

Formas de actuar para la resolución de conflictos en atención primaria

Juliana Marin¹, Carlos Dimas Martins Ribeiro¹

1. Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ, Brasil.

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar los modos de actuar de profesionales para resolución de conflictos bioéticos con otros profesionales de Estrategia de Salud Familiar, teniendo como fundamento la teoría de la acción comunicativa y la ética del discurso. La investigación cualitativa se realizó con un equipo de salud de la familia, con observación, entrevistas y grupo focal. Los resultados muestran que, frente a los conflictos, algunos profesionales actúan hacia el éxito personal, lo que deja el conflicto sin resolver, latente, fragmentando el equipo. Mediante del actuar comunicativo otros profesionales buscan un entendimiento y un acuerdo para el éxito colectivo que se traduce en el cuidado del paciente. Cuando no se resuelven entre los actores, los conflictos se llevan a reuniones que estimulan el diálogo.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Estrategia de salud familiar. Grupo de atención al paciente. Bioética. Ética.

Resumo

Modos de agir para resolução de conflitos na atenção primária

O objetivo deste estudo é analisar modos de agir de profissionais da Estratégia Saúde da Família na resolução de conflitos bioéticos, tomando como fundamento a teoria do agir comunicativo e a ética do discurso. Foi realizada pesquisa qualitativa com uma equipe de saúde da família, com observação, entrevistas e grupo focal. Os resultados mostram que, diante de conflitos, alguns profissionais agem visando o êxito pessoal, o que deixa o conflito sem solução, latente, fragmentando a equipe. Outros, no entanto, buscam o entendimento por meio do agir comunicativo, visando o êxito coletivo, que se traduz no cuidado do paciente. Quando não são resolvidos entre os intervenientes, os conflitos são levados a reuniões que estimulam o diálogo.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família. Equipe de assistência ao paciente. Bioética. Ética.

Abstract

Ways of acting in conflict resolution in primary health care

This study examines professionals' ways of acting in the resolution of bioethical conflicts with other professionals in Family Health Strategy teams, based on the Theory of Communicative Action and on Discourse Ethics. For this, a qualitative research was carried out involving observation, interviews and focus group. Faced with a bioethical conflict, some professionals act oriented towards individual success, which allows the conflict to remain latent, thus hindering primary care provision and causing a negative impact on team cohesion. Other professionals, however, use communicative action to seek understandings and agreements aiming at collective success in patient care. Conflicts not resolved between the actors are discussed in team meetings or general meetings, which stimulate team members to engage in communicative action for conflict resolution.

Keywords: Primary health care. Family health strategy. Patient care team. Bioethics. Ethics.

El trabajo de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) se estructura a partir de un equipo interdisciplinario, compuesto por profesionales con diferentes prácticas y conocimientos técnicos, que ofrece acciones complementarias dirigidas al mismo objetivo: la atención al paciente. Cuando este objetivo se comparte entre sus miembros, el equipo se fortalece y se hace eficaz¹.

El cuidado en la ESF se entiende como el reconocimiento de las demandas del paciente y la oferta de las acciones necesarias para atenderlas, por medio de la articulación de prácticas y conocimientos del equipo. En ese sentido, el cuidado gana materialidad no solo en la forma en que el profesional trata al paciente, sino también en la relación entre los profesionales. En la ESF, por lo tanto, el cuidado integral debe observar el *imperativo ético de que se debe atender toda demanda, necesidad de salud o sufrimiento*². Esto requiere una actitud proactiva de los profesionales, que deben estar listos para dar una respuesta al paciente, ya sea la orientación o la atención clínica³.

La asistencia también se basa en dimensiones objetivas fundamentales, como la disponibilidad de servicios e insumos y los mecanismos reguladores. Sin embargo, aunque esenciales, estos aspectos no serán objeto de esta investigación. El enfoque aquí está en la interacción necesaria entre los profesionales como una forma de establecer el proceso de trabajo. El cuidado que conduce este proceso también debe guiar la interacción interprofesional⁴.

Esta interacción se ve desfigurada cuando se actúa en detrimento de los objetivos colectivos, apuntando únicamente a los éxitos individuales. Cuando esto ocurre, surgen problemas bioéticos y conflictos que descomponen a las personas involucradas⁵. Así, las formas de actuación de los profesionales pueden contribuir para la resolución, mantenimiento o agravamiento de situaciones problemáticas.

Considerando este marco, el presente estudio busca comprender, a partir de la ética descriptiva, cómo actúan los profesionales frente a los conflictos^{6,7}, comparando sus formas de actuar con las teorías éticas y los comportamientos que proponen como soluciones a tales conflictos⁸. De esta forma, se buscó analizar la acción de los profesionales desde sus convicciones morales, es decir, lo que ellos consideran correcto, en comparación con marcos teóricos como la bioética, campo de la ética aplicada en el que las funciones normativa y descriptiva

son inseparables⁹. La bioética contribuye a la resolución de problemas conflictivos según la teoría ética que *servirá como estándar de referencia*¹⁰.

Para Habermas⁵, los conflictos deben resolverse mediante la acción comunicativa, a través de la cual los individuos interactúan con el objetivo de lograr el entendimiento y un acuerdo. A pesar de los diferentes valores personales, se debe buscar el consenso para basar normas que guíen la acción, en un proceso recíproco de persuasión, resultado de la cooperación y el diálogo transversal, no cooptado por un conocimiento dominante³. Por lo tanto, la acción comunicativa tiene como objetivo el entendimiento intersubjetivo por medio del diálogo que considera los intereses colectivos para establecer de manera consensuada una regla de acción que guíe a los individuos¹¹. Así los sujetos llegan a un acuerdo mediante la armonización de sus intereses individuales, resolviendo los conflictos interpersonales de manera equitativa, libre de coerción e imposición¹².

En la acción comunicativa utilizando los actos del habla, los actores plantean reclamos de validez considerando las condiciones de acción¹¹. El acto de hablar tiene un carácter de "realización" y por esta razón el reclamo de validez puede *ser criticado, corregido y reconocido de manera intersubjetiva a través de buenas razones*¹³. Estos actos del habla son constantes, regulativos y expresivos. Es a partir de ellos que los individuos plantean reclamos de verdad, justicia, corrección normativa, veracidad o sinceridad¹¹.

Una proposición es verdadera –es decir, lo que un individuo dice es de hecho cierto– cuando se cumplen las condiciones de existencia de la proposición. Un enunciado es correcto en relación con el contexto normativo vigente. En este sentido, la norma pronunciada debe ser legítima en el contexto de las personas. Y, finalmente, una declaración es sincera cuando la proposición realmente coincide con lo que la persona piensa¹². En la ética del discurso, a su vez, los participantes se encuentran involucrados en negociaciones sobre la validez del enunciado¹¹ y deben presentar normas que encarnen intereses comunes, mediante un intercambio de perspectivas entre todos los involucrados¹⁴.

Con base en la teoría de la acción comunicativa y la ética del discurso, el objetivo de este estudio es analizar las formas de actuar de un equipo de la ESF en la resolución de conflictos bioéticos.

Método

Un equipo de salud de la familia de Niterói/RJ participó en este estudio, elegido por ser uno de los equipos de la ciudad que han permanecido por más tiempo con la misma formación. El equipo está integrado por un médico, un enfermero, un dentista, un asistente de salud bucal, un técnico de enfermería y dos agentes de salud comunitarios. Todos ellos aceptaron participar en esta investigación. El criterio de trabajar juntos se estableció con el fin de evidenciar un mayor número de problemas y conflictos bioéticos, de complejidad significativa, experimentados por los profesionales.

La unidad de salud en la que se inserta el equipo estudiado se compone por tres equipos más – todos con un enfermero, un técnico de enfermería, dos agentes comunitarios de salud, un médico, un dentista y un asistente de salud oral –, totalizando 24 profesionales, ya que un dentista y un asistente de salud oral trabajan en dos equipos, estableciendo así la relación de un equipo de salud oral (dentista y asistente de salud oral) con dos equipos de salud de la familia (médico, enfermero, técnico de enfermería y agente comunitario de salud).

La inclusión de un solo equipo en la unidad se justifica por la premisa metodológica de que los miembros de un grupo son producto de condiciones objetivas similares, lo que permite, a pesar de la particularidad de los relatos, la vocalización de problemas y conflictos bioéticos experimentados también por otros equipos¹⁵. La opción también apuntaba a la inmersión en el equipo con el fin de obtener datos cualitativos en profundidad. Para esto, la investigación siguió las etapas de observación no participante, entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

En la primera etapa, se buscó acercarse al equipo por la observación de los profesionales en su entorno de trabajo, en medio de sus realidades prácticas, individuales e interactivas. El seguimiento se realizó en días alternos de la semana, totalizando aproximadamente 164 horas. Para esta etapa, se elaboró un guion de observación y se hicieron notas sobre las formas de actuar de los profesionales en un diario de campo.

Una dificultad que se presentó durante esta etapa fue una cierta resistencia de algunos profesionales, percibida por la investigadora en la distancia que mantenían y la indiferencia expresada incluso en el cumplimiento. A pesar de la aclaración sobre los objetivos de la investigación, realizada

individualmente con cada profesional, la razón de esta resistencia puede haber sido la sensación de ser evaluados. Eso provocó que la mayoría de los profesionales, durante la observación en la unidad, evitaran a la investigadora, pasando la mayor parte del tiempo en salas de cuidados, lo que dificultó la observación de la interacción entre el equipo. Por otro lado, las visitas domiciliarias fueron los momentos más favorables para establecer relaciones de confianza, debido a las oportunidades de acercamiento durante el traslado por el territorio. La observación anterior ayudó a conducir las entrevistas y el grupo focal, tanto porque permitió que el guion de las preguntas fuera elaborado a partir de la realidad del equipo como porque estableció vínculos entre la investigadora y los profesionales.

Después de la observación, todos los profesionales del equipo fueron entrevistados con la ayuda de un guion semiestructurado. La propuesta fue provocar la reflexión de los participantes para que pudieran verbalizar sus impresiones y la forma en que se comportan habitualmente frente a los conflictos bioéticos. Las entrevistas, que en conjunto totalizaron aproximadamente ocho horas y media, fueron realizadas y grabadas en la propia unidad de salud.

Posteriormente, el grupo focal contó con la participación de todo el equipo, con excepción del dentista, quien fue trasladado a la asistencia de otro territorio en el mismo período del encuentro. Se filmó el grupo focal, lo que le dio libertad a la investigadora para ejercer el rol de mediadora con total atención, sin preocuparse por captar todas las peculiaridades del encuentro en ese momento. El diálogo duró aproximadamente 1 hora y 28 minutos. El ambiente estaba relajado, y los profesionales expresaron sus opiniones sin mostrar inhibición con la presencia de colegas y de la investigadora.

Todas las grabaciones fueron literalmente transcritas por la investigadora. Los datos se organizaron en categorías de análisis que hacen referencia a las formas de actuación adoptadas en la resolución de conflictos. A partir de estas categorías, se inició la interpretación de los discursos y la inferencia de sus significados¹⁶. Con el fin de minimizar el riesgo de identificación, a cada participante se le asignó un número, del 1 al 7, acompañado de un número romano que se refiere al nivel de educación: I para profesionales de nivel superior (enfermero, médico y dentista) y II para profesionales de nivel técnico, medio o fundamental (agentes comunitarios de salud, auxiliar de salud bucal y técnico de enfermería).

Resultados y discusión

En este estudio, se considera que los conflictos entre profesionales provienen de problemas bioéticos que surgen del trabajo. Algunos profesionales, ante tales conflictos, incluso conscientes de la importancia del diálogo para el éxito colectivo, adoptan ciertas formas de actuar que pueden intensificar el conflicto o incluso causar otros problemas. El profesional 1I, por ejemplo, dice adoptar el aislamiento como regla, “para olvidar”, porque no le gusta lidiar con conflictos: *“Mira... prefiero no hablar demasiado. (...) No me gusta lidiar con ningún conflicto, soy del tipo que se aísla, luego me enfado, luego pasan dos, tres días, se acabó, se fue, se me olvidó”*.

Ante cualquier conflicto, bioético o no, esa fue la forma de actuar más adoptada por los profesionales, resultado que puede haber sido influenciado por la observación, ya que, en situaciones potencialmente conflictivas, los participantes buscaban alejarse de la investigadora. Así aspectos que se podrían aprehender por la observación no podrían ser trabajados con la debida profundización, debido a la distancia mantenida por los profesionales la mayor parte del tiempo.

Por otro lado, el participante 5II adopta como regla informar al responsable del equipo, buscando eximirse de la resolución. Se puede deducir que, creyendo que sus acciones no fueron la causa del conflicto, este profesional considera al otro colega, involucrado en la relación conflictiva en el papel de “opponente”, como digno de represión: *“Si es un compañero de trabajo (...) le das la espalda y vas a buscar a alguien con quien hablar, [que] es el enfermero responsable: ‘pasó eso, así.’”*.

En los dos casos mencionados, los profesionales apuntan a lo que es mejor para ellos y así reducen el conflicto moral a algo que se puede resolver sin la participación del otro, con el fin de controlar la situación, condicionando la resolución del problema a la ausencia de interacción. Sin embargo, la consecuencia de estos modos de acción es dejar latente el conflicto. Dado que no hubo entendimiento entre las partes interesadas, la acción que desencadenó la divergencia puede repetirse. Además, los involucrados pueden tener cierto rencor, especialmente en el caso del profesional expuesto al jefe del equipo.

Un tercer modo de acción es señalado por 7I, que busca convencer a su oponente de que está equivocado, es decir, busca un acuerdo impuesto. En esta situación, se presume una influencia velada sobre el

colega, que renuncia a discutir por temor a un posible castigo: *“Si estoy cierta o equivocada trato de convencer, trato de convencer, apuesto todos mis puntos y argumentos (...) Puedo hacer que la persona se rinda”*(7I). Esta forma de actuar puede hacer latente el conflicto o crear otras diferencias entre los actores. Además, la postura no corresponde a lo que se espera de los profesionales de la salud, ya que contradice la dimensión moral del trabajo conjunto y, consecuentemente, puede fragmentar el equipo y perjudicar la producción del cuidado.

Los participantes 2II y 4I eligen explicar sus elecciones de acuerdo con el comportamiento del otro, dependiendo de la mayor o menor capacidad de diálogo y comprensión del oponente. Por lo tanto, su forma de actuar depende de la forma de actuar adoptada por el otro:

“Hablando con él, dependiendo de la persona con la que hablo, si puede hablar, puede entender, yo voy a platicar. Si la persona no puede hablar, no puede entender, no platico. (...) Es un desgaste en vano. No vamos a resolver nada, así que ni siquiera tienes que hablar. (...) Todo lo que digas va a estar mal. Ella no es, no hizo, no habló, no sucedió”(4I).

Finalmente, 3II y 6II buscan resolver el problema a través del diálogo y la comprensión: *“Es realmente con el diálogo, si no hay diálogo... Es una conversación, no puedo imponer, no puedo pelearme por algo. Diálogo (...) para que digamos lo que pensamos y logremos un solo objetivo”*(3II).

Los diferentes discursos muestran que algunos profesionales tienden a adoptar sus propias estrategias de afrontamiento, percibidas por otros miembros del equipo como alienación o falta de compromiso¹⁷. Estas estrategias prevalecen sobre la acción comunicativa, ya que la resolución de conflictos por medio del diálogo requiere enfrentar contradicciones, diferencias y expectativas. Otros obstáculos que pueden dificultar o impedir la resolución de los problemas son la falta de tiempo provocada por el exceso de trabajo, la falta de motivación para hacer frente a los conflictos y el temor de que el enfrentamiento de los desacuerdos cause malestar emocional¹⁸.

A partir de la identificación de problemas éticos, como la procrastinación, el chisme y el absentismo, y las formas de actuar que los actores adoptan para resolver conflictos, se pudo constatar que, cuando no se adopta la acción comunicativa, las divergencias permanecen latentes. Esta actitud no contribuye al éxito del equipo, y no es suficiente

que solo unos pocos profesionales valoren el diálogo. El conflicto bioético fragmenta al equipo si no hay articulación entre los profesionales y la responsabilidad con el cuidado del paciente.

La responsabilidad es uno de los elementos que caracterizan la producción asistencial en la ESF, junto con el compromiso, la integralidad, la acogida y la escucha, que son, en gran medida, ideales éticos. Por lo tanto, el concepto de equipo debe vincularse a estos ideales de la ESF, especialmente con respecto a la responsabilidad y el compromiso con el usuario.

Cambiar paradigmas en servicios y relaciones interpersonales implica transformar prácticas y adherir a nuevas propuestas¹⁹. Los profesionales no eligen trabajar juntos, sino que necesitan aprender a lidiar con las dinámicas relacionales y los procesos de interacción entre sí²⁰⁻²². De hecho, es necesario que el equipo analice su forma de operar para reconocer sus capacidades, debilidades y potencial de cambio²³. Un grupo de profesionales solo se convierte de hecho en un equipo cuando hay responsabilidad en relación con un objetivo común, que es la producción de cuidados —que depende, a su vez, de los valores asumidos en la relación con el paciente y con los compañeros de trabajo.

Cuando no se resuelve, el conflicto se lleva a la junta general, entre los cuatro equipos, o a la reunión del equipo, dependiendo de los involucrados. Semanalmente, los miércoles por la tarde, la unidad cierra su servicio de asistencia y se lleva a cabo una reunión con los profesionales de los cuatro equipos. Una vez cada tres meses, en promedio, hay una reunión entre los miembros del equipo estudiado. El largo intervalo entre reuniones se justifica por la falta de tiempo debido a la demanda de trabajo. Sobre estas reuniones, los participantes dicen:

“Entonces, si hay un problema, supongamos, entre yo y otro profesional de otro sector [equipo], si no tengo mucha afinidad con él, si no me da mucha apertura, voy a hablar en la reunión del equipo, no voy a hablar con él. Voy a hablar con él, pero en la reunión del equipo” (4I).

“No pudo ser [resuelto] solo entre las dos personas, entonces, ya que entre los dos no entraban en un acuerdo, se abrió para los demás [en la reunión del equipo]” (5II).

“Incluso para que se pueda dar un ejemplo. Todos tenemos defectos, [y las reuniones sirven para]

arreglarnos. A veces [es] dentro del equipo, a veces no. Eso siempre sucede, es un proceso de trabajo. Es nuestro proceso de trabajo, en términos generales es nuestro proceso de trabajo. Hay conflicto ahí” (6II).

Los problemas y los conflictos son inseparables del trabajo en equipo. Sin embargo, pueden comprometer el logro de objetivos colectivos o convertirse en una posibilidad de crecimiento, si se trabajan²⁴. En las reuniones entre los equipos, los profesionales buscan la comprensión mediante el diálogo, abarcando a todos los individuos que reconocen el acuerdo establecido como un “ejemplo”, es decir, una norma orientadora de acciones. Lo mismo sucede en las reuniones entre el mismo equipo.

Se pudo observar que los profesionales que generalmente asumen estrategias de acción no comunicativas, en reuniones de equipo o entre equipos, tienden a adoptar la acción comunicativa. Esto puede ocurrir debido al contexto, con un mayor número de actores, lo que lleva a los profesionales a lanzar reclamos de validez para justificar su propia acción, inhibiendo actitudes orientadas al éxito individual. Por lo tanto, las reuniones hacen que la forma de actuar en la resolución de conflictos sea más homogénea.

Ante un conflicto causado, por ejemplo, por la procrastinación, el individuo que busca la comprensión para establecer una norma de acción válida debe plantear explícitamente tres reclamos de validez: el reclamo de la verdad, es decir, lo que dice es verdad (“estás procrastinando”); el reclamo normativo, que es consistente con la norma vigente (“no se debe procrastinar”); y el reclamo de la sinceridad, que traduce la coherencia entre lo que se habla y lo que realmente se piensa. El oyente puede: 1) estar de acuerdo con los reclamos de validez al celebrar un acuerdo; 2) estar en desacuerdo y cuestionar los reclamos planteados por el hablante; o 3) estar en desacuerdo pero no cuestionar los reclamos.

En el primer caso, se establece el entendimiento y una norma consensuada para orientar las acciones. Se resuelve el conflicto entre los actores y el problema que lo originó, ya que se entiende que con el acuerdo el individuo dejará de procrastinar. El oyente acepta el reclamo de la verdad planteada (porque reconoce que de hecho está procrastinando), el reclamo normativo (uno no debe procrastinar) y el reclamo de la sinceridad (el hablante no procrastina).

En el segundo caso, el oyente cuestiona el reclamo de la verdad o el normativo, y el argumento

del hablante es necesario para justificar el reclamo. Según Habermas¹⁴ en esta situación, se produce el paso de la acción comunicativa al habla, pues, a partir del cuestionamiento, el hablante busca legitimar los reclamos de verdad y validez normativa mediante la argumentación, que se establece en el intercambio intersubjetivo para evaluar informaciones y razones³. En este momento, los interlocutores deben estar *dispuestos a satisfacer las demandas de cooperar entre sí en la búsqueda de razones aceptables para los demás; y, más aun, deben estar dispuestos a dejarse afectar y motivar en sus decisiones*²⁵.

El reclamo de sinceridad no es interno al discurso, sino que se refiere a la consistencia del comportamiento de los individuos, ya que se basa en el supuesto de que debe haber coherencia entre el habla, el pensamiento y la conducta¹¹. Los reclamos de verdad, por otro lado, se cuestionan o problematizan por medio de discursos teóricos, mientras que los reclamos de corrección normativa se refieren a discursos prácticos²⁶.

En el discurso teórico, buscamos redefinir o corroborar afirmaciones sobre hechos²⁷. En el discurso práctico, los enunciados se aprecian a la luz de las razones¹⁴, y la validez de las normas se cuestiona de acuerdo con la disposición social de los individuos²⁷. En este caso, las partes interesadas buscan la comprensión de un interés común, para acordar estándares y alcanzar un equilibrio¹¹. Por lo tanto, el consenso se genera por convicción mutua, por la conciencia de que es del interés de todos y de cada uno actuar de esa manera¹¹. Esta conducta crea un compromiso entre los agentes, ya que la norma se fundamentó y justificó colectivamente²⁸.

Cuando se cuestionan los reclamos de validez, los individuos pueden o no llegar a un acuerdo. En el tercer caso, el individuo no está de acuerdo, pero no cuestiona los reclamos. Calla y oculta lo que piensa sobre el asunto en discusión, sin plantear ningún otro reclamo de verdad. Cuando actúa así, el oyente está *simulando y comportándose estratégicamente*²⁹.

En el extracto del grupo focal a continuación, los profesionales abordan otro problema relacionado con la comunicación, común cuando se trabaja en equipo, el chisme:

“Ustedes dijeron que trataban de resolver [el conflicto] con el diálogo, pero ¿pueden llegar a un acuerdo?” (investigadora).

“Llegamos a un consenso... Pero, cada uno [sabe], yo sé que está mal hacer chismes.” (7I).

“Depende de cada persona dejar de hacerlo” (4I).

“O no, ¿me entiendes?” (7I).

“¿Así que no hay tal consenso?” (investigadora).

“Sí. La persona dirá: ‘sí, vamos a dejar de hacerlo’, pero no me garantiza que no, no me garantiza que realmente no va a hablar” (7I).

“Me acerco a 7I y digo que está bien, pero a veces no está, así que tiene que ser verdadero” (2II).

En situaciones de acción estratégica disfrazada, al menos uno de los participantes se guía por la consecución de sus propósitos particulares, pero hace creer a los demás que todos están cumpliendo con los presupuestos de la acción comunicativa¹². Esta forma de actuar según los propios intereses, sin adoptar la norma establecida colectivamente, ocasiona otros conflictos:

“Nuestra reunión es el miércoles, así que el jueves todos están bien. Hubo un cambio. Luego, el viernes... [risas]” (2II).

“Todo vuelve a la normalidad” (5II).

“Vuelve a la normalidad [risas]” (6II).

“Entonces, como no se resuelve, es como si se tratara de un virus que se propaga, de repente. (...) Hago una cosa que es reprensible (...): ‘oye, si 2II lo hizo, lo haré’, y esto se propaga como un virus” (2II).

“Hay esa piedra en medio del camino que nos impide caminar” (2II).

En las reuniones, los individuos buscan la comprensión para establecer una norma de acción, pero no siempre logran este objetivo, ya que hay individuos que actúan guiados por su propio éxito, en detrimento del éxito colectivo. Esto revela falta de compromiso y falta de solidaridad con otros profesionales, en detrimento de la atención al paciente. De hecho, sin los preceptos de la acción comunicativa, no es posible llegar a un acuerdo, porque la ética discursiva, que ofrece el discurso práctico para establecer una norma, basa el contenido de una moral de respeto sin distinción, de compromiso y de solidaridad³⁰.

Aunque no todo el mundo se guía por la acción comunicativa, la mayoría de los participantes coinciden en que las reuniones son importantes para resolver los conflictos interprofesionales. Estas son ocasiones clave para promover la comunicación, la cooperación y un sentido de compromiso y corresponsabilidad en torno a objetivos comunes^{1,31}. Por lo tanto, además de estimular la acción comunicativa para resolver conflictos morales, las reuniones amplifican valores que facilitan la comprensión y el acuerdo. Estas reuniones son importantes para la eficacia del trabajo del equipo³², ya que ayudan a resolver conflictos y a promover relaciones interpersonales positivas³³.

Sin embargo, en cuanto a las reuniones entre equipos, que ocurren más a menudo, semanalmente, no todos los profesionales entienden que la participación es parte del trabajo. Muchos, por ejemplo, aprovechan el período para resolver problemas personales fuera de la unidad. Además, el enfoque temático de los cuatro equipos, con 24 profesionales involucrados, favorece la desorganización. Entonces, la reunión a menudo está mal caracterizada y su propuesta termina siendo distorsionada: *“Nos sentamos, luego empiezan los trapos sucios, es un desastre”* (3II); *“Todos los miércoles (...) es nuestra reunión interna, que es cuando sacamos los trapos sucios”*(5II).

Las reuniones deben ser espacios productivos para planificar, organizar y evaluar los procesos de trabajo, así como un momento para reconocer y resolver conflictos, ya sean bioéticos o no. Debido a la gran cantidad de personas, las reuniones entre equipos terminan por no cumplir con estos objetivos. Las reuniones de equipo, por otro lado, parecen funcionar mejor: *“Tenemos que tener más reuniones de equipo, así podemos hablar. (...) Tenemos que tener una reunión para poder decir las cosas que a veces dificultan el progreso del trabajo del equipo. (...) Para tener esta conversación, para que digamos lo que pensamos y alcancemos un solo objetivo”*(3II). Sin embargo, hay que tener cuidado para que la interacción no se limite a las reuniones, lo que representaría un obstáculo para la realización plena y eficiente del trabajo^{34,35}.

Cuarenta y dos días después del grupo focal, en una conversación informal en la unidad, el enfermero responsable del equipo relató que algunos participantes habían sido más flexibles en relación a otros profesionales. Tener flexibilidad, perceptiva y conductual, según Moscovici, *significa buscar ver varios ángulos o aspectos de una misma situación*

y *actuar de manera diferente, no rutinaria, experimentando nuevos comportamientos percibidos como alternativas a la acción*³⁶. Cuando se le preguntó sobre el motivo del cambio, el enfermero atribuyó la mejora al grupo focal.

El presente estudio no fue diseñado para ser una investigación-acción, pero el grupo focal brindó a los profesionales la oportunidad de dialogar sobre los problemas y conflictos que surgen en el trabajo. Este diálogo puede haber llevado al autodiagnóstico de las formas de actuar. El mismo proceso de reflexión debería fomentarse mediante reuniones de equipo.

Consideraciones finales

Algunas formas de actuar imponen barreras para la resolución de conflictos y a veces incluso catalizan otros problemas, lo que puede fragmentar las relaciones entre profesionales, perjudicando la producción de cuidados. Por el contrario, la acción comunicativa, dirigida al éxito colectivo y a la armonización de los intereses individuales, amplía las posibilidades de coordinar las acciones sobre la base del entendimiento y el acuerdo común. Cuando se establecen colectivamente, las normas de acción comienzan a guiar la conducta de acuerdo con el interés común. En consecuencia, se hace más fácil resolver no solo el conflicto, sino también los problemas que lo originaron. Por esta razón, la acción comunicativa debe ser uno de los atributos de los equipos de salud de la familia.

El encuentro es un espacio privilegiado, que estimula la acción comunicativa y favorece la resolución de problemas y conflictos. Sin embargo, no siempre es posible establecer normas morales mediante el diálogo, especialmente cuando los profesionales actúan estratégicamente de manera disfrazada. Otro factor que dificulta la resolución de problemas y conflictos es la desorganización y devaluación de estos momentos de comunicación, así como el largo período entre una reunión y otra en el caso de las reuniones de equipo. Además de perder una oportunidad para resolver conflictos, los profesionales que faltan las reuniones pierden un momento en el que pueden reconocerse como parte del equipo. La falta de ese reconocimiento debilita el compromiso y la solidaridad, lo que dificulta la comprensión y el acuerdo. Para tratar de revertir el escenario mencionado, es necesario rotar reuniones semanales *entre* equipos y *de* equipo y la sensibilización de los profesionales sobre la importancia de estas reuniones,

que formam parte do processo de trabalho e devem levar-se a cabo com critérios.

La acción comunicativa y la ética del discurso buscan universalizar los comportamientos con la comprensión y formulación consensuada de normas. Dadas sus características, estos fundamentos teóricos se pueden aplicar en situaciones prácticas

y cotidianas de un equipo de salud, especialmente en la resolución de conflictos. Sin embargo, alcanzar la comprensión mutua y el acuerdo a través del diálogo requiere solidaridad y compromiso. Es necesario reconocer la importancia del otro en la producción del cuidado y buscar siempre lo que es mejor y más justo para el equipo y para el usuario del sistema.

Referencias


1. Cashman SB, Reidy P, Cody K, Lemay CA. Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams. *J Interprof Care* [Internet]. 2004 [acesso 27 jan 2021];18(2):183-96. DOI: 10.1080/13561820410001686936
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 27 jan 2021]. p. 19. Disponível: <https://bit.ly/33uvipU>
3. Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso 27 jan 2021];22(1):132-40. Disponível: <https://bit.ly/3y1ydVb>
4. Atwal A, Caldwell K. Do all health and social care professionals interact equally: a study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2005 [acesso 27 jan 2021];19(3):268-73. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2005.00338.x
5. Habermas J. Ética do discurso. Lisboa: Edições 70; 2014.
6. Zoboli ELCP. Bioética e Atenção Básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família [tese] [Internet]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003 [acesso 27 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3bhvb5c>
7. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2011.
8. Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2008 [acesso 27 jan 2021];32(4):482-91. Disponível: <https://bit.ly/3uOQx1X>
9. Rego S. Contribuições da bioética para a saúde pública. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 [acesso 27 jan 2021]; 23(11):2530-1. Disponível: <https://bit.ly/3o4KPWU>
10. Schramm FR. Bioética, biossegurança e a questão da interface no controle das práticas da biotecnologia: uma introdução. *Rev Redbioét/UNESCO* [Internet]. 2010 [acesso 27 jan 2021];1(2):99-110. p. 106. Disponível: <https://bit.ly/3y19Qa7>
11. Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
12. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa, I: racionalidad de la acción y racionalización social. Madrid: Taurus; 1999.
13. Conte E, Martini R. Habermas e a educação: aporias sobre a performance. In: Lima CRM, Gómez MNG, editores. *Diálogos habermasianos* [Internet]. Rio de Janeiro: IBICT; 2010 [acesso 27 jan 2021]. p. 280. Disponível: <https://bit.ly/3o4SDbe>
14. Habermas J. Verdade e justificação: ensaios filosóficos. São Paulo: Loyola; 2004.
15. Bourdieu P. Esboço de uma teoria da prática. In: Ortiz R, editor. *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática; 1983. p. 46-81.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
17. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [acesso 27 jan 2021];15(1 Supl):1509-20. p. 1519. DOI: 10.1590/S1413-81232010000700063
18. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *J. interprof. care*. [Internet]. 2011 [acesso 27 jan 2021]; 25:4-10. DOI: 10.3109/13561820.2010.497750
19. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde* [Internet]. 2010 [acesso 27 jan 2021];34(1):92-6. Disponível: <https://bit.ly/33v0LZd>

20. Navarro ASS, Guimarães RLS, Garanhani ML. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2013 [acesso 27 jan 2021];17(1):61-8. DOI: 10.5935/1415-2762.20130006
21. Franco TB, Merhy EE, editores. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. São Paulo: Hucitec; 2013.
22. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2015 [acesso 27 jan 2021];20(8):2511-21. DOI: 10.1590/1413-81232015208.11652014
23. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, editores. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS; 2009. p. 29-74.
24. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2005 [acesso 27 jan 2021];13(2):262-8. p. 267. Disponível: <https://bit.ly/3feBDvk>
25. Habermas J. A ética da discussão e a questão da verdade. São Paulo: Martins Fontes; 2013. p. 15.
26. Rouanet SP. Ética iluminista e ética discursiva. Revista Tempo Brasileiro. 1989;98:23-78.
27. Freitag B. Dialogando com Jürgen Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2005.
28. Vázquez AS. Ética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2008.
29. Habermas. 1999. p. 41.
30. Habermas J. A inclusão do outro: estudos de teoria política. São Paulo: Loyola; 2002.
31. Sargeant J, Loney E, Murphy G. Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team. J Contin Educ Health Prof [Internet]. 2008 [acesso 27 jan 2021];28(4):228-34. DOI: 10.1002/chp.189
32. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. Hum Resour Health [Internet]. 2013 [acesso 27 jan 2021];11. DOI: 10.1186/1478-4491-11-19
33. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. Int J Nurs Stud [Internet]. 2008 [acesso 27 jan 2021];45(1):140-53. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015
34. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2008 [acesso 27 jan 2021];42(2):256-61. Disponível: <https://bit.ly/2R7jPKg>
35. Zanchett S, Dallacosta FM. Percepção do profissional da saúde sobre a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar na atenção básica. Rev Interdiscip Estud Saúde [Internet]. 2015 [acesso 27 jan 2021];4(2):145-53. Disponível: <https://bit.ly/3ezkhK9>
36. Moscovici F. Competência interpessoal no desenvolvimento de gerentes. Rev Adm Emp [Internet]. 1981 [acesso 27 jan 2021];21(2):17-25. p. 17. Disponível: <https://bit.ly/3eCwrSw>

Juliana Marin - Doctora - jubsmarin@yahoo.com.br

 0000-0001-5306-1294

Carlos Dimas Martins Ribeiro - Doctor - dimasmribeiro@gmail.com

 0000-0002-3838-5239

Correspondencia

Juliana Marin - Rua Marquês do Paraná, 303, 4º andar, Centro
CEP 24030-210. Niterói/RJ, Brasil.

Participación de los autores

Juliana Marin concibió la investigación, recolectó y analizó los datos y escribió el artículo. Carlos Dimas Martins Ribeiro dirigió el estudio y fue el responsable de la revisión crítica del artículo.

Recibido: 5.3.2020

Revisado: 30.4.2021

Aprobado: 4.5.2021