KÊNNIA ANASTÁCIO DA CUNHA

O TRABALHO EM EQUIPE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DILEMAS ÉTICOS

Governador Valadares – MG

2010

KÊNNIA ANASTÁCIO DA CUNHA

O TRABALHO EM EQUIPE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DILEMAS ÉTICOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Edison José Corrêa

Governador Valadares - MG

2010

KÊNNIA ANASTÁCIO DA CUNHA

O TRABALHO EM EQUIPE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DILEMAS ÉTICOS

BANCA EXAMINADORA

Prof. Edison José Corrêa

Orientador

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Profª Maria Teresa Marques Amaral

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de dezembro de 2010.

Dedico este trabalho especialmente aos “semideuses”: colegas que não se refugiam no positivismo nem assistem ao esquecimento dos princípios hipocráticos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor.

Aos meus pais, Elpídio e Alice, pelo amor e incentivo constante.

Ao meu competente orientador, professor Edison José Corrêa, pelo empenho e paciência.

“Ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”.

Paulo Freire

Pedagogia do Oprimido, 9ª ed., Rio de Janeiro.

Editora Paz e Terra. 1981, p. 79

RESUMO

O presente trabalho aborda os dilemas éticos na estratégia de Saúde da Família, considerando a prática dos profissionais e das instituições. Muitos são os problemas constatados, e que se avolumam, dificultando o trabalho das equipes e os relacionamentos com a comunidade, na cidade de Governador Valadares – MG. As queixas, por parte da população assistida, justificam a pertinência do tema. Esse trabalho teve como objetivo sistematizar os aspectos mais relevantes relativos ao trabalho em equipe, às relações éticas e indicar diretrizes para que este mesmo trabalho atenda as expectativas da população. Para que sejam percebidos em um contexto amplo, buscaram-se correlacionar os problemas éticos na relação do profissional com o usuário e a família, problemas éticos nas relações internas à equipe e problemas éticos nas relações profissionais e usuários com a organização do sistema de saúde. Nessas correlações, são apresentadas diretrizes para o trabalho profissional. Ao final, são feitas considerações pessoais sobre questões éticas vivenciadas na realidade do trabalho de um profissional, na atenção básica.

Palavras-chave: Saúde da Família, ética institucional, ética médica.

ABSTRACT

This work addresses the ethical dilemmas in family health strategy, considering the practice of professionals and institutions. Many are the problems encountered, hindering the work of the teams and the relationships with the community, in the city of Governador Valadares – MG. Complaints on the part of the population assisted justify the relevance of the theme. This work had as objectives to systematize the most relevant aspects relating to teamwork, on ethical relations and indicate guidelines for the family health team, considering the expectations of the population. To be perceived in a broad context, attempted to understand the ethical problems in the relationship between users or family and professionals, ethical problems in the relationship inside the team and ethical problems in relations with the organization of the health system. These correlations are guidelines for family health team. In the end, personal considerations are made about ethical issues experienced in reality of work of a professional in the basic care.

Keywords: Family health, institutional ethics, medical ethics

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS- Atenção Básica em Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAAI – Centro de Atendimento ao Idoso

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HiperDia – Sistema de Acompanhamento e Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS – Programas de Agentes Comunitários

PSF – Programa de Saúde da Família

SAAE – Serviço Autônomo de Água e Esgoto

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SF - Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 10

Justificativa 12

Objetivo 13

Método 13

O TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 14

O trabalho da equipe de Saúde da Família 15

O trabalho em equipe 17

ÉTICA PROFISSIONAL E ÉTICA INSTITUCIONAL 19

Ética profissional 19

Ética institucional 21

DIRETRIZES PARA UM TRABALHO PROFISSIONAL ÉTICO 24

CONSIDERAÇÕES FINAIS 31

REFERÊNCIAS 36

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como referencial a atuação da autora, médica da equipe de Saúde da Família Santa Rita, bairro Santa Rita, no município de Governador Valadares, Minas Gerais. O município tem essa condição desde 30 de janeiro de 1938 e apresenta uma população de 263.274 habitantes (BRASIL, 2009).

Na infraestrutura geral de saúde Governador Valadares conta com 151 estabelecimentos, sendo 78 deles privados e 73 públicos, entre hospitais, pronto-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos. A cidade possui 180 leitos para internação em estabelecimentos de saúde. Existem dois hospitais especializados (ambos privados) e sete gerais, sendo um público, dois filantrópicos e quatro privados. (BRASIL, 2005)

Atualmente, um dos principais hospitais do município sofre as más condições do seu atendimento. No Hospital Municipal de Governador Valadares, muitos médicos ameaçaram pedir demissão devido à precariedade da instituição e às alterações de salário. (GOVERNADOR VALADARES, 2010).

O município ainda possui outros hospitais particulares, como a Casa de Saúde Maternidade Santa Teresinha, Beneficência Social Bom Samaritano, Instituto do Coração do Leste Mineiro, Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Rio Doce, HEMOMINAS, a Casa de Saúde Nossa Senhora das Graças, o Hospital Samaritano, Hospital Infantil Unimed Criança, Hospital São Lucas, Hospital São Vicente de Paula, dentre outros de relevância regional.

A atenção secundária é composta pela Policlínica Municipal, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 11 centros de especialidades de assistência à saúde.

A rede de atenção primária à saúde (APS) do município dispõe, na zona urbana, de 11 unidades ambulatoriais sem equipes de Saúde da Família, dois centros de atendimento ao idoso (CAAI), três programas de agentes comunitários de saúde (PACS) e 35 equipes da estratégia de Saúde da Família (SF); na zona rural, dispõe de 11 unidades de APS, um programa de agentes comunitários de saúde (PACS) e uma equipe de SF. O município é referência em saúde para a macrorregião composta por 52 municípios, num total aproximado de 1.800.000 habitantes.

Em 1998, com as metas do Plano Municipal de Saúde estabelecidas, os estudos populacionais definidos, a razoável capacidade física instalada e o crescente interesse e participação social julgou-se viável e factível a construção e implantação do SUS local com características modernas do ponto de vista gerencial e com

estrutura sólida em suas ações, embora ainda com pendências referentes à capacitação de recursos humanos e ao adequado financiamento, historicamente insuficiente. Inauguram-se as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF): PSF Ipê, PSF Santa Paula, PSF Caic e PSF Santa Rita, marcando o início da mudança do modelo assistencial.

O bairro Santa Rita possui uma extensão de aproximadamente 4km² e abriga uma população em torno de 40.000 habitantes. O bairro é indepedente: ruas asfaltadas, saneamento básico adequado, igrejas, cemitérios, comércios variados, escolas, posto de saúde, clínicas médicas e odontológicas, posto de combustíveis, campo de aviação, transporte urbano, creches e central de abastecimento de água.

A unidade de Saúde da Família Santa Rita II, na qual atua a autora, tem uma localização privilegiada no bairro. Implantada em 2003, em substituição ao Posto de Saúde, situa-se na Avenida Washington Luiz, 2367. Possui 843 famílias cadastradas, correspondendo a 2.991 pessoas, divididas em seis microáreas.

A equipe de Saúde da Família é composta por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar administrativa, uma funcionária de serviços gerais e seis agentes comunitárias de saúde (ACS). A equipe de Saúde Bucal está composta por uma cirurgiã dentista, uma técnica em saúde bucal e uma auxiliar em saúde bucal. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é composto por um assistente social, um educador físico, um farmacêutico, um fisioterapeuta, um nutricionista e um psicólogo. Todos os integrantes têm jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Embasado no diagnóstico situacional verificou-se, em relação aos aspectos ambientais, que a estrutura de saneamento básico na área de abrangência é adequada, apesar de algumas exceções no que se refere ao sistema de tratamento de esgoto que é lançado diretamente no Rio Doce, que banha a microárea 1, trazendo prejuízos à população ribeirinha. O bairro é privilegiado com estação de tratamento de água, administrada pelo Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE) e pela coleta seletiva de lixo.

Quanto aos aspectos socioeconômicos 93,98% dos maiores de 15 anos são alfabetizados. Entre os homens, predominam os comerciantes e aposentados e, entre as mulheres, as pertencentes à ocupação do lar.

A rede social de apoio é composta pela Escola Estadual Pedro Ribeiro Cavalcante, Creche Ângelo d' Marco, entidades religiosas e a associação do bairro, contribuindo para a integralidade da assistência e a intersetorialidade.

Os problemas enfrentados pela equipe, no seu dia-a-dia, são a falta de companheirismo e colaboração entre seus membros, despreparo dos profissionais

para trabalhar na estratégia de Saúde da Família, resistência dos profissionais às ações propostas, coação ou submissão hierárquica de uns para com outros, falta de compromisso dos profissionais e a dificuldade de aceitação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

No relacionamento equipe/comunidade foram apontadas, no diagnóstico situacional as dificuldades iniciais de interação da comunidade com o ACS: a não aceitação das atividades realizadas por eles, baixa receptividade, em particular na abordagem de pacientes psiquiátricos, em que se preconiza a intervenção da própria família; e, desrespeito do usuário para com esse profissional. No aspecto relativo à comunicação constatou-se a recusa do usuário às indicações médicas, dificultando as ações de prevenção de agravos e as dificuldades com vistas à adesão ao tratamento.

Problemas éticos em relação à organização do serviço foram evidenciados pela precária estrutura física, não preservando a privacidade. Em relação à rede de serviços de saúde verificamos a insatisfação da equipe com a ausência de resultados satisfatórios, apesar de as ações estarem sendo desenvolvidas, mas com falta de monitoramento e avaliação; preenchimento incorreto dos sistemas de informação em saúde e sua análise; não atualização das fichas de cadastro das famílias; dificuldades com os serviços de referência e contrarreferência e dificuldades no acesso a exames complementares.

Esses dados foram obtidos mediante realização de diagnóstico situacional e em entrevista realizada com os profissionais membros da equipe e líderes comunitários.

Justificativa

Em consequência aos problemas constatados, e que se avolumaram, o trabalho das equipes de Saúde da Família se viu dificultado, pois parte dos profissionais que compõem essas equipes na cidade de Governador Valadares vinha sendo alvo de queixas por parte da população assistida.

É de se destacar que não há nada que relacione as questões levantadas e abordadas nesse trabalho – dificuldades na interação comunidade/profissionais especificamente a alguma unidade de saúde, algum profissional ou mesmo a alguma classe profissional. Constatou-se, sim, um conjunto de problemas acumulados, ao qual podem estar associadas atitudes antiéticas e manifestações de desagrado por parte da população assistida, razão de ser da estratégia de SF.

Necessário se faz encontrar caminhos que facilitem a superação das dificuldades nessa interação com a comunidade, bem como uma solução para os

empecilhos nos relacionamentos interpessoais. Por considerar que esses caminhos são viáveis e que fundamentos teóricos e normativos podem trazer uma contribuição para essa superação, tanto no nível local como ao problema em geral, o que pode ser recorrente em muitas equipes, a realização desse trabalho se justifica como uma colaboração no apontar novas práticas.

Objetivo

Esse trabalho teve como objetivos sistematizar os aspectos mais relevantes relativos ao trabalho em equipe, em suas relações éticas e indicar diretrizes para que atenda às expectativas da população.

Espera-se que este Trabalho de Conclusão de Curso logre êxito em apresentar soluções para a superação dos problemas existentes, considerados os aspectos éticos e os pressupostos para o trabalho de equipe.

Método

O presente trabalho se caracteriza por revisão bibliográfica narrativa e análise da produção científica brasileira sobre o tema - os dilemas éticos que envolvem a atuação dos profissionais ‘na estratégia de Saúde da Família. Com a utilização dos Descritores de Ciências de Saúde (DeCS), foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde nas bases Lilacs e SciELO (http://decs.bvs.br). Foram utilizados os descritores “saúde da família”, “ética institucional”, “ética médica”. Complementarmente foi utilizado como fonte de pesquisa o Google Acadêmico (http://scholar.google.com.br).

Foram usados também como fontes livros textos e módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família: Processo de trabalho em saúde (FARIA *et al*, 2008), Modelo assistencial e atenção básica em saúde (FARIA *et al*, 2008), Planejamento e avaliação das ações de saúde (CARDOSO, FARIA e SANTOS, 2009) e Introdução à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos (CORRÊA, VASCONCELOS e SOUZA, 2009).

O TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Necessário se faz, inicialmente, trazer à baila o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil comumente denominado Atenção Básica à Saúde (ABS), definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1978, segundo a Declaração de Alma – Alta:

> A atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE.1978. p. 1)

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem características peculiares por constituir-se a porta de entrada do serviço, uma vez que se espera que seja mais acessível a toda a população e o primeiro recurso a ser procurado; sem dúvidas, pode-se afirmar que na Atenção Primária à Saúde é que se dá o contato preferencial dos usuários com os profissionais e o sistema de atenção à saúde. E não só de indivíduos, mas também de famílias e comunidades.

Além desta característica a APS deve garantir a integralidade das ações, da atenção inicial à coordenação da continuidade do trabalho em outros níveis de atenção. Tem o papel centralizador de organização, coordenação e responsabilização dentro de um sistema de saúde. (FERRREIRA, VARGA e SILVA, 2010).

A estratégia de Saúde da Família é a estrutura fundamental para a viabilização da APS. Tem como campo de atuação um território definido, uma população adscrita e um processo de trabalho que posteriormente serão trabalhados com mais vagar.

O trabalho da equipe de Saúde da Família

Para efetivamente compreender como se dá o trabalho da equipe de Saúde da Família faz-se necessário recapitular alguns conceitos básicos que determinam sua atuação, sendo o primeiro deles o conceito de território.

> Por território, compreendemos não apenas uma área geográfica delimitada, com características de relevo, vegetação e clima próprios, mas, também, um espaço social onde vive uma população definida e onde a organização da vida dessas pessoas em sociedade obedece a um processo historicamente construído. Cada território apresenta características próprias, conformando uma realidade que, a cada momento, lhe é peculiar e única (SANTOS, 1990, *apud* FARIA *et al*. 2009. p.34).

O trabalho da equipe, realizado em territórios, é uma estratégia fundamental da atenção básica à saúde, na estratégia da SF, no Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a descentralizar e melhor organizar os serviços, respeitando, sempre, as características locais.

Objetiva-se em cada território dar autonomia aos dirigentes, bem como aos trabalhadores em saúde, para que juntamente à população conheçam os programas que mais se identificam às necessidades da comunidade, para que, dessa maneira, possam planejar, implementar e gerenciar adequadamente os mesmos.

É de se destacar que, a partir da descentralização e com o trabalho das equipes, implanta-se a regionalização e a municipalização dos serviços propostos a cada território, na tentativa de dar subsídios à organização e ao planejamento do sistema de saúde local.

Esse conceito define relações com uma sociedade detentora de classes sociais distintas, com distintos modos de vida e de acesso aos serviços de saúde que oportunizam a boa ou a má saúde das pessoas. Como bem explana Donato (1989) *apud* Faria *et al* (2009, p.35): em relação às pessoas “geram, ainda, formas diferentes de se sentirem sadias ou doentes”.

No território as diferenças sociais devem ser levadas em conta na organização dos serviços de saúde para que as situações de saúde, seus riscos e danos e as prioridades e as formas de atuação sejam abordadas de forma eficaz, eficiente e efetiva, visto que a saúde das pessoas é determinada pela forma como vivem.

No território, os processos de trabalho em saúde não podem se basear apenas nos estudos da origem biológica, de ocorrência de doenças; é necessário que

se conheçam onde, em quem, com que frequência, como e por que as doenças ocorrem. Necessário se faz conhecer as condições em que vivem as pessoas enfermas, o valor por elas atribuído a essas doenças e os prováveis fatores que condicionam e determinam o surgimento e a manutenção dessas enfermidades. (FARIA *et al.* 2009)

Outra característica importante no processo de trabalho da equipe de Saúde da Família, e que conceituamos a seguir, é o que vem a ser população adscrita. Esta é, na visão de Faria *et al* (2010, p.41): "a definição, no território de abrangência, da população sob a responsabilidade de uma equipe de Saúde da Família". A definição de adscrição vem em consonância à recomendação do Ministério da Saúde (MS), de que cada equipe deve ser responsável por uma população entre 2.400 e 4.000 pessoas (BRASIL, 1998).

As famílias são à base de toda a atenção e de todo o trabalho realizado. Devem-se conhecer suas realidades para melhor entendê-las. A melhor maneira de conhecê-las em sua inteireza é conhecer onde vivem, onde residem. Daí a importância da visita domiciliar. Segundo Faria *et a*l (2010, p.42):

> A visita domiciliar é uma ação importante no sentido de promover a reorientação do modelo de atenção na medida em que inverte a lógica dos serviços de saúde que até então apresentavam postura passiva ao esperar que os usuários procurassem de maneira voluntária pela via da demanda espontânea às unidades de saúde. Em geral, são realizadas pelos ACS e, de forma planejada, pelos demais profissionais da equipe de Saúde da Família.

E, assim, a nova organização da unidade de saúde, voltada para seus usuários, proporciona a aproximação dos profissionais e das famílias, em que aqueles conhecem todas as condições às quais as pessoas estão expostas. Além de se ter o conhecimento de onde e como se vive, criam-se facilidades para um melhor diagnóstico e para a implementação das ações propostas pela equipe (FARIA *et al*, 2010).

Outra diretriz para o trabalho das equipes de Saúde da Família é a utilização de um sistema de informação apropriado. Para a adequada organização das ações é requisito básico o cadastro da família. O instrumento utilizado é a ficha A. Este cadastramento é realizado pelo agente comunitário de saúde, durante a visita domiciliar, com a coleta de dados referentes à família, seu endereço e identificação da situação de saneamento e moradia. Com base nessas informações o acompanhamento mensal da situação de saúde das famílias é realizado. A família aparece como a unidade de ação programática, e não apenas o indivíduo. Deste

modo, a família deve ser tomada como unidade de análise, pois é o objeto privilegiado de intervenção.

Além dos princípios norteadores para o trabalho na estratégia de Saúde da Família – atuar em território definido, com 100% de cobertura, responsabilizar-se por uma população adscrita, ter como unidade de atenção, famílias, e não indivíduos isolados, como é o paradigma tradicional e apropriar-se de instrumentos de informação e planejamento, outro aspecto fundamental é o trabalhar em equipe.

Por isso, caracteristicamente, o trabalho em equipe também se apresenta como diretriz operacional cujo conhecimento é de fundamental importância para a consolidação da estratégia de Saúde da Família na medida em que define de certa forma, o processo de trabalho dos grupos profissionais nela inseridos.

O trabalho em equipe

Define-se trabalho de equipe em saúde como uma rede de relações entre pessoas, com seus poderes, saberes, afetos e desejos, na qual é possível identificar os processos grupais. (FORTUNA *et al*, 2005).

O trabalho em equipe, embora não seja uma exclusividade da estratégia de Saúde da Família, representa um de seus principais pilares. A “equipe mínima”, de acordo com o Ministério da Saúde, está composta por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Atualmente, as equipes de Saúde Bucal estão regulamentadas e implantadas, bem como atuação dos profissionais do NASF, incorporados à equipe de acordo com a demanda em nível local.

Tradicionalmente, o trabalho em saúde é realizado de forma individual, desagregado por saberes, tendo como objeto a doença e como objetivo, sua cura. Na tentativa de romper com essa prática, o trabalho em equipe objetiva o cuidado pleno à saúde das pessoas, por meio da interação de todos os membros para ações integrais, embora se reconheçam diferenças de ideologias e condutas entre os profissionais.

Na construção do projeto de Saúde da Família é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um projeto assistencial comum e que os agentes desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade. Qualquer trabalho em equipe tem como unidade de união o trabalhar-se para um mesmo objetivo, um mesmo *goal*. Para tanto, é imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo.

Para Fortuna *et al* (2010, p. 55): “A comunicação, a aprendizagem, as relações de poder, o sentimento de pertencer, a pertinência entre as ações realizadas e a

finalidade da equipe podem ajudar a equipe a se conhecer, analisar-se e ir se construindo como equipe”. Aqui a autora destaca o sentido de equipe-integração, que se sobrepuja ao de equipe-agrupamento.

No pensar de Matos (2009, p.32): “A perspectiva interdisciplinar possibilita melhores relações de trabalho entre profissionais e entre eles e doentes/família, aproxima profissionais das necessidades do doente e contribui para uma assistência de melhor qualidade”. E continua o autor citado, que em relação ao trabalho em equipe, “aproxima-se de novas formas de organização do trabalho, favorecendo o vínculo, o acolhimento, o acesso e contribuindo para a efetivação do Sistema Único de Saúde”.

Nesta perspectiva, será analisada também, a ética como atributo indispensável para a garantia da qualidade do cuidado em saúde e do serviço prestado.

ÉTICA PROFISSIONAL E ÉTICA INSTITUCIONAL

Ao se trabalhar em equipe, os profissionais, destacando nessa análise o profissional médico, orientam-se pela ética que norteia valores e normas, pautados em direitos e em deveres que vão delineando o comportamento. Neste contexto a ética não tem a preocupação em saber como são as coisas e sim como as coisas podem e devem ser. Neste sentido Moore (1975, s.p.) prediz que:

> Ética é uma palavra de origem grega, com duas origens possíveis. A primeira é a palavra grega *éthos*, com *e* curto, que pode ser traduzida por costume; a segunda também se escreve *éthos*, porém com *e* longo significa propriedade do caráter. A primeira é a que serviu de base para a tradução latina Moral, enquanto que a segunda é a que, de alguma forma, orienta a utilização atual dada à palavra Ética.

Para Kant, a conduta humana deve ser regida unicamente pelo princípio do dever, que comanda o agir.

Devemos agir de acordo com a boa vontade, que é a que respeita a lei. Assim, o que torna uma boa vontade boa é a própria natureza do querer, é a vontade de agir por dever, mas evidenciando-se na pureza da intenção, envidando os esforços necessários para realizar a ação, sem estar ligada ao fim da ação.

A moralidade só tem lugar quando a ação é realizada por respeito ao dever e não por simples cumprimento do dever, entendendo-se por respeito à subordinação da vontade à lei. A autonomia da vontade é o princípio supremo da própria moralidade, cabendo ao homem total responsabilidade por suas ações.

A consciência moral é capaz de julgar o valor dos atos e das condutas e de agir em conformidade com os valores morais, sendo por isso responsável por suas ações e seus sentimentos e pelas consequências do que faz e sente (CHAUÍ, 2000).

Assim sendo, será abordada a questão ética que envolve a estratégia da Saúde da Família e seus profissionais.

Ética profissional

Recentemente, nas questões relativas à atenção à saúde, ética vem sendo direcionada à humanização das relações das equipes profissionais e comunidade e como forte alavanca na alteração de comportamentos. Esse direcionamento também é postulado para os centros formadores. Trata-se, assim, de criar nova cultura.

Acredita-se fortemente que o valor maior do exercício, individualmente ou em equipe, da atenção profissional à saúde no SUS, como dever de estado, é o princípio do respeito à dignidade da pessoa humana, base estabelecida na Constituição Brasileira, promulgada em 1988, reproduzida, *ipsis litteris* (BRASIL, 1988, art. 1º, grifo do autor):

> Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:
> I - a soberania;
> II - a cidadania;
> **III - a dignidade da pessoa humana;**
> IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;
> V - o pluralismo político.
> Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

Nesse sentido, registram-se como desdobramentos dos paradigmas bioéticos a autonomia, a beneficência, a não maleficência (*primum non nocere*, preceito hipocrático) e a justiça; e que não se olvide que o princípio da solidariedade vai bem mais além das relações interpessoais em um trabalho de equipe.

Dessa forma, constata-se claramente que princípios éticos têm de contribuir no processo de humanização do atendimento médico/profissional e na relação médico/paciente, realizando direitos e deveres aos profissionais da saúde e usuários. O artigo 196 da Constituição Brasileira determina que:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

A saúde, como direito de todos e dever do Estado, e como alicerçado na Constituição, é o direito à assistência digna, em consonância com diretrizes políticas organizacionais que têm por dever promovê-la. Quando se menciona o direito à assistência, cabe mencionar o direito a cuidados personalizados, solidários e acolhedores aos que procuram as instituições de saúde e aos que nela trabalham.

Por parte dos médicos deve-se mencionar que têm papel preponderante na busca da promoção do bem-estar do ser humano, seu paciente, e que este deve ser considerado, em sua totalidade, detentor de liberdade, unicidade e dignidade. O profissional médico deve atuar na promoção à saúde, na prevenção de

enfermidades, no transcurso de doenças e agravos, nas incapacidades e também no processo de morrer.

O homem vai integrando espaços com condições e expressões, sempre singulares, reafirmando sua unidade inacabada e incompreendida por ele próprio. Assim sendo, o profissional da saúde deve valorizar todo e qualquer aspecto presente na vida de seu paciente, valorizando-os especialmente no momento da doença, do sofrimento e da dor.

Uma vez que a vida é movimento, seu significado passa impreterivelmente pelos valores e pelos princípios que guiam os atores da saúde no cuidar, bem como pelas necessidades de quem é cuidado.

Buscando compreender o significado da vida no processo de cuidar, encontra-se a necessidade de ultrapassar as atribuições técnicas do profissional, desenvolvendo a capacidade de perceber e compreender o ser humano, como se deu sua história de vida, seus sentimentos e seu sentir. Fazendo uso das palavras de Pessini e Bertachini (2000, p. 9, *apud* MILANI, 2006).

> [...] quem cuida se deixa tocar pelo sofrimento humano, torna-se um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico tem a preciosa chance e o privilégio de crescer com sabedoria. Esta sabedoria nos coloca na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom, a ser vivido e partilhado solidariamente como os outros [...].

Acredita-se que a humanização das ações de cuidar transpassa o significado da vida – ações calcadas nos alicerces da ética dos profissionais, envolvendo aspectos sociais, econômicos e culturais. Ao se buscar a humanização da saúde deve-se levar em conta, a todo o momento, esse sentido do cuidado para com os pacientes, pelo profissional da saúde. Não se podem humanizar as instituições de saúde sem referência ao humano e não se pode falar do humano sem referência à ética (MARTIN, 2004).

Apenas quando houver a compreensão de ultrapassar o reconhecimento e a valorização do significado da própria vida e da vida daqueles que são cuidados, haverá a capacidade de construir um novo momento ético de referência para as relações do cuidar.

A compreensão da diminuição da vida passa pelas relações decorrentes das experiências e vivências para com os outros, devendo ser discutida, analisada, pensada e exercida com ética por aqueles que cuidam da vida do ser humano.

Ética institucional

É de se mencionar que a ética necessita ser colocada como pauta para todo profissional da saúde, em processos de reflexão sobre o que vem a ser um princípio, um valor além dos já conhecidos, e nem sempre utilizados, pautada em direitos e deveres; que na verdade deve reger a prática profissional fazendo com que o profissional da saúde logre um atendimento mais humano e humanizado.

Destaca Backes *et al* (2006, p.133): "A prática dos profissionais de saúde, no âmbito hospitalar, vem desumanizando-se frente à atenção à doença, e não ao ser doente, à complexificação tecnológica crescente associada ao crescimento de custos."

A ética deve ser levada em consideração visto a necessidade de fundamentação das ações humanizadoras na saúde, pois a dimensão do ser humano é de fundamental importância nas relações inter e entre os profissionais da área.

As práticas no trabalho clínico devem, com urgência, ser humanizadas, para que o atendimento carregue em si componentes técnicos e éticos. Deve-se considerar que a humanização é um conceito amplo, como amplo é o mundo humano.

Campos (2003, p.124) determina que: "Ressalta-se a indubitável tendência da eficácia técnica ser ora reificada, ora banalizada, o que poderia ser evitado com um posicionamento ético e um questionamento sobre o sentido das práticas". E sugere a autora que essas questões sejam da alçada do planejamento em saúde. Interessante expor o posicionamento de Garrafa (1996, p.36), quando o mesmo relata:

> [...] não abdicando do seu indispensável arcabouço teórico, o campo da ética se viu obrigado (no atual contexto histórico) a assumir posturas práticas, incorporando novos enfoques e passando a intervir de modo objetivo sobre problemas que se apresentam no dia-a-dia das pessoas e das comunidades, especialmente relacionados com o trabalho em saúde.

A ética recebe valiosas contribuições de Paulo Freire que, voltado à Educação, tece importantes considerações unindo ética e estética. Aborda a posição do educador – e aqui poder-se-ia traçar um paralelo com a figura do

profissional de saúde – de conformismo, ou de censura, ou condenação a situações inaceitáveis, sem oferecer, conhecer ou engajar-se (a que chama ingenuidade) na construção de uma nova realidade, melhor, que leve à qualidade de vida, e de processos e condições de trabalho, o que seria uma visão de criticidade e estética. Determina Freire (2001, p.67) que: “A necessária promoção da ingenuidade à criticidade não pode ser feita à distância de uma rigorosa formação ética, ao lado sempre da estética.”.

A ponderação que se pode fazer acerca do pensamento do autor é que uma crítica vazia é pura ingenuidade. Crítica se faz com alternativa de mudança e que, assim sendo feito, é possível a um ingênuo tornar-se um crítico, no dizer de Paulo Freire. É promovido da ingenuidade à criticidade. A crítica não deve ser vazia e nem mesmo distanciada da realidade. A nova realidade se vê na estética.

Souza (2005, p.8) comenta que: “Freire reafirma a necessidade do respeito à nossa sociedade, o respeito à coisa pública [...]” e faz uma ponte ao pensamento de Freire (2000, p.34) quando o mesmo relata que: “[...] o ético está muito ligado ao estético. Não podemos falar aos alunos da boniteza do processo de conhecer se sua sala de aula está invadida de água, se o vento frio entra decidido e malvado sala adentro e corta seus corpos pouco abrigados”.

Esteticamente pode-se fazer menção do pensar de Freire (2000) remetendo-se à saúde, no tocante a construção de um mundo mais justo e com uma melhor qualidade de vida para todos. Na saúde não poderia ser diferente. Como falar em saúde se as unidades estão sujas, em más condições, mal administradas. Como defender a liberdade se o usuário da saúde não tem escolha, uma vez que só tem acesso uma ficha para atendimento dias após a enfermidade estar instalada. Não se fazem aqui questionamentos e sim, afirmações. O usuário do sistema de saúde não tem a liberdade de escolha de seu especialista, do horário de sua consulta, nem da urgência em estar doente.

Como prevenir a doença se o estético não condiz com a realidade da pobreza humana em todos os sentidos? A qualidade da saúde e a qualidade de vida são dimensões do belo e os profissionais da saúde convivem em ambientes mal cuidados, mal geridos, com aparelhos sucateados e de péssima aparência.

A equidade, a denúncia e o empenho na superação de ‘injustiças’ de toda sorte − discriminação de gênero, etnia, condição social – articula uma cultura para a paz, onde não exista violência ou abuso sexual, por exemplo.

Há que se reverem conceitos que a própria História deixou marcada, em que o homem, levando em conta seu interesse próprio, se tornou individualista

negando, dessa forma, a universalidade em que a humanização busca o bem da coletividade.

Considerando a contextualização abordada nesse trabalho, no território, na população adstrita, no trabalho da equipe de Saúde da Família, devem ser abordadas diretrizes para profissionais e serviços de saúde na busca de relações éticas – e estéticas – que possam orientar a organização institucional e o processo de trabalho.

DIRETRIZES PARA UM TRABALHO PROFISSIONAL ÉTICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Após ser implementado, o SUS representou o início de um processo de mudança na atenção à saúde por parte dos que compõe o quadro de atores, incluídos profissionais, usuários e gestores. Essa mudança é uma verdadeira reviravolta nas atitudes éticas vivenciadas nos serviços de saúde, em especial na atenção primária.

Essas atitudes devem marcar todo o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e voltado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. (ZOBOLI e FORTES, 2004).

A reviravolta ética também deve afetar a própria organização da atenção primária, seja pelas condições de infraestrutura, práticas administrativas e processos de trabalho das equipes em um processo marcado fortemente pela prática da competência ética, humanização e exercício da cidadania.

Necessário se faz saber, por ora, o significado de competência, definida como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação de trabalho concreta e em determinado contexto cultural (PERRENOUD, 1999).

Para que as relações éticas se estabeleçam, em consonância com o significado de 'competência', devem ser cumpridas algumas diretrizes, que serão enumeradas a seguir. Para que sejam percebidas em um contexto amplo, buscaram-se correlacioná-las com problemas éticos na relação com o usuário e a família, problemas éticos na relação da equipe e problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde, conforme registrados por Zoboli e Fortes (2004) e apresentados, na íntegra, nos quadros 1, 2 e 3.

Problemas éticos na relação com o usuário e a família.

Determina Sugarman (2000) *apud* Zoboli e Fortes (2004.p.1692) que:

> [...] os encontros com os usuários nesse nível de assistência caracterizam-se por episódios repetidos e de aparente simplicidade, diferenciando-se das crises bem definidas do hospital que requerem decisões instantâneas, o que pode dificultar o discernimento dos problemas éticos.

Os problemas éticos vivenciados na relação entre usuário/família e o profissional da saúde, listados por Zoboli e Fortes (2004) são muitas vezes sutis, no relacionamento cotidiano. Caracterizam-se por episódios repetidos e aparentemente simples, diferentes de crises bem definidas, observadas na assistência do hospital, que requerem decisões instantâneas. Essa aparente sutileza e simplicidade, na atenção básica, podem dificultar o discernir, nessa instância, os problemas éticos. Entretanto, muitas são essas situações: trato tenso e desrespeitoso com o paciente ou com o profissional, insistência, pelos pacientes, no pedido de procedimentos desnecessários, assim como o pedido de dispensa médica ao trabalho, a informação inadequada aos usuários ou a solicitação, pela família, de informações que possam comprometer a preservação da privacidade do usuário e a violação da confidencialidade. Outras questões podem ser ainda enumeradas: ausência do profissional a seu turno de trabalho, ou do paciente à consulta, trabalho em grupo ou procedimento, entre outras.

Ronen (1996) *apud* Zoboli e Fortes (2004.p.1692) exemplifica com estudo realizado em Israel e lista como problemas éticos:

> [...] conflito entre as necessidades dos usuários e da família; o cuidado a usuários ofensivos; a denúncia de atos incompetentes de médicos ou enfermeiros; o comportamento insultuoso ou rude dos profissionais para com os usuários; a omissão de informação ao usuário por pressões da família; a administração de tratamento errado ou de validade questionável e o constrangimento aos usuários que recusam tratamento.

Nota-se, pois que os dilemas éticos na relação com o usuário e a família podem ser muitas vezes dados como questões éticas normais, do dia-a-dia, sem maior importância. O Quadro 1 mostra problemas éticos na relação dos profissionais com os usuários e a família.

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

Aspectos relativos à (ao)	
Relação propriamente dita	Dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional – usuário.
	Limites da interferência da equipe no estilo de vida das famílias ou usuários.
	Prejulgamento dos usuários dos serviços por parte da equipe.
	Desrespeito do profissional para com o usuário.
	Atitude do médico frente aos valores religiosos próprios e dos usuários.

Projeto terapêutico	Indicações clínicas imprecisas
	Prescrição de medicamentos que o usuário não poderá comprar.
	Prescrição de medicamentos mais caros com eficácia igual a dos mais baratos.
	Solicitação de procedimentos pelo usuário.
	Solicitação de procedimentos por menores de idade sem autorização ou conhecimento dos pais.
Informação	Recusa do usuário às indicações médicas.
	Como informar o usuário para conseguir sua adesão ao tratamento.
	Omissão de informações ao usuário.
	Acesso dos profissionais de saúde a informações relativas à intimidade da vida familiar e conjugal.
Privacidade e confidencialidade	Discussão de detalhes da situação clínica do usuário na sua frente.
	Dificuldades para manter a privacidade nos atendimentos domiciliários.
	Dificuldades para o agente comunitário de saúde preservar o segredo profissional.

Fonte: Zoboli e Fortes, 2004.

Problemas éticos na relação da equipe

Acredita-se que os problemas éticos vivenciados entre os integrantes de uma equipe são relevantes para o desenvolvimento de um trabalho bem realizado. É de se mencionar que os problemas éticos são, entretanto, muito sutis. Zoboli e Fortes (2004) apontam como problemas éticos na relação existente entre os integrantes de uma equipe: situações de discordância e desentendimento, delimitação de papéis e funções (principalmente entre enfermeiros e médicos), falta de diálogo, desrespeito às diferenças.

O Quadro 2 mostra problemas éticos na relação interna da equipe.

Quadro 2 Problemas éticos na relação da equipe

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

Fonte: Zoboli e Fortes, 2004.

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

É certo que os dilemas éticos na relação com a organização e o sistema de saúde desencadeiam os vários problemas éticos até então listados e ousa-se afirmar que seja o fator gerador de todos os problemas éticos.

O desgaste das rotinas administrativas, a ausência de divulgação científica, a ausência de estrutura física adequada, as dificuldades para com os serviços de referência e contrarreferência. Maeda (2002) *apud* Zoboli e Fortes (2004.p.1692):

> mostrou a existência de dificuldades estruturais e processuais, dependendo desses mecanismos, muitas vezes, do conhecimento e do relacionamento dos profissionais, sem garantia de acesso dos usuários aos serviços necessários através de uma regulação do próprio sistema com instrumentos formais.

Os problemas éticos nas relações com a organização do processo de trabalho e o sistema de saúde estão diretamente relacionados com a gestão das políticas públicas e a solução seria encontrada na forma como os gestores olham e tratam a saúde. O Quadro 3 mostra os problemas éticos nessas relações.

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

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

Fonte: Zoboli e Fortes, 2004.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ética existe em todas as sociedades humanas. Pode ser um conjunto de regras, princípios ou maneiras de pensar que guiam, ou chamam a si, a autoridade de guiar as ações de um grupo em particular (moralidade).

Ou é o estudo sistemático da argumentação sobre como nós devemos agir (filosofia moral). Agir de acordo com a boa vontade que é a própria natureza do querer. A autonomia da vontade é o princípio supremo da moralidade, que tem lugar quando a ação é realizada por respeito ao dever, por subordinação da vontade à lei.

Essa concepção foi tratada nesse trabalho. Para tal, buscou-se contextualizar, inicialmente, a vivência profissional da autora e das dificuldades por que passam os profissionais de uma equipe de Saúde da Família, estabelecendo-se, então, que a questão ética é um dos temas, provavelmente existente em vários locais e com os vários profissionais que atuam na estratégia de Saúde da Família.

No sentido de colaborar com o tema, foram revistos conceitos e experiências que pudessem melhorar o entendimento da questão.

Abordou-se o trabalho em atenção primária à saúde, e, em especial, o trabalho em equipe, na estratégia de Saúde da Família, em suas bases conceituais e operacionais. O estudo do trabalho em equipe mostra a necessidade da compreensão das relações que aí se concretizam, o que abre a discussão para a ética profissional e a ética institucional, que devem caminhar passo-a-passo voltadas, ambas, para as relações internas, das pessoas – enquanto profissionais e indivíduos sociais – das equipes e da rede de prestação de serviços.

Buscando conhecer que diretrizes norteiam as práticas, baseando-se em evidenciais coletas nas pesquisas bibliográficas, descrevem-se três planos de visão para os problemas éticos vivenciados pelas equipes de saúde da família: os problemas éticos na relação com o usuário e a família, os problemas éticos na relação da equipe e os problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde.

Como contribuição pessoal, as questões levantadas serão pontuadas. Considerando a vivência profissional da autora, médica, são destacados aspectos ligados a esse profissional.

1. Os profissionais de saúde, integrantes dos programas de Saúde da Família, devem ser necessariamente, compreendidos como sujeitos de seus processos, além de corresponsáveis aos profissionais da equipe pelos processos que dizem

respeito à promoção, à manutenção e à recuperação da saúde, respeitando os interesses e os valores culturais da comunidade.

2. Os profissionais, enquanto equipe, são responsáveis pelas famílias adscritas, devendo criar vínculos que impliquem na construção da autonomia dos sujeitos e na responsabilidade da construção de redes sociais.

3. Os profissionais da saúde precisam criar vínculos saudáveis entre si para que atuem complementar e solidariamente envoltos na ética e na moral, conhecendo o território a que estão vinculados, as famílias que assistem e identificando as áreas de risco e os problemas principais que devem ser enfrentados.

4. A equipe de Saúde da Família, ao desenvolver projetos de intervenção, minimiza e até mesmo pode solucionar problemas ou contribuir significativamente articulando setores outros, como a Educação, a Cultura e a Assistência Social.

5. Na medida em que desenvolvem ações de assistência, devem sempre acolher os pacientes, definir em conjunto um projeto terapêutico adequado e envolver os que cuidam, buscando, ainda, recursos complementares, e realizando procedimentos simples e atendendo situações de urgência, bem como de emergência.

6. Valorizando a subjetividade e as intersubjetividades, o profissional deve buscar compreender o indivíduo em suas relações e a família em sua singularidade. As ações devem ser enfocadas na promoção de hábitos saudáveis de vida, respeitando-se, entretanto, o direito de escolha das pessoas.

7. Devem ser integradas à agenda e ao calendário de programação da equipe as capacitações, nem sempre assistidas, a discussão de protocolos e processos gerenciais – que devem ser obedecidos – as reuniões de avaliação e planejamento. Incluem-se, ainda, espaços para boas e saudáveis relações entre equipe e coordenação, abordando, por exemplo, os processos de trabalho e as relações com a comunidade, disponibilidade, utilização e capacidade de respostas dos recursos existentes, como a lista de medicamentos e a retaguarda laboratorial, pré-hospitalar e hospitalar.

Em relação ao profissional médico, alguns aspectos devem ser especificamente reforçados, para que ele cumpra as ações específicas de sua profissão, para que as faça dentro de princípios éticos.

8. O profissional médico deve participar ativamente no processo de trabalho, no dia-a-dia de sua equipe/unidade, na discriminação de risco, nas consultas conjuntas, dando retaguarda à enfermagem e participando efetivamente da agenda da equipe, tendo postura acolhedora, criativa e responsável e desenvolvendo práticas de trabalhos coletivos.
Deve fazer uso de forma racional da tecnologia disponível de investigação diagnóstica, evitando deslocamentos desnecessários dos pacientes para acesso a outros recursos e procedimentos, nem sempre necessários.

9. Os recursos terapêuticos, em especial os medicamentos, devem obedecer a uma prática criteriosa e a um uso racional, aliando-se, sempre que possível prática terapêutica não medicamentosa.

10. O profissional deve participar dos processos de capacitação e, como capacitador e capacitando, apoiar a formação de outros profissionais. Deve participar ativamente dos espaços de criação coletiva, a saber, reuniões de equipe, reuniões gerais e mutirões; desta forma contribuirá para o bom andamento do núcleo de saúde coletiva; deve criar ou participar dos momentos de discussão e estudo de casos, considerando a necessidade da educação permanente em saúde, pois a medicina é um saber sem fim.

11. É mister, no caso dos médicos, preencherem adequadamente os prontuários familiares, relatando de maneira inteligível os dados que são essenciais em cada situação, para a qual poderá dar sua contribuição pessoal. Deverá, para cada pessoa atendida, e para cada problema de saúde enfrentado, ter a dimensão de sua representação no território e na população, como, por exemplo, atenção ao idoso/número de idosos na comunidade, atuação do grupo “hiperdia” /dimensão do problema no território.

12. O profissional médico deve adotar e praticar uma concepção de saúde que considere a complexidade dos processos saúde-doença, levando em conta o sujeito, seus valores, suas relações, suas condições objetivas de vida (a moradia, o trabalho ou a falta dele, os hábitos, o "em torno" - urbanização, saneamento,

espaços de lazer –, a religiosidade, a rede social significativa...). Enfim, um determinado espaço territorial e vivencial, influenciado e influenciando os determinantes de saúde.

13. O profissional médico deve compreender que seu trabalho pode ser construído dignamente, na medida em que integra uma equipe inteira que tem, também, esse propósito. Esse trabalho pode ser mais que a atenção individualizada e burocratizada: para tal, podem-se criar projetos interventivos, preparar e executar trabalhos educativos e relacionar-se com outras instituições.

14. O médico não pode se abster de conhecimentos básicos de epidemiologia e de vigilância da saúde: doenças passíveis de imunização; principais indicadores de saúde, instrumentos de investigação de surto, ações de controle da dengue e de doenças infecciosas e conhecimentos básicos sobre relações entre meio-ambiente e saúde.

15. Deve também conhecer os principais eventos/agravos em todo o ciclo de vida, especialmente as questões mais prevalentes na atenção primária: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; aquisição de hábitos nutricionais saudáveis; anemias; doenças respiratórias; principais dermatoses; doenças infecciosas mais comuns (parasitoses intestinais, tuberculose, dengue, hanseníase, leptospirose e DST-AIDS); hipertensão arterial; diabetes; principais doenças osteomusculares; sexualidade; concepção/anticoncepção; pré-natal de baixo risco; vulvovaginites mais comuns; climatério; convulsões; uso e abuso de drogas; alcoolismo; manejo dos quadros de ansiedade/depressão.

16. E que tenha conhecimentos básicos de medidas de suporte à vida (situações de emergência) e desenvolva os procedimentos mais comuns (sutura e drenagem de abscesso).

As competências profissionais serão significantes com uma educação permanente em saúde, que são as ações educativas embasadas no processo de trabalho em saúde, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e organizacionais. Tem por referência as necessidades individuais, mas como horizonte a reorganização da gestão e a ampliação dos laços com o controle social em saúde. É um desafio para toda a coletividade da saúde, pois inclui agregar ética às diretrizes da estratégia de Saúde da Família.

Os dilemas éticos existentes nas relações entre família/usuário e o sistema público de saúde, entre os próprios profissionais da saúde e destes para o sistema de saúde foram listados e analisados. Relatou-se uma gama de fatores, entre eles, os problemas éticos na própria gestão institucional e a maneira como a saúde é vista.

Encerrando esse trabalho, trazendo bem ao plano da realidade concreta e das angústias profissionais, alguns comentários pessoais são registrados, enfocando, genericamente, problemas para os quais cabe ao profissional médico buscar soluções, com o apoio de sua equipe e sua instituição.

Inicialmente é necessário retomar Hipócrates, para quem ser um bom médico eram necessários: talento natural, educação, bons costumes, início cedo, amor ao trabalho, tempo para exercitar. Justifica-se dizendo que o estudo da medicina compara-se ao cultivo de uma planta – precisa de terreno adequado, boa semente e começar cedo. Necessário é atender tanto à ciência quanto à opinião. Mas o que é sagrado somente poderá ser revelado aos puros, pois aos profanos, seria isso um sacrilégio.

A máxima hipocrática acreditava ser dever de o médico ter sempre em vista que a saúde é o bem maior e que pagamento por serviço cobrado, somente depois do serviço realizado, visto que acima de tudo estava o doente.

Apesar de o homem começar a ver o mundo com outra moralidade, a ética continua sendo uma atitude de arbítrio e de consciência. Por melhores que sejam os códigos de ética, por mais que se estude para atingir o conhecimento científico na arte de tratar, é muito claro que, mesmo com os códigos de ética que têm regido a profissão médica, sempre se encontrará a marca do arbítrio, do julgamento próprio do médico em determinados atos.

Para Kant, a lei moral do homem é explicada, justificada e ordenada pela liberdade e autonomia da vontade. Não respeitá-la é, simplesmente, não ser livre, nem racional e, em último caso, nem homem.

“A medicina é uma profissão nobre”. Esta frase, de tão repetida no mundo inteiro, tornou-se um *slogan* da profissão e com ela se justifica destacar a dominância moral da medicina sobre qualquer outra profissão. A nobreza da medicina não advém, no entanto, da alta condição social ou socioeconômica do médico, que pelo contrário, cada vez mais se proletariza e cada vez é menos privilegiado em riquezas materiais. O que caracteriza esta propalada nobreza é o caráter especial de alguns em relação ao objetivo pelo qual luta, isto é, a saúde – saúde do homem como indivíduo e saúde das coletividades humanas, saúde física, social e mental.

Este objetivo é o toque nobre, essência, excelência da medicina, e em relação ao qual, em verdade, dificilmente outro “valor mais alto se alevanta”. Qualquer ato médico, mesmo isolado, não encontra paradigma de avaliação, dentro dos cânones comuns, senão na perspectiva ética tão em desuso atualmente. Em outros termos, não cuida o médico de uma mercadoria que possa ser apreçada ao sabor das variações do mercado de consumo; o ato de cuidar é, em si, um valor absoluto.

A contingência material, no entanto, impõe ao médico a necessidade de remuneração pela sua atividade profissional, remuneração que leva em conta não o valor preciso de seu trabalho, que é imensurável, mas valores relativos, baseados principalmente nas possibilidades econômicas do paciente ou da organização custeadora. As deturpações desse critério de ambição de ganho desmesurado constituem o mercantilismo na medicina, o que na sua acepção mais imediata, significa subordinar ao interesse mercantil, os princípios éticos da profissão e do ser humano, sobrepor a ganância ao sentido ‘justo preço’ de sua atividade. E em maior profundidade, pode levar o médico a enveredar pelos descaminhos mais obscuros e até mesmo criminosos.

As modalidades pelas quais o mercantilismo se traduz no terreno médico são várias, assim como se distribuem em gradações diversas, se considerada a importância do ilícito ético que nelas possa estar contido. Algumas são da responsabilidade direta do médico no exercício real da sua atividade, isto é, no contato profissional com o paciente; outras se prendem às atividades médico-administrativas ou mesmo puramente administrativas, exercidas também por médicos. Todo ilícito representa, entretanto e em última análise, uma agressão, direta ou indireta, imediata ou à distância, aos direitos dos pacientes, que acima de tudo fazem sempre jus a um tratamento pelo menos honesto e bem intencionado.

A forma mais simplória da participação direta do médico na mercantilização profissional é a aceitação do trabalho em condições técnicas deficientes. Nestes casos, em troca de um salário, o médico conscientemente aceita a responsabilidade de praticar medicina de má qualidade, de nada valendo os conhecimentos técnicos que possua. É evidente que isto não se refere à exigência de materiais sofisticados, de preciosismo de aparelhagem moderna, mas ao essencial, básico, indispensável. Pequenos, então, serão os diagnósticos, deficientes os tratamentos, insatisfeita e maldizente a clientela.

Na verdade, quem lucra financeiramente é o patrão ou o grupo dirigente da organização, o médico a isso, se submetendo apenas para conservar o emprego. É quase o mesmo que o médico recorrer ao prolongamento desnecessário do

tratamento, alongar o número de consultas, não vacilando em explorar o contingente neurótico que tão comumente se enxerta em qualquer afecção. É quase o mesmo que acolher recomendações de reduzir ao mínimo o uso de medicamentos nos pacientes internados, que maior seja a sobra na quantia contratada para todo o tratamento.

E o que mais indigna, nas transgressões éticas, é a participação do médico, profissional de nível superior − desde a antiguidade considerado de suposta cultura humanista e social, desenvolvida no exercício de uma profissão em que, no contato constante com a dor, o sofrimento e a morte, vivencia situações que criam, forçosamente, uma sensibilidade maior para os valores humanísticos.

A dissecção aqui feita, conscientemente, é de certo modo temerária, porque pode levar os menos avisados a uma generalização injusta e descabida. Então, atente-se sempre em que os cantos escusos são o que aqui focaliza; e que há uma maioria da classe médica que trabalha na planície, à claridade, realizando uma atividade nobre, dignificante, com sacrifício e glória.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.B.S; ROCHA, P. M. **Programa Saúde da Família:** a experiência de equipe multiprofissional. São Paulo: Ciências Saúde Coletiva, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf. Acesso em 12 ago 2010.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. **A humanização hospitalar como expressão da ética.** Rev. latinoam. enferm; 14(1): 132-135, jan.-fev. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100018&lng=es&nrm=iso. Acesso em 12 ago 2010.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil de 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em 12 ago 2010.

_____ Ministério da Saúde. **Guia curricular para a formação do atendente de consultório dentário para atuar na Rede Básica do SUS.** 2.v. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
Disponível em: bvsms. saude.gov.br/bvs/publicacoes/LivretoTHDfinal.pdf. Acesso em: 12 ago 2010.

_____IBGECidades@ - **Serviços de Saúde 2005**. Disponível em: http://www1.ibge.gov.br/cidadesat/link.ph?uf=mg. Acesso em: 25 set 2010

_____. IBGECidades@(2009). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel. Php?Codmun=312770. Acesso em: 14 jul 2010.

CAMPOS, F.C.C*. et. al.* **Planejamento e avaliação das ações de saúde.** 2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, COOPMED, 2010. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/imagem/0273.pdf. Acesso em 19 set 2010.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. Ed. Ática, São Paulo, 2000. Disponível em: http://www.cfh.ufsc.br/~wfil/convite.pdf. Acesso em 14 jan 2011.

CORRÊA, E.J., *et. al.* **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos.** 1.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, COOPMED, 2009. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/imagem/1760.pdf. Acesso em 19 set 2010.

DONATO, A. F. *et al*. **Sistemas locais de saúde, território e cidadania***.* Salvador: (Trabalho apresentado no seminário) Papel do Distrito Sanitário na organização do Sistema de Saúde, 1989. FARIA, H. P. *et al* **Processo de trabalho em saúde.** 2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, COOPMED, 2009. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/imagem/1790.pdf. Acesso em 19 set 2010.

FARIA, H. P. *et al*. **Processo de trabalho em saúde.** 2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, COOPMED, 2009. Disponível em:

http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/imagem/1790.pdf. Acesso em 19 set 2010.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** 2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, COOPMED, 2010.
Disponível em:
http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/imagem/1792.pdf. Acesso em 19 set 2010.

FERREIRA, F. F. **Atenção Primária em Saúde,** 2010. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Aten%C3%A7%C3%A3o_prim%C3%A1ria_%C3%A0_sa%C3%BAde. Acesso em 19 set 2010.

FERREIRA, R.C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. da. **Trabalho em equipe multiprofissional:** a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. n.14. *In:* Ciênc. saúde coletiva, 2009. Disponível em:
http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63011684012.pdf. Acesso em: 19 set 2010.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** 25 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001 *apud* SOUZA, C. **A formação ética e estética em Paulo Freire**. Trabalho de Disciplina de Mestrado. São Paulo: Uninove, 2005. Disponível em:
http://www.universia.com.br/docente/materia.jsp?materia=8117. Acesso em 19 set 2010.

FORTUNA, C. M. MISHIMA, S. M; MATUMOTO, S; PEREIRA, M. J. B. **O trabalho de equipe no programa de saúde da família:** reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. V.13. nº 2. São Paulo: Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2005.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020. Acesso em 19 set 2010.

GARRAFA, V. **Ética e subjetividade no trabalho em saúde.** São Paulo: Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde, 1996. *Apud* SCHRAIBER, L.B. **Ética e subjetividade no trabalho em saúde.** Divulg. Saúde debate; (12): 45-50, jul. 1996. Artigo [LILACSID: 223282]. Acesso em 19 set 2010.

MAEDA, ST. **Gestão da referência e contrarreferência na atenção ao ciclo gravídico-puerperal:** a realidade do Distrito do Butantã [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002. *Apud,* ZOBOLI, E.

KANT, I. **Kant: a ética como dever (Immanuel) Posted by: Héctor Hugo Palacio.** Disponível em: http://www.dialogocomosfilosofos.com.br/category/agir/. Acesso em : 14 jan 2011.

L. C. P; FORTES, P. A. de C. **Bioética e atenção básica:** um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro: Caderno Saúde Pública, 2004. Disponível em:
www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/28.pdf. Acesso em: 19 set 2010.

MARTIN, L. **A Ética médica diante do paciente terminal**: leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos Códigos Brasileiros da ética médica. Aparecida-SP: Santuário, 2004. Disponível em:
http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v2/emaprat.html. Acesso em 19 set 2010.

MATOS, E; PIRES, D.E.P. de; CAMPOS, G. W. de S. **Relações de trabalho em equipes interdisciplinares:** contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. São Paulo: Revista Brasileira de Enfermagem, 2009. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a10v62n6.pdf. Acesso em 19 set 2010.

MINAS GERAIS. **Plano municipal de saúde.** Governador Valadares: Arquivo Municipal. Disponível em: http://br.nget.com/Estados/Prefeituras/Minas_Gerais/index.html. Acesso em 19 set 2010.

MOORE G.E. **Princípios Éticos.** São Paulo: Abril Cultural, 1975 *apud* GOLDIM. R. **Ética.** Disponível em: http://ufrgs.br/bioetica/etica.htm. Acesso em 19 set 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata de 1978.** Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso em: 28 ago 2010

PESSINI, L; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos.** São Paulo: Loyola, 2004, *apud* MILANI, H.F.B. **A humanização do cuidar e a ética.** Disponível em: http://.comunicasaude.com.br/revista/05/comunicacoes/comunica3.asp. Acesso em 19 set 2010.

PERRENOUD, Philipe. **Dez novas competências para ensinar.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1999

RONEN, W.N. **Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurses**: an Israeli survey. Nurs Ethics 1996; 3:294-304. *Apud,* ZOBOLI, E. L. C. P; FORTES, P. A. de C. **Bioética e atenção básica:** um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro: Caderno Saúde Pública, 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/28.pdf. Acesso em: 19 set 2010.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova**. 3ed. São Paulo: Hucitec, 1990, *apud*, FARIA H.P. *et al* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** 2. Ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, COOPMED, 2010. Disponível em: htt://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/image m/1792.pdf. Acesso em 19 set 2010.

SCHRAIBER, L.B. **Ética e subjetividade no trabalho em saúde.** Divulg. Saúde debate; (12): 45-50, jul. 1996. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=223282&Index.Search=ID. Acesso em 19 set 2010.

SOUZA, C. de. **A formação ética e estética em Paulo Freire**. Trabalho de Disciplina de Mestrado. São Paulo: Uninove, 2005. Disponível em: http://www.universia.com.br/docente/materia.jsp?materia=8117. Acesso em 19 set 2010.

SUGARMAN, J. editor. **Ethics in primary care.** New York: McGraaw-Hill; 2000. P. xiii–xvi. , *apud,* ZOBOLI, E. L. C. P; FORTES, P. A. de C. **Bioética e atenção básica:** um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro: Caderno Saúde Pública, 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/28.pdf. Acesso em: 19 set 2010.

WERNECK, M. A. **Princípios para a organização de saúde.** *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia curricular para a formação do atendente de consultório dentário para atuar na Rede Básica do SUS.** 2.v. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: bvsms. saude.gov.br/bvs/publicacoes/LivretoTHDfinal.pdf. Acesso em: 19 set 2010.

ZOBOLI, E. L. C. P; FORTES, P. A. de C. **Bioética e atenção básica:** um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro: Caderno Saúde Pública, 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/28.pdf. Acesso em: 19 set 2010.