

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white sans-serif font on a solid blue rectangular background.

Relación profesional-usuario de la salud de la familia [Professional-user of Family health relationship]

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	de Almeida Lima, Cássio;Soares Oliveira, Ana Paula
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-09-20 02:40:54
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/238098

Relación profesional-usuario de la salud de la familia: perspectiva de la bioética contractualista

Cássio de Almeida Lima ¹, Ana Paula Soares Oliveira ², Beatriz Ferreira Macedo ³, Orlene Veloso Dias ⁴, Simone de Melo Costa ⁵

Resumen

La relación entre los profesionales sanitarios y los usuarios es un reto para la reorganización de los servicios de salud pública. El objetivo fue discutir la relación del profesional con el usuario, en los temas del cuidado y de la educación en salud en el contexto de la Estrategia y Salud de la Familia (ESF), haciendo uso de la perspectiva de la Bioética contractualista. Como método de llevar a cabo una revisión narrativa y crítica en periódicos de la Biblioteca Virtual en Salud. El modelo contractualista es el más aconsejable en la relación del profesional con los usuarios de los servicios de salud, por tener un compromiso por parte de ambos. Diferentemente, los modelos sacerdotales, ingeniero y colegial debe evitarse pues caracterizan dominación, acomodación, negociación y sumisión. La recepción fue propuesta como herramienta para hacer frente a los modelos de relación indeseables. El proceso de cuidar y la educación en salud deben basarse en el modelo contractualista del profesional con el usuario. La relación interpersonal verdadera causa un efecto positivo para trabajadores y usuarios, pues sugiere la participación de los involucrados en el proceso de trabajo y salud de la familia.

Palabras-clave: Bioética. Relaciones del profesional con el enfermo. Relaciones del profesional con la familia. Programa Salud de la Familia. Atención primaria de salud.

Resumo

Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista

A relação entre profissionais de saúde e usuários é tema desafiador para a reorganização dos serviços de saúde pública. Objetivou-se discutir a relação profissional-usuário nas questões do cuidar e da educação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), utilizando a perspectiva da bioética contratualista. Como método, realizou-se uma revisão narrativa e crítica em periódicos da Biblioteca Virtual de Saúde. O modelo contratualista é o mais desejável por envolver compromisso de ambas as partes. Diferentemente, os modelos sacerdotal, engenheiro e colegial devem ser evitados por caracterizar dominação, acomodação, negociação e submissão. O acolhimento foi sugerido como instrumento de enfrentamento aos modelos relacionais indesejáveis. Concluiu-se que o processo de cuidar e a educação em saúde devem se pautar no modelo contratualista entre profissional-usuário. A relação interpessoal verdadeira impacta positivamente para trabalhadores e usuários, pois sugere empoderamento dos envolvidos no processo de trabalho de saúde da família.

Palavras-chave: Bioética. Relações profissional-paciente. Relações profissional-família. Programa Saúde da Família. Atenção primária à saúde.

Abstract

Professional-user of family health relationship: perspective of contractualist bioethics

The relationship between health professionals and users is a challenging theme for the reorganization of public health services. The objective was to discuss the professional-user members on care and health education issues in the Family Health Strategy (FHS) context using the Contractualist Bioethics perspective. As for the method, a literature and critique review was done in the Virtual Library of Health Ethical journals. The ethics issues are part of the care and health education in the FHS. The contractualist model is the most desirable related to the professional and users of the health services, since it involves commitment of both parts. Unlike, the priest, engineer and high school models should be avoided because they characterize domination, accommodation, negotiation and submission. The host was suggested as a tool for confronting the undesirable models. The care process and health education should be based on the Contractualist model between the professional and a user. The real interpersonal relationship impacts positively to workers and users, since it suggests empowerment of those involved in the family health work process.

Key words: Bioethics. Professional-patient relations. Professional-family relations. the Family Health Program. Primary health care.

1. **Graduando** cassio-enfermagem2011@hotmail.com 2. **Graduanda** anapaulas.o@hotmail.com 3. **Graduanda** bmacedo43@yahoo.com 4. **Master** orlenedias@yahoo.com.br 5. **Doctora** smelocosta@gmail.com – Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros/MG, Brasil.

Correspondencia

Cássio de Almeida Lima – Rua Rodrigues Alves, 243 Centro MG CEP 39400-062. Montes Claros/MG, Brasil.

Declaran no haber conflicto de interés.

La Estrategia Salud de la Familia (ESF) y la implantación de la Política Nacional de Humanización (PNH) desencadenaron cambios en la organización de los servicios y en la actuación de los profesionales de salud ¹. Sin embargo, el cambio del proceso de trabajo en la salud solo es posible si hubiere la comprensión de cada trabajador acerca del modo de producir salud y de vincular a la nueva forma de actuar en la relación con el usuario ².

La ESF propuso reorganizar la Atención Primaria a la Salud a partir de la familia y su entorno físico y social, posibilitando mayor comprensión del proceso salud-enfermedad, con intervenciones más allá de las prácticas curativas ³. En el contexto cotidiano de atención a la salud la temática entorno saludable y calidad de vida deben ser considerados, por influir en la calidad del servicio prestado y repercutir promoviendo la salud. Aún, con relación a la calidad del servicio prestado en la salud pública, la Constitución brasileña legitima el derecho de todos, sin cualquier discriminación, a las acciones de salud. El Sistema Único de Salud (SUS), en todos los niveles de atención, se orienta por directrices que valoran prácticas en salud direccionada a los derechos humanos ⁴.

Las relaciones establecidas entre profesionales de salud y usuarios están entre los temas desafiantes para la reorganización de los servicios de salud, siendo, de esa forma, esenciales a la plena implementación del SUS. Por más que el Sistema esté anclado en leyes con *estatus* de políticas de Estado, su concreción también depende de las relaciones establecidas entre los trabajadores y los usuarios ¹. La organización del proceso de trabajo del equipo en la ESF, la relación con los usuarios de los servicios y el reto de trabajar buscando el equilibrio entre autonomía y responsabilidad no se pautan por los gestores y profesionales de la salud ⁵.

Los aspectos éticos integrantes del cotidiano del cuidar en la ESF a menudo no se perciben, resultando en daños a la atención, especialmente en lo que se refiere al vínculo y corresponsabilización por la salud. Para actuar en la salud de la familia, el profesional, además de redirigir su práctica clínica, necesita redimensionar su sensibilidad para percibir, comprender y ponderar acerca de situaciones éticamente significativas o problemáticas ⁶. Así, si la construcción del SUS implica un vuelco ético, la reorganización de la Atención Primaria amplia y profundiza el trayecto de ese giro. Eso porque su realización no se resume a una nueva configuración del equipo técnico-asistencial, sino al nuevo proceso de trabajo marcado por la práctica ética, humana y vin-

culada al ejercicio de la ciudadanía ⁷ y que favorece la calidad de la relación interpersonal en el ámbito del SUS.

Este artículo se justifica por la importancia de que el profesional de la salud pueda reflejar acerca de las cuestiones éticas integrantes del proceso de trabajo junto a la ESF, en el sentido de subsidiar el enfrentamiento de los problemas establecidos en las relaciones interpersonales entre profesionales y usuarios de los servicios públicos de la salud. Ante lo expuesto, tuvo como objetivo discutir el estado del arte acerca de la relación profesional-usuario en las cuestiones integrantes al cuidar y de la educación en salud en el contexto de la ESF, y analizar los patrones relacionales utilizando el modelo contractualista. Sumando a eso, se propuso sugerir instrumento para el enfrentamiento de los conflictos éticos de relación profesional-usuario del servicio en la ESF.

Recorrido metodológico

Se trata de investigación de revisión narrativa y crítica de la literatura. El estudio se caracteriza como reflexión teórica acerca del tema relacionamiento profesional y usuario en la ESF, siendo la discusión motivada por la pregunta “¿cuáles son las cuestiones éticas integrantes de la relación usuario/comunidad y profesional de la salud de la familia?”. Se utilizó como marco teórico el modelo contractualista en bioética, por ser el que más se adecua en la discusión de la relación profesional de salud y usuario de los servicios de salud ⁸.

El modelo contractualista en bioética es una corriente que considera la complejidad de relaciones en la sociedad. Entre ellas se destacan las relaciones en tres niveles: entre profesional médico y paciente; entre médico y sociedad y entre médico-paciente y la sociedad ⁹. En este estudio la discusión de los conflictos éticos relacionales se basará en los cuatro modelos de relación médico-paciente propuestos por Robert Veatch en 1972: sacerdotal, ingeniero, colegial y contractualista ⁸.

Cuanto a los modelos relacionales, el modelo sacerdotal se refiere a la dominación del profesional sobre el usuario do servicio, diferentemente del modelo contractualista en que el profesional y usuario comparten el poder. En el modelo ingeniero el poder de decisión se ejerce por el usuario, pese al profesional preservar su autoridad. Por último el modelo colegial, que se refiere a la indefinición de los papeles, tanto del usuario como del profesional, en las relaciones entre esos actores sociales ⁸.

Aunque la teoría contractualista se haya propuesto, de forma precursora, para discutir las relaciones involucrando al médico y el paciente, en este trabajo la comprensión de la teoría se ampliará a todos los profesionales del equipo de salud de la familia, así como a todos los usuarios, enfermos o saludables. Cabe señalar que en este estudio la discusión también fue ampliada para las situaciones de conflictos entre profesionales y familia, una vez que el enfoque de la discusión sucedió a partir de los problemas identificados en el ámbito de la salud de la familia.

La búsqueda de material literario fue realizada en las bases de datos Literatura Latinoamericana y de Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs), Banco de Datos en Enfermería (BDENF) y Scientific Electronic Library Online (SciELO). Se aplicó la combinación de los siguientes descriptores: relaciones profesional-paciente; relaciones profesional-familia; profesional de salud; programa salud de la familia; atención primaria a la salud; bioética; ética; autonomía personal; participación comunitaria; promoción de la salud y empoderamiento. Como total, se encontraron 79 artículos, siendo 8 en la base BDENF, 10 en la Lilacs y 61 en la SciELO.

La selección de los artículos implicó evaluación de los títulos y resúmenes, cuando incluidos en los requisitos, y la lectura era cumplida integralmente. Los criterios de inclusión fueron: publicaciones a partir de 2003; artículos científicos totalmente disponibles y enfoque del tema planteado. Se excluyeron los trabajos que solo proporcionaban los resúmenes, así como a los que no trataban específicamente de la relación interpersonal usuario y profesional de salud y conflictos éticos. El recorte temporal fue utilizado con base en el año de la promulgación de la Política Nacional de Humanización, en 2003, que reforzó la necesidad de prácticas humanizadas en el ámbito del SUS. De esa manera, tras la selección, se seleccionaron 14 artículos para su lectura integral.

Los resultados se presentaron en tres categorías de análisis: 1) cuestiones éticas integrantes del atender en la salud de la familia; 2) cuestiones éticas integrantes de la educación en salud en la salud de la familia; 3) acogimiento: enfrentamiento de las cuestiones éticas integrantes del atender y de la educación en salud en la salud de la familia. Las dos primeras categorías presentan las cuestiones éticas resultantes del proceso de trabajo en el ámbito de la ESF y la última categoría sugiere el acogimiento como herramienta de enfrentamiento a los conflictos éticos relacionales en el ámbito de la ESF.

Cuestiones éticas integrantes del atender en la salud de la familia

Los problemas éticos resultan de las preocupaciones corrientes de la atención a la salud, como las cuestiones relacionadas a los usuarios y familias: dificultad de establecer los límites de la relación profesional-usuario; prejuizamiento de los usuarios por el equipo; irrespeto del profesional con el usuario; indicaciones clínicas imprecisas; prescripción de fármacos que el usuario no podrá comprar; prescripción de fármacos más caros con eficiencia igual de los más baratos; fallo en la información al usuario para lograr la participación en el tratamiento; omisión de informaciones al usuario; acceso de los profesionales a informaciones relacionadas a la intimidad de la vida familiar y matrimonial de los usuarios; dificultades para mantener la privacidad en los atendimientos domiciliarios y compartio del diagnóstico del usuario con los demás miembros de su familia⁶. Todas esas cuestiones remeten al modelo sacerdotal de relación profesional-paciente, basado en la tradición hipocrática. El modelo sacerdotal conduce el profesional a la dominación y consecuentemente impone la sumisión al usuario⁸.

En el contexto de la ESF la relación entre profesionales del equipo multidisciplinario y usuario no debe restringirse solo al tratamiento de enfermedades, sino fundamentarse en la promoción de la salud y en la percepción del individuo como ser biopsicosocial, que necesita ser escuchado y comprendido en las necesidades físicas, emocionales y sociales¹⁰. De esa manera, el usuario de los servicios de salud se hace sujeto autónomo en sus elecciones y copartícipe de la construcción de la asistencia a la salud¹¹, posibilitando una relación interpersonal fundamentada en el modelo contractualista. En ese modelo, el profesional mantiene la responsabilidad por las decisiones técnicas, basándose en la capacidad profesional. Al usuario cabe decidir conforme su estilo de vida, valores morales y personales. La toma de decisión ocurre en el proceso de cambio de informaciones y negociación, posibilitando ventajas a todos los sujetos involucrados en la relación interpersonal⁸.

La ESF prevé la formación del vínculo entre el equipo y los usuarios y sus familias. Supone relación de diálogo que se establece entre personas que se reconocen y se respetan como sujetos. El irrespeto puede amenazar la relación y comprometer el vínculo de corresponsabilización por la salud de los usuarios³. Si lo que se pretende es la participación del usuario en la toma de decisión, esfuerzos conjuntos de todo el equipo y gestores serán necesarios¹², inser-

tados en un entorno de cambio de informaciones y de compromiso entre los involucrados⁸. Sin embargo, los problemas éticos entre el equipo de salud con usuarios, tales como las barreras que se interponen en esa relación, sea por representación social negativa, discriminación o exceso de poder del profesional, tienden a ser mayores en la salud de la familia, por las peculiaridades que rodean ese contexto de trabajo.

Y en ese contexto de ejercicio profesional se puede evaluar las dos vertientes, el usuario/familia y el profesional. Si, de un lado, los usuarios y sus familias buscan la resolución de un problema, de salud o no, considerado importante, y llevan consigo secretos, miedos, creencias y expectativas, del otro, el equipo, aún inexperto para lidiar con situaciones resultantes de la continua proximidad con esos sujetos, se mantiene atada a procedimientos, normas y rutinas del servicio o aun a su entendimiento técnico de lo que es mejor para ellos⁷, perpetuando, de esa manera, la postura paternalista en relación a los usuarios⁸ y la relación vertical en que el profesional de salud manda y el usuario de los servicios de salud obedece, pasivamente.

Otra cuestión bioética a discutirse en las relaciones interpersonales, establecidas en los servicios de salud de la familia, respecta a las representaciones sociales negativas de los profesionales con relación a la comunidad asistida en la ESF. En esa perspectiva, si la población del área de actuación se considera pobre, desvalida e irrespetada, tras un tiempo el propio equipo de salud se sentirá de esa manera. Tal mecanismo explica la producción de impotencia, en serie, de que muchos equipos se enferman¹³.

También puede ocurrir que, en el intento de defenderse de ese reflejo desagradable, el equipo se cierra intentando imponer discriminación mayor entre él y los usuarios. Así, los profesionales crean obstáculos y evitan colocarse en contacto con la realidad que los aflige o pueden tornarse agresivos y ofensores en sus relaciones con los usuarios¹³, manteniendo comportamientos profesionales basados en el modelo sacerdotal, en relación de dominación por parte de los profesionales⁸ y pasividad por parte de los usuarios. Cabe señalar que en los casos de relación desgastada, con perjuicios para los usuarios, esos, en general, no poseen autonomía para buscar otro profesional de salud. Eso porque no conquistaron el empoderamiento, que les podría garantizar el derecho de elección del profesional de su preferencia en su atención.

La palabra empoderamiento se refiere al término inglés “empowerment”, o sea, la adquisición de poder técnico y político por los individuos y por la

comunidad¹². Entonces, volviendo a la cuestión del derecho del usuario elegir su profesional de salud, la discusión se da en la evaluación de acceso geográfico y funcional. Se debe considerar que el usuario está dispuesto a desplazarse para ser atendido en local en que, a pesar de más lejos de su casa, es bien acogido por el equipo y donde vivió experiencias exitosas¹⁴. De esa manera, la calidad de la relación interpersonal presenta mayor valor a los usuarios de los servicios de salud cuando comparada a la facilidad de acceso geográfico a los servicios.

La acción de atender debe pautarse en la autonomía de los usuarios y en el reconocimiento de que, a menudo, requiere construcción en ayuda mutua y solidaria, superando la vulnerabilidad de quien atiende y de quien es atendido⁶, a través del compartido del poder, como preconizado por el modelo contractualista de la relación entre profesional y usuario⁸. De este modo, la práctica en el equipo de salud de la familia tiene que caracterizarse por la humanización, atención, ejercicio de la ciudadanía, respeto a la dignidad y libertad humana, así como en la comprensión de que las condiciones de vida definen el proceso salud-enfermedad-atención de las familias⁶.

La relación humanizada depende del respeto, de la consideración y de la atención dispensada al usuario. El desempeño profesional se expresa por el interés demostrado en los planteos realizados, en las orientaciones ofrecidas y en la resolubilidad de las conductas adoptadas¹⁴. En esa relación, el toque, contacto físico, por ejemplo, puede ser aplicado en la conquista de la confianza del usuario y, a partir de él, el escuchar, el conversar y el mirar tiernamente pueden fluir naturalmente, sin inviabilizar la técnica necesaria a la atención. Así siendo, ese toque puede ser comprendido como *toque terapéutico*, en un significado físico y psíquico que no actúa solo en el cuerpo de la persona, sino alcanza sus emociones, promoviendo cura y bienestar¹⁰.

Además de ser mecanismo propicio a liberar las tensiones y miedos del usuario, provenientes de la incertidumbre del diagnóstico, el toque simboliza la creación o mantenimiento de la relación entre los involucrados¹⁰. El examen físico criterioso y detallado demuestra el interés del profesional por el cliente. Para el usuario significa mayor precisión en diagnóstico y tratamiento¹⁴ e indica la preservación de la autoridad del profesional como detentor de conocimientos y habilidades específicas, pero también de la participación activa del usuario de acuerdo con su estilo de vida y valores morales y personales, conforme el modelo contractualista⁸.

De esa manera, guiándose por el modelo contractualista ⁸, se debe incorporar la participación del usuario, por formar parte de la propia filosofía de la ESF. En ese sentido, el desplazamiento del atendimento al ámbito del hogar posibilita el rompimiento de los obstáculos a la formación del vínculo, que acerca y establece confianza entre el usuario y el profesional. Se inhiben, y así, los elementos opositores a la participación, como la autoridad del profesional sobre el usuario ¹², conforme la actitud paternalista que caracteriza el modelo sacerdotal ⁸.

Las visitas domiciliarias y la actuación del agente comunitario de salud (ACS) traen nuevos retos a la preservación de la confidencialidad. Cabe al usuario establecer lo que, de su ámbito particular, desea y autoriza que se revele a la familia, vecinos o amigos cercanos, aunque estos sean profesionales de la salud ⁶. La dificultad para mantener la privacidad en los atendimientos domiciliarios y definir en qué medida las informaciones particulares de los usuarios y de las familias se debe compartir en el dominio del equipo, especialmente en relación al ACS, que vive en el vecindario, son problemas derivados de las particularidades que permean las relaciones en la salud de la familia ^{7,3}. De ahí la importancia del pacto entre profesional y usuario de los servicios de salud y profesional-usuario y comunidad para saber que se deberán mantener las informaciones en secreto. Y el pacto es característica importante del modelo contractualista.

La privacidad no queda restringida solo a las actitudes de los trabajadores que tienen acceso a las informaciones de la intimidad de los usuarios y de las familias, pero también a la estructura arquitectónica, a las relaciones diarias y a los procedimientos y rutinas de la unidad de salud del equipo. En la organización interna de los flujos de la unidad, la privacidad física y moral de los usuarios y familias deben ser preservadas. Los servicios deben ser estructurados de modo que las situaciones que afecten a la privacidad de los sujetos puedan ser evitadas ³.

En ese sentido, el respeto por la autonomía del usuario se expone al preservarse la confidencialidad y privacidad. Se defiende el acceso del usuario a la información, para asegurar decisiones sustancialmente autónomas y efectuar la ciudadanía en la atención a la salud. Pero eso solo será posible con el dominio de habilidades para el manejo de la comunicación dialógica y emancipadora ⁶. Al demostrar poca preparación para las tecnologías leves y relacionales y poco dominio de habilidades de comunicación emancipadora, los profesionales se ajustan en relación de poder marcada por la acomodación, presente en el modelo ingeniero ⁸.

En el modelo ingeniero, el profesional de salud preserva su autoridad, a pesar de renunciar al poder, que en ese caso es ejercido por el paciente. El modelo se caracteriza por la toma de decisión con baja implicación del profesional de salud, que preserva la actitud de acomodación ante los usuarios de los servicios. Se ve al paciente solo como cliente, alguien que demanda la prestación de servicios profesionales ⁸. En ese modelo la decisión se concentra en los usuarios tras el profesional pasar todas las informaciones, y este no se involucra en las decisiones de aquello, solo vende sus servicios.

La simple transferencia de informaciones no caracteriza participación del profesional, tomando en cuenta que el modelo ingeniero supone que el profesional solo asume el papel de transferidor de informaciones, casi como si fuera un manual de instrucción de equipo. Aunque la oferta de sugerencias y alternativas sin presión contribuya para conquistar la confianza de los usuarios, que manifiestan objeciones, miedos o preocupaciones ⁷, el modelo se caracteriza por su baja participación e, incluso, por el hecho del profesional asumir actitud de acomodación ⁸. Así, ante a la divergencia de opiniones con el usuario o la familia, los profesionales de salud deberían intentar alcanzar un acuerdo a través de la explicación de los resultados de la acción elegida por el usuario y de las razones por las cuales indican otra alternativa ⁷.

Las preguntas que el usuario se anima a hacer, las respuestas que obtiene o las aclaraciones y orientaciones espontáneas que se les brindan y la valoración de su modo de vida le confieren seguridad. De esa forma, puede enfrentar posibles dudas y dificultades, además de aumentar la relación de confianza interpersonal ¹⁴, conforme preconizado en el modelo contractualista ⁸. En otros casos, pese a las buenas condiciones materiales de la unidad de asistencia a la salud y del buen atendimento, no existe calificación adecuada de los funcionarios de la recepción. O, al revés, se hace un buen servicio de recepción, selección y pre-consulta, pero estos culminan en consultas pautadas por relaciones frías y deshumanizadas ¹⁴ no previstas en el modelo contractualista, sino presentes de forma más común en el sacerdotal ⁸.

Son muchas las cuestiones éticas de la atención en el ámbito de la salud de la familia, como se destacan anteriormente – actitud paternalista, representación social negativa de los profesionales cuanto a los usuarios/comunidad, actitudes agresivas y difamadoras de profesionales contra los usuarios –, y reiteran la urgencia de pautarse la relación

profesional-usuario en proceso de comunicación con el fin de compartir decisiones y proyectos de vida y no se limite a aclaraciones sobre tratamientos y exámenes³. La incipiente experiencia en el ámbito de la participación social, tanto de los profesionales cuanto de los usuarios, aglutinada a la insuficiente capacitación tanto de unos cuanto de otros, delinea un panorama conflictivo en el ámbito de la ESF en el espacio de relaciones estrechas entre esos actores¹⁵. En ese panorama, se culmina en el modelo colegial, o sea, relaciones en que no se distinguen los papeles del profesional y del usuario⁸. Pese a que el poder de decisión se comparta entre profesionales y usuarios, la crítica que se hace a este modelo es que iguala los individuos en lo que – necesariamente – debería ser distinto: el conocimiento técnico acerca de los procesos de salud-enfermedad. Se pierde, así, la finalidad de la relación profesional y usuarios de los servicios.

Cuestiones éticas de la educación en salud en la ESF

En lo que respecta a la capacitación de usuarios para prevenir las enfermedades y promover la salud, la educación en salud ha sido la práctica utilizada en el ámbito de la ESF. Sin embargo, no siempre ella ocurre en la perspectiva democrática con el fin del empoderamiento de las personas. Es necesario un plan amplio de educación en salud, guiado para despertar en las personas habilidades para el cuidado de sí, de la familia y de la comunidad¹², diseñado a partir de la perspectiva del modelo relacional contractualista.

La promoción de la salud requiere esfuerzos y ejercicios colectivos para el desarrollo de estrategias de educación en salud que posibiliten e incorporen prácticas saludables. Tales esfuerzos y ejercicios se insertan en una perspectiva democrática que incluye los miembros de la sociedad como seres activos, autónomos y participativos. La educación en salud es el proceso que, al usar la comunicación, busca conferir a las personas conocimientos y aptitudes para que puedan hacer elecciones acerca de su salud¹².

La educación en salud también despierta la conciencia crítica, reconoce los factores que influyen la salud y estimula el usuario a cambiar el *status quo*, con base en la interacción respetuosa con la cultura popular. Sin embargo, muchas veces la educación en salud se torna un fracaso por ser práctica comúnmente fundamentada en el autoritarismo paternalista¹², pautada en el modelo sacerdotal⁸. En ese panorama, se incluye la necesidad de buscar el

empowerment, configurando poder y control de las personas acerca de su destino en la producción de acciones concretas y efectivas en la toma de decisión a las prioridades, en la definición e implementación de tácticas con el fin de mejorar las condiciones de salud¹².

Cuando las relaciones se anclan en el modelo contractualista⁸, el cambio consciente ocurre con la participación efectiva del usuario y de la familia en los medios de producción de conocimientos y habilidades para actuar en la promoción de la salud, lo que se define como participación habilitadora. Esa participación se instila por proceso conciente, crítico, en el cual el cambio de comportamiento se da por el aprendizaje sobre salud, por las habilidades aprendidas, por el entendimiento de las condiciones de salud articuladas al estilo de vida y cómo los servicios de salud de la ESF operan¹².

La práctica educativa es indisociable de la acción laboral del trabajador. Tiene el objetivo de promover cambios tanto para los usuarios cuanto para el profesional y para el proceso de trabajo en la salud. Se cree que la educación en la salud tiene el potencial para transformar el modelo de salud vigente. La educación en la salud realizada en la relación profesional-usuario se determina a partir del actuar cotidianamente, el cual refleja la producción de sentidos implicada en las relaciones de las prácticas del cuidado¹¹.

En tales prácticas las estrategias educativas se dan de forma no estructurada, pero con intencionalidad. Sin embargo, ese modo diferenciado de hacer la práctica educativa no alcanza a todos los profesionales, que en su mayoría se detienen en la transmisión de informaciones, en el cual el trabajador busca transferir e informar, lo que refuerza su actitud de control e imposición del saber que juzga ser correcto. Eso retrata la ausencia de atención por parte del trabajador, que insiste en una postura de repetición y cobro como táctica de comunicación, en el intento de domesticar y entrenar, no valorando el encuentro con el usuario como oportunidad de diálogo, negociación y aprendizaje¹¹.

En ese panorama, lo que se observa es que muchas veces la educación en la salud, en sus interfaces con la relación profesional-usuario, todavía sigue siendo médico-centrada, guiada por la queja biológica y por la perpetuación del modelo curativista, estableciendo relación jerárquica de transmisión de la información y control¹¹, en la cual el profesional se detiene a la transmisión de informaciones, a la dominación y al papel de único poseedor del poder y de la autoridad, caracterizando la postura

sacerdotal ⁸. Para cambiar ese modelo los usuarios deben tener acceso a informaciones aclaradoras pertinentes, recibir orientaciones o ser persuadidos al cambio de estilos de vida no saludables. La persuasión es éticamente defensible, al revés de la coerción. De la misma forma que el autoritarismo, el paternalismo, aun pautado por acciones de carácter benéfico, está en contra a la promoción de la autonomía y ciudadanía de las personas ⁷.

En las relaciones e interacciones cotidianas entre trabajadores y usuarios, ambos deben colocarse en la posición de actores y sujetos al producir las actividades educativas respaldadas en el diálogo y vínculos construidos conforme la visión de mundo, sociedad y salud. En la ESF, el acercamiento del profesional al entorno y dinámica familiar proporciona el contacto con las necesidades de los usuarios, permitiendo practicar acciones educativas que conciben con la realidad experimentada por la comunidad ¹¹, como supone el modelo contractualista ⁸.

La educación en la salud realizada de manera informal en la relación profesional-usuario ocurre en las conversas y orientaciones del cotidiano y permea los variados temas que abarcan las realidades de los usuarios ¹¹. Debe estar transversalizada en el eje de la práctica profesional y ser vehículo para estimular participación y cambios comportamentales. En ese ámbito, la participación comunitaria y la educación en salud constituyen actividades intrínsecas al proceso de trabajo de los profesionales, los cuales deben actuar en la promoción de la salud del usuario, de la familia y comunidad ¹². De esa manera, es necesaria mayor inversión en la educación permanente de los trabajadores de salud como instrumento propicio para cambios, implementaciones y refuerzo de las acciones educativas concretadas en los momentos de interacción usuario-trabajador y en sus discursos durante el atendimento en la salud ¹¹, a fin de que los mismos desempeñen comportamientos fundamentados en el modelo de la bioética contractualista ⁹.

Acogimiento: enfrentamiento de las cuestiones éticas de la atención y de la educación en salud en la ESF

Por acogimiento se entiende la postura del trabajador de salud de colocarse en el lugar del usuario para percibir sus necesidades y, hasta donde sea posible, atenderlas o dirigirlos al local más adecuado del sistema de salud ¹⁴. Se trata de proceso dinámico e inconcluso, lo que hace necesarias la evaluación y reorientación permanentes ².

Los estudios en torno de la temática *acogimiento* están básicamente delineados en el dominio estructural y organizacional con el fin de cambios propuestos por el SUS. Las investigaciones que retratan el acogimiento en la perspectiva ética son incipientes. El acogimiento se considera dispositivo de humanización de los servicios de salud. Él traduce la acción humana de reconocimiento de la dimensión subjetiva del ser humano, reconociéndolo como sujeto histórico y sociocultural. La actitud de *acoger* supone la movilización de los sujetos involucrados en todos los aspectos de las relaciones establecidas en el ámbito de la salud colectiva y la conciencia de ciudadanía ¹⁶.

El acogimiento vuelve la relación menos verticalizada, más contextualizada y humanizadora, en la cual el profesional utiliza un lenguaje menos técnico y más accesible, fortaleciendo el vínculo de la corresponsabilización y de la ciudadanía. Aunque exista un largo trayecto a recorrer, el acogimiento no es el único, sino que es un importante recurso en el esfuerzo para tornar las relaciones más humanizadas y horizontales, a medida que el usuario es escuchado y considerado en su subjetividad y no solo como síntoma ², de acuerdo con los supuestos del modelo contractualista de Veatch ⁸.

En ese contexto, el acogimiento constituye estrategia de superación de las dificultades en el proceso de trabajo en salud, que agrega nuevos significados en la relación profesional-usuario. La estrategia, que tiene como objetivo el acogimiento, es algo nuevo, desconocido y origina conflictos, por fomentar cambios en la dinámica laboral. Sin embargo, hay usuarios que encuentran espacio de escucha, buenas venidas, atención, direccionamiento de sus diversos problemas y solidaridad ². En las situaciones de diversidad en el protocolo de acogimiento y en la dificultad de acceso en los entornos de atención a la salud, se revela fragilidad en la organización de los equipos de salud de la familia y en la superación del reto de solidarizarse por la necesidad de los usuarios en su integralidad ^{5,1}.

Profesionales de salud con personalidad dirigida hacia la comunicación, al acogimiento, sensibles, implicados y comprometidos deberían integrar la salud de la familia para superar la hegemonía de la visión biologicista y fragmentada ^{5,1}. Se esperan actitudes de compromiso compatibles con el modelo contractualista. Así, la acomodación del modelo ingeniero, la pérdida de la finalidad de la relación profesional-usuario del modelo colegial o la dominación e imposición del modelo sacerdotal ⁸ deberían ser actitudes eliminadas.

Actuar en la ESF requiere redireccionamiento no solo de la práctica clínica, sino también de la evaluación ética, desfocándolo del hospitalocentrismo que marca la conformación del sistema de salud y la formación de los profesionales, requiriendo discusión ética de las relaciones interpersonales entre profesionales de salud y usuarios ⁷.

En esa perspectiva las discusiones bioéticas se alejan del modelo contractualista en bioética ⁹. Eso refuerza la necesidad de una sensibilidad agudizada y compromiso ético por parte de los profesionales de la ESF. Los profesionales deben guiarse por la humanización, por la atención, por el ejercicio de la ciudadanía y basarse en la comprensión de que las condiciones de vida definen el proceso salud-enfermedad de las familias ⁷.

Bajo esa óptica, se hace necesario el cambio de actitud y valores de los que trabajan en los servicios públicos de salud, a fin de estimular el usuario a conocer efectivamente el contexto de la salud y relacionarlo a sus derechos. El diálogo establecido entre profesionales de la ESF y usuarios puede ser canal para una posible conquista de la participación y, aún, podrá ser capaz de reducir asimetrías en ese panorama ¹². Siendo que el diálogo se inicia durante el acogimiento del usuario en la ESF, previniendo perjuicios en el proceso de atención y en la educación en salud.

Consideraciones finales

La relación profesional-usuario, específicamente en el panorama de la Estrategia Salud de la Familia, es amplia y permeada por aspectos de carácter ético. Tal relación no se restringe al encuentro en el ambiente clínico, pero también implica las prácticas de educación en salud. Las cuestiones bioéticas relacionales en la ESF presentan interfaces

con la familia, comunidad y miembros del equipo de salud de la familia.

Los profesionales de la salud de la familia deben pautarse en la relación humanizada, en el cotidiano de trabajo, en la búsqueda del modelo relacional contractualista con base en el compromiso con la salud de los usuarios de los servicios. A pesar de preservar la autoridad del profesional, debido a su conocimiento técnico específico, el modelo contractualista garantiza al usuario la participación activa en el proceso de decisión, conforme sus valores morales. Así, ese modelo contractualista estimula el compromiso del profesional y de los usuarios.

Esa base de compromiso puede ser establecida desde el inicio del contacto por el proceso de acogimiento, como estrategia de enfrentamiento a la adopción de modelos relacionales inadecuados como el sacerdotal, el ingeniero y el colegial, que presentan características de dominación, sumisión, acomodación y negociación en la relación profesional de salud y usuarios de la ESF. Así, el proceso de atención y la educación en salud deben pautarse en la autonomía de los usuarios y en su empoderamiento, así como en la construcción de la promoción de la salud, en ayuda mutua y solidaria, superando la vulnerabilidad de quien cuida y de quien es cuidado, en el proceso de acogimiento. Este proceso hace la relación menos verticalizada, más contextualizada y humanizada.

Vale señalar que si la relación profesional-usuario se efectúa verdaderamente, gradualmente serán fomentados los impactos positivos no solo para los usuarios y la comunidad mencionada, sino también a los propios trabajadores. Esto porque, con base en la lectura crítica de los artículos consultados en esta revisión, se concluye que la relación contractualista estimula el empoderamiento de los involucrados en el proceso de trabajo de salud de la familia.

Referencias

1. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(3):479-503.
2. Esmeraldo GROV, Oliveira LC, Sousa KMM, Araújo MAM, Esmeraldo Filho CE, Viana EMN. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. *Rev APS*. 2009;12(2):119-30.
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. Delfino MRR, Karnopp ZMP, Rosa MRQP, Pasin RR. Repercussões do processo de ensinar-aprender em serviços de saúde na qualidade de vida dos usuários. *Trab Educ Saúde*. 2012;10(2):315-33.
5. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1.487-94.
6. Zoboli ELCP. Enfermeiros e usuários do programa saúde da família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(3):316-20.

7. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do programa saúde da família, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2004;20(6):1.690-9.
8. Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age: what physician-patient roles foster the most ethical relationship? Hastings Cent Rep. 1972;2(3):5-7.
9. Veatch RM. A theory of medical ethics. New York: Basic; 1981.
10. Fulalio MC, Santos ERF, Albuquerque TP. Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem-usuário no contexto do Programa Saúde da Família. Rev Gaúch Enferm. 2009;30(4):708-15.
11. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(7):1.825-32.
12. Machado MFAS, Vieira NFC, Silva RM. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no programa saúde da família por meio da participação habilitadora. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(4):2.133-43.
13. Campos RO. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(3):573-83.
14. Ramos DD, Lima MAD. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19(1):27-34.
15. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família. Interface Comum Saúde Educ. 2010;14(35):797-10.
16. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(3):3.569-78.

Participación de los autores

Cássio de Almeida Lima trabajó en la concepción del estudio, recolección bibliográfica, redacción del artículo y revisión final de la versión a publicarse. Ana Paula Soares Oliveira y Beatriz Ferreira Macedo trabajaron en la recolección bibliográfica y en la redacción del artículo. Orlene Veloso Dias trabajó en la orientación, concepción del estudio y revisión final de la versión a publicarse. Simone de Melo Costa trabajó en la orientación, concepción del estudio, delimitación del marco teórico, redacción del artículo y revisión final de la versión a publicarse.

