Globethics Repository




# La construcción y validación del “Inventario de problemas éticos en la atención primaria de la salud” [Construction and validation of the instrument “Inventory of ethical problems in primary health care”]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

| | |
|---|---|
| Item Type | Article |
| Authors | Roque Junges, José |
| Publisher | Conselho Federal de Medicina |
| Rights | Creative Commons Copyright (CC 2.5) |
| Download date | 2026-11-09 03:17:50 |
| Link to Item | http://hdl.handle.net/20.500.12424/238194 |

# La construcción y validación del "Inventario de problemas éticos en la atención primaria de la salud"

*José Roque Junges [1], Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli [2], Marcos Paschoal Patussi [3], Rafaela Schaefer [4], Carlise Rigon Della Nora [5]*

**Resumen**

**La construcción y validación del "Inventario de problemas éticos en la atención primaria de la salud"**

Identificar los conflictos éticos contribuye para mejorar la calidad de la atención. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la validez de constructo y la consistencia interna del Inventario de Problemas Éticos en la Atención Primaria de la Salud. El instrumento, un cuestionario estructurado y cerrado, es resultado de una década de investigaciones sobre bioética en la atención primaria. El artículo enfoca la última etapa de validación. En el inicio de esta etapa, el instrumento contenía 41 elementos. Se lo ha aplicado a 237 profesionales de 12 centros de salud del Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre/RS). Tras el análisis factorial exploratorio de las puntuaciones, se encontró seis dimensiones centrales con alto grado de fiabilidad y consistencia (KMO = 0,831, Bartlett p < 0,001, alpha 0,876), explicando el 61,4 % de la varianza. La versión validada del instrumento quedó con 6 factores y 24 ítems. El instrumento contribuirá para las investigaciones en bioética, pues posibilita estudios cuantitativos en grandes muestras para llevar a reconocerse los problemas éticos más frecuentes en atención primaria.

**Palabras-clave:** Estudios de validación. Ética. Bioética. Atención primaria de salud. Solución de problemas.

**Resumo**

Identificar conflitos éticos contribui para melhorar a qualidade da assistência. O estudo objetivou verificar a validade de construto e consistência interna do "Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde". O instrumento, questionário estruturado e fechado, é fruto de uma década de pesquisas sobre bioética na atenção básica. O artigo enfoca a última etapa da validação. No início dessa fase, o instrumento continha 41 itens. Foi aplicado a 237 profissionais de 12 unidades de saúde do Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre/RS). Após análise fatorial exploratória dos escores, obtiveram-se seis dimensões centrais com elevado grau de confiabilidade e consistência (KMO=0,831; Bartlett p<0,001; α geral 0,876), explicando 61,4% da variância. Ao final, o instrumento validado ficou com seis fatores e 24 itens. O instrumento poderá contribuir para pesquisas em bioética, com estudos quantitativos em grandes amostras, bem como propiciar o reconhecimento dos problemas éticos mais comuns na atenção básica.

**Palavras-chave:** Estudos de validação. Ética. Bioética. Atenção primária à saúde. Resolução de problemas.

**Abstract**

**Construction and validation of the instrument "Inventory of ethical problems in primary health care"**

Identifying ethical conflicts contributes to improve healthcare quality. This study aimed to evaluate content validity and verify internal consistency of the Inventory of Ethical Problems in Primary Health Care. The instrument – a close and structured questionnaire – is a result of decades of researches on bioethics in primary health care. The article focuses on the last stage of validation. At the beginning of this stage the instrument had 41 items. It was applied to 237 professionals of 12 primary care centers at Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre/RS). After the exploratory factor analysis, it resulted in six dimensions with high degree of reliability and consistency (KMO = 0.831, Bartlett p < 0.001; alpha 0.876), which explained 61.4 % of variance. At the end, the validated version of the instrument had 6 factors and 24 items. The instrument may contribute to researches in bioethics through the development of studies to recognize the most common ethical problems in primary care and to explore the influence of different contexts on ethical problems.

**Key words:** Validation studies. Ethics. Bioethics. Primary health care. Problem solving.

**Aprovação CEP/Grupo Hospitalar Conceição 09-156**

**1. Doutor** roquejunges@hotmail.com – Unisinos, São Leopoldo/RS, Brasil **2. Livre docente** elma@usp.br – Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil **3. Doutor** mppatussi@unisinos.br – Unisinos, São Leopoldo/RS, Brasil **4. Doutoranda** rafaelaschaefer@hotmail.com – Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal **5. Doutoranda** carliserdn@yahoo.com.br – Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Declaram não haver conflito de interesse.

Investigaciones sobre los retos éticos en los servicios de atención a la salud pueden llevar los profesionales a reflejar, deliberar y evaluar actitudes éticas en las prácticas de salud [1]. Los problemas éticos son retos que exigen deliberación por la mejor solución. Entendidos como retos, no pueden ser resueltos a través de fórmulas, pero exigen permanente creatividad, porque requieren respuestas de largo alcance, que sobrepasen la solución de un caso particular [2]. En el Sistema Único de Salud (SUS), la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) ha reordenado la Atención Primaria a la Salud (APS) a través de la efectivización de los principios de la longitudinalidad y de la integralidad. Tal hecho refuerza la necesidad de compromisos éticos de los equipos, que tienen que ejercer una nueva práctica marcada por la humanización, cuidado y ciudadanía [1].

En esa perspectiva, desde 2000 tenemos estudiado la temática de la ética en la APS. El primer estudio, entre 2000 y 2003, desarrolló una investigación cualitativa con enfermeros y médicos de equipos de salud de la familia del municipio de São Paulo, con el objetivo de reconocer un perfil de las cuestiones éticas en esa nueva forma de organización de la APS en el SUS. Como resultado, se obtuvo una lista de 41 problemas [1], que originaron la primera versión del Inventario de problemas éticos en la atención primaria (IPE-APS).

Entre 2004 y 2005, se desarrolló un segundo estudio para reconocer si los problemas señalados en el primero se repetirían en la experiencia de otros equipos de salud de la familia y si todavía habría algo a agregar. El estudio mostró que la primera versión del IPE-APS era de fácil comprensión y cumplimentación, que contiene una lista de problemas éticos de la práctica en la APS suficientemente completa, no siendo necesario incluir nuevos ejemplos [3].

Desde 2005 a 2009, en el municipio de São Paulo, otros dos estudios cualitativos investigaron las situaciones éticamente significativas experimentadas por enfermeros y médicos en servicios de APS no reordenados por la ESF. Una de esas investigaciones estudió las unidades básicas de salud (UBS) tradicionales y la otra enfocó los centros de salud escuela [4]. Los resultados comprobaron la amplitud de la lista de problemas que componía la primera versión del IPE-APS. Un tercer estudio de ese mismo período validó la sensibilidad del instrumento. Para esa etapa de validación se desarrolló un estudio con expertos del área de ética y bioética. El instrumento se mostró sensible, permitiendo captar la variación de visión según el grupo en que era aplicado: profesionales de la APS y especialistas en ética y bioética [5].

Con esos estudios, se percibió que la primera versión del IPE-APS se mostraba integral, sensible, bastante comprensible y de fácil aplicación. A continuidad de la validación, era necesario evaluar el constructo del instrumento. Para validar la clareza, la facilidad de lectura y la fiabilidad del constructo se desarrolló, entre 2006 y 2008, un estudio metodológico [6]. La validación de la clareza y fiabilidad ocurrió a través de un panel de especialistas en salud de la familia, con uso de la técnica Delphi.

Cada ítem del IPE-APS tuvo su enunciado descrito según la situación narrada por los entrevistados del estudio, cuyos resultados originaron la lista de problemas constantes del inventario. Para cada ítem del IPE-APS se pedía a los especialistas del panel que evaluasen la congruencia entre el enunciado del problema ético y la descripción de la situación que lo generó. Había espacio para que los especialistas sugiriesen una nueva redacción para el enunciado, si fuese el caso. El punto de corte de la congruencia era del 80%, siendo mantenida la redacción de los enunciados con valor igual o superior a eso [6].

Para la validación de la facilidad de lectura se usó el Índice de Facilidad de Lectura de Flesch-Kincaid (ILFK), disponible en la Microsoft Windows Word. La redacción final de los enunciados de los problemas éticos resultante de la consulta al panel de especialistas fue ajustada para una facilidad de lectura compatible con una escolaridad aproximada al 7º año (antigua 6ª serie) de la enseñanza fundamental (lectura razonablemente fácil). La redacción ajustada para cada ítem fue revisada por una profesora de lengua portuguesa, para verificar la adecuación y corrección de la escrita. Con ese estudio metodológico se cerró, en 2008, la 2ª versión del IPE-APS [6].

Hasta esa segunda versión el IPE-APS ha sido validado en la vertiente cualitativa. Su escala para registro de la ocurrencia de los problemas éticos era nominal y no numérica. Desde 2009, usando la segunda versión del IPE-APS, se inició la validación por medio de técnicas cuantitativas, para permitir la incorporación de una escala del tipo Likert en el instrumento. Con eso, sería posible su uso en estudios cuantitativos, con muestras mayores. Las investigaciones tuvieron como objetivo verificar la validad de constructo y la consistencia interna del IPE-APS. El presente artículo describe los resultados de la última de esas investigaciones de validación del IPE-APS.

## Método

Estudio transversal, realizado en Rio Grande do Sul, con profesionales de 12 unidades de salud del Grupo Hospitalar Conceição (GHC), institución pública federal vinculada al Ministerio de Salud, referencia en el atendimiento del SUS. El Grupo cuenta con un equipo de 7.913 profesionales y abarca cuatro hospitales (Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor y Fêmina), 12 puestos de salud del Servicio de Salud Comunitaria, tres centros de atención psicosocial (Caps) y el Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, la Escuela GHC. Es nacionalmente reconocido como la mayor red pública de hospitales del Sur de Brasil, con un 100% de atendimiento del SUS [7].

El trabajo de campo inició en julio de 2011 con un estudio experimental, realizado en la unidad de salud Conceição, que incluyó cerca de 60 profesionales. El propósito era conocer la realidad *in loco* para organizar el trabajo de campo y, también, observar la comprensibilidad del instrumento por los profesionales durante su cumplimentación, un vez que sólo había sido utilizado en estudios en el municipio de São Paulo.

La recolección de datos tuvo lugar entre agosto y diciembre de 2011, aprovechándose las reuniones semanales de los equipos. Los profesionales eran invitados a participar de forma voluntaria, formando una muestra por conveniencia. Tras las aclaraciones sobre la investigación y la libertad de participación, todos los presentes en la reunión recibieron el IPE-APS, con las instrucciones para su cumplimentación. Al final, se recogían todos los instrumentos distribuidos, completado o no. Como no había identificación de la persona que respondía se preservaba el anonimato de los incluidos en el estudio e incluso de los que se negaron a participar, ya que la retirada de los instrumentos en blanco no se hacía en el campo.

La muestra totalizó 237 profesionales. Para el procedimiento de análisis factorial exploratoria, autores más rigurosos, como Dassa [8], sostienen que el tamaño ideal de la muestra es de, como mínimo, de diez sujetos por ítem del inventario o un total de por lo menos 250 sujetos. Otros autores, como Pestana y Gageiro [9], proponen, como mínimo, cinco sujetos por cuestión en inventarios con más de 15 ítems, considerándose un mínimo de 100 sujetos. Ante eso, consideramos la muestra del presente estudio suficiente para los análisis propuestos.

La versión del IPE-APS sometida a validación cuantitativa contenía los 41 ítems de la segunda versión de la validación cualitativa, con problemas éticos en tres ámbitos relacionales de la atención a la salud: usuario-profesional, equipos de salud de la familia y sistema de salud [1]. A cada ítem los encuestados podrían expresar su visión acerca del tema en una escala que variaba de cero a cuatro. El cero significaba que el encuestado no consideraba problema ético la situación enunciada en el ítem. De lo contrario, tenía que marcar con qué frecuencia encontraba el problema en su trabajo en la APS: *nunca* (1); *raramente* (2); a menudo (3); *siempre* (4).

Se registraron incluso algunas características de los encuestados: socioeconómicas, especialmente la escolaridad; demográficas (sexo, color de piel o raza y estado civil); factores relacionados al proceso de trabajo (profesión, tiempo de formación, tiempo de trabajo en la APS y tiempo de trabajo en la unidad de salud actual).

El Epidata versión 3.1 fue utilizado para la digitación de los datos y el *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 12.0, para el análisis. Con el objetivo de evaluar la adecuación de los datos al análisis factorial, se usó el test de KaiserMeyer-Olkin (KMO). Para la validación del constructo se usó el análisis de componentes principales y la rotación varimax. Para ello, se siguieron los pasos propuestos por Hair JF, Anderson RE, Tatham RL y Black WC [10]: formulación del problema; construcción de la matriz de correlación; determinación del método de análisis factorial; determinación del número de factores; rotación de los factores; interpretación de los factores; cálculo de las cargas factoriales o elección de variables sustitutas, y determinación del ajuste del modelo.

Para encontrar la mejor solución en términos de números de factores se utilizaron como criterios: autovalor mayor o igual a 1, mínimo de tres ítems por factor, y coherencia con la teoría que fundamentó la construcción del instrumento en todos los estudios: la bioética deliberativa de Diego Gracia. Los criterios de remoción de ítems fueron: aumento de *alpha* tras la remoción del ítem; ítem cargando varios factores a la vez, y remoción del ítem cuyo contenido no fuese coherente con el constructo. Para evaluar la consistencia interna de la escala total y su subescala se utilizó el *alpha* de Cronbach [11].

La investigación fue aprobada por el Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição y todos los participantes firmaron el término de consentimiento libre e informado.




http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222012

## Resultados

Entre otros profesionales de salud de los equipos de salud de la familia, el muestreo de 237 profesionales incluía médicos (14%), agentes comunitarios de salud (11%), asistentes y/o técnicos en enfermería (10%) y enfermeros (9%). Predominó el sexo femenino (79%), el 82% se consideraron blancos, el 50% eran solteros y el 60% tenían edad entre 21 y 40 años.

El análisis de los datos consideró las respuestas de los 237 profesionales participantes. Con el propósito de evaluar la estructura general de los datos, se rodó el análisis en el SPSS de forma abierta, o sea, sin delimitar previamente la cantidad de factores, con rotación varimax. El resultado de ese análisis indicó la existencia de 10 diferentes factores, en los cuales el índice KMO=0,847 y el Bartlett p<0,001. La varianza explicada en esta solución era del 63,5% y el *alpha* general 0,921. Esas medidas indicaron que los resultados eran satisfactorios, o sea, mostraron la adecuación de los datos para procederse al modelo exploratorio de análisis factorial.

Tras la verificación de la adecuación de los datos, para la secuencia del análisis se retiraron los ítems que, a la vez, presentaban dos o más factores aunque con baja concordancia. Se retiraron, uno a uno, seis ítems, lo que aumentó la varianza para el 64,4%.

Tras la retirada de esos ítems, el análisis generaba nueve factores. Tres factores tenían sólo dos ítems, lo que no es recomendable en la validación, según autores como Tabachnick y Fidell [11]. Por lo tanto, se optó por retirar más seis ítems. Con eso, la explicación de la varianza se redujo al 59,6%. No se esperaba ese comportamiento de la varianza con la remoción de los ítems, pero, a pesar de eso, debido a la necesidad de eliminar factores que contenían sólo dos ítems, se optó por la retirada.

Al analizarse la consistencia teórica, se encontraron tres ítems cuyos problemas éticos enunciados no tenían sentido en los factores donde se asignaron. También se optó por su retirada. Se obtuvo, así, la explicación del 61,4% de la varianza en un modelo con seis factores y 24 ítems. El índice KMO alcanzó el 0,831, Bartlett p<0,001 y *alpha* general el 0,876 (tabla 1). Ese arreglo de ítems y factores se consideró la mejor solución de análisis, pues combinó importantes resultados estadísticos y agrupó los problemas éticos de manera apropiada desde el punto de vista teórico [11].

Los factores pueden ser tomados como categorías de análisis o, aun, dominios de evaluación del IPE-APS. Ellos agruparon los problemas éticos en la APS por frecuencia y por sus características, los que más ocurren y de qué tipo son, con base en publicaciones sobre atención básica [12]: 1) Gestión da atención primaria; 2) Longitudinalidad; 3) Práctica de los equipos; 4) Perfil profesional; 5) Privacidad en la atención primaria a la salud, y; 6) Secreto profesional (Tabla 1 – Anexo).

El dominio 'gestión de la atención primaria' contiene seis ítems, con *alpha* de Cronbach igual a 0,854. Agrupa problemas éticos referentes a la: carencia de condiciones para los atendimientos; falta de condiciones para la realización de visitas domiciliarias; deficiencias del servicio de retaguardia para la remoción de pacientes; dificultades en el sistema de referencia y contrarreferencia; retorno y confidencialidad de los resultados de exámenes laboratoriales y; exceso de familias asignadas a cada equipo en la ESF. Ese dominio del IPE-APS plantea la cuestión de los aspectos directamente relacionados a la organización y al funcionamiento de los servicios como fuente de problemas éticos para los profesionales de salud en la ESF.

El factor 'longitudinalidad' contiene cuatro ítems que tratan de las cuestiones relacionadas a la: continuidad de tratamiento; negación en seguir la indicación médica; prescripción de medicamento que el usuario no tendrá dinero para comprar y; dificultad de cumplir en la práctica las responsabilidades de cada profesional del equipo. Ese dominio del IPE-APS abarca los problemas éticos derivados de la prolongada relación que se establece entre el profesional y el usuario. El *alpha* de Cronbach de ese factor fue 0,70.

En el factor 'práctica de los equipos' constan cuatro ítems que expresan problemas éticos decurrentes de la fragmentación del trabajo de los equipos y la dificultad de ejercer la práctica interdisciplinaria. Ese dominio trata de la: falta de respeto entre los miembros del equipo; falta de colaboración de un equipo con la otra; profesionales que no presentan perfil para trabajar en la ESF y; profesionales que actúan con falta de compromiso e implicación. El *alpha* de Cronbach de ese factor fue 0,76.

Tres ítems forman el factor 'perfil profesional', con *alpha* de Cronbach de 0,72. Son problemas éti-

cos relativos al perfil actitudinal del profesional en la APS, reordenada o no por la ESF: previo juicio de usuarios y familiares; falta de respeto y prescripciones inadecuadas.

El quinto factor, 'privacidad en la atención primaria a la salud', comprende tres ítems, que traen aspectos propios de este tema ético en el contexto de la APS, donde los domicilios y la comunidad son extensiones del consultorio. El factor tuvo *alpha* de Cronbach igual a 0,70.

El factor 'secreto profesional' tuvo *alpha* de Cronbach igual a 0,64 y agrupó cuatro ítems relativos a los problemas éticos en las informaciones sobre la salud de los usuarios y el intercambio de estas entre los profesionales, usuarios y familiares.

Hay consistencia interna de las dimensiones resultantes del análisis de los datos, con índices *alpha* de Cronbach [13,14] que variaron desde deseable (α=0,85) a aceptable (α=0,64).

## Discusión

Como resultado de más de una década de investigaciones explorando la interfaz de la bioética y atención básica, se logró construir y validar un instrumento para inventariar problemas éticos en la atención primaria de la salud. La aplicación del IPE-APS permite hacer una 'epidemiologia' [15] de los problemas éticos en la visión de los profesionales de salud que actúan en la atención primaria. Pero, sobrepasa la contabilización porque puede prestarse a la mediación de la reflexión sobre las cuestiones éticas para la mejora de los servicios de salud.

Los resultados del presente estudio validaron el IPE-APS porque mostraron que el instrumento presenta homogeneidad y consistencia interna, con congruencia de los ítems en cada factor y con el todo [16]. La varianza total explicada fue aceptable. Sólo el 38,6% de la varianza permaneció inexplorada [11]. Además de las medidas estadísticas satisfactorias, hubo importante coherencia teórica de los factores resultantes del análisis, según la literatura revisada [12,17].

El factor con mayor porcentual de varianza explicada fue 'gestión de la atención primaria', pues, independientemente del número de factores retenidos, este siempre se agrupaba como el primero. Eso probablemente resulta de la importancia de esa cuestión para la APS, especialmente en el SUS, en el cual se han propuesto que ese nivel de la atención sea la puerta de entrada del Sistema y, a la vez, coordinadora del cuidado por los diversos puntos de la red de atención a la salud. Los problemas éticos relacionados a la dimensión de la gestión de la APS guardan relación directa con la ética en la gestión de los servicios de salud, aclarando la dificultad de separar la ética de los cuidados de salud de la ética en la administración en salud [18].

Diversos estudios han evidenciado la existencia de problemas relacionados a la gestión del SUS [19-21]. Cada vez más los servicios de salud requieren de los municipios el buen desempeño de la capacidad de gestión, que deberá volverse hacia el cambio positivo en los indicadores de salud de la población. Con eso, gana importancia la figura del gestor y de sus decisiones político-gerenciales en la efectividad y eficiencia del SUS. Los profesionales de los equipos de la ESF y los gestores deben guiar su práctica por el principio de la responsabilidad ética [22].

La longitudinalidad del cuidado es el segundo factor del IPE-APS y puede ser entendido como característica central y propia de la atención primaria. Para Starfield [23], longitudinalidad se refiere al acompañamiento del paciente, a lo largo del tiempo, por médico generalista o equipo de salud, en los múltiples episodios de enfermedades y cuidados de promoción y rehabilitación de la salud. Para esa continuidad de la atención son imprescindibles la existencia y el reconocimiento de una fuente regular de cuidados de atención primaria, el establecimiento de vínculo terapéutico duradero entre los pacientes y los profesionales de salud del equipo local y la continuidad informacional [24]. En esos puntos se concentran, incluso, los principales problemas éticos relacionados a la longitudinalidad.

El tercer factor, 'práctica de los equipos', corrobora los estudios que señalaron deficiencias en la responsabilidad colectiva en el trabajo de equipo en la ESF, pues los profesionales fragmentan en actuaciones aisladas o que debería ser un saber colectivamente construido [25]. Para alcanzarse los objetivos de la ESF es necesario el efectivo trabajo en equipo, con todos actuando en favor del mismo objetivo. En los equipos de salud, cada profesional ejerce su profesión en el eje de un trabajo colectivo, cuyo resultado final depende de la contribución de las diferentes áreas del saber a la asistencia [12].

El 'perfil profesional', cuarto factor, confirman las evidencias de estudios con gestores y trabajadores del SUS, de los distintos ámbitos de gobierno, al enseñar que, de la misma manera que el desempeño y la gestión de los recursos humanos, la formación de los profesionales afecta, profundamente, la calidad de los servicios y el grado de satisfacción de los usuarios [26,27]. El sector público tiene dificultad



 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222012

para contratar profesionales con perfil adecuado a lo que se pretende y se espera para la APS. En el proceso de formación de los profesionales, a pesar de los recientes esfuerzos de cambio, especialmente con la expansión de las horas de prácticas en la salud de la familia, persiste la distancia en relación a las demandas y necesidades del SUS, con dificultades para la integración de conocimientos clínicos y de la salud colectiva [12].

El factor 'privacidad' revela características propias de la APS, pues la casa de los usuarios se torna extensión del consultorio. La relación deja de ser individual (médico-paciente) para tornarse colectiva (equipo de salud-familia), enriqueciendo la discusión de un tema esencial a la bioética, la privacidad de las personas autónomas, con los problemas específicos y peculiares de este nivel de la atención. La privacidad es un principio derivado de la autonomía y abarca la intimidad, la vida privada y el honor de las personas. En el trabajo en equipo multiprofesional, el cambio de informaciones es fundamental para la buena calidad en la asistencia. Pero, las informaciones para los miembros de los equipos van a limitarse a las necesarias para cada uno realizar sus actividades en beneficio del usuario [28].

En el sexto factor, 'secreto profesional', se plantea que la cuestión del secreto no está necesariamente vinculada al contacto directo entre informante y oyente. En función del atendimiento a los usuarios y familias, la información puede obtenerse por una o más personas y la confidencialidad debería ser preservada, como respeto a un derecho del usuario [29]. Un estudio brasileño, realizado por Fortes y Spinetti [30], constató que los agentes comunitarios de salud se preocupan con el principio ético de la privacidad y con la necesidad de mantener el secreto, como obligación ética de los profesionales de salud.

Se destaca que los últimos dos factores guardan similitud entre sí, pues los términos '*secreto*' y '*privacidad*' se confunden y los problemas éticos descritos en ambos dominios se entrelazan en la asistencia, pudiendo ser diferentemente interpretados por los profesionales – tal vez por ello hayan presentado los menores índices de *alpha* de Cronbach (0,70 y 0,64, respectivamente).

De hecho, la propuesta del SUS de trabajo en equipe para la atención primaria, especialmente con la Estrategia Salud de la Familia, plantea cuestiones éticas sobre el secreto y la privacidad que requieren profundización de las reflexiones para que podamos llegar a respuestas que respeten la dignidad y autonomía de los usuarios de los servicios. Sin embargo, tal vez la confusión que se manifestó en el análisis de esos ítems en el instrumento sea reflejo de que los usuarios y profesionales todavía están espantados con la capilaridad proporcionada por la ESF, donde equipos y profesionales penetran en la privacidad de los hogares, en la intimidad de la dinámica familiar.

El estudio de Seoane y Fortes [31] muestra divergencias en las opiniones de los usuarios cuanto a las informaciones sobre su salud y vida familiar que repasan al agente comunitario de salud. Algunos piensan limitar las informaciones, no confiando al agente siquiera ítems referentes a su enfermedad. Pero, hay usuarios que afirman compartir todo lo que se habla respecto a su salud, concientes de que las informaciones serán llevadas al equipo. A pesar de perpetuarse en la práctica cotidiana de la atención primaria situaciones de irrespeto a la confidencialidad, los equipos de salud consideran que la preservación del secreto y la privacidad de los usuarios es elemento clave para ofertar un servicio de calidad y humanizado [32].

La perplejidad de todos los involucrados en esa propuesta de trabajo colectivo se refleja en la formación de los futuros profesionales. Estudiantes de medicina reconocen que la confidencialidad de la información en su experiencia de aprendizaje en la atención básica es un punto esencial en el desarrollo del secreto profesional que deberán observar como médicos, pero reconocen tener dificultades para definir las situaciones en las cuales es necesario compartir informaciones y cuando éstas deben ser mantenidas en secreto [33]. Está claro que el cambio de informaciones entre usuario y profesional depende directamente del clima de confianza que pasa por la relación clínica y el acogimiento del usuario en el servicio [34].

Un estudio con mujeres portadoras de VIH, en una región del municipio de São Paulo, demostró que ellas revelan su condición para el equipo de salud de la familia solamente cuando establecen vínculo y confianza con los profesionales. En cambio, cuando tienen miedo e inseguridad debido a alguna actitud de los profesionales o no confían que el secreto sobre su condición será mantenido, no revelan su diagnóstico al equipo de la atención primaria [35]. El vínculo, la confianza y acogimiento en la relación de los servicios y profesionales con los usuarios y familias son elementos fundamentales para la reflexión y conducción de las cuestiones éticas sobre secreto y privacidad.

## Consideraciones finales

El IPE-APS es un instrumento original e innovador para la propuesta de desarrollar investigaciones en bioética con el propósito de profundizar la reflexión acerca de los retos éticos en la práctica profesional cotidiana de los servicios de salud. Se desconoce, hasta el momento, la existencia de instrumentos semejantes, validados para medir el mismo constructo. Por ello, el IPE-APS es importante herramienta en la mejora de la atención a la salud. Él facilitará la realización de estudios extensos, con grandes muestras, lo que, a su vez, también contribuirá para seguir en la validación del propio instrumento. La aplicación de un mismo instrumento validado en diferentes locales facilita la comparación de los hallazgos, desde que respetadas las cuestiones de la adaptación cultural.

La aplicabilidad del IPE-APS se mostró posible en diferentes circunstancias y locales de trabajo de la atención primaria, siendo un buen recurso para investigadores, profesionales y gestores lograren informaciones sobre el perfil de problemas éticos en la visión de los equipos de los servicios, orientando el trabajo de comités de ética, comisiones de bioética y programas de educación continuada para la realidad local.

El IPE-APS es un instrumento elaborado con un constructo emanado de la realidad del SUS y validado por medio de investigaciones cualitativas y cuantitativas que recurrieron a instrumentales del análisis de discurso, análisis de contenido, psicometría, estadística. Teóricamente, se ancla en la bioética deliberativa de Diego Gracia. Tras esta última investigación de validación del IPE-APS, con la cual llegamos a una tercera versión del instrumento, concluimos que él posibilita: trazar perfiles confiables de las cuestiones éticas en la APS; desencadenar la reflexión de los equipos y profesionales para la reformulación de actitudes personales y procesos de trabajo.

Con el IPE-APS se abren caminos para nuevas investigaciones en la interfaz de la bioética con la atención primaria a la salud. La relevancia del instrumento es posibilitar la realización de estudios con muestras representativas de poblaciones profesionales para verificar la potencialidad de generalización de los problemas indicados en el IPE-APS. Además, el uso de un instrumento validado en diferentes regiones, o sea, su aplicación en estudios con múltiples sitios para recolección de datos, permitirá la comparación de los resultados para verificar si hay influencia de factores culturales, locales, sociales, de organización de los servicios de atención primaria en los problemas éticos vividos e identificados por los equipos, pudiendo evaluarse la interferencia de esos factores, en caso positivo.

Esos estudios también podrán indicar si hay diferencias locales y regionales significativas en el perfil de problemas éticos de la atención primaria. Con eso, no se defiende la mera descripción de los problemas éticos, sino sistematizar el reconocimiento de la situación, con la generación de evidencias, para dirigir acciones de transformación de la práctica de la atención primaria en el sentido de tornarla más ética, humanizada y ciudadana. Ubicando los puntos débiles, en el sentido ético, de la actuación de los equipos de atención primaria, podrá dirigirse la formación permanente a los temas y cuestiones más relevantes y frecuentes en cada realidad.

*Los varios proyectos desarrollados desde el primer estudio en 2000 contaron con financiación del CNPq, Fapesp y Capes bajo la forma de ayuda a la investigación y becas de iniciación científica, maestría, pasantía posdoctoral y productividad.*

## Referencias

1. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. [tese]. São Paulo: USP; 2003.
2. Gracia D. Ethical case deliberation and decision making. Med Health Care Philos. 2003;6(3):227-33.
3. 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.
4. Zoboli ELCP Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, São Paulo, Brasil. Aten Prim. 2010;42(8):406-1.

5. Silva LT, Zoboli ELCP. Problemas éticos na atenção primária: a visão de especialistas e profissionais. Revista Brasileira de Bioética. 2007;3(1):27-39.
6. Silva LT. Construção e validação de um instrumento para mensuração de ocorrência de problema ético na atenção básica. [dissertação]. São Paulo: USP; 2008.
7. Grupo Hospitalar Conceição. Atenção à saúde. [Internet]. (acesso 24 jun. 2012). Disponível: http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=atencao_saude
8. Dassa C. Analyse multidimensionnelle exploratoire et confirmative. Montreal: Université Montréal; 1999.
9. Pestana MH, Gageiro JG. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 3ª ed. Lisboa: Silabo; 2003.
10. Anderson RE, Tatham RL, Black B. Multivariate data analysis. In: Hair JF, colaborador. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998.
11. Tabachinick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 4th ed. San Francisco: Allyn and Bacon; 2001.
12. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: Conass; 2011.
13. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3):297-334.
14. Cronbach LJ, Meehl P. Construct validity in psychological tests. Psychological Bulletin. 1955;52(4):281-302.
15. Fetters MD, Brody H. The epidemiology of bioethics. J Clin Ethics. 1999;10(2):107-15.
16. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e educação. Petrópolis: Vozes; 2003.
17. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para organização da atenção básica, para a estratégia de saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília; 2011.
18. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 240.
19. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no programa saúde da família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc. & Saúde Col. 2010;15(3):3.579-86.
20. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
21. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Ciênc. & Saúde Col. 2007;12(Supp):1.819-29.
22. Amorim AG, Souza ECF. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. Ciênc. & Saúde Col. 2010;15(3):869-78.
23. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
24. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003;327(7.425):1219-21. DOI: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219
25. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do programa de saúde da família. Rev. Saúde Pública. 2001;35(3):303-11.
26. Nogueira R. Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde. Brasília: Opas; 2002. (Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde).
27. Cotta RMM, Morales MSV, Gonzáles AL, Ricos JAD, Cotta Filho JS. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. Rev Hospital Clínicas de Porto Alegre. 2002;22(1):25-32.
28. Fortes PAC, Martins CL. A ética, a humanização e a saúde da família. Rev. Bras. Enferm. 2000;53(n. esp):31-3.
29. Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 269-84.
30. Fortes CAP, Spinetti RS. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. Cad. Saúde Pública. 2004;20(5):1.328-33.
31. Seoane AF, Fortes PAC. A percepção do usuário do programa saúde da família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. Saúde Soc. 2009;18(1):42-9.
32. Bellenzani R, Mendes RF. Sigilo na atenção em DST/Aids: do consultório aos processos organizacionais. Polis e Psique. 2011;1(3):140-65.
33. Ferreira RC, Silva RF, Zanolli MB, Varga CRR. Relações éticas na atenção básica em saúde: a vivência dos estudantes de medicina. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009;14 (1 suppl): 1.533-40.
34. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p. 89-111.

35. Ferreira FC, Nichiata LYI. Mulheres vivendo com Aids e os profissionais do programa saúde da família: revelando o diagnóstico. Rev. Esc. Enferm. USP. 2008;42(3):483-9.

**Participación de los autores**

José Roque Junges: coordinador del estudio en Porto Alegre, que constituyó la última fase de validación del IPE-APS. Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli: desarrolló el estudio original que identificó los problemas éticos que componen el IPE-APS y orientó las investigaciones que componen las etapas anteriores de validación del instrumento. Marcos Paschoal Patussi: investigador responsable del brazo cuantitativo del estudio de Porto Alegre, para validación final y consistencia interna del instrumento. Rafaela Schaefer y Carlise Rigon Della Nora: realizaron los trabajos de campo, estructuración de los bancos de datos y análisis de los datos. Todos los autores aportaron igualmente para la elaboración y revisión final del artículo.

Recibido: 23.2.2014
Revisado: 9.4.2014
Aprobado: 19.5.2014



 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222012

## Anexo

**Tabla 1.** Factores, ítems, índices de fiabilidad de los factores y cargas factoriales de los ítems

| Ítems | | Cargas factoriales | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $h^2$ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Factor 1. Gestión de la atención primaria (α=0,85)** | | | | | | | |
| **40** La UBS no tiene condiciones para realizar atendimientos de urgencia | 0,567 | 0,804 | | | | | |
| **39** La UBS no ofrece a los equipos de salud de la familia las condiciones para apoyar la realización de visitas domiciliarias | 0,581 | 0,791 | | | | | |
| **41** No hay retaguardia de servicio de remoción, en la UBS | 0,479 | 0,766 | | | | | |
| **37** Hay dificultades en el sistema de referencia y contrarreferencia para la realización de exámenes complementarios | 0,555 | 0,700 | | | | | |
| **38** Hay dificultades cuanto al retorno y a la fiabilidad de los resultados de los exámenes laboratoriales | 0,566 | 0,680 | | | | | |
| **33** Hay un exceso de familias asignadas a cada equipo de la ESF | 0,557 | 0,671 | | | | | |
| **Factor 2. Longitudinalidad (α=0,70)** | | | | | | | |
| **8** Los profesionales se sienten impotentes para convencer el usuario a dar continuidad al tratamiento | 0,454 | | 0,755 | | | | |
| **17** Usuarios se niegan a seguir las indicaciones médicas o a realizar los exámenes | 0,466 | | 0,683 | | | | |
| **25** Es difícil definir, en la práctica, el papel y las responsabilidades de cada profesional de la ESF | 0,538 | | 0,626 | | | | |
| **5** Los profesionales prescriben medicamentos que el usuario no tendrá dinero para comprar | 0,468 | | 0,563 | | 0,382 | | |
| **Factor 3. Práctica de los equipos (α=0,76)** | | | | | | | |
| **23** Hay falta de respeto entre los miembros del equipo de la ESF | 0,390 | | | 0,768 | | | |
| **22** Los equipos de salud de la familia no colaboran unas con otras | 0,563 | 0,324 | | 0,678 | | | |
| **24** Los profesionales del equipo no presentan perfil para trabajar en la ESF | 0,632 | 0,349 | | 0,626 | | | |
| **21** Los profesionales de los equipos de la ESF actúan con falta de compromiso e implicación | 0,394 | | | 0,539 | | | |
| **Factor 4. Perfil profesional (α=0,72)** | | | | | | | |
| **4** Los profesionales hacen prescripciones inadecuadas o erradas | 0,366 | | | | 0,778 | | |
| **2** El equipo de la ESF prejuzgan los usuarios y familiares con base en prejuicios y estigmas | 0,214 | | | | 0,694 | | |
| **3** El profesional trata el usuario con falta de respeto | 0,281 | | | 0,412 | 0,668 | | |
| **Factor 5. Privacidad (α=0,70)** | | | | | | | |
| **12** El ACS cuenta a sus vecinos informaciones obtenidas en su trabajo a respecto de usuarios y familias | 0,415 | | | | | 0,826 | |
| **10** El ACS comenta informaciones sobre la intimidad de la familia y de la pareja con el equipo de salud | 0,307 | | | | 0,324 | 0,764 | |
| **13** El profesional cuenta informaciones sobre la salud de uno de los miembros de la familia que atiende él a los demás miembros de esa familia | 0,370 | | | | | 0,593 | |
| **Factor 6. Secreto (α=0,64)** | | | | | | | |
| **27** Los usuarios piden a uno de los miembros del equipo de salud de la familia que los demás miembros no tengan acceso a alguna información relacionada a su salud | 0,333 | | | | | | 0,834 |
| **30** Los usuarios piden a uno de los miembros del equipo de salud de la familia que los demás miembros no tengan acceso a alguna información relacionada a su salud, incluso en situación en que sea necesaria la participación de la familia en el cuidado | 0,404 | | | | | | 0,601 |
| **20** El profesional cuenta informaciones sobre la salud de uno de los miembros de la familia que atiende él a los demás miembros de esa familia, cuando éste no logre más gestionar el autocuidado y se expone a riesgos | 0,434 | | 0,322 | | | | 0,581 |
| **16** Menores de edad buscan a la UBS y piden al equipo exámenes, medicamentos u otros procedimientos sin autorización y/o conocimiento de los parientes | 0,374 | | 0,354 | | | 0,319 | 0,528 |
| **Alpha** | | 0,85 | 0,70 | 0,76 | 0,72 | 0,70 | 0,64 |
| **% varianza** | | 16,02 | 9,75 | 9,72 | 9,03 | 8,67 | 8,20 |
| **% cumulativa** | | 16,02 | 25,77 | 35,50 | 44,54 | 53,21 | 61,42 |