

**INVESTIGACIÓN**

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

Juliana Marin¹, Carlos Dimas Martins Ribeiro¹

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

Resumen

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.

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

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 baixa 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.

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.

Un *Equipo* es un grupo de personas con un alto grado de interdependencia y con un objetivo en común a ser alcanzado por medio del trabajo conjunto¹. *Trabajo en equipo*, por lo tanto, es la actividad productiva ejercida por la interacción entre personas y por la articulación de tecnologías de distintas áreas del saber, siendo un elemento esencial para el cuidado en su respectivo punto de atención de la salud. Así, el compromiso de cada profesional es fundamental, ya que todos, con sus habilidades complementarias, deben considerarse responsables de un propósito².

En la Estrategia Salud de la Familia (ESF), la idea de organizar el proceso de trabajo mediante una cooperación interdisciplinaria promueve la complementariedad entre saberes y acciones. Equipara la expectativa de aumentar la capacidad de resolución de los problemas de salud por el ofrecimiento de acciones integrales a la población adscrita a determinado territorio³, en una perspectiva que involucra un compromiso ético de responsabilización y un vínculo.

En este sentido, le compete a cada equipo de la ESF desarrollar su proceso de trabajo en base a los propósitos de esta estrategia con el fin de alcanzar el objetivo deseado, es decir, el cuidado del paciente. No obstante, este proceso puede tener lugar de diversas formas por la intersección de diferentes modos de actuar de los profesionales, con relación a otros profesionales y al paciente y, en esa disposición, hay riesgos de que se generen problemas y conflictos éticos.

Sin pretender agotar o restringir ningún significado, se entiende por problema bioético una situación que impide o dificulta el cuidado caracterizado por valores como responsabilidad, compromiso y respeto. Por conflicto bioético se entiende la desagregación de la relación entre dos o más individuos a partir de la formulación del juicio moral sobre la acción que violó los valores que deberían haber sido empleados para la efectivización del cuidado. Pero ese mismo conflicto puede operar implicando a una única persona que, muchas veces, está frente a una situación cuya solución puede requerir priorizar determinado valor en detrimento de otro.

Diversos estudios⁴⁻⁷ clasifican como problemas éticos la dificultad para delimitar los papeles y funciones de cada miembro del equipo de salud; la falta de respeto entre integrantes del equipo; la inexistencia de compañerismo y colaboración entre profesionales; y la falta de respeto a la confidencialidad de las informaciones del usuario. Tales problemas éticos traen consecuencias negativas tanto para

profesionales como para pacientes, y para la formación del vínculo entre equipo y usuarios⁷, y tienen el potencial de generar conflictos éticos.

De hecho, la atención primaria de la salud, en la perspectiva de la ESF, es un espacio característico⁸ y, por lo tanto, en la misma proporción, sus problemas éticos también son específicos y están relacionados prioritariamente con las relaciones interpersonales de producción de cuidado. En la atención terciaria de salud, por el contrario, surgen cuestiones dilemáticas basadas, fundamentalmente, en los límites de uso de la biotecnología que, a pesar de ser una cuestión punzante, está distante de la práctica habitual en la ESF⁹.

De esta manera, los problemas y conflictos éticos son vivenciados y producidos de forma particular en cada ámbito de la asistencia⁶ y, así, las cuestiones éticas emergen de los problemas singulares que advienen de cada punto de la atención de la salud, de un modo sensible y característico a su respectiva densidad tecnológica. Con esta perspectiva, el objetivo de este trabajo fue analizar la génesis y la expresión de problemas y conflictos éticos que surgen en el proceso de trabajo de un equipo de la ESF.

Método

El foco principal de la investigación fue trabajar con individuos que reflejasen, a partir de sus posicionamientos, la *totalidad de las múltiples dimensiones del objeto de estudio*¹⁰. Para ello, se consideró en la elección del equipo multiprofesional el cúmulo de experiencias de trabajo entre sus miembros y su composición, expresados (1) en el mayor tiempo de convivencia entre los miembros del equipo de ESF y (2) en la presencia de un médico, un enfermero, un dentista, un auxiliar de salud bucal (ASB), un técnico de enfermería y, como mínimo, dos agentes comunitarios de salud (ACS), entre los diversos equipos de ESF del municipio de Niterói/RJ. La selección se dio a partir de informaciones brindadas por un trabajador del Núcleo de Educación Permanente de la Fundación Municipal de Salud.

Posteriormente, en el primer contacto del equipo, se identificó que estos profesionales trabajaban en conjunto desde hacía aproximadamente dos años y medio, siendo que el médico, el técnico de enfermería, el enfermero y los dos ACS trabajaban juntos desde hacía cuatro años. Estos siete profesionales estuvieron de acuerdo en participar de la investigación y firmaron el documento de consentimiento libre e informado.

La elección de la etnografía se justifica por el esfuerzo de lograr una mirada ampliada sobre el proceso de trabajo del equipo. Se buscó observar y recolectar el mayor número posible de informaciones para enriquecer la investigación, construyendo conocimiento empírico por la aproximación a la realidad de los participantes, su universo de relaciones, representaciones, percepciones, opiniones, actitudes, en la materialización de su actuar, *a partir de la realidad vivida y compartida con sus semejantes*¹¹.

La etnografía tuvo inicio el día 15 de febrero de 2016. El acompañamiento del equipo fue realizado los lunes y martes en el período de tarde, y los miércoles en el período de la mañana (cuando había mayor movimiento en la unidad, de acuerdo con los profesionales). Eventualmente, se daba un intercambio aleatorio de estos períodos por otros, dando un total de 41 períodos y aproximadamente 164 horas de observación, lo que constituye casi siete días completos. El último día de acompañamiento fue el 31 de mayo de 2016.

Como la realidad de cada individuo va más allá de un conjunto de datos materiales y hechos observables, es necesario entender cómo estos hechos influyen en las personas implicadas¹². Por esto, la segunda etapa de la investigación comprendió una entrevista con cada miembro del equipo, a partir de un guion semiestructurado. Las entrevistas, que fueron aproximadamente ocho, se realizaron después de la etnografía, lo que permitió adecuar el guion a la realidad del equipo.

Luego de las entrevistas individuales se realizó además un grupo focal con los participantes, lo que permitió investigar sus relaciones e interacciones. Excepto por el dentista, que en ese momento fue transferido a la asistencia de otro territorio, el grupo focal permitió comparar los posicionamientos individuales en relación con los temas recogidos en las entrevistas, además de verificar la dinámica de las interrelaciones en lo que atañe al intercambio de ideas sobre la actividad profesional. El grupo focal tuvo una duración aproximada de una hora y media.

Se buscó, con el método adoptado, obtener informaciones de carácter cualitativo en profundidad para la reflexión sobre el contexto en el que los participantes están inmersos, basándose en la construcción colectiva de un conocimiento aplicable. Para que los registros fueran fidedignos, las entrevistas fueron grabadas y el grupo focal fue filmado. Los relatos fueron transcritos literalmente por la investigadora.

Para preservar su identidad, los participantes fueron numerados secuencial y aleatoriamente en

números arábigos del 1 al 7. Además, se utilizaron números romanos para distinguir dos grupos, de acuerdo con el nivel de escolaridad: I para profesionales de nivel superior (enfermero, médico y dentista) y II para profesionales de nivel técnico, medio y fundamental (técnico de enfermería, ACS y ASB). Para el análisis del material, se utilizó un análisis temático para *descubrir los núcleos de sentido [de la] comunicación cuya presencia o frecuencia significa alguna cosa para el objeto analítico elegido*¹³.

Resultados y discusión

Génesis de los problemas y conflictos éticos en el equipo

La unidad de salud está compuesta por cuatro equipos que dan un total de 24 profesionales. Cada equipo está constituido por un enfermero, un técnico de enfermería, dos ACS, un médico, un dentista y un ASB, contratados bajo el régimen de la Consolidación de las Leyes del Trabajo, siendo que los últimos dos trabajan en dos equipos.

En el equipo estudiado, responsable de aproximadamente 2.500 personas en el territorio, el promedio mensual de consultas agendadas es de 114 para el médico, 31 para el enfermero y 192 para el dentista. El promedio mensual de pacientes que no comparecieron a la consulta es, respectivamente, 25, 9 y 53, cantidad que puede ser justificada por la distancia entre el día de la asignación del turno y la fecha de la consulta.

Además de las consultas clínicas, estos profesionales realizan visitas domiciliarias y acciones de promoción de la salud y prevención en el territorio en períodos predeterminados, conocidos como “horarios de campo”. La mayor parte del tiempo, el enfermero se dedica a actividades administrativas que, junto con las asistenciales, son prácticas que orientan su trabajo por las características de su formación, como se expresa a continuación:

“Nosotros gestionamos porque, de formación, terminamos saliendo formados como gestor, como un administrador, pero teóricamente yo no soy un administrador ni un gestor de la unidad, soy enfermero”.

Este profesional reconoce que en su práctica ejerce actividades de carácter gerencial y administrativo en el equipo, por las características de su formación, pero no asume formalmente esa ocupación, aunque tenga una práctica clínica restringida justamente para asumir la gestión de la unidad. El equipo lo reconoce como líder democrático, que

escucha, conduce el proceso de trabajo y se apropia de los problemas para resolverlos:

“Ella [enfermera] es muy proactiva” (11);

“La enfermera escucha, analiza, muestra lo que ella quiere y uno hace – o no hace, pero que uno muestre por qué no lo va a hacer, entonces, así, ella tiene esa escucha” (211);

“Yo creo que la enfermera es un 10 [nota], uno habla y ella siempre intenta resolverlo, es una persona que te escucha, hablas con ella, si ella tuviera que llamarte la atención, con sutileza te llama la atención, pero es ese llamado de atención que a veces uno se lo toma como un sermón, ¿no? Porque creo que ella sabe, sabe lidiar con el grupo (...) ¿quieres resolver alguna cosa? Ve directo a ella (...) lidera muy bien, hace el servicio muy bien (...) es la base del equipo” (511).

El enfermero ejerce una función primordial para la cohesión del grupo, ocupando el papel de líder y miembro del equipo que actúa con flexibilidad y reconocimiento del otro y de la situación interpersonal. De acuerdo con Moscovici, esta aptitud para lidiar de forma eficaz con otras personas de manera adecuada a las necesidades de cada una y a las exigencias de cada situación¹⁴ es denominada “competencia interpersonal”, y fue reconocida por los profesionales, durante el grupo focal, como un componente fundamental para el trabajo en equipo. A pesar del asentimiento en cuanto a su importancia para el trabajo en equipo y para la producción del cuidado, algunos miembros del grupo no tienen una competencia interpersonal razonable¹⁵, lo que perjudica el desarrollo del proceso de trabajo y compromete la cooperación en equipo:

“Existen aquellas [personas] muy complicadas, uno va a hablar [y] casi que se arma una confusión (...) existen otras que uno habla, entra por un oído [y] sale por el otro, finge que no te está escuchando, uno tiene que decir innumerables veces la misma cosa, ir por detrás, pedir la misma cosa (...) entonces es una persona difícil, y si uno insiste [ella] comienza a ofenderse” (511);

“Hay una sola persona que es más difícil de lidiar un poquito, por creerse autosuficiente, sola, pero ahí yo no le pido nada, ¿entiende? (...) Yo no le pido nada, digo: ‘buen día, buenas tardes y buenas noches’, pero solo le pido, así, si no hay nadie a quien pedirle, entonces le pido a ella, ¿entiende? Yo hablo con ella, no dejo de hablar (...), y ahí fluye normal, tipo un matrimonio fallido, tú te quedas ahí, yo me quedo

aquí, vamos a vivir bajo el mismo techo, pero se acabó, es más o menos eso, ¿entiende?” (41).

No se puede establecer un compromiso con la producción de cuidado si no hay reconocimiento interpersonal y flexibilidad perceptiva y comportamental, pues sin una competencia interpersonal razonable de los miembros del grupo, el trabajo en equipo no se concretiza¹⁵. En esta investigación, otro factor que puede contribuir a la falta de compromiso profesional es la no satisfacción de sus necesidades, especialmente la de seguridad¹⁶, asociada, en este estudio, con la remuneración, que no siempre es suficiente para una subsistencia digna¹⁷. La cuestión de la remuneración fue señalada por un profesional de nivel superior del equipo durante una conversación informal en la unidad, que se refirió a la discordancia de su salario y el del médico y las quejas recurrentes de otros profesionales sobre la baja remuneración.

Como toda necesidad no satisfecha es motivadora de un comportamiento¹⁸, creemos que la desigualdad salarial entre profesionales y bajos salarios son factores latentes para la falta de compromiso en este modelo de atención, en el cual el médico gana, generalmente, un salario muy superior al de los otros profesionales^{17,19-22}. Generalmente, esto se justifica por la dificultad de captación y fijación de este profesional, pero esto no puede legitimar los salarios muchas veces degradantes que se pagan a otros miembros del grupo.

La remuneración diferenciada atrae al médico a la ESF y eso, la mayoría de las veces, no toma en consideración su formación profesional generalista²³. Este cuadro puede contribuir a que la actividad profesional se torne un instrumento para satisfacer intereses personales y egoístas, despojándola así de su significación social y moral²⁴, contribuyendo a que el trabajo en equipo no se concrete. La dificultad de la captación y la fijación del médico en la ESF está asociada con el número reducido de profesionales en el mercado dispuestos a hacer una carrera en este modelo de atención, lo que faculta a este profesional de autonomía y poder que tensionan la gestión, pues sin el médico no hay “equipo” de ESF.

En el equipo, el poder circula como subjetividad dominante²⁵, estructurado en el saber específico de cada profesional. En el caso del médico, el saber específico de su profesión le atribuye autonomía técnica y el título de perito en el arte de corregir y mejorar el “cuerpo social” y mantenerlo en un permanente estado de salud²⁶. Esto da lugar a la

autogestión, que *produce aislamiento y dificulta la construcción de una subjetividad capaz de integrar deseos e intereses de distintos sujetos*²⁷.

“Esa parte de la doctora a veces de hacer lo que ella quiere, sin escucharnos, resolver las cosas a la manera de ella, sin escucharnos... no es porque ella es médica que las cosas tienen que ser resueltas de la forma en que ella quiera, nosotros somos un equipo. Eso trae problemas, trae conflictos” (31).

Ese poder es disimulado como jerarquía, otro factor que compromete la efectivización del trabajo en equipo:

“Él es jerárquico, él [médico] está arriba. (...) Si él es agente [comunitario de salud], ¿por qué está queriendo pisarlo? Tiene que ser respetado como persona, como individuo; independientemente de tener una posición mayor que el otro, hay que respetar” (61).

Esta frase coloca al médico en el lugar de jerarquía, por el poder que ejerce, y al ACS como sujeto subordinado. Los profesionales de nivel universitario también reconocen la autoridad médica por su influencia sobre los miembros del grupo. Así, como señalan otros autores²⁸, las relaciones entre los profesionales se definen en términos jerárquicos y, como señala Campos²⁹, la jerarquía centrada en el médico compromete la concretización del trabajo en equipo. Tal organización de poder incide en la desvalorización de los otros saberes y en la falta de reconocimiento de la interdependencia necesaria para el trabajo en equipo³⁰. Esta perspectiva provoca también la jerarquización de importancia de las prácticas y de los saberes, como se presenta en el discurso de un profesional de nivel superior:

“A veces, (...) yo podría preocuparme [por] cosas pequeñas, [pero] voy a preocuparme por cosas más grandes, cosas más importantes y dejar, de repente, para el ACS hacer la búsqueda de alguna cosa; en vez de buscarla yo, de llamar yo, yo hago otra cosa y ella busca al paciente” (4).

De hecho, en el trabajo en equipo debe haber división de tareas, pero este profesional de nivel superior presenta una visión desvirtuada sobre la acción que exige menor complejidad y, por este motivo, es atribuida al ACS, que la ejerce no porque es *menos importante o pequeña*, sino por estar apto para ejercerla.

Otro factor que puede estar asociado a la falta de compromiso es la madurez profesional, que es la capacidad técnica y la *disposición de las personas para asumir responsabilidades para dirigir su propio*

comportamiento hacia determinada tarea, es decir, *un individuo no es maduro o inmaduro en un sentido total. Todas las personas tienden a ser más o menos maduras en relación con una tarea*³¹.

La capacidad técnica para realizar cierta tarea está asociada a la *madurez de trabajo*, mientras que la disposición para su realización se liga con la *madurez psicológica*³¹. Este estudio indicó baja madurez psicológica, asociada, por lo tanto, a la falta de disposición para asumir responsabilidades sobre determinada tarea:

“Hay que tener madurez, ¿no? Y algunas personas tienen, otras personas no tienen. Muchas veces [el profesional] no sigue la rutina de trabajo (...) por creer que no tiene mucha importancia, por no darle mucho valor, y a veces eso molesta un poco” (71).

La escasa madurez psicológica de un individuo profundiza el hiato en el grupo por inducir una pérdida de la dimensión de la importancia de su trabajo y de su contribución para concretar el trabajo en equipo. En contrapartida, se enfatizó la madurez del profesional de enfermería que, a pesar de no asumir formalmente la ocupación de gestor, realiza esa tarea con excelencia en beneficio del equipo.

Es importante observar que ejercer su función, pero de forma desarticulada con otros profesionales, y limitarse a determinada etapa de la producción de cuidado expresaría cierta falta de compromiso, pues, de acuerdo con Franco, Bueno y Merhy, *como no hay interacción, no habrá compromiso con el resultado*³². De hecho, no basta con que el profesional ejerza su atribución sin hacerse responsable por todas las etapas del cuidado. Al contrario, se debe comprometer con el usuario y con los otros profesionales, en un *pacto de cuidado*³³, compartiendo la responsabilidad para la producción del cuidado en salud como un todo. Si no hay trabajo en equipo, no hay producción de cuidado de acuerdo con los propósitos de la ESF.

Cabe destacar que *el cuidado es parte de toda la ética*³⁴ y se establece en el ejercicio del compromiso del *sí-con-el-otro* y del *sí-mismo-como-otro*, implicando una actitud interrelacional de cuidado³⁵. Cada profesional sabe qué debe hacerse, pero, en muchos casos, no asume el compromiso para desarrollar el trabajo en equipo y producir el cuidado. Esto se ejemplifica a continuación, en un fragmento de diálogo extraído del grupo focal en el que los profesionales de nivel medio se refieren, de forma indirecta, a un profesional del mismo nivel y a otro de nivel superior, aunque dos actores del diálogo también hayan sido señalados en las entrevistas

individuales como sujetos que no se comprometen con determinadas tareas:

“Cada uno sabe lo que tiene que hacer; ahora, si lo hace, ahí es complicado...” (2II)

“Exactamente, eso puede generar eso de que a veces reclamemos...” (5II)

“¡Eso!” (2II)

“Entonces, no es que vamos a pelear, pero no estamos de acuerdo y reclamamos (...) no llega a ser peleando, pero no estamos de acuerdo con eso” (5II)

“Nos quedamos enojados...” (3II)

“Sí” (5II).

Los afectos de cada individuo son la base de su discernimiento sobre algo, ayudándolo a definir determinada situación como moral o no. Así, por ejemplo, indignación y angustia son sentimientos característicamente morales que forman parte de la reacción a actitudes que irrespetan la norma moral válida³⁶, esencial para todos quienes se encuentran en la situación en la que la norma es aplicable³⁷. Cuando los profesionales están en desacuerdo con determinada acción, expresan un juicio de obligación moral, que es la atribución de valor, de acuerdo con su sentimiento moral, en relación con el acto que tiene consecuencias que afectan a otro²⁴.

La falta de compromiso afecta tanto al otro profesional como al paciente. En este caso, la obligación de asumir un compromiso con el equipo y el usuario no es solo una norma institucional, externa al individuo, sino también interna, una *auto-obligación que alguien reconoce a conciencia*³⁸: *“El equipo no puede pensar diferente. Cuando piensa diferente... yo sé que cada uno tiene un pensamiento, cada uno tiene una manera de trabajar, de actuar, pero aquí el objetivo es uno: las personas están viendo a buscar alguna respuesta, [y] nosotros tenemos que dar una respuesta, tenemos que cuidar al paciente”* (3II).

Se impone al individuo lo que debe ser realizado y cómo debe ser realizado, pero, a veces, solo en cierta medida³⁹. El modo de actuar y pensar la producción de salud – influenciado por la ausencia de una competencia interpersonal razonable, por las necesidades no atendidas de los profesionales, por la jerarquía entre miembros del equipo y por la baja madurez psicológica – tensiona y modula el *modus operandi* del equipo, comprometiendo el cuidado del paciente.

Así, la falta de compromiso bioético de los profesionales entre sí y con los usuarios compromete no solo la dimensión moral del trabajo en equipo sino también la producción del cuidado, dado que

afecta directamente la resolutiveidad de la ESF. Esta falta de compromiso también asume una dimensión política, pues el equipo, en tanto estructura de producción del cuidado, es la materialización de la política pública que pone en práctica y posibilita efectivizar los derechos sociales, manifestando de forma eficiente los principios constitucionales del sistema de salud brasileño.

En síntesis, la ausencia de una competencia interpersonal razonable, las necesidades no atendidas de los profesionales, la jerarquía que opera por las relaciones de poder que impiden la expresión del trabajo de los diferentes miembros del equipo y la baja madurez psicológica son elementos centrales que originan la falta de compromiso con relación a otros profesionales y al paciente, caracterizándose como el problema bioético principal.

Las razones de la falta de compromiso hasta aquí señaladas no remiten exclusivamente al perfil de trabajo en la ESF. En este estudio, tales motivos también son manifestaciones de un choque de intereses y de poderes entre trabajadores y entre estos y la gestión. Los intereses no pueden ser anulados, no deben serlo, pero pueden ser legitimados y administrados *de modo de componerlos en la práctica* para la constitución del compromiso⁴⁰. Al mismo tiempo, la administración de procesos institucionales basada en el trabajo vivo posibilitaría incorporar a todos los profesionales del equipo en esos procesos y los acercaría a los gestores, para operacionalizar una gestión colegiada que explore el protagonismo del colectivo de trabajadores⁴¹.

Además de la administración de intereses, esta co-gestión posibilitaría la democratización del poder y, en consecuencia, la reconstrucción de la subjetividad, por la confrontación entre los involucrados y entre ellos y la realidad que viven²⁵. A partir de la falta de compromiso derivan otros problemas bioéticos expresados en la cotidianidad del trabajo de los profesionales, como el absentismo, la procrastinación y la fragmentación. Como resultado de la falta de compromiso, también tienen sus razones en la ausencia de una competencia interpersonal razonable, en las necesidades no atendidas de los profesionales, en la jerarquía y en la baja madurez psicológica. Estos problemas bioéticos tienen el potencial de actuar como catalizadores de conflictos éticos.

Expresión de problemas y conflictos éticos en el equipo

- **Absentismo**

Se refiere a la suma de los períodos en que los profesionales están ausentes del trabajo, *ya sea*

por falta, atraso o algún motivo interviniente⁴². Esta multifactorialidad contribuye a aumentar su complejidad⁴³. Cuando la ausencia no es planificada, *desorganiza el servicio, genera insatisfacción y sobrecarga entre los trabajadores presentes y consecuentemente disminuye la calidad de la asistencia brindada al paciente*⁴⁴, aunque la ausencia sea por motivo de enfermedad.

Cuando el absentismo se torna una acción condenable por parte de otros profesionales, expresando desatención con el trabajo en equipo y con la producción del cuidado, es considerado un problema bioético, consecuencia directa de la falta de compromiso. El absentismo en el equipo estudiado fue atribuido casi que exclusivamente a un profesional que, cuando falta, requiere el reacomodamiento de los pacientes con otros profesionales, generando sobrecargas, o nuevos agendamientos, lo que genera insatisfacción de los pacientes y quejas dirigidas a los profesionales presentes.

"[4I] era para quedar en un horario integral. Ella atiende a la mañana, [y] en la parte de la tarde es para que ella continúe en el puesto, [como] los otros profesionales se quedan, independientemente de no estar atendiendo, tienen que quedarse... Ella atiende a la mañana, [y] a la tarde, siempre cuando tiene entrenamiento, reuniones, la mayoría de las veces ella no se queda" (3II);

"En una reunión, no quedarse, no querer quedarse, no creer necesario quedarse, eso... [4I] acaba dejando, no da su opinión de lo que está bien o está mal, pero tampoco hace" (2II).

Otra cuestión recuperada en la entrevista fue la puntualidad de los profesionales de nivel superior. Con el grabador desconectado, un profesional de nivel superior se quejó del horario de llegada al trabajo, cuestionando el motivo por el cual su categoría profesional debía llegar a las 8 horas a la unidad si comenzaría a atender pacientes recién después de la pre-consulta.

A pesar de demostrar incomodidad por el reclamo por puntualidad, probablemente por parte de la gestión, esta cuestión no fue tomada directa o indirectamente por otros profesionales como un problema en el equipo. Por el contrario, parece ser natural para los participantes que los profesionales de nivel superior lleguen luego del horario de inicio del trabajo, como se observa en la unidad. Esto se comprueba en los dichos de 5II, que se refiere al atraso de 1I no como crítica dirigida a él, sino para

demostrar la intolerancia de un paciente que no aceptaba el atraso de este profesional:

"Nosotros lo agendamos [al paciente] [a las] 8. 1I no llega ocho en punto, ella llega ocho y algo, ocho y quince, ocho y veinte, ahí él dice: 'ah, pero por qué yo estoy agendado a las ocho, y por qué no sé qué, porque quiero ser atendido, porque mi horario era ocho'... Ahí yo digo: 'no, usted va a ser atendido, va a ser atendido. Cuando 1I llegue, usted va a ser el primero, no interesa si ella llega a las 9, usted va a ser el primero'. Ahí se quedó reclamando, reclamando: 'porque es una falta de respeto'" (5II).

El actuar motivado por la disposición de *respetar al otro como un ser autónomo y digno* es una cuestión prioritaria *del trabajo de humanización [que] está basado en fortalecer este comportamiento ético*⁴⁵. En este sentido, la puntualidad ejerce un importante papel en la humanización del cuidado y para la construcción del vínculo, expresando un compromiso bioético del profesional en relación con el paciente vulnerado o no.

- *Procrastinación*

Es el comportamiento de postergar tareas o dejarlas para después⁴⁶. Los estudios brasileños sobre el tema son escasos⁴⁷, especialmente en relación con los trabajadores de la ESF. La procrastinación está relacionada con el comportamiento de profesionales en relación con el proceso de trabajo, y perjudica directamente al usuario:

"Lo que más me molesta dentro del equipo generalmente es eso, cuando el paciente quiere resolver un problema y otra persona está ahí en otra, ¿sabes? No resuelve el problema: 'ah, no, vuelva después'. Yo hasta digo, me quedo enojada (...) no cuesta resolver el problema ya [del paciente], ¿sabes? Y hay mucha gente aquí que hace eso" (1I).

El paciente llega al servicio con la expectativa de poder resolver su problema. Así, como mínimo, en la perspectiva de trabajo en la ESF, el profesional debería recibir al paciente y oír sus demandas de forma humanizada. Sin embargo, en determinados casos, hasta en los más simples, que podrían ser resueltos de inmediato, el profesional que está en horario de campo, pero sin demandas externas, y se encuentra ocioso o en tareas no asistenciales en la unidad, no se muestra disponible para la atención:

"El otro día tuve un paciente para agendar [consulta], y ahí ella [el profesional]: 'ah, mi horario de campo...'

y yo le dije: 'agéndalo rapidito'. Y ella [el profesional] agarró la agenda, se sentó, lo agendó, ¿no? Lo hizo, pero después dijo '¿ya viste eso? Mi horario de campo [y] estoy aquí agendando, horario de campo' y se queda repitiendo, como si fuese..." (1I);

"Había un paciente [esperando para ser atendido] (...) [y el profesional] no estaba en horario de consultorio (...): 'yo estoy en horario de campo' (...). Ya se dijo muchas veces: 'si uno está en horario de campo, pero está dentro del módulo, no está en la calle, hay que trabajar, hay que atender al paciente' y eso no sucede, ¡no sucede! (...) y a eso lo vemos mucho (...). A veces está ahí: 'yo estoy en horario de campo, pero está ahí en el teléfono [celular] y la persona [paciente] está ahí viéndolo. Entonces ya tuve varias discusiones aquí dentro, inclusive con relación a eso, porque el paciente va molestándose y va aguantando, aguantando, aguantando, y hay un momento en el que parece que es una burla, que puede estar ahí toda la vida y que la persona está haciendo poco caso de que él está ahí'" (5II).

Así, en determinadas situaciones, no hay humanización por la ausencia de compromiso bioético, que incurre en el perjuicio del cuidado y en la pérdida de la confianza por parte del paciente con relación al profesional, al equipo y a la propia ESF. Otra posible consecuencia de la procrastinación es que, al dejar de ser atendido, el paciente es compelido a ir a las emergencias de las policlínicas u hospitales, que no deberían recibir ese tipo de demanda de atención básica. Además, la procrastinación no tiene lugar solo en la unidad, sino que se extiende también al campo:

"En las VD, en las visitas [domiciliarias], salimos a visitar, pero ella [el profesional] elige, está con una lista para poder visitar, [y] si no nos quedamos encima de ella, hace dos, tres visitas; si hay cinco, a veces, si uno la deja, va y hace solo dos y el resto la deja para después. ¡No puede ser!" (3II).

El cuidado no puede ser procrastinado, pues cuando el profesional trabaja con salud pública, asume un compromiso bioético con las políticas públicas, con la gestión, con sus colegas y, principalmente, con los usuarios del sistema. La procrastinación del profesional también puede tener efectos indirectos sobre el usuario, cuando un miembro del grupo deja de hacer alguna tarea que le es atribuida y compromete el trabajo de otros profesionales:

"La niña [paciente] vino a agendar consulta, pero ¿dónde está el número de historia? 'Ah, no fue

digitado aún', ¿y dónde está la credencial SUS?, 'caramba, no lo hice todavía, no tuve tiempo'... Tú tienes los datos del paciente, tú tienes que hacerlo, ¿cuál es tu función? Registrar, hacer la credencial SUS. ¿Tienes la referencia? Agarrar la referencia, dar entrada en la referencia. Yo me considero un poco crítica con el colega, hay veces que le estoy encima porque yo lo necesito y no tengo forma de sentarme en la computadora para darle el número [de la credencial SUS]. (...) Existe un profesional solo para eso. No voy a decir que eso me genere un conflicto a mí, eso genera [un conflicto] en nuestro día a día" (6II).

- Fragmentación del equipo

La producción de salud implica el desarrollo de acciones específicas, provenientes del saber de cada profesional, y de la forma en que se articulan esas acciones complementarias para ofrecer respuestas oportunas a las necesidades del usuario. No obstante, esta conexión aún es frágil, prevaleciendo el confinamiento de cada profesional a su *núcleo específico de saberes y prácticas*⁴⁸. El trabajo en equipo se traduce en el establecimiento de conexiones entre diferentes saberes y prácticas y se basa en *cierto conocimiento sobre el trabajo del otro y en la valoración de las contribuciones de éste en la producción de cuidado*⁴⁹. No obstante, eso no siempre ocurre, como lo presentan a continuación el dentista del equipo y 2II:

"El dentista es una cosa que... [lo que] hacemos, ellos no entienden muy bien nuestro trabajo, ¿no? No hay mucho en lo que puedan ayudar en algunas cosas... y nosotros estamos siempre corriendo ahí atrás, ¿no? Hasta las embarazadas que pedimos derivar, hay que escribir siempre en el papelito: 'derivar a odontología a la embarazada', hay que estar siempre insistiendo para que se acuerden de uno".

"Con relación al dentista es complicado, porque no sabemos exactamente cómo tratarlos (...). Las chicas [de odontología] se quedan encerradas adentro del módulo, solo vienen aquí para los pacientes. No van a la calle, no tienen un trabajo de educación en salud en la calle, solo cuando se las obliga a ir, ahí van (...) se quedan mucho con 'nadie nos mandó a hacer' y si me mandan a hacer yo finjo que no entendí, entonces es muy así" (2II).

Como lo señalan otros autores, los profesionales de odontología permanecen inmersos en acciones clínicas y distantes de las actividades colectivas de promoción de la salud y de prevención⁵⁰. Además

de la fragmentación, no hay valoración del desarrollo de esas acciones, tal vez por su formación que, de manera general, está abocada predominantemente a la clínica. Es cierto que el profesional tiene sus responsabilidades en la clínica, pero también tiene horarios específicos para el trabajo de campo y el desarrollo de esas acciones. Esto incluye a los profesionales de odontología, que deberían ser incentivos a asumir esa responsabilidad.

Silva y Trad señalan *la conexión aún tenue entre las acciones desarrolladas* por los miembros de un equipo, dado que, en determinados momentos, la interacción entre estos miembros se resume en *la emisión-recepción de mensajes, lo que no deriva propiamente en una articulación*⁵¹. En este estudio, observamos una escasa articulación entre los profesionales de odontología y todos los demás, pues el intercambio de mensajes es ineficiente para interconectar las diversas prácticas.

Creemos que la explícita distinción programática entre “equipo de salud bucal” y “equipo de salud de la familia” estimula aún más esa fragmentación. Tanto los profesionales de odontología se quejan de que no son incluidos, como los otros profesionales se quejan de que el dentista y el ASB no se incluyen en el equipo – no obstante, contradictoriamente, no los reconocen como miembros del equipo de salud de la familia. En el contexto de este trabajo, la fragmentación del equipo está asociada con el aislamiento de las prácticas y saberes debido a la falta de compromiso de los profesionales para apoyarse y responsabilizarse por el trabajo en equipo.

Así, los problemas bioéticos encontrados en este estudio pueden ser desencadenados por uno o más factores asociados. La ausencia de una competencia interpersonal razonable y la baja madurez psicológica mostraron ser condiciones importantes para la fragmentación del equipo y el absentismo del profesional. Además, la fragmentación también se mostró fuertemente asociada a las necesidades no atendidas del profesional, y el absentismo a la jerarquía. La procrastinación está estrechamente relacionada con cualquiera de estos factores, aislados o no.

De esta forma, los problemas bioéticos encontrados en este estudio contribuyen a establecer un pseudoequipo que, de acuerdo con Katzenbach y Smith², es un grupo de personas que no se preocupa por el desempeño colectivo, prevaleciendo el trabajo individual. Finalmente, vale observar que a pesar de que los códigos de ética – que definen las responsabilidades de cada profesión – traten sobre las buenas relaciones interprofesionales, en

contextos de deliberación colectiva e interdisciplinarios, *su carácter uniprofesional reduce su utilidad*⁵².

Consideraciones finales

El problema bioético central encontrado en este estudio fue la falta de compromiso, del cual derivan otros problemas bioéticos, como la fragmentación, el absentismo y la procrastinación, que carecen de más estudios, así como sus implicancias bioéticas en el proceso de trabajo de los equipos de la ESF y en el cuidado de salud. La génesis de tales problemas corresponde a la ausencia de una competencia interpersonal razonable, necesidades no atendidas del profesional, jerarquía y baja madurez psicológica, cuestiones que reflejan el choque de poderes e intereses entre profesionales y entre ellos y la gestión. En estos términos, la propuesta de trabajo en los modelos de la ESF se desprende del sentido bioético de la humanización del cuidado del paciente y del trabajo en equipo.

Para intervenir de modo eficaz en la génesis de estos problemas bioéticos se necesitarían medidas conjuntas entre gestión y equipo que proporcionasen cambios significativos en el modo de actuar de los profesionales, como estrategias de educación permanente, co-gestión y valoración del trabajador. Se defiende en este estudio la prerrogativa de que no se puede producir cuidado si todos los agentes de esta producción no fueran cuidados. Además, es importante puntuar la relevancia de una formación que atienda a la integración profesional requerida en el trabajo en equipo.

Es posible que incluso una intervención en el origen de los problemas no sea suficiente para inhibir su frecuencia o el surgimiento de nuevos problemas y conflictos éticos, pues el proceso de producción del cuidado está siempre tensionado por el modo de actuar de cada profesional. En este sentido, el abordaje bioético tiene el potencial de ofrecer respuestas a las limitaciones de la ética deontológica de los códigos profesionales, que no presentan herramientas para enfrentar integralmente nuevos desafíos⁵³, como los que emergen en el proceso de trabajo de un equipo interdisciplinario de salud.

Además, es importante destacar que los profesionales frecuentemente actúan en obediencia a las normas y bajo la protección de sus códigos de ética, lo que representa efectos de la normalización de la práctica, muchas veces en detrimento de la humanización del cuidado del usuario y de la articulación interprofesional, aunque los códigos recomienden una relación profesional respetuosa. En este caso, los profesionales

pueden equivocadamente considerar que, al obedecer las normas de los códigos de ética y satisfacer sus imposiciones, se están eximiendo de las obligaciones éticas⁵⁴. Tal perspectiva posibilitaría nuevos interrogantes éticos, también relacionados con el trabajo en equipo.

Frente a los problemas y conflictos éticos presentados en este estudio, los profesionales de la ESF tienden a adoptar medidas que no alteran las prácticas cuestionadas o incluso que los desobligan de cualquier acción que pueda contribuir a un cambio de ese escenario. En este sentido, las cuestiones éticas deben ser resueltas colectivamente, y el diálogo imparcial determina lo que puede y debe ser realizado en determinadas situaciones³⁶.

Si el origen y los propios problemas y conflictos éticos no se abordan, el trabajo en equipo no se hace efectivo. El aislamiento de atribuciones inhibe la cooperación, y las implicancias bioéticas de la pérdida de la dimensión del proceso de trabajo repercuten tanto en los medios de producción como en el cuidado del usuario. La pérdida de esa dimensión por un único profesional afecta al equipo en tanto unidad de producción y, por consiguiente, compromete el cuidado del usuario. Es necesario, por lo tanto, mirar al otro, no solo desde el profesional al paciente, sino desde la gestión al profesional y de éste hacia otro profesional, y reconocer que el trabajo se completa en el yo y en los otros y se fortalece en equipo.

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 [acceso 10 jun 2015]. (Documentos semFYC, nº 7). Disponible: <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(1):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 IZQ, 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 – dimasmrbeiro@gmail.com

Participación de los autores

Juliana Marin es responsable de la concepción del proyecto, la investigación bibliográfica, la recolección de datos, las transcripciones de las entrevistas, el análisis y la interpretación de los resultados y de la redacción del artículo, bajo la orientación y revisión crítica en todas las etapas de Carlos Dimas Martins Ribeiro, orientador de la tesis de doctorado a la cual el artículo está vinculado.

