

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**Cecília Maria Lima Cardoso**

**VIVÊNCIA DO SOFRIMENTO MORAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA: VISÃO DOS PROFISSIONAIS**

**BELO HORIZONTE  
2015**

**Cecília Maria Lima Cardoso**

**VIVÊNCIA DO SOFRIMENTO MORAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA: VISÃO DOS PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão dos Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maria José Menezes Brito

Co Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maria Odete Pereira

**BELO HORIZONTE  
2015**

C268v Cardoso, Cecília Maria Lima.  
Vivência do sofrimento moral na estratégia saúde da família  
[manuscrito]: visão dos profissionais. / Cecília Maria Lima Cardoso. - -  
Belo Horizonte: 2015.  
110f.  
Orientador: Maria José Menezes Brito.  
Coorientador: Maria Odete Pereira.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola  
de Enfermagem.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Ética. 3. Dano Moral. 4.  
Enfermagem. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Brito, Maria José Menezes. II.  
Pereira, Maria Odete. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de  
Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 308

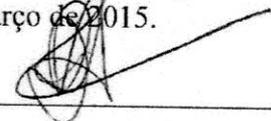
**ATA DE NÚMERO 464 (QUATROCENTOS E SESENTA E QUATRO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA CECÍLIA MARIA LIMA CARDOSO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 16 (dezesesseis) dias do mês de março de dois mil e quinze, às 09:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*VIVÊNCIA DO SOFRIMENTO MORAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA VISÃO DOS PROFISSIONAIS*", da aluna **Cecília Maria Lima Cardoso**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Maria José Menezes Brito (orientadora), Valéria Conceição de Oliveira e Cláudia Maria de Mattos Penna, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;  
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;  
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 16 de março de 2015.

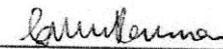
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria José Menezes Brito  
 Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



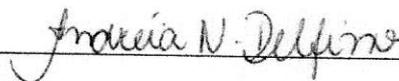
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Valéria Conceição de Oliveira  
 (UFSJ)



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cláudia Maria de Mattos Penna  
 (Esc.Enf/UFMG)

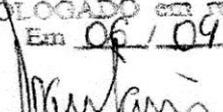


Andréia Nogueira Delfino  
 Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG

Em 06/09/15

  
 Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana  
 Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho às pessoas especiais que fazem da área da saúde mais que um campo de atuação. Aos profissionais que se comprometem com a prática pautada na ética e no compromisso, que traduzem o ofício em uma grande obra!*

## **AGRADECIMENTO**

A Deus, amado mestre; meu refúgio e minha fortaleza, agradeço a dádiva da vida e a alegria de conviver com pessoas incríveis. Obrigada Papai do Céu por mais essa oportunidade de crescimento profissional e humano. “O Senhor é meu Pastor e nada me faltará”.

A minha mãezinha, D. Cecília, exemplo de fortaleza, ternura e determinação. Obrigada pelas palavras de motivação, conforto e por acreditar que posso ir mais além. A senhora é a pessoa mais importante do mundo na minha vida. Amo-te sem medidas!

Ao meu querido pai, Sr. Messias, que mesmo em outra dimensão sei que torce e se orgulha muito da sua “menina dos olhos”. Cada passo que caminho na vida, penso na sua alegria estampada no rosto. Amo-te muito, eternamente!

Ao meu amado esposo, Ítalo, “anjo bom, amor perfeito no meu peito”! Agradeço os momentos de discussão sobre sofrimento moral e os momentos de paciência e silêncio. Obrigada por cuidar de mim! Você é muito especial! Cada palavra de incentivo me faz acreditar que posso sempre mais. Saber que tenho em você o refúgio para as angústias e ansiedades acalenta meu coração. Juntos alçaremos lindos vôos. Maketub! Amo você!

Aos meus queridos irmãos e familiares, obrigada pelas orações diárias e por sempre torcerem por mim. Especialmente à Cá (Cacilda), cujo coração é gigante e que tem participação efetiva na concretização deste trabalho. Você é demais!

A minha querida sogra Luh (Lucilene), agradeço o carinho da amizade e o incentivo de sempre. Suas colocações foram valiosas para a construção deste trabalho.

À minha querida orientadora Dra. Maria José Menezes Brito, obrigada por ser muito mais que mestre na arte de ensinar, você ensina com amor e dedicação. Seu jeito especial de ser denota a essência de um anjo de luz, que irradia alegria e sabedoria por onde passa. Obrigada por me proporcionar a oportunidade de uma convivência que excede os lugares da academia. Você me ensinou a ser melhor!

À minha co-orientadora, Dra. Maria Odete Pereira, agradeço a disponibilidade em participar “em campo” dessa pesquisa. Sua experiência e suas colocações foram muito valiosas para minha caminhada.

Às professoras Cláudia Penna e Marília Alves, agradeço os momentos de grande aprendizagem sempre permeados de alegria e descontração.

A todas as “anjas” do NUPAE, por contribuírem cada uma a sua maneira para a concretização desse estudo, especialmente, à Carol e Lilian que organizaram toda a transcrição dos dados e Grazielle e Ana Luiza pela execução dessa tarefa árdua. Vocês foram muito importantes e especiais nessa caminhada, meu carinhoso agradecimento.

À Gabi, companheira dessa caminhada, agradeço a amizade, as conversas divertidas nessas idas e vindas a Belo Horizonte. Obrigada por dividir comigo essa etapa tão importante!

À Márcia, secretária municipal de saúde de Paraopeba e Cássia, coordenadora das ações de saúde, obrigada por abrirem as portas dessa casa e por facilitarem toda a caminhada. Vocês contribuem para uma prática a saúde de mais qualidade.

Aos meus amigos que caminham comigo pela vida, que se alegram com minhas conquistas e me erguem nas dificuldades. Obrigada por existirem!

Agradeço imensamente a todos os participantes deste estudo, sem vocês nada disso seria possível.

## RESUMO

CARDOSO, C. M. L. **Vivência do Sofrimento Moral na Estratégia de Saúde da Família: visão dos profissionais**. 2015. 106 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como propósito produzir uma atuação voltada para a alteração dos modelos assistencial e gerencial predominantes, sugerindo novos arranjos no processo de trabalho das equipes e da relação com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). No contexto da ESF as equipes de saúde passam a ser organizadoras das demandas locais, planejadoras das ações de saúde e, principalmente agentes de transformação social. Esse cenário de mudanças no paradigma de atenção à saúde pode desencadear nos profissionais a vivência de problemas éticos e Sofrimento Moral (SM), entendido como dor ou angústia que acomete a mente, o corpo ou as relações interpessoais no trabalho, quando a pessoa faz um julgamento moral sobre o que é correto fazer, porém se vê impedida de executá-lo por restrições de variadas ordens. Este estudo objetivou, portanto, compreender a vivência do SM no cotidiano de profissionais da ESF. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado com 28 profissionais das equipes de saúde da família do município de Paraopeba-MG, abrangendo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Após a aprovação da realização da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Parecer nº749142) e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos, procedeu-se a coleta de dados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, observação participante e técnica projetiva. Os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin. Da análise emergiram as categorias: “Compreendendo a ESF na visão de quem a executa: incongruências entre discursos e prática”, em que reflexão crítica acerca do trabalho dos profissionais que atuam na ESF teve destaque; “Organização dos Serviços de Saúde e Condições de Trabalho na ESF como Condicionantes ao SM”, nessa categoria, as questões relacionadas às situações estruturais das unidades; escassez de insumos materiais, improvisação, sobrecarga de trabalho, falta de valorização profissional e as fragilidades de atuação das Redes de Atenção a Saúde, configuram-se como desrespeito ao cumprimento dos princípios do SUS e denotam implicações éticas para os profissionais tornando-se fonte preeminente de sentimentos de impotência, frustração e desânimo no trabalho; em “Atribuições Profissionais e Relações Interpessoais no Trabalho da ESF como Condicionantes ao SM”, foi possível evidenciar um limite tênue entre a definição dos papéis de cada integrante da equipe e a execução das funções podendo gerar nos profissionais conflitos inerentes à prática profissional problemática. Quanto às relações interpessoais, surgiram fatores relacionados à hegemonia médica e gestão pouco participativa, que tornam as relações conflituosas com tendência a problemas éticos e SM; na categoria “Vivência do SM na ESF: A Realidade Expressa em Cenas do Cotidiano”, narrativas sobre fatos reais do cotidiano de trabalho desvelam o SM na ESF; e por fim, “Estratégias para Enfrentamento do SM: Uma Agenda para Preservar os Valores Profissionais”, identifica as principais estratégias adotadas pelos profissionais para enfrentarem o SM, a fim de evitar a naturalização desse fenômeno nas práticas de saúde. Esses resultados apontam a presença de problemas éticos e SM na ESF como situações rotineiras no serviço e, que por não configurarem-se na maioria das vezes como questões dilemáticas e dramáticas, tornam-se invisíveis, e menos discutidas nos serviços. Portanto, faz-se necessária a reflexão sobre a vivência do SM no trabalho com enfoque às condições e

elementos envolvidos que causam sofrimento a fim de sensibilizar para questões morais e éticas, promovendo o protagonismo e a transformação dos sujeitos.

Palavras chave: Estratégia de Saúde da Família. Enfermagem. Ética. Dano Moral.

## ABSTRACT

CARDOSO, C.M.L. **Experience of Moral Distress in the Family Health Strategy: professionals' vision.** 2015. 100 f. Dissertation [Master's in Nursing] - School of Nursing, University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

The Family Health Strategy (FHS) implantation aims to produce an effort directed to the change in prevalent care and management models, suggesting new arrangements in the work process of the teams and in the relationship with the users of the Unified Health System (UHS). In the context of the FHS, health teams are organizing the local demand, planning health actions, and, mainly, are agents of social transformation. Such scenario of changes in the health care paradigm can trigger the professional experience of the ethical problems and moral distress (MD), understood as pain or distress that affects the mind, body or interpersonal relationships at work, when a person makes a moral judgment about what is right to do, but is prevented from doing it by restrictions of various orders. Therefore, the aim of this study was to understand the experience of MD in the daily professionals FHS. This is a case study with a qualitative approach, conducted with 28 professionals of family health teams in the municipality of Paraopeba, Minas Gerais, including doctors, nurses, nursing technicians and community health agents. After the research approval by the Ethics Committee of UFMG (n°749142) and the signature of the Informed Consent Term by the subjects, we proceeded to the collection of data through interviews using semi-structured questionnaire, participant observation and projective technique. The data were analyzed according to Bardin's Content Analysis. In the analysis, five categories emerged despite the experience of MD in the FHS: "Understanding the FHS by the view of those who execute it: inconsistencies between discourse and practice," in which critical reflection on the work of professionals working in the FHS was highlighted, since a distance between the discourse of professional performance in the FHS and the ways of acting in practice was perceived as routine services, with indications of generating ethical problems and MD; "Health Services Organization and Working Conditions in the FHS as MD generators", in this category, the issues related to the services organization involving structural conditions of the units; shortage of material inputs, improvisation, work overload, lack of professional appreciation and weaknesses of Healthcare Networks, appear as disregard to the compliance of SUS principles and denote ethical implications to professionals, becoming a prominent source of impotence feelings, frustration and discouragement at work; in " Professional Assignments and Interpersonal Relationships at Work in the FHS as MD generators" it was possible to evidence a fine line between the definition of the roles of each team member and the execution of the tasks, which may lead to professional conflicts inherent in professional practice issues. In interpersonal relationships, there were factors related to medical hegemony and little participative management, causing conflicts in relationships prone to ethical problems and MD; in the category "MD Experience in FHS: The Reality Expressed by Daily Scenes", narratives of real events of daily work unveiling the MD in the FHS; and, finally, "Strategies for Facing MD: An Agenda for Preserving Professional Values", identifies key strategies adopted by professionals to face the MD in order to avoid the naturalization of this phenomenon in health practices. These results indicate the presence of ethical problems and MD in the FHS as routine situations in service, and, once not depicted, in most of the times, in classical dilemmas and dramatic issues, become invisible, and less discussed in services. Therefore, it is necessary to reflect on the experience of the MD at work, focusing on the

conditions and elements involved that cause suffering to promote awareness of moral and ethical issues, promoting the role and the transformation of the subjects.

**Keywords:** Family Health Strategy. Nursing. Ethics. Moral Damage.

## LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

<b>Figura 1-</b> Caracterização do Município de Paraopeba/MG, 2013 .....	36
<b>Figura 2-</b> Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Paraopeba/MG .....	37
<b>Quadro 1-</b> Polos Cronológicos para Análise de Conteúdo segundo Laurence Bardin, 2009 .....	43
<b>Tabela 1-</b> Participantes da Pesquisa sobre SM na Estratégia de Saúde da Família, Paraopeba-MG, 2014.....	46
<b>Tabela 2-</b> Perfil dos Participantes da Pesquisa sobre SM na Estratégia de Saúde da Família, Paraopeba-MG, 2014, quanto ao sexo e estado civil.....	47
<b>Tabela 3 -</b> Perfil dos Participantes da Pesquisa sobre SM na Estratégia de Saúde da Família, Paraopeba-MG, 2014, quanto ao grau de instrução e tempo de atuação na ESF. ....	47
<b>Quadro 2-</b> Descrição das Atribuições Profissionais da Equipe de Saúde da Família ...	64

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AC- Análise de Conteúdo

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária a Saúde

COEP- Comitê de Ética em Pesquisa

E- Enfermeiro

EE- Escola de Enfermagem

ESF- Estratégia de Saúde da Família

FURG- Universidade Federal do Rio Grande

GF- Grupo Focal

M- Médico

MG- Minas Gerais

MS- Ministério da Saúde

NEPS- Núcleo de estudos e pesquisas em Enfermagem/Saúde

NO- Nota de Observação

NUPAE- Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem

PRAXIS- Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem

PSF- Programa de Saúde da Família

RAS- Redes de Atenção a Saúde

SF- Saúde da Família

SM- Sofrimento Moral

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TE- Técnico de Enfermagem

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

USF- Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 OBJETIVO GERAL</b> .....	21
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	23
3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	23
3.2 A ÉTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O SOFRIMENTO MORAL.....	28
<b>4 TRAJETORIA METODOLOGICA</b> .....	34
4.1 Caracterização do Estudo .....	34
4.2 Cenário do Estudo .....	35
4.3 Participantes do Estudo .....	38
4.4 Coleta de Dados .....	38
4.5 Análise de Dados.....	42
4.6 Preceitos éticos.....	44
<b>5 COMPREENDENDO A VIVÊNCIA DO SOFRIMENTO MORAL NA ESF SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS</b> .....	45
5.1 Perfil dos Participantes da Pesquisa .....	46
<b>5.2 COMPREENDENDO A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA VISÃO DE QUEM A EXECUTA: INCONGRUÊNCIAS ENTRE DISCURSOS E PRÁTICA</b> 49	
<b>5.3 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E CONDIÇÕES DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CONDICIONANTES AO SOFRIMENTO MORAL</b> .....	53
5.3.1 A organização das ações e dos serviços de saúde na Unidade de Saúde da Família como fonte de Sofrimento Moral .....	53
5.3.2 A (des) organização das ações e dos serviços nas Redes de Atenção à Saúde como fonte do Sofrimento Moral.....	58
<b>5.4 ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS E RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO TRABALHO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CONDICIONANTES AO SOFRIMENTO MORAL</b> .....	63
5.4.1 Atribuições profissionais vivenciadas pela equipe de Saúde da Família como fonte de Sofrimento Moral .....	63
5.4.2 Relações Interpessoais no Trabalho da Equipe de Saúde da Família como Fonte de Sofrimento Moral .....	71

<b>5.5 A VIVÊNCIA DO SOFRIMENTO MORAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A REALIDADE EXPRESSA EM CENAS DO COTIDIANO.....</b>	<b>75</b>
<b>5.6 ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO MORAL: UMA AGENDA PARA PRESERVAR OS VALORES PROFISSIONAIS.....</b>	<b>79</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS .....</b>	<b>96</b>

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.*

*Charles Chaplin*

# 1 INTRODUÇÃO

No processo histórico de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciam-se mudanças no cenário sócio-econômico-político que caracterizam novas demandas para as organizações dos serviços de saúde, exigindo inovações no modelo de gestão. Segundo Paim e colaboradores (2011), um dos avanços percebidos nos últimos anos tem relação direta com o acesso aumentado aos cuidados de saúde por uma considerável parcela da população, e as dificuldades inerentes à assistência à saúde, relacionam-se principalmente às restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos.

Na década de 40, por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas reconheceu-se no cenário internacional, o direito à saúde. No Brasil, na década de 70, a Reforma Sanitária buscou garantir a saúde como direito de cada indivíduo, traduzida na equidade e no acesso universal a um sistema público de saúde, solidário e inclusivo. Instituiu-se, por meio da Constituição da República em 1988, garantias para sistematizar as ações e os serviços de saúde inscritos pela universalidade do acesso, equidade e integralidade da assistência em um Sistema Único de Saúde (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006; MITRE, ANDRADE, COTA, 2012).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) incorpora os princípios da Reforma Sanitária, enfatizando a reorientação do modelo assistencial por meio de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Segundo Mendes (2002), a APS vem sendo adotada, na história recente de diversos países, para organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde para que respondam de maneira apropriada às necessidades de suas populações. A Declaração de Alma Ata definiu a APS:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), denominada anteriormente Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 e consolidou-se como a estratégia de organização da APS propondo mudança de modelo e contribuindo para a efetiva melhoria das condições de vida da comunidade. A inquestionável expansão de acesso da população brasileira à APS aconteceu simultaneamente a um processo continuado de adequação e refinamento da própria ESF (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006; STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) demonstra as dissimilaridades essenciais entre a APS e a atenção médica convencional, no sentido de que a primeira inverte a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde.

O sujeito na APS é considerado em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio cultural. Além disso, a APS forma a base e determina o trabalho dos outros níveis do sistema de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos tanto básicos quanto especializados na busca da promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a; STARFIELD, 2002).

A perspectiva inovadora e a complexidade intrínseca da ESF impõem grande desafio frente a sua operacionalização efetiva. Especialmente em virtude da necessidade de comprometimento dos recursos financeiros públicos, da expansão da rede de infraestrutura física de atendimento à saúde, do realinhamento das filosofias de atenção à saúde, da capacitação de gestores, da educação permanente dos profissionais de saúde e da própria educação e informação ao usuário (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006).

A implantação da ESF ocorre então com o propósito de produzir uma atuação mirada na alteração dos modelos assistencial e gerencial predominantes, sugerindo novos arranjos no processo de trabalho das equipes e da relação com os usuários. As equipes de saúde da família passam a ter um papel que extrapola a tradicional resposta profissional às demandas de saúde e passam a ser organizadoras da demanda local, planejadoras das ações de saúde e, principalmente agentes de transformação social (SUCUPIRA, 2003). Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o foco central da atenção, entendida a partir do ambiente em que vive- espaço em que se constroem relações intra e extradomiciliares e onde se desenvolve a busca de melhores condições de vida. Trabalhar nesse espaço representa implicações uma vez

que se deve romper os muros das unidades de saúde e adentrar no ambiente particular onde as pessoas vivem, se relacionam e trabalham (BRASIL, 2000).

Além disso, a funcionalidade da ESF pauta-se em quatro atributos centrais exclusivos da APS: acesso de primeiro contato, integralidade, coordenação e longitudinalidade e outros três atributos derivados dela: orientação familiar, competência cultural e orientação comunitária, reconhecidos como eixos estruturantes do processo de atenção a saúde, associados à qualidade dos serviços, à efetividade e eficiência de suas intervenções (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Neste sentido, os profissionais que compõem a equipe de saúde da família enfrentam várias situações, dentre elas: criar vínculo de corresponsabilidade com a população acompanhada, além de prestar cuidados de cunho assistencial, adequarem-se às normas técnicas e organizacionais estabelecidas, conviver com sobrecarga das atividades funcionais, com mortes e enfermidades evitáveis, responder aos anseios da família, usuários e instituição, em condições desfavoráveis a estas questões, convivendo com escassez de recursos materiais, humanos, medicamentos, exames laboratoriais e consultas especializadas, necessários para uma adequada assistência (BRIESE, 2011; CAMELO, 2006; LOPES, 2001).

Mediante essa situação, o cuidado da equipe da ESF envolve aspectos éticos e morais por compreender a relação profissional-usuário, seus familiares, demais membros da equipe de saúde, num processo de escolha e tomada de decisão pautados em valores, crenças e saberes, que podem se constituir em situações desafiadoras ocasionando conflitos e dilemas pelas implicações éticas para a comunidade assistida, profissionais da equipe, para si e para própria sociedade (LUNARDI et al, 2004).

Dessa forma, o contexto de mudanças no paradigma de atenção à saúde com todas as suas singularidades e o trabalho desenvolvido na ESF podem desencadear nos profissionais a vivência de problemas éticos e o Sofrimento Moral (LIMA, et al., 2009; ZOBOLI, FORTES, 2004; VIDAL, et al., 2014; SILVA, et al., 2006, BRIESE, 2011).

Na origem dos estudos sobre Sofrimento Moral (SM), Jameton (1984) primeiro assinalou o termo para capturar a incapacidade dos enfermeiros de agirem sobre o que eles acreditavam ser a coisa certa a fazer por causa de restrições institucionais. A definição dele tem sido amplamente utilizada em enfermagem e cuidados de saúde e enfatiza as limitações institucionais e externas sobre a capacidade dos enfermeiros para a prática ética. Ainda sugere que as restrições sobre a agência moral dos enfermeiros estão além do controle dos indivíduos ou localizados nas diversas instituições ou estruturas que moldam o trabalho do enfermeiro. Como seguimento ao seu trabalho inicial, Jameton sugeriu que os indivíduos

podem experimentar sofrimento moral inicial e reativo (JAMETON, 1993). Sofrimento moral reativo é quando os profissionais não agem em momentos que se deparam com obstáculos institucionais e conflitos de valores como resposta a uma frustração inicial experimentada.

O SM pode ser entendido ainda como dor ou angústia que afeta a mente, corpo ou relações interpessoais no ambiente de trabalho, em resposta a uma situação na qual a pessoa reconhece sua responsabilidade moral diante dos conflitos e faz um julgamento moral sobre a conduta certa, porém se vê impedida de executá-la na prática por constrangimentos, reconhecendo como inadequada sua participação moral (NATHANIEL, 2002). E especificamente na enfermagem, pode ser definido como sendo a experiência que o enfermeiro vivencia ao deparar-se com uma situação ética em que se sensibiliza moralmente e conhece o caminho moral a ser seguido, mas é impedido de segui-lo por diversas causas (BARLEM, et al, 2013).

Frente a isso, surge a questão que instiga a realização deste estudo: Como os profissionais da Estratégia de Saúde da Família vivenciam o Sofrimento Moral no cotidiano do serviço?

Esse estudo justifica-se pela importância do aprofundamento teórico e estudo empírico sobre esse tema o que possibilitará a identificação e compreensão da experiência do SM no contexto da ESF, com vistas a contribuir para a transformação da realidade mediante formas éticas de resistência a problemas morais, por meio do esclarecimento desse fenômeno e suas consequências no âmbito da saúde.

Sofrimento moral tem sido um problema e preocupação em enfermagem há mais de duas décadas e, portanto, tem sido um foco de pesquisa considerável na maioria das vezes em ambientes de cuidados agudos (WILKINSON, 1988). No entanto, alguns estudos sugerem que o sofrimento moral é vivenciado por outros prestadores de cuidados de saúde e em outros ambientes. Sendo assim, há a necessidade de se expandir a pesquisa sobre sofrimento moral sob outra ótica que não apenas a da enfermagem no ambiente hospitalar a fim de que a abordagem sobre SM tenha perspectiva interdisciplinar (HAMRIC, BLACKHALL, 2007; SCHWENZER, WANG, 2006).

Além disso, cabe ressaltar a escassez de trabalhos que abordam o tema, principalmente na APS, embora haja implicações para os profissionais, para os usuários e para a sociedade em geral. Ainda, refletir sobre a vivência no trabalho com enfoque às condições e elementos envolvidos que causam sofrimento poderá sensibilizar para questões morais e éticas, promovendo o protagonismo e a transformação (BACKES, LUNARDI FILHO, LUNARDI; 2006).

## **2 OBJETIVO GERAL**

Compreender a vivência do Sofrimento Moral no cotidiano de profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

*“É necessário cuidar da ética para não anestesiar a nossa consciência e começarmos a achar que tudo é normal”.*

*Mario Sergio Cortella*

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

“Sinal de que se mantém a pujança do movimento da Reforma Sanitária é a ideia de que o SUS é uma obra-prima inacabada, a depender ainda de seus mecanismos originais de luta e ideologia” (BRASIL, 2006a, p. 8). A agenda de construção e consolidação do SUS está imbricada aos conflitos primários que lhes deram vida como modelo contra hegemônico, palco de lutas onde a participação social foi e continua sendo peça fundamental (BRASIL, 2006a).

Como um processo em movimento, entende-se que a Reforma Sanitária ainda se encontra no seu alvorecer e não esgotou os instrumentos tradutores e comunicativos do seu ideal, das suas dificuldades e das suas conquistas. Paim (2008) traz uma reflexão sobre a Reforma Sanitária como uma proposição de ideais que superam a gestão e organização da prestação dos serviços de saúde. Para ele, resgata-se o ideário de transformação da vida social. Como princípio fundamental, a Reforma Sanitária na década de 80 estabelece a saúde enquanto direito da população e dever do Estado, o acesso deve ser garantido universalmente e com caráter igualitário às ações e serviços de saúde visando à promoção, proteção e recuperação. Além disso, baseia-se a assistência e ações de saúde nas diretrizes de descentralização; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação social (BRASIL, 2006a, 2006b, PAIM, et al., 2011, PAIM, 2008).

Desde que a prerrogativa da saúde como direito de todos e dever do Estado foi estabelecida constitucionalmente houve expansão considerável na oferta dos serviços de saúde na esfera nacional, sobretudo na APS, também compreendida como:

Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Atende o sujeito em sua singularidade e complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, buscando a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2000).

Proposta compatível aos ideais defendidos pela Reforma Sanitária brasileira, o investimento na APS traz a perspectiva de mudança no modelo assistencial, estabelecido ao longo da história pela excessiva fragmentação e especialização das práticas em saúde e pelo predomínio da atenção curativa e com foco hospitalar. A APS tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2006a; STARFIELD, 2002).

A ESF aparece, nesse contexto, como novo modelo de assistência em saúde com foco na equipe multiprofissional como resposta à demanda de saúde no Brasil. Seu desafio é mudar o modelo de assistência em saúde do técnico curativista para o modelo de assistência integral focada na prevenção e promoção da saúde por meio da atuação multiprofissional com participação comunitária (SPAGNUOLO, PEREIRA, 2007). “Busca a reorganização do modelo de atenção à saúde pela ampliação do acesso e pela qualificação das ações da atenção básica, centrando-as no modelo de promoção da saúde, construídas com base na reorientação das práticas dos profissionais de saúde” (BRASIL, 2001, P.7).

Portanto, a ESF configura-se como a expansão e qualificação da atenção primária a fim de cumprir os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, por meio do trabalho em equipe multiprofissional e da participação comunitária, para uma maior possibilidade de atendimento integral e eficaz (BRASIL, 2006a). Senna e colaboradores (2010) realizaram uma análise sobre as diversas experiências municipais de implantação da ESF e revelaram que, de fato ocorreu uma expansão significativa da rede assistencial de APS, no entanto a integração entre os serviços e o acesso dos usuários aos demais níveis de atenção à saúde, dentre outras questões, permanecem como pontos desafiadores à reversão do modelo assistencial.

O profissional na ESF tem como atributo a capacidade de exercer competências: “na clínica, de relacionamento, de desenvolvimento do trabalho em equipe, de estabelecer parcerias e de comprometer-se com o usuário, no respeito individual e familiar quanto ao modo de adoecer ou ter saúde” (BRASIL, 2005, p.14). Uchimura, Bosi (2012) estabelecem competência como um conjunto de processos técnicos e sociais demandados aos profissionais da saúde e que se materializam pela execução do trabalho via conhecimentos, habilidades e estratégias atitudinais essenciais à consolidação do SUS e da ESF.

Outra questão importante a se destacar como diretriz organizacional da ESF diz respeito à figura da equipe de saúde da família como provedora de recursos para uma população adscrita, ou seja, a ESF estrutura-se com “base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os

usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território” (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013, p. 159), mediante um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica. O profissional da SF sente-se responsável pela oferta de serviços de saúde de uma comunidade, pautada na qualidade, com capacidade de manejar as situações adversas seja: no acesso às ações no nível primário de atenção; no percurso dentro da rede de atenção a saúde; na manutenção estrutural, de equipamentos e na governabilidade dos recursos disponíveis para a prática em saúde (BRASIL, 2005; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Outro princípio organizacional da ESF faz referência á relação da equipe de saúde com a família, sendo essa o foco principal da atenção que acontece por intermédio de uma equipe multiprofissional (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006; BRASIL, 2006a). Os profissionais da SF são, antes de tudo, “comprometidos com seus usuários; estão sempre prontos a ouvi-los; desenvolvem cuidados contínuos ao longo do tempo, estabelecendo uma relação de mútua confiança; e, quando necessário, advogam a favor de sua comunidade” (BRASIL, 2005, p. 15).

A organização dos serviços de saúde da APS por meio da ESF pauta-se nessa como porta de entrada ao serviço de saúde, ou atenção no primeiro contato; ou seja, quando a população e os profissionais identificam esse serviço como o recurso a ser primeiramente buscado em caso de alguma necessidade ou problema de saúde (STARFIELD, 2002, OLIVEIRA, PEREIRA, 2013). Vale ressaltar que para que a APS, pautada na ESF se configure como atenção no primeiro contato, há a necessidade da adoção de ferramentas apropriadas ao trabalho, tais como planejamento das ações por meio de uma gestão co participativa, organização horizontal do trabalho e a valorização da abordagem multidisciplinar (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

É importante salientar que a atenção dispensada pela equipe de SF corresponsável pelo processo saúde e doença de sua comunidade deve ser contínua e independente do nível de atenção em que o cidadão se encontrar. Portanto, é imprescindível que a SF faça parte de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) e que garanta acesso na atenção especializada e hospitalar á sua população adscrita, por meio da referência e contra referência, sempre que necessário (BRASIL, 2005).

O acompanhamento contínuo às famílias de uma dada comunidade é entendido como um pressuposto ao atributo da longitudinalidade. Segundo Satarfield (2002, p. 247), a longitudinalidade é entendida como "uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde". Os profissionais de saúde devem estabelecer vínculos de confiança e responsabilidade com os indivíduos, famílias e

comunidades por eles acompanhadas (BRASIL, 2005). Assim, a longitudinalidade apresenta efeitos positivos no sistema de saúde como “o melhor reconhecimento das necessidades dos usuários, diagnóstico mais preciso, redução de custos e de hospitalizações, melhor prevenção e promoção da saúde, e maior satisfação dos usuários” (BARATIERI, MARCON, 2011, p.803).

A ESF, portanto, possui responsabilidade longitudinal pelos usuários adscritos ao serviço mantendo relação de proximidade com esses, ao longo da vida, independentemente da presença ou ausência de doença, garantindo-se então o cuidado integral (STARFIELD, 2002). Esse é um dos sentidos atribuídos ao princípio da integralidade estabelecido no SUS. Outros sentidos á integralidade ainda podem ser mencionados, como, por exemplo, ver o indivíduo como um todo, um único organismo vivo; ou ainda, mediante uma abordagem profissional generalista, enfocando a imprescindibilidade do atendimento e acompanhamento da população em todas as necessidades de saúde e em todas as faixas etárias e fases do desenvolvimento humano (BRASIL, 2005). Para Viegas e Penna (2009), é relevante a absorção desse princípio a fim de que ocorra a reorientação do modelo assistencial: integral, humanizado e compromissado.

Mediante essas premissas, as ações da ESF devem se realizar de forma coordenada, ou seja, articuladas e em sincronia aos diversos serviços e ações de saúde, em prol do alcance de um objetivo, qual seja, a oferta de serviços e orientações aos usuários a fim de responder às suas demandas de saúde de forma integrada nas RAS. A esse processo podemos denominar coordenação e constitui-se em um grande desafio para as ESF's (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013, BRASIL, 2005). A coordenação do cuidado estabelece algumas especificidades aos trabalhadores da saúde, segundo Brasil (2005, p.16):

Trabalhar de forma coordenada requer esforço da equipe em lidar, de maneira planejada, com os determinantes da saúde, buscando prover meios para que indivíduos, famílias e comunidade possam lidar com a melhoria da qualidade de vida, individual e coletivamente. É propiciar condições, por meio do modelo de Promoção da Saúde, para que as pessoas sejam capazes de viver plenamente, da melhor maneira possível, mesmo com limitações físicas, biológicas, sociais, ambientais, etc (BRASIL, 2005, p. 16).

A coordenação, segundo Starfield (2002) pode também ser considerada complementar à integralidade, pois ao se tomar a integralidade da atenção básica como a responsabilização por todos os problemas de saúde da clientela adscrita, dever-se-á admitir que será necessário, em muitos momentos, que a APS compartilhe a atenção com outros serviços de saúde do sistema. A forma recomendada para fazer este compartilhamento é coordenando os projetos

terapêuticos. Muito diferente do que ocorre, ainda frequentemente, com os “encaminhamentos” dos pacientes entre os serviços, ou seja, a transferência de responsabilidade e não o compartilhamento e muito menos a coordenação.

No SUS, a ESF vem reorganizando a APS por meio da efetivação dos princípios da longitudinalidade, do primeiro contato, da coordenação do cuidado e da integralidade. “Tal fato reforça a necessidade de compromissos éticos das equipes, que têm de exercer nova prática marcada pela humanização, cuidado e cidadania” (JUNGES, et al., 2014). Entretanto, esses profissionais lidam frequentemente com limitações que dificultam o exercício profissional coerente com os princípios descritos anteriormente, o que muitas vezes os levam a vivenciar o SM. Nesse sentido há uma necessidade preeminente de que os profissionais na ESF desenvolvam uma aguçada sensibilidade e comprometimento ético nos serviços de saúde.

### 3.2 A ÉTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O SOFRIMENTO MORAL

A reorganização dos modelos de atenção à saúde no Brasil representa mudança na prática assistencial e gerencial dos serviços por parte dos profissionais e gestores que estabelecem novos comportamentos e novas reflexões sobre seus valores, crenças e hábitos necessitando de transformações atitudinais e culturais, o que requer uma reviravolta ética (SANTOS, et al., 2005). Mediante esse novo cenário de atuação, permeado por inovações tecnológicas, surge a necessidade de lidar com as questões de ordem ética, principalmente na APS com vistas a possibilitar a concretização do desafio da implementação efetiva do SUS (ZOBOLI, FORTES, 2004).

A ética, segundo grandes pensadores como Aristóteles, Platão e Sócrates tem seu foco na formação do caráter humano visando conter seus instintos e orientá-los para a prática do bem, a fim de adequar o indivíduo à comunidade. Portanto, a ética gera normas e regras com o intuito de orientar as condutas humanas em suas relações sociais e organizacionais, podendo-se dizer que está voltada a atuação do homem (MACÊDO, et al., 2007). Para Cortella (2013, p. 109), “quem tem princípios e valores para decidir, avaliar e julgar está submetido ao campo da ética”, representada pelo conjunto desses princípios e valores que orientam a conduta humana. “As relações sociais e profissionais incorporam certos valores e a sociedade cobra e lhes confere um grau de responsabilidade pelas ações desenvolvidas” (SANTOS, et al., 2005, p.404 ).

Segundo Segre, Cohen, ética é compreendida como a:

Percepção dos conflitos da vida psíquica (emoção x razão) e na condição, que podemos adquirir, de nos posicionarmos de forma coerente, face a esses conflitos. Consideramos, portanto que a ética se fundamenta em três pré requisitos: 1 percepção dos conflitos (consciência), 2-autonomia (condição de posicionar-se entre a emoção e a razão, sendo que essa escolha de posição é ativa e autônoma), 3 coerência (SEGRE, COHEN, 2002, p. 17).

Ainda segundo esses autores, uma pessoa pode ser considerada ética quando “possua uma personalidade bem integrada, quando tenha maturidade emocional que permita lidar com as emoções conflitantes, uma força de caráter, um equilíbrio de vida interior e um bom grau de adaptação á realidade do mundo” (SEGRE, COHEN, 2002, p. 23). A Ética é, antes de tudo, elemento chave para o entendimento do que vem a ser o exercício da cidadania, como também um elemento normativo e descritivo acerca dos dilemas sociais, profissionais e morais que marca a pluralidade da vida contemporânea. A moral é a prática, o exercício das

suas condutas, abrangendo as regras, valores e suas práticas efetivas (CORTELLA, 2013; MACÊDO, et al., 2007).

Muitas das questões e problemas que envolvem a demanda, a oferta dos serviços de saúde e seus direitos, fazem interface com o tema ética (BARLEM, et al., 2013). Analisando o contexto atual da área da saúde, a discussão sobre a ética se faz presente e atual em decorrência de todas as mudanças que influenciam e interferem na conduta dos profissionais imbricados nessa realidade. Enveredar-se na temática da ética na APS é importante, vez que os aspectos éticos nesse nível de atenção à saúde nem sempre são visíveis aos gestores, usuários e trabalhadores da área da saúde e, ao final, interferem na consolidação do SUS (VIDAL, et al., 2014; ZOBOLI, FORTES, 2004).

A sofisticação tecnológica dos hospitais e a existência de serviços super especializados, aliados à maior dramaticidade das questões éticas nesses serviços, chamam mais atenção dos estudiosos, quando comparados à sutileza das questões éticas vividas na APS, em especial na ESF, mas, isso não significa que possuem menor importância (ZOBOLI, FORTES, 2004; PRZENYCZKA, et al., 2011).

Dentre os temas tratados pela ética, os direitos sociais (como a assistência à saúde, preventiva e curativa) e os direitos individuais (como o sigilo das informações, privacidade e exposição do próprio corpo, consentimento livre e esclarecido para tratamento e participação como sujeitos em pesquisas), são considerados como princípios fundamentais. No entanto, há uma percepção de que esses direitos inerentes ao ser humano vêm sendo desrespeitados, não se sabe se pela falta de conhecimento por parte dos profissionais que não os cumprem, ou pelo desconhecimento pelos pacientes que não os exigem (LUNARDI, et al., 2009; SANTOS, et al., 2005; ZOBOLI, FORTES, 2004).

Além disso, na ESF, os profissionais da saúde deveriam conhecer a população adscrita, suas singularidades, suas relações familiares e extra familiares, seus modos de viver e adoecer, suas condições sócio econômicas e projetos de vida, conformando uma relação de vínculo. Essa proposta da ESF ao estabelecer o vínculo entre profissional e usuário, a aproximação do trabalhador da saúde ao ambiente social do usuário e a interação entre esses atores como forma de construção da cidadania representa um campo fértil da vivência de desafios éticos (ZOBOLI, FORTES, 2004; CURVO, SILVA, 2011) e possibilidades de SM (BRIESE, 2011).

Os desafios éticos, portanto, são decorrentes da tentativa de responder às necessidades de saúde da população, considerando as subjetividades dos usuários e profissionais e das relações com o ambiente e os contextos sócio culturais, atrelados à constante necessidade de

negação de valores pessoais, crenças e saberes percebidos no mundo do trabalho (LUNARDI, et al., 2009). Ainda, segundo Junges e Barbini (2013, p.208), configuram-se como “respostas amplas que não são claras à primeira vista, exigindo discussão e pactuação coletiva para encontrar o caminho de responder á exigência implícita no desafio, por tratar-se de realidades a construir”. Sendo assim, a ética na APS deve refletir e interpretar criticamente os problemas a partir do contexto em que eles acontecem (JUNGES, BARBINI, 2013).

Por problema ético compreende-se os aspectos, as questões ou implicações éticas que ocorrem comumente no cotidiano dos serviços de saúde da APS, não configurando necessariamente a ocorrência de um dilema (ZOBOLI, FORTES, 2004). Já os dilemas éticos denotam um conflito entre duas possibilidades de ação, sendo que uma impede a outra (CORTELLA, 2013). Portanto, a ESF vivencia mais questões relacionadas aos problemas e desafios éticos, que emanam dos processos de trabalho e da organização do sistema do que dilemas éticos.

Para Santos, et al. (2005) e Junges, Barbini (2013), as determinações para a atuação na APS, de atendimento às necessidades individuais em saúde e processos de trabalho organizados em equipes, apontam que a vivência de problemas éticos no âmbito da saúde pode influenciar a equipe de trabalhadores quanto a seus valores, crenças e conhecimentos, associando-se a conduta ética do cuidado com a qualidade e competência na assistência. Dessa forma, os profissionais da saúde deparam-se cotidianamente com problemas, desafios, conflitos e dilemas éticos e morais mediante situações consideradas parte da sua rotina profissional, o que lhes vem provocando SM, sem que essa temática seja suficientemente analisada (LUNARDI, et al., 2009; BARLEM, 2009).

Um estudo desenvolvido por Silva, Zoboli e Borges, em PSF's de São Paulo no ano de 2009, destacou os principais desafios éticos vivenciados por médicos e enfermeiras, sendo eles: dificuldade para preservar a privacidade das famílias e dos pacientes em decorrência da infraestrutura e das rotinas das unidades, falta de apoio estrutural para discutir e resolver os problemas éticos, excesso de famílias adscritas para cada equipe, dificuldades de acesso aos exames complementares, falta de estrutura para realização de visitas domiciliares. Portanto, a vivência desses problemas no ambiente de trabalho pode fazer com que os profissionais desenvolvam o SM, no momento em que vivenciam sentimentos de impotência, quando reconhecem o que é correto fazer, mas por constrangimentos institucionais são impedidos de realizá-lo. (JAMETON, 1984; BARLEM, 2009; LUNARDI et al, 2009, BULHOSA, 2006).

Kalvemark et al.(2004) argumentaram ainda com base em sua pesquisa com enfermeiros, farmacêuticos, médicos e outro pessoal clínico, que os prestadores de cuidados

de saúde desenvolvem o SM quando têm que fazer escolhas difíceis entre seguir as regras ou seguir a sua consciência. Definiram portanto o SM como "sintomas de estresse tradicionais negativos que ocorrem devido a situações que envolvem dimensões éticas e onde o profissional de saúde sente que não é capaz de preservar todos os interesses e valores em jogo" (KALVEMARK et al., p. 1082) . Esta definição traz um foco estabelecido entre os fatores individuais e estruturais no conceito do SM.

Alguns autores referem que o SM configura-se também como um distanciamento entre as convicções da pessoa e suas ações, traduzindo-se em constrangimentos psicológicos, ocasionados por sentimentos dolorosos (BARLEM, et al., 2012, LUNARDI, et al., 2009). Os sentimentos de raiva e tristeza são os mais frequentes como seus efeitos biopsicossociais e podem resultar em respostas no trabalhador como descontentamento com o trabalho; possibilidade de aumento no número de doenças laborais; afastamento, frieza nas relações, como recursos de defesa; visão do doente como uma atividade/trabalho e não como um ser humano; sentimentos de culpa; cinismo nas convicções religiosas ou atitudes de maior fé; sentimentos de fraqueza, de falta de apoio moral e de falta de apoio profissional e solidão profissional (LUNARDI, et al., 2009; GOMES, RAMOS, 2014).

O SM pode ser classificado como inicial ou reativo. O reativo sugere um sofrimento contínuo experienciado pelos enfermeiros quando não conseguem transpor as barreiras para uma ação e um comportamento moral identificados como imprescindíveis já no SM inicial. Significa uma resposta ao não agir em constrangimento inicial experimentado quando se deparam com impedimentos institucionais e conflitos de valores (JAMETON, 1993, DALMOLIN, 2012). Uma implicação para os profissionais que vivenciam o SM reativo no cotidiano das suas ações é o resíduo moral, que se refere à experiência da integridade moral comprometida, envolvendo a anulação ou violação das crenças, valores e princípios, que podem levar a indiferença profissional ou estagnação na incerteza, quando o processo da tomada de decisão ética não acontece e não há o posicionamento ético-moral ou enfrentamento do problema (LUNARDI, et al., 2009).

Para Gomes, Ramos (2014) e Barlem, et al. (2013), algumas compensações mediante à vivência de SM e do resíduo moral são construídas coletiva e individualmente por profissionais comprometidos, de modo a assegurar e preservar os valores profissionais. Mas, algumas vezes, “o sofrimento acaba se transformando em uma frustração muda, que desvaloriza o trabalho e a ação enquanto sujeito ético. Pode resultar em abandono das convicções sobre os direitos do doente, chegando ao erro ou a uma opção de fuga com baixo

envolvimento social”, contribuindo para intensificar a invisibilidade dessa questão na área da saúde.

Mediante o exposto, torna-se relevante reconhecer o SM, problematizá-lo, estranhar-se com os acontecimentos do cotidiano, com as relações instituídas, intrigar-se com o que se considera natural (BARLEM et al., 2013), a fim de estabelecer mecanismos de enfrentamento para iluminar caminhos de compreensão dessa realidade complexa e diversa em que estamos imersos.

O investimento na provisão de recursos para a resolução de questões éticas e consequente SM demonstra-se necessário. Em estudos sobre essa temática, estabelece-se que as práticas aceitáveis para prevenir, enfrentar e minimizar os efeitos danosos do SM estão relacionadas às dimensões educativa, organizacional e comunicativa (DALMOLIN, et al., 2012; DALMOLIN, 2009; LUNARDI, et al., 2009; BARLEM, et al., 2013).

Em relação à dimensão educativa deve-se identificar e estabelecer a educação ética como uma competência chave para a prática e um recurso fundamental para que os profissionais melhorem as suas competências sobre o assunto (DALMOLIN, et al., 2012). Já a interface comunicativa como estratégia de prevenção e enfrentamento ao SM perpassa na questão dialógica multiprofissional, na comunicação estruturada, na simulação de situações conflituosas e debates sobre cuidados ao paciente de forma ética (DALMOLIN, et al., 2012; BARLEM, et al., 2013). E, por fim, a dimensão organizacional como estratégia de prevenção e enfrentamento ao SM diz respeito à necessidade de suportes organizacionais e institucionais, incluindo estratégias como o provimento adequado de recursos materiais, promoção de ambientes saudáveis, estruturalmente adequados, estabelecimento da gestão co participativa e valorização profissional (DALMOLIN, et al., 2012).

Portanto, atenção ao sofrimento moral é relevante para o desenvolvimento de uma força de trabalho forte, responsável eticamente e atuante a fim de prevenirmos os resultados negativos comuns associados com o SM no local de trabalho. Vale destacar ainda que a resolução do sofrimento moral é um possível meio de fortalecimento da prática ética no futuro. Uma força de trabalho que recebe suporte da organização/instituição e que possui espaços abertos ao diálogo é essencial para garantir o cuidado competente, ético e seguro (DALMOLIN, et al., 2012; DALMOLIN, 2009; LUNARDI, et al., 2009; BARLEM, et al., 2013).

*A alegria não chega apenas no encontro do achado,  
mas faz parte do processo da busca.  
E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura,  
fora da boniteza e da alegria.*

*Paulo Freire*

## **4 TRAJETORIA METODOLOGICA**

### **4.1 Caracterização do Estudo**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e como meio de investigação o estudo de caso.

A pesquisa qualitativa trabalha com o espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, o que corresponde ao universo de significados, sentidos, crenças, valores, atitudes e aspirações. Possibilita ainda a compreensão das experiências vividas por uma população em estudo (MINAYO, 2013). Visa apreender as várias dimensões dos fenômenos em sua manifestação real, bem como captar os diferentes significados de uma experiência vivenciada, auxiliando a compreensão do indivíduo no seu contexto. Marconi e Lakatos, (2009), afirmam que esse tipo de pesquisa pode ser caracterizado como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados.

Para Minayo (2013, p.57), esse método “é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”. Além de desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, a pesquisa qualitativa propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos.

Portanto, a escolha pela abordagem qualitativa se dá pela intenção de compreender como os profissionais da ESF vivenciam o SM no cotidiano do serviço, considerando que esse “pode aparecer de diversas formas para cada profissional, que possui valores singulares que permeiam suas ações e consciência” (BARLEM, et al, 2013).

Quanto ao estudo de caso, trata-se de uma estratégia de pesquisa que investiga profunda e exaustivamente um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado entendimento (GIL, 2002). Estuda eventos dentro de seu contexto de vida real, contribuindo com os conhecimentos que se tem dos fenômenos organizacionais, individuais, sociais, políticos e de grupo. Tal estudo é entendido ainda como o delineamento mais adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde o limite entre estes não são claramente percebidos (YIN, 2005). Reúne o maior número de informações detalhadas, valendo-se de diferentes técnicas de pesquisa, visando apreender

uma determinada situação e descrever a complexidade de um fato (MARCONI, LAKATOS, 2009).

Para Ludke e André (1986), algumas características são fundamentais no estudo de caso: visar à descoberta, enfatizar a interpretação do contexto, retratar a realidade de forma ampla, valer-se de fontes diversas de informações, permitir substituições, representar diferentes pontos de vista em dada situação e usar linguagem simples. Os estudos de caso utilizam estratégias da investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções acerca do fenômeno em questão e é útil para gerar conhecimento sobre características importantes sobre eventos vivenciados (YIN, 2005; MINAYO, 2013).

Portanto, a opção pelo estudo de caso qualitativo demonstrou-se adequada por ser o SM um fenômeno contemporâneo, que foi analisado por meio da triangulação dos dados e dentro de um contexto da vida real (YIN, 2005).

## **4.2 Cenário do Estudo**

Como cenário desse estudo delimitou-se o contexto da APS, especificamente as equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Paraopeba/MG, localizado a aproximadamente 100 km de Belo Horizonte e 30 Km de Sete Lagoas. Afirma a tradição que foi o Cel. Marques, donatário da Sesmaria, que ao deparar-se com uma onça no meio da mata, indefeso e julgando-se perdido, ele, como católico e de fé, ajoelhou-se e fez uma prece a Nossa Senhora do Carmo rogando que, se sua vida fosse poupada, mandaria construir uma capela em sua honra. Posteriormente, são e salvo, ele voltou e cumpriu a promessa, fazendo construir uma capelinha dedicada a Nossa Senhora do Carmo (Padroeira de Paraopeba). Aos poucos, por ser um local de passagem obrigatória dos tropeiros que conduziam boiadas para o sertão da Bahia, foram surgindo algumas casas em torno e o lugar passou a ser chamado de Nossa Senhora do Tabuleiro Grande, porque tabuleiro era o nome que os antigos costumavam caracterizar os pontos mais elevados e de vastas superfícies planas do sertão que na linguagem sertaneja significa cerrado (PARAOPEBA, 2014).

Tabuleiro Grande pertenceu a Sete Lagoas, até desmembrar-se, elevando-se à categoria de município, por meio da Lei nº 566, de 30 de agosto de 1911. Sua instalação solene deu-se a 1º de junho de 1912, passando a denominar-se Vila Paraopeba. A partir de 1931 recebeu o nome definitivo de Paraopeba, palavra de origem indígena (da língua tupi-guarani), que significa “Rio do Peixe Chato”. A escolha do nome foi por causa do rio

Paraopeba que, naquela época, livre de qualquer poluição, era fonte de manutenção dos habitantes que se beneficiavam da pesca, do garimpo e ainda da lavoura, nas regiões mais ribeirinhas (PARAOPEBA, 2014).

Outras informações referentes ao município estão apresentadas na FIGURA 1.

Figura 1- Caracterização do Município de Paraopeba/MG, 2013



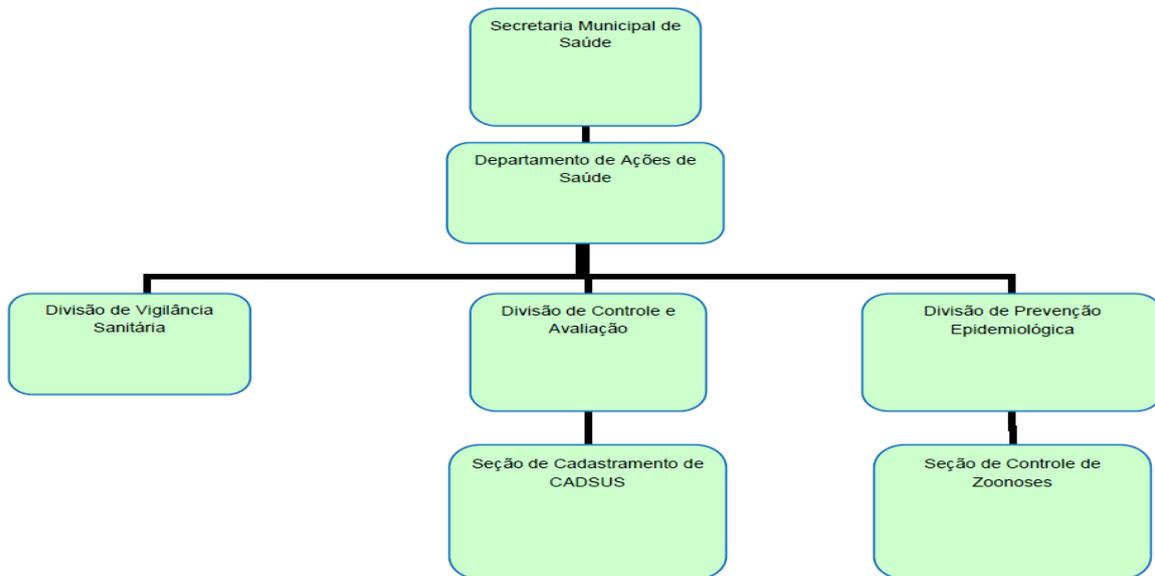
Fonte: Plano Municipal de Saúde Paraopeba, 2014

Da população estimada 2013 (23.762) aproximadamente 89% vivem na área urbana e 11% na área rural. Em relação às condições de saneamento básico, 99,05% dos domicílios da zona urbana contam com água fornecida pela companhia de saneamento de Minas Gerais (COPASA), já na zona rural a água é proveniente de poços artesianos. Em relação ao lixo, mais de 95% da área urbana conta com coleta pública, diferente do destino do lixo na área rural, que é queimado ou enterrado. Cerca de 90% das famílias possui como sistema de destinação dos dejetos humanos a rede pública de esgoto enquanto na zona rural é utilizada a fossa séptica (PARAOPEBA, 2014).

O maior índice de mortalidade está relacionado às doenças do aparelho circulatório, seguidas pelos casos de neoplasias, e as principais causas de internação na população geral são as doenças do aparelho respiratório e circulatório (PARAOPEBA, 2014).

Quanto à estrutura organizacional da saúde, representada na (FIGURA 2), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) rege o departamento de ações de saúde, responsável por todos os serviços de saúde prestados à população do município.

Figura 2- Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Paraopeba/MG



Fonte: Plano Municipal de Saúde Paraopeba, 2014

A rede de assistencial à saúde do município é composta por cinco unidades básicas de saúde, sendo quatro unidades de Saúde da Família e uma unidade básica de saúde tradicional; uma farmácia municipal da rede Farmácia de Minas; um laboratório de análises clínicas; uma unidade de saúde mental; uma unidade de vigilância em saúde; além do serviço de odontologia que utiliza o espaço físico de uma das unidades de saúde da família (PARAOPEBA, 2014). A UBS tradicional além do atendimento de atenção básica oferece também especialidades como: pediatria, ginecologia, cardiologia, ortopedia, neurologia.

Existia ainda até o ano de 2011 um hospital filantrópico de pequeno porte que atendia os serviços de urgência e emergência do município. Atualmente esses casos são referenciados para municípios vizinhos, como Caetanópolis e Sete Lagoas. Dessa maneira, a atenção básica torna-se ação prioritária em Paraopeba e espera-se que serviços de prevenção de agravos e promoção da saúde sejam estabelecidos com qualidade. Atualmente o município tem uma cobertura de 96,97% desse nível de atenção, sendo 60% por Equipes de Saúde da Família e o restante pela unidade básica de saúde tradicional (PARAOPEBA, 2014).

O cenário deste estudo foi, portanto as quatro equipes de SF, três com população adscrita em área urbana e uma de área rural. Cada equipe de SF possui estrutura física própria, sendo duas em acordo às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e as outras duas em imóveis adaptados. Embora com especificidades, as equipes de saúde da família do

município, possuem formas de organização do trabalho e estratégias de atuação semelhantes, sendo o planejamento e avaliação desenvolvidos em parceria com a SMS.

O critério de seleção deste município se deu pela pronta autorização para realização deste estudo, além de todas as equipes da ESF terem seu quadro de profissionais completo.

### **4.3 Participantes do Estudo**

*“Toda a estrutura de uma sociedade encontra-se incorporada no mais evasivo de todos os materiais: o ser humano” (Malinowski).*

Definir o universo de participantes que vão compor a base da investigação é algo primordial em pesquisas qualitativas, já que se trata do solo sobre o qual grande parte do trabalho de campo será assentado. A escolha dos sujeitos interfere diretamente na qualidade das informações a partir das quais será possível construir a análise e chegar à compreensão mais ampla do problema delineado (DUARTE, 2002).

Os participantes desse estudo foram os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS's) das quatro equipes de saúde da família do município em questão. Como critério de inclusão estabeleceu-se que os profissionais atuassem na ESF do referido município por um tempo mínimo de um ano, por acreditar que com esse período de inserção na prática, os profissionais já estabeleceram uma relação mais próxima da vivência do trabalho na ESF, familiarizando-se com as rotinas e normas do serviço.

O número dos participantes a priori era a totalidade de profissionais atuantes nas equipes básicas de saúde da família, que atendia aos critérios de inclusão, perfazendo um total de 03 médicos, 04 enfermeiras, 03 técnicos de enfermagem (TE) e 26 ACS's. No entanto no quesito ACS's teve-se algumas intercorrências quanto à participação de todos: 01 ACS estava em regime de Licença Maternidade, 01 ACS encontrava-se de férias, 01 ACS estava de licença médica no período da coleta de dados e 05 ACS's recusaram participar do estudo. Assim, constituíram-se sujeitos desse estudo 03 médicos, 04 enfermeiras, 03 TE's e 18 ACS's, totalizando 28 profissionais.

### **4.4 Coleta de Dados**

O processo da coleta de dados no estudo de caso é complexo por utilizar-se sempre de mais de uma técnica, princípio fundamental para garantir a qualidade dos resultados obtidos.

Com efeito, nos estudos de caso os dados podem ser obtidos mediante análise de documentos, entrevistas, depoimentos pessoais, observação direta, observação participante e análise de artefatos físicos (GIL, 2002; YIN, 2005). A utilização de múltiplas fontes de evidência constitui, portanto, o principal recurso de que se vale o estudo de caso para conferir significância a seus resultados (YIN, 2005).

Nesta pesquisa, foram utilizados como instrumentos da coleta de dados: a observação participante, a entrevista individual com roteiro semi-estruturado (APÊNDICE 1) e o grupo focal, tendo esses dois últimos um momento de realização da técnica projetiva por meio de uma história em quadrinhos (APÊNDICE 2). A referida coleta aconteceu no período de agosto a outubro de 2014.

A observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa (MINAYO, 2013). É uma técnica para conseguir informações utilizando os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade, não consistindo apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar. Ajuda ainda o pesquisador na identificação e obtenção de provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. A observação tem como principal objetivo registrar e acumular informações e deve ser controlada e sistemática. Possibilita um contato pessoal e estreito do investigador com o fenômeno pesquisado (MARCONI, LAKATOS, 2009). Por meio da observação, podemos, segundo Ludke e André (1986, p. 26),

Chegar mais perto da “perspectiva dos sujeitos”. Na medida em que o observador acompanha *in loco* a vivência, as experiências diárias dos sujeitos pode tentar apreender a sua visão de mundo, isto é, o significado que eles atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações.

Neste estudo, as observações aconteceram nos ambientes das ESF's: recepção junto a profissionais e usuários, consultas individuais pelos médicos e enfermeiras, atendimento individual dos TE's, sala dos ACS's e momento do “cafezinho” dos integrantes da equipe; a fim de que o pesquisador pudesse adentrar as particularidades do cotidiano das ESF's. Elas aconteceram em horários esporádicos, turno da manhã e da tarde, sem comunicação prévia para que a rotina da unidade não fosse alterada, durante os meses de agosto e setembro. Além disso, os dados obtidos foram registrados em diário de campo, recebendo a denominação de nota de observação (NO), pontuando “impressões pessoais, resultados de conversas informais, comportamentos, gestos, expressões que diziam respeito ao

tema da pesquisa” (MINAYO, 2013). A cada dia de observação e durante os GF's, as informações foram registradas no diário e pontuadas como NO1, NO2, NO3, sucessivamente, a fim de identificar as cenas e relatos que se desenvolveram.

Quanto a entrevista, esta ocorreu individualmente, em horário e local pré estabelecidos pelo investigador e sujeitos da pesquisa. O principal interesse do investigador através da entrevista é conhecer o significado que o entrevistado dá aos fenômenos e eventos da sua vida cotidiana, utilizando seus próprios termos (MARCONI, LAKATOS, 2009). O roteiro para a entrevista semi estruturada (APÊNDICE1), foi construído segundo critérios mencionados por Minayo (2013) considerando os desdobramentos dos indicadores essenciais e suficientes em tópicos que contemplassem a abrangência das informações esperadas. As questões funcionaram apenas como guia, servindo de orientação para o andamento da interlocução.

A entrevista individual aconteceu com os profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, totalizando 10 entrevistas. Os ACS's não participaram desse momento por acreditarmos que apreender as percepções, sentimentos e opiniões acerca do SM por esse grupo que é peça chave na ESF em um momento de interação fosse trazer mais riqueza à esse trabalho. Portanto, com os 18 ACS's que compõem esse estudo foram realizadas 2 sessões de Grupo Focal (GF), que será abordado a seguir.

A opção pela entrevista semi-estruturada, proporcionou a entrevistadora a liberdade para desenvolver cada situação em uma direção que considerasse adequada. É uma forma de poder explorar mais amplamente a questão (GIL, 2002).

As entrevistas individuais aconteceram em ambiente reservado das ESF's, garantindo sigilo das informações prestadas pelos sujeitos. Foram gravadas a fim de garantir a veracidade dos dados para posterior análise.

Já a técnica do GF tem sido amplamente utilizada nas áreas de Antropologia, Ciências Sociais, de Mercado e Ciências da Saúde. Apresenta-se apropriada para as pesquisas qualitativas que desejam aprofundar em um tema especial (RESSEL, et al., 2008). Os GF's são grupos de interação que favorecem trocas, descobertas e participações comprometidas, num processo de diálogo aberto e flexível sobre um tema em particular, instigado por um moderador (DEBUS, 1997; DALL'AGNOL, 1999).

Essa técnica facilita a formação de ideias novas e originais. Oportuniza a interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos e pontos de vista. E ainda possibilita entender o estreitamento em relação ao tema, no cotidiano (RESSEL, et al., 2008; DEBUS, 1997).

Neste estudo, os GF's se deram em dois momentos em dia previamente agendado pela pesquisadora, sua orientadora, sua co-orientadora, uma colega de mestrado e os sujeitos da pesquisa, no caso, os ACS's. A participação dos membros da Escola de Enfermagem da UFMG (EFUFMG) nesse momento da pesquisa se deu principalmente pela pequena experiência da pesquisadora em relação à execução do GF. Vale ressaltar que esse foi um momento ímpar de aprendizado.

Foi eleito um local agradável, confortável, de fácil acesso aos participantes e, considerado pela pesquisadora um território neutro para favorecer o ambiente de trocas de ideias sem nenhum tipo de inibição aos ACS's. Quanto aos equipamentos, foram utilizados três gravadores que ficaram disponibilizados na extensão da mesa redonda que se formou para os grupos. Os GF's aconteceram um pela manhã com a participação de 8 ACS's e outro no turno da tarde, em que participaram 10 ACS's. Com relação ao número de participantes, a literatura traz uma variação de 6 a 15 pessoas. Segundo Minayo (2013), o tamanho ideal de um GF está diretamente relacionado à participação efetiva de todos e a discussão apropriada do tema. No tocante ao moderador, é importante que esse tenha conhecimento substancial acerca do tema proposto, para proceder à condução adequada do grupo.

Sendo assim, foi moderadora principal a autora desse estudo e como moderadora secundária a orientadora desse estudo que teve papel primordial nesse quesito, pois sua bagagem prática possibilitou o manejo das discussões com sensibilidade e bom senso, sempre mantendo o foco sobre o interesse do estudo, sem contudo negar aos ACS's que se expressassem de forma espontânea.

O registro em diário de campo do GF foi realizado pela co-orientadora do estudo que participou como observadora, captando as reações e comunicações não verbais dos participantes.

Foi utilizado para condução dos GF's o mesmo roteiro das entrevistas individuais, uma vez que foi desenvolvido de forma simples e de fácil entendimento, seguindo segundo Ressel et. al (2008) os critérios estabelecidos para um roteiro de questões em GF em que as primeiras questões devem ser mais gerais e fáceis de responder com vistas a garantir a participação imediata de todos, na sequência as questões foram se tornando mais específicas e polêmicas e adentrando melhor ao tema central.

Nas entrevistas individuais e GF's foi utilizado também um instrumento sobre SM, por meio de uma história em quadrinhos criada pelos núcleos de pesquisa- PRAXIS – trabalho, cidadania, saúde e Enfermagem -PEN/UFSC, Núcleo de estudos e pesquisas em Enfermagem/Saúde (NEPS) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande

(FURG) e o Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)- com o intuito de apresentar o conceito de SM de forma lúdica e resgatar as experiências vivenciadas pelos participantes referentes ao tema em questão.

O Instrumento de Coleta de Dados- SM (APÊNDICE 2) ilustra um dia de trabalho de um profissional da saúde, inferindo o conceito de SM. Após apresentar o instrumento aos participantes, solicitou-se que eles respondessem à questão norteadora: “Narre uma situação vivenciada por você no cotidiano de trabalho que o levou a algum tipo de angústia - desconforto – sofrimento”.

A utilização da técnica projetiva funcionou como estímulo da apercepção temática, agindo como agente facilitador para o acesso aos conteúdos mais inconscientes dos participantes e trouxe à tona as suas subjetividades (MAFFEZZOLLI et. al, 2009).

#### **4.5 Análise de Dados**

Os dados desta pesquisa foram analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo (AC). De acordo com Bardin (2009), a AC é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2009, P.44).

Constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos (MINAYO, 2013). Em se tratando da utilização, a AC permite ingressar em diversos conteúdos, explicitados ou não; introduzir-se ao contexto político presente nos discursos; explorar a moralidade de dada época; compreender as representações sociais acerca de um tema; investigar o inconsciente coletivo sobre determinado objeto; além de analisar a comunicação cotidiana, seja ela verbal ou escrita (OLIVEIRA, 2008). “A análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça (BARDIN, 2009, p. 45)”.

Quanto ao tratamento dos dados esse seguiu um percurso pré definido por Bardin (2009): a pré análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A descrição desses três polos cronológicos será apresentada no quadro a seguir:

Quadro 1- Polos Cronológicos para Análise de Conteúdo segundo Laurence Bardin, 2009

PRÉ-ANÁLISE	EXPLORAÇÃO DO MATERIAL	TRATAMENTO DOS RESULTADOS
É a fase destinada a desenvolver as operações preparatórias para a análise propriamente dita. Dispõe de 3 parâmetros principais: a escolha dos documentos a serem utilizados na análise ou definição do corpus de análise; a formulação das hipóteses ou objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final.	Consiste na fase por meio da qual os dados brutos são transformados em função de regras previamente estabelecidas em operações de codificação, decomposição ou enumeração com vistas a atingir uma representação do conteúdo.	Busca-se nessa etapa que os resultados tornem-se significativos e válidos. Pretende-se por meio dos quadros de resultados, diagramas, figuras ou modelos colocar em evidência as informações fornecidas pela análise.

Fonte: Elaborado para fins deste estudo, segundo BARDIN, 2009.

Durante esta etapa, as entrevistas individuais e as de GF, assim como as notas de observação foram transcritas na íntegra e trabalhadas numa grelha de análise de dados que possibilitou a leitura flutuante e exaustiva das informações com posterior estabelecimento de temas centrais e unidades de comparação que favoreceram a elaboração das categorias analíticas. Segundo Bardin (2009), a AC assenta implicitamente na ideia de que a passagem de dados em bruto a dados organizados favorece a compreensão de índices ainda invisíveis.

Em último momento, procedeu-se ao tratamento dos resultados obtidos e à interpretação. As categorias estabelecidas foram tratadas de maneira a serem significativas e válidas, por meio da reconstrução do discurso empreendida pela pesquisadora que expressou sua intenção de (re) apresentar o objeto de estudo a partir de uma ótica teórica específica (BARDIN, 2009; OLIVEIRA, 2008).

Dessa maneira a escolha por essa técnica de análise de dados se deu em virtude de a AC enriquecer a tentativa exploratória, aumentando a propensão à descoberta, pertinente ao objeto de estudo aqui empreendido- SM (BARDIN, 2009).

#### 4.6 Preceitos éticos

Pensar a ética vinculada a pesquisa qualitativa deve ir além de cumprir com os protocolos formais como a assinatura de consentimentos livres e esclarecidos. A constituição da ética é fundamental, já que o tema ou objeto de estudo vinculado a essa pesquisa está geralmente relacionado a um ser humano com uma trajetória vida, “o que enfoca a necessidade da existência de uma aproximação com o pesquisador no intuito de proporcionar uma sensação de bem-estar e confiança no que diz respeito aos anseios, sonhos, curiosidades e expectativas vivenciadas pelo sujeito do estudo” (SILVA, MENDES, NAKAMURA, p. 2012).

O projeto dessa pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP UFMG) parecer nº 749.142 e teve anuência do município cenário desse estudo conforme termo de anuência cedido pela secretaria municipal de saúde (APÊNDICE 3).

A pesquisa foi desenvolvida segundo as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução CNS 466/12. Essa Resolução “incorpora sob a ótica dos indivíduos e das coletividades, os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade e, visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado”. Os sujeitos desse estudo foram convidados a participarem da pesquisa após esclarecimento do objetivo e, após consentimento procederam à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 4).

*“Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira-mar, divertindo-me em descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante de meus olhos”.*

*Isaac Newton*

## 5 COMPREENDENDO A VIVÊNCIA DO SOFRIMENTO MORAL NA ESF SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS

Nesse capítulo, serão apresentadas as categorias que emergiram a partir da triangulação das informações obtidas das entrevistas individuais, dos GF's e da observação, concernentes à vivência do SM no cotidiano das ações e serviços da ESF. Para Yin (2005), a triangulação consiste em fundamento lógico para se utilizar várias fontes de evidência, permitindo o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação e que os dados obtidos à luz de sua análise se tornem mais acurados e convincentes.

### 5.1 Perfil dos Sujeitos da Pesquisa

Em relação ao perfil dos sujeitos da pesquisa, destaca-se que a amostra foi constituída por 28 participantes envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem (TE) e agentes comunitários de saúde (ACS) que compõem a equipe básica de saúde da família, assim identificados: Médicos (M1,2,3), Enfermeiras (E1,2,3,4), Técnicos de enfermagem (TE1,2,3) e Agentes Comunitários de Saúde (A1,2,3...18), conforme apresentado a seguir na tabela 1.

Tabela 1- Sujeitos da Pesquisa sobre SM na Estratégia de Saúde da Família, Paraopeba-MG, 2014

SUJEITOS DA PESQUISA	N	FORMA DE IDENTIFICAÇÃO
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	18	A 1...18
Enfermeiras (E)	04	E 1...4
Médicos (M)	03	M1...3
Técnicos de Enfermagem (TE)	03	TE 1...3
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>28</b>

*Fonte:* Dados da pesquisa, elaborado para fins deste estudo.

Tabela 2- Perfil dos Sujeitos da Pesquisa sobre SM na Estratégia de Saúde da Família, Paraopeba-MG, 2014, quanto ao sexo e estado civil

SUJEITOS DA PESQUISA	SEXO MASCULINO	SEXO FEMININO	CASADO	SOLTEIRO
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	01	17	10	08
Enfermeiras (E)	00	04	00	04
Médicos (M)	02	01	02	01
Técnicos de Enfermagem (TE)	01	02	01	02
<b>Total</b>	<b>04</b>	<b>24</b>	<b>13</b>	<b>15</b>

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado para fins deste estudo.

Do total dos participantes, 4 (14,3%) eram enfermeiras, 3 (10,7%) médicos, 3 (10,7%) técnicos de enfermagem e 18 (64,3%) ACS's; sendo 24 (85,7%) do sexo feminino e 4 (14,3%) do sexo masculino. A idade dos participantes variou de 26 a 52 anos com média de idade de 37 anos. No que se refere ao estado civil dos participantes, 15 eram solteiros perfazendo 53,5% da amostra. Os outros 13 participantes eram casados. Outras características a respeito dos sujeitos da pesquisa estão descritas abaixo na tabela 3 que traça o perfil quanto ao grau de instrução e tempo de atuação na ESF.

Tabela 3 - Perfil dos Sujeitos da Pesquisa sobre SM na Estratégia de Saúde da Família, Paraopeba-MG, 2014, quanto ao grau de instrução e tempo de atuação na ESF.

SUJEITOS DA PESQUISA	ENSINO SUPERIOR/SUP. INCOMPLETO* ESP.**	ENSINO MÉDIO	ENSINO DE NÍVEL TÉCNICO	TEMPO MÉDIO DE ATUAÇÃO NA ESF
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	04*	14	00	5a4m
Enfermeiras (E)	04**	00	00	6a3m
Médicos (M)	03**	00	00	4a5m
Técnicos de Enfermagem (TE)	01	00	02	5 <sup>a</sup>
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>02</b>	<b>21<sup>a</sup></b>

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado para fins deste estudo.

No que tange ao grau de instrução, percebe-se que 100% dos profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), possuíam especialização variando a área de concentração de SF a Urgência e Emergência. Os TE têm formação de nível médio associado ao curso técnico para área específica e, ainda um deles possuía formação de nível superior. Já os ACS's não possuem formação específica e, no processo de trabalho fazendo parte de uma equipe, pôde-se observar que a formação escolar do ACS é bastante heterogênea, incluindo desde profissionais com a escolaridade mínima exigida (nível médio) até profissionais de nível superior completo ou em andamento.

O tempo de atuação desses profissionais esteve compreendido entre 1 ano e 2 meses a 9 anos e 7 meses, com média de 5,25 anos. Esse fato tem especial importância nesse trabalho, pois como demonstrado em pesquisa realizada por Caram (2013), cujo objetivo era compreender os sentidos do trabalho para profissionais da saúde que atuam em um CTI de um hospital universitário da capital mineira, os profissionais com um tempo maior de atuação podem contribuir com maior número de informações diferenciadas e fidedignas.

## 5.2 COMPREENDENDO A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA VISÃO DE QUEM A EXECUTA: INCONGRUÊNCIAS ENTRE DISCURSOS E PRÁTICA

A ESF como modelo assistencial da APS, se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adscrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. O modelo da ESF busca favorecer a aproximação da unidade de saúde às famílias; promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da co-responsabilização da atenção a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local (BRASIL, 2006a).

Ao destacar a família como foco da atenção, as equipes de saúde da família têm entre as suas responsabilidades, a prestação de cuidados na unidade e no domicílio de forma integral, contínua, resolutiva e de boa qualidade de modo a atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. Neste sentido, as equipes deverão “conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas” (BRASIL, 2000: 14).

*“O meu conceito de saúde já mudou, porque antes pegava o paciente aqui e não via ele mais, nem sabia mais nada da vida dele. O PSF ele trata muito da família em todo, pai, filhos, até amigos [...] Então você cuida mais do paciente, você vai saber mais coisas da vida dele, como que é a vida dele particular, como que ele vive, em que mundo que ele vive, o que ele faz que pode melhorar a vida dele, o que pode piorar, o que causa coisas que podem estar trazendo ele vir aqui na unidade e procurando atendimento.” (TE3)*

*“Eu acho muito importante porque a gente convive, vê a família toda, né, consegue falar assim “ah, você é mãe de fulano de tal que tem esse problema”. Então acho que por ser, por trabalhar nessa área, você pega todo mundo, aqui a gente, eu atendo todo mundo.” (M2)*

Mediante as falas dos sujeitos, pode-se inferir que eles vislumbram no cotidiano do serviço a ideologia da ESF que se propõe a transformar o tradicional modelo de saúde brasileiro – médico centrado, medicamentoso, curativista e individual, que tem no hospital o eixo central de solução para todo e qualquer problema de saúde –, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade (BRASIL, 2006a). Compreendem também o ACS como elo entre o usuário e o serviço de saúde e a sua singular importância como primeiro contato desse usuário e a unidade.

*“Ter a agente de saúde, eu acho muito importante, porque é o meio que a gente tem né? O vínculo entre a família e o posto.” (M2)*

*“A gente adentra uma casa, a gente, é, é tão satisfatório quando a gente consegue resolver alguma coisa dentro daquela casa, entendeu?! Às vezes o problema, entra no consultório, o problema não está ali dentro do consultório, o problema está dentro da casa, e quem vai ver isso somos nós que somos a porta de entrada dessas famílias.” (A1)*

A ESF com o objetivo de reorganizar a prática assistencial amplia ainda a compreensão do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2000).

*“Meu trabalho é um trabalho de caráter preventivista, a base do programa, né, a base do programa da estratégia da família.” (M3)*

No entanto, reflexão crítica acerca do trabalho dos profissionais que atuam na ESF merece relevância, já que um distanciamento entre o discurso da atuação dos profissionais na ESF e os modos de atuarem na prática é percebido:

*“Eu considero um trabalho muito, muito importante! Tanto pra população, quanto pra gente mesmo, para o desenvolvimento, para o conhecimento, porque aqui como o atendimento é holístico, né, e a gente lida com todos os ciclos de vida da pessoa, então a gente adquiri um conhecimento muito grande.” (E1)*

*“O sentimento é que o programa poderia ser original, né? [...] A gente faz um programa que se chama de preventivista, mas a gente sente que na verdade não é preventivista. O sentimento é esse, que não tem originalidade, né.” (M3)*

Em face do discurso, o papel dos profissionais inseridos na SF segundo a Portaria nº 2488/2011 apresenta características específicas do processo de trabalho da equipe, estabelecendo atributos que consideramos imprescindíveis para subsidiar essa discussão:

- a - Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- b - Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- c - Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde.

No entanto, percebe-se nas falas dos sujeitos uma relação estreita da sua atuação na ESF aos modelos tradicionais de atenção a saúde.

*“[...] muitas das vezes a gente trabalha mais em cima do curativismo. Eu trabalho mais em cima de curativismo, porque eu estou aqui dentro do meu consultório, toda vez que entra um cidadão eu estou diagnosticando e receitando, isso não é prevenção. Estou diagnosticando ele, dando remédio, tratando dele, estou fazendo curativismo”. (M3)*

*“Eu fico na primeira sala, né, que tem o atendimento de pesagem, de anotação de dados do paciente, e fico também na terceira sala que é a sala de curativo. Na primeira sala, entro também em pesagem, orientação, verificação de PA, temperatura e auxílio na portaria quando é necessário, auxílio a enfermeira e o médico.” (TE3)*

*“O trabalho é como clínico geral, atuando na especialidade de Medicina de Família com atendimento geral de clínica pra crianças, adulto; um pouco de ginecologia e atenção domiciliar.” (M1)*

Viegas, Penna (2013), em estudo sobre a compreensão da construção das práticas de integralidade no cotidiano das equipes de SF, reconheceram que a prática da ESF ainda não alcançou seus principais objetivos já que a assistência à saúde ainda se encontra focada em um modelo biomédico. Corroborando com essas autoras, o profissional (M3) informa que seu trabalho é de caráter preventivista e ainda aponta que essa característica é inerente à SF. No entanto, em seguida relata a sua prática no cotidiano focada em um atendimento curativista. Quando solicitada a falar sobre seu trabalho na ESF o sujeito (T3) também focaliza suas ações em situações eminentemente centradas na prática medicamentosa e procedimental.

Assim como percebido nas falas dos profissionais acima, um estudo desenvolvido por Gomes, et. al, (2010) sobre a contribuição do ACS para a consolidação do SUS aponta para um conflito entre as bases teóricas e a prática profissional, no caso do agente. Corroborando com essa autora percebem-se inquietações nesses profissionais quando indagados sobre o trabalho que desenvolvem na ESF, podendo essas inquietações, nesse estudo, serem estendidas aos demais membros da equipe:

*“As vez eu entro com a pessoa [em consulta médica] e então assim, tem muitos problemas, muito problema mesmo. Não só de saúde, mas problema dentro de casa, filhos usando drogas, é, marido alcoólatra, né? Então, é uma desestrutura muito grande das famílias. E isso cai tudo em cima da gente”.(A5)*

*“[...] pela cultura que a população tem, eles ainda tão muito focados mesmo no atendimento médico, então essa troca que vai acontecendo com muita frequência, ela faz com que muitas vezes a gente tenha que recomeçar um trabalho que a gente já estava muitas vezes com ele em andamento.” (E3)*

As situações descritas aparecem como rotina dos serviços de saúde prestados na ESF que muitas vezes não condizem com o que é prescrito e preconizado nos manuais técnicos e portarias do Ministério da Saúde (MS). Por essa razão, há indícios de que problemas éticos são vividos na APS e que se diferem dos identificados em outros níveis de atenção à saúde por alguns motivos, a saber: o cenário é característico de cada nível de atenção, um com o objetivo da integralidade e continuidade da assistência e o outro com caráter imediatista; os problemas de saúde são diferentes pelo nível de ação e procedimentos oferecidos; os sujeitos éticos (usuários, familiares e profissionais) são singulares, em cada nível assistencial varia as condições de saúde, a iminência das tomadas de decisões e a relação entre esses sujeitos (ZOBOLI, FORTES, 2004).

Sendo assim, os problemas éticos vivenciados pelos profissionais da ESF muitas vezes são timidamente percebidos por estarem imbricados ao dia a dia do serviço. No entanto, eles existem e são imprescindíveis para desvelar o SM.

Iniciar as discussões trazendo à tona a opinião dos sujeitos dessa pesquisa sobre o trabalho que desenvolvem na ESF teve a pretensão de apresentar suas percepções e como se sentem nesse universo de trabalho que deve ser apoiado em uma equipe multiprofissional apta a oferecer atenção integral e a sustentar o enfoque social ampliado da ESF fazendo alusão ao que é prescrito e ao que vivenciam em suas rotinas diárias de trabalho.

### **5.3 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E CONDIÇÕES DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CONDICIONANTES AO SOFRIMENTO MORAL**

No que tange a essa categoria optou-se por analisá-la sob a ótica dos aspectos relativos à Unidade de Saúde da Família (USF) e às Redes de Atenção à Saúde (RAS), distintivamente.

#### **5.3.1 A organização das ações e dos serviços de saúde na Unidade de Saúde da Família como fonte de Sofrimento Moral**

Problemas relacionados à organização do trabalho envolvendo questões estruturais das USF's; precariedade de aparatos para atendimentos de urgência e emergência; escassez de respaldo dos setores responsáveis para discutir e resolver os problemas evidenciados; insuficiência de equipamentos, medicamentos, transportes, têm implicações éticas tanto para os profissionais quanto para os usuários dos serviços de saúde e se tornam fonte preeminente de SM (LUNARDI, et. al, 2007, DALMOLIN, et. al, 2009; DALMOLIN, et. al, 2014).

*“[...] já tem uns 3 anos que eu não tenho carro pra fazer as atividades que precisam ser feitas, os acompanhamentos que a gente poderia fazer de forma assim, melhor, mais completa, as vezes mais efetiva, né, a gente não consegue fazer porque não tem o carro pra gente deslocar pra zona rural. [...] eu estou aqui, disponível para fazer o trabalho, né, eu tenho que ficar, como se fosse assim, mendigando uma condição pra eu fazer meu trabalho que já deveria ser assim, óbvia. Aliás, é óbvia que deveria ter, mas aquilo de ficar todo dia insistindo, correndo atrás daquilo, pra eu ter condições de fazer o meu trabalho, isso é muito desgastante.” (E2)*

*“[...] falta muita coisa pra gente ter um programa, que o desenrolar do programa fosse perfeito. Falta equipamento, falta medicamento, falta transporte, às vezes a gente fica 6 meses sem transporte pra poder ir na casa do cidadão, porque acredito que o consultório do médico da ESF é o domicílio do paciente. Porém, a gente fica 6 meses sem poder fazer visita porque não tem carro, não tem transporte, isso é uma dificuldade.” (M3)*

O processo de sofrimento moral pode ser entendido como o processo no qual a pessoa reconhece sua responsabilidade moral diante das situações problemáticas, julga a forma correta de agir, mas por impedimentos ou constrangimentos de ordem institucional, ou profissional sente-se incapaz de tomar uma decisão correta e considera como inadequada sua participação moral, podendo ser acometido por sintomas físicos como dor ou angústia que afeta a mente (JAMETON, 1993; LUNARDI et al, 2009, JAMETON, 1984).

No relato apresentado, fica evidente a vivência de SM pela enfermeira que reconhece suas atribuições dentro da equipe de SF, deseja realizá-las no intuito de oferecer uma assistência digna à sua população adscrita, inclusive respeitando o direito à saúde garantido constitucionalmente a qualquer cidadão, no entanto se depara com barreiras institucionais que a impedem de agir corretamente seguindo seus preceitos éticos e morais.

A vivência do SM na ESF ainda é percebida nos relatos que se apresentam:

*“Até pra você transferir você tem a dificuldade de transporte muito grande, então barra muito nessa parte de tá dando andamento quando necessário.” (E4)*

*“Problema nosso mesmo é o transporte porque às vezes não tem como está locomovendo de um lugar para o outro, né porque não tem transporte, os carros estão todos estragados e às vezes você fica em falta com aquelas famílias [...] e fica pensando que você deixou a desejar.” (A16)*

*“[...] Às vezes falta equipamentos, por exemplo, um eletrocardiograma. Falta medicamentos, né? [...] e como continuar a assistência?” (M3)*

*“Às vezes, a gente fica impossibilitada, [...] eu sei que o paciente precisa ter um transporte melhor, ter um transporte mais rápido e a gente precisa daquilo ali e a gente não tem no município”. (E3)*

Durante as observações em campo, foi possível detectar vários cartazes afixados nas USF's informando aos usuários a falta de medicamentos imprescindíveis ao planejamento familiar e aos grupos prioritários de atenção (hipertensos e diabéticos). Além de vivenciar uma situação em que um senhor de aproximadamente 45 anos necessitava de atendimento médico por apresentar dor lombar intensa. Segundo informação da enfermeira da unidade, não havia nada a se fazer lá já que não possuíam os insumos (exames e medicação injetável para dor) necessários para o atendimento, então o médico encaminharia o paciente ao hospital mais próximo (cidade vizinha) para que recebesse o atendimento adequado (NO4, NO7).

Outros estudos também apresentaram a escassez de recursos materiais e insumos para a saúde como potencial geradora de SM, contribuindo com os achados dessa pesquisa (DALMOLIN, et. al, 2009; LUNARDI FILHO, 1995; BULHOSA, 2006). Dessa forma, pode-se inferir que os profissionais da saúde convivem com situações consideradas problemáticas mostrando-se vulneráveis à conflitos de valores e queda da qualidade do seu trabalho, sendo levados inclusive a trabalhar com a prática do improviso:

*“[...] às vezes falta algum material, a gente tem que improvisar- adaptar, né? [...] Às vezes sente um pouco de incapacidade mesmo, a gente tenta resolver e não consegue.” (TE2)*

*“Acontece falta de algum material, por exemplo, de desinfecção, né? E a gente acaba agindo de forma inadequada pra não parar o atendimento. Falta de material de limpeza, às vezes a limpeza não é feita da forma adequada porque não tem material.” (E2)*

*“[...] Então, tem muitas coisas que a gente sabe que tem que ficar quebrando galho, né, pedindo pra um vizinho, pra alguém que tiver passando ou a gente mesmo fazer muita coisa que seria obrigação às vezes do estado, da gestão, do município mesmo de estar organizando pra gente viabilizar um atendimento melhor.” (E3)*

Segundo os depoimentos relativos ao imprevisto, nota-se que esse se apresenta como potencial gerador de desgaste e sofrimento para os trabalhadores já que a equipe deseja desempenhar suas atividades com qualidade e compromisso. Essas são situações que causam angústia e ansiedade nos profissionais, com geração de conflitos internos tendo em vista que o atendimento que eles vislumbram desempenhar é diferente daquele que conseguem executar, causando o sofrimento (DALMOLIN, et. al, 2009; DALMOLIN, et. al, 2014).

Outra questão preeminente no tocante à organização das ações e dos serviços da ESF se relaciona à sobrecarga de atividades evidenciada nos depoimentos dos profissionais:

*“[...] estamos sobrecarregadas realmente nós estamos mesmo, nós temos que fazer duas produções- a do e-sus e do siab- além de ter que dar conta da meta de preventivo, das metas que são impostas pra gente- vacina, bolsa família, saúde do trabalhador, em si são muitas coisas.” (A9)*

*“Eu, nesses nove anos de agente de saúde é hoje, hoje em dia tá muito tá muito difícil, eu gosto, eu gosto muito do serviço de agente de saúde, mas hoje a sobrecarga tá muito grande no PSF entendeu?” (A13)*

Dalmolin, et. al (2009) com o objetivo de conhecer como os trabalhadores da equipe da enfermagem, de diferentes instituições e localidades, vivenciam dilemas e sofrimentos morais no exercício profissional, realizou-se um estudo de etnoenfermagem em dois hospitais do Rio Grande do Sul, em 2006 e 2007 e obteve como um de seus resultados o ambiente organizacional como fonte de sofrimento moral, o que envolve dentre outras questões a sobrecarga de trabalho. Os autores compreenderam que a escassez de recursos materiais associada à escassez de recursos humanos no ambiente hospitalar contribuíam para a ocorrência de desgaste físico, mental e emocional tendo em vista que aumentava-se o número de pacientes por profissional exigindo assim maior concentração, esforço e dedicação, o que culmina com o SM.

Esta pesquisa se desenvolveu no âmbito da APS, com particularidades específicas desse nível de atenção. No entanto, pode-se inferir que a sobrecarga de atividades mencionadas pelos sujeitos entrevistados também podem desencadear desgaste físico,

emocional e mental, já que enfrentam pressões para alcance de metas, incorporações frequentes de novas obrigações aliadas às antigas- “[...] *todo dia o governo implanta coisas novas pra acrescentar o serviço.*” (A9)- inerentes a todos os membros da equipe. Estudo que corrobora com esse achado é o de Briese (2011) que percebeu a sobrecarga de demandas funcionais aos ACS’s um problema ético com manifestação de SM nos profissionais.

Além disso, estudo desenvolvido por Bulhosa (2006), que buscava compreender como profissionais da enfermagem vivenciam problemas, dilemas e SM no cotidiano do seu trabalho, também verificou que a sobrecarga funcional causava um sentimento de desvalorização dos trabalhadores com comprometimento da sua autoimagem e autoestima, ocasionadas pelo SM. Indo ao encontro desse achado, há a expressão da necessidade de se valorizar mais os profissionais que se sentem marginalizados nesse sistema de saúde. Sentimentos de abandono por parte da gestão também corroboram com essa afirmação.

*“[...] E (falta) também uma valorização humana, né, uma motivação, uma política de valorização do profissional.” (M3)*

*“[...] do mesmo jeito que nós agentes de saúde estamos sobrecarregados a enfermeira também está entendeu, mas só que a gente tem que arrumar um meio, porque não dá pra ficar assim não tem como ficar assim, que ai vai ficando desgastante entendeu? Às vezes pensa assim que a gente está fazendo o serviço de má vontade e na realidade não é aquilo é que o desgaste está muito grande e a gente está passando por uma pressão muito, muito grande realmente muito grande.” (A13)*

*“[...] a gente só queria mais um pouco de apoio pra desempenhar um serviço um pouco melhor. Que a gente faz até nosso limite, se a gente tivesse um pouquinho de apoio mais, acho que seria perfeito.” (A9)*

*“Então eu acho que eles (gestão) deviam escutar mais a gente, por que nós somos a voz né somos nós do PSF, ele funciona por nossa causa, eu tenho, nesses sete anos eu tenho total consciência disso. [...] o ACS que vai pra rua que te trás o problema e leva a solução, então eu gosto muito do que eu faço mas ainda tem muito ainda pra aprimorar pra acrescentar pra ajudar a gente a fazer um trabalho bem melhor pra população”.(A10)*

O sentimento de valorização profissional significa reconhecer os méritos e qualidades dos indivíduos na realização das suas funções, considerando o ser humano em todos os seus aspectos. Com a autoimagem comprometida, o profissional pode ter seu desempenho no trabalho influenciado de forma negativa, “pois o que pensamos e sentimos sobre nós mesmos afeta o cuidado físico e emocional que damos a nós e o próprio cuidado que prestamos aos outros” (CHANEY, 1999, p.358).

Ainda relacionado à valorização profissional, em especial a do profissional médico, o próximo depoimento exprime uma inquietação quanto à qualificação profissional como uma situação pouco valorizada pelos usuários e gestores.

*“As pessoas se incomodam muito (usuários e responsáveis pela gestão do município) se a gente tiver nos capacitando, porque aqui deixa de está atendendo a consulta, se eu tiver fazendo um curso, se eu tiver fazendo um curso toda semana, eu ter que tirar um dia pra fazer um curso, não é importante. O importante é que eu fique todo dia dentro de um consultório atendendo e dando receita.” (M3)*

Segundo o Ministério da Saúde (2000), a falta de profissionais qualificados aliada a problemas de gestão e organização da atenção á saúde têm se apresentado como pontos de entrave ao avanço do SUS e consolidação da qualidade nos serviços. Portanto, a capacitação profissional, como estratégia do MS, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, é entendida como uma questão inerente ao cotidiano dos serviços, constituindo-se como um espaço possível de fortalecimento dos recursos humanos e concreto de construção das competências técnica, política e ética (MELO, NASCIMENTO, 2003; BRASIL, 2004). Além disso, a Portaria 2488/2011 ainda estabelece que é de responsabilidade de todas as esferas do governo, inclusive dos municípios, desenvolver mecanismos técnicos e organizacionais para qualificar a mão de obra no desenvolvimento assistencial e de gestão, favorecer a formação e a educação permanente dos profissionais possibilitando a valorização desses, a qualificação dos vínculos de trabalho e o estabelecimento de carreiras que reúnam desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários.

Em estudo desenvolvido por Silva, Ogata, Machado (2007), cujo objetivo era analisar o impacto das ações de capacitação, formação e educação permanente dos trabalhadores da Atenção Básica de Saúde, de um município de São Paulo, perceberam a necessidade de implementação de uma política de valorização do profissional de saúde, a fim de que a aprendizagem acontecesse de forma motivadora e contextualizada para garantir a efetividade das ações de saúde com qualidade. Nesse sentido, a educação permanente tem papel que extrapola a sua dimensão pedagógica, deve ser entendida também como uma importante "estratégia de gestão", com alta capacidade de gerar mudanças no dia a dia dos serviços (BRASIL, 2004).

Quando a Política de Educação Permanente não é praticada pelos serviços, os profissionais podem se sentir desvalorizados e desmotivados, distorcendo assim a sua autoimagem que pode contribuir negativamente para o desempenho de suas funções (BULHOSA, 2006). Quando o profissional M3 diz: *“O importante é que eu fique todo dia dentro de um consultório atendendo e dando receita”*, ele contradiz sua expectativa acerca de seu ideal de trabalho: *“[...] a gente preza pela visita domiciliar, pra gente ter uma visão da família, então é onde que a gente, na verdade o programa que eu acredito que ele trabalha muito [...]”*.

Segundo Chaney (1999), a forma que nos percebemos influencia diretamente o cuidado que dispensamos a nós mesmos e àqueles que requerem nossos cuidados. Sendo assim, comprometer o sentimento de valorização do profissional pode afetar sua autoimagem e conseqüentemente gerar SM (BULHOSA, 2006, MENDES, TAMAYO, 2001).

### **5.3.2 A (des) organização das ações e dos serviços nas Redes de Atenção a Saúde como fonte do Sofrimento Moral**

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) que preconizam assegurar o conjunto de ações e serviços necessários aos usuários, demonstra-se como uma estratégia relevante para aperfeiçoar e consolidar o funcionamento político-institucional do SUS (ANDRADE et. al, 2013). No entanto, em situações práticas isso ainda não se concretizou e formas de avaliar e monitorar os efeitos da integralidade nos sistemas de saúde ainda são incipientes, já que há uma complexidade deste “sistema sem muros” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

O modelo que articula os níveis de atenção à saúde não deve usar a prerrogativa piramidal em que a APS se situa na base e os demais níveis hierarquicamente superiores no topo, embora, segundo Mendes (2010), esses sistemas que se organizam por meio de pontos de saúde isolados e sem comunicação entre si, ainda apresentam-se predominantes nos dias de hoje.

Conceituação de Mendes (2009) estabelece as RAS como organizações poliárquicas (todos os pontos de atenção são igualmente importantes e se vinculam horizontalmente), de conjuntos de serviços de saúde, interligados entre si para oferecer a uma determinada população uma atenção integral e contínua, tendo no centro da coordenação a APS e ainda com uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Os serviços de saúde devem se relacionar de forma horizontalizada, direcionando vários fluxos com grau elevado de interdependência, considerando como princípio fundamental a utilização do sistema em rede usuário centrado a fim de focalizar a singularidade de suas demandas e necessidades. É por meio de uma RAS que se é possível estabelecer assistência à saúde com continuidade a determinada população no tempo e lugar certos, com o custo e a qualidade adequados (MENDES, 2009).

Nesse sentido, a configuração de uma RAS cujo objetivo está na integração dos serviços de saúde e na interdependência dos atores e organizações está ancorada no princípio da integralidade, já que nenhum serviço disponibiliza a completude de recursos e

competências necessários para a resolução das questões de saúde de uma população no que tange ao atendimento de suas necessidades em todo o ciclo de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Foi possível após análise dos depoimentos dos sujeitos dessa pesquisa, compreender que a articulação das RAS no município em estudo encontra-se fragilizada:

*“A dificuldade tá em encaminhar. Em você ir além. Por exemplo, você encaminhar um paciente para uma especialidade, você sabe que aquele paciente precisa com urgência, mas a urgência nossa ali é um ou dois meses, até anos dependendo da especialidade.” (E4)*

*“As grandes dificuldades são as dificuldades inerentes ao Sistema Único de Saúde, né, que geralmente é o grande limitador pelo fato da escassez de recursos e demora pra tramitação de exames, cirurgias. Então, isso acaba angustiando o paciente e acaba atrasando os diagnósticos pelo profissional.” (M1)*

*“Às vezes a gente vê alguns casos também que não são pra gente, que são encaminhados pra fora e a gente não tem esse retorno, né. Então muitas vezes a gente encontra um pouco dessa dificuldade também, né, de o paciente tá voltando, né, pra onde que ele saiu, pro ponto de partida dele, da saúde básica.” (TE2)*

Resultado comparável ocorreu em estudo desenvolvido por Andrade e colaboradoras (2013), em que o objetivo era compreender as RAS na perspectiva de profissionais que atuam na atenção domiciliar em que foi possível identificar a desarticulação entre a atenção domiciliar e os demais níveis de assistência, em particular a APS. Tal achado possibilitou ainda a inferência de que a APS apresentava como principal ponto desafiador de construção da rede, a sua infraestrutura inadequada. As autoras ainda elucidaram que as dificuldades não são exclusivas da APS e estão dissipadas por toda a rede o que dificulta a construção de estratégias de trabalho coletivo.

Foi possível também vislumbrar a fragmentação das RAS no que tange à questão estrutural das ESF's, conforme depoimento:

*“[...] Não tinha pediatra lá embaixo, que também era um outro recurso que a gente tinha, a mãe não tinha como ir pra Sete Lagoas, porque ela não tinha como voltar, e o carro, só tinha um carro pra levar ela. O carro da prefeitura a gente só conseguiu carro no dia pra levar, ela num tinha como voltar. Ela preferiu num ir, porque ela falou assim “M2 como que eu vou ficar lá, vou voltar como?” (M2) (caso de uma criança com crise asmática importante referenciada a um hospital conveniado ao município. A prefeitura disponibilizou o transporte de ida para a criança e a mãe, sem condições de retorno, optou por não ir.)*

As ações para a qualificação da APS, com enfoque nas ESF's sejam relacionadas à infraestrutura dos serviços, à oferta diagnóstica e terapêutica, ao processo de trabalho dos

profissionais e outras, precisam ser desenvolvidas de forma coerente com a atuação em rede, respondendo de forma efetiva às necessidades de saúde da população adscrita (BRASIL, 2013). A situação crítica descrita acima contradiz essa assertiva ferindo um dos principais atributos das RAS que é a continuidade da assistência em todos os níveis de atenção.

Quando o profissional não consegue lidar na sua subjetividade e de forma coletiva com situações que comprometam a ética no trabalho, o SM pode se instalar. Portanto, um processo decisório é ético quando pretende ter bons resultados como consequência (GOMES, RAMOS, 2014).

Não responder a uma necessidade explícita de um usuário causa sentimentos de impotência ao profissional, que reconhece como frágil a sua participação moral, pois conhece a conduta certa a ser tomada, mas por impedimentos, nesse caso de ordem institucional não consegue agir conforme seus preceitos éticos e morais para a tomada de decisão (JAMETON, 1984; JAMETON, 1993; DALMOLIN, et al., 2009).

*“[...] tá, e aí o que a gente faz?(indagação da M2 a partir da recusa da mãe em levar a criança ao hospital por não ter condições de retornar)” A gente aumenta a dose de medicamento, né, de corticoide pra gente poder ver se tem alguma resposta e manda ela tentar ir outro dia no plantão pra ver se alguém faz alguma coisa por ela, porque já não tinha mais o que fazer por ela aqui. Isso foi um caso que a menina ficou vindo aqui vários dias, e mandava ela pra um lugar, mandava voltar, mandava pra outro, mandava voltar. Aí é difícil! [...] Dá uma sensação de impotência.” (M2)*

O profissional da saúde percebe um relativo desrespeito aos direitos dos usuários principalmente no que se referem à escassez de recursos materiais, problemas da gestão, negação ou dificuldade de acesso aos procedimentos terapêuticos, pouca autonomia e poder de pressão do usuário, quando ele tenta fazer uma relação entre esses direitos garantidos em constituição e as possibilidades de tomada de decisão no que ele julga melhor para a saúde do usuário (GOMES, RAMOS, 2014). Dessa maneira, a forma como o trabalho da M2 está organizado pode lhe causar um problema ético, aqui configurado como um dilema moral, pois se percebe em dúvida de qual a melhor conduta a ser tomada frente à situação problemática.

Em consonância ainda com Gomes, Ramos (2014), há relatos da demora de marcação de exames de alto custo e outros de rotina, e da demora em conseguir as consultas especializadas.

*“Falta de exames no município, eu acho que isso atrapalha bastante, porque às vezes o paciente vem e várias vezes você não tem mais o que fazer e você num tem recurso, você num tem pra onde encaminhar, você num tem muito que fazer. Isso eu acho uma dificuldade muito grande, porque você num tem resposta, né, pro*

*tratamento. Muitas vezes tá cansado de esperar aqui, vai no particular e a gente não tem retorno disso, que num tem continuidade, né?” (M2)*

*“Exames, exames então... as gestantes às vezes precisam de um exame com urgência (pausa) aí acabou a tal da cota, acabou. Você tem que procurar outros meios.” (E4)*

*“Tem muitas situações assim do dia a dia em relação a encaminhamento de paciente, encaminhamento, assim, dentro do sistema mesmo, encaminhamento de urgência. Em relação aos exames, demora. Às vezes, demora pra diagnóstico mesmo, acaba gerando situações que poderiam ter sido prevenidas.” (E2)*

Silva, et. al (2006), em estudo que buscou identificar e verificar a frequência dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF evidenciaram que a dificuldade no acesso a exames complementares; a falta de condições da USF para atendimentos de urgência e a falta de retaguarda de serviço de remoção configuravam-se como problemas éticos. Configura-se, portanto, em consonância com os achados de Gomes, Ramos (2014) um sentimento de impotência associado a um problema ético que se desvela em SM. Sofrimento compreendido pela incoerência entre as ações das pessoas e aquilo que realmente acreditam como certo.

*“A gente tenta é dos conhecimentos, ah eu posso aumentar a dose de um medicamento pra tenta suprir a falta de outro, a gente tentar fazer é isso aí, mesmo sabendo que não é o ideal, mesmo sabendo que às vezes não vai ser o suficiente, né, mas o que a gente tenta fazer é isso, num tem muito o que fazer não.” (M2)*

*“Quando a gente tá tentando providenciar alguma coisa que você sabe que precisa, que a pessoa tá precisando daquilo ali na hora e que isso não é viabilizado, dá certa angústia mesmo, né.” (E3)*

*“Me desculpo com o paciente, explico a situação, o real motivo, né, sempre assim, com clareza mesmo, sem enrolação, porque, pra não ficar pensando que a gente que não tá disponível para fazer o que precisa ser feito.” (E2)*

Dalmolin, et. al (2012) levantaram em sua pesquisa sobre as implicações do SM para os enfermeiros que o sentimento de impotência pode ser exacerbado quando há o desenvolvimento do sentimento de culpa, já que esse parece estar associado ao distanciamento de seus ideais profissionais, impondo limites a sua autoeficácia. Se desculpar com o usuário por algo que não é responsabilidade restrita sua demonstra uma percepção de que seu ideal de profissional foi destituído no momento em que não desenvolve suas atividades da forma como as planejou, sendo assim há uma possibilidade da manifestação do SM.

Percebe-se, no entanto que embora avançando, a organização do sistema brasileiro de saúde em redes regionalizadas e integralizadas ainda é incipiente não só como realidade do município em estudo, mas como uma situação geral no cenário de saúde brasileiro (VON

RANDOW, 2012). De acordo com Mendes (2010) o baixo financiamento do SUS apresenta-se como uma das dificuldades centrais para que as RAS tenham disponíveis recursos suficientes para atender às necessidades assistenciais das populações. A relação entre as esferas governamentais e suas competências no contexto da descentralização da saúde também apareceu como ponto a dificultar à consolidação da saúde em rede.

Esses depoimentos podem levar a uma reflexão que indica caminhos em direção a uma configuração da RAS do município de Paraopeba ainda incipiente e frágil, potencializando assim a vivência pelos profissionais de situações de fragmentação da atenção. A RAS do referido município, conta com apenas quatro Unidades de Saúde da Família que atendem aproximadamente 60% da população, a outra parcela fica sob responsabilidade da UBS modelo tradicional, o que dificulta a adequação aos atributos fundamentais de integralidade e longitudinalidade, principalmente. A falta de uma referência municipal para atendimento de urgências e emergências é outro desafio a ser transposto, além do convívio diário com a precariedade da assistência farmacêutica. Nessa perspectiva, a responsabilidade da atenção à saúde passa a ser centralizada na APS, não apenas como coordenadora da rede, mas como responsável principal da prestação dos serviços, mesmo que de maneira incompleta. Tal fato gera constrangimentos e sentimentos negativos aos profissionais de saúde, configurando-se como SM.

## **5.4 ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS E RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO TRABALHO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CONDICIONANTES AO SOFRIMENTO MORAL**

Também nessa categoria, para proceder à sua análise optou-se por delinear a vivência do SM aos aspectos relacionados às atribuições profissionais e às relações interpessoais no trabalho separadamente.

### **5.4.1 Atribuições profissionais vivenciadas pela equipe de Saúde da Família como fonte de Sofrimento Moral**

Trabalhar integrado dentro da ESF, entendendo a limitação das atividades específicas de cada profissão deve ser a primeira atribuição de cada membro da equipe de SF. Segundo o dicionário Aurélio, atribuição significa\_ “ato de atribuir; competência; poderes; faculdade (conhecida por meio de investidura ou concessão), prerrogativa; privilégio; esfera de ação”.

As atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família, de saúde bucal e de Agentes Comunitários de Saúde estão previstas na Portaria nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Vale ressaltar, também, que as atribuições de cada componente da equipe de SF devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões. No entanto, no que tange a essa questão é sabido que dentre os componentes da equipe de SF, os ACS's não disponibilizam de um órgão exclusivo que regulamente fiscalize e ampare sua profissão, diferentemente da medicina e da enfermagem, respectivamente amparados pelos Conselhos Federal e Regional de Medicina e Conselhos Federal e Regional de Enfermagem.

A vida profissional do ACS foi permeada de conflitos e incertezas desde sua implementação, uma vez que o “Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991 e suas atribuições foram determinadas apenas em 1997, pela Portaria nº. 1.886 (BRASIL, 1997), que aprovou as normas e diretrizes do PACS/PSF. Logo após, o Decreto nº. 3.189/1999 estabeleceu as diretrizes para o exercício da atividade dos ACS (BRASIL, 1999), mas a regulamentação da profissão só aconteceu em 2002, com a

promulgação da Lei nº. 10.507 (BRASIL, 2002)”. Porém, suas atividades só passaram a ser regidas em lei, no ano 2006, pelo dispositivo da Lei 11.350, que estabeleceu como atribuição principal do ACS o “exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal”.

O conhecimento acerca do papel de cada membro da equipe deve ser dissipado para o domínio de todos afim de que não haja confusões quanto às atribuições por categoria profissional. O quadro 2 apresenta as atribuições de cada membro da equipe básica da ESF, o que subsidiará as próximas discussões.

Quadro 2- Descrição das Atribuições Profissionais da Equipe de Saúde da Família

PROFISSIONAIS DA ESF	ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.
Enfermeiras (E)	Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; planejar,

	gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.
Médicos (M)	Realizar atenção a saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade; realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc); realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário; indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.
Técnicos de Enfermagem (TE)	Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc); realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

*Fonte:* Adaptado para fins desse estudo, conforme Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011.

Desta forma, o ACS pode ser percebido mediante suas atribuições como um elo entre os serviços de saúde e a comunidade, considerado como uma mola propulsora para a consolidação das políticas de reorientação do modelo de saúde (BRASIL, 2000; SILVA, DALMASO, 2002; GOMES, et. al, 2010). O ACS tem características de trabalhador genérico, que realiza funções não restritas ao campo da saúde, como também um perfil social composto basicamente por sua capacidade de liderança e uma história de iniciativas na linha da ajuda solidária dentro da comunidade, exigência de seu processo de recrutamento e avaliação permanente (NOGUEIRA, RAMOS, 2000).

Sendo assim, o ACS se caracteriza como um profissional *sui generis*, descrito pela identidade com a comunidade de onde faz parte e com inclinação para a vida solidária, cujo trabalho é permeado por uma dimensão tecnológica e outra solidária e social. A dimensão tecnológica se refere mais à questão técnica do desempenho das funções relacionadas ao atendimento dos indivíduos e da comunidade e a intervenção para promoção da saúde e da prevenção de agravos. Já a dimensão solidária e social refere-se a uma questão de cunho

político em que o ACS aparece como um estimulador da organização da comunidade para o exercício da cidadania e inclusão (SILVA, DALMASO, 2002; GOMES, et. al, 2010, NOGUEIRA, RAMOS, 2000). Para Nogueira e Ramos (2000) essas dimensões política e técnica representam potenciais geradores de conflitos no trabalho do ACS, principalmente na dinâmica da prática do dia a dia em que são colocados diante de contradições sociais. A1 reforça a ideia da dimensão solidária permeada pelas relações que desenvolve ao compor uma ideia do seu trabalho que se fundamenta no atendimento das necessidades da população com envolvimento sentimental das partes.

*“Nós somos o primeiro contato com o paciente, com a pessoa, com a população, porque é a gente que chega na casa, é a gente que conhece a realidade daquela casa, é a gente que leva os problemas para a unidade, a gente tenta resolver e dar solução pras necessidades deles.[...] A gente adentra uma casa, a gente, é, é tão satisfatório quando a gente consegue resolver alguma coisa dentro daquela casa, entendeu?!” (A1)*

Como pré-requisito para o desenvolvimento de suas atividades, o ACS deve ser morador da comunidade pertencente à ESF, outra característica singular a esse trabalhador. Sendo assim, Santos e David (2011), em estudo sobre o trabalho do ACS como gerador de stress ocupacional, perceberam que esta exigência praticamente extirpava do agente a execução do seu trabalho em horário estabelecido pelo MS, além de realizarem atividades não normatizadas demonstrando um distanciamento entre o trabalho prescrito e o real, o que muitas vezes gera sobrecarga de trabalho. Nesse estudo, essa relação também foi evidenciada, aparecendo inclusive como uma situação rotineira, gerando sentimentos de impotência.

*“Eu falo que agente comunitário de saúde é igual atendimento UNIBANCO, não tem aquela propaganda do Unibanco, Unibanco, é 24 horas?” (A6)*

*“As vez eles ligam pra gente da secretaria de saúde, quatro horas da tarde, dez pras quatro, e fala assim, você tem que dar recado fulano que amanhã cedo tem consulta agendada para ele. Você tem que ir depois do horário de serviço resolver o caso.” (A5)*

*Quando ele (refere a um paciente) liga pra mim 4 horas da tarde, quatro e cinco, eu falo, eu sinto muito, mas eu não posso resolver mais nada, porque agora não tem como eu te ajudar. Eu não sei de ficha, eu não sei de medicamento, agora amanhã a partir das 7 horas, você pode me procurar, só que pra eu entender isso, eu sofri demais, eu sofri muito, porque eu achava que eu tinha que resolver.” (A6)*

*“[...] porque eles desabafam tudo, tudo, tudo, tudo. Eu tenho pessoas que eu sei da vida toda, toda. De ligar pra mim, qualquer hora, vem cá que eu estou precisando de você, que eu chego lá, converso, choram comigo, entendeu?” (A5)*

É sabido que a formação de vínculo entre a equipe de saúde e o usuário garante mais efetividade à atenção primária a saúde. No entanto, essa aproximação maior pode facilitar o aparecimento das divergências de crenças, valores, ideais e formas de viver de cada um, o que conforma as peculiaridades das questões éticas que ocorrem na APS. (LIMA et. al, 2009; ZOBOLI, FORTES, 2004; SILVA, et al., 2006).

Briese (2011), em seu estudo sobre a vivência do SM pelos ACS's evidenciou que a falta de estabelecimento de limites aos usuários, é um fator potencial no desencadeamento do SM a esses profissionais e ainda que a vivência do SM pelo agente comunitário está intimamente relacionada à proximidade desse profissional com a comunidade e ao conhecimento dos problemas e situações de vulnerabilidade social.

*“Como a minha área tem mais idoso, eu passei por situação assim, do filho bater na mãe, sabe, ai, eu tava vendo aquilo e aquilo tava me matando por dentro, eu falei, gente, mas não tem condição!” (A5)*

*“[...] dentro dessas casas tem crianças, sabe, às vezes tem gestante, então é aquela dificuldade, já aconteceu muitas vezes deu está fazendo a visita ou então deu entrar de bicicleta de uma vez na rua tal e a batida policial na hora, ai eu tenho que ficar ali no meio daquela situação, sabe?” (A6)*

Os sujeitos desse estudo revelam que se deparam frequentemente com situações de conflitos familiares, seja por uso e abuso de álcool e drogas, seja por questões sócio econômicas desfavoráveis e que se percebem em encruzilhadas quanto à tomada de decisão. A senhora que aparece na fala da A5 sofre agressões físicas pelo filho que é usuário de drogas, mas nega essa situação quando indagada pela ACS. A agente de saúde recebe as informações relativas às agressões pelos vizinhos da senhora e as certifica pelos hematomas evidenciados no corpo da idosa, que sempre relata ter caído da própria altura (NO13). Mediante essa situação a ACS vive um problema ético, em que percebe a necessidade moral de agir a favor da senhora, porém há o impedimento da própria senhora para sua atuação.

*“Ela falou assim: se você contar prá alguém, nunca mais eu te atendo, nunca mais.” (A5)*

“As dificuldades de enfrentamento dessas situações, os questionamentos provocados, as diferentes tentativas de resolução, assim como as decorrentes ameaças de represália dos agressores aos ACS, podem lhes provocar SM” (BRIESE, 2011, p.37).

Outro ponto importante a abordar se refere à execução pelos profissionais de atividades que não são normatizadas pelo MS como atribuições da sua categoria profissional.

*“Então, você acaba fazendo coisas além, que às vezes não é nem legalmente permitido, pra você ajudar. Então às vezes, por exemplo, uma criança que hoje em dia os médicos falam que febre não é urgência, mas a gente que sente febre sabe o quanto que é ruim (pausa), você acaba tendo que ir além, né, que você não consegue que o médico da sua unidade atende, mas você também não consegue mandar aquela mãe pra outra cidade pra atender uma febre. Então você acaba paliando e tentando encaixar essa criança em outro momento, então você acaba sempre dando um jeitinho. [...] O stress psicológico é muito grande porque você começa a se frustrar, que você sabe qual é o caminho, mas você não pode seguir, você sabe qual é a receita, mas não pode fazer. Então você tem um desgaste psicológico muuuito grande, muito. Como enfermeira, eu vejo que chega um certo limite parece que vai enlouquecer.” (E4)*

De acordo com Oliveira, Pereira (2013), os profissionais de saúde devem executar o trabalho imbuídos de autonomia técnica, estabelecida pela liberdade de julgamento e tomada de decisão, mediante as necessidades de saúde dos usuários. “As variadas autonomias dirão respeito à maior ou menor autoridade técnica, socialmente legitimada e não apenas tecnicamente estabelecida, e da respectiva amplitude da dimensão intelectual do trabalho” (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013, p. 89).

Portanto, desenvolver atividades que não competem à categoria profissional, caracteriza-se por comportamento antiético que culmina nesses profissionais com o SM. Segundo Cortella (2013, p. 109), “antiético é algo contrário a uma ética que esse grupo compartilha e aceita”.

Ferraz e Aertz (2005), em estudo sobre o cotidiano do trabalho do ACS no PSF de Porto Alegre evidenciaram que esses desenvolviam atividades chamadas de “trabalho burocrático” como suporte administrativo às equipes de SF, descaracterizando o seu papel. O trabalho de apoio a que se referem são atividades como atender na recepção, retirar fichas de prontuário, organizar e guardar, chamar pacientes para consulta médica, atender ao telefone, entregar medicamentos na farmácia e marcar consultas especializadas.

Observou-se nesse estudo que alguns ACS’s também desenvolvem atividades não preconizadas pelo MS.

*“Somos nós que fazemos o acolhimento (pausa) a gente praticamente tria.” (A14)*

A A14 explica que para o atendimento em fichas de urgência, o paciente deve estar na UBS às 07:00 da manhã para passar pela triagem de atendimento. Esse procedimento normalmente é realizado pela enfermeira, que tria todos os pacientes até as 08:00 horas quando há o início do atendimento realizado pela médica. Contudo, há dias em que a

enfermeira não se encontra na unidade ou está em outra atividade que não assistencial e, portanto, a atividade de triagem acaba ficando a cargo das ACS's.

*“[...] então é onde a gente tem que orientar né, ou vai dar um remédio pra febre que você tem costume que você tem costume de dar e espera até amanhã. Dependendo do caso a gente pede pra ir ao hospital, dependendo da situação a gente mesmo liga no posto de saúde conversa, liga pro hospital, estou mandando uma pessoa está assim, assim, assado, entendeu? Então quando chega realmente a gente tem essa dificuldade mesmo.” (A14)*

*“[...] peguei o acolhimento era nove pessoas, consegui pegar as nove pessoas e voltei mais duas pessoas eu acho, voltei, só que teve uma criança que ela estava com vômito e diarreia e ela teria que voltar meio dia, era sete horas da manhã ainda, uma criança de um ano. Eu estou assim (pausa) gente como é que eu volto uma criança de um ano pra casa com vômito e diarreia? Eu sei que ela desidrata muito rápido, criança desidrata muito rápido, não posso fazer isso.” (A10)*

A estratégia de triagem utilizada pela ESF para orientar a demanda espontânea deve seguir preceitos éticos, técnicos e legais. “Triagem é o primeiro atendimento prestado pelo profissional aos usuários dos serviços de saúde. Tem por finalidade a avaliação inicial, seleção e encaminhamento dos clientes às unidades/especialidades e condutas adequadas à sua assistência” (AZEVEDO, BARBOSA, 2007, p.33). A importância desses serviços está em prevenir complicações e identificar quadros agudos com risco de vida.

Vale ressaltar que triagem é diferente de acolhimento. O primeiro tem a pretensão de estabelecer quem não deverá ser atendido e quem deverá ser atendido, por meio de uma ação pontual, centrada na queixa-clínica principal, às vezes estabelecido por número de fichas e não pela necessidade do usuário. O atendimento está centrado na doença, e, portanto, a responsabilidade das equipes pelo acompanhamento contínuo do usuário nos diferentes estágios do processo saúde-doença-cuidado não se constitui como foco do trabalho. Já o acolhimento como diretriz, estabelece um processo contínuo, que integra ações, profissionais, serviços, ferramentas e tecnologias para o alcance do melhor nível de resolubilidade às necessidades das pessoas usuárias, envolvendo todas as etapas da produção do cuidado (RIO DE JANEIRO, 2012).

*“Aí, exemplo, o acolhimento é meu, o dia do acolhimento é meu, aí eu tenho lá, dez pessoas pra pegar, eu vou poder pega só nove porque a enfermeira não vai está lá pra triar, então vão ser cinco de manhã e quatro meio dia, o décimo está pior que os outros nove, eu vou mandar embora (pausa) porque não está entre os nove”. (A14)*

É importante salientar que o atendimento multiprofissional, em equipe é imprescindível, visando à qualidade da prestação de assistência ao paciente. No entanto cada profissional responde ética e legalmente por seus atos e os integrantes da equipe têm funções e competências que devem ser respeitadas conforme descritas na tabela 7, sob risco de ocorrer o exercício irregular da profissão.

O profissional que executa o acolhimento deve promover escuta qualificada, saber avaliar e registrar a queixa com detalhes e corretamente, deve desenvolver o raciocínio clínico, a agilidade para a tomada de decisões, assim como ter a capacidade para estabelecer o fluxo de atendimentos na rede assistencial para que se efetive a continuidade do cuidado, sendo o enfermeiro um profissional destaque nessa atividade (SOUZA, et al., 2011).

O campo de conhecimento do ACS está centrado nos conhecimentos adquiridos por meio da equipe de saúde quando da educação permanente e do convívio diário, nos programas de capacitação ofertados pelas superintendências de saúde e municípios e no conhecimento que carrega consigo de suas experiências de vida (GALAVOTE, et. al, 2013).

*“A gente sabe que tem que ir lá e pedir a medica ou a enfermeira pra está avaliando, mas às vezes a dificuldade da disponibilidade das duas é o que deixa a gente sem ação.” (A10)*

*“Eu peguei a minha responsabilidade, eu triei. Ai é nos é que estamos fazendo. Pelo menos tenta né?” (A10)*

*“A gente trabalha desmotivado com isso tudo, a gente trabalha desmotivado é igual ela falou a gente acorda e já vai pro serviço desanimado, já querendo que chega quatro horas.” (A11)*

A falta de discussão acerca da definição dos papéis aliado à execução de funções que não são suas podem gerar nos profissionais conflitos inerentes à prática profissional problemática. Estudo desenvolvido por Siva, et. al (2006), demonstrou que dentre os problemas éticos vivenciados na APS, a dificuldade para delimitar as responsabilidades de cada profissional está presente. Embora nem sempre dilemática essa é uma situação que se configura como um problema ético em que os profissionais estão envolvidos à circunstâncias conflituosas e conseqüentemente passíveis de SM.

#### 5.4.2 Relações Interpessoais no Trabalho da Equipe de Saúde da Família como Fonte de Sofrimento Moral

Ao buscar conhecer os problemas éticos oriundos do contexto assistencial da APS, em especial da ESF, foi constatado que as relações interpessoais, compreendidas como uma rede de relações tecidas num cotidiano em que cada sujeito é composto por saberes distintos e desenvolvem práticas diferenciadas, com suas singularidades, configuram-se como um desafio a ser transposto (DALMOLIN, et al., 2012; ZOBOLI, FORTES, 2004; DALMOLIN, et al., 2009; JUNGES, et al., 2014).

O relacionamento interpessoal deve pautar-se na lógica do diálogo sem a qual as relações entre os indivíduos recaem em conflitos múltiplos. Além disso, esses conflitos relacionados às questões interpessoais geram a fragilização do cuidado e SM (DALMOLIN, et al., 2012).

*“Às vezes, você tem, você tem ali a chance de está passando pro médico, o médico não atende aquela ficha a mais. [...] ele limita, não vai além, né, a postura dele é essa, então a gente não consegue.” (E4)*

*“[...] a única coisa aqui é com o doutor que não atende o paciente eu fico revoltada, entendeu? porque às vezes, sabe que ele precisa atender, podia atender, não precisava passar pra frente e não acontece”. (T1)*

Nas falas da enfermeira e da TE verifica-se a vivência de sentimentos de frustração, revolta e impotência mediante a falta de diálogo com o profissional médico que determina o número de fichas para seu atendimento fechando-se à outras possibilidades de negociação. Nesse momento, as profissionais se deparam com a falta da possibilidade de exercerem sua função de advogadas do paciente.

Em estudo realizado por Barlem et al. (2012), que objetivou conhecer a percepção do sofrimento moral vivenciado por enfermeiras em hospitais do sul do Brasil, relacionando frequência e intensidade, demonstrou que a negação do papel da enfermeira como advogada do paciente foi o segundo constructo com maior intensidade, atrás apenas do daquele relacionado à falta de competência na equipe de trabalho, e aparecia como terceira questão relacionado a maior frequência. Em primeiro e segundo lugares estavam à falta de competência na equipe de trabalho seguido pela obstinação terapêutica.

A negação do papel de advogado do paciente pelos profissionais relaciona-se ao potencial não utilizado por eles para reivindicar os direitos dos pacientes (BARLEM, 2009).

Os profissionais da saúde devem comprometer-se com a assistência ao paciente por meio de seus conhecimentos técnico-científicos e pela capacidade de tomar decisões em favor da sua saúde. Sendo assim, a dificuldade em assumir essa responsabilidade pode lhes causar SM, visto que, na condição de advogados do paciente, têm a “responsabilidade moral e profissional de questionar, refletir, defender o paciente e, se necessário, denunciar práticas que possam agir negativamente em relação ao cuidado do paciente” (BARLEM, et al., 2012, p. 687).

Somado a isso, questões relacionadas ao poder hegemônico do médico na equipe de saúde podem contribuir para o sofrimento dos outros integrantes dessa equipe, uma vez que o reconhecimento da hegemonia dos médicos nos ambientes de trabalho pode desencorajá-los a programar ações de resistência a esse poder, em especial ações de advocacia dos direitos dos pacientes (BARLEM, et al., 2012). O profissional médico sente-se no direito de resolver as questões relacionadas à assistência de saúde prestada pela equipe aos usuários adscritos, estabelecendo uma relação injusta de poder, como demonstrado no depoimento:

*“Às vezes tem paciente precisando muito (pausa), esse (médico) não vai, ele não atravessa a rua.” (A6)*

A fala da ACS 6 diz respeito ao fato do médico da sua equipe de saúde da família se recusar a realizar as visitas domiciliares conforme proposta estabelecida pelo programa. Outras agentes de saúde também relataram que se não houver carro disponível da SMS para as visitas, esses profissionais normalmente se recusam a realizar a atividade, privando os usuários desse serviço que é parte das atribuições de todos os integrantes da equipe. Essa relação entre o médico e os demais integrantes da equipe encontra raízes na conformação histórica do sistema de serviços de saúde no país centrada na prática de valorização médica e individual.

Outro fundamental ponto a se destacar relaciona-se aos modelos de gestão pouco participativos como peça importante para o desgaste dos trabalhadores. A gestão em saúde é entendida segundo Brasil (2009a, p.13), como:

Capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Além disso, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metabolos/objetivos. Trata-se, portanto, de um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores.

Para Azambuja, et. al (2010), a verticalização da organização do trabalho, sem espaço ou com pouco espaço para que os trabalhadores participem dos processos de decisão, gera alienação e desgaste ao profissional.

*“Ela (enfermeira) confiscou a agenda dela pra você ter uma noção! Nós não podemos marcar nada, tá trancada na sala dela, a agenda dela, ela confiscou.” (A10)*

*“[...] eu aprendi o sistema (refere nome do profissional), sargento, sargentão [...].” (A11)*

Ainda em Azambuja, et. al (2010), que desenvolveu um estudo na região sul do Brasil com o objetivo de compreender que ações desenvolvidas pelos trabalhadores potencializam a sua saúde ou o seu desgaste; e identificar as possibilidades de expressão da subjetividade no cotidiano de trabalho, percebeu-se em relação aos modelos de gestão e organização do trabalho, que apesar das diferenças encontradas nos dois hospitais cenários do estudo, o trabalho da enfermagem é pautado em organogramas verticais e ações fragmentadas do trabalho, ficando o enfermeiro mais diretamente ligado às ações de planejamento, organização e supervisão da assistência e os demais profissionais responsáveis pela execução das mesmas. Quando o modelo de gestão na instituição não é participativo, os profissionais não têm a chance de decidir junto nem planejar o futuro o que gera aumento das cargas de trabalho.

*“[...] Bem, eu acabo mexendo muito na parte administrativa da unidade, né [...].” (E4)*

*“Sobrecarrega muito ela (enfermeira), ela prioriza certas coisas que é pra meta da gestão e a gente acaba ficando ali sobrecarregado psicologicamente [...] e também fisicamente porque você fica lá e cá, lá e cá e nunca resolve nada cheia de coisa pra fazer sem resolução nenhuma.” (A10)*

Mediante as falas dos sujeitos, nota-se que o fato da profissional enfermeira estar mais diretamente ligada às questões administrativas da unidade e agir, de maneira verticalizada em suas ações, geram sobrecarga de trabalho aos ACS's (NO14). Nesta pesquisa, a não participação do processo de tomada de decisão- não ter domínio sobre as diversas situações de trabalho e ser incapaz de influenciar nas decisões da instituição- está demonstrada na sensação de impotência dos profissionais.

*“Ela cobra, eles tão cobrando da gente mais quantidade do que qualidade, aí a gente fica assim suando pra fazer quantidade e fica mal feito, fica mal feito. [...] e nunca resolve nada, cheia de coisa pra fazer sem resolução nenhuma.” (A8)*

*“[...] o que eu faço eu faço por amor, eu não faço trabalho por trabalhar, mas tem dia até que dá vontade de chutar o balde [...].” (A5)*

O sentimento de impotência aparece associado ao distanciamento dos ideais profissionais, o que limita a sua autoeficácia (NATHANIEL, 2006; DALMOLIN, et. al, 2012). Em virtude disto há uma fragilização do sentido do trabalho, e esse passa a ser executado mecanicamente, de forma repetitiva e sem conexão com um processo global de produção. Conforme Caram (2013, p.31), “sentido se refere à compreensão da razão de ser dos profissionais ao realizarem seu trabalho”.

Assim, a fragmentação dos processos de trabalho gerados por modelos de gestão tradicionais, tende a manter os trabalhadores em situação de alienação, renúncia, trabalho como repetição, não como espaço de criação, trabalho como constrangimento a vontade humana, prejudicando não só o processo comunicativo nos diversos níveis, como também comprometendo a relação de confiança prejudicando a organização do trabalho e gerando sofrimento (BRASIL, 2009a; MATTOS, 2011).

Considera-se, portanto em consonância com Azambuja (2010) e Dalmolin, et. al (2012) que as relações interpessoais frágeis e os modelos de gestão pouco participativos contribuem para o desgaste dos trabalhadores da equipe de enfermagem, e da saúde em geral. Para esses autores, o trabalho assim desenvolvido torna-se fonte de sofrimento moral, podendo repercutir nas dimensões pessoal e profissional, com prováveis interferências negativas para a vida destes trabalhadores e para o resultado do trabalho.

## 5.5 A VIVÊNCIA DO SOFRIMENTO MORAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A REALIDADE EXPRESSA EM CENAS DO COTIDIANO

Nessa categoria parte-se do pressuposto de que por meio da vivência de algumas atividades, quase sempre rotineiras do cotidiano, desvelamos a realidade concreta a fim de fortalecermos crenças, construirmos relações e desenharmos o futuro. Sendo assim, apresentaremos narrativas referentes à interpretação que os participantes fizeram acerca do “Instrumento de Coleta de Dados- SM” (APÊNDICE 2), que ilustra um dia de trabalho de um profissional da saúde, inferindo o conceito de SM e à questão 7 (sete) do roteiro de entrevista semi estruturada: “Narre uma situação vivenciada por você no cotidiano de trabalho que levou a algum tipo de angústia - desconforto – sofrimento”, para que possamos mergulhar na realidade vivificada pelos profissionais das ESF’s desse estudo, enfocando a vivência do SM nas práticas do cotidiano.

As histórias a seguir foram selecionadas, pois se configuravam como narrativas coerentes, com princípio, meio e fim.

*“Éeee, pacientes com suspeita de câncer colo retal que é indicado a realização de colonoscopia e a colonoscopia não é realizada a tempo levando a piora do quadro clínico do paciente. O paciente retornou em outras consultas com a mesma queixa e com a piora do quadro clínico, e você se sente incapaz porque é o exame que vai esclarecer aquilo pro paciente, o paciente não tem condições de fazer. Então fica uma situação em que ele não melhora, porque pode ser inclusive um câncer colo retal e você só vai ter certeza disso a partir do momento que você fizer uma colonoscopia, uma endoscopia digestiva baixa. Então ele retorna com queixa de diarreia e você orienta que é necessário o exame, aí ele retorna de novo “ainda não fiz, o SUS não tá marcando”, você orienta, passa um sintomático, mas o sintomático não melhora, ele retorna. Então fica essa situação em que você acaba meio refém, né, do sistema ser incompleto nesse sentido de resolução pro paciente. A estratégia principal é esclarecer o paciente como funciona o sistema, quais são as dificuldades do sistema, as barreiras que ele vai enfrentar no sentido do diagnóstico. Então eu esclareço pra ele que aquele medicamento ou aquele exame ou aquele tratamento não está disponível no SUS ou está disponível com uma demora muito grande no SUS e apresento pra ele sugestões de como remediar isso, através de um plano de saúde ou através de um exame, tentar conseguir com a família que ele faça um exame daqueles que eu pedi, um que seja mais importante, que seja mais urgente que seja feito. Então muitas vezes eu seleciono algum exame que naquele momento é mais importante pra definição de conduta, de propedêutica para ele, seleciono aquele exame e oriento o paciente, esclareço pra ele, obviamente não é impositivo, porque é uma escolha do paciente mas eu apresento as outras opções extra SUS que o paciente pode procurar pra tentar solucionar o caso dele. Porque como o paciente as vezes desconhece o funcionamento do Sistema de Saúde, muitas vezes ele se sente encurralado, ele não vê uma outra saída. Ele leva o pedido na Secretária de Saúde ou na Secretária Estadual, o pedido não sai, a cirurgia não sai, o exame não sai e ele fica, piora e não vê uma saída, ele fica girando em círculos, então a consulta é pra esclarecer que existem outras vias ainda que não sejam viáveis pra ele mas pelo menos que é uma opção, um direcionamento que ele pode ter. Até reduz bastante o nível de angústia do paciente e da gente consequentemente.” (M1)*

Nesse caso apresentado, o profissional se depara com uma situação ética importante, em que ele sabe qual a melhor conduta a seguir mediante a situação do paciente, ou seja, ele sabe que o resultado de uma colonoscopia é imperativo para o diagnóstico final do paciente e consequente encaminhamento/resolução do caso, mas as questões organizacionais e as relacionadas à fragilidade das RAS o impedem de agir conforme seus preceitos morais. Além disso, o profissional reconhece que o usuário do serviço de saúde é dotado de direitos, [...] *you acaba meio refém, né, do sistema ser incompleto nesse sentido de resolução pro paciente [...]*, no entanto, os vês sendo infringidos pela não resolução do caso. Mediante essa situação configurada como um problema ético na APS, já estabelecida em outros estudos (Zoboli, Fortes, 2004; Junges, et al., 2014; Silva, et al., 2006), pode-se referir também a vivência do SM por esse profissional no seu contexto de atuação.

Buscar compreender o SM pela ótica de quem o vivencia, por meio do relato de fatos concretos, tem a pretensão de desvelar esse fenômeno ainda tão desconhecido e às vezes invisível na nossa realidade de atuação, porém presente nas práticas diárias.

Outra narrativa diz respeito à falta de recursos materiais, transporte e encaminhamento do paciente dentro da RAS, que se mostra fragmentada.

*“Teve uma paciente, tinha 4 meses e a paciente tava com insuficiência respiratória, sabe? Chiando, chiando, chiando e a mãe veio e num tinha micro pra fazer. Ai tá, ai mandamos pro hospital, o médico do hospital pegou e falou assim “não, ela tá gemente só porque ela tá cansadinha, tá com dorzinha no corpo” sendo que a menina tava chiando. Me volta a mãe com essa menina, nesse sol de rachar lá em Caetanópolis, porque aqui não tem hospital né? Lá de Caetanópolis, volta a mãe, falei assim “gente, menina com esforço respiratório!!”, não tinha nada num tinha mais o que eu fazer aqui, entendeu? Não tinha nem um outro remédio, não tinha bombinha, tinha bombinha mas não tinha espaçador, ou seja, não ia adiantar fazer pra menina, que tava com 4 meses. Não tinha pediatra lá embaixo, que também era um outro recurso que a gente tinha, a mãe não tinha como ir pra Sete Lagoas, porque ela não tinha como voltar, e o carro, só tinha um carro pra levar ela. O carro da prefeitura a gente só consegui carro no dia pra levar, ela num tinha como voltar. Ela preferiu num ir, porque ela falou assim “M2 como que eu vou ficar lá, vou voltar como?” Então pra ela num tinha jeito, ai eu falei “tá, e ai o que a gente faz?” A gente aumenta a dose do medicamento, né, de corticoide pra gente poder ver se tem alguma resposta e manda ela tentar ir outro dia no plantão(do hospital) pra ver se alguém faz alguma coisa por ela, porque já não tinha mais o que fazer por ela aqui. Isso foi um caso que a menina ficou vindo aqui vários dias, e mandava ela pra um lugar, mandava voltar, mandava pra outro, mandava voltar, até que a gente conseguiu pediatra lá embaixo que internou a menina. Aí, da uma sensação de impotência, né? Eu não posso fazer nada, mãos atadas. E eu sei o que é melhor, eu sei que isso seria o mais fácil pra paciente também, mas num posso fazer nada.[...] Pra mim, acho que chegou um caso aqui, que a gente num tem o que fazer, num tem como e nem com quem reclamar, se você reclamar, você é chato, fica tendo perseguição, porque isso acontece, entendeu? Então não tem muito o que se fazer.”(M2)*

O sentimento de impotência parece ser aumentado com o desenvolvimento do sentimento de culpa da M2, por não conseguir ofertar um serviço de qualidade e integral a sua paciente-“*eu sei o que é melhor, eu sei que isso seria o mais fácil pra paciente também, mas num posso fazer nada*”-, pois este sentimento parece estar associado ao afastamento de seus preceitos profissionais ideais, limitando sua auto eficácia” (DALMOLIN, et al., 2012). Somado a isso, quando a M2 refere que não há mais nada o que se fazer no seu contexto de atuação, ela confirma que o “sofrimento acaba se transformando em uma frustração muda, que desvaloriza o trabalho e a ação enquanto sujeito ético” (GOMES, RAMOS, 2014, p. 297).

Por fim, uma terceira cena de vivência do SM no cotidiano da prestação dos serviços de saúde nas ESF's em estudo, denota a particularidade vivida pelos ACS's, pertencentes a uma equipe de saúde, porém, sem formação nessa área de atuação. O ACS é percebido pela população e equipe de saúde como um indivíduo imprescindível à consolidação do modelo de reorganização do SUS, com suas particularidades de pertencimento à comunidade da qual se torna referência e elo com os serviços de saúde.

*“Eu tenho uma família dessa forma também (em situação de violência doméstica), mas é esposa e marido. A doninha como diz, ela é fechada com todo mundo da rua por causa do marido e com o tempo de serviço, hoje ela já chega e vai me contando. Esses dias mesmo ela falou- “nó meu marido tá bebendo demais, quando eu tinha força eu batia, hoje, eu não consigo-“, então, ela não me falou claramente que batia, ai um dia ela chegou no posto, me chamou e falou “A3, se acontecer alguma coisa comigo, eu vou te passar o telefone da minha irmã, cê liga pra ela?” Eu falei, não posso pegar o telefone da sua irmã, ela falou assim “eu tô te contando, mas eu não quero que cê faz nenhuma denúncia, porque eu sei que seu marido é policial, cê mora em frente a a minha casa e eu não recebo ninguém na minha casa se não for você. Então a partir do momento, se bater qualquer pessoa na porta da minha casa, nem você mais eu atendo”. Então assim, essas coisas, coisa de violência, psicológica, agressiva, eu, a gente tem muito no PSF, mais é uma situação que eu não posso, como se diz, em si fazer nada. A gente sabe que a gente tem que resolver, mas as vezes a gente é impedido pelo próprio paciente. E o que que agente faz? A gente tem que respeitar porque se não nem a gente mais faz visita na casa deles. Porque a única que entra, realmente, eu sou, eu moro em frente a casa dela, tem dia mesmo que ele chega lá bêbado e esmurra o portão e bate e ela deixa ele do lado de fora, ai ela deixa uns trinta minutos e depois ela abre, mas assim, no mais, eles moram, só tem os dois, a gente vê que ele é agressivo, mas ela em si ela não fala, ele me espancou, ele me bateu, eles não tem vínculo com vizinhos. Então assim, ela pegou aquela confiança em mim, eu acho que se eu tirar essa confiança que ela tem em mim, eu acho que a situação fica pior. Então tem hora que a gente omite. É é, complicado porque como se diz, cê saber que cê sabe aquela realidade e que não pode fazer nada.” (A3)*

Nesse caso, a agente comunitária de saúde está envolta a uma situação de participação de conflitos familiares, quando se torna referência à paciente sobre sua situação de vivenciar a violência doméstica de forma silenciosa. Aqui, o vínculo instituído como fundamental para a consolidação da ESF, demonstra desdobramentos de sofrimento ao ACS. Segundo Martines,

Chaves (2007), vínculo apresenta uma conotação relacionada à representação que os ACS's têm sobre os sujeitos e as atividades relacionadas ao cuidado de saúde, além da questão organizacional da ESF que dificultam o estabelecimento de limites imprescindíveis para uma adequada prática profissional.

O que foi possível observar por meio dos depoimentos dos ACS's deste estudo é que eles não têm sido capazes de discernir sobre seus limites, tanto aqueles relacionados à criação de vínculos, quanto aos limites para atuação profissional. A A3 sente-se pressionada pela usuária para não agir conforme o que ela aceita como moralmente correto, com a premissa de que não mais a atenderá, conseqüentemente, ninguém mais ficaria sabendo sobre sua situação de violência conjugal, o que segundo a ACS, "poderia ser pior". Briese (2011), em seu estudo sobre o SM com os ACS's encontrou a proximidade com as famílias, o conhecimento de suas intimidades e as práticas do "descuidado da saúde" pelos usuários como fontes de SM a esses agentes, o que é concordante com os dados dessa pesquisa.

Os sujeitos desse estudo demonstram por meio dessas narrativas que estão envolvidos à prática profissional desafiadora em que expressar o cuidado em sua forma mais sublime parece se configurar como situação paradoxal, por que segundo Lunardi, et al. (2009), a essência do trabalho em saúde de aliviar o sofrimento do outro perde espaço quando o sofrimento primário está intrínseco nas atividades da própria equipe de saúde. Desvelar os problemas e desafios éticos a que estão expostos os profissionais da APS é importante como um passo mobilizador para a reversão da vivência silenciosa do SM.

## 5.6 ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO MORAL: UMA AGENDA PARA PRESERVAR OS VALORES PROFISSIONAIS

“O SM aparece como uma violência constitutiva: o molar, temporariamente inadequado, impõe suas restrições às possibilidades de respostas dadas na ação profissional” (GOMES, RAMOS, 2014, p. 298). A busca do conhecimento das estratégias de enfrentamento do sofrimento moral torna-se relevante para evitar a naturalização deste fenômeno nas práticas de saúde. As principais estratégias de enfrentamento encontradas na literatura referem-se à prática da educação permanente em serviço, à dimensão comunicativa, envolvendo a comunicação multidisciplinar e questões relativas à dimensão organizacional (DALMOLIN, et al., 2012; BARLEM, et al., 2013; DALMOLIN, et al., 2009; LUNARDI, et al., 2009).

Mediante a análise dos dados, constatou-se que as estratégias para enfrentamento do SM pelos profissionais das ESF's em estudo estão relacionadas às práticas de educação permanente/capacitação profissional, educação em saúde, relacionamento interpessoal e espiritualidade.

Em relação à dimensão educativa há a premissa de que os educadores da área da saúde estabeleçam uma relação consistente com a prática de discussões e reflexões acerca das questões éticas que permeiam o cotidiano das relações e ações de saúde, a fim de se criar espaços éticos de relações interpessoais efetivas, ou seja, que haja um diálogo ético entre todos os profissionais (DALMOLIN, et al., 2012). Além disso, um ambiente organizacional aberto a esse diálogo pode oferecer condições mais efetivas para que os profissionais assumam o que é de sua competência, exerçam o que aprenderam, sem se afastarem de suas crenças e valores (DALMOLIN, et al., 2009).

Nesse estudo, alguns sujeitos referem que para enfrentar a vivência do SM em seus ambientes de trabalho têm optado por estabelecer práticas de educação permanente como rotina nas equipes de saúde, estabelecendo um ambiente propício para discussão de casos e troca de saberes entre os profissionais.

*“[...] a gente tem planejado fazer também através das oficinas para saúde do trabalhador, alguns momentos para poder tentar trabalhar de algumas maneiras, assim, mais próprias mesmo, essa situação de angústia.” (E1)*

*“E a gente sempre está capacitando os agentes comunitários, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, o médico, todo mundo junto, né, nesse bojo da educação, a gente dá um resultado maior”. (M3)*

Além disso, apareceu também a estratégia das reuniões como encontros frequentes e possíveis de enfrentamento do SM, pois nessas reuniões há o espaço para “desabafar” as angústias vivenciadas na rotina laboral, discutir o caso na equipe de forma interdisciplinar e direcioná-lo por meio de uma conduta ética.

*“[...] nas reuniões, há o diálogo mesmo, quando acontece algum problema, a gente sempre pega aquele problema, né, não deixa ele escondido, então, ressalta, discute, vê a opinião de todo mundo.” (E3)*

A fim de suavizar os efeitos do SM é indicada a criação desses espaços de discussões multiprofissionais acerca de temas relacionados à ética utilizando inclusive casos clínicos da realidade de atuação das equipes. Sugere-se ainda, segundo Lunardi, et al., (2009) que o estabelecimento de linhas guia de decisão ética para os principais problemas relacionados às práticas profissionais torna-se particularmente relevante para o desenvolvimento de intervenções éticas e comprometidas.

Outro mecanismo de enfrentamento mencionado pelos sujeitos desse estudo diz respeito ao relacionamento interpessoal no trabalho, a multidisciplinaridade, que poderá ajudar a traçar o caminho a seguir, minimizando os impactos do sofrimento moral sobre a assistência prestada aos usuários (LUNARDI, et al., 2009).

*“[...] a gente compartilha, né, aquela situação vivida com outros colegas de trabalho é o que mais acontece. Muitos às vezes aconselham e tudo mais.” (E1)*

*“E lá a gente tem assim, um convívio muito bom, que tanto o problema de serviço quanto problema pessoal a gente tem essa, essa, liberdade de chegar e contar pras colegas.[...]Toma opinião com um, opinião com outra entendeu? Então eu acho que isso, eu acho que ajuda bem.” (A12)*

Dessa forma, torna-se sugestível que as organizações de saúde deem maior valor as ações que estimulem o diálogo, o reconhecimento da sua equipe de trabalho, o respeito, o incentivo ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores incorporados como valores inerentes ao desempenho da equipe, o que possibilitará maior interação da equipe e dessa com os demais integrantes da rede de profissionais da saúde (DALMOLIN, et al., 2009).

As estratégias descritas poderão auxiliar a minimizar o SM dos trabalhadores e, conseqüentemente, amenizar situações constrangedoras a que estão expostos, tentando estabelecer conformidades de opiniões com os diferentes profissionais e nas diversas situações. Assim, “as relações interpessoais ficarão mais humanizadas e adequadas,

possibilitando o desenvolvimento de condições que favoreçam a motivação, a valorização e a realização dos profissionais envolvidos no processo de cuidar/cuidado” (DALMOLIN, et al., 2009, p. 38).

Por fim, outros profissionais que parecem utilizar estratégias de enfrentamento éticas, de modo a assegurar e preservar os valores profissionais lançam mão da espiritualidade para superar o SM.

*“Rezo, (risos) rezo né? Rezo mesmo, sabe? Peço a Deus, assim, para me dar sabedoria para lidar com isso. Que não tem dificuldade que dure para sempre, né, que uma hora vai melhorar!” (E2)*

*“A gente reza, agradece pede a Deus força porque é só Deus mesmo [...]” (A6)*

Giovanetti (2005) aponta que a espiritualidade se manifesta na busca de valores profundos que regem “self” humano. É o mergulho que fazemos em nós mesmos.

Segundo Valle (2005, p.104) a espiritualidade,

[...] consiste essencialmente em uma busca pessoal de sentido para o próprio existir e agir. Acha-se por isso, unida à motivação profunda que nos faz crer, lutar e amar. Orienta-se para o porquê último da vida, mas sem fugir dos questionamentos e compromissos que a vida nos impõe, ajudando-nos a ter forças para nos comprometermos com eles.

Portanto, a prática da espiritualidade pode auxiliar os profissionais a minimizarem o SM nas ações de saúde uma vez que passam a enfrentar os conflitos com mais serenidade, sabedoria e equilíbrio. Eduardo Shinyashiki (2012), especialista em desenvolvimento humano refere que “a prática da espiritualidade agrega valores como ética, além do significado das ações e dos objetivos estabelecidos e a cooperação”. Segundo ele, “situações de dificuldade, angústia e tensão são momentos onde se conectar com a própria espiritualidade e força interior é ainda mais importante para recuperar a confiança no futuro”.

No entanto, alguns profissionais não demonstram desenvolverem atitudes éticas comprometidas com o enfrentamento do SM, conformando uma situação de imobilismo e conformismo, podendo representar o seu “reduzido exercício de poder e insuficiente resistência, ante os problemas éticos, contribuindo, assim, para intensificar sua invisibilidade na área da saúde” (BARLEM, et al., 2013, p. 7).

*“Estou agora praticando a lei do desapego, que você começa a fazer respaldando seu serviço. Você só começa a escrever, você já começa a se respaldar e já começa a nem tanto pensar no paciente e isso é ruim.” (E4)*

*“[...] toma remédio mesmo viu se não tiver psicológico forte, nós tivemos uma colega ACS que saiu de lá tomando diazepam, teve que sair do serviço.”(A13)*

Segundo Gomes, Ramos (2014), sentimentos de distanciamento dos pacientes, descontentamento com a profissão e afastamento ou abandono da profissão estão presentes em situações de incoerência entre as ações das pessoas e suas convicções o que se traduz num desequilíbrio psicológico e sentimentos dolorosos. Para enfrentar essas situações de aparente conformismo que emudecem a luta contra o SM, torna-se importante avançar nessa discussão, considerando que formas concretas de melhorias dos ambientes de trabalho são resultados da “relação construída com o outro, do exercício de relações, numa perspectiva ética, ou seja, do encontro de possibilidades coletivas que favoreçam relações interpessoais e a preservação de valores profissionais” (BARLEM, et al., 2013, p. 7).

Assim, é imprescindível a valorização do sofrimento moral e dos desafios profissionais no ambiente de trabalho a fim de que estratégias de enfrentamento e prevenção sejam desenvolvidas e compartilhadas. Portanto, a criação, nas instituições de saúde, de espaços éticos, em que os profissionais possam se expressar de forma livre, reconhecendo sua singularidade para discutir a respeito das condutas que consideram adequadas no cuidado aos pacientes, valorizando seus conhecimentos e seu papel na equipe de saúde, incentivando práticas relações de respeito e colaboração na equipe multiprofissional, faz-se importante, em vista de maiores benefícios no desenvolvimento do trabalho, refletindo-se em uma assistência aos pacientes de maior qualidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de atenção à saúde brasileiro foi marcado ao longo da história pelo predomínio da assistência médica, curativa e individual e pela ideia de saúde como ausência de doença. A mudança dessa concepção e a reorganização dos serviços se inscreveram no projeto da Reforma Sanitária no cenário nacional que defendeu a implantação do SUS e valorizou o primeiro nível de atenção.

Sendo assim, a Estratégia de Saúde da Família surge com a premissa de implementação da Atenção Primária a Saúde e mudança do modelo à saúde vigente no país, alterando o paradigma centrado nas doenças e hospital, para o da promoção de saúde, prevenção dos agravos e reabilitação, o que sugere novos arranjos no processo de trabalho das equipes e da relação com os usuários. Participar de uma equipe de Saúde da Família significa se responsabilizar por uma determinada população e acompanhá-la ao longo do tempo, por todo o seu percurso de vida, projetando aos trabalhadores desafios para a prática profissional ética.

As equipes de saúde da família passam a desempenhar uma função que vai além daquela tradicional resposta profissional às necessidades de saúde e passam a desenvolver ação contínua, personalizada e ativa, com base no estabelecimento de vínculo e relação de compromisso e co-responsabilização com a população, dando ênfase a atenção integral. Essa perspectiva faz com que a família seja o foco central da atenção, percebida e analisada a partir do ambiente em que vive e onde se desenvolve a busca de melhores condições de vida. Trabalhar nesse espaço rompe os muros das unidades de saúde e adentra à intimidade onde as pessoas vivem, se relacionam e trabalham, o que representa um grande desafio aos profissionais.

Desenvolver a atenção à saúde da população na APS, reorganizada pela ESF demanda muito mais que um redirecionamento da prática clínica, requer também um equacionamento ético por parte dos profissionais que devem desfocar a atenção voltada ao modelo hospitalocêntrico com valorização da formação pela super especialização e que valorizam a atenção às situações limites em detrimento das situações do cotidiano. Isso parece reforçar a necessidade de uma aguçada sensibilidade e compromisso ético por parte dos profissionais na atenção básica, pois a efetivação da ESF relaciona-se a uma nova conformação da equipe e da unidade básica de saúde. Mediante esse novo cenário de atuação, desvelam-se os problemas éticos presentes na APS que parecem confirmar sua existência de maneira geral, por preocupações do dia a dia, diferentes das situações dilemáticas, que requerem soluções

imediatas. No entanto, essa situação não significa que os problemas éticos vivenciados na APS tenham menor interesse e sejam menos importantes. Ao contrário, merecem maior investimento por serem situações praticamente invisíveis que escondem sentimentos de impotência, desgaste e às vezes abandono da profissão. Quando o profissional percebe dificuldades em lidar de forma subjetiva, individual ou coletivamente com as situações que comprometem a ética no ambiente de trabalho, abrem-se brechas ao Sofrimento Moral, que se manifesta por uma incoerência entre as ações das pessoas e suas convicções, traduzindo-se em desequilíbrios psicológicos denotando sentimentos dolorosos.

Portanto, objetivou-se nesta pesquisa, compreender a vivência do Sofrimento Moral na ESF sob a ótica dos profissionais que compõem a equipe básica de Saúde da Família.

Esta investigação sugere que o sofrimento moral é vivenciado por outros prestadores de cuidados de saúde e em outros ambientes, que não somente os enfermeiros no ambiente hospitalar, conforme vem sendo demonstrado em outros estudos. Nesta pesquisa, os sujeitos foram os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que compõem a equipe básica multiprofissional da ESF e que desenvolvem uma assistência focada no usuário/família, ao longo de suas vidas.

Foi possível constatar a ocorrência de sofrimento moral na ESF, associado às formas de organização dos serviços e ações de saúde, às atribuições e relações interpessoais no trabalho e à prática diária dos serviços.

Em “Compreendendo a Estratégia de Saúde da Família na visão de quem a executa: incongruências entre discursos e prática”, foi possível perceber nos discursos dos sujeitos, um distanciamento entre os modos de atuação e o que realmente os profissionais executam na prática. Essa categoria traz à tona a influência dessa percepção contraditória na conduta moral dos sujeitos, que demonstram dificuldades de atuarem conforme suas consciências, gerando sentimentos de impotência a ponto de atingir um estado de atuação que impossibilita gerar ações e escolhas, percorrendo o caminho ao SM. De acordo com os profissionais, o trabalho é concebido como ação de cunho preventivista e de promoção da saúde, mas, na prática se veem envolvidos a situações frequentes de curativismo, com práticas procedimentais.

Na segunda categoria “Organização dos Serviços de Saúde e Condições de Trabalho na ESF como condicionantes ao SM”, optou-se por sub categorizá-la para maior entendimento levando em consideração essa organização do serviço nas UBS's e nas RAS, por encontrar especificidades quanto às questões relacionadas a essa última. Foram identificadas como fontes preeminentes de SM a precariedade estrutural das ESF's; insuficiência de equipamentos, medicamentos, transportes; improvisação mediante as faltas; sobrecarga de

trabalho, falta de valorização profissional e modelo de gestão pouco participativo; fragilidades nas RAS expressas em: dificuldades para encaminhamentos; baixa disponibilidade de exames; precariedade do serviço de referência e contra referência.

Essas situações não condizem com os princípios do SUS, denotando uma agressão aos direitos individuais e coletivos e à dignidade humana. Portanto, representaram implicações éticas para os profissionais dos serviços de saúde que neste estudo, expressaram sentimentos de impotência e até de culpa por não conseguirem disponibilizar assistência integral à sua população.

Na terceira categoria “Atribuições Profissionais e Relações Interpessoais no Trabalho da ESF como Condicionantes ao Sofrimento Moral” houve também a subcategorização dos elementos de análise em Atribuições Profissionais e as Relações Interpessoais no Trabalho da ESF em separado a fim de favorecer melhor a compreensão do todo.

Trabalhar integrado deve-se considerar as limitações das atividades específicas de cada profissão. Na subcategoria sobre as atribuições profissionais como fonte de SM, emergiu com bastante ênfase a figura do ACS, membro da ESF que mais se aproxima à realidade da comunidade por pertencer a ela e por ser considerado como elo entre a equipe de saúde e a população. Além disso, o agente de saúde surge com um trabalho específico de promoção de saúde, prevenção de agravos e reabilitação. No entanto, nesta pesquisa os ACS's e enfermeiras relataram realizar atividades que extrapolam aquelas preconizadas para sua função, portanto, a falta de discussão acerca da definição dos papéis aliado à execução de funções que não são suas podem gerar nos profissionais conflitos inerentes a prática profissional problemática.

A análise dos dados evidenciou que os profissionais reconhecem sua ação como irregular e se sentem frustrados na execução, no entanto a desenvolvem por pressões da comunidade, do sistema ou da própria consciência em tentar resolver todos os problemas da população sob sua responsabilidade. Portanto a dificuldade para delimitar as responsabilidades de cada profissional está presente dentre os problemas éticos vivenciados na ESF em que os profissionais estão envoltos à circunstâncias conflituosas e consequentemente passíveis de SM.

Já na subcategoria “As Relações Interpessoais no Trabalho da ESF como Fonte de SM” os sujeitos apontaram o poder hegemônico do médico ainda como muito marcante nas relações de trabalho. Os profissionais relataram que algumas decisões ficam centradas no profissional médico, como por exemplo, a decisão de “engessar” o número de atendimentos, realização de visitas, o que lhes causam descontentamentos, desânimo e frustração. Tal fato

exprime também a relação de poder existente nas relações da ESF, portanto, os profissionais deste estudo, sentiram-se muitas vezes forçados a comprometerem seus valores e normas pessoais já que percebem limitadas suas capacidades para a prática ética, levando-os à experiência do SM.

A quarta categoria intitulada “A Vivência do SM na ESF: a realidade expressa em cenas do cotidiano” representa um momento marcante dessa pesquisa em que foi possível vivenciar nas narrativas dos sujeitos, histórias reais sobre a ocorrência de problemas éticos no cotidiano do serviço e suas implicações para os personagens envolvidos. Os profissionais contaram histórias pelas quais já haviam passado e que mesmo sem perceberem a denotação ética que configuravam lhes causava sentimentos de impotência, culpa, raiva e angústia, pois percebiam-se limitados quanto à prática profissional pautada em preceitos éticos e morais.

Por fim, a última categoria “Estratégias para Enfrentamento do Sofrimento Moral: uma agenda para preservar os valores profissionais”, foi possível compreender quais as formas que os profissionais têm encontrado para enfrentar o SM na ESF. Os sujeitos relataram a busca de práticas de educação permanente para discutir as questões que geram angústia, desconforto ou sofrimento aos profissionais, como uma forma de torna-las visíveis e passíveis de intervenção multiprofissional. Além disso, relataram utilizar estratégias de apego à espiritualidade, como uma capacidade de perceber que as coisas não são um fim em si mesmas e que razões mais importantes estão envolvidas nessa trama de relações. No entanto, alguns sujeitos também demonstraram fragilidades na maneira de enfrentarem o SM, como a prática da “lei do desapego” como uma situação de imobilismo, em que a preocupação com o bem estar e garantia dos direitos dos usuários tornam-se questões de segundo plano. E, mais preocupante, o abandono da profissão.

Este estudo apresentou relatos recorrentes de fragilidades no sistema de saúde levando os profissionais a lidarem diariamente com situações que contradizem seus preceitos éticos, o que possibilitou maior visibilidade ao SM. Mediante os resultados, percebeu-se que os problemas éticos vividos na APS não apresentam relevância quando comparados àqueles de maior dramaticidade do ambiente hospitalar, geralmente imbuídos de dilemas éticos que imprimem aos profissionais tomadas de decisão bastante conflituosas e angustiantes. Pelas características inerentes à ESF de estabelecimento de vínculo, atendimento integral, cuidado continuado, os profissionais se deparam com situações problemáticas que lhes conferem a vivência do SM, no entanto, de forma sutil.

Falar da singeleza e sutileza dos problemas éticos na ESF merece destaque justamente pelo fato de serem menos percebidos, portanto, menos discutidos. No entanto, esses

problemas éticos também são importantes, complexos e amplos. As pesquisas sobre SM têm se focalizado mais na atenção hospitalar, dando maior ênfase aos profissionais enfermeiros, no entanto, uma abordagem multiprofissional na pesquisa e na prática torna-se imprescindível a fim de ampliar a compreensão do sofrimento moral e seu impacto sobre os profissionais de saúde e assistência ao paciente.

A partir dos dados dessa pesquisa nota-se a necessidade de estimular o fortalecimento da prática ética dos serviços de saúde para minimizar o SM. Esse estímulo está relacionado às maneiras de se enfrentar o problema como, por exemplo, suportes organizacionais e institucionais. Os sujeitos mencionam que se sentem abandonados, sem apoio para tomada de decisões importantes. Portanto, a atenção ao sofrimento moral torna-se relevante para o desenvolvimento de uma força de trabalho responsável, comprometida e para a prevenção dos resultados negativos associados com o sofrimento moral no local de trabalho.

Há uma necessidade evidente da expansão dos estudos sobre esse fenômeno silencioso numa perspectiva interdisciplinar a fim de se refletir a vivência do SM no ambiente de trabalho dos diversos personagens atuantes na área da saúde com vistas à sensibilização para questões morais e éticas, promovendo o protagonismo e a transformação. Os profissionais necessitam estar preparados para o reconhecimento de conflitos éticos, para a análise crítica de suas implicações, para o uso de senso de responsabilidade e para a obrigação moral ao tomar decisões relacionadas à vida humana.

Vale ressaltar que estudar o Sofrimento Moral, não foi tarefa fácil, tendo em vista a fragilidade da sua clareza conceitual e teórica. Além disso, parte da ênfase na educação ética dos profissionais de saúde tem sido no desenvolvimento do raciocínio moral e a capacidade de desenhar e aplicar princípios éticos nos dilemas éticos em oposição ao navegar no terreno fértil da prática diária.

Cabe mencionar que a metodologia utilizada demonstrou-se pertinente ao alcance do objetivo proposto. Por meio da triangulação dos dados obtidos nas observações, entrevistas individuais e nos grupos focais e categorização dos mesmos, foi possível compreender como os profissionais da ESF vivenciam o SM no cotidiano de suas práticas assistenciais.

Considerando-se que a ESF é o modelo assistencial prioritário da APS, e palco para diversas pesquisas em saúde, percebe-se ainda a escassez na literatura das questões relacionadas aos problemas éticos nesse nível de atenção à saúde e, principalmente a vivência do SM nesse contexto. O EC apresentado possibilitou uma visão parcial acerca dessa temática. Nessa ótica, torna-se importante a realização de novos estudos que contribuam para a discussão e ampliação das análises sobre Sofrimento Moral.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.M; BRITO, M.J.M; SILVA K.L; MONTENEGRO, L.C; CAÇADOR, B.S; FREITAS, L.F.C. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Rev Gaúcha Enferm.** 2013; 34(1):111-117.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.V.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.

AZAMBUJA, E.P; PIRES, D.E.P; VAZ, M.R.C; MARZIALE, M.H. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 4, Dec. 2010.

AZEVEDO, J.M.R; BARBOSA, M.A. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**; 15(1):33-39, jan.-mar. 2007.

BACKES, D.S; LUNARDI FILHO, W. D; LUNARDI, V.L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev. esc. enferm. USP.** 2006; 40(2): 221-7.

BARATIERI, T; MARCON, S.S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, Dec. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Edição Revista e Atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARLEM, E.L.D; LUNARDI, V.L; LUNARDI, G.L; Tomaschewski-Barlem, J.G; SILVEIRA, R.S; DALMOLIN, G.L. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, Feb. 2013.

BARLEM, E.L.D. **Vivência do Sofrimento moral no trabalho da enfermagem:** percepção da enfermeira. 2009. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.

BARLEM, E.L.D; LUNARDI, VL; LUNARDI, GL; DALMOLIN, GL; TOMASCHEWISK-BARLEM, JG. Vivência do SM no Trabalho da Enfermagem: percepção da enfermeira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.46, n.3, p. 681-88, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011.** Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n.º 10.507, 10 de julho de 2002.** Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11 jul. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n.º 11.350, 05 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 09 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ato Portaria n.198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 49

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa dos Agentes Comunitários e Programa de Saúde da Família. **Portaria nº 1.886 GM/MS**, de 18 de dezembro de 1997. Diário Oficial de 22 dezembro 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de condutas médicas**. Brasília: IDS; USP, 2001. p. 7-9.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.28 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: programa de saúde da família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Decreto no 3.189, de 04 de outubro de 1999**. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 out. 1999. Seção 1, p.1.

BRIESE, G.P. **Estratégia de Saúde da Família e vivência do sofrimento moral dos Agentes Comunitários de Saúde** (Dissertação). Rio Grande (RS): Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande; 2011. 73 p.

BULHOSA, M.S. **Sofrimento Moral no trabalho da enfermagem**. 2006. 94f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.

CAMELO, S.H.H. **Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das Equipes de Saúde da Família e estratégias de gerenciamento**. 2006.161p. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2006

CARAM, C.S. **Os sentidos do trabalho para profissionais da saúde do CTI de um Hospital Universitário**. 2013. Dissertação (Mestrado Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

CHANEY, J. A. Autoconceito. In: POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 335-375 p.

CORTELLA, M.S. **Qual é a tua Obra: Inquietações Propositivas sobre Gestão, Liderança e Ética**. ED. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2013, P: 1-141.

CURVO, D.R.; SILVA, M.O. O Sofrimento Ético-Político e a Reforma Sanitária Brasileira: Algumas Considerações Sobre os Trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. 2011; 15(3): 295-308.

DALL'AGNOL, C.M; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. 1999 Jan; 20(1): 5-25.

DALMOLIN, G.L; LUNARDI, V.L; LUNARDI FILHO, W.D. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jan/mar.2009, v.17, n. 1, p.35-60.

DALMOLIN, G.L; LUNARDI, V.L; LUNARDI, G.L; BARLEM, E.D; SILVEIRA, R. S. Sufrimiento moral y síndrome de burnout: ¿Están relacionados esos dos fenómenos en los trabajadores de enfermería? **Revista Latino-Am. Enfermagem**, 2014, 22(1), 35-42.

DALMOLIN, G.L; LUNARDI, V.L; BARLEM, E.L.D, SILVEIRA, R.S. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 1, Mar. 2012 .

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington(USA): Academy for Educational Development; 1997.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho em campo. **Cadernos de pesquisa**, n115, p 139-154, março, 2002

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-55, abr./jun. 2005.

AURÉLIO. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 3ª.ed. São Paulo, Positivo, 2004.

GALAVOTE, H.S; FRANCO, T.B; LIMA, R.C.D; BELIZARIO, A.M. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface. (Botucatu)**. 2013; 17(46):575-86.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo. Atlas: 2002.

GIOVANETT, J. P. Psicologia existencial e espiritualidade. In: AMATUZZI, M. M. (Org.) **Psicologia e Espiritualidade**. São Paulo, Ed. Paulus, 2005.

GOMES, D.; RAMOS, F.R.S. Ética e comprometimento do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva numa região metropolitana do sul do Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, n. 49, June 2014 .

GOMES, K.O, COTTA, R.M, MITRE, S.M, BATISTA, R.S, CHERCHIGLIA, M.L. O agente comunitário e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis**. 2010; 20(4):1143-64.

HAMRIC, A.B.; BLACKHALL, L.J. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. **Critical Care Medicine**, 35(2), 422-429. 2007

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, v.20, supl.2, p.331-6, 2004.

JAMETON, A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Awhonns Clinical Issues Perinat Womens Health Nurs*, Philadelphia, v. 4,n. 4, p. 542-51. 1993

JAMETON, A. **Nursing practice: The ethical issues**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1984

JUNGES, J.R.; ZOBOLI, E.L.C.P.; PATUSSI, M.P.; SCHAEFER, R.; NORA, C.R.D. Construção e validação do instrumento “Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde”. **Revista Bioética**, Vol. 22, No 2 (2014)

JUNGES, J.R; BARBINI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Rev. Bioet**. 2013 mar; 21(2): 207-17.

KALVEMARK, S; HOGLUN, A; HANSSON, M; WESTERHOLM, P; ARNETZ, B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. **Social Science and Medicine**. 2004;58(6):1075–1084.

LIMA, A.C.; MORALES, D.A; ZOBOLI, E.L. C. P; SARTÓRIO, N.A. Problemas éticos na Atenção Básica: A visão de enfermeiros e médicos. **Rev. Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 2, 2009.

LOPES, R.E. Políticas de saúde no Brasil: construções, contradições e avanços. **Rev. Ter. Ocup**. Univ. São Paulo, v. 12, n. 1/3, p. 23-33, 2001.

LUDKE, M; ANDRÉ, M.E.D. **A Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo. EPU: 1986

LUNARDI FILHO, WD. **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem** (dissertação de mestrado). Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1995.

LUNARDI, V. L. et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev Latino-am Enferm**, Ribeirão Preto, v.12, n. 6, p. 933-9. dez. 2004.

LUNARDI, V.L; BARLEM, E.L.D; BULHOSA, M.S; SANTOS, S.S.C; LUNARDI FILHO, W.D; SILVEIRA, R.S; BAO, A.C.P; DALMOLIN, G.L. Sofrimento Moral e a dimensão ética do trabalho da enfermagem. **Rev. Brasileira Enfermagem**, v.62, n4, p.599-603, jul-ago/2009

LUNARDI, V.L; et al. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. **Rev. Latino-Americ Enferm**. 2007; 15 (3): 493-497

MACEDO, I.I.; RODRIGUES, D.F.; JOHANN, M.E.P.; CUNHA, N.M.M. **Aspectos comportamentais da gestão de pessoas**. 9 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

MAFFEZZOLLI, F.E.C.; RIBEIRO, C.M.; LIMA, T.M.V.V.; SEMPREBOM, E; PRADO, P.H.M.; MADY, E.B. Reflexões sobre o Uso de Técnicas Projetivas na Condução de Pesquisas Qualitativas em Marketing. PMKT – **Revista Brasileira de Pesquisa de Marketing, Opinião e Mídia**. , v.3, p.37 – 48, 2009.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2009

MARTINES, W.R.V; CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Brasil, v. 41, n. 3, p. 426-433, set. 2007. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41638>>. Acesso em: 13 Fev. 2014.

MATTOS, L. TRABALHO, SOFRIMENTO E SUBJETIVIDADE: ABORDAGEM SÓCIO-HISTÓRICA . **Rev. Inovação Tecnológica**, São Paulo, v. 1, n.1, p. 4-17, jan./jun. 2011

MELO, MLC; NASCIMENTO, MAA. Treinamento introdutório para enfermeiras dirigentes: possibilidades para a gestão do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem** 2003 nov-dez; 56(6): 674-677.

MENDES, A.M; TAMAYO, A. Valores organizacionais e prazer sofrimento no trabalho. **Revista Psico, UFS**, São Paulo, .6, n.1, p39-46, jun. 2001.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, Aug. 2010 .

MENDES, E.V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MITRE, S.M; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2012, vol.17, n.8 ISSN 1413-8123

NATHANIEL A. Moral distress among nurses. **The American Nurses Association Ethics and Human Rights Issues Updates**, v.1, n.3. 2002, Disponível em: <<http://www.nursingworld.org>>. Acesso em: 28/09/2013.

NATHANIEL, A. Moral reckoning in nursing. *West J Nurs Res*. 2006 Jun; 28(4): 419-38

NOGUEIRA, R.P; SILVA, F.B; RAMOS, Z.V.O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2000.

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):569-76.

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, Sept. 2013

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: *Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set 1978, Alma-Ata*. [site da Internet]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

PAIM J; TRAVASSOS C.; ALMEIDA C.; BAHIA L.; MACINKO J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **TheLancet.com**. may 2011. p. 11 -31. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8  
<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>

PAIM, JS. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 356 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÓPEBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Paraopeba**: 2014.

PRZENYCZKA, R.A.; KALINOWSKI, L.C.; LACERDA, M. R.; WALL, M.L. Conflitos éticos da Enfermagem na Atenção Primária a Saúde e estratégias de enfrentamento. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Vol. 10, nº2, 2011

RESSEL, L.B; et al . O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, Dec. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072008000400021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400021&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Feb. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400021>.

RIO DE JANEIRO (RJ). Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária á saúde** / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.

SANTOS, L.F.B.; DAVID, H.M.S.L. Percepções do Estresse no Trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Revista de Enfermagem, UERJ**. Rio de Janeiro, 2011, jan/mar; 19(1): 52-7. [Acesso 25 jul 2014]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a09.pdf>.

SANTOS, LR; BENERI, RL; LUNARDI, VL. Questões éticas no trabalho da equipe de saúde: o (des) respeito aos direitos do cliente. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2005 dez; 26(3): 403-13.

SCHWENZER, K. J.; WANG, L. Assessing moral distress in respiratory care practitioners. **Critical Care Medicine**, 34(12), 2967-2973. 2006.

SEGRE, M; CHOEN, C. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In: SEGRE, M; CHOEN, C (Orgs). **Bioética**. São Paulo: USP: 2002.

SENNA, M.C.M; COSTA, A.M. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 16(1): 121-137, jan.-jun./2010.

SHINYASHIKI, E. Cultivar a espiritualidade ajuda a resolver problemas no trabalho. 2012. Disponível em <<http://www.4mail.com.br/Artigo/Display/016704000000000>> acessado em 20/12/2014.

SILVA, CRC, MENDES, R, NAKAMURA, E. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. **Saude soc. [serial on the Internet]**. 2012.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2002.

SILVA, J.A.M; OGATA, M.N, MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2007;9 (2):389-01. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>.

SILVA, L.T; ZOBOLI E.L.C.P; VILELA A.L. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF (Programa Saúde da Família). **Cogitare enferm**. 2006 maio/ago; 11(2): 133-142.

SOUZA, C.C, TADEU, L.F.R, CHIANCA, T.C.M. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Rev Latino Am. Enferm**. 2011 jan-fev; 19(1):26-33

SPAGNUOLO, R.S; PEREIRA, M.L.T. Práticas de Saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, 1003-1610, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SUCUPIRA, A. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. Sanare: **Revista de Políticas Públicas**, ano IV, p. 11-14, jan/fev/mar. 2003. Disponível em <<http://www.esf.org.br>>. Acesso em: 21 jun.2013.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Abilities and skills among Family Health Strategy workers. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.40, p.149-60, jan./mar. 2012

VALLE, J.E.R.E. Religião e Espiritualidade: um olhar psicológico. In: AMATUZZI M. M. (Org.) **Psicologia e Espiritualidade**. São Paulo. Ed. Paulus, 2005.

VIDAL, S.V; MOTTA, L.C.S; GOMES, A.P; BATISTA, R.S. Problemas bioéticos na Estratégia de Saúde da Família: reflexões necessárias. **Rev. bioét.** 2014; 22 (2): 347-57

VIEGAS, S et al. Integrality and attention to the population's health care in brazilian district. A qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v. 8, n.2, p. , Jul 2009.

VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, Jan. 2013 .

VON RANDOW, R.M. **Práticas gerenciais em Unidades de Pronto Atendimento no contexto de estruturação da Rede de Atenção à Saúde de Belo Horizonte**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

WILKINSON, J. M.. Moral distress in nursing practice: Experience and effect. **Nursing Forum**, 23(1), 16-29. 1988

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p

ZOBOLI, E.L.C.P; FORTES, P.A.C. 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**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, Dec. 2004.

## **APENDICE 1- Roteiro de Entrevista para Profissionais da Estratégia de Saúde da Família**

### ***Dados de identificação dos informantes***

Profissão:

Nível de Formação/ Escolaridade:

Tempo de Formado:

Tempo de atuação na Unidade de Saúde da Família:

Idade:

Sexo:

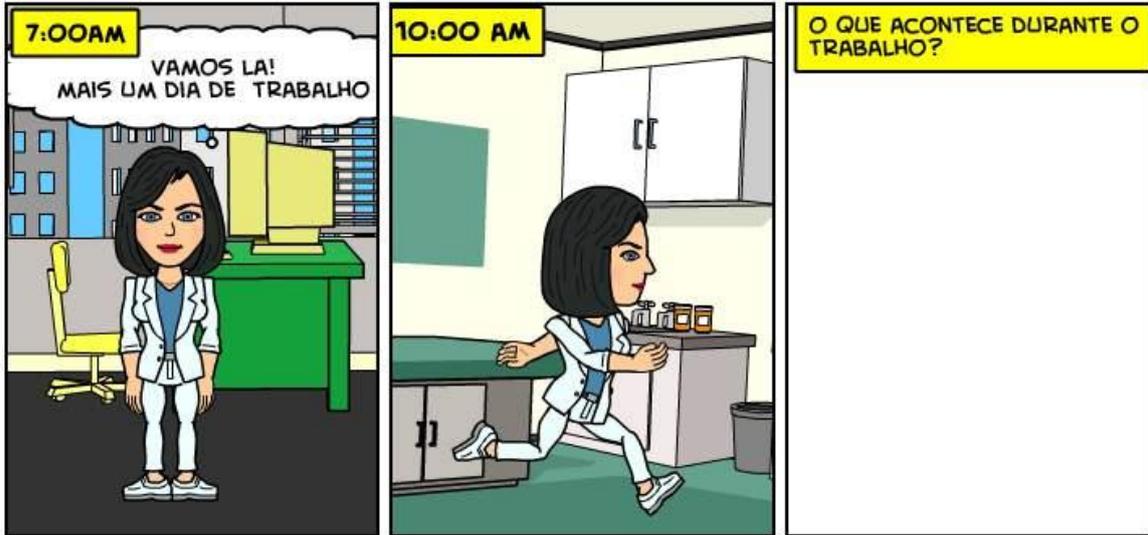
Estado Civil:

1. Fale sobre seu trabalho na ESF.
2. Fale sobre as facilidades que você vivencia no trabalho desenvolvido na Unidade de Saúde da Família.
3. Fale sobre as dificuldades que você vivencia no trabalho desenvolvido na Unidade de Saúde da Família.
4. Você se depara com situações nas quais sabe a ação correta a seguir, mas não consegue agir de acordo com seus conhecimentos por algum tipo de barreira?
5. Quais são as barreiras que impedem?
6. O que você sente nessas situações? Que impacto elas causam sobre você?
7. Narre uma situação vivenciada por você no cotidiano de trabalho que levou a algum tipo de angustia - desconforto – sofrimento.
8. Quais as estratégias adotadas para o enfrentamento de situações que geram sentimentos de angustia - desconforto – sofrimento?

### APENDICE 2- Instrumento de Coleta de Dados sobre Sofrimento Moral

#### "SOFRIMENTO MORAL"

BY LAILADRAGO



**ANEXO 1- Termo de Anuência do Município Cenário do Estudo****PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAOPEBA**  
ESTADO DE MINAS GERAIS

## CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos que autorizamos a realização da pesquisa intitulada “**VIVÊNCIA DO SOFRIMENTO MORAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: VISÃO DOS PROFISSIONAIS**”, pela Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Cecília Maria Lima Cardoso, sob a orientação da profª Dra. Maria José Menezes Brito. A referida pesquisa será realizada na rede de Atenção Primária a Saúde do município de Paraopeba-MG, deste que cumprindo as determinações éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

  
Márcia dos Anjos Ferreira Lopes  
Secretária Municipal de Saúde

Paraopeba, 10/02/2014

### APENDICE 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada, “**Vivência do Sofrimento Moral na Estratégia de Saúde da Família: visão dos profissionais**”, a ser desenvolvida no curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais - EEUFMG. A pesquisa configura-se como uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sendo de responsabilidade de Cecília Maria Lima Cardoso, aluna regularmente matriculada no referido curso e orientada pela Professora Dr<sup>a</sup> Maria José Menezes Brito. O estudo tem por objetivo compreender como os profissionais da Estratégia de Saúde da Família vivenciam o Sofrimento Moral no cotidiano dos serviços. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será por meio de entrevista e observação. Ao ser entrevistado(a) você responderá questões referentes ao trabalho na Estratégia de Saúde da Família e sobre o Sofrimento Moral. Os riscos são mínimos, porém, caso se sinta constrangido em dar alguma resposta, afirmo que sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Assim, mediante sua autorização, as entrevistas serão gravadas com a finalidade de assegurar a autenticidade das informações, ficando à sua disposição caso queira ouvi-la. O material será guardado por cinco anos e utilizado apenas para fins científicos e, após esse período será destruído.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir com outros estudos sobre a temática.

Em qualquer fase da pesquisa você poderá fazer perguntas, esclarecer dúvidas, recusar a responder as questões e ainda retirar o seu consentimento sem nenhum ônus ou prejuízo. O não consentimento quanto a sua participação no estudo não lhe implicará em nenhum tipo de restrição institucional. Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Salientamos que este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG).

Se estiver de acordo favor assinar o presente Termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão. Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Maria José Menezes Brito

\_\_\_\_\_  
Cecília Maria Lima Cardoso

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_, fui informado dos objetivos desta pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Estou ciente que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário. Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Paraopeba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Nome da pesquisadora: Cecília Maria Lima Cardoso-Tel: (31)9713-7051

Orientadora: Prof.ªDrª Maria José Menezes Brito-Tel: (31)3409-9849

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005-Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31.270901. Tel: (31) 3409459

**ANEXO 2- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa-UFMG**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

**Projeto: CAAE – 30507914.4.0000.5149**

**Interessado(a): Prof<sup>a</sup>. Maria José Menezes Brito**  
**Departamento de Enfermagem Aplicada**  
**Escola de Enfermagem - UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 13 de agosto de 2014, o projeto de pesquisa intitulado "**Vivência do sofrimento moral na estratégia de saúde da família: visão dos profissionais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Prof. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**