Brito; **Validação:** Cecília M. L. C. Ferraz, Maria J. M. Brito; **Visualização:** Cecília M. L. C. Ferraz, Gláucia S. Vilela, Carolina S. Caram, Lilian C. Rezende, Maria J. M. Brito.

Fomento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq - 302896/2016-3, Fundação de Amparo à pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG, Programa Pesquisa para o SUS - PPSUS - APQ-03779-17.

Submetido em: 24/09/2021

Aprovado em: 13/05/2022

Editores Responsáveis:

✉ Kênia Lara Silva
✉ Tânia Couto Machado Chianca

RESUMO

Objetivo: compreender a configuração da prática colaborativa no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Método:** trata-se de um estudo de caso único, de natureza qualitativa, realizado com 35 profissionais das equipes de saúde da família. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado e observação não participante. Os dados foram analisados por meio de Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** os resultados evidenciaram potencialidades da prática colaborativa para a qualificação das práticas profissionais e dos resultados de saúde no contexto da ESF. Entretanto observou-se insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado na ESF, inclusive no que tange às políticas públicas, revelando o chamamento para a educação interprofissional no contexto dos serviços de saúde para estimular a colaboração. **Conclusão:** a configuração da prática colaborativa interprofissional no contexto da Estratégia Saúde da Família é desafiadora e requer processos interacionais e de organização do trabalho.

Palavras-chave: Prática Profissional; Estratégia Saúde da Família; Equipe de Assistência ao Paciente; Comportamento Cooperativo; Atenção Primária à Saúde; Colaboração Intersectorial.

ABSTRACT

Objective: to understand the configuration of collaborative practice in the context of the Family Health Strategy (FHS). **Method:** this is a single case study, of a qualitative nature, carried out with 35 professionals from the family health teams. Data collection took place through interviews guided by a semi-structured script and non-participant observation. Data were analyzed using Thematic Content Analysis. **Results:** the results showed the potential of collaborative practice for the qualification of professional practices and health outcomes in the context of the FHS. However, there was a deficiency of organizational devices to support shared work in the FHS, including with regard to public policies, revealing the call for interprofessional education in the context of health services to encourage collaboration. **Conclusion:** the configuration of interprofessional collaborative practice in the context of the Family Health Strategy is challenging and requires interactional processes and work organization.

Keywords: Professional Practice; Family Health Strategy; Patient Care Team; Cooperative Behavior; Primary Health Care; Intersectoral Collaboration.

RESUMEN

Objetivo: comprender la configuración de la Práctica Colaborativa en el contexto de la Estrategia de Salud Familiar. **Método:** se trata de un estudio de caso único, de carácter cualitativo, realizado con treinta y cinco profesionales de equipos de salud familiar. La recogida de datos se realizó mediante entrevistas guiadas por un guión semiestructurado y la observación no participante. Los datos se analizaron mediante un Análisis de Contenido Temático. **Resultados:** los resultados mostraron el potencial de la práctica colaborativa para la cualificación de las prácticas profesionales y los resultados de salud en el contexto del ESF. Sin embargo, se observaron insuficientes dispositivos organizativos para apoyar el trabajo compartido en los ESF, un reto a superar, incluso en lo que respecta a las políticas públicas, lo que revela la necesidad de una educación interprofesional en el contexto de los servicios de salud para estimular la colaboración. **Conclusión:** la configuración de la Práctica Colaborativa interprofesional en el contexto de la Estrategia de Salud Familiar es un reto y requiere procesos de interacción y organización del trabajo.

Palabras clave: Práctica Profesional; Estrategia de Salud Familiar; Grupo de Atención al Paciente; Conducta Cooperativa; Atención Primaria de Salud; Colaboración Intersectorial.

Como citar este artigo:

Ferraz CMLC, Vilela GS, Dionízio ACS, Caram CS, Rezende LC, Brito MJM. Prática Colaborativa na Estratégia Saúde da Família: expressões, possibilidades e desafios para produção do cuidado. REME - Rev Min Enferm. 2022[citado em _____];26:e-1454. Disponível em: _____ DOI: 10.35699/2316-9389.2022.40294

INTRODUÇÃO

A complexidade das necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades na Atenção Primária à Saúde (APS) exige integração do trabalho entre os membros da equipe. Tal configuração se aproxima do conceito de prática colaborativa defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).¹

A prática colaborativa é considerada uma estratégia para fortalecer o sistema de saúde e os resultados assistenciais focados nas necessidades de saúde. Ela é fundamentada em uma atuação interprofissional, na qual os profissionais de diferentes categorias compartilham as habilidades necessárias para assistência à saúde integral e de alta qualidade para pacientes, famílias, cuidadores e comunidades, gerando aprendizado mútuo e viabilizando oportunidades de melhorias.^{1,2}

Cabe salientar que, nas últimas décadas, a temática sobre a colaboração interprofissional se destacou no campo da saúde como componente de uma ampla reforma política nos modelos de formação profissional e de atenção à saúde. Ela foi apontada como um recurso para enfrentar os problemas do modelo de atenção e da força de trabalho.³

Diante disso, no âmbito da APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido o *locus* em que a prática colaborativa se apresenta como uma diretriz operacional do trabalho, possibilitando a efetividade da APS e gerando impactos positivos na qualificação da assistência integral em saúde e na mudança organizacional da atenção.^{3,4} Portanto, a ESF se configura como um espaço favorável para o estudo da interação entre os profissionais na prática, verificando o grau de cooperação e a produção do cuidado.⁵

Ressalta-se que, na ESF, a colaboração como forma de trabalho interprofissional necessita ser abordada de forma contingencial, relacionando-se com os aspectos da realidade local e com as características das pessoas adscritas, considerando seus contextos de vida e as condições de trabalho das equipes de saúde da família. A atuação contingencial dos profissionais de saúde nesse contexto se dá a partir da articulação de conhecimentos e habilidades sobre diferentes categorias profissionais. Essa articulação leva a uma prática que transcende o trabalho interprofissional tradicional, chegando a uma atuação com outras formas de interprofissionalidade marcadas pela colaboração e pela prática colaborativa interprofissional, de forma sinérgica com o usuário e a comunidade.^{3,6}

No entanto, a literatura aponta que os aspectos interacionais — como confiança mútua, respeito, comunicação

e disposição para colaborar — e as questões organizacionais do trabalho exprimem tensões entre o modelo profissional hierarquizado e o modelo da colaboração, assim como tensões entre uma lógica procedimental e uma lógica colaborativa, focada nas necessidades de saúde das pessoas/famílias e da comunidade.^{3,6-8} Nessa vertente, as formas de comunicação e interação entre os profissionais dentro da equipe e dos profissionais com os usuários/comunidade podem ser significativa fonte de conflitos ou de colaboração interprofissional. Nessa perspectiva e a partir da complexidade crescente do cuidado em saúde, justifica-se a busca pela compreensão dos aspectos referentes à interação profissional no âmbito da ESF, o que pode auxiliar na identificação das potencialidades e dos elementos que representam barreiras à prática colaborativa. A partir disso, pode-se oferecer subsídios para o planejamento de ações no campo da gestão do trabalho na APS.⁶

Mediante o exposto, pressupõe-se que a prática colaborativa interprofissional se configura como uma importante forma de organização do trabalho no cenário da ESF, com influências para a prática efetiva da equipe de saúde da família e para uma assistência de excelência aos indivíduos, às famílias e à comunidade. Dessa forma, surge a questão norteadora deste estudo: como a prática colaborativa se configura no contexto da Estratégia Saúde da Família?

O objetivo deste estudo foi compreender a configuração da prática colaborativa no contexto da Estratégia Saúde da Família. A realização dessa pesquisa pode fornecer subsídios para compreender a prática colaborativa no contexto da ESF, propiciando melhores resultados com a colaboração de diversos atores envolvidos no processo do cuidado em saúde. Por meio dessa troca, viabiliza-se o alcance de uma assistência de qualidade e um melhor relacionamento interpessoal nos serviços de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso único, de natureza qualitativa. A abordagem qualitativa confere significados às ações das pessoas e à relação que elas estabelecem com seus contextos.⁹ O método do estudo de caso possibilita a compreensão holística dos significados e das características situacionais de determinado fenômeno que envolve um contexto de vida real. Desse modo, foi empregado o estudo de caso do tipo único integrado, com subunidades de análise. O caso do presente estudo é a prática colaborativa na APS (caso único), e as subunidades de análise que compõem o caso foram as práticas das equipes de ESF

que integram a APS no município estudado. Os estudos de caso único integrado são representativos e buscam captar as circunstâncias e as condições globais de uma situação diária ou de um lugar comum (APS), considerando as particularidades das subunidades de análises (ESF) por meio de unidades integradas de análise.¹⁰

O estudo foi realizado em unidades da ESF de um município de médio porte do estado de Minas Gerais, Brasil, no período de janeiro a julho de 2019. O município conta com cinco regiões administrativas e 43 equipes da ESF; dessa forma, realizou-se sorteio aleatório por região administrativa para eleger as equipes participantes.

Cabe salientar que o número de participantes não foi indicado *a priori*, e a coleta de dados foi interrompida quando ocorreu a saturação dos dados para cada categoria profissional. Isso se deu quando as informações, após a análise, apresentaram a abrangência dos participantes, valorizando os conteúdos significativos para o estudo.⁹ Dessa maneira, as entrevistas foram realizadas em 10 unidades de saúde da família, com 9 enfermeiros, 9 técnicos de Enfermagem, 7 médicos e 10 agentes comunitários de saúde (ACS), totalizando 35 profissionais.

O critério de inclusão dos participantes foi atuarem há, no mínimo, seis meses na equipe. Esse período foi considerado necessário para que eles pudessem vivenciar o ambiente de trabalho, as relações interprofissionais e as atividades que compõem a prática em equipe. Foram excluídos do estudo, profissionais que estavam em gozo de licença saúde ou em férias durante o período de coleta de dados. Vale ressaltar que não houve recusa ou desistência por parte de profissionais das equipes de saúde da família em participarem da pesquisa.

A fim de conferir consistência aos resultados e validade ao constructo, a triangulação de dados foi empregada por meio de entrevista, guiada por roteiro semiestruturado, e observação, adotadas como fontes de evidências.¹⁰ O roteiro semiestruturado tinha questões que buscavam elucidar os aspectos relacionados à prática interprofissional e colaborativa no cotidiano das práticas dos profissionais da ESF. As entrevistas tiveram duração média de 28 minutos e foram realizadas por duas pesquisadoras vinculadas ao Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) e com vasta experiência em pesquisas. A realização das entrevistas ocorreu em local reservado, na própria unidade da ESF, de forma individual e de acordo com a disponibilidade dos profissionais. As falas foram gravadas e transcritas na íntegra. Após o fim das entrevistas, os participantes puderam ouvi-las e validá-las.

A observação não participante foi realizada durante a inserção das pesquisadoras no campo de pesquisa e nos

momentos anteriores e posteriores à entrevista em locais relacionados ao contexto da ESF, como recepção, sala de reunião, consultórios clínicos, visitas domiciliares e sala de procedimento. Durante o tempo de permanência das pesquisadoras no campo, observaram-se os hábitos, atitudes, relações interpessoais, processos de tomadas de decisão e processos comunicacionais entre profissionais e deles com a comunidade. As observações foram registradas e identificadas como notas de observação (NO).

As NO e as transcrições das entrevistas compuseram o *corpus* de dados, tendo sido submetidas à análise de conteúdo proposta por Bardin,¹¹ com auxílio do *software* ATLAS.ti, versão 8. A análise de conteúdo segue as etapas cronológicas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na etapa de pré-análise, o material foi organizado para sua apropriação por meio de leitura flutuante e exaustiva do conteúdo das entrevistas e das NO. A exploração do material consistiu no seu gerenciamento para a criação de códigos e categorização. Na etapa de exploração dos dados, os códigos foram agrupados conforme suas características comuns ou sua relevância, compondo, no ATLAS.ti, o que é nomeado de *Family*. Na etapa de inferência e interpretação, a análise dos resultados foi aprofundada, estabelecendo reflexões com a literatura.¹¹ O *software* utilizado auxilia na organização e no desenvolvimento das etapas da análise, sendo imprescindível o papel do pesquisador na manipulação do *software*.¹²

Por meio da análise dos resultados, surgiram duas categorias para a compreensão da prática colaborativa no contexto da ESF: i) “A produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família a partir de estratégias que envolvem práticas colaborativas interprofissionais”; e ii) “Desafios ao exercício da prática colaborativa interprofissional no contexto de trabalho da ESF”. Para efetivar o entendimento do tema, optou-se por apresentar as categorias nos resultados como uma única categoria, a saber: “Produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família: possibilidades e desafios da prática colaborativa”.

O estudo respeitou as exigências éticas em pesquisa com seres humanos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer nº 2.285.857. Os participantes foram esclarecidos sobre o estudo, aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que os resultados deste estudo serão divulgados diretamente aos envolvidos e ao gestor municipal, por meio de relatório técnico. Com vistas a garantir o anonimato dos

participantes, eles foram identificados por letras, sendo M para os médicos, E para enfermeiros, ACS para Agentes Comunitários de Saúde e TE para os técnicos de Enfermagem, seguidas pela ordem numérica de realização das entrevistas.

RESULTADOS

A configuração da prática colaborativa no cotidiano da equipe de Saúde da Família é percebida pelos depoimentos de M3 e ACS2, os quais reconhecem que o trabalho conjunto de diferentes profissionais que compõem a equipe é importante para a concretização do cuidado.

A gente trabalha em equipe. Temos as agentes de saúde, a técnica de Enfermagem, que atendem aqui e, também nas visitas domiciliares. Tem também a enfermeira. Então, é toda uma equipe trabalhando junta para resolver as questões do dia a dia, relacionados a saúde da população [...] cada um fazendo a sua parte, possibilita garantir todo o cuidado que devemos dar na atenção básica (M3).

Uma vai ajudando a outra, uma questão de trabalho em equipe mesmo. Isso é muito positivo. Trazemos as necessidades de saúde do povo para a enfermeira e discutimos tudo com ela, ou com a médica (ACS 2).

A respeito do trabalho conjunto, ACS7, E9 e E1 ressaltam sua interação com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), expressando o compartilhamento e o apoio mútuo que os profissionais de diferentes categorias da equipe da ESF e do NASF estabelecem entre si.

O NASF está sempre disponível para nos ajudar. Eles ajudam muito a equipe, são realmente um apoio que temos. Eles nos ajudam em diversas situações. Se eles não existissem para nos auxiliarem, a gente ficaria sem rumo [...] (ACS7).

Nós contamos aqui na ESF com o matriciamento junto do NASF. É um momento em que toda a equipe da ESF e do NASF discutem um caso específico da área e, através de todos os pontos de vista, montamos uma programação para acompanhamento desse paciente a fim de melhorar o seu tratamento e adesão às práticas de educação em saúde (E1).

Além do trabalho conjunto entre os membros da equipe, TE2, M2 e M3 consideram que as relações harmoniosas, o ambiente de trabalho agradável e a relação de confiança entre os profissionais e a comunidade são

fatores que promovem a prática colaborativa e a produção de cuidado assertivo e de qualidade.

Existe cuidado com todos, como eu posso dizer, é um local muito amigável, muito tranquilo de se trabalhar. Há muita dedicação, das agentes de saúde, da enfermeira, fica um local agradável de prestar atendimento, tudo organizado, muito bom, eu gosto muito (TE 2).

A equipe, é muito boa, principalmente a enfermeira e o técnico de Enfermagem. Já trabalhei em outros lugares que a equipe não foi boa e o trabalho não fluía. A gente depende muito da enfermeira e, graças a Deus a minha é ótima (M2).

Lanço mão de uma boa relação médica com paciente, uma boa relação médica com todos os funcionários. Preocupo com a colaboração de todos, se não o serviço não consegue caminhar [...] essa (colaboração) eu acho que é o ponto chave, porque sempre que eu preciso de algo que está muito difícil de ter, meus colegas me ajudam, os gestores me ajudam, então eu acho que uma boa relação com eles é o primordial (M3).

A respeito do cuidado assertivo, E1 e M2 reforçam a importância de as ações em saúde serem compartilhadas não apenas entre os profissionais da equipe, mas também com a comunidade, no sentido de interagir e negociar a decisão da melhor prática a ser adotada.

Nós tínhamos uma paciente que vinha à unidade diariamente, sempre passando mal. Não dava para entender o que estava acontecendo já que ela estava muito bem medicada e, seu acompanhamento médico estava espetacular. Mas, nós ainda não tínhamos realizado uma visita domiciliar para ela, então, chamei a agente de saúde e fomos a casa dela. Chegando lá, pedimos a ela para nos mostrar toda a sua medicação e, constatamos que ela tomava tudo errado. O que eu tive que fazer, então? Eu tive que separar a medicação, manhã, tarde e noite, [...] então, eu escrevi tudo, tudo separadinho. Perguntamos para ela se assim estava bom! E, a partir de uma ação que para nós era simples, ela passou a aderir melhor a medicação e assim acabamos também descobrindo e vendo ali a realidade de como que ela vive, o que ela tinha para alimentar. Não adianta a gente ficar só dentro da unidade (E1).

Eu chamo a enfermeira e juntas pensamos sobre a melhor decisão do que fazer. Daí, chamamos a paciente e resolvemos com ela a melhor opção para seu tratamento (M2).

A fim de favorecer a prática colaborativa, E1 e M1 destacam a importância da comunicação no compartilhamento entre profissionais para a produção do cuidado de qualidade. Eles destacam, ainda, a importância de a equipe se reunir e ter comprometimento para a realização das ações.

[...] eu converso muito com a equipe para gente sempre tentar se colocar no lugar do outro. Pensando nisso, a gente vai conseguir trabalhar com ética, com respeito, sem críticas entre o grupo. Então, buscamos, nas reuniões de equipe, trabalhar a importância de nos ouvirmos e de darmos voz aos nossos pacientes. Nosso desejo é de ajudar, sempre (E1).

Toda reunião a gente estabelece metas e, todos se comprometem a atingi-las. Por exemplo, as vezes tem um paciente que está descompensado numa determinada área. A pressão dele não abaixa. A gente pensa numa proposta juntos e, tenta melhorar a saúde do paciente. Todos se comprometem a ajudar. O ACS acompanha nas visitas, oferece a participação em grupos operativos, a técnica faz o controle da PA, ofertamos consulta médica (M1).

A respeito da importância da comunicação como elemento facilitador do trabalho colaborativo, foram observadas interações entre os profissionais e entre eles e a comunidade que reforçam tal constatação. A pesquisadora presenciou a interação entre uma paciente idosa e a ACS na unidade de saúde, que ocorreu por meio de uma escuta atenta à sua necessidade. Após a escuta, a ACS acionou a enfermeira e, juntas, resolveram a questão trazida pela usuária (NO). Outro momento se refere à troca de informações entre as consultas, em que o médico e a enfermeira discutem o caso de uma gestante em busca da melhor intervenção (NO).

No entanto, alguns desafios para a prática colaborativa na ESF também foram apontados como barreiras à efetividade da produção do cuidado. ACS9 e E7, por exemplo, citam a indiferença de alguns membros da equipe em relação ao trabalho conjunto, dificultando a colaboração.

[...] nem todo mundo é igual a [nome] (ACS), que sai todo dia de manhã, e vai fazer sua obrigação, correr atrás de consulta, atrás de exames, falar com enfermeira. Encher o saco da enfermeira todo dia para atender ao que o nosso paciente precisa né? (ACS 9)

Alguns funcionários não têm perfil para trabalhar em equipe e, para trabalhar na ESF, tem que saber trabalhar em equipe. Se não sabe, atrapalha demais o nosso trabalho. (E7)

Os entrevistados apontam a cobrança das metas, questionam o seu cumprimento e a operacionalização do apoio. Diante das narrativas, depreende-se que as metas estão descoladas da realidade de um trabalho compartilhado a partir das demandas sociais presentes no território. Sendo assim, infere-se que essas situações desafiadoras geram dificuldades para a realização de uma troca de conhecimento entre profissionais e, consequentemente, para efetivar a prática colaborativa — às vezes isso ocorre não porque o profissional não quer, mas porque se torna difícil.

Eu tenho que fazer tudo da parte administrativa e tudo da assistencial, só por isso você já vê o tanto que a gente está sobrecarregada, junto que você tem um milhão de metas para cumprir. A gestão só quer a meta atingida (E5).

[...] a gente não faz ESF, porque a população é muito grande e a gente não consegue fazer prevenção; a gente atende mais demanda espontânea, só curativista mesmo. Estimamos que a população seja mais de 10.000 habitantes, sendo que só poderíamos atender, no máximo 4.000. Então, fico só no consultório atendendo mesmo, igual UPA (M1).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelam que a prática colaborativa no contexto da ESF em questão se configura pela colaboração entre profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais e, em rede intersetorial, com o NASF. Também conta com a comunicação, a relação harmoniosa, o ambiente agradável e a participação efetiva dos usuários, com o objetivo de prover cuidados de saúde integral, assertivos e de qualidade.

A prática orientada para a colaboração, além de propiciar qualidade na assistência, desperta a consciência dos profissionais para sua interdependência, o que se traduz em um sentimento de pertencimento, responsabilidade e confiança mútua.³ Considerando os resultados do presente estudo, percebe-se que os profissionais reconhecem a limitação da intervenção individual para atender à complexidade imposta pelas necessidades de saúde que o contexto da ESF impele à prática profissional. As necessidades de saúde da população adscrita na ESF ultrapassam as questões restritas ao adoecimento, realocando a ênfase da prática da equipe para a integralidade do cuidado. Nesse aspecto, percebe-se que, quando existe a articulação de saberes e fazeres de diferentes áreas profissionais,

o serviço se torna mais resolutivo e eficiente, possibilitando a melhora da atenção à saúde.¹³

Ademais, a perspectiva ampliada do cuidado à saúde se concretiza com práticas efetivamente focadas no usuário, orientadas para as suas necessidades de saúde de forma integral e com alta qualidade.² Por meio dos depoimentos, percebe-se que os profissionais reconhecem que relações harmoniosas e respeitadas são fundamentais ao trabalho da equipe da ESF. Embora cada profissional tenha habilidades e competências relacionadas à sua prática, no âmbito da ESF, eles compartilham o cuidado centrado na pessoa/família/comunidade como uma meta comum, moldando a natureza da prática colaborativa.

Um estudo sobre o trabalho em equipe e a prática colaborativa na APS mostra que o clima organizacional se estabelece como elemento-chave para a colaboração. Equipes com melhor clima no trabalho conjunto apresentavam participação mais efetiva de seus membros nas tomadas de decisões, desenvolviam encontros para reflexões em equipe e apoiavam novas propostas de atenção centradas no usuário.³ Isso permite inferir que a influência das relações no ambiente da ESF ultrapassa a dimensão objetiva do trabalho.

Dessa forma, a colaboração interprofissional fortalece o sistema de saúde e o atendimento integral, uma vez que reconhece a natureza complexa e multifacetada das necessidades de saúde da população.¹⁴ Nesse sentido, os depoimentos do presente estudo apontaram a importância da interação entre profissionais de diferentes categorias e da participação dos usuários no processo terapêutico para a qualificação do cuidado. Sobre a interação com o usuário, ressalta-se que ela é baseada na escuta e na troca de saberes, promovendo relação de confiança e compartilhamento das responsabilidades.¹⁵

A prática colaborativa na APS se desenvolve para além das questões interprofissionais, remetendo às interações e intersubjetividades que incluem a perspectiva do usuário, da família e da comunidade na busca de “cuidar com as pessoas, ao invés de cuidar para as pessoas”. Essa abordagem reconhece a atenção centrada no paciente como um elemento central da prática colaborativa.⁴ Nessa perspectiva, o compartilhamento de informações e a interação dependem da reciprocidade comunicativa, com a participação sinérgica dos sujeitos envolvidos para que o cuidado ocorra.³ Assim, os resultados do presente estudo corroboram tal colocação no sentido de que a comunicação foi destacada como um dispositivo importante para a efetivação da prática colaborativa.

Além disso, a colaboração interprofissional apareceu neste estudo como uma estratégia para o desenvolvimento

de formas de comunicação e interação entre os profissionais e deles com o usuário, em resposta aos problemas que se apresentam no cotidiano e configuram a complexidade das necessidades de saúde na ESF.

Um estudo que buscou analisar os processos vivenciados pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) corrobora os achados desta pesquisa ao evidenciar que a interdependência profissional se relaciona com o aumento das complexidades das demandas da área de saúde. As interações entre os profissionais tendem a trazer melhores contribuições — tanto teóricas quanto práticas — para a resolução dos problemas de saúde, possibilitando uma aproximação com o princípio da integralidade.¹⁶

A proposta do matriciamento (parte do processo de trabalho do NASF) pode ser entendida como uma prática colaborativa, uma vez que diz respeito à atenção dispensada em cada caso singular, com troca de informações, vínculo entre profissionais e usuários, construção coletiva de projetos terapêuticos singulares, compartilhamento de incertezas e corresponsabilização dos usuários e profissionais pelo cuidado. Essa proposta se realiza por meio do trabalho em equipe interprofissional colaborativa e do agir comunicativo.⁴

Ressalta-se que o trabalho em equipe na ESF não se limita à integração para a intervenção técnica; é um trabalho caracterizado pelas relações de saberes, poderes e, sobretudo, pelas relações interpessoais. Esse modo de trabalhar exige que os profissionais utilizem estratégias particulares de atenção à saúde — evidenciadas por interações fugazes e informais, parcerias e reuniões de equipe — e reconheçam a deliberação quanto à assistência a se prestar de forma compartilhada e negociada, como potenciais para a melhoria da qualidade assistencial.¹⁷

Embora os resultados apontem para a potencialidade da prática colaborativa no contexto da ESF, foi possível identificar barreiras, tais como a indiferença de alguns profissionais para o trabalho em equipe e o enfoque na produtividade. Esses impasses são desafios para o desenvolvimento da prática colaborativa no contexto investigado.

A disposição para colaborar é um dos princípios determinantes para o estabelecimento de equipes efetivas e integradas.³ Pesquisadores^{18,19} demonstraram que a falta de compromisso e solidariedade no ambiente laboral, a alta rotatividade de pessoal, as demandas concorrentes, a cultura hierárquica e a falta de clareza de papéis podem proporcionar um clima conflituoso entre os profissionais e um serviço fragmentado, afetando o desempenho da equipe. Dessa forma, a alteração de um serviço

fragmentado para um serviço de responsabilidades, decisões, visões e práticas compartilhadas na produção do cuidado de usuários e famílias se mantém como um importante desafio.⁶ A respeito desse ponto, o apoio da gestão e a construção de um ambiente adequado para os profissionais, com uma cultura do cuidado que favorece as conexões humanas entre os membros da equipe, são mecanismos para a implementação da prática colaborativa, devendo ser fortalecidos no espaço institucional.^{2,20}

Somado a essas questões, ressalta-se que, embora as equipes de NASF tenham sido descritas como importantes para incrementar a resolutividade da APS e para sustentar a sua integração em redes de saúde, em 2019, por meio da Portaria nº 2.979, foi instituído o programa “Previne Brasil”. Além de estabelecer um novo modelo de financiamento da APS no âmbito do SUS atrelado ao cumprimento de metas preestabelecidas (que são alteradas anualmente), o “Previne Brasil” extinguiu o NASF da composição das equipes multiprofissionais deste cenário.²¹

A partir dessa proposta, o gestor municipal passa a ser autônomo quanto à decisão sobre a composição das suas equipes multiprofissionais, estabelecendo as categorias profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. Isso pode comprometer a abrangência dos serviços prestados pela APS, bem como desobriga a prática de promoção de saúde e matriciamento. Nesse sentido, a própria política de saúde oferece obstáculos e desafios para a efetivação da prática colaborativa interprofissional ao reconfigurar o modelo de atenção à saúde e nortear as práticas ao cumprimento de metas, desconsiderando, em parte, as necessidades de saúde percebidas pela equipe no cotidiano.

A partir dos achados apresentados, compreende-se que a prática colaborativa se apresenta como importante estratégia para a qualificação das práticas profissionais e dos resultados de saúde, no contexto da ESF. Entretanto, observa-se insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado na ESF, revelando o chamamento para a educação interprofissional no contexto dos serviços de saúde para estimular a colaboração. A esse respeito, um estudo de revisão²² apontou a necessidade de incluir a prática colaborativa interprofissional na formação do profissional, mediante uma base teórica sólida orientada pela colaboração, liderança e avaliação participativa. Salienta-se que inserir a prática colaborativa durante a articulação ensino-serviço pode ser uma estratégia benéfica tanto para o serviço quanto para alunos e professores.^{22,23} Contudo, os autores²² apontaram que ainda se percebem barreiras relacionadas às estruturas organizacionais e ao enfoque biomédico em detrimento

do enfoque centrado no paciente. Essas barreiras dificultam a consolidação da prática colaborativa como um modelo de desenvolvimento educacional.

Em estudo no ambiente hospitalar, também foi ressaltada a necessidade de a cultura da colaboração ser fortalecida desde a formação profissional.¹⁸ Por isso, a liderança transformacional na Enfermagem tem sido citada como meio de enfrentar os desafios do trabalho colaborativo entre as diferentes profissões.²⁴ Logo, a prática colaborativa envolve superação de fatores hierárquicos (que envolvem as profissões) em prol de melhoria na prestação de serviços e dos resultados em saúde. Os enfermeiros são líderes considerados profissionais indispensáveis para promover a parceria colaborativa entre os profissionais da saúde.²⁴

Para tanto, sugere-se que seja estimulada a utilização de estratégias de educação interprofissional para a adequação do perfil dos trabalhadores de saúde e construção da prática colaborativa. Recomenda-se trabalhar nessa perspectiva a fim de atender uma necessidade para além do momento da formação profissional, ou seja: propomos que a educação interprofissional seja o escopo de aprendizado permanente da força de trabalho em saúde de modo a preparar os alunos para a prática colaborativa ao longo da carreira.

Cabe salientar que a perspectiva ampliada da prática colaborativa considera o sistema de saúde com um todo, sendo uma limitação do estudo trazer apenas a realidade da APS. Nesse sentido, sugere-se que novos estudos aconteçam nos diferentes níveis do sistema de saúde. Outra limitação está na inclusão dos participantes, visto que há uma predominância da perspectiva da equipe de Enfermagem em relação às demais profissões. Salienta-se que a escolha dos critérios de inclusão e da saturação dos dados por categoria profissional foi uma forma de minimizar tal fragilidade.

CONCLUSÃO

A configuração da prática colaborativa foi compreendida mediante o reconhecimento do trabalho entre a equipe interdisciplinar. Ela se configura a partir da confiança e do compartilhamento entre os profissionais e deles com o usuário/família, a fim de possibilitar a negociação para a tomada de decisão da melhor prática a ser adotada.

A inovação está no fato de explorar novos caminhos para a prática colaborativa em um no contexto específico, discutindo que a configuração da prática colaborativa se articula com os valores da Atenção Primária à Saúde. Isso

que gera aprendizado mútuo e repercute na concretização de um cuidado de qualidade.

Contudo, a configuração da prática colaborativa ainda é desafiadora, especialmente devido à dificuldade de interação entre profissionais de categorias distintas e às metas administrativas impostas de maneira individualizada. Esse ponto requer processos interacionais e organização do trabalho.

Logo, o trabalho em equipe e colaborativo na Estratégia Saúde da Família precisa ser elucidado de forma singular, ou seja, a partir das características dos usuários/população, segundo contexto e condições de trabalho. Os resultados apresentados podem contribuir para a reflexão de novos modos de educação interprofissional, estimulando a interação entre os profissionais e produzindo a prática colaborativa nos contextos de atuação na Estratégia Saúde da Família.

AGRADECIMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPES- MIG, Núcleo de Pesquisa sobre Administração em Enfermagem - NUPAE.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Interprofessional collaborative practice in primary health care: nursing and midwifery perspectives: six case studies. *Hum Res Health Obs*. 2013[citado em 2022 mar. 22]. Disponível em: http://www.watbh.org/documents/IPE_SixCaseStudies.pdf
- World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO; 2010[citado em 2020 out. 03]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1
- Peduzzi M, Ageli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018[citado em 2020 jun. 16];22(2):1525-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000601525&lng=en
- Rachini LA, Tomasi E, Dileão AS. Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives. *Saúde Debate*. 2018[citado em 2020 out. 19];42(spe1): 208-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=en
- Ministério da Saúde (BR). National Primary Care Policy. Ordinance nº 2.436, of September 21, 2017 Approves the National Primary Care Policy, establishing the revision of guidelines for organization of Primary Care, within the scope of the Unified Health System (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017[citado em 2020 jun. 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Maruda CG, Pinto NRS, Martins CI, Frasso P. Interprofessional collaboration in the Family Health Strategy: implications for the provision of care and work management. *Ciênc Saúde Colet*. 2015[citado em 2020 ago. 19];20(8):2511-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2511.pdf>
- Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Perez AM, Marcon SS, et al. The challenges of team work in the family health strategy. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2018[citado em 2022 ago. 18];22(4):e20170372. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en
- Lima VV, Ribeiro ECO, Padilha RQ, Mourthé Jr CA. Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2018[citado em 2022 maio 02];22(Supl 2):1549-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0722>
- Minayo MCS. Sampling and saturation in qualitative research: consensus and controversies. *Rev Pesq Qualitativa*. 2017[citado em 2020 jul. 07];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
- Yin RK. Case Study. Panning and Methods. 5ªed. Porto Alegre, RS (BR): Bookman; 2015.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
- Brito MJM, Caram CS, Montenegro LC, Rezende LC, Renno HMS, Ramos FRS. Potentialities of Atlas.ti for data analysis in qualitative research in Nursing. In: Costa AP, Reis LP, Sousa FN, Lamas AMD. Computer supported qualitative research. Switzerland: Springer International Publishing Switzerland; 2016. p.71-84.
- Jacowski M, Budal AMB, Lemos DS, Ditterich RG, Buffon MCM, Mazza VA. Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Rev Baiana Enferm*. 2016[citado em 2020 ago. 20];20(2):1-9. Disponível em: doi: 10.18471/rbe.v30i2.15145
- Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017[citado em 2022 jan. 12]; CD000072. Disponível em: 10.1002/14651858.CD000072
- Rezende LC, Caram CS, Caçador BS, Brito MJM. Nurses' practice in quilombola communities: an interface between cultural and political competence. *Rev Bras Enferm*. 2019[citado em 2020 ago. 29];73(5):e20190433. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000500181&lng=en
- Oliveira KS, Baduy RS, Melchior R. O encontro entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as equipes de Saúde da Família: a produção de um coletivo cuidador. *Physis*. 2019[citado em 2020 ago. 21];29(4):e290403. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-733120192904>
- Arruda LS, Moreira COF. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2018[citado em 2020 ago. 21];22(64):199-210. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100199&lng=en&nrm=iso

18. Caram CS, Rezende LC, Brito MJM. Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar. REME - Rev Min Enferm. 2017[citado em 15 ago 2020];21:e-1070. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1208>
19. LaMothe J, Hendricks S, Halstead J, Taylor J, Lee E, Pike C, Ofner S. Developing interprofessional collaborative practice competencies in rural primary health care teams. Nurs Outlook. 2021[citado em 2022 mar. 22];69(3):447-57. Disponível em: 10.1016/j.outlook.2020.12.00
20. Wei H, Corbett RW, Ray J, Wei TL. A culture of caring: the essence of healthcare interprofessional collaboration. J Interprof Care. 2020[citado em 2022 mar. 22];34(3):324-31. Disponível em: 10.1080/13561820.2019.1641476
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2019; 13 nov. Brasília: MS; 2019.
22. McNaughton SM, Flood B, Morgan CJ, Saravanakumar P. Existing models of interprofessional collaborative practice in primary healthcare: a scoping review. J Interprof Care. 2021[citado em 2022 mar. 04];35(6):940-52. Disponível em: 10.1080/13561820.2020.1830048
23. Hendricks S, LaMothe VJ, Halstead JA, Taylor J, Ofner S, Chase L, et al. Fostering interprofessional collaborative practice in acute care through an academic-practice partnership. J Interprof Care. 2018[citado em 2022 mar. 22];32(5):613-20. Disponível em: 10.1080/13561820.2018.1470498.
24. Goldsberry JW. Advanced practice nurses leading the way: interprofessional collaboration. Nurse Educ Today. 2018[citado em 2022 mar. 22];65:1-3. Disponível em: 10.1016/j.nedt.2018.02.024.



4.5. SÍNTESE DOS RESULTADOS

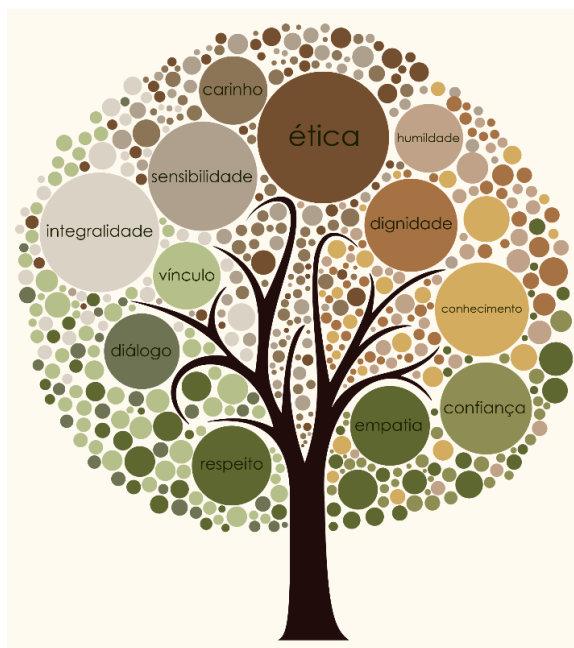
4.5.1 Desvelando a expressão da ética na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família

Propõe-se, neste capítulo, relacionar as discussões dos quatro artigos apresentados como resultados desta tese, na interface dos referenciais teóricos, prática e ética da virtude, e deliberação moral, utilizados para compor o corpus desse trabalho.

Os resultados elencados no primeiro artigo intitulado “A ética da virtude na prática da equipe de saúde da família” permitiram compreender a prática da equipe de saúde da família sob o prisma da ética da virtude. Os achados revelaram que, no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), os profissionais buscam desenvolver a sua prática direcionada às necessidades objetivas e subjetivas dos indivíduos/famílias, isto é, uma prática centrada no sujeito, corroborando o ideário da Atenção Primária a Saúde (APS) de compreensão do cidadão e de suas relações, por meio de atenção integral.

Os achados evidenciaram, também, a importância de valores e virtudes e do trabalho em equipe como fundamentos para o cuidado centrado na pessoa/usuário, no contexto das ESFs. A figura 7 apresenta os principais valores e virtudes desenvolvidos pelos profissionais das equipes de saúde da família, considerados atitudes e fundamentos éticos que tendem a possibilitá-los o alcance do bem interno de suas práticas - o cuidado centrado na pessoa/indivíduo.

Figura 7: Árvore de valores e virtudes que direcional a prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família de um município de MG



Fonte: Desenvolvido para fins deste estudo, 2020

Compreendeu-se que a prática da equipe de saúde da família se desenrola na interface da legalidade/burocracia (*ethos* burocrático), de atendimento às normas preconizadas para a organização e o funcionamento da ESF, e do *ethos* profissional, que significa que o compromisso dos profissionais está para além das habilidades técnico-operativas requeridas pela profissão, ou seja, o compromisso fundamental é com as pessoas, cujo benefício confere sentido às práticas. Esses resultados sinalizaram que os profissionais da ESF não se preocupam apenas com as regulamentações, mas com os bens e objetivos que a equipe persegue. Dessa forma, identificou-se que a ética da virtude se configura como proposta potencial de compreensão das singularidades da atuação da ESF, ao reconhecer que profissional e paciente são agentes morais.

No entanto, a análise dos dados revelou também que a equipe de saúde da família vivencia barreiras para a concretização da sua prática. As barreiras evidenciadas estavam relacionadas à organização do trabalho na ESF, relativas à falta de insumos/materiais para o desempenho das atividades, predominância do caráter administrativo e atendimento das metas e conflitos interpessoais, configurando-se como fatores que distanciam a equipe de saúde do cuidado direto e contínuo ao indivíduo/família, considerados obstáculos ao alcance do bem interno das práticas.

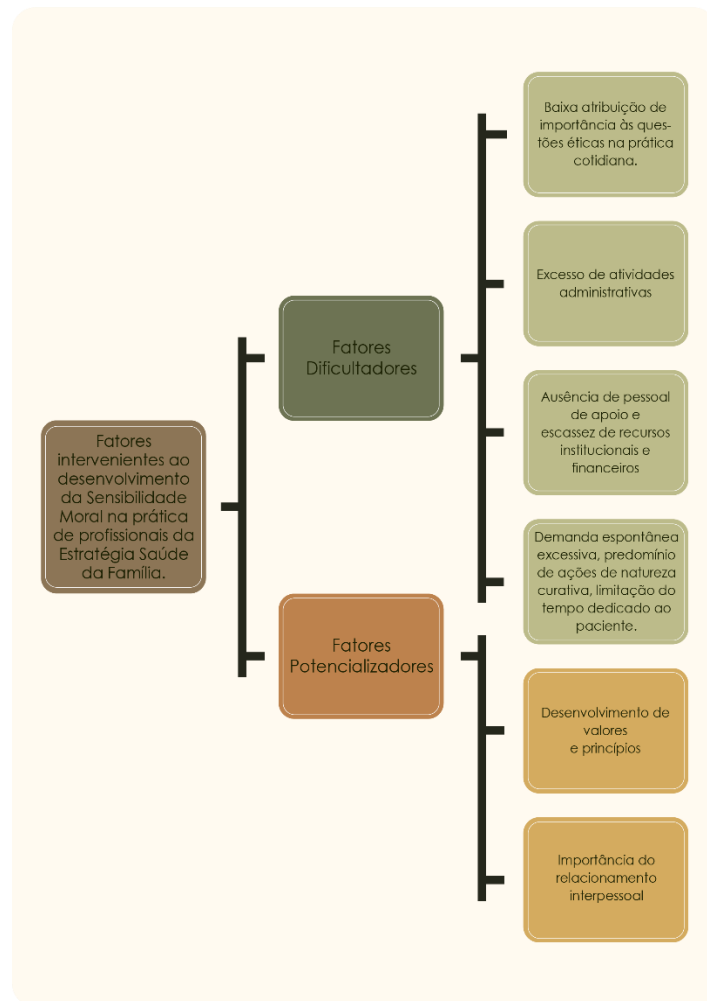
Tais barreiras configuravam-se como problemas éticos da APS, identificados como situações comuns do cotidiano de trabalho dos profissionais da ESF. A fim de superar essas situações, os profissionais precisam, primeiramente, perceber os problemas éticos da ESF, analisá-los e procurar, por meio da deliberação moral, o melhor curso de ação para a sua resolução.

Dessa forma, evidenciou-se o chamamento para a compreensão do desenvolvimento da sensibilidade moral na prática de profissionais da ESF, apresentada no segundo artigo intitulado “Sensibilidade moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família”. A sensibilidade moral é compreendida como a habilidade que o profissional tem de identificar o componente moral de determinada situação de conflito e realizar a tomada de decisão ética, pautada em valores pessoais e contextuais.

Identificou-se, por meio da análise dos dados, que o desenvolvimento da sensibilidade moral de profissionais das equipes de saúde da família tem influência multifatorial, evidenciada na figura 8.

Os fatores dificultadores para o desenvolvimento da sensibilidade moral de profissionais da ESF, identificados nos resultados deste estudo, tendem a levar os profissionais a não agir adequadamente mediante as necessidades de indivíduos, famílias e de comunidades, objeto de ação da APS.

Figura 8: Fatores intervenientes ao desenvolvimento da Sensibilidade Moral na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família de um município de MG



Fonte: Desenvolvido para fins deste estudo, 2020

No entanto, ao considerarmos que a prática de profissionais da ESF envolve o processo de cuidado e preserva a centralidade das ações profissionais no atendimento aos direitos e interesses dos pacientes, evidenciou-se nos achados do presente estudo que o trabalho em equipe e a relação positiva entre profissional e usuário, e o desenvolvimento de valores e virtudes influenciam positivamente no desenvolvimento da sensibilidade moral de profissionais da ESF, influenciando a deliberação dos profissionais de forma ética em favor dos pacientes.

Identificar os fatores que interferem no desenvolvimento da sensibilidade moral mostrou-se relevante para projetar intervenções que facilitem a prática e garantam que os profissionais da ESF reconheçam a natureza e a extensão ética no seu cotidiano de trabalho e

comprometam-se com o processo de deliberação moral e com a qualidade da assistência prestada.

A equipe de saúde da família, especialmente em face da vivência dos problemas éticos em seu cotidiano laboral, percebe-se afastada da assistência direta e do contato com os usuários/família, comprometendo o cuidado centrado no sujeito, escopo da prática dos profissionais da ESF. A vivência dos problemas éticos no contexto da ESF influencia no modo de agir e nas condutas da equipe de saúde da família relacionados à garantia do atendimento das necessidades integrais do usuário, exigindo a deliberação e ponderação para encontrar a melhor solução.

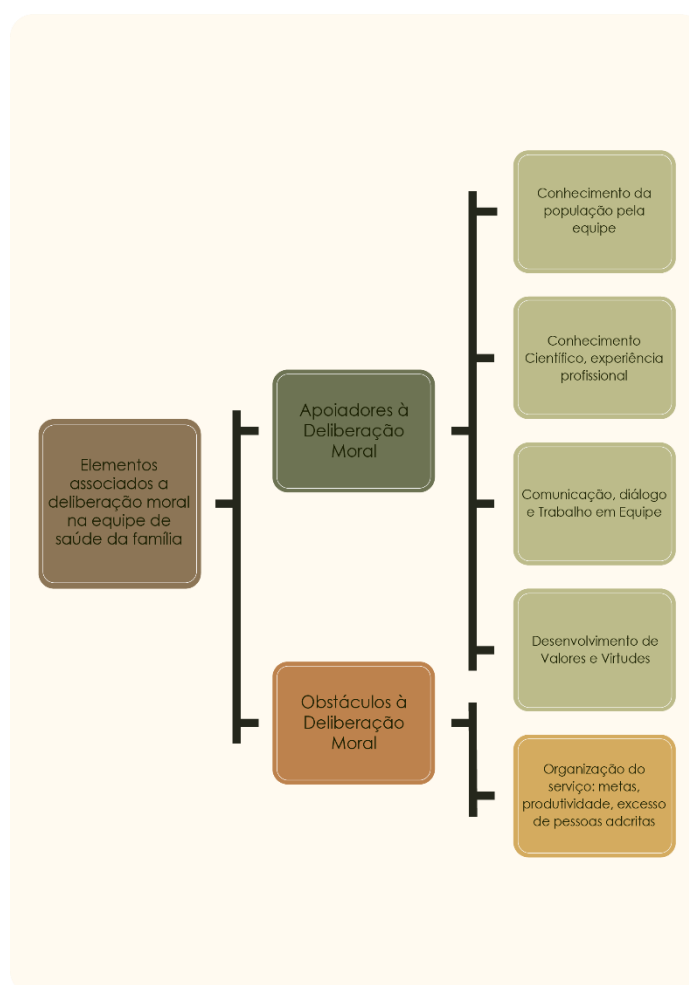
Nesse sentido, lançou-se o olhar sobre a deliberação moral dos profissionais da ESF. A deliberação moral é compreendida como a análise contextualizada dos problemas éticos, a fim de encontrar soluções possíveis dentre as alternativas prudentes. Utilizou-se o referencial da deliberação moral proposto por Diego Gracia, por compreender a sua valorização acerca dos contextos e das singularidades da situação, conectando os fatores necessários para uma visão mais abrangente das experiências ou problemas avaliados, sem marginalizar as questões referentes às obrigações éticas.

Desta maneira, com vistas a identificar os elementos associados à deliberação moral na ESF, desenvolveu-se o terceiro artigo, “Elementos associados a deliberação moral da equipe de saúde da família: em busca da excelência da prática profissional”, cujos achados revelaram a amplitude e a complexidade da deliberação moral no contexto do cotidiano das práticas dos profissionais da ESF.

Os elementos apoiadores ou obstáculos à deliberação moral da equipe de saúde da família estão evidenciados na figura 9.

No campo dos elementos apoiadores à deliberação moral, sobressaíram-se os atinentes ao conhecimento da população pela equipe. A organização do trabalho da ESF se dá pela oferta de cuidado integral e longitudinal a uma população adstrita, dentro de um território específico, por meio da atuação multiprofissional. Esse modelo assistencial proposto configurou-se como elemento apoiador. No entanto, os achados desta pesquisa demonstraram também que a forma como o trabalho acontece no dia a dia torna-se, muitas vezes, obstáculo à efetivação da deliberação, o que demonstra que os elementos mencionados neste estudo não acontecem isoladamente, mas em interações que possibilitam a condução da reflexão, do diálogo e deliberação prudente e responsável no contexto da ESF.

Figura 9: Elementos associados à Deliberação Moral na equipe de saúde da família de um município de MG



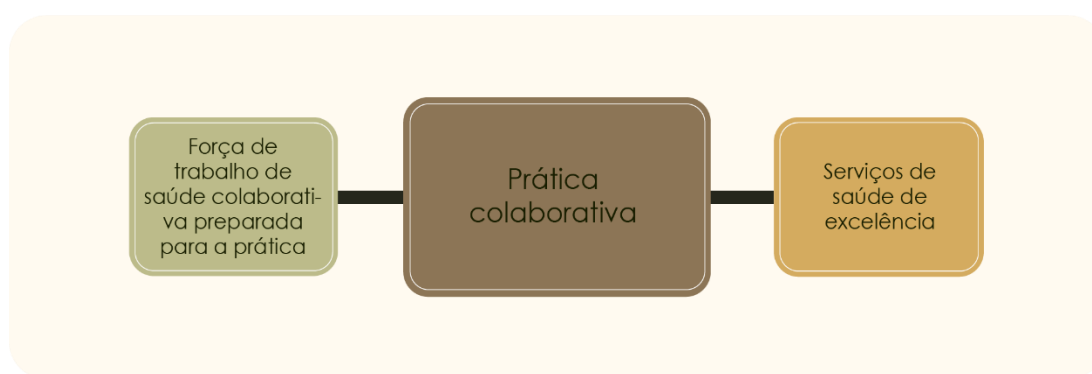
Fonte: Desenvolvido para fins deste estudo, 2020

Considerando os achados deste estudo, entende-se o ato de deliberar como a comunhão de elementos referentes ao conhecimento científico, a experiência, a sensibilidade moral com o desenvolvimento de valores e virtudes, para a construção das respostas aos problemas apresentados. Portanto, o ato de deliberar pressupõe a avaliação do problema ético dentro do seu contexto, analisando as possíveis consequências do ato. Todo esse processo tem como ideário a excelência na prática de atenção à saúde, no contexto da ESF.

A partir dessas premissas, pôde-se compreender a deliberação como uma estratégia potente de discussão e decisão sobre os problemas éticos da ESF, que provoca a reflexão de maneira interpessoal e que busca uma decisão compartilhada, pautada pela prática da comunicação e do diálogo, relevantes no trabalho em equipe da ESF.

Sob esse prisma, surge como ponte a prática colaborativa no contexto da ESF, apresentada no quarto artigo, “Prática Colaborativa na Estratégia Saúde da Família: expressões, possibilidades e desafios para a produção do cuidado”, cujo objetivo foi compreender a configuração da prática colaborativa no contexto da ESF. A prática colaborativa se refere à atuação de vários profissionais de saúde, com diferentes experiências profissionais com pacientes, famílias e comunidades, com vistas a ofertar um cuidado de excelência (figura 10).

Figura 10: Prática Colaborativa



Fonte: WHO, 2010

Os achados desta pesquisa evidenciaram que a prática colaborativa no contexto da ESF se configura mediante colaboração entre profissionais de saúde de diferentes experiências profissionais, e em rede intersetorial com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, identificando a intervenção individual como limitação para atender à complexidade imposta pelas necessidades de saúde que o contexto da ESF impõe à prática profissional.

A comunicação efetiva, as relações harmoniosas, em ambiente agradável, e com a participação efetiva dos usuários, conferiram habilidades e competências relacionadas à prática da equipe de saúde da família, cujo cuidado centrado na pessoa/família/comunidade é a meta compartilhada pelos profissionais da ESF, moldando a natureza da prática colaborativa. Todavia, embora os achados apontem para a potencialidade da prática colaborativa no contexto da ESF, foi possível identificar barreiras, tais como a indiferença de alguns profissionais para o trabalho em equipe e o enfoque para a produtividade como desafios para o desenvolvimento da prática colaborativa no contexto da ESF, desvelando a importância de se priorizar a educação interprofissional nos cenários de formação profissional e da prática para estimular a colaboração.

Considerações finais



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Tenho a impressão de ter sido uma criança
brincando à beira-mar, divertindo-me em
descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha
mais bonita que as outras, enquanto o imenso
oceano da verdade continua misterioso
diante de meus olhos”
Isaac Newton*

A Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como mola propulsora da reversão do modelo de atenção à saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), ao oferecer cuidado longitudinal e direcionado às necessidades objetivas e subjetivas das pessoas em seu contexto familiar e comunitário, por meio da prática de equipes multidisciplinares. O cuidado à saúde ofertado com qualidade e centrado nas pessoas/famílias mostrou-se como o bem interno da prática da equipe de saúde da família. Tal panorama contribui para a visibilidade e potencialidade do trabalho nesse locus assistencial, mas, demonstra, também, os desafios que precisam ser superados para o alcance do cuidado qualificado conforme almejado pela equipe, especialmente os atinentes aos obstáculos que se interpõem à efetivação da prática dos profissionais, evidenciados pela vivência de problemas éticos neste contexto.

Os problemas éticos na APS se manifestam sutilmente no cotidiano do trabalho, em meio às relações interpessoais entre os profissionais, entre profissionais e usuários e destes com a gestão dos serviços de saúde. Apresentam-se também relacionados com a forma como o trabalho se organiza, seja pela proximidade com a comunidade, seja pelo processo de trabalho preconizado institucionalmente, com lógica de produção baseada em atendimento de metas e produtividade. Tais problemas exigem dos profissionais posicionamentos que influenciam seus modos de agir.

A partir do exposto, o desenvolvimento da presente tese possibilitou uma aproximação com a realidade e complexidade do trabalho na ESF, a qual envolve subjetividades, desveladas nas vivências cotidianas e nas relações interpessoais entre usuários e profissionais, e permitiu compreender a expressão da ética na prática de profissionais da ESF. Importa salientar que a aproximação teórica com a Prática e a Ética das Virtudes, trazidas contemporaneamente por MacIntyre, e a fundamentação da Deliberação Moral de Diego Gracia, contribuíram para o alcance do objetivo delineado, sustentando a apropriação da temática em complexidade e fundamentando reflexões, análises, interpretações e discussões dos dados da presente investigação.

No que tange à proposta metodológica utilizada no estudo, considerou-se que o estudo de caso único integrado, com abordagem qualitativa, permitiu a compreensão em profundidade do fenômeno pesquisado, por meio da convergência das fontes de evidências utilizadas e da evolução crítica e argumentativa da pesquisadora.

Com relação à análise e apresentação dos resultados, estes foram estruturados em quatro artigos que discorreram sobre a expressão da ética no contexto da prática de profissionais da ESF. Evidenciou-se a expressão da ética no contexto da ESF, relacionada a sensibilidade moral como elemento fundamental à identificação dos problemas éticos no cotidiano das práticas. Se houver falhas na percepção e identificação dos problemas éticos da ESF abre-se espaço para a não deliberação moral e o comprometimento da qualidade da assistência prestada, impedindo o alcance do bem interno das práticas. Na perspectiva adotada, mostrou-se relevante compreender a dimensão ética das vivências dos profissionais da equipe de saúde da família, por meio da identificação dos problemas éticos e pela forma como estes profissionais lidam com esses problemas e quais os valores e virtudes eles mobilizam para o alcance da prática de excelência. Vale ressaltar que a prática colaborativa se mostrou como latente forma de organização do trabalho da equipe de saúde da família, com influências para a assistência de excelência aos indivíduos, famílias e comunidade.

Mediante o exposto, os resultados deste estudo confirmam a tese de que a prática de profissionais da ESF é permeada por problemas éticos, que implicam no desenvolvimento de sensibilidade moral, de valores ético-morais e de virtudes que viabilizem deliberações condizentes com um fazer de excelência em prol do cuidado centrado no paciente. Ademais, identificou-se que as situações que implicam no desenvolvimento da sensibilidade moral, dos valores e virtudes, da prática colaborativa e da deliberação moral derivam de experiências interdependentes e coexistem no contexto de trabalho da ESF.

Considerando os achados apresentados, entende-se que as singularidades e complexidades que se interpõem ao modelo de atenção à saúde da ESF, fazem emergir, dialeticamente, fatores potencializadores e limitadores ao cuidado de excelência, escopo da prática da equipe de saúde da família. Ademais, este estudo poderá subsidiar reflexões e discussões sobre como o desenvolvimento da sensibilidade moral qualifica o desenvolvimento dos valores e das virtudes profissionais, que, por sua vez, são componentes essenciais da deliberação moral, elementos pertinentes aos bens internos da prática de excelência. Nessa vertente, apreende-se a exigência da integração do trabalho entre os membros da equipe, por meio da prática colaborativa como essencial para o alcance do bem interno da prática de profissionais no contexto da ESF.

Aponta-se como limitação deste estudo o fato de que não foram encontradas investigações que relacionam os construtos sensibilidade moral no contexto de equipes multidisciplinares, o que impossibilitou a discussão dos dados deste estudo com outros da mesma natureza. Logo, sugere-se que mais estudos sejam realizados nestes espaços, de modo a subsidiar novas investigações e discussões, permitindo ampliar os resultados sobre a temática. Além disso, as discussões sobre a deliberação moral nesse cenário também são incipientes e, portanto, houve limitação de estudos sobre a temática para corroborar os achados dessa pesquisa.

Entre as possibilidades de futuras pesquisas recomenda-se que seja estimulada a utilização de estratégias de educação interprofissional para a adequação do perfil dos trabalhadores de saúde e construção da prática de excelência, que discutam a importância dos valores e virtudes, e de estratégias deliberativas na prática profissional. Recomenda-se trabalhar nessa perspectiva como uma necessidade para além do momento da formação profissional, ou seja, propõe-se que a reflexão sobre ética seja o escopo de aprendizado permanente da força de trabalho em saúde para prepará-los para a prática de excelência.

6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; RIZZOTTO, M. L. F; COSTA, A. M. Memória de um movimento: a revista Saúde em Debate e a reforma sanitária brasileira. 2015. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2023-2029, July .

AMORIM, A. C. C. L. A.; ASSIS; M. M. A.; SANTOS, A. M.; JORGE, M. S. B.; SERVO, M. L. S. Practices of the family health team: advisors of the access to the health services? **Texto & Contexto Enferm** [Internet] 2014 Oct-Dec [cited 2019 Mar 03];23(4):1077-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/0104-0707-tce-23-04-01077.pdf>.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Teamwork: a challenge for family health strategy consolidation. 2007. **Cien Saude Colet**, 12(2):455-464.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2016. Edição Revista e Atualizada. Lisboa: Edições 70.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 110 p. – (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Saúde [documento na internet]. 2015 Mai [acessado 2020 Ago 7]; Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf.

BRITO, M. J. M. et al. (2016). Potentialities of Atlas.ti for Data Analysis in Qualitative Research Nursing. In: Costa AP, Reis LPR, Sousa FN, Moreira A, Lamas D (editors) **Computer Supported Qualitative Research**. Studies in Systems, Decision and Control, v. 71. Switzerland: Springer. 75-84. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-319-43271-7_7 doi: 10.1007/978-3-319-43271-7_7.

CARAM, C. **Processo de sofrimento moral de enfermeiros: desafios éticos na prática profissional no contexto hospitalar [manuscrito] / Carolina Caram**. - 2018. 138 p.

CARDANO, M. O problema da invisibilidade e a eloquência das pequenas coisas: reflexões sobre os pontos fortes da pesquisa qualitativa [Editorial]. **Rev Gaúcha Enferm**. 2018; 39: e82654. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.82654>.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2006. Petrópolis: Vozes.

CORTINA, A. **Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania**. 2005. Trad. De Silvana Cobucci Leite. São Paulo: Loyola.

FONTANELLA, B.J.; RICAS, J., TURATO, E.R. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. 2008. **Cad Saúde Pública**, 24(1): 17-27.

GALAVOTE, H. S.; ZANDONADE, E.; GARCIA, A. C. P.; FREITAS, P. S. S.; SEID, H.; CONTARATO, P. C, et al. The nurse's work in primary health care. **Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]**. 2016 [cited 2019 Jun 01]; 20(1):90-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 2010. 5. ed. São Paulo: **Atlas**, 184p.

GRACIA, D. **Deliberación Moral**. 2009. El papel de las metodologías en ética clínica [material didáctico del curso]. Madrid: Universidad Complutense.

GRACIA, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. **Revista Medicina Clínica [Internet]**. 2001a [cited 2019 oct 20]; 117(1):18-23. Available from: <https://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j62.pdf>.

GRACIA, D. **Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics**. 2001b. *Med Health Care Philos*, 4(2):223-32.

GRACIA, D. **Tomar decisiones Morales: Del casuismo a la deliberación**. Dilemata [Internet]. 2016 [cited 2018 oct 20]; 8 (20): 15-31. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5329386>.

HOFT, S.V. **Ética da virtude**. 2013. Trad. De Fábio Creder. Petrópolis, RJ: Vozes.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Cidades. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316720&search=minas-gerais|sete-lagoas>>. Acesso em 06/08/2019.

JUBILLE CENTRE FOR CHARACTER AND VIRTUES (2017). **Virtuous Practice in Nursing**. Birmingham: University of Birmingham. Online at: www.jubileecentre.ac.uk/knightlyvirtuesresources.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R.; ZOBOLI, E. L. C. P. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. 2015. **Interface**. 19: 265-74.

JUNGES, J. R. et al. Validação da compreensibilidade de um instrumento sobre problemas Éticos na atenção primária. 2014. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 148-156, mar.

LÜTZÉN, K., DAHLQVIST, V., ERIKSSON, S., NORBERG, A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. 2006. **Nurs Ethics.** 13(2):187-96.

MACINTYRE, A. **After Virtue: A Study in Moral Teory.** 2013. 3rd ed. Bloomsbury USA Academic; Edição: Reprint.

MENDONÇA, M. H. M; GONDIM, G. C. M; GIOVANELLA, L. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** 2018. SciELO - Editora FIOCRUZ.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2013. 13ª ed. São Paulo: Hucitec.

MINAYO, M. C. S. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. **Revista Pesquisa Qualitativa.** [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 07]; 5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Portuguese

NORA, C. R. D; ZOBOLI, E. L. C. P; VIEIRA, M. Ethical problems experienced by nurses in primary health care: integrative literature review. 2015a. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre , v. 36, n. 1, p. 112-121, Mar.

NORA, C. R. D; ZOBOLI, E. L. C. P; VIEIRA, M. Ethical Deliberation in Health: na integrative literature review. 2015b. **Rev. Bioét.** [online], v.23, n.1, pp.114-123. ISSN 1983-8042. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231052>.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. 2014. **História, Ciências, Saúde.** 21(1), 15-35.

PORTO, D; GARRAFA, V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. 2011. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 719-729.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Sete Lagoas:** 2017.

RIBEIRO, C. D. M.; GOUVÊA, M. V.; CASOTTI, E. Problemas éticos e justiça social na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bioét.** [internet]. 2017 [acesso em 2018 dez 19]; 25(2):348-357. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252195>.

SANTOS, D. S; MISHIMA, S. M; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do

modelo de atenção. **Ciênc. Saúde coletiva** [Internet]. 2018 [acesso 2020 Abr 04]; 23(3):861-870. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000300861&lng=en <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>.

SILVA JUNIOR, L. A; LEÃO, M. B. C. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. 2018. **Ciência & Educação (Bauru)**. 2018 [acesso 2020 Abr 04]; 24(3): 715-728. <https://dx.doi.org/10.1590/1516-731320180030011>

SOUZA, F. G. M; ERDMANN, A. L; MAGALHÃES, A. L. P. In: **Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática**. 2015. Organizadoras: LACERDA, M.R; COSTENARO, R.G.S. – Porto Alegre: Moriá.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 2003 Petrópolis RJ.: Editora Vozes.

VIDAL, S. V; MOTTA, L. C. S; GOMES, A. P; BATISTA, R.S. Problemas bioéticos na Estratégia de Saúde da Família: reflexões necessárias. 2014. **Rev. Bioét**, 22 (2): 347-57.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2015. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman.

YIN, R. K. **Pesquisa Qualitativa do início ao fim** [recurso eletrônico]. 2016. tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Dirceu da Silva. Porto Alegre: Penso.

ZOBOLI, E.L.C.P.; SANTOS, D.V, SCHVEITZER, M.C. Difficult patients in primary health care: between care and order. 2016b. **Interface (Botucatu)**. 20(59):893-903.

ZOBOLI, E, L. C. P; SCHVEITZER, M. C. Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet]. 2013[cited 2019 Aug 19];21(3):695-703. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. In: Pessini L, Barchifontaine CP, Hossne W, Anjos MF, organizadores. 2012. **Ética e Bioética clínica no pluralismo e diversidade: teorias, experiências e perspectivas**. Aparecida: Ideias & Letras, p. 149-63.

ZOBOLI, E. L. C. P. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. 2016a. **Revista Iberoamericana de Bioética**, 2:1-19.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de na prática clínica da atenção básica** [tese]. 2010. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

ANEXO 1 - Carta de Anuência do Município- cenário da pesquisa



PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS
SECRETARIA DE SAÚDE
ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO



CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Autorizo a pós-graduanda em Enfermagem, **Cecília Maria Lima Cardoso Ferraz** do Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) a realizar atividades de pesquisa, a fim de desenvolver sua Tese de Doutorado que tem como objetivo *compreender a expressão da ética no contexto da prática profissional da equipe da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior de Minas Gerais, sob o prisma de valores ético-morais e virtudes*. A pesquisa será realizada nas equipes de Saúde da Família de Sete Lagoas, MG.

Acredita-se que o estudo reforça a preocupação com a dimensão ética do trabalho em saúde e insere novas temáticas em diferentes campos de investigação, seja com foco na gestão e organização dos serviços, nas novas demandas e necessidades de saúde, nas práticas e relações cotidianas, nas suas transformações tecnológicas ou na formação profissional em cenários complexificados de trabalho. De um tema filosófico implicado nos modos de vida de indivíduos e sociedades, a ética ganha objetos e perspectivas, tão diversos quanto a pluralidade que marca a vida contemporânea. Este trabalho será desenvolvido sob a orientação da professora Dra Maria José Menezes Brito.

Concedo autorização para a aluna acessar as dependências do local e a permissão para que a pesquisa se realize.

Sete Lagoas, 09 de fevereiro, 2018.



V.S.ª Vanessa Lopes Alves Ferreira
Cargo: Secretária de Saúde

ANEXO 2- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa- UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A prática profissional da equipe de saúde e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral

Pesquisador: Maria José Menezes Brito

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71509317.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.285.857

APÊNDICE 1-

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada **“A expressão da ética na prática profissional da equipe da estratégia de saúde da família em um município de Minas Gerais”**. Trata-se de uma tese de doutorado de Cecília Maria Lima Cardoso Ferraz, sob orientação da professora Doutora Maria José Menezes Brito, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo tem por objetivo **“Compreender a expressão da ética no contexto da prática profissional da equipe da Estratégia Saúde da Família de um município do interior de Minas Gerais.”**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de observação e entrevista com roteiro semiestruturado com profissionais da equipe da ESF. Você responderá a perguntas sobre a expressão da ética em suas práticas realizadas na ESF que atua. Suas respostas serão gravadas em um gravador para que seja fiel às respostas que você der e você poderá escutar, se assim o desejar.

Essa pesquisa oferece riscos mínimos a você, assim você deve considerar que sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Os dados coletados através da gravação dos depoimentos serão utilizados apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados, e as gravações ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos se for o caso. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG).

Espera-se que os resultados desse estudo possam permitir reflexões e sensibilização de trabalhadores e pesquisadores para questões éticas e morais na ESF, para a promoção do protagonismo dos profissionais e transformação dos diferentes contextos.

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você poderá contatar também o Comitê de Ética para esclarecimentos. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem será ressarcido.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: _____

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar
Pesquisadores Responsáveis:

COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Profª Drª Maria José Menezes Brito - Escola de
Av. Antônio Carlos, 6627 –Prédio da Reitoria- Enfermagem da UFMG: Av. Alfredo Balena,
7º andar - Sala 7018 - Bairro Pampulha, Belo 190 - 5º andar - Sala 514 - Campus Saúde Belo
Horizonte, MG – Brasil - CEP: 31.270-901- E- Horizonte, MG - Brasil - CEP 30130-100 Fone:
mail: coep@prpq.ufmg.br Telefax: (31) 3409- (31) 3409-9849 E-mail: mj.brito@globo.com
4592.



Cecília Maria Lima Cardoso - fone (31)
997137051

E-mail: cecilialimacardoso@yahoo.com.br