



PESQUISA

Problemas e conflitos bioéticos da prática em equipe da Estratégia Saúde da Família

Juliana Marin¹, Carlos Dimas Martins Ribeiro¹

1. Universidade Federal Fluminense (UFF), Programa de Pós-graduação (PPGBios), Departamento de Planejamento em Saúde, Niterói/RJ, Brasil.

Resumo

O objetivo deste trabalho é analisar a gênese e expressão de problemas e conflitos éticos que emergem durante o trabalho de uma equipe da Estratégia Saúde da Família. Esta investigação qualitativa considera três etapas de operacionalização: etnografia, entrevista e grupo focal. O principal problema ético encontrado é o descompromisso de profissionais em relação a outros profissionais e paciente, o que, por consequência, desencadeia outros problemas éticos, como absenteísmo, procrastinação e fragmentação da equipe. A origem desses problemas está relacionada à ausência de razoável competência interpessoal, a necessidades profissionais não atendidas, à hierarquia e à pouca maturidade psicológica. Sendo assim, são necessárias estratégias de intervenção tanto na gênese quanto nos problemas e conflitos éticos para que o trabalho em equipe não se estabeleça em pseudoequipe em detrimento do cuidado.

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

Resumen

Problemas y conflictos bioéticos de la práctica en equipo de la Estrategia Salud de la Familia

El objetivo de este estudio es analizar la génesis y la expresión de los problemas y conflictos éticos que surgen durante el trabajo de un equipo de la Estrategia de Salud Familiar. Esta investigación cualitativa contempla tres etapas de operacionalización: etnografía, entrevista y grupo focal. El principal problema ético encontrado es la falta de compromiso de los profesionales en relación con otros profesionales y con el paciente, lo cual, en consecuencia, desencadena otros problemas éticos, tales como el absentismo laboral, la dilación profesional y la fragmentación del equipo. El origen de estos problemas está relacionado con la ausencia de una competencia interpersonal razonable, las necesidades no satisfechas de los profesionales, la jerarquía y la baja madurez psicológica. Por lo tanto, se necesitan estrategias de intervención, tanto en la génesis como en los problemas y conflictos éticos, para que el trabajo en equipo no se establezca en un pseudo-equipo en detrimento del cuidado.

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

Abstract

Problems and bioethical conflicts in the work of a team from Estratégia Saúde da Família

The objective of this work is to analyze the genesis and expression of ethical problems and conflicts that emerge during the work of a *Estratégia Saúde da Família* team (Family Health Strategy). This qualitative research considers three stages of operationalisation: ethnography, interview and focus group. The main ethical problem found is the lack of commitment of professionals in relation to other professionals and patients, which, consequently, triggers other ethical problems, such as absenteeism, procrastination and team fragmentation. The origin of these problems is related to the absence of reasonable interpersonal competence, unanswered professional needs, hierarchy and low psychological maturity. Thus, intervention strategies are necessary both in the genesis and in the problems and ethical conflicts in order that teamwork is not established in a pseudo-team at the expense of patient care.

Keywords: Primary health care. Family Health Strategy. Patient care team. Bioethics. Ethics.

Aprovação CEP-HUAP/UFF 1.388.580/2016

Declararam não haver conflito de interesse.

Equipe é um grupo de pessoas com alto grau de interdependência e com objetivo em comum a ser alcançado por meio de trabalho conjunto¹. *Trabalho em equipe*, portanto, é atividade produtiva exercida pela interação entre pessoas e pela articulação de tecnologias de distintas áreas do saber, sendo elemento essencial para o cuidado em seu respectivo ponto de atenção à saúde. Assim, o compromisso de cada profissional é fundamental, sendo que todos, com suas habilidades complementares, devem se considerar corresponsáveis por um propósito².

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), a ideia de organizar o processo de trabalho mediante cooperação interdisciplinar promove complementaridade entre saberes e ações. Equaciona a expectativa de aumentar a capacidade de resolução dos problemas de saúde pela oferta de ações integrais à população adstrita a determinado território³, em perspectiva que envolve compromisso ético de responsabilização e vínculo.

Nesse sentido, cabe a cada equipe da ESF desenvolver seu processo de trabalho com base nos propósitos dessa estratégia a fim de alcançar o objetivo almejado, ou seja, o cuidado do paciente. Entretanto, esse processo pode ocorrer de diversas formas pela intercessão de diferentes modos de agir dos profissionais, em relação a outros profissionais e ao paciente, e, nesse arranjo, há risco de problemas e conflitos éticos.

Sem pretender exaurir ou restringir qualquer significado, entende-se por problema bioético situação que impeça ou dificulte o cuidado caracterizado por valores como responsabilidade, compromisso e respeito. Por conflito bioético entende-se a desagregação da relação entre dois ou mais indivíduos a partir da formulação de juízo moral sobre a ação que violou os valores que deveriam ter sido empregados para a efetivação do cuidado. Mas esse mesmo conflito pode operar envolvendo uma única pessoa, que, muitas vezes, está diante de situação cuja solução pode requerer priorizar determinado valor em detrimento de outro.

Diversos estudos⁴⁻⁷ classificam como problemas éticos a dificuldade de delimitar papéis e funções de cada membro da equipe de saúde; a falta de respeito entre integrantes da equipe; a inexistência de companheirismo e colaboração entre profissionais; e o desrespeito à confidencialidade das informações do usuário. Tais problemas éticos trazem consequências negativas tanto para profissionais quanto para pacientes, e para a formação do vínculo entre equipe e usuários⁷, e têm potencial para gerar conflitos éticos.

De fato, a atenção primária em saúde, na perspectiva da ESF, é espaço de cuidado característico⁸ e, portanto, na mesma proporção, seus problemas éticos também são específicos e relacionados prioritariamente às relações interpessoais de produção de cuidado. Na atenção terciária de saúde, ao contrário, surgem questões dilemáticas pautadas, fundamentalmente, nos limites de uso da biotecnologia, que, apesar de ser questão pungente, está distante da prática habitual na ESF⁹.

Dessa maneira, problemas e conflitos éticos são vivenciados e produzidos de forma particular em cada âmbito da assistência⁵, e, assim, questões éticas emergem dos problemas singulares que advêm de cada ponto da atenção à saúde, de modo sensível e característico à sua respectiva densidade tecnológica. Com essa perspectiva, o objetivo deste trabalho foi analisar a gênese e a expressão de problemas e conflitos éticos que surgem no processo de trabalho de uma equipe da ESF.

Método

O foco principal da pesquisa foi trabalhar com indivíduos que refletissem, a partir de seus posicionamentos, a *totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo*¹⁰. Para tanto, considerou-se na escolha da equipe multiprofissional o acúmulo de experiências de trabalho entre seus membros e sua composição, expressos (1) no maior tempo de convivência entre os membros da equipe de ESF e (2) na presença de um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de saúde bucal (ASB), um técnico de enfermagem e, no mínimo, dois agentes comunitários de saúde (ACS), entre as várias equipes de ESF do município de Niterói/RJ. A seleção se deu a partir de informações fornecidas por funcionário do Núcleo de Educação Permanente da Fundação Municipal de Saúde.

Posteriormente, no primeiro contato com a equipe, identificou-se que esses profissionais trabalhavam em conjunto há aproximadamente dois anos e meio, sendo que o médico, o técnico de enfermagem, o enfermeiro e os dois ACS trabalhavam juntos há quatro anos. Os sete profissionais concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A escolha pela etnografia se justifica pela tentativa de lançar olhar ampliado sobre o processo de trabalho da equipe. Buscou-se observar e coletar o maior número possível de informações para subsidiar a pesquisa, construindo conhecimento empírico

pela aproximação com a realidade dos participantes, de seu universo de relações, representações, percepções, opiniões, atitudes, na concretização do seu agir, a partir da realidade vivida e partilhada com os seus semelhantes¹¹.

A etnografia teve início no dia 15 de fevereiro de 2016. O acompanhamento da equipe foi realizado às segundas e terças-feiras no período da tarde e às quartas-feiras no período da manhã (quando havia maior movimento na unidade, de acordo com os profissionais). Eventualmente havia troca aleatória desses períodos por outros, totalizando 41 períodos e aproximadamente 164 horas de observação, o que perfaz quase sete dias completos, sendo que o último dia de acompanhamento foi 31 de maio de 2016.

Como a realidade de cada indivíduo vai além de um conjunto de dados materiais e fatos observáveis, é necessário entender como esses fatos influenciam as pessoas neles envolvidas¹². Por isso, a segunda etapa da investigação compreendeu entrevista com cada membro da equipe, a partir de roteiro semiestruturado. As entrevistas, que totalizaram aproximadamente oito horas, foram realizadas após a etnografia, o que permitiu adequar o roteiro à realidade da equipe.

Após as entrevistas individuais realizou-se ainda grupo focal com os participantes, o que permitiu investigar suas relações e interações. Exceto pelo dentista, que nesse ínterim foi transferido para a assistência de outro território, o grupo focal permitiu comparar posicionamentos individuais em relação aos temas levantados nas entrevistas, além de verificar a dinâmica das inter-relações no que tange à troca de ideias sobre a atividade profissional. O grupo focal teve duração aproximada de uma hora e meia.

Buscou-se, com o método adotado, obter informações de caráter qualitativo em profundidade para a reflexão sobre o contexto em que os participantes estão imersos, alicerçando a construção coletiva de conhecimento aplicável. Para a fidedignidade dos registros, as entrevistas foram gravadas e o grupo focal filmado. Os relatos foram transcritos pela pesquisadora.

Para preservar sua identidade, os participantes foram numerados sequencial e aleatoriamente em algarismos arábicos de 1 a 7. Além disso, algarismos romanos foram utilizados para distinguir dois grupos, de acordo com o nível de escolaridade: I para profissionais de nível superior (enfermeiro, médico e dentista) e II para profissionais de nível técnico, médio e fundamental (técnico de enfermagem, ACS e ASB). Para análise do material, utilizou-se análise

temática para *descobrir os núcleos de sentido [da] comunicação cuja presença ou frequência significa alguma coisa para o objeto analítico visado*¹³.

Resultados e discussão

Gênese dos problemas e conflitos éticos na equipe

A unidade de saúde é composta por quatro equipes que totalizam 24 profissionais. Cada equipe é constituída por um enfermeiro, um técnico de enfermagem, dois ACS, um médico, um dentista e um ASB, contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho, sendo que os dois últimos atuam em duas equipes.

Na equipe estudada, responsável por aproximadamente 2.500 pessoas no território, a média mensal de consultas agendadas é de 114 para o médico, 31 para o enfermeiro e 192 para o dentista. A média mensal de pacientes que não compareceram à consulta é, respectivamente, 25, 9 e 53, quantidade que pode ser justificada pela distância entre o dia do agendamento e a data da consulta.

Além das consultas clínicas, esses profissionais realizam visita domiciliar e ações de promoção da saúde e prevenção no território em períodos predefinidos, conhecidos como “horários de campo”. Na maior parte do tempo, o enfermeiro se dedica a atividades gerenciais, que, com as assistenciais, são práticas que norteiam seu trabalho pelas características de sua formação, como expresso a seguir:

“Nós gerenciamos porque, de formação, a gente acaba saindo formado como gerente, como um administrador, mas teoricamente eu não sou gerente e nem gestor da unidade, sou enfermeiro”.

Esse profissional reconhece que em sua prática exerce atividades de caráter gerencial e administrativo na equipe, pelas características de sua formação, mas não assume formalmente essa ocupação, embora tenha prática clínica restrita justamente para assumir a gerência da unidade. A equipe o reconhece como líder democrático, que escuta, conduz o processo de trabalho e se apropria de problemas para resolvê-los:

“Ela [enfermeira] é muito proativa” (1I);

“A enfermeira escuta, ela pondera, ela mostra o que ela quer e você faz – ou não faz, mas que você mostre o porquê você não fez, então, assim, ela tem essa escuta” (2II);

“Eu acho a enfermeira [nota] dez, você fala e ela sempre tenta resolver, é uma pessoa que te escuta, você fala com ela, se ela tiver que chamar a atenção, na maciota ela chama a atenção, mas é aquela chamada de atenção que às vezes você nem toma por sermão, né? Porque eu acho que ela sabe, ela sabe lidar com o grupo (...) quer resolver alguma coisa? Vai direto a ela (...) ela lidera muito bem mesmo, faz o serviço muito bem (...) ela é o alicerce da equipe” (511).

O enfermeiro exerce função primordial para a coesão do grupo, ocupando o papel de líder e membro da equipe que age com flexibilidade e reconhecimento do outro e da situação interpessoal. De acordo com Moscovici, essa aptidão de lidar de forma eficaz com outras pessoas de maneira adequada às necessidades de cada uma e às exigências de cada situação¹⁴ é denominada “competência interpessoal”, e foi reconhecida pelos profissionais, durante o grupo focal, como componente fundamental para o trabalho em equipe. Apesar do assentimento quanto à sua importância para o trabalho em equipe e para a produção do cuidado, alguns membros do grupo não têm razoável competência interpessoal¹⁵, o que prejudica o desenvolvimento do processo de trabalho e compromete a cooperação em equipe:

“Existem aquelas [pessoas] muito complicadas, você vai falar [e] quase que arruma confusão (...) existem outras que você fala, entra por um ouvido [e] sai pelo outro, finge que não tá te ouvindo, você tem que falar inúmeras vezes a mesma coisa, ir atrás, pedir a mesma coisa (...) então é uma pessoa difícil, e se você insiste [ela] começa a achar ruim” (511);

“Tem uma pessoa só que é mais difícil de lidar um pouquinho, por se achar autossuficiente, só, mais aí eu não peço nada pra essa pessoa entendeu? (...) Eu não peço nada, falo: ‘bom dia, boa tarde e boa noite’, mas só peço assim, não tem ninguém pra eu pedir, peço pra ela, entendeu? Eu falo com ela, eu não deixo de falar (...), mas aí flui normal, tipo um casamento falido, você fica lá, eu fico aqui, a gente vai morar no mesmo teto, mas acabou, é mais ou menos isso, entendeu?” (41).

Não há como estabelecer compromisso com a produção de cuidado se não há reconhecimento interpessoal e flexibilidade perceptiva e comportamental, pois sem razoável competência interpessoal dos membros do grupo, o trabalho em equipe não se concretiza¹⁵. Nesta pesquisa, outro fator que pode

contribuir para descompromisso do profissional é a não satisfação de suas necessidades, especialmente a de segurança¹⁶, associada, neste estudo, à remuneração, que nem sempre é suficiente para subsistência digna¹⁷. A questão da remuneração foi apontada por profissional de nível superior da equipe durante conversa informal na unidade, que se referiu à discrepância entre seu salário e o do médico e as queixas recorrentes de outros profissionais sobre baixa remuneração.

Como toda necessidade não satisfeita é motivadora de comportamento¹⁸, acreditamos que a desigualdade salarial entre profissionais e baixos salários são fatores latentes para o descompromisso nesse modelo de atenção, no qual o médico ganha, geralmente, salário muito superior ao dos outros profissionais^{17,19-22}. Geralmente, isso se justifica pela dificuldade de captação e fixação desse profissional, mas isso não pode legitimar os salários muitas vezes aviltantes que são pagos para os outros membros do grupo.

A remuneração diferenciada atrai o médico para a ESF e isso, na maioria das vezes, não leva em consideração a sua formação profissional generalista²³. Esse quadro pode contribuir para que a atividade profissional se torne instrumento para satisfazer interesses pessoais e egoístas, despojando-a assim de sua significação social e moral²⁴, contribuindo para que o trabalho em equipe não se concretize. A dificuldade de captação e fixação do médico na ESF é associada ao número reduzido de profissionais no mercado dispostos a fazer carreira nesse modelo de atenção, o que faculta a esse profissional autonomia e poder que tensionam a gestão, pois sem o médico não há “equipe” de ESF.

Na equipe, o poder circula como subjetividade dominante²⁵, estruturado no saber específico de cada profissional. No caso do médico, o saber específico de sua profissão atribui a ele autonomia técnica e o título de perito na arte de corrigir e melhorar o “corpo social” e mantê-lo em um permanente estado de saúde²⁶. Isso oportuniza autogestão, que produz isolamento e dificulta a construção de uma subjetividade capaz de integrar desejos e interesses de distintos sujeitos²⁷.

“Essa parte de a doutora às vezes fazer o que ela quer, sem nos ouvir, resolver as coisas da forma dela, sem nos ouvir... não é porque ela é médica que as coisas têm que ser resolvidas da forma que ela quer, nós somos uma equipe. Isso traz problemas, traz conflitos” (311).

Esse poder é dissimulado como hierarquia, outro fator que compromete a efetivação do trabalho em equipe:

“Ele é hierárquico, ele [médico] está acima. (...) Se ele é agente [comunitário de saúde], você está querendo pisar, por quê? Tem que ser respeitado como pessoa, como indivíduo; independente de ter uma posição maior que o outro, tem que respeitar” (6II).

Essa frase coloca o médico no topo da hierarquia, pelo poder que exerce, e o ACS como sujeito subordinado. Profissionais de nível universitário também reconhecem a autoridade médica pela sua influência sobre os membros do grupo. Assim, como apontado por outros autores²⁸, as relações entre os profissionais são definidas em termos hierárquicos e, como indica Campos²⁹, a hierarquia centrada no médico compromete a concretização do trabalho em equipe. Tal organização de poder incide na desvalorização dos outros saberes e na falta de reconhecimento da interdependência necessária ao trabalho em equipe³⁰. Essa perspectiva provoca também a hierarquização de importância das práticas e dos saberes, como apresentado na fala de um profissional de nível superior:

“Às vezes, (...) eu poderia me preocupar [com] coisa pequena, [mas] eu vou me preocupar com coisa maior, coisa mais importante e deixar de repente pra ACS fazer uma busca de alguma coisa; em vez de eu buscar, eu ligar, eu faço outra coisa e ela busca o paciente” (4I).

De fato, no trabalho em equipe deve haver divisão de tarefas, mas esse profissional de nível superior apresenta visão desvirtuada sobre a ação que exige menor complexidade e, por esse motivo, é atribuída ao ACS, que a exerce não porque é *menos importante* ou *pequena*, mas por estar apto a exercê-la.

Outro fator que pode estar associado ao descompromisso é a maturidade profissional, que é a capacidade técnica e a *disposição das pessoas em assumir responsabilidades de dirigir seu próprio comportamento* para determinada tarefa, ou seja, *um indivíduo não é maduro ou imaturo num sentido total. Todas as pessoas tendem a ser mais ou menos maduras em relação a uma tarefa*³¹.

A capacidade técnica para realizar certa tarefa está associada à *maturidade de trabalho*, enquanto a disposição para sua realização liga-se à *maturidade psicológica*³¹. Este estudo apontou baixa maturidade psicológica, associada, portanto, à falta

de disposição para assumir responsabilidades sobre determinada tarefa:

“Tem que ter maturidade, né? E algumas pessoas têm, outras pessoas não têm. Muitas vezes [o profissional] não segue a rotina de trabalho (...) por achar que não tem muita importância, por não dar muito valor, aí às vezes isso atrapalha um pouco” (7I).

A pouca maturidade psicológica de um indivíduo aprofunda o hiato no grupo por induzir a perda da dimensão da importância de seu trabalho e de sua contribuição para concretizar o trabalho em equipe. Em contrapartida foi enfatizada a maturidade do profissional de enfermagem, que, apesar de não assumir formalmente a ocupação de gerente, realiza essa tarefa com excelência em benefício da equipe.

É importante observar que exercer sua função, mas de forma desarticulada com outros profissionais, e limitar-se a determinada etapa da produção de cuidado expressaria certo descompromisso, pois, de acordo com Franco, Bueno e Merhy, *como não há interação, não haverá compromisso com resultado*³². De fato, não basta que o profissional exerça sua atribuição sem se responsabilizar por todas as etapas do cuidado. Ao contrário, deve se comprometer com o usuário e com os outros profissionais, em um *pacto de cuidados*³³, partilhando a responsabilidade para a produção do cuidado em saúde como um todo. Se não há trabalho em equipe, não há produção de cuidado de acordo com os propósitos da ESF.

Cabe salientar que *o cuidado é parte de toda a ética*³⁴ e se estabelece no exercício do compromisso do *si-com-o-outro* e do *si-mesmo-como-outro*, implicando atitude inter-relacional de cuidado³⁵. Cada profissional sabe o que deve ser feito, mas, em muitos casos, não assume o compromisso para desenvolver o trabalho em equipe e produzir o cuidado. Isso é exemplificado a seguir, em trecho de diálogo extraído do grupo focal em que profissionais de nível médio se referem, de forma indireta, a profissional do mesmo nível e a outro de nível superior, embora dois atores do diálogo também tenham sido apontados nas entrevistas individuais como sujeitos que não se comprometem com determinadas tarefas:

“Cada um sabe o que tem que fazer; agora, se faz, aí é complicado...” (2II)

“Exatamente, isso daí pode dar aquela coisa de às vezes a gente reclamar...” (5II)

“Isso!” (2II)

“Então, não que a gente vai brigar, mas a gente discorda e a gente reclama (...) não chega a ser brigando, mas a gente não concorda com aquilo” (5II)

“A gente fica chateado mesmo...” (3II)

“Fica” (5II).

Os afetos de cada indivíduo são a base de seu discernimento sobre algo, ajudando-o a definir determinada situação como moral ou não. Assim, por exemplo, indignação e mágoa são sentimentos caracteristicamente morais que fazem parte da reação a atitudes alheias que desrespeitam norma moral válida³⁶, essencial para todos que se encontram *na situação em que a norma é aplicável*³⁷. Quando profissionais discordam de determinada ação, expressam juízo de obrigação moral, que é a atribuição de valor, de acordo com seu sentimento moral, em relação a ato que tenha consequências que afetam o outro²⁴.

O descompromisso afeta tanto o outro profissional quanto o paciente. Nesse caso, a obrigação de assumir compromisso com equipe e usuário não é apenas norma institucional, externa ao indivíduo, mas também interna, *uma auto-obrigação que alguém reconhece em consciência*³⁸: “A equipe não pode pensar diferente. Quando pensa diferente... eu sei que cada um tem um pensamento, cada um tem uma maneira de trabalhar, de agir, mas aqui o objetivo é um: as pessoas estão vindo buscar alguma resposta, [e] a gente tem que dar alguma resposta, a gente tem que cuidar do paciente” (3II).

Impõe-se o que deve ser feito e como deve ser feito ao indivíduo, mas, por vezes, apenas em certa medida³⁹. O modo de agir e pensar a produção de saúde – influenciado pela ausência de razoável competência interpessoal, pelas necessidades não atendidas dos profissionais, pela hierarquia entre membros da equipe e pela baixa maturidade psicológica – tensiona e modula o *modus operandi* da equipe, comprometendo o cuidado com o paciente.

Assim, o descompromisso bioético de profissionais entre si e com os usuários compromete não apenas a dimensão moral do trabalho em equipe como também da produção do cuidado, uma vez que afeta diretamente a resolutividade da ESF. Esse descompromisso também assume dimensão política, pois a equipe, enquanto estrutura de produção do cuidado, é a materialização da política pública que põe em prática e possibilita efetivar os direitos sociais, manifestando de forma eficiente os princípios régios constitucionais do sistema de saúde brasileiro.

Em síntese, a ausência de razoável competência interpessoal, as necessidades não atendidas dos profissionais, a hierarquia que opera por relações de poder que impedem a expressão do trabalho dos diferentes membros da equipe e a baixa maturidade psicológica são elementos centrais que originam o descompromisso em relação a outros profissionais e ao paciente, caracterizando-se como problema bioético principal.

As razões do descompromisso até aqui apontadas não remetem exclusivamente ao perfil de trabalho na ESF. Neste estudo, tais motivos também são manifestações de embate de interesses e de poderes entre trabalhadores e entre eles e a gestão. Os interesses não podem ser anulados, nem devem, mas podem ser legitimados e administrados no *modo de compô-los na prática* para constituição do compromisso⁴⁰. Ao mesmo tempo, a gerência de processos institucionais pautada no trabalho vivo possibilitaria incorporar todos os profissionais da equipe nesses processos e os aproximaria dos gestores, para operacionalizar gestão colegiada que explore o protagonismo do coletivo de trabalhadores⁴¹.

Além da administração de interesses, essa cogestão possibilitaria a democratização do poder e, por consequência, a reconstrução da subjetividade, pela confrontação entre envolvidos e entre eles e a realidade que vivenciam²⁵. A partir do descompromisso derivam outros problemas bioéticos expressos no cotidiano de trabalho dos profissionais, como o absenteísmo, a procrastinação e a fragmentação. Por decorrerem do descompromisso, também têm suas razões na ausência de razoável competência interpessoal, nas necessidades não atendidas dos profissionais, na hierarquia e na baixa maturidade psicológica. Esses problemas bioéticos têm o potencial de agir como catalisadores de conflitos éticos.

Expressão de problemas e conflitos éticos na equipe

- Absenteísmo

Refere-se à soma dos períodos em que os profissionais estão ausentes do trabalho, *seja por falta, atraso ou algum motivo interveniente*⁴². Essa multifatorialidade contribui para aumentar sua complexidade⁴³. Quando a ausência não é planejada, *desorganiza o serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre os trabalhadores presentes e consequentemente diminui a qualidade da assistência prestada ao paciente*⁴⁴, mesmo que a ausência seja por motivo de doença.

Quando o absenteísmo se torna ação condenável por outros profissionais, expressando negligência com o trabalho em equipe e com a produção do cuidado, é considerado problema bioético, consequência direta do descompromisso. O absenteísmo na equipe estudada foi atribuído quase que exclusivamente a um profissional, que, quando falta, requer o remanejamento dos pacientes para outros profissionais, causando sobrecarga, ou novo agendamento, o que gera insatisfação dos pacientes e queixas dirigidas aos profissionais presentes.

“era pra [4I] ficar em horário integral. 4I atende de manhã, [e] na parte da tarde é pra 4I continuar no posto, [como] os outros profissionais ficam, independente de não estarem atendendo, têm que ficar... 4I atende de manhã, [e] à tarde, sempre quando tem treinamento, reuniões, na maioria das vezes 4I não fica” (31I);

“Numa reunião, não ficar, não querer ficar, não achar necessário ficar, isso aí... [4I] acaba deixando, não dá sua opinião do que é certo ou errado, mas também não faz” (21I).

Outra questão levantada em entrevista foi a pontualidade dos profissionais de nível superior. Com o gravador desligado, um profissional de nível superior se queixou do horário de chegada ao trabalho, questionando o motivo pelo qual sua categoria profissional deveria chegar às 8 horas na unidade se começaria a atender pacientes somente após a pré-consulta.

Apesar de demonstrar incômodo pela cobrança por pontualidade, provavelmente por parte da gestão, essa questão não foi levantada direta ou indiretamente por outros profissionais como problema na equipe. Ao contrário, parece ser natural para os participantes que profissionais de nível superior cheguem após o horário de início do trabalho, como observado na unidade. Isso se comprova na fala de 5II, que se refere ao atraso de 1I não como crítica dirigida a ele, mas para demonstrar a intolerância de paciente que não aceitava o atraso desse profissional:

“Nós marcamos ele [paciente] [às] 8 horas. 1I não chega oito em ponto, chega oito e pouquinho, oito e quinze, oito e vinte, aí ele: ‘ah, mas porque eu tô marcado pra oito horas, e porque não sei o quê, porque eu vou querer ser atendido, porque meu horário era oito’... Aí eu falei: ‘não, o senhor vai ser atendido, o senhor vai ser atendido. Quando 1I chegar o senhor vai ser o primeiro, não interessa se chegar

nove horas, o senhor vai ser o primeiro’. Aí ficou reclamando, reclamando: ‘porque é uma falta de respeito’” (5II).

O agir motivado pela disposição de *respeitar o outro como um ser autônomo e digno* é uma questão prioritária do trabalho de humanização [que] está pautado em fortalecer este comportamento ético⁴⁵. Nesse sentido, a pontualidade exerce importante papel na humanização do cuidado e para construção do vínculo, expressando compromisso bioético do profissional em relação ao paciente vulnerado ou não.

• Procrastinação

É o comportamento de adiar tarefas ou deixá-las para depois⁴⁶. Estudos brasileiros sobre o tema são escassos⁴⁷, especialmente em relação aos trabalhadores da ESF. A procrastinação está relacionada ao comportamento de profissionais em relação ao processo de trabalho, e prejudica diretamente o usuário:

“O que mais me incomoda dentro da equipe geralmente é isso, quando o paciente quer resolver um problema e a outra pessoa tá ali agarrada, sabe? Não resolve o problema: ‘ah, não, depois vem’. Eu até falo, eu fico irritada (...) não custa resolver logo o problema [do paciente], sabe? E tem muita gente aqui que faz isso” (1I).

O paciente procura o serviço com a expectativa de ter seu problema resolvido. Assim, no mínimo, na perspectiva de trabalho na ESF, o profissional deveria acolher o paciente e ouvir suas demandas de forma humanizada. Porém, em determinados casos, até nos mais simples, que poderiam ser resolvidos de imediato, o profissional que está em horário de campo, mas sem demandas externas, e se encontra ocioso ou em tarefas não assistenciais na unidade, não se apresenta disponível para atendimento:

“Teve outro dia um paciente pra marcar [consulta], aí [o profissional]: ‘ah, meu horário de campo...’ E eu falei: ‘marca ele rapidinho’. Aí [o profissional] pegou a agenda, sentou, marcou, né? Fez, mas aí ficou ‘já viu disso? Meu horário de campo [e] tô aqui marcando, horário de campo’ aí fica repetindo sabe, como se fosse...” (1I);

“Tinha um paciente [esperando para ser atendido] (...) [e o profissional] não estava em horário de consultório (...): ‘eu estou em horário de campo’ (...). Já foi dito diversas vezes: ‘se você está em horário de

campo, mas está dentro do módulo, você não está na rua, você tem que trabalhar, você vai atender o paciente' e isso não acontece, não acontece mesmo! (...) E isso a gente encontra muito (...). Às vezes tá ali: 'eu estou em horário de campo', mas tá ali no telefone [celular] e a pessoa [paciente] tá ali vendo aquilo. Então já teve muitas discussões aqui dentro, inclusive com relação a isso, porque o paciente acaba se estourando e vai aguentando, aguentando, aguentando, tem uma hora que ele vê que parece um deboche com ele, que ele tá ali toda vida e a pessoa tá fazendo pouco caso que ele tá ali" (511).

Assim, em determinadas situações, não há humanização pela ausência de compromisso bioético, que incorre no prejuízo do cuidado e na perda da confiança por parte do paciente em relação ao profissional, à equipe e à própria ESF. Outra possível consequência da procrastinação é que, ao deixar de ser atendido, o paciente é compelido a procurar as emergências de policlínicas ou hospitais, que não deveriam receber esse tipo de demanda da atenção básica. Ainda, a procrastinação não ocorre apenas na unidade, mas estende-se também ao campo:

"Nas VD, nas visitas [domiciliares], a gente sai pra visitar, mas [o profissional] escolhe, está com uma lista pra poder visitar, [e] se a gente não ficar em cima, faz duas, três visitas; se tem cinco, às vezes, se você deixar, vai fazer só duas ou três e o resto deixa pra depois. Não pode!" (311).

O cuidado não pode ser procrastinado, pois quando o profissional trabalha com saúde pública, assume compromisso bioético com as políticas públicas, com a gestão, com seus colegas e, principalmente, com os usuários do sistema. A procrastinação do profissional também pode ter efeitos indiretos sobre o usuário, quando um membro do grupo deixa de fazer alguma tarefa que lhe é atribuída e compromete o trabalho de outros profissionais:

"A menina [paciente] veio marcar consulta, mas cadê o número do prontuário? 'Ah, não foi digitado ainda', e cadê o cartão SUS? 'Ih, caramba, não fiz ainda, não deu tempo'... Você tem os dados do paciente, você tem que fazer, qual é sua função? Cadastrar, fazer o cartão SUS. Tem a referência? Pegar a referência, dar entrada na referência. Eu me considero um pouco crítica com o colega, tem hora que eu vou em cima porque eu preciso e não tem como eu sentar no computador pra dar o número [do cartão SUS]. (...) Existe um profissional só para aquilo. Não vou dizer que isso gera um conflito pra mim, isso aí gera [um conflito] no nosso dia a dia" (611).

- *Fragmentação da equipe*

A produção de saúde implica o desenvolvimento de ações específicas, oriundas do saber de cada profissional, e a forma como se articulam essas ações complementares para ofertar respostas oportunas às necessidades do usuário. No entanto, essa conexão ainda é frágil, prevalecendo o confinamento de cada profissional em seu *núcleo específico de saberes e práticas*⁴⁸. O trabalho em equipe se traduz no estabelecimento de conexões entre diferentes saberes e práticas e fundamenta-se em *certo conhecimento sobre o trabalho do outro e na valorização das contribuições deste na produção de cuidado*⁴⁹. No entanto, isso nem sempre acontece, como apresentado a seguir pelo dentista da equipe e por 211:

"O dentista é uma coisa que... [o que] a gente faz, eles não entendem muito bem o nosso trabalho, assim, né? Não tem muito que ajudar em algumas coisas... e a gente tá sempre ali correndo atrás, né? Até gestante que a gente pede pra encaminhar, tem que botar bilhetinho: 'encaminhar pra odonto a gestante', tem que ficar sempre insistindo pra lembrar da gente".

"Em relação ao dentista é complicado, porque a gente não sabe exatamente onde tocar neles (...). As meninas [da odontologia] ficam fechadas dentro do módulo, só pros pacientes que vêm aqui. Elas não vão pra rua, não têm um trabalho de educação em saúde na rua, só quando elas são forçadas a ir elas vão (...) fica muito: 'ninguém mandou fazer' e se mandar fazer eu finjo que não entendi, então é bem isso" (211).

Como apontado por outros autores, os profissionais de odontologia ficam imersos em ações clínicas e distantes de atividades coletivas de promoção da saúde e prevenção⁵⁰. Além da fragmentação, não há valorização do desenvolvimento dessas ações, talvez pela sua formação, que, de maneira geral, é voltada predominantemente para a clínica. É certo que o profissional tem suas responsabilidades na clínica, mas também tem horários específicos para o trabalho de campo e o desenvolvimento dessas ações. Isso inclui profissionais da odontologia, que deveriam ser incentivados a assumir essa responsabilidade.

Silva e Trad apontam a *conexão ainda tênue entre as ações desenvolvidas* pelos membros de uma equipe, dado que, em determinados momentos, a interação entre esses membros se resume a

*emissão-recepção de mensagem, o que não resulta propriamente em articulação*⁵¹. Neste estudo, observamos pouca articulação entre profissionais de odontologia e todos os outros, pois a troca de mensagem é ineficiente para interligar as diversas práticas.

Acreditamos que a explícita distinção programática entre “equipe de saúde bucal” e “equipe de saúde da família” estimula ainda mais essa fragmentação. Tanto os profissionais da odontologia se queixam que não são incluídos quanto os outros profissionais se queixam que o dentista e o ASB não se incluem na equipe – entretanto, contraditoriamente, não os reconhecem como membros da equipe de saúde da família. No contexto deste trabalho, a fragmentação da equipe está associada ao isolamento das práticas e saberes devido à falta de compromisso de profissionais em apropriar-se e corresponsabilizar-se pelo trabalho em equipe.

Assim, os problemas bioéticos encontrados neste estudo podem ser desencadeados por um ou mais fatores associados. Ausência de razoável competência interpessoal e baixa maturidade psicológica mostraram ser condições importantes para a fragmentação da equipe e absenteísmo do profissional. Além disso, a fragmentação também se revelou fortemente associada às necessidades não atendidas do profissional, e o absenteísmo à hierarquia. A procrastinação está estreitamente relacionada a qualquer um desses fatores, isolados ou não.

Desta forma, os problemas bioéticos encontrados neste estudo contribuem para estabelecer pseudoequipe, que, de acordo com Katzenbach e Smith², é grupo de pessoas que não se preocupa com o desempenho coletivo, prevalecendo o trabalho individual. Por fim, vale observar que apesar de os códigos de ética – que definem as responsabilidades de cada profissão – tratarem de boas relações interprofissionais, em contexto de deliberação coletiva e interdisciplinar, *seu caráter uniprofissional reduz sua utilidade*⁵².

Considerações finais

O problema bioético central encontrado neste estudo foi o descompromisso, do qual derivam outros problemas bioéticos, como a fragmentação, o absenteísmo e a procrastinação, que carecem de mais estudos, assim como suas implicações bioéticas no processo de trabalho das equipes da ESF e no cuidado em saúde. A gênese de tais problemas corresponde à ausência de razoável competência interpessoal,

necessidades não atendidas do profissional, hierarquia e baixa maturidade psicológica, questões que refletem o embate de poderes e interesses entre profissionais e entre eles e a gestão. Nesses termos, a proposta de trabalho nos moldes da ESF desprende-se do sentido bioético da humanização do cuidado com o paciente e do trabalho em equipe.

Para intervir de modo eficaz na gênese desses problemas bioéticos seriam necessárias medidas conjuntas entre gestão e equipe que proporcionassem mudanças significativas no modo de agir dos profissionais, como estratégias de educação permanente, cogestão e valorização do trabalhador. Defende-se neste estudo a prerrogativa de que não se pode produzir cuidado se todos os agentes dessa produção não forem cuidados. Além disso, é importante pontuar a relevância de formação que atente para a integração profissional requerida no trabalho em equipe.

É possível que mesmo uma intervenção na origem dos problemas não seja o suficiente para inibir sua ocorrência ou o surgimento de novos problemas e conflitos éticos, pois o processo de produção do cuidado é sempre tensionado pelo modo de agir de cada profissional. Nesse sentido, a abordagem bioética tem o potencial de oferecer respostas às limitações da ética deontológica dos códigos profissionais, que não apresentam subsídios para enfrentar integralmente novos desafios⁵³, como os que emergem no processo de trabalho de equipe interdisciplinar de saúde.

Além disso, é importante ressaltar que os profissionais frequentemente agem em obediência às normas e sob a proteção de seus códigos de ética, o que representa efeitos da normalização da prática muitas vezes em detrimento da humanização do cuidado com o usuário e da articulação interprofissional, embora os códigos recomendem relação profissional respeitosa. Nesse caso, os profissionais podem equivocadamente considerar que, ao obedecer às normas dos códigos de ética e satisfazer suas imposições, estejam se eximindo de obrigações éticas⁵⁴. Tal perspectiva possibilitaria novos questionamentos éticos, também relacionados ao trabalho em equipe.

Diante dos problemas e conflitos éticos apresentados neste estudo, os profissionais da ESF tendem a adotar medidas que não alteram as práticas questionadas ou mesmo que os desobrigam de qualquer ação que possa contribuir para a mudança desse cenário. Nesse sentido, as questões éticas devem ser resolvidas coletivamente, e o diálogo

imparcial determina o que pode e deve ser feito em determinadas situações³⁶.

Se a origem e os próprios problemas e conflitos éticos não forem abordados, o trabalho em equipe não se efetiva. O isolamento de atribuições inibe a cooperação, e as implicações bioéticas da perda da dimensão do processo de trabalho refletem tanto nos meios de produção quanto no cuidado do

usuário. A perda dessa dimensão por um único profissional afeta a equipe enquanto unidade de produção e, por conseguinte, compromete o cuidado com o usuário. É necessário, portanto, olhar para o outro, não só do profissional para o paciente, mas da gestão para o profissional e deste para o outro profissional, e reconhecer que o trabalho se completa no *eu* e nos *outros* e se fortalece em equipe.

Referências

1. Parker GM. Team players and teamwork: new strategies for developing successful collaboration. 2ª ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
2. Katzenbach JR, Smith DK. Sabiduría de los equipos. Madrid: Díaz de Santos; 1996.
3. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. A atenção básica que queremos. Brasília: Conasems; 2011.
4. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética e saúde pública. São Paulo: Loyola; 2004. p. 11-24.
5. Silva LT, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. *Cogitare Enferm.* 2006;11(2):133-42.
6. Lima AC, Morales DA, Zoboli ELCP, Sartório NA. Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. *Cogitare Enferm.* 2009;14(2):294-303.
7. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Motta LCS, Rennó L, Lopes TC, Miyadahira R *et al.* (Bio)ética e estratégia saúde da família: mapeando problemas. *Saúde Soc.* 2015;24(1):113-28.
8. Altisent R. Bioética y atención primaria: una relación de mutuas aportaciones. *Arc Med Fam.* 2006;8(2):63-73.
9. Trota RA, Marroquín MTD, Garijo LJ, Espíldora MNM, Moral RR, Lorda PS *et al.* Sobre bioética y medicina de familia [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 1996 [acesso 10 jun 2015]. (Documentos semFyc, nº 7). Disponível: <http://bit.ly/2jtygYn>
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 197.
11. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 9-29. p. 21.
12. Freire P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 1981. p. 34-41.
13. Minayo MCS. Op. cit. 2010. p. 316.
14. Moscovici F. Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo. 15ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2005. p. 36.
15. Moscovici F. Competência interpessoal no desenvolvimento de gerentes. *Rev Adm Emp.* 1981;21(2):17-25.
16. Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.
17. Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT *et al.* Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(1):71-9.
18. Chiavenato I. Op. cit. p. 119.
19. Benito GAV, Becker LC, Duarte J, Leite DS. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no programa Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(6):635-40.
20. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no programa Saúde da Família no estado de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(1 Suppl):1367-77.
21. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(4):1026-35.
22. Araújo MFS, Oliveira FMC. A atuação do enfermeiro na equipe de Saúde da Família e a satisfação profissional. *Caos.* 2009;(14):3-14.
23. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(3):657-64. p. 659.
24. Vázquez AS. Ética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2008. p. 175.
25. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 117.
26. Foucault M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal; 2013. p. 310.
27. Campos GWS. Op. cit. p. 143.
28. 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.* 2010;15(1 Suppl):1509-20.

29. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):393-403.
30. Ayala ALM, Oliveira WF. A divisão do trabalho no setor de saúde e a relação social de tensão entre trabalhadores e gestores. *Trab Educ Saúde*. 2007;5(2):251-70.
31. Hersey P, Blanchard K. *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. São Paulo: EPU; 1986. p. 187.
32. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(2):345-53. p. 352.
33. Ricoeur P. Os três níveis do juízo médico. *Covilhã: LusoSofia*; 2010. p. 6.
34. Mayernyik MA, Oliveira FAG. O cuidado empático: contribuições para a ética e sua interface com a educação moral na formação em saúde. *Rev Bras Educ Méd*. 2016;40(1):11-20. p. 15.
35. Ricoeur P. *O si-mesmo como outro*. São Paulo: Martins Fontes; 2014.
36. Habermas J. *Obras escolhidas de Jürgen Habermas: ética do discurso*. Lisboa: Edições 70; 2014. v. 3.
37. Cortina A, Martínez E. *Ética*. São Paulo: Loyola; 2013. p. 41.
38. Cortina A, Martínez E. *Op. cit.* p. 40.
39. Habermas J. *A inclusão do outro: estudos de teoria política*. São Paulo: Loyola; 2002.
40. Campos GWS. *Op. cit.* p. 85.
41. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
42. Chiavenato I. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus; 1999. p. 68.
43. Sancinetti TR, Soares AVN, Lima AFC, Santos NC, Melleiro MM, Fugulin FMT *et al*. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4):1007-12.
44. Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Latinoam Enferm*. 2000;8(5):44-51. p. 45.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 52.
46. Kerbauy RR. Procrastinação: adiamento de tarefas. In: Banaco RA, organizador. *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*. Santo André: ESETec; 2001. p. 393-8.
47. Brito FS, Bakos DGS. Procrastinação e terapia cognitivo-comportamental: uma revisão integrativa. *Rev Bras Ter Cogn*. 2013;9(1):34-41.
48. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124. p. 119.
49. 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*. 2008;42(2):256-61. p. 257.
50. Oliveira ERA, Aguiar MCA, Magres KP, Cadê NV, Lima KC, Gomes MJ. Relações de trabalho em equipe dos cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família nos municípios de Vitória e Vila Velha, ES: uma visão interdisciplinar. *UFES Rev Odontol*. 2007;9(3):23-30.
51. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface*. 2005;9(16):25-38. p. 36.
52. González-de Paz L. Una bioética clínica para la atención primaria de salud. *Semergen*. 2013;39(8):445-9. p. 448.
53. Schramm FR. A bioética: seu desenvolvimento e importância para as ciências da vida e da saúde. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(4):609-15.
54. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 2011.

Correspondência

Carlos Dimas Martins Ribeiro – Praia José Bonifácio, 47/102 CEP 20396-140. Paquetá/RJ, Brasil.

Juliana Marin – Doutora – jubsmarin@yahoo.com.br
 Carlos Dimas Martins Ribeiro – Doutor – dimasmribeiro@gmail.com

Participação dos autores

Juliana Marin é responsável pela concepção do projeto, pesquisa bibliográfica, coleta de dados, transcrições das entrevistas, análise e interpretação dos resultados e redação do artigo, sob orientação e revisão crítica em todas as etapas de Carlos Dimas Martins Ribeiro, orientador da tese de doutorado à qual o artigo está vinculado.

