

PROBLEMAS ÉTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA: A VISÃO DE ENFERMEIROS E MÉDICOS

Aline Camilo Lima¹, Danielle Aline Morales², Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli³, Natália de Araújo Sartório⁴

RESUMO: Estudo empírico, quanti-qualitativo, que buscou identificar e comparar problemas éticos vivenciados por enfermeiros e médicos que atuam na Atenção Básica no município de São Paulo. Por meio de entrevista semi-estruturada pediu-se aos sujeitos que narrassem algum problema ético que tivessem vivido em seu trabalho na Atenção Básica. Os resultados mostraram dificuldade dos profissionais em lidar com questões éticas identificadas por serem amplas, diversificadas e influenciadas pelo contexto social e subjetivo presentes mais intensamente na Atenção Básica. Isto intervém como um obstáculo a mais para a efetivação da prática de uma atenção integral, muitas vezes já comprometida pela fragmentação nas relações profissionais que dificultam o trabalho em equipe e a construção de espaços para discussão de problemas éticos.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética; Atenção básica; Relações profissional-paciente; Ética profissional.

ETHICAL PROBLEMS IN PRIMARY HEALTH CARE: THE PERCEPTION OF NURSES AND DOCTORS

ABSTRACT: This is an empirical, quanti-qualitative research that aimed to identify and compare ethical problems experienced by nurses and doctors at Primary Care Centers, in São Paulo, Brazil. Data were collected through semi-structured interviews. The participants were asked to tell an ethical problem that they experienced during their work at Primary Care. The problems were analyzed by using an evaluation instrument of ethical problems' occurrence in primary care. The results showed that professionals have difficulty to deal with the ethical issues raised by assistance in a primary care because these problems are broad, diverse and influenced by social and subjective aspects on the caring context. This questions become an obstacle for an effective and comprehensive healthcare. The quality of healthcare and rare discussion about ethical problems or issues compromises the health care quality and team work.

KEYWORDS: Bioethics; Primary health care; Professional-patient relations; Professional ethics.

PROBLEMAS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN BÁSICA: LA VISIÓN DE ENFERMEROS Y MÉDICOS

RESUMEN: Estudio empírico, cuanti-cualitativo, que buscó identificar y comparar problemas éticos vividos por enfermeros y médicos que actúan en la Atención Básica, en el municipio de São Paulo/ Brasil. Por medio de entrevista semiestructurada se pidió a los participantes que contasen algún problema ético que vivieron en su trabajo en la Atención Básica. Los discursos sufrieron análisis de contenido y los problemas encontrados fueron agrupados con el uso del Instrumento para Evaluación de la Ocurrencia del Problema Ético en la Atención Básica. Los resultados mostraron dificultad en lidiar con cuestiones éticas identificadas por ser amplias, diversificadas e influenciadas por el contexto social y subjetivo presentes de forma más intensa en la atención básica. Esto interviene como obstáculo a más para la efectución de la práctica de una atención integral, muchas veces ya comprometida por la fragmentación en las relaciones profesionales que dificultan el trabajo en equipo y la construcción de espacios para la discusión de problemas éticos.

PALABRAS CLAVE: Bioética; Atención básica; Relaciones profesional-paciente; Ética profesional.

¹Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP.

²Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP.

³Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

⁴Enfermeira da Prefeitura Municipal de Campinas. Mestranda em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

Autor correspondente:

Aline Camilo Lima

Av. Engenheiro Heitor Antonio Eiras Garcia, 1927 - 05588-001 - São Paulo-SP

E-mail: aline.limaee@gmail.com

Recebido: 20/01/09

Aprovado: 20/06/09

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde-SUS é resultado de lutas e mobilizações sociais da década de 70 quando os brasileiros vivenciavam um cenário de desemprego, desigualdades sociais e exploração da mão-de-obra laboral. Com a Constituição Brasileira de 1988, a reivindicação popular da assistência à saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado foi reconhecida legalmente⁽¹⁾.

Para a efetivação desta ideia, o SUS ancora-se ademais da Universalidade que garante a atenção à saúde a todo e qualquer cidadão; também na Equidade que assegura ações de saúde de acordo com as necessidades de cada usuário e na Integralidade que reconhece o indivíduo como um todo indivisível, holístico e integrante de um grupo social. As unidades de saúde da mesma forma integram um todo indivisível que não pode ser compartimentalizado⁽²⁾.

A Atenção Primária à Saúde constitui-se porta de entrada para o sistema de saúde, ou seja, é a facilitadora da comunicação entre população e os serviços. É importante que a população reconheça este âmbito do sistema como o que tem os primeiros recursos de saúde a serem procurados. A coordenação do cuidado, mesmo o realizado em outras esferas do atendimento, se mantida na atenção primária, facilita o diálogo e auxilia a continuidade do cuidado, pelo fato de se prezar a formação e manutenção do vínculo entre o usuário e a porta de entrada do sistema⁽³⁾.

Na Política Nacional de Atenção Básica destaca-se que este nível do SUS orienta-se por princípios políticos e éticos: *universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social*⁽⁴⁾.

Inegavelmente, a formação de vínculo entre a equipe de saúde e o usuário garante mais efetividade à atenção básica. Porém, esta maior proximidade pode facilitar o confronto de crenças, valores, ideais e formas de viver distintos, o que acaba conformando as peculiaridades das questões éticas que ocorrem neste nível da atenção à saúde.

Sendo um projeto para a *polis*, os processos de reconstrução da atenção à saúde orientados à humanização, como é o SUS, compreendem um amplo espectro de espaços onde se constroem socialmente as práticas de saúde, desde os fóruns para definição e pactuação das políticas até o espaço assistencial, que se caracteriza como encontro de intersubjetividades e

fusão de projetos de felicidade⁽⁵⁾.

Isto nos remete à questão da ética e bioética na atenção básica. A sofisticação tecnológica dos hospitais e dos serviços especializados tem sido uma das motivações mais evidentes para o desenvolvimento da bioética que tem se dedicado mais à reflexão e discussão dos problemas tidos como “situações limites”, como a eutanásia, aborto, reprodução assistida, clonagem, em detrimento das que são mais comuns no cotidiano da atenção à saúde⁽⁶⁾.

Estas dão lugar a problemas éticos que podem ser tomados como qualquer situação que ao menos uma pessoa considere como tal⁽⁷⁾. Há diferença entre problema e dilema ético, termo mais comumente usado. Nesse, temos que escolher entre duas alternativas opostas, o que quase sempre traz grandes danos ao eleger uma, realizando determinados valores e excluir totalmente a outra, deixando de lado outros valores éticos igualmente importantes. No problema ético temos uma gama de alternativas que podem ser escolhidas. O dilema é uma situação excepcional, menos frequente, ao contrário do problema que é mais comum à vida diária⁽⁷⁾.

Muitas vezes, para simplificar os problemas tendemos a transformá-los em dilemas. Isso traz desastrosas consequências, já que as alternativas mais perceptíveis são as extremas e, em ética, a decisão ótima sempre ocupa posição intermediária e não extrema⁽⁷⁾.

Ao discutir questões éticas na Atenção Básica, o mais frequente são os problemas éticos, compreendidos como aspectos, questões ou implicações éticas de situações comuns da prática cotidiana da atenção à saúde, não configurando necessariamente um dilema^(6,8-9).

Ainda que o opere com princípios de integralidade, universalidade e equidade, um dos aspectos que mais chama a atenção na avaliação dos serviços é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores da saúde para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de cuidado supõe. Atrelado a isso, outro aspecto que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho⁽¹⁰⁾.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde-Humaniza-SUS, instituída em 2004, visa a mudança deste panorama e o fortalecimento do SUS como política pública humana. Por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção

de saúde: usuários, trabalhadores e gestores⁽¹¹⁾.

Os valores que norteiam essa Política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão⁽¹¹⁾.

Os valores ancoram-se em fatos, assim o meio em que os conflitos morais são encontrados, experienciados, construídos e resolvidos imprime-lhes marca própria de cada âmbito da assistência. Os contatos contínuos entre os profissionais e os usuários em situações de menor urgência, peculiaridades típicas da atenção básica, podem fazer com que os conflitos morais pareçam menos dramáticos do que os vividos nos serviços na atenção terciária de grandes complexos hospitalares⁽⁸⁻⁹⁾.

Parece então insuficiente transpor as reflexões da bioética feitas com foco no hospital para a atenção básica. São precisos estudos para identificar as questões éticas próprias da atenção básica, pois assim será possível entender como o contexto geográfico, social, cultural e profissional dos participantes e os recursos, frequentemente limitados, refletem-se no surgimento e encaminhamento dos problemas éticos⁽⁸⁾.

Algumas publicações que abordam problemas éticos na atenção básica apontam que há diferenças entre este âmbito da assistência e as demais esferas da atenção à saúde^(6,8-9,12).

Para identificar e verificar a frequência dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos nos três tipos de serviços da atenção básica mais comuns na cidade de São Paulo (Estratégia Saúde da Família - ESF, Unidade Básica de Saúde-UBS e Centro de Saúde Escola-CSE) propôs-se o presente projeto de pesquisa, que foi desenvolvido com bolsa de iniciação científica atrelada à pesquisa de bolsa produtividade do CNPq. O propósito foi contribuir para o aprimoramento do SUS e a humanização da assistência prestada. A realização deste projeto permitiu conhecer a visão de enfermeiros e médicos que trabalham na atenção básica acerca de problemas éticos que julgam viver em seu trabalho.

OBJETIVOS

Identificar problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos que atuam nos três tipos mais comuns de serviços na atenção básica existentes no Município de São Paulo. Comparar os problemas éticos

identificados segundo o tipo de serviço de atenção básica (Estratégia Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde e Centro de Saúde Escola)

METODOLOGIA

Desenvolveu-se estudo quanti-qualitativo, empírico de ética descritiva⁽¹³⁾ que constitui a investigação factual da conduta moral por meio de procedimentos e metodologias de natureza científica, com vistas a conhecer como as pessoas deliberam e agem. Sendo tarefa científica, e não filosófica em bioética, os estudos de ética descritiva prestam-se, dentre outras funções, a identificar e caracterizar os problemas éticos vividos na atenção à saúde⁽¹⁴⁾.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP (COEP 084/01) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo (427/2004 – CEPSMS).

O estudo foi realizado com 33 médicos e 30 enfermeiros, distribuídos como segue:

Tabela1 - Distribuição dos profissionais em relação ao tipo de serviço

Profissionais	CSE	ESF	UBS	Total
Enfermeiros	4	18	8	30
Médicos	8	17	8	33
Total	12	35	16	63

Dada a característica qualitativa do estudo não se buscou a representatividade estatística da amostra, mas seguiu-se o critério de representatividade social e variabilidade que permitisse abranger o mais possível a totalidade do discurso acerca do problema investigado em suas múltiplas dimensões. A saturação do discurso indicou quando encerrar a coleta^(15,16).

Manteve-se o anonimato dos sujeitos que participaram após dar seu consentimento. Também se assegurou sua liberdade de participação.

A coleta de dados foi feita em entrevistas semi-estruturadas cujos depoimentos foram gravados e transcritos. A entrevista constituiu-se das seguintes questões norteadoras: Conte-me um caso que seja um problema ético com o qual você tenha se deparado nas suas atividades na unidade básica de saúde. Se você tivesse que listar quais problemas éticos você vê nesta situação, como você listaria?

Para a organização dos dados foi usada a análise

de conteúdo⁽¹²⁾, com o auxílio de um instrumento validado para identificação de problemas éticos na atenção básica .

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou qualitativos) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens⁽¹⁶⁾.

Assim, após a leitura flutuante das transcrições das gravações, decidiu-se pela utilização de um instrumento validado⁽¹⁷⁾ para a referência dos índices e registro dos indicadores, que foram definidos como os problemas éticos listados no instrumento.

O instrumento para avaliação de ocorrência de problema ético em atenção básica, validado⁽¹⁷⁾, contem os problemas éticos divididos em 3 agrupamentos: problemas éticos nas relações com as famílias e usuários, problemas éticos nas relações entre as equipes e problemas éticos nas relações com o sistema de saúde.

Com a leitura exaustiva das transcrições, identificarem-se os problemas narrados pelos enfermeiros e médicos. Os problemas que existiam no instrumento foram aí contabilizados (indicador quantitativo da análise de conteúdo). Os que não coincidiam com nenhum dos existentes no instrumento foram listados a parte. Para esta parte da análise de conteúdo usou-se a inferência qualitativa baseada na presença do indicador e não na significância de sua quantificação, ou seja, se o problema fosse levantado por apenas um dos entrevistados já seria tomado como tal e faria parte dos resultados⁽¹⁶⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos respondentes

O Perfil dos profissionais entrevistados mostra que a média de idade de enfermeiros e médicos é mais baixa entre profissionais que atuam em ESF, sendo respectivamente, 31,8 e 39 anos (Tabela 2):

Tabela 2 - Perfil dos enfermeiros e médicos entrevistados quanto à idade e tipo de serviço em que atuam

Serviço	Média (anos)		Mínima (anos)		Máxima (anos)
	enfermeiros	médicos	enfermeiros	médicos	enfermeiros
CSE	38,7	51,5	30	43	44
UBS	47,8	50,8	40	42	55
ESF	31,8	39	22	25	53
TOTAL	39,4	47,1	30,6	42	50,6

Este dado parece revelar que a ESF tem se tornado um mercado de trabalho para os jovens profissionais. Ainda assim, como a formação em saúde muitas vezes centra-se nos aspectos técnicos continua válida, se não se reforça, a importância da capacitação dos profissionais para lidar com os aspectos subjetivos que permeiam de modo especial a prática em atenção básica.

Problemas identificados

Dos problemas éticos identificados pelos entrevistados, referentes à relação com usuários e famílias, destaca-se a falta de respeito com o usuário pelos profissionais como segue na Tabela 3, citado por todas as categorias profissionais, exceto os médicos de CSE. Isto pode ser um indicador do despreparo

dos profissionais em lidar com a proximidade com usuários e famílias e com os aspectos subjetivos que toda prática em saúde supõe.

No âmbito da atenção básica, especialmente, caracterizada como a porta de entrada do sistema de saúde, a assistência deve ocorrer no sentido de propiciar um acompanhamento contínuo. Para tanto, lidará com questões amplas, heterogêneas e fortemente influenciadas pelo contexto social, o que requer conhecimento dos usuários, das famílias e da comunidade, com estabelecimento de laços de confiança que permitirão ao profissional antecipar e ajustar os cuidados⁽¹⁸⁾.

Neste contexto, o vínculo e a co-responsabilização dos atores envolvidos devem resultar do estabelecimento de relações horizontais, já que tanto uma prática profissional coercitiva, como a paternalista,

mesmo com ações de caráter beneficente, é contrária à promoção da autonomia e cidadania das pessoas^(9,18).

Uma relação desrespeitosa mais ainda não contribuirá para autonomia e cidadania.

Tabela 3 - Ocorrência de problemas éticos nas relações com os usuários e as famílias segundo profissionais e tipo de serviço

Exemplo de problema ético já identificado	Ocorrência								
	CSE		ESF		UBS		Total		
	Méd.	Enf.	Méd.	Enf.	Méd.	Enf.	Méd.	Enf.	Total
Dificuldade para estabelecer os limites da relação profissional-usuário	-	-	-	2	-	1	-	3	3
Pré-julgamento dos usuários dos serviços por parte das equipes	-	-	1	4	1	1	2	5	7
O profissional trata o usuário com falta de respeito	-	2	4	3	2	5	6	10	16
Prescrições inadequadas ou erradas	-	-	-	2	3	-	3	2	5
Prescrição de medicamentos que o usuário não poderá comprar	-	-	-	1	1	-	1	1	2
Prescrição de medicamentos mais caros mesmo que ele tenha eficácia igual à dos mais baratos	-	-	-	1	-	-	-	1	1
Usuário solicita ao médico e ao enfermeiro os procedimentos que deseja	2	-	1	2	2	2	5	4	9
Como convencer o usuário a dar continuidade ao tratamento	1	1	-	4	-	-	1	5	2
Não contar ao usuário informações referentes ao seu estado de saúde	-	-	-	2	-	-	-	2	2
Acesso dos profissionais de saúde à intimidade da vida da família e do casal	1	1	1	-	-	-	2	1	3
É difícil manter a privacidade do usuário nos atendimentos feitos em sua casa	-	1	-	2	-	-	-	3	3
É difícil para o ACS guardar o segredo profissional	1	-	4	-	-	-	5	-	5
Contar as informações da saúde de um dos membros da família para os demais	-	1	2	-	-	-	2	1	3
Atitude do médico diante de valores religiosos próprios e dos usuários	-	-	1	-	-	-	1	-	1
Usuários que se recusam a seguir as indicações médicas ou a fazerem exames	1	-	2	3	3	-	6	3	9
A equipe discute as condições de saúde do usuário na frente dele, sem que ele participe	-	-	1	-	-	-	1	-	1
Não solicitar a autorização da família para relatar a história do usuário em publicação científica	-	-	1	-	-	-	1	-	1
Total	6	6	18	30	12	9	36	41	73

Chama-nos atenção também os problemas: “Usuário solicita ao médico e enfermeiro os procedimentos que deseja” citado por todas as categorias, exceto enfermeiros de CSE e “Usuários que se recusam a seguir as indicações médicas ou a fazerem

exames” citado por médicos de todos os serviços.

A ocorrência destes problemas pode indicar um desencontro dos resultados desejados pois, de um lado os usuários e suas famílias buscam a resolução de um problema de saúde que consideram importante

trazendo consigo seus segredos, medos, crenças e expectativas. De outro, a equipe mantém-se presa a procedimentos, normas e rotinas do serviço ou ainda a seu entendimento técnico do que é melhor para os usuários e/ou as famílias⁽¹⁸⁾.

Mas na Atenção Básica o usuário está em condições mais propícias para atuar autonomamente em relação à sua saúde. A aplicação das condutas depende dele mesmo, longe do profissional e do serviço de saúde. O usuário está com mais liberdade, mais autonomia no controle de seu cuidado. Por isso, neste âmbito da saúde é quase impossível cuidar sem contar com a participação e compreensão das pessoas. E estas se conquistam e cultivam com disposição

atitudinal e preparo técnico para a escuta e diálogo, ou seja, novos saberes e nova ética para a aceitação do outro numa relação intersubjetiva⁽¹⁹⁾.

É preciso perceber a importância da permeabilidade do técnico ao não-técnico na humanização da assistência, o diálogo que existe entre essas dimensões. Esse diálogo é que torna possível caminhar para um plano maior de autenticidade e eficiência do encontro terapêutico. Trata-se da possibilidade de interligar a normatividade morfofuncional das estruturas e tecnologias da assistência em saúde com a normatividade advinda do mundo da vida em que a saúde, o serviço e o profissional estão significados⁽²⁰⁾.

Tabela 4 - Problemas éticos nas relações com a equipe, segundo profissionais e tipo de serviço

Exemplo de problema ético já identificado	Ocorrência								
	CSE		ESF		UBS		Total		Total
	Méd.	Enf.	Méd.	Enf.	Méd.	Enf.	Méd.	Enf.	
Falta de compromisso e envolvimento de alguns dos profissionais que atuam no PSF	-	-	-	2	1	2	1	4	5
As equipes de saúde da família não colaboram umas com as outras	-	-	-	4	-	-	-	4	4
Falta de respeito entre os membros da equipe	1	-	3	3	-	2	4	5	9
Falta de preparo dos profissionais para trabalhar no PSF	-	-	2	3	1	-	3	3	6
É difícil limitar o papel e as responsabilidades de cada profissional	-	1	4	4	-	4	4	9	13
Profissionais se omitem diante de uma prescrição inadequada ou errada	-	-	-	1	-	-	-	1	1
Usuários pedem a um dos membros da equipe para guardar segredo de algo sobre sua saúde e para não contar nada aos demais membros da equipe de PSF	-	-	-	4	-	-	-	4	4
Funcionários da USF questionam a prescrição médica	-	-	2	2	1	-	3	2	5
Quebra do sigilo médico por outros membros que não são da equipe ao publicarem relato de casos	-	-	1	-	-	-	1	-	1
Total	1	1	12	23	3	8	16	32	48

Os problemas éticos nas relações com a equipe tratam-se de conflitos esperados, pois a fragmentação se faz presente nas situações do serviço de saúde, tanto na sua estrutura como nas relações de poder que constituem as práticas hegemônicas. A fragmentação entre saberes e práticas destes profissionais constitui um obstáculo à assistência integral do usuário^(8-9,18,20).

Portanto, nos deparamos com o seguinte paradoxo: A presença de diversos profissionais com saberes e práticas distintos com objetivo de, em equipe, praticar uma assistência integral acaba por constituir-se obstáculo à efetivação do princípio da integralidade. O estabelecimento da equipe multiprofissional integrativa e resolutiva não requer a supressão da

pluralidade, requer não opor-se, mas expor-se, no desenvolvimento de conhecimentos aproximativos mútuos movidos por argumentos de responsabilidade

e integralidade da atenção no lugar de rotinas normatizadas e da fragmentação técnico-burocrática do trabalho em saúde⁽²⁰⁾.

Tabela 5 - Problemas éticos na relação com a organização e com o sistema de saúde, segundo profissionais e tipo de serviço

Exemplo de problema ético já identificado	Ocorrência								
	CSE		ESF		UBS		Total		
	Méd.	Enf.	Méd.	Enf.	Méd.	Enf.	Méd.	Enf.	Total
Dificuldades para preservar privacidade por problemas na estrutura física e rotinas da USF	1	-	1	2	-	-	2	2	4
Falta de apoio com ações intersetoriais para discutir e resolver os problemas éticos	-	-	-	5	-	1	-	6	6
Falta de transparência da direção da UBS na resolução dos problemas com os profissionais	-	-	-	1	-	-	-	1	1
Excesso de famílias adscritas para cada equipe	-	-	1	1	-	-	1	1	2
Restrição do acesso dos usuários à UBS pelos médicos que se recusam a atender os que não têm consulta marcada para o dia	-	-	-	2	-	2	-	4	4
Demérito dos encaminhamentos feitos pelos médicos do PSF	-	-	2	1	-	-	2	1	3
Dificuldades e falta de referência para realizar exames complementares	-	-	-	1	1	-	1	1	2
Dificuldades quanto ao retorno e confiabilidade dos resultados de exames laboratoriais	-	-	2	3	-	-	2	3	5
É difícil limitar a interferência da equipe no estilo de vida das famílias e usuários	-	-	1	-	-	-	1	-	1
Menores de idade pedem à equipe procedimentos e exames sem autorização ou conhecimento de seus pais	-	-	1	-	1	-	2	-	2
Equipe especialista de referência para o PSF publica um relato de caso sem a autorização da equipe de PSF ou da família	-	-	1	-	-	-	1	-	1
Falta de estrutura na USF para a realização de visitas domiciliares	-	1	1	-	-	-	1	1	2
Falta de condições na USF para atendimento de urgência	-	-	1	-	1	1	2	1	3
Falta de retaguarda de serviço de remoção	-	1	2	-	-	-	2	1	3
Total	1	2	13	16	3	4	17	22	39

Dos problemas éticos com a organização e sistema de saúde, destaca-se o “Demérito dos encaminhamentos feitos pelos médicos do PSF”, o que parece demonstrar certa desvalorização da atenção básica em detrimento dos outros níveis de assistência, denotando a construção cultural de que quanto mais tecnociência uma prática exige, maior o seu valor e eficiência.

Além disso, levanta-se a questão da falta de

espaços para discussão de problemas éticos, apontada apenas por enfermeiros, que parece demonstrar não apenas a importância do contexto moral e de ordem subjetiva que este nível de atenção pressupõe, como também a percepção desta necessidade pelos profissionais que parecem se deparar com questões as quais a prática baseada apenas nos conhecimentos científico-biológicos não consegue responder.

Tabela 6 - Frequência de novos problemas éticos citados por médicos

Novos Problemas Listados	Frequência	
	CSE	UBS
1 - Profissional de saúde, usuário do serviço, que recusa as indicações médicas	-	1
2 - Baixa qualidade da assistência devido ao excesso de demanda	-	1
3 - Médico registra no prontuário do paciente consulta que, na verdade, não realizou	-	1
4 - Informar o paciente sobre erro cometido por outro	-	1
5 - Desvalorização do profissional pelo usuário	-	1
7 - Falta de responsabilidade social na promoção à saúde	-	1
8 - Acompanhamento do paciente feito por profissionais diferentes, o que resulta em tipos de condutas diferentes e descontinuidade	-	1
9 - Mudança de prescrição feita por um outro médico	-	1
10 - Usuário solicita ao médico que omita informações de seu prontuário	1	-
11 - Utilização de fotos de paciente sem o seu consentimento	1	-
12 - Falta de retorno dos dados de pesquisa para os pacientes sujeitos	1	-
13 - Pedido de atestado médico para atividade física	1	-
14 - Sobrecarga da atenção primária com trabalho burocrático	1	-
15 - Diferentes condutas dos profissionais para uma mesma situação clínica	1	-
16 - Valorização da abertura de Pronto-Atendimentos que torna a assistência à saúde pontual, descontínua e sem vínculo	1	-
17 - É difícil limitar o papel e as atividades do profissional médico em relação aos problemas sociais dos usuários	1	-
18 - Falta de momento para discutir na equipe situações que envolvam questões de ética e bioética	1	-
19 - Médicos que prescrevem receitas manipuladas e com indicação da farmácia sendo que tem o remédio para a patologia na farmácia da UBS	-	1
20 - Dificuldade em abordar assunto com paciente homossexual responsável pela criança	1	-
21 - Desqualificar o colega na frente do paciente	1	-
22 - Profissional guarda droga ilícita trazida por usuário na unidade	1	-

Tabela 7 - Frequência de novos problemas éticos citados por enfermeiros

Novos Problemas Listados	Frequência	
	CSE	UBS
1 - Dificuldade para respeitar a opinião do usuário	1	-
2 - Permitir que os usuários façam procedimentos técnicos em membros da família dentro da Unidade	1	-
3 - A equipe não concorda com a forma que um dos membros conduz uma situação	1	-
4 - Discordância das ordens da direção da Unidade por considerá-las irresponsáveis	1	-
5 - Falta de paciência para tratar usuários que vêm muito à Unidade com várias queixas	-	1

Quanto aos novos problemas éticos levantados pelos profissionais, percebemos que embora novos, guardam relação com os grandes grupos já apontados, pois possuem situações de origens similares, por

exemplo: a dificuldade de integrar o trabalho em equipe, inabilidade em lidar com a proximidade, apontando para o despreparo profissional no estabelecimento de uma relação de troca com o usuário ao invés de choque de

valores, crenças e ideais.

Os achados mostram que lidar com problemas éticos na atenção básica deve ser uma preocupação para a enfermagem pois, comparados com os dramáticos e urgentes cenários de vida ou morte que caracterizam a enfermagem hospitalar, os problemas éticos na atenção básica tendem a ser sutis, mundanos e difíceis de discernir, sejam comuns ou complexos, o que requer mais sensibilidade dos enfermeiros para discerni-los e encaminhar sua solução^(8-9,21).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, podemos considerar que na atenção básica os problemas éticos são preocupações do cotidiano da atenção à saúde, não diferindo muito nos três cenários estudados. Isso deve-se a alguns traços comuns que são próprios da assistência nas unidades básicas de saúde onde os encontros entre a equipe multiprofissional e os usuários são mais frequentes, visam objetivos de longo prazo no escopo da atenção integral e os usuários estão com sua liberdade para atos autônomos em saúde menos comprometida do que os atendidos em internações hospitalares.

Os problemas éticos apontados parecem nos conduzir à importância da reflexão acerca do trabalho em saúde, mostrando que será difícil realizar a integralidade e humanizar sem considerar a dimensão social, ética e intersubjetiva do processo de produção de saúde e adoecimento.

Portanto, faz-se necessária a construção conjunta de diretrizes para o enfrentamento e resolução destes tipos de problemas no sentido de estabelecer uma prática baseada na cidadania e emancipação dos sujeitos envolvidos neste processo, sejam usuários, profissionais ou gestores.

REFERÊNCIAS

1. Bertolozzi MR, Greco RM. As políticas de saúde no Brasil: Reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev Esc Enferm*. 1996 Set/Dez;30(3):380-98.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS – Doutrinas e Princípios V.I. Brasília; 1990.
3. Starfield B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO; 2002.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006.
5. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc Saúde Col*. 2005 Jul/Set;10(3):549-60.
6. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Publ*. 2004 Nov/Dez; 20(6):1690-9.
7. Gracia D. Semiologia de los conflictos morales em Bioética. In: VI Congresso Brasileiro de Bioética, I Congresso de Bioética Del Mercosur e Fórum da Redbioética/UNESCO. Foz do Iguaçu: 2005.
8. Sugarman J, organizador. *Ethics in primary care*. New York: McGraw-Hill; 2000.
9. Zimbelman JA, White BC. *Moral dilemmas in community health care: Cases and Commentaries*; 2005.
10. Paiva L, Melo EM, Flecha ALD, Álvares JA. Organização da atenção básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Publ*. 2008; 24 (Suppl 1): 29-41.
11. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Silva LT, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório de problemas éticos por enfermeiros e médicos no PSF. *Cogitare Enferm*. 2006 Mai/Ago;11(2):133-42.
13. Sulmasy DP, Sugarman J. The many methods of medical ethics. In: Sugarman J, Sulmasy DP, organizadores. *Methods in medical ethics*. Washington DC: Georgetown University Press; 2001. p. 3-18
14. Sánchez-González M. La investigación bioética: tipos, funciones y relaciones mutuas. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. 1998;6:57-76
15. Lick U. Uma introdução a pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman; 2004.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2006.
17. Silva LT. Construção e validação de um instrumento para mensuração de ocorrência de problema ético na

atenção básica [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.

18. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2005.
19. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
20. Pinheiro R, Mattos RA, Organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO; 2004.
21. Laabs CA. Primary care nurse practitioners' integrity when faced with moral conflict. *Nursing Ethics*. 2007;14(6):795-809.