

Estratégia Saúde da Família em Cena: a Formação Bioética dos Agentes Comunitários de Saúde, em Três Atos

Family Health Strategy in Focus: Bioethical Training of Community Health Agents, in Three Acts

Selma Vaz Vidal^I
Andréia Patrícia Gomes^{II}
Rodrigo Siqueira-Batista^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Bioética;
- Agentes Comunitários de Saúde;
- Estratégia Saúde da Família;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Bioethics;
- Community Health;
- Family Health Strategy;
- Medical Education.

Recebido em: 16/04/2015

Reencaminhado em: 10/07/2015

Aprovado em: 10/07/2015

RESUMO

Este artigo expõe e discute os resultados da I Oficina de Formação em Bioética e Estratégia Saúde da Família (ESF) – dirigida aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) –, espaço criado com o intuito de proporcionar oportunidades para o (re)conhecimento e a argumentação sobre problemas éticos na Atenção Primária à Saúde (APS), permitindo a incorporação da bioética na construção de competências para o trabalho na ESF. O método utilizado abrangeu uma abordagem quanti-qualitativa e descritiva. Cinquenta e três ACS participantes da ESF – residentes e atuantes no município de Magé – assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e, destes, 43 devolveram o questionário de avaliação da oficina. Para efeitos de exposição, apresenta-se a trajetória em três atos organizativos: 1º ato – preparação; 2º ato – realização; 3º ato – visões. Os resultados e a discussão se iniciaram com a construção do perfil dos ACS. Emergiram das respostas dos participantes da I Oficina três quadros demonstrativos e uma categoria de análise. Nas conclusões, destaca-se a bioética, como caixa de ferramentas capaz de propiciar aos ACS conceitos, teorias e métodos éticos para o pleno exercício do cuidado no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This paper exposes and discuss the results of the I Training Workshop on Bioethics and the Family Health Strategy, addressed to the Community Health Agents (CHA); a space created with the aim of providing opportunities to learn about and discuss ethical problems in Primary Health Care, thus allowing the incorporation of bioethics in building skills for Family Health Strategy work. The method used was a quantitative-qualitative and descriptive approach. Fifty-three participants – living and working in the City of Niagara Falls – signed the consent form and of these, 43 returned the workshop evaluation questionnaire. For illustrative purposes, the trajectory is presented in three organizational acts: Act 1 – preparation; Act 2 – implementation and Act 3 – outlook. The results and discussion began with profiling of Community Health Agents. The participants answers from the first workshop resulted in three demonstrative charts and one analysis category. The conclusions highlight bioethics as a toolbox capable of providing Community Health Agents with the ethical concepts, theories and methods for the full exercise of care under the Family Health Strategy.

^I Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

É no domínio da decisão, da avaliação, da liberdade, da ruptura, da opção, que se instaura a necessidade da ética e se impõe a responsabilidade. A ética se torna inevitável e sua transgressão possível é um desvalor, jamais uma virtude.
(Paulo Freire)

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tem se reestruturado, nas duas últimas décadas, a partir da organização e da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). De fato, a ESF é tida, pelo Ministério da Saúde e por gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho, com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos do cuidado em nível primário, de ampliar a resolutividade das ações de saúde para as pessoas e as coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade¹.

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações – no âmbito individual e coletivo – que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde². É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais se assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território em que vivem essas populações. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social².

Destaca-se que a ESF implica o aprimoramento não apenas da APS, mas, igualmente, dos demais níveis de atenção do SUS, tendo em vista o estabelecimento de redes articuladas em torno da referência e da contrarreferência, modelo que pode ser considerado tanto como estrutura, por fazer parte da organização administrativa, como processo e, mesmo, como produto ou resultado³.

Tal lógica perpassa as relações que se estabelecem entre os díspares atores envolvidos – especialmente os gestores, os profissionais, os representantes do controle social e os usuários do SUS –, as quais pressupõem a adoção de construções dialógicas inscritas na *práxis* democrática^{4,5,6}. O contexto de relações cidadãs na ESF – entendendo-se que, no bojo da ESF, há relações muito próximas entre as pessoas, no espaço-tempo no qual vivem os usuários do SUS, as quais expõem

visões desiguais sobre o processo saúde-doença – propicia o surgimento de problemas, conflitos e dilemas de cunho ético^{7,8}, que podem ser abordados, utilizando-se a bioética como uma *caixa de ferramentas*, entendida como a articulação entre conceitos, teorias e métodos que compõem o *corpus* de conhecimento atinente à disciplina⁹. Tal delineamento faz sentido ao se considerar a bioética uma área do saber que se defronta com as novas perguntas – e as provisórias respostas – às emergentes questões éticas levantadas pelas ciências da saúde e da vida, relativas ao desenvolvimento técnico e científico ocorrido na segunda metade do século passado, tornando possível repensar valores e conceitos¹⁰. Assim, a disciplina enfatiza os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria – como proposto por V. R. Potter¹¹ – que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos¹¹.

A bioética dirigida a pensar-agir no campo da APS requer avanços firmados por estudos investigativos sobre os principais problemas éticos vividos^{12,13}, oriundos da falta de articulação entre as políticas públicas intersetoriais, pelo acesso reduzido aos serviços, pelas desigualdades sociais e econômicas, elemento comum da pobreza e da miséria que excluem os indivíduos/famílias do acesso à garantia de seus direitos^{14,15}.

Nesse âmbito, muitas vezes é produzida uma tensão entre os saberes técnico-científicos e populares, o que impossibilita uma interação com resolubilidade à demanda que se apresenta. Nesse contexto, as ações de saúde devem ser promotoras do protagonismo individual e coletivo, alinhadas à transformação da realidade iníqua e à ampliação do acesso às políticas públicas de qualidade. Não é por acaso que a filósofa Adela Cortina¹⁶ afirma, coerentemente, que “diferentemente dos saberes também racionais, mas preferencialmente teóricos (contemplativos), para os quais não importa, a princípio, orientar a ação, a moral é, essencialmente um saber prático: um saber para atuar” (p. 22)¹⁶.

O conflito produzido entre os *problemas bioéticos cotidianos* – de acordo com a formulação de Berlinguer¹⁷ e Garrafa¹⁸ – é atravessado pelas necessidades de saúde por circunstâncias ambíguas: de um lado, o SUS e seus princípios da universalidade, equidade, integralidade; de outro, a gestão do trabalho no SUS, na qual os profissionais não têm sua formação voltada para o sistema de saúde, mas, sim, para o mercado de trabalho capitalista e liberal¹⁹. Trata-se de uma formação que garante simultaneamente a excelência técnica e a inscrição em questões econômicas. Desta forma, a educação passa a orientar um ensino voltado às necessidades do mercado, ou seja, para os atributos que o mercado requisita para a inserção do trabalha-

dor. Nessa direção, o papel emancipatório de construção de cidadania – tão caro à educação, à bioética e às concepções do SUS – é relevado a um segundo plano, que passa a ser funcional às necessidades do capital, no sentido de ampliar os mecanismos de exploração produtiva¹⁹.

Os recursos escassos para o setor saúde são o fiel desta balança, que produz – em ciclos diuturnos – a falta de equidade e as (in)justiças sociais. A questão que se impõe a partir dessas conjecturas diz respeito à preparação dos profissionais de saúde que labutam na APS para a abordagem das questões, em termos bioéticos. Deve ser comentado que diferentes investigações têm demonstrado a existência de dificuldades para o emprego da bioética no âmbito da ESF^{7,8,13,20}.

As questões éticas enfrentadas na APS podem se apresentar, segundo Zoboli e Fortes¹³, como: (i) “problemas éticos na relação com o usuário e a família”, (ii) “problemas éticos na relação da equipe” e (iii) “problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde” (p. 1693-1694), o que vem sendo corroborado por outras investigações^{7,8,20}. Existem questões atinentes ao âmbito da APS que corrompem o processo de trabalho adequado e o alcance da promoção da integralidade no cuidado, destacando-se os limites da interferência das equipes no estilo de vida das famílias ou dos usuários, dificuldade para manter a privacidade nos atendimentos domiciliares, dificuldades para delimitar as especificidades e responsabilidades de cada profissional, falta de companheirismo e colaboração entre os membros da equipe^{7,10}.

A aposta final recai na educação que transforma e leva o trabalhador da saúde a uma reflexão crítica acerca da realidade complexa e mutável que é vivenciada. Para isto, a teoria da problematização apresenta-se como um caminho de ação-reflexão-ação, capaz de fazer pensar sobre a prática rotineira em saúde, no âmago das equipes vivas da ESF²¹. Diante das necessidades crescentes e demandas múltiplas, se tornam necessárias investigações dirigidas à avaliação e à delimitação dos problemas bioéticos na esfera da ESF. Com efeito, têm sido publicadas propostas de criação de espaços pedagógicos de formação em bioética na APS, enfatizando-se boas perspectivas para a apropriação dos referenciais da bioética pelos trabalhadores da saúde²¹.

Surge destas reflexões a questão norteadora que inspira este estudo: como trabalhar a bioética como caixa de ferramentas de modo a auxiliar o trabalho dos ACS? É precisamente nesse âmbito que foi proposta – e implementada – a I Oficina de Formação em Bioética e Estratégia Saúde da Família (ESF), dirigida aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no município de Magé (RJ), a qual implicou um movimento inicial e necessário de educação permanente. No contexto desta

oficina, assentou-se como um dos pontos balizadores o conceito de saúde que emergiu na 8ª Conferência Nacional de Saúde, no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (p.4)²²

Essa concepção – que concede primazia aos determinantes do processo saúde-doença – representa um genuíno *farol orientador* para o trabalho dos ACS junto às famílias, dada a condição *sine qua non* de residirem no mesmo território do trabalho. De fato, os ACS instrumentalizam a equipe da ESF para oferecer cuidado longitudinal aos usuários, com as visitas domiciliares que realizam e com o convívio comunitário que estabelecem, independentemente da doença e/ou da saúde. Trata-se de um cuidado para além da assistência, na vivência com a comunidade e ampliado nas dimensões – histórica, política, econômica, cultural e ecológica – dos sujeitos²³. Ademais, a criação de um espaço de formação pressupõe a inclusão de reflexões sobre o SUS, seus princípios e diretrizes no processo, no intuito de ultrapassar a visão reducionista e fragmentada que ainda prevalece, tornando esses importantes atores copartícipes do processo de implementação do SUS no cotidiano dos municípios e comunidades²⁴.

A formação dos ACS, na I Oficina, teve por objetivo proporcionar oportunidades para a construção de saberes da bioética, bem como para exercitar o (re)conhecimento e a argumentação acerca dos problemas éticos na APS, permitindo a construção de competências para o trabalho na ESF. Com base nessas ponderações, o objetivo do presente artigo é descrever a I Oficina de Formação em Bioética e Estratégia Saúde da Família – e avaliá-la –, tendo em vista a capacidade de análise de problemas bioéticos pelos ACS.

PRIMEIRO ATO: A PREPARAÇÃO

A I Oficina é parte de um projeto de pesquisa desenvolvido por pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS) – organizada a partir de uma associação ampla entre a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Universidade Federal Fluminense – em parceria com a Coordenação da Subsecretaria da Atenção Básica, do município de Magé (RJ).

QUADRO 1.

Programação da I Oficina de Formação em Bioética e Estratégia Saúde da Família, Magé (RJ), dezembro de 2013

Duração	Conteúdo	Atividade pedagógica
1º momento da formação		
30 minutos	Acolhimento e recebimento de material da oficina	
1 hora e 30 minutos	Conceitos básicos de bioética	Exposição dialogada
15 minutos	Pausa para o café	
2 horas	O Sistema Único de Saúde: questões éticas e políticas	Exibição do filme: <i>Políticas da Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde</i>
30 minutos	O Sistema Único de Saúde: questões éticas e políticas	Problematização do filme e levantamento de questões afins ao campo da bioética
Pausa para o almoço		
2º momento da formação		
1 hora	O Sistema Único de Saúde: questões éticas e políticas	Discussão das principais questões bioéticas levantadas no primeiro momento em relação ao filme
15 minutos	Pausa para o café	
1 hora	Comunicação de diagnóstico, confidencialidade e sigilo	Rodas de conversas sobre situação-problema fictícia
1 hora	Comunicação de diagnóstico, confidencialidade e sigilo	Apresentação de conclusões dos grupos e discussão em plenária
30 minutos	Avaliação da Oficina	Entrega da avaliação e do TCLE
30 minutos	Encerramento	

Fonte: Documentação da I Oficina; referências 27 e 28.

Magé é um dos municípios que compõem a Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, com extensão territorial de 388,496 km², sendo dividido em seis distritos: Centro, Santo Aleixo, Rio do Ouro, Suruí, Guia da Pacoíba e Vila Inhomirim. A população foi estimada, em 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 232.419 pessoas²⁵. A organização da APS possui 62 equipes básicas da Estratégia Saúde da Família – com cobertura de 78% –, as quais albergam 458 ACS²⁶. Foram convidados, em um primeiro momento, ACS oriundos de 17 unidades de ESF do distrito Vila Inhomirim – no qual foi realizada a I Oficina –, seguindo os critérios de exequibilidade do evento: (a) capacidade de pessoas no local da oficina; (b) acessibilidade e proximidade das unidades no local; (c) número de ACS convidados da unidade de saúde da família no dia da oficina, não deixando a mesma descoberta de ACS. Foram entregues 60 convites aos ACS, a partir de consulta às equipes da ESF.

A I Oficina foi pensada a partir dos referenciais do pluralismo metodológico^{27,28}, utilizando diferentes métodos de ensino-aprendizagem, conforme apresentado no Quadro 1.

A acepção originária do termo *método* diz respeito ao caminho a ser seguido – do grego *meta* = para além, em seguida, através; e *hodós* = caminho –, referindo-se, por conseguinte, aos passos que deverão ser dados para se atingir um lugar

ou um fim. Recorrer ao sentido etimológico do termo *método* torna-se bastante pertinente, ao se considerar a educação como esse fim – destacando-se que há caminhos plurais, especialmente nos últimos anos, quando vêm sendo amplamente debatidas as melhores veredas para a formação. Propõe-se, nesse domínio, a recuperação do ideal grego de *paideia*, ou seja, a formação do cidadão para a vida na *polis* – de homens e mulheres capazes de viver adequadamente em sociedade²⁹, o que pressupõe a assunção de determinados papéis, com destaque para a atuação profissional²¹.

A investigação teve abordagem quanti-qualitativa do tipo descritivo. Na análise dos dados quantitativos foram construídas tabelas e quadros. Complementarmente, nos dados qualitativos realizou-se a análise categorial temática, construindo quadros com as ocorrências das unidades de registros, conforme o tema que emerge das respostas. Para classificar os elementos em categorias, é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento e confronto com o referencial teórico³⁰.

O projeto – com apoio do CNPq – foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado (CAAE:19038213.9.0000.5286), em conformidade com a Resolução 466/2012 (e resoluções complementares) do Conselho Nacional de Saúde.

SEGUNDO ATO: A REALIZAÇÃO

O cenário da oficina foi o Centro de Capacitação do Programa Bolsa-Família em Piabetá, bairro do 6º distrito. Trata-se de um espaço com capacidade para cem pessoas, dividido em uma recepção, uma sala e um salão, além de dependências complementares. A oficina totalizou oito horas, e foram distribuídos materiais didáticos e certificados aos participantes.

Compareceram 53 ACS (de um total de 458 trabalhadores ACS do município, ou seja, 11,6%), distribuídos de acordo com a Tabela 1. Para o registro da I Oficina, foi disponibilizada, para assinatura, uma lista de presença, na qual constava também o item “escolaridade”.

Sexo	Frequência absoluta	Frequência relativa (freq. rel.) %
Feminino	51	96,2
Masculino	2	3,8
Total	53	100,0

Fonte: Dados da I Oficina.

Houve grande predomínio do sexo feminino entre os ACS (n = 51, de um total de 53 ACS), seguindo os referenciais históricos iniciais da medicina comunitária, que nos diversos programas no País aconteciam mediante parceria voluntária de trabalhadores leigos recrutados na própria comunidade, com baixa escolaridade, e que tinha a mulher como realizadora dessas ações de vigilância e educação em saúde^{31,32}. A ética médica comunitarista é um movimento contrário ao liberalismo. Nesse sentido, agrega valores comunitários, o bem comum, as metas sociais, as práticas tradicionais e as virtudes cooperativas^{33,34}.

Escolaridade	Frequência absoluta	Frequência relativa (freq. rel.) %
Ensino fundamental completo	5	9,4
Ensino médio completo	42	79,2
Ensino médio incompleto	4	7,6
Ensino superior incompleto	2	3,8
Total	53	100,0

Fonte: dados da I Oficina.

A Tabela 2 descreve a escolaridade dos participantes, destacando-se a declaração da maioria dos ACS de conclusão do ensino médio. Trata-se de um diferencial do grupo participante, uma vez que a escolaridade exigida é o ensino fundamental completo, além de ser necessária a conclusão, com aproveitamento, do curso de qualificação básica para a formação de ACS, conforme a lei de criação dessa profissão³⁵.

A formação de ACS, conforme a lei de criação dessa profissão³⁵, propõe a elevação da escolaridade dos ACS, em paralelo à efetivação das três etapas do curso técnico. Hoje, há poucos polos de formação em técnico de agente comunitário e em torno de 500 mil para o cumprimento das etapas formativas em todo o Brasil³⁶.

A oficina transcorreu segundo o planejado, conforme apresentado no Quadro 1. No primeiro momento, houve o acolhimento dos ACS pela equipe de coordenação do evento. Na preleção inicial, foi enfatizado que a I Oficina representava uma etapa de um projeto de pesquisa e que a presença nela não obrigava, de modo algum, à participação em seu desenvolvimento, que deveria ser livre e voluntária. Seguiu-se a apresentação sucinta de conceitos fundamentais sobre moral, ética e bioética, enfatizando as principais correntes da bioética contemporânea. Utilizou-se a exposição dialogada, com a apresentação de exemplos pelos presentes – prelecionadores e componentes da plateia –, que permitiram articular teoria e vivências descritas. Em sequência, houve uma pausa de 15 minutos para o café.

Na segunda fase do primeiro momento, foi exibido o filme *Políticas da saúde pública no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde*³⁷, documentário nacional que relata como as políticas de saúde se articularam à história do País, antes e depois da implantação do SUS – com a Constituição Federal e a Lei Orgânica nº 8.080/90 –, na convergência das manifestações populares em prol da consolidação de seus direitos. Após o filme, foi realizado um momento de problematização do mesmo, trazendo à tona aspectos do sistema de saúde brasileiro e enfatizando seus avanços e desafios. Os participantes foram divididos em dois grupos, cada qual com a presença de um facilitador, tendo por objetivo levantar os principais problemas de ordem bioética que podiam ser identificados no filme exibido. A primeira etapa de problematização despendeu cerca de uma hora.

Após o primeiro momento, foi oferecida uma refeição para que todos permanecessem no Centro de Capacitação, mantendo o ambiente criado pelas temáticas abordadas na I Oficina.

O segundo momento se iniciou logo após a refeição, com duração de 45 minutos, durante os quais se realizou a segun-

da etapa da problematização. A tônica dos debates nos dois grupos de discussão – cada um deles conduzido por um facilitador – foi a articulação entre os conceitos apresentados na exposição dialogada e as questões levantadas na primeira etapa da problematização. Orientações e bibliografia foram disponibilizadas.

Na sequência, foi organizada uma roda de conversa, com duração de duas horas, separando-se os participantes em dois grupos, cada um deles coordenado por um facilitador. Na primeira etapa da roda, fez-se a leitura e a discussão de situação-problema fictícia – caso de enferma com infecção por HIV que se recusa a comunicar aos parceiros –, enfocando o sigilo, a privacidade e a confidencialidade na APS/ESF. As regras de confidencialidade há muito tempo são comuns nos códigos de ética médica e estão presentes quando uma pessoa revela uma informação a outra – seja por meio de palavras ou de um exame médico – que promete não divulgá-la a um terceiro sem permissão³³. Zoboli e Fortes¹³ descrevem a privacidade e a confidencialidade como uma questão ética na relação com o usuário e a família. Nos trabalhos realizados por Motta⁷ e Siqueira-Batista e colaboradores⁸, situações de desrespeito à privacidade e à confidencialidade dos usuários e/ou familiares foram apontadas como um aspecto de conflito entre as equipes de saúde e os usuários, fazendo perceber questões atinentes à dificuldade de alguns agentes comunitários em lidar com informações confiadas por alguns usuários ou seus familiares.

As conversações estabelecidas nesta etapa evidenciaram ponderações acerca da conduta profissional, ocasião em que foram retomados conceitos discutidos ao longo da I Oficina – autonomia da pessoa, beneficência, não maleficência, justiça e proteção, entre outros –, enfatizando aspectos bioéticos atinentes aos usuários, suas famílias e as equipes de saúde no âmbito das interações estabelecidas na comunidade. Nesse momento, os participantes trouxeram vários relatos de situações similares envolvendo sigilo e confidencialidade, vivenciadas no bojo das equipes da APS/ESF. Na segunda etapa, em plenária que reuniu todos os participantes, foi apresentada uma síntese das discussões realizadas nos grupos sobre a situação-problema, quando vários pontos foram debatidos.

Por último, foi apresentado aos presentes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), destacando-se, uma vez mais, que a assinatura desse documento deveria ser feita por livre e espontânea vontade. Todos os 53 participantes concordaram em assinar o TCLE. Após essa etapa, foi entregue um instrumento para avaliação da oficina, de caráter anônimo (ou seja, sem espaço para inclusão do nome do avaliador), com o objetivo de colher informações para aprimorar os eventos vindouros.

TERCEIRO ATO: AS VISÕES

Os organizadores/facilitadores da I Oficina

O registro das visões dos organizadores/facilitadores da I Oficina foi realizado com base nas observações feitas pelos mesmos durante o evento. Do ponto de vista do método, não se trata, integralmente, de uma observação participante, porque o tempo de relacionamento com o grupo investigado foi de oito horas – de fato, a observação participante é conceituada como “o processo no qual um investigador estabelece um relacionamento multilateral e de prazo relativamente longo com uma associação humana na sua situação natural com o propósito de desenvolver um entendimento científico daquele grupo” (p. 177)³. Mas a observação se inspira em alguns dos aspectos desse método de investigação, na medida em que se buscou analisar “a realidade social”, “tentando captar os conflitos e tensões existentes e identificar grupos sociais que têm em si a sensibilidade e motivação para as mudanças necessárias” (p. 278)³⁹. Os focos principais da observação foram: (i) as relações estabelecidas e (ii) a incorporação dos conceitos bioéticos ao discurso dos participantes.

Os diferentes atores presentes – ACS, docentes, profissionais da rede intersetorial, coordenação da ESF e coordenação da atenção básica, entre outros – estabeleceram cordiais relações de diálogo. A I Oficina seguiu a programação²⁸ preestabelecida, que foi cumprida em termos temporais, resultando em fluidez e manifestação de satisfação dos participantes.

O trabalho de equipe e a capacidade de argumentação foram notados na sequência do segundo momento – com a apresentação do filme e a roda de conversa sobre a discussão da situação-problema fictícia da paciente infectada pelo HIV e a questão sobre sigilo profissional e a confidencialidade – e permitiram que os ACS ponderassem sobre o caso, comparando-o com suas vivências cotidianas na ESF. Nas falas, percebeu-se que houve, de fato, utilização de termos próprios da bioética no discurso de muitos dos presentes – princípios da autonomia da pessoa, não maleficência, beneficência e justiça –, o que denota uma apropriação preliminar das ideias apresentadas na I Oficina.

Os participantes da I Oficina

A avaliação das atividades pelos ACS foi um momento de apreciação do alcance da proposição dos objetivos. Quarenta e três avaliações (81,1%) foram entregues ao final da I Oficina. Os resultados balizarão os ajustes necessários aos próximos eventos de educação formativa em Bioética e ESF. Os resultados da avaliação da organização da I Oficina são descritos na Tabela 3.

TABELA 3.

Avaliação da organização da I Oficina de Formação em Bioética e Estratégia Saúde da Família, Magé (RJ), 2013

Organização da Oficina	Frequência absoluta	Frequência relativa (freq. rel.) %
Excelente	36	68,0
Muito bom	6	11,3
Não respondeu à questão	1	1,9
Não entregou avaliação	10	18,8
Total	53	100,0

Fonte: Dados da I Oficina.

Após qualificarem a organização do evento, todos os ACS comentaram, em espaço próprio, os aspectos considerados significativos. A partir da leitura e releitura dos comentários, emergiram das respostas quatro aspectos considerados relevantes pelos ACS e que foram agrupados no Quadro 2.

QUADRO 2.

Unidades de registros e número de ocorrência nas respostas dos ACS sobre a organização da I Oficina de Formação em Bioética e Estratégia Saúde da Família, Magé (RJ), dezembro de 2013

Unidades de registros	Ocorrência nas avaliações	Frequência %
Aprendizado para atender melhor a população	20	46,5
Aprovação do conteúdo da oficina	14	32,6
Formação em bioética, ética e saúde	7	16,3
Necessidade de oferecer o evento a todos os ACS	2	4,6
Total	43	100,0

Fonte: Dados da I Oficina.

No tocante à segunda questão objetiva sobre os conteúdos abordados na oficina, 29 ACS declararam “excelente”, 11 ACS consideraram ter sido “muito bom”; e três pessoas expressaram como “bom”. Os comentários que se seguiram, também em espaço próprio, privilegiaram, em grande parte das declarações, a palavra “oportunidade” e expressaram – igualmente – que os conteúdos abordados possibilitaram um aprendizado para saber agir, no dia a dia, na APS/ESF. Nesse sentido, destacaram-se algumas ponderações:

ACS 5. [...] meio de aprendizado para, no atendimento do ACS à comunidade, entender o que é bioética.

ACS 9. [...] os temas abordados, a complexidade de como agir – beneficência x maleficência.

ACS 28. [...] aprendi mais e tenho outros argumentos para os meus clientes.

ACS 38. [...] esclareceu muitas coisas de que eu tinha dúvida.

ACS 39. [...] ficamos à vontade para esclarecer dúvidas, falar sobre o filme e obter informações, capacitações de programa para a equipe de saúde.

ACS 40. [...] tivemos a oportunidade de conversar sobre as situações-problema, sobre bioética e Estratégia Saúde da Família, para onde levarei os ensinamentos.

Na terceira pergunta da avaliação da I Oficina – sobre a atividade mais apreciada do evento –, destaca-se que 31 ACS marcaram mais de uma atividade, de modo que 12 participantes assinalaram uma única opção entre as atividades desenvolvidas na oficina. Para ilustrar, foram selecionadas algumas respostas:

ACS 32. [...] gostei muito do filme, a gente vê como era a saúde antes e agora com o SUS.

ACS 39 [...] o filme mostrou que muitas coisas melhoraram na questão da saúde. Aprendi muito!

Na quarta questão, aberta, buscou-se investigar se a oficina ajudará o trabalho do ACS na APS/ESF. Todos os participantes que responderam à avaliação declararam que sim. Alguns comentários estão destacados a seguir:

ACS 8. [...] ajudará [...] a população a ter uma verdadeira saúde, não apenas palavras.

ACS 9. [...] agora eu sei que devemos manter o sigilo [...]

ACS 14. [...] porque por meio dela [a oficina] aprendemos que para tudo tem uma saída se soubermos nos relacionar.

ACS 32. [...] principalmente para repensar conceitos de ética e bioética.

Para melhor desenvolvimento das habilidades e potencialidades dos ACS, os programas educativos devem priorizar suas necessidades e as da comunidade, além de serem construídos e desenvolvidos *com eles, não para eles*. Como são promotores do desenvolvimento da comunidade, os ACS devem ser inseridos em contínuos projetos de educação para *aprender a aprender*, em uma prática educativa problematizadora⁴⁰.

Na última pergunta – sugestões para o aprimoramento da I Oficina –, o discurso que emergiu das respostas dos ACS desenhou um quadro com a ocorrência de unidades de registros discriminadas no Quadro 3.

QUADRO 3.

Categorização temática da ocorrência das unidades de registros e frequência nas avaliações da I Oficina de Formação em Bioética e Estratégia Saúde da Família, Magé (RJ), dezembro de 2013

Unidades de registros	Ocorrência nas avaliações	Frequência %
Repetir a oficina	23	53,5
Discutir sobre a saúde do município	11	25,6
Ampliar a oficina para toda a equipe da ESF	7	16,3
Assunto de ética e bioética na APS	2	4,6
Total	43	100,0

Fonte: Dados da I Oficina.

As unidades de registros, ao serem agrupadas tematicamente na educação permanente, configuraram a seguinte unidade categorial: “A oficina de bioética precisa acontecer outras vezes, no contexto da saúde do município, para todos os membros das equipes da ESF”. Algumas respostas que fundamentaram essa visão:

ACS 6. *Ter mais oficinas de formação.*

ACS 11. *Assunto sobre ética e bioética na atenção básica.*

ACS 24. *Mais discussões sobre a saúde do município e assuntos sobre ética e bioética.*

ACS 27. *Ampliar para toda a equipe.*

Tais discursos que os ACS apresentam na finalização da oficina têm uma intencionalidade manifesta sobre os desafios que enfrentam na rotina do trabalho e apontam, também, um direcionamento para questões sociais “invisíveis”. Afinal, saúde não é somente a consulta médica, a prescrição do remédio, a adesão ao tratamento, a marcação de exames. As condições de vida da família – e a inscrição em dado ambiente – determinam a produção de doenças ou promovem saúde. A família é uma célula da sociedade onde está inserida e, portanto, sofre influência direta das políticas do Estado, em todos os níveis de gestão.

Quando o ACS enfatiza o valor da permanência do processo educativo – realizar outras oficinas com temas da saúde local –, considera-se que outras necessidades de saúde da demanda local ficam reprimidas e sem um tempo-espaco de acolhimento pelos profissionais na escuta sensível e significativa que encaminha os processos às possibilidades de resolução. De fato, Ceccim e Faria⁴¹ destacam que:

[...] a “educação permanente em saúde” precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma “prática de ensino-aprendi-

zagem” e como uma “política de educação na saúde”. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho.⁴¹

Entendendo-se a bioética como o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visões, decisões, conduta e políticas – das ciências da vida e da atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar⁴², pode-se compreender que a disciplina é capaz de oferecer, no movimento de *aprender a aprender*, elementos articuladores para a tomada de decisão, de forma que os ACS possam transformar suas inquietações advindas da lide com a comunidade em ações que incluam e/ou ampliem o acesso das famílias às políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A I Oficina foi uma experiência de construção de saberes para todos os envolvidos e, segundo a avaliação dos participantes, alcançou seu objetivo: possibilitar aos ACS o contato com conceitos, teorias e métodos da bioética no exercício de suas funções junto à comunidade, no âmbito da APS/ESF do município de Magé.

O norte deste estudo direcionou a aprendizagem para a apresentação de conceitos capazes de compor uma mínima caixa de ferramentas – no sentido empregado por Wittgenstein⁴², de acordo com Schramm⁴³ –, em termos da bioética, qualificando o trabalho dos ACS, haja vista ser uma profissão com regulamentação recente dentro da saúde (Lei nº 10.507, de 2002). Deve ser destacado que os ACS não possuem um código de ética próprio⁴⁴, não sendo defensável o emprego do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem para a esfera de trabalho dos ACS, uma vez que tal documento contempla apenas a equipe de enfermagem. As informações compartilhadas pelos usuários circulam entre os membros da ESF – o que demanda especial atenção em termos da confidencialidade e do sigilo –, pois o trabalho em equipe é um dos princípios da APS/ESF na garantia da integralidade na saúde.

Na formação bioética – tendo em vista o processo da educação permanente –, a problematização das situações vividas pelos ACS⁴⁵ e pelas equipes da ESF é uma aposta na qualificação para a identificação de problemas éticos e a proposição de solução para os mesmos, avançando para além da mera “opinião” (*doxa*) rumo à adequada utilização dos conceitos, teorias e métodos da bioética para o pleno exercício do cuidado.

AGRADECIMENTOS

Os autores são gratos ao CNPq pelo financiamento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde – SUS. Estratégia Saúde da Família. 2012. Disponível em < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php > Acesso em 05/02/14.
2. Brasil. DAB – Departamento de Atenção Básica. Cadernos Humaniza SUS Série B. Textos Básicos de Saúde. Vol. 2. 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf Acessado em: 30 dez.13
3. Assis MM, Cerqueira EM, Nascimento MAA, Santos AM, Jesus WLA. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. Disponível em: www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_228616371.pdf
4. Goudbout J. Há representação sem representatividade? In: Martins PH, Matos A, Fontes B. Os limites da democracia. Recife: Editora Universitária UFPE; 2008.
5. Manfredi VM. *Akropolis*: a grande epopéia de Atenas. Tradução de Mario Fondelli. Porto Alegre, RS: L&PM; Rio de Janeiro: Rocco; 2010.
6. Siqueira-Batista R. *Akropolis*: lições para pensar o SUS. *Diversitates* 2014; 6(2):1-6.
7. Motta LCS. O cuidado no espaço-tempo do oikos: sobre a bioética e estratégia saúde da família. Rio de Janeiro; 2012. Orientador: Rodrigo Siqueira-Batista. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro.
8. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Motta LCS, Rennó L, Lopes TCC, Miyadahira R, Vidal SV, Cotta RMM. Bioethics and family health strategy: mapping problems. *Saúde e Sociedade* 2015; 24(1):113-128.
9. Schramm FR. Três ensaios de bioética. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2015.
10. Motta LCS, Vidal SV, Siqueira-Batista R. Bioética: afinal, o que é isto? *Rev Bras Clin Med* 2012; 10(5):431-9.
11. Potter VR. Bioethics. Bridge to the future. *Bioethics*; 1971.
12. Vidal SV, Motta LCS, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. *Revista Bioética (Impresso)* 2014; 22:347-357.
13. 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 Pública* 2014; 20(6): 1690-1699.
14. Sen AK. Desigualdade reexaminada. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. 2. ed. Record, Rio de Janeiro, RJ, 2008. 301 p.
15. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 10(1):129-142.
16. Cortina A. O fazer ético: guia para a educação moral. São Paulo: Moderna; 2003.176 p.
17. Berlinguer G. Questões de vida. Ética, ciência, saúde. São Paulo: Ed. Hucitec; 1993. p. 19-37.
18. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Bioética* 2005; 13(1): 125-134.
19. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Albuquerque VS, Cavalcanti FOL, Cotta RMM. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(1):159-170.
20. Vidal SV. Bioética, Educação e Estratégia Saúde da Família: entre *práxis* e *paidéia*. Rio de Janeiro; 2014. Doutorado [Tese] - Universidade Federal do Rio de Janeiro.
21. Mitre SMM, Siqueira-Batista R, Ginardi-de-Mendonça JM, Moraes-Pinto NM, Meirelles CAA, Pinto-Porto C, Moreira T, Hoffmann LMM. Metodologias ativas de ensino – aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(2): 2133-2144.
22. Brasil. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1986.
23. Batistella C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: Fonseca AF, Corbo AD (org.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. 265 p.
24. Gomes K, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SMM, Siqueira-Batista R. A práxis do Agente Comunitário de Saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc* 2009; 18(4): 744-755.
25. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=330250&idtema=119&search=rio-de-janeiro%7Cimage%7Cestimativa-da-populacao-2013>. Acessado em: 13 jan. 2014
26. Brasil. Ministério da Saúde. CNES – 12/2013 Disponível em:< http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acessado em 04 jan. 2014.
27. Gomes AP, Siqueira-Batista R, Rêgo S. Epistemological anarchism of Paul Karl Feyerabend and medical education. *Rev Bras Educ Med* 2013; 37(1):39-45.
28. Vidal SV, Gomes AP, Maia PM, Goncalves LL, Rennó L, Motta LCS, Siqueira-Batista R. A bioética e o trabalho na estratégia saúde da família: uma proposta de educação. *Rev Bras Educ Med* 2014; 38(3):372-380.
29. Jaeger W. *Paidéia*: a formação do homem grego. 3ªed. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
30. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.

31. Corbo AD, Morosini MVGC, Pontes ALM. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: Morosini MVGC, Corbo AD. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.
32. Bornstein VJ, Matta GC, David H. O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção em Saúde. In: Monken M, Dantas AV. Estudos de Politécnic e Saúde. v. 4. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.
33. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo: edições Loyola; 1994. p.137-422.
34. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar a bioética. São Paulo: Loyola; 2005.
35. Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, Brasília, 2002.
36. Mota RRA, David HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? Trab Educ Saúde 2010; 8(2):229-248.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas da saúde pública: um século de luta pelo direito à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Universidade Federal Fluminense (UFF) Fundação Euclides da Cunha. Direção: Renato Tapajós. Tipiri Cinematográfica. s.d. 1 dvd (60min). Brasília; 2006.
38. May T. Pesquisa social. Questões, métodos e processos. Porto Alegre: Artemed; 2001.
39. Queiroz DT, Vall J, Alves e Souza AM, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. R Enferm UERJ 2007; 15(2): 276-83.
40. Duarte LR. Ensino em serviço para o desenvolvimento de práticas educativas no SUS pelos Agentes Comunitários de Saúde. In: MIALHE, Fábio Luiz (org.). O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas. Campinas/SP: Editora da Unicamp; 2011.
41. Ceccim RB, Faria AA. Educação permanente em saúde. Dicionário da Educação Profissional em saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnic de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html> Acesso em 13 jan. 2014
42. Wittgenstein LJJ. Investigações filosóficas. Tradução: José Carlos Bruni. São Paulo: Editora Nova Cultural; 1999.
43. Schramm FR. Ética ambiental e bioética global. Revista Re-dbioética/UNESCO 2014; 5(9): 71-78.
44. CONACSB. Conselho Nacional de Agentes Comunitários de Saúde; 2014. Disponível em <http://www.conacsb.org/index.php?pagina=1303900129>>Acesso em 05 fev. 2014.
45. Vidal SV, Motta LCS, Siqueira-Batista R. Agentes Comunitários de Saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. Saúde e Sociedade 2015; 24(1):129-140.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Selma Vaz Vidal, Andréia Patrícia Gomes e Rodrigo Siqueira-Batista desenharam o projeto a partir do qual foi elaborado o presente artigo. A redação da primeira versão coube a Selma Vaz Vidal e foi revista por Andréia Patrícia Gomes e Rodrigo Siqueira-Batista. Todos os autores revisaram a versão final do texto. O manuscrito é fruto do trabalho de doutorado de Selma Vaz Vidal, sob orientação de Rodrigo Siqueira-Batista, defendida no Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rodrigo Siqueira Batista
Universidade Federal de Viçosa – *Campus* Viçosa
Departamento de Medicina e Enfermagem
Av. Peter Henry Rolfs, s/nº
Campus Universitário – Viçosa
CEP 36570-900 – MG
Email: rsiqueirabatista@yahoo.com.br