

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM

Beatriz Santana Caçador

***PROCESSO DE ANGÚSTIA/SOFRIMENTO MORAL EM ENFERMEIROS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CARTOGRAFIA DA PRODUÇÃO DE  
SUBJETIVIDADES***

Belo Horizonte

2016

Beatriz Santana Caçador

***PROCESSO DE ANGÚSTIA/SOFRIMENTO MORAL EM ENFERMEIROS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CARTOGRAFIA DA PRODUÇÃO DE  
SUBJETIVIDADES***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como critério para obtenção do título de doutora em Enfermagem. Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Maria José Menezes Brito

Coorientadora: Prof. Dra. Flávia Regina de Souza Ramos

Belo Horizonte

2016

## FICHA CATALOGRÁFICA

C111p Caçador, Beatriz Santana.  
Processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros da Estratégia Saúde da Família [manuscrito]: cartografia da produção de subjetividades. / Beatriz Santana Caçador. -- Belo Horizonte: 2016.  
147f.: il.  
Orientador (a): Maria José Menezes Brito.  
Coorientador (a): Flávia Regina de Souza Ramos.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Estresse Psicológico. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Brito, Maria José Menezes. II. Ramos, Flávia Regina de Souza. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título

NLM: WM 172.4



**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem**

Beatriz Santana Caçador

Tese intitulada “*Processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros da estratégia saúde da família: cartografia da produção de subjetividades*” de autoria da doutoranda Beatriz Santana Caçador, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Menezes Brito – EE/UFMG Orientadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Flávia Regina Souza Ramos – EE/UFSC UFMG Coorientadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kênia Lara Silva – EE/UFMG Membro Titular

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>o</sup> Rodrigo Batista-Siqueira – DEM/UFV Membro Titular

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>o</sup> Rennan Lanna Martins Mafra – DER/UFV

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli – EE/USP

## DEDICATÓRIA

*Aos enfermeiros que constroem suas práticas profissionais e seus territórios existenciais em meio aos sofrimentos, desejos, afetos e tensões éticas e paradigmáticas do cotidiano da saúde da família, tecendo o SUS e afirmando sua potência de obra-aberta.*

## AGRADECIMENTOS

A construção de uma tese é marcada pela beleza do paradoxo. Ao mesmo tempo em que se faz por um caminho solitário do pesquisador, de imersão e exílio, é também o lugar de muitos encontros, muitas mãos unidas, muitos desejos nos transformando. Foram 4 anos de trajetória, morando em 4 cidades diferentes. Significa que são muitas pessoas, afetos, toques, olhares, silêncios, abraços sem os quais a conclusão deste ciclo não seria possível da forma linda, especial e cheia de ternura e sentido como está sendo. E, constitui um processo que formalmente se encerra, mas continuará a pulsar em mim, pois na tessitura da tese, eu me refazia e nela e com ela, eu renasci. Assim, neste trabalho estão as marcas de muitos corações, de muitos “eus”, de muitos nós, os quais eu sinceramente e com muito amor, agradeço!

Assim, transbordando de amor e gratidão, agradeço a Deus que, pela Sua Misericórdia infinita, sonhou que eu trilhasse este caminho cujo retrato de uma singela parte, se encontra nessas páginas. Obrigada, meu Senhor, por fazer do processo de doutorado um lindo instrumento para produzir novos territórios dentro de mim, impulsionar a força do desejo que me move a buscar a cada dia, ser reflexo de Sua face e de Seu amor no mundo e pelo mundo!  
*“Eu posso ir, muito além de onde estou., vou nas asas do Senhor. O Teu amor, é o que me conduz”*

À minha Amada Mãezinha Maria, que me colocou no colo quando a caminhada se fez dura, que me pegou pela mão e me ergueu quando o cansaço parecia ser maior que eu e quando senti que não tinha forças para prosseguir. Sua ternura recobriu de flores o trajeto, enchendo-o de beleza e esperança! *“Minha mãe é a Virgem Maria, é ela que agora vai me acolher, me abraçar, me perdoar, me compreender, me acalmar, me ensinar, me educar, me formar, me amar”*

À minha orientadora-Anja, Maria José Menezes Brito que com sua dedicação, competência e amor, me ensinou a compreender que não existem limites para os desejos e para os sonhos.  
*“Somos um eterno devir”*

À minha co-orientadora Flávia Regina de Souza Ramos, pela oportunidade de viver meu deserto na Ilha da Magia e, com muito carinho e sensibilidade, acolheu minhas angústias e sofrimentos, devolvendo-me paz e confiança. Ao seu lado, caminhada foi mais doce e cheia de paz!

Aos meus pais, Geraldo e Luzia, por serem, cotidianamente, presença e cuidado de Deus, semeando amor e paciência no terreno de minha existência. Amor e gratidão eternos!

Aos meus irmãos Álvaro, Fabiano e Ricardo, pelo incentivo constante e por me concederem minha rica fonte de inspiração e pulsão de vida: meus sobrinhos: Taiza, Davi, Arthur e Miguel.

À querida amiga e mãe emprestada Vera, obrigada por me acolher em sua casa, em sua vida e em seu coração, oferecendo-me cuidado, carinho e doces sorrisos!

Aos pupilos amados, Ramon Augusto, Gisele Roberta, Ana Paula Mendes, Marileila Marques e Marina Garcia, pela parceria e amor em tudo que fazem, seja na amizade, nos sorrisos, na cumplicidade, seja nas transcrições e formatação deste trabalho. Muito obrigada!!

À amada amiga Camila Souza, por seu meu abrigo e minha abriga. Por estar comigo em cada passo, sendo mão que ajuda na obra, coração que acolhe a angústia, piada que inspira o sorriso, amiga na integralidade!

Às minhas anjinhas intercessoras Thais Vasconcelos e Milleny Tosatti, por serem ternura de Deus e a força de Maria, me erguendo quando, porventura, sentia-me fraca.

À amiga amada Lilian Cristina Rezende que me ofereceu sua casa, seu tempo, sua família e seu coração. Foi uma dádiva ter você comigo na coleta de dados, nas risadas, na minha trajetória na UFMG, partilhando as angústias e refletindo sobre os desafios de fazer saúde da família e de lutar pelo SUS. Muito obrigada!

Ao casal amado Rafael Pantuzzo, o Bomba, e a Priscila Alves, a doce Pri, obrigada pela acolhida em sua casa e em suas vidas. Obrigada carinho, amizade e aconchego que tanto aqueceram meu coração no frio de Florianópolis.

À amiga Carol Caram, minha florzinha amada, pela presença constante em cada passo, em cada medo, em cada vitória. Obrigada por me acolher em sua casa e em sua vida de forma sempre especial. Obrigada por participar de cada etapa com sua competência, alegria e companheirismo. Obrigada por acreditar tanto em mim e, a todo tempo, querer que eu faça o mesmo consigo! Obrigada, obrigada, enfim, tem muito de você aqui!

À minha amada família de Viçosa, meus pais de coração, Débora, Rodrigo e meu amor, o pequeno Caetaninho. E meus “dindos”, Leandro, Marthinha e, minha princesa, a pequena Helô. Nossas intercessões deleuzianas, cafés filosóficos, reflexões políticas e resistências poéticas foram refúgio e também força de muitos desejos!

Às amigas Livia Cozer e Heloiza Rennó por trazerem alegria aos meus dias e me inspirarem a me reinventar!

À querida professora Mara Vargas, Marinha, e ao seu esposo, Glênio, pelo acolhimento, amor e afeto partilhados que esquentaram meu coração e minha alma no frio do sul! Vocês são muito queridos!

À querida professora Kênia Lara Silva, por ser fonte de inspiração, pelas trocas afetivas e por inquietar meu sossego. Obrigada por me ensinar Enfermagem pelo exemplo, pelo brilho nos olhos e pela força do desejo.

À querida professora, Cláudia Maria de Mattos Pena cujas contribuições perpassaram toda minha trajetória na UFMG, desde o mestrado.

Ao amigo-irmão-amor Lucas Lobato de cujo coração me vieram grandes riquezas. Obrigada Tia Valquíria por me acolher como filha. Obrigada tio Roger e Anusha, pelo carinho.

À amiga Márcia Costanti, amada Marcinha, por me lembrar sempre que não se pode abraçar o mundo com nossos pequenos e, por vezes, cansados braços. Obrigada pela loucura de acreditar em mim e nos resultados mesmo quando tudo era só um devaneio de uma madrugada qualquer em que passávamos sendo terapia mútua. Seus cuidados, preocupação e mimos são um presente eterno.

Às lindas “meninas do apartamento 7”, Camila Serva (nossa pesquena), Jordana, Leticia e Emily, por me acolherem na “nossa casa” e me inspirarem tantos sorrisos.

Aos amigos da vida toda, mesmo à distância, sempre presentes: Guilherme Knop, Flaviane Bevilacqua, Fernanda Pita, JP, Dayiene Azevedo, Gisele Cruz, Felipe Muniz, Aldine Mara, Ramon Muniz, Laura Côrtes, Jonas Muniz, Rafael Pereira, Pablo Cordeiro, André Alvim

Aos amigos do GOU de Florianópolis, por serem olhar, sorriso, abraço e colo de Deus, plantando flores no meu deserto!

À família amada, Alberto Santos, Perácio Rafael, Itainá Bueno e a pequena Maria Linda, por terem participado de forma especial do meu processo de renascimento! Vocês são eternos em mim!

À amada família do Acampamento Maanaim de Viçosa, pelas orações, acolhimento, aconchego e força espiritual.

Às amigas da Residência com quem vivenciei o fenômeno do sofrimento moral e com quem construí muitos desejos, sonhos e afetos. Vocês habitam em mim!

À quarta turma de Enfermagem da UFV por participarem de modo tão especial de meu Projeto de Felicidade e por partilharem comigo metodologias participativas de ensino, afetos, amor e sonhos. A grande homenagem foi nosso “encontro de almas”

Aos professores da Universidade Federal de Viçosa, que de forma solidária e amiga, consentiram com meu afastamento para que fosse possível mergulhar de corpo e alma nessa trajetória.

À Universidade Federal de Minas Gerais e o Grupo de Pesquisa NUPAE - Núcleo de Pesquisa Administração e Enfermagem, pelo aprendizado partilhado e afetos construídos

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Grupo de Pesquisa Práxis – Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem, por me provocarem novos desejos.

Aos enfermeiros que participaram deste estudo e partilharam seus sonhos, silêncios, medos, anseios e sofrimentos, muito obrigada!

Obrigada a todos que direta ou indiretamente estiveram comigo nesta viagem

*“Viagem solitária: uma solidão povoada pelos encontros com o irredutivelmente outro (...) onde o irredutivelmente outro nos desterritorializa, ser pura intensidade desse encontro”*  
(GUATTARI, ROLNIK, 2005, p.349)

*Contranarciso*

*em mim  
eu vejo o outro  
e outro  
e outro  
enfim dezenas  
trens passando  
vagões cheios de gente  
centenas  
o outro  
que há em mim  
é você  
você  
e você  
assim como  
eu estou em você  
eu estou nele  
em nós  
e só quando  
estamos em nós  
estamos em paz  
mesmo que estejamos a sós*

*(Paulo Leminski)*

## RESUMO

As mudanças no contexto político e organizacional no mundo do trabalho e no campo da saúde produziram reconfigurações paradigmáticas e novos desafios éticos. Na saúde da família, o enfermeiro constrói seus modos de fazer saúde e seus modos de ser profissional em uma arena conflituosa em que disputam práticas hegemônicas e a possibilidade de criação do novo, da invenção de saberes e fazeres que tenham o cuidado integral como eixo central. Assim, a saúde da família é um território marcado por emblemas éticos que afetam a prática profissional do enfermeiro, fazendo com que vivenciem sofrimento moral. A presente investigação é um estudo qualitativo orientado pelo método cartográfico, realizado na região metropolitana de Belo Horizonte cujo objetivo foi analisar o processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros no contexto da saúde da família, por meio da cartografia de seu processo de subjetivação. Participaram do estudo 14 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista orientada roteiro semiestruturado. Para organização dos dados, utilizou-se o software Atlas Ti e a análise dos dados foi realizada mediante método filosófico conceitual. Emergiram cinco eixos de reflexão: 1) A reconfiguração do Marco Conceitual de análise do processo de angústia/sofrimento moral à luz do método cartográfico de produção de subjetividade; 2) A paisagem do cenário de investigação, considerando os desenhos organizacionais, os modelos de gestão e as vivências de sofrimento moral dos enfermeiros mediante tais agenciamentos; 3) O sofrimento moral relacionado às práticas de cuidado impostas pela gestão, as quais são consideradas pelos enfermeiros invasivas e dominadoras. 4) Vivências de sofrimento moral relacionadas ao papel de advocacy que o enfermeiro exerce e assume como moralidade interna. 5) A polaridade do processo de subjetivação dos enfermeiros de saúde da família cujas significações transitam entre atos de pertencimento sobre “ser tudo” e “ser nada”. Conclui-se que o processo de angústia/sofrimento moral de enfermeiros da saúde da família e os processos de subjetivação associados são produzidos em meio às tensões e forças que disputam a produção de cuidado. O paradigma biomédico e os modelos de gestão pautados no clientelismo produzem conflitos éticos no cotidiano da saúde da família e participam das modulações subjetivas da sociedade. Os princípios do SUS são compreendidos pelos enfermeiros como valores éticos que provocam sua força de desejo, impulsionando-os a criar linhas de fuga para resistir ao contexto biopolítico. Ao mesmo tempo, perpetuam a lógica instituída de fazer saúde ao moverem-se pela resolutividade da demanda, sem interroga-las, assumindo práticas que fogem ao seu escopo profissional, fragilizando seu reconhecimento e legitimidade social. Vivenciam, neste terreno, angústia/sofrimento moral e sua produção subjetiva transita na polaridade das significações de “ser tudo” e “ser nada”. Em meio aos conflitos éticos inscritos na saúde da família, os enfermeiros constroem sua prática profissional bem como seu modo de ser sujeito, vivenciando processos de sofrimento moral, de reprodução de práticas de cuidado instituídas, de invenção e de fuga e também de construção de novos territórios existenciais.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Estresse Psicológico; Estratégia Saúde da Família

## ABSTRACT

Changes in the political and organizational context in the world of work and health have produced paradigmatic reconfigurations and new ethical challenges. In family health, nurses construct their ways of doing health and their ways of being professional in a conflictive arena in which they dispute hegemonic practices and the possibility of creating the new one, of the invention of knowledges and actions that have the integral care as central axis. Thus, family health is a territory marked by ethical emblems that affect the professional practice of nurses, causing them to experience moral suffering. It is a qualitative study guided by the cartographic method, carried out in the metropolitan area of Belo Horizonte, whose objective was to analyze the process of moral distress / suffering in nurses in the context of family health, in light of the cartography of its subjectivation process. A total of 14 nurses from the Family Health Strategy participated in the study. Data collection took place through semi-structured script-guided interview. To organize the data, the Atlas Ti software was used and the data analysis was performed using a conceptual philosophical method. Five axes of reflection emerged: 1) The reconfiguration of the Conceptual Framework of analysis of the process of anguish / moral suffering in the light of the cartographic method of production of subjectivity; 2) The landscape of the research scenario, considering the organizational designs, management models and experiences of nurses' moral suffering through such agency; 3) The moral suffering related to the care practices imposed by the management, which are considered by the invasive and domineering nurses. 4) Experiences of moral suffering related to the advocacy role that the nurse performs and assumes as internal morality. 5) The polarity of the subjectivation process of family health nurses whose meanings transpire between acts of belonging about "being everything" and "being nothing". It is concluded that the process of moral distress / suffering of family health nurses and associated processes of subjectivation are produced amid the tensions and forces that dispute the production of care. The biomedical paradigm and management models based on clientelism produce ethical conflicts in the daily life of family health and participate in the subjective modulations of society. The principles of the SUS are understood by nurses as ethical values that provoke their force of desire, impelling them to create escape lines to resist the biopolitical context. At the same time, they perpetuate the established logic of health by moving through the demands of demand, without questioning them, assuming practices that escape their professional scope, weakening their recognition and social legitimacy. They experience moral anguish / suffering in this field and their subjective production transits the polarity of the meanings of "being everything" and "being nothing". In the midst of the ethical conflicts registered in family health, nurses construct their professional practice as well as their way of being subject, experiencing processes of moral suffering, reproduction of established care practices, invention and escape and also construction of new Territories.

**Keywords:** Nursing; Stress Psychological; Family Health Strategy

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Marco conceitual para análise do processo de distresse moral.....	26
Figura 2 – Interface teórica entre sofrimento moral, prática profissional e subjetivação.....	29
Figura 3 – Dinâmica de construção de territórios existenciais .....	66
Figura 4 – Marco teórico do distresse moral reconfigurado por meio da cartografia dos processos de subjetivação .....	68

## SUMÁRIO

1. INQUIETAÇÕES INICIAIS.....	12
1.1. O Desejo.....	12
1.2. Problemática do estudo .....	15
1.3. Objetivo Geral.....	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	20
2.1. Considerações sobre o Sofrimento Moral e suas implicações existenciais .....	20
2.2. O processo de angústia/sofrimento moral no campo da saúde: reflexões sobre as interfaces entre prática profissional e subjetivação .....	28
2.3. Os agenciamentos coletivos: contextos de mudança e novas implicações para o sujeito no trabalho.....	30
2.4. Desdobramentos políticos e éticos no campo da saúde coletiva .....	34
2.5. Prática profissional, subjetivação e sofrimento moral.....	36
2.6. O enfermeiro na saúde da família: novos territórios existenciais?.....	44
2.7. Reflexões sobre a articulação teórico-filosófica .....	46
3. PERCURSO METODOLÓGICO .....	49
3.1. Natureza do estudo.....	49
3.2 A cartografia como referencial metodológico.....	53
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	58
4.1. Nos bastidores do caminho, as pistas e as paisagens.....	58
4.2. Marco conceitual para o estudo do distress moral em enfermeiros reconfigurado por meio da cartografia dos processos de subjetivação.....	64
4.3. Modelos de gestão na saúde da família, agenciamentos políticos e as vivências de sofrimento moral de enfermeiros.....	71
4.4. O cuidado na saúde da família entre autonomia e dominação: vivências de sofrimento moral em enfermeiros <sup>1</sup> .....	86
4.5. Prática profissional do enfermeiro na saúde da família: advocacy e sofrimento moral .....	94
4.6. Entre ser tudo e ser nada: a subjetivação do enfermeiro na saúde da família .....	107
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	127
6. EPÍLOGOS .....	130
<b>REFERÊNCIA</b> .....	136
APÊNDICE .....	143
ANEXO.....	144

*O nascimento do desejo....*



(Universidade Federal de Viçosa)

*“O que é que se encontra no início? O jardim ou o jardineiro? É o jardineiro. Havendo um jardineiro, mais cedo ou mais tarde um jardim aparecerá. Mas, havendo um jardim sem jardineiro, mais cedo ou mais tarde ele desaparecerá. O que é um jardineiro? Uma pessoa cujo os sonhos estão cheios de jardins. O que faz um jardim são os sonhos do jardineiro”*  
(Rubem Alves)

# 1. INQUIETAÇÕES INICIAIS

## 1.1. O Desejo

*São os organismos que morrem, não a vida. Não há obra que não indique uma saída para a vida, que não trace um caminho entre as pedras. (Deleuze, 2008, p.179)*

Revelar as inquietações que me moveram nesta investigação constitui tarefa desafiadora e complexa. Isto porque a pesquisadora que tece este registro não é mais a mesma que viveu as inquietações iniciais que geraram este estudo. Assim, o movimento de voltar para a trajetória trilhada, com os olhos do presente, faz com que eu me depare com uma versão de mim que não existe mais pois fui transformada pelo processo da pesquisa e da vida. Novos desejos foram sendo construídos no processo de pesquisa que ora confrontavam as inquietações iniciais, ora as fortaleciam. Muitos agenciamentos ocorreram no caminho e esta tese é produto de uma coprodução de mim mesma, ao mesmo tempo em que a tese se constituía. Mesmo reconhecendo a incapacidade de ser fiel na descrição, importa apresentar, mesmo que de forma incompleta e insuficiente, os desejos que moveram a realização deste estudo.

Desde a graduação em Enfermagem, inquieta-me a potência que o Sistema Único de Saúde (SUS), possui em participar da transformação da sociedade, mediante suas prerrogativas de justiça social e equidade, que me são tão caras. Desde então, já se completam alguns anos em que venho me debruçando sobre questões emblemáticas inscritas no processo de consolidação do SUS no Brasil. Dentre os problemas analisados, tenho dedicado especial atenção àqueles relacionados à subjetividade no trabalho em saúde, considerando o contexto desafiador de transformação do modelo tecnoassistencial, a partir da necessária reconfiguração dos saberes e práticas dos trabalhadores de saúde. Especial cuidado analítico, venho dedicando ao enfermeiro da saúde da família e seus processos subjetivos em meio às transformações incitadas pelo SUS.

Ao longo de minha trajetória na Enfermagem, os desafios e problemas éticos que permeiam nosso sistema de saúde me foram apresentadas em diversas esferas. Na dimensão cognitiva, pela literatura científica, na dimensão da implicação, pelos atores sociais que militam nos serviços de saúde e com os quais convivo em minha prática profissional e na dimensão afetiva, por meio de minha experiência profissional como enfermeira de saúde da família.

Importa destacar que as transformações no campo da assistência à saúde advindas do Movimento da Reforma Sanitária brasileira delinearam um cenário fecundo e rico para as práticas profissionais dos enfermeiros. A transformação das práticas e da realidade concreta, entretanto, não acontece de forma linear e caminha a passos bem mais lentos do que as transformações jurídicas e legais que fomentam o novo arcabouço tecnoassistencial de saúde no Brasil. Portanto, não é de se assustar que a materialização do sistema de saúde hoje ainda se distancie, e muito, das idealizações e lutas que sustentaram o movimento sanitário no país e constituíram a coluna cervical do SUS.

Mudar o desenho organizacional do sistema, a partir da introdução de novas diretrizes, normatizações e leis orgânicas não é suficiente para sustentar uma efetiva transformação se não vier acompanhada por um processo de mudança nos modos de ser dos profissionais de saúde, o que implica em uma reconfiguração de seus saberes e das práticas a ele associadas.

É no compromisso com as pessoas, com desejos e suas afetações existenciais que se encontra o sentido das práticas. Fazer porque é obrigação, não porque se acredita que deve ser feito, não alcança a virtude moral da prática profissional. Assim, mais que normas, os princípios que sustentam o SUS e lhe dão vida precisam alcançar o processo de subjetivação dos trabalhadores da saúde. Por outro lado, e, ao mesmo tempo, as normatizações e os arranjos organizacionais afetam a subjetividade dos trabalhadores, ora viabilizando sua potência criativa e autonomia, ora sequestrando-a, fazendo com que processos de angústia/sofrimento moral pertençam ao cotidiano de trabalho na saúde mediante as contradições entre o julgamento moral e a prática profissional realizada.

No momento atual de transição do modelo de atenção à saúde, tangenciado por sucessivos movimentos de desconstrução e reconstrução das formas de pensar e de agir em saúde, emergem questionamentos associados ao contexto descrito: quais as possibilidades de atuação do enfermeiro no contexto da saúde da família à luz dos preceitos éticos? Como tem sido delineado o processo de angústia/sofrimento moral vivenciado por enfermeiros nestes espaços? Tal questionamento, por sua vez, segue atrelado a outro a ele diretamente relacionado: que configurações de produção de subjetividade estão ocorrendo neste cenário tendo em vista às vivências de angústia/sofrimento moral?

Muitos são pois, os desafios que perpassam a prática profissional do enfermeiro no contexto da saúde da família uma vez que se interpõem enfrentamentos de ordem estrutural e subjetiva aos quais se associa as fragilidades que acompanham o processo histórico e social de consolidação, (in)visibilidade e reconhecimento do enfermeiro no Brasil.

O desejo pela temática deste estudo me foi suscitado quando no processo de análise dos dados na pesquisa de mestrado emergiu uma realidade da qual eu desconhecia. Tratava-se da contradição entre o julgamento moral dos enfermeiros perante um conflito ético e a imposição pela realização de uma prática com a qual não concordavam. Durante o mestrado, importava-me analisar a configuração identitária do enfermeiro e, embora o sofrimento moral tenha surgido como resultado da pesquisa, não foi possível, sobre ele, lançar uma análise mais aprofundada.

Ao deparar-me pela primeira vez com o conceito de sofrimento moral minha mente inundou-se por um mar de lembranças da época em que fui enfermeira de saúde da família, mobilizando sentimentos diversos. Revisitando as histórias, os conflitos, os enfrentamentos e as angústias que me invadiam à época, lancei sobre elas uma nova leitura a partir da lente que a mim se abria ao conhecer o construto teórico do sofrimento moral.

Além disso, a vivência como enfermeira de saúde da família, a experiência de ser bolsista de mestrado e o papel de docente de uma universidade pública, inundaram-me de inquietações, estranhamentos e também motivação com a possibilidade de produzir e inventar.

Reconheço, pois, que com o tema eleito como objeto deste estudo, há um envolvimento de natureza pessoal, cognitiva, afetiva e ideológica. Deste modo, nos diálogos que acontecem no decorrer da tese entre ética, gestão e saúde coletiva, estão implicados também, ainda que como pano de fundo, a defesa pelo sistema público de saúde de qualidade e pelo projeto de sociedade ancorado na justiça social, com os quais me comprometo.

Deste contexto surgiu a inquietação com relação ao processo de angústia/sofrimento moral de enfermeiros de saúde da família. O que impulsiona o pensamento é o mal-estar que nos domina quando somos interpelados por forças do ambiente em que vivemos e nos relacionamos. Tais forças delineiam novas combinações fazendo com que haja transformação nos territórios que conhecíamos e os quais tínhamos como referência. Desde a imersão no estudo, venho construindo novas reflexões e experiências sobre mim mesma as quais tem me instigado a construir diferentes territórios existenciais.

É complexa a trama que envolve ética, subjetividade e trabalho no contexto da prática profissional do enfermeiro no SUS. Mas o caminho da pesquisa e a imersão no mundo dos autores que dialogam nesta tese, descortinaram-me múltiplas possibilidades ao mesmo tempo em que fizeram ecoar novas dúvidas. Nesta inquietação, alimento minha curiosidade bem como a curiosidade – em Rubem Alves, coceira das ideias – que me movem e a esperança que dá vida e significado à minha incursão como pesquisadora.

Deste modo, para que seja possível pensar o processo de angústia/sofrimento moral de enfermeiros no âmbito da saúde da família e sua relação com o processo de subjetivação dos enfermeiros neste cenário, necessário se faz pensar os conflitos éticos que permeiam a prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em face ao exposto, fundamentada na literatura teórico-conceitual do campo da psicologia de Guattari e filosofia de Cortina, buscou-se investigar a relação entre o processo de angústia/sofrimento moral de enfermeiros da saúde da família e os processos de subjetivação que marcam a experiência profissional em um contexto marcado por desafios paradigmáticos, éticos, políticos, sociais e econômicos. A premissa conceitual adotada para processos de angústia/sofrimento moral baseia-se no marco conceitual de Ramos et. al (2016).

## **1.2. Problemática do estudo**

Criação do Movimento da Reforma Sanitária e fruto do desejo da população brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS) instaura novos paradigmas no campo dos saberes e práticas em saúde. Contempla, pois, em sua natureza, novos princípios e bases filosóficas, ultrapassando questões organizacionais do modelo assistencial (MERHY, 2002). Muito mais que a reestruturação organizacional, jurídica e institucional proporcionada, a consolidação do SUS tem sua maior relevância ao instigar um processo de reconfiguração ideológica, inventando novos olhares sobre a saúde e suas determinações históricas e sociais. A concepção de saúde que emerge da Reforma Sanitária exige uma nova forma de organizar os processos de trabalho e de tecer as práticas profissionais (FEUERWERKER, 2014).

No contexto do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é compreendida e assumida do ponto de vista político como o dispositivo norteador da organização do sistema de saúde. Para que sejam atendidas as necessidades de saúde da população, é preciso reconhecer a saúde como direito social, bem como o enfrentamento da determinação social do processo saúde doença para que o cuidado seja produzido à luz da integralidade (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) traduz o modelo de APS tendo como eixo central a unidade familiar e como locus operacional a esfera comunitária. No sistema público de saúde, a ESF representa o ponto de atenção da rede com maior capilaridade na vida dos sujeitos, uma vez que se localiza no território onde os processos de viver, adoecer e cuidar são

(re)construídos, reproduzidos e também transformados (ANDRADE *et al.* 2006). A ESF constitui-se, portanto, como principal “dispositivo de mudança do cuidado em saúde”, sendo potencialmente capaz de promover a reorganização e reorientação das práticas assistenciais a fim de consolidar um novo jeito de pensar e de fazer saúde no Brasil (ASSIS *et al.*, 2010, p. 39).

De acordo com Zoboli e Fortes (2004, p.1690), o SUS instiga transformações culturais e concretas nas práticas de gestores, trabalhadores e usuários sendo, portanto, necessária uma “reviravolta ética”. Dessa forma, o chamamento feito a partir da implantação da saúde da família tem por intuito materializar as primícias ideológicas do SUS, configurando novos modos de fazer saúde e de ser profissional.

No que tange a prática profissional do enfermeiro, segundo Laabs (2005), por natureza traduz-se em um esforço moral, haja vista que problemas morais lhes são inerentes. Quando problemas morais não são resolvidos, compromete-se a integridade moral do enfermeiro, resultando em experiências de angústia/sofrimento moral, caracterizada por raiva, impotência, culpa e frustração. Tais vivências têm sido associadas com a perda da capacidade de cuidar, além de certa tendência em evitar o contato com o paciente. Assim, quanto maior o sofrimento, maior a probabilidade de abandono da profissão (LAABS, 2005).

Em meio ao contexto de transição paradigmática do modelo de atenção à saúde e a reconfiguração tecnológica dos processos de trabalho a ela associados, há que se destacar que a saúde da família constitui, dessa forma, terreno de disputas e tensionamentos sobre os modos de produção do cuidado e, por conseguinte, sobre a construção da prática profissional (FRANCO, 2006). Os desafios e perplexidades do cotidiano provocam conflitos morais de modo que a tomada de decisão sobre a prática profissional se torna complexa (SCHRAIBER, 1996).

Dentro os problemas morais presentes no cotidiano da saúde da família, há que se destacar o sofrimento moral. O sofrimento moral ocorre quando não se consegue seguir a própria consciência, a despeito de se reconhecer a forma mais correta de agir (LAAB, 2005; BARLEN, 2012; LUNARDI *et al.*, 2009).

O sofrimento moral se manifesta como um desequilíbrio psicológico vivenciado por indivíduos ao se depararem com obstáculos que impossibilitam ou dificultam sua intervenção na realidade e inviabilizam a adoção de atitudes e comportamentos considerados corretos e em consonância com seu julgamento moral. Assim, mediante um problema ético, o indivíduo reconhece sua responsabilidade, tece seu julgamento moral, elege a conduta considerada mais adequada para intervir na situação, mas não encontra condições para atuar conforme seu

juízo e valores, entendendo como inadequada sua participação moral (BARLEN, 2012; BARLEN, 2009; DALMOLIN, 2012; DALMOLIN *et. al.*, 2009; LUNARDI *et. al.*, 2009). O sofrimento moral tem como elemento principal de seu desencadeamento os sentimentos de impotência e de perceber-se incapaz de realizar a ação entendida como eticamente adequada (RAMOS *et al.*, 2016).

Tanto no contexto hospitalar, quanto na APS, enfermeiros referem angústia por terem sua prática limitada por forças externas e internas que os impelem a agir de modo incoerente com seu juízo moral. Ademais, experimentam indignação e angústia perante as ações imorais dos outros (LAABS, 2007). Ainda que se apresentem de modo mais sutil quando comparado ao ambiente hospitalar, os problemas éticos da atenção primária provocam rupturas no processo de trabalho, fragilizando o alcance da integralidade (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015).

Considerando que, diferentemente do papel do enfermeiro no contexto hospitalar e de cuidados críticos, na APS, o enfermeiro constrói sua prática profissional balizada por relacionamentos a longo prazo, tornando complexas a identificação das questões éticas e, por conseguinte, sua resolução. Importa destacar que, com a mudança paradigmática que envolve a produção de cuidados em saúde, na atualidade, deslocou-se o centro da atenção à saúde do hospital para os ambulatorios e para a APS fazendo com que o território onde as pessoas habitam e constroem seus modos de viver constitua o lugar primário de cuidados e, portanto, o locus primário da ação moral (LAABS, 2005).

Cabe salientar que reflexões e construções teóricas sobre aspectos relacionados ao mundo do trabalho, envolvendo o sofrimento e a angústia, são relevantes na sensibilização de gestores e trabalhadores para questões morais e éticas, potencializando ações de protagonismo e de transformação das práticas. Estudos sobre sofrimento moral, no Brasil, têm dado ênfase ao campo hospitalar, de modo que o desafio que se impõe é aprofundar a temática no contexto da ESF.

Face ao exposto, considerando os desafios da transição paradigmática do modelo de atenção à saúde no Brasil, bem como a reconfiguração da prática profissional do enfermeiro nesse contexto e suas implicações éticas associadas, assume-se como objeto do presente estudo o processo de angústia/sofrimento moral de enfermeiros no contexto da ESF.

Tendo em vista a problemática apresentada, questiona-se: como tem sido delineado o processo de angústia/sofrimento moral de enfermeiros no contexto da ESF?

Defende-se a tese de que o processo de angústia/sofrimento moral compõe a produção subjetiva dos modos de ser de enfermeiros da ESF ao mesmo tempo em que ele se produz nessa relação.

### **1.3. Objetivo Geral**

Compreender o processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros no contexto da saúde da família, por meio da cartografia de seu processo de subjetivação.



(Belo Horizonte)

*“Dirigimo-nos aos inconscientes que protestam. Procuramos aliados. Precisamos de aliados. E temos a impressão de que esses aliados já existem, de que não esperam por nós, de que há muita gente que está farta, que pensa sente e trabalha em direções análogas” (Guattari; Rolnik, 2005, p.18)*

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. Considerações sobre o Sofrimento Moral e suas implicações existenciais**

O mundo contemporâneo tem sido marcado por rápidas e intensas transformações no âmbito tecnológico, nas relações sociais, nas comunicações, nas disputas financeiras e na dinâmica do processo de globalização. Nesse contexto, o processo de trabalho sofre impactos na medida em que há um movimento crescente de ampliação da carga de trabalho e das estratégias de controle sobre o trabalhador. Assim, ampliam-se também as demandas éticas que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde de modo que “cada vez mais o enfermeiro vivencia os desafios éticos de sua prática na busca pela prestação de cuidados de qualidade” (SCHAEFER; VIEIRA, 2015, p.564).

Mediante o processo de desenvolvimento da sociedade, de reconfiguração de sua dinâmica e das mudanças culturais a elas associada, a ética ganha destaque na prática profissional em saúde. Desse modo, a ética situa-se no cerne da análise da vida moral sustentada na sensibilidade moral e na capacidade de identificar e perceber conflitos bem como na coerência na solução de tais conflitos. Nesse sentido, a ética se encontra no centro do processo de tomada de decisão em que os enfermeiros estão envolvidos (SCHAEFER; VIEIRA, 2015).

Importa destacar que, embora a demanda ética no processo de tomada de decisão em saúde seja cada vez mais crescente, são raras as iniciativas no âmbito organizacional que ofereçam respaldo para ajudar os profissionais nesse processo. Nesse contexto, a “falta de tempo, a falta de apoio organizacional, os conflitos com outros profissionais, as políticas institucionais e os diferentes limites éticos e legais associados ao processo de tomada de decisão” acarretam o desenvolvimento do processo de angústia/sofrimento moral (SCHAEFER; VIEIRA, 2015, p. 564).

O termo sofrimento moral tem sido usado para descrever um tipo de sofrimento físico, emocional e psicológico que enfermeiros e outros profissionais vivenciam quando sua ação é incoerente com seus valores éticos e com seu julgamento moral. Em 1984, Andrew Jameton adaptou o termo a fim de definir o fenômeno por ele identificado quando ensinava sobre o papel da enfermagem para estudantes. Assim, Jameton afirmou que, de modo geral, o papel da enfermagem é moralmente restringido de forma significativa. Desde então, diversos estudos foram desenvolvidos com o objetivo de medir a frequência e intensidade do sofrimento moral

bem como identificar seus fatores geradores e seus impactos sobre os enfermeiros (McCARTHY; GASTMAN, 2015).

Judith Wilkinson define sofrimento moral como o sentimento negativo e o desequilíbrio psicológico que o sujeito experimenta quando toma uma decisão moral mas não consegue assumir um comportamento moral indicado por sua decisão (McCARTHY; GASTMAN, 2015; OH; BELGIUM, 2015). Sustentada em em Jameton, Wilkinson desenvolve três situações potencialmente geradoras de sofrimento moral. A primeira quando o enfermeiro é impelido a fornecer ao paciente um tratamento que considera inútil, sendo necessário, inclusive, mentir para o paciente. Os enfermeiros sofrem constrangimentos externos e internos como fontes de sofrimento moral na medida em que estagnam o processo de deliberação moral por medo de perder o emprego, dúvida com relação a sua competência em questionar a conduta e também por falta de coragem. Afirma ainda que os enfermeiros têm sido socializados para seguir ordens, o que fragiliza seu processo de enfrentamento. Ademais, Wilkinson argumenta ainda que, além do sofrimento moral ser decorrente da incapacidade de se efetuar uma ação considerada incorreta, o sofrimento moral também é resultado da ação que efetivamente se faz e que no seu julgamento moral é considerada errada (McCARTHY; GASTMAN, 2015).

Com relação às ferramentas empíricas de avaliação do sofrimento, a referência mais utilizada tem sido a Escala de Sofrimento Moral desenvolvida por Corley que mede a frequência e intensidade do fenômeno em enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva. Neste contexto, são fontes de sofrimento moral a realização de cuidado e/ou tratamento considerado pelos enfermeiros como fúteis, escassez de pessoal, trabalhar em condições inseguras e conceder alta precocemente aos pacientes (McCARTHY; GASTMAN, 2015).

Oh e Belgium (2015) afirmam que alguns estudiosos consideram existir lacunas no conceito de sofrimento moral e, por esta razão, julgam ser necessário um melhor entendimento do sofrimento moral para sustentar um conceito mais claro. As autoras discorrem ainda sobre a crítica que Lützn e Kvist (2008) fizeram ao conceito de Jameton afirmando que sua teoria é insuficiente para explicar os elementos relacionais implicados no processo de sofrimento moral. Ademais, referem a dificuldade de se encontrar uma definição clara de sofrimento moral haja vista o alto nível de abstração conceitual do fenômeno (LÜTZEN; KVIST, 2008).

Nesse sentido, sofrimento moral constitui um fenômeno que compõe realidades invisibilizadas e corresponde a um conjunto de experiências físicas, psicológicas e emocionais decorrentes da impossibilidade de se agir em consonância com seus valores morais. As

manifestações podem ser de raiva, frustração e ressentimento bem como ansiedade e tristeza (RAMOS et al., 2016)

Também pode ocorrer sentimento de vergonha, constrangimento, culpa, medo e depressão. Pode envolver ainda sensações como apatia, desamparo e impotência, auto-culpa e perda da auto-estima. Do ponto de vista fisiológico, pode ocorrer palpitações cardíacas, diarreia, dores de cabeça e insônia (McCARTHY; GASTMAN, 2015).

Schaefer e Vieira (2015) afirmam que as situações que geram sofrimento moral são vivenciadas inclusive por enfermeiros mais experientes, evidenciando a necessidade de se desenvolver estratégias que ajudem os enfermeiros a fortalecerem sua capacidade de enfrentamento de modo a aprenderem a lidar de forma positiva com as demandas éticas que se apresentam em sua prática profissional.

Com relação aos fatores que geram sofrimento moral, a revisão de literatura realizada por Schaefer e Vieira (2015) aponta questões éticas implicadas no contexto de trabalho dos enfermeiros tais como os emblemas relacionados ao fim da vida e a obstinação terapêutica. Acrescenta-se ainda questões que tangenciam as relações interpessoais na equipe e o processo de comunicação participam da gênese do sofrimento moral no cotidiano de trabalho do enfermeiro. Destaca-se ainda as questões éticas relacionadas ao cuidado com o paciente como conflitos com os familiares e, sobretudo, não respeitar os direitos dos pacientes.

Ressalta-se também a ausência de qualidade no cuidado realizado no fim da vida assim como a postura do paciente de negar atendimento seguro e/ou recusar tratamento, ausência de consentimento informado do paciente, a negação do enfermeiro de seu papel de advogado do paciente além de conflitos entre enfermeiro e paciente (SCHAEFER; VIEIRA, 2015). Os efeitos do sofrimento moral em enfermeiros são sistêmicos afetando seu modo de ser. Enfermeiros descrevem perda da autoestima e confiança na sua capacidade profissional.

Considerando os estudos quantitativos, segundo Oh e Belgium (2015), há que se destacar a abordagem de Corley et al. os quais tem avançado no desenvolvimento de uma escala de mensuração do sofrimento moral. Entretanto, ainda são necessários mais estudos quantitativos que se debrucem sobre outros tipos de conhecimento sobre sofrimento moral à luz da abordagem quantitativa de pesquisa. As autoras acrescentam, ainda, que se faz necessário um melhor entendimento acerca da intensidade e frequência do sofrimento moral no que tange suas variáveis sócio demográficas, respostas fisiológicas e estratégicas de enfrentamento relacionadas ao sofrimento moral (OH; BELGIUM, 2015).

Em revisão de literatura sobre o sofrimento moral realizada por Oh e Belgium (2015), é possível perceber que a maior parte dos estudos sobre sofrimento moral na enfermagem tem sido desenvolvidos nos Estados Unidos. Existem também pesquisas na Bélgica, Canadá, Japão, Jordânia, Israel e Suécia. Com relação aos contextos de trabalho, a maioria dos estudos tem sido realizada em unidades de terapia intensiva ou de cuidados críticos em hospitais, unidades cirúrgicas, lar de idosos e unidades de cuidados psiquiátricos. Com relação aos métodos de investigação científica, a referida revisão de literatura aponta que a maioria utilizou a escala de sofrimento moral desenvolvida por Corley, com versões originais, modificadas e adaptadas. Também foram utilizados pré e pós teste de desenho quase experimental para avaliar o efeito de um programa de educação para lidar com o sofrimento moral.

Alguns estudos avaliaram a relação entre sofrimento moral e variáveis sócio demográficas e, no que diz respeito à frequência, foi possível observar que os enfermeiros mais velhos, enfermeiros com mais experiência na enfermagem e enfermeiros que atuam em sua posição atual há mais tempo foram confrontados com mais frequência ao estado de aflição e de angústia moral. Entretanto, em outros estudos esta relação entre frequência de sofrimento moral, idade e experiência não foi uma associação significativa (OH; BELGIUM, 2015).

No que tange à intensidade do sofrimento moral e as variáveis sócio demográficas, alguns estudos evidenciaram que a medida que os enfermeiros envelhecem, eles experimentam menor intensidade de sofrimento moral. No entanto, no caso de cuidados fúteis Rice et al (2008), relataram que nos enfermeiros mais novos a intensidade do sofrimento moral é maior em relação aos enfermeiros mais velhos. Os mesmos autores afirmam ainda que a intensidade de sofrimento moral na enfermagem aumenta com o passar dos anos e com a permanência na posição atual de trabalho (RICE, et al., 2008).

Oh e Belgium (2015) fazem referência ao estudo de Corley et al que descobriram que a ausência de enfermeiros em posições de poder no sistema de saúde teve maior impacto na intensidade do sofrimento moral dos enfermeiros afro-americanos do que sobre os enfermeiros de outras raças ou etnias.

Estudo de Meltzer e Huckabay aponta que enfermeiros com maior grau de instrução experimentam intensidade elevada de sofrimento moral quando se deparam com situações de futilidade médica quando comparados aos enfermeiros com menor grau de estudos (OH; BELGIUM, 2015).

Com relação às respostas psicológicas para o sofrimento moral, evidencia-se que enfermeiros mais experientes vivenciam sofrimento moral com maior frequência e também

maior nível de exaustão emocional e despersonalização. A despersonalização e a exaustão emocional constituem dois dos três elementos que compõem a síndrome de neutralização, de acordo com Maslach Burnout Inventory (MBI). Há que se destacar também que foi positiva a relação entre intensidade de sofrimento moral associado à vivência de exaustão emocional e despersonalização. Assim, enfermeiros mais experientes enfrentam maior intensidade de sofrimento moral e, por conseguinte, experimentam níveis elevados de despersonalização e exaustão emocional (OH; BELGIUM, 2015).

No que diz respeito aos sentimentos, frustração e irritação ocorrem em enfermeiros que enfrentam sofrimento moral. Estudo realizado por Beumer (2008) evidenciou que sentimentos de raiva e frustração diminuíram após os enfermeiros que vivenciam o fenômeno, participarem de uma oficina sobre a temática. Além disso, após a oficina, os enfermeiros se afastaram menos do cuidado e dos pacientes.

De modo geral, pela análise da literatura nacional e internacional, é possível perceber que são raros os estudos sobre o sofrimento moral com enfermeiros que atuam na saúde da família. Os estudos tem se concentrado no âmbito hospitalar, reforçando a necessidade de aprofundar sobre a temática no contexto da saúde pública, haja vista os múltiplos agenciamentos coletivos, tanto sociais quanto políticos, que permeiam a prática profissional do enfermeiro, os desafios éticos por ele enfrentados e os significados atribuídos a estas vivências.

Para este estudo, adotamos como referência para análise do processo de angústia/sofrimento moral o Marco Teórico construído por Ramos et al. (2016). O Marco Teórico evidencia elementos conceituais que auxiliam na investigação do fenômeno.

Nesse sentido, de acordo com o Marco o elemento disparador central para a vivência de angústia/sofrimento moral é a sensação de impotência e o sentimento de incapacidade de agir em consonância com a ação entendida como eticamente adequada. A impossibilidade de agir pode ser decorrente de elementos internos (insegurança, relações de poder dissimétricas etc) e elementos externos (recursos humanos e materiais inadequados, fragilidades na formação profissional etc). Sabe-se que, embora as causas do sofrimento moral estejam descritas na literatura, nem todos os enfermeiros que vivenciarem tais situações, irão vivenciar o fenômeno (RAMOS et al., 2016).

A vivência de sofrimento moral possui duas dimensões, sendo uma objetiva e a outra subjetiva. A primeira corresponde à realidade objetiva, na qual são identificados fatores potencialmente desencadeadores do sofrimento do ponto de vista de sua materialidade (ausência de respaldo institucional, número insuficiente de trabalhadores entre outros). A

dimensão subjetiva, por sua vez, refere-se aos aspectos identitários dos sujeitos e à forma singular com que esses sujeitos percebem seus valores e suas obrigações morais. Assim, cada sujeito percebe, de modo particular, os problemas éticos e suas implicações morais, de tal modo que a vivência de sofrimento moral se traduz em uma experiência subjetiva e individual. Apesar da singularidade desta experiência, há que se considerar sua relação com o contexto do trabalho, no qual se situam os fatores potencialmente desencadeadores do sofrimento moral.

O Marco Conceitual tem como pressuposto o reconhecido da ética como componente principal da constituição do sujeito uma vez que a ética media a relação do sujeito consigo mesmo, com o outro e com a sociedade. O sujeito se produz, dessa forma, mediante diferentes modos de subjetivação os quais interagem com múltiplos dispositivos, inúmeros caminhos, diversas práticas e discursos. Assim, a ética exprime o trabalho sobre si mesmo, constituindo as normas que os sujeitos estabelecem para si. Nessa perspectiva, o movimento de vir a ser um sujeito moral perpassa a postura de constituir-se alvo da própria prática e conhecimentos (RAMOS et al., 2016).

Se a ética perpassa a construção de si pelo sujeito, também o sofrimento moral entendido como um problema ético, tem como potência provocar tensionamentos e mobilizar a reconstrução de certos comportamentos e posturas. Assim, a vivência de sofrimento moral tem uma dimensão produtiva de provocar o exercício permanente de refazer-se por meio da integração da experiência de si e a construção do sujeito ético (RAMOS et al., 2016).

Assume-se o pressuposto de Ramos et al (2016) os quais argumentam sobre a natureza processual do sofrimento moral. Entretanto, reconhecer a processualidade do fenômeno não inviabiliza sua análise por recortes episódicos os quais evidenciam as relações inscritas e os elementos que compoem o episódio. Importa destacar, porém, a incapacidade de uma análise pontual feita por meio do recorte em permitir a compreensão da produtividade do fenômeno e subjetivação mobilizada pela vivência do fenômeno.

O Marco Conceitual (FIG 1) busca, dessa forma, evidenciar os elementos que compõem a experiência ética do sujeito:

FIGURA 1: Marco conceitual para análise do processo de distresse moral

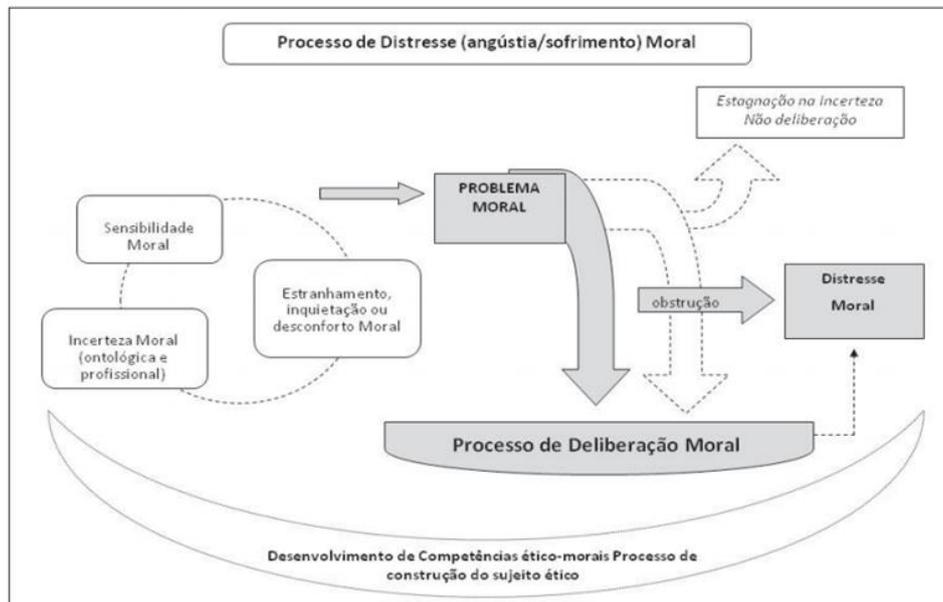


Figura 1 - Matriz esquemática - Marco conceitual para a análise do processo de distresse moral. Florianópolis-SC, Brasil, 2015

(Fonte: RAMOS et al, 2016)

O **problema moral** constitui o eixo central da análise, sendo também o ponto de partida do processo de sofrimento moral. O deparar-se com problema moral impele o sujeito a assumir determinado posicionamento e por esta razão é considerado como condição para que exista decisão moral. O problema mobiliza, dessa forma, o enfrentamento moral e a reflexão ética uma vez que instiga o sujeito a indagar a situação e também questionar a si próprio. Ocorre que, muitas vezes, a decisão moral, para acontecer, precisa mais que domínio técnico científico dada a complexidade dos problemas morais. Assim, caso o posicionamento e decisão moral sejam coerentes com o julgamento moral do sujeito, não há vivência de sofrimento moral (RAMOS et al., 2016).

Importa ressaltar, entretanto, que mesmo que a existência do problema moral seja condição para existência do sofrimento moral, não é suficiente. Isto porque pode ocorrer situações em que mesmo na presença do problema moral, o mesmo não é percebido por todos os atores envolvidos na situação em questão. Significa que a percepção do problema moral é subjetiva sendo necessária uma **sensibilidade moral** (RAMOS et al., 2016).

A sensibilidade moral pode ser exercitada e desenvolvida mediante as vivências. Entretanto, ainda que a sensibilidade moral possa ser ampliada por experiências, esta característica não lhe confere uma perspectiva linear e acumulativa baseada na temporalidade dessas experiências. Assim, não significa que tem mais enfrentamentos morais possui mais sensibilidade moral. O desenvolvimento da sensibilidade moral é produzido pela experiência de deparar-se com problema moral que mobilize o sujeito para uma experiência moral mediante os questionamentos e reflexões sobre si que surgirão da vivência do problema moral. Nesse sentido, no marco conceitual a sensibilidade moral ou ética é compreendida como condição fundamental para que haja percepção do problema moral. E mais, é mediante a sensibilidade moral que o problema moral será problematizado, indagado e questionado pelo sujeito (RAMOS et al., 2016).

Ainda sobre a sensibilidade moral, merece ressaltar seu caráter dinâmico e intrinsecamente ligada ao desconforto moral e a incerteza moral. O **desconforto moral** é entendido como o incômodo ou inquietação em relação às práticas habituais ou modos de agir cotidianos. A **incerteza moral** relaciona-se à incerteza profissional, ao reconhecimento da limitação de saberes, a pluralidade da realidade e o defrontar-se com o inesperado. A incerteza moral impulsiona a sensibilidade moral e retira o sujeito do lugar das certezas, abrindo perspectivas para invenção do novo. Tanto o desconforto quanto a incerteza moral são entendidos na produtividade que geram ao retirar os sujeitos de zonas de conforto e acomodação (RAMOS et al., 2016).

O Marco Conceitual adota a incerteza moral como inerente à existência humana e ao exercício profissional. Sendo o sofrimento moral entendido em sua processualidade, o desenvolvimento da sensibilidade moral perpassa a vivência de estranhamento, inquietação ou desconforto moral em maior ou menor intensidade os quais são acompanhados por múltiplos sentimentos não necessariamente negativos uma vez que podem ser produtivos e mobilizadores de reflexões sobre si que podem reconfigurar as experiências de si dos sujeitos (RAMOS et al., 2016).

Havendo, pois, problema moral e sendo ele percebido pelo sujeito, o marco conceitual sinaliza para três possíveis desdobramentos, retratados pelas setas da figura. A) estagnação na incerteza quando o sujeito não enfrenta o problema moral de modo que não há processo de deliberação tão menos posicionamento ético-moral. B) Quando ocorre o processo de deliberação moral de modo completo. C) Quando a deliberação moral ocorre de modo incompleto mediante obstáculos que inviabilizam que seja tomada a ação considerada mais

correta do ponto de vista moral, para a situação em questão. O sofrimento moral está inscrito no contexto deste último caso (RAMOS et al., 2016).

## **2.2. O processo de angústia/sofrimento moral no campo da saúde: reflexões sobre as interfaces entre prática profissional e subjetivação**

Por que pensar tal interface?

Importantes transformações marcam as sociedades contemporâneas, tendo como consequência, o delineamento de novas configurações sociais, bem como a eclosão de problemas ambientais, políticos e sanitários de grande impacto social. Trata-se de um contexto que impulsiona revoluções paradigmáticas e impõe reflexões éticas e bioéticas (SCHAEFER; VIEIRA, 2015). O objeto de análise, neste ensaio, responde a tal demanda de reflexão e encontra-se na interface entre os dispositivos organizacionais do processo de trabalho em saúde e a subjetividade dos trabalhadores.

Parte-se da constatação inicial de que, mediante os desafios éticos que se apresentam neste contexto de transformações, não são raras as vezes em que o trabalhador se percebe incapaz de agir em consonância com seu julgamento moral. Experimenta, dessa forma, o que vem sendo definido como *distresse* ou sofrimento moral, ou seja, sentimentos dolorosos de angústia que podem provocar manifestações físicas e psicológicas importantes, inclusive, podendo ocasionar abandono da profissão (RAMOS et al., 2016).

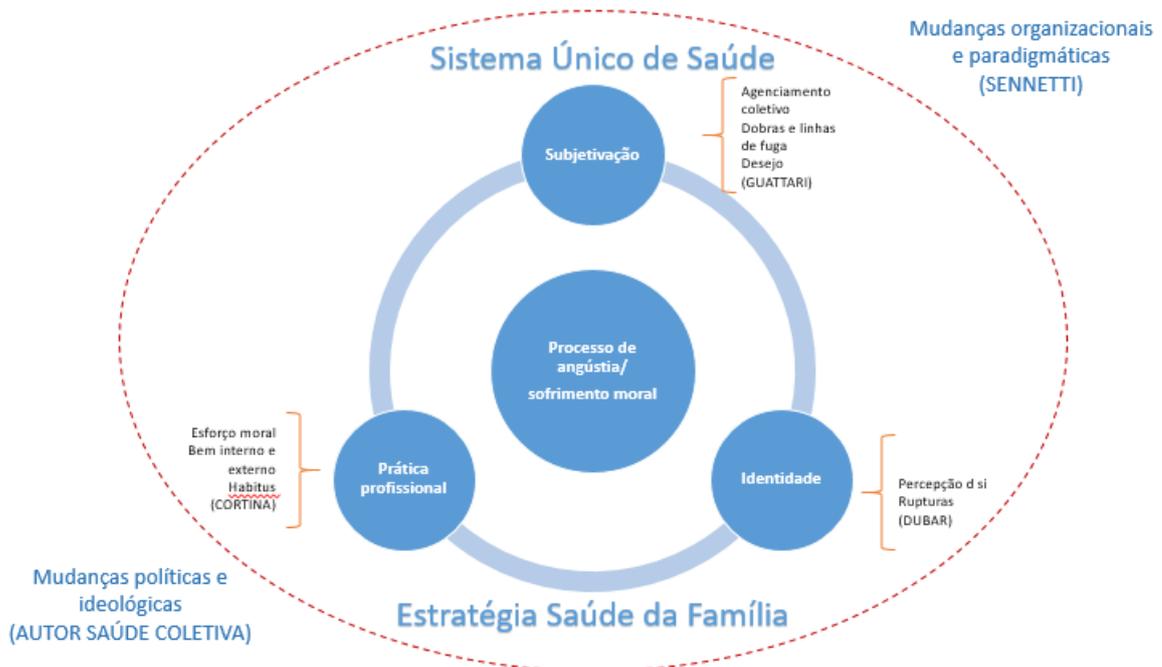
O ponto que diferencia a abordagem aqui proposta ao tema é, exatamente, a implicação com os processos de subjetivação e de identidade profissional os quais, por sua vez, não podem ser analisados a priori, destituídos de seu espaço de construção ou contexto. Assim, um suposto básico é o de que a pertença ao mundo do trabalho participa da trama subjetiva de configuração dos modos de ser dos sujeitos. É no mundo do trabalho que se encontra o desafio identitário mais importante (CAÇADOR, 2015).

Na prática profissional estão os inscritos significados de um modo de ser e de estar no mundo, articulando a dimensão técnica do trabalho com a dimensão ética, humana e relacional que lhes são inerentes. Assim, a tessitura da prática profissional mobiliza elementos cognitivos, mas também afetivos e existenciais, uma vez que participa da própria construção identitária dos sujeitos e de seus territórios existenciais. Por esta razão, quando existem contradições entre os

valores e as práticas profissionais, o sujeito vivencia o processo de angústia/sofrimento moral (RAMOS et al., 2016).

O ensaio propõe uma reflexão sobre as interfaces entre o processo de angústia/sofrimento moral de enfermeiros da saúde da família e as rupturas identitárias por eles vivenciadas no cotidiano da saúde pública no Brasil. Aborda a mudança paradigmática inscrita no modelo de atenção à saúde a partir do SUS, bem como as transformações filosóficas, organizacionais e políticas implicadas nesse processo. Busca produzir reflexões sobre as vivências de sofrimento moral tomando como base a construção teórica de Adela Cortina sobre prática profissional e de Guattari sobre subjetivação, além de noções auxiliares na discussão do contexto sociopolítico e organizacional que envolvem o trabalho. A relação entre os conceitos está representada na Figura 2.

FIGURA 2: Interface teórica entre sofrimento moral prática profissional e subjetivação



(Fonte: Elaborada pelo pesquisador para fins deste estudo)

A Figura 2 expressa a relação entre os conceitos utilizados para compor a reflexão sobre as interfaces entre prática profissional, identidade e subjetivação no campo da saúde. A ESF é o cenário que engaja a reflexão de tal interface, cuja potencialidade está em sua produção de sujeitos e de trabalho, compondo e articulando a prática profissional, a identidade e a subjetivação de atores que interagem e integram esse *locus*. Para a construção dessa reflexão,

serão explorados os seguintes tópicos: Os agenciamentos coletivos: contextos de mudança e novas implicações para o sujeito no trabalho; Prática profissional, subjetivação e sofrimento moral; Desdobramentos políticos e éticos no campo da saúde e o enfermeiro na saúde da família: novos territórios existenciais?

### **2.3. Os agenciamentos coletivos: contextos de mudança e novas implicações para o sujeito no trabalho**

Inicialmente, é fundamental refletir sobre a conjuntura em discussão. Busca-se dar visibilidade à característica mutacional do contexto no qual o objeto se insere e se conforma, qual seja, de um contexto de mudanças políticas, culturais, paradigmáticas e organizacionais, representado nos campos externos da Figura 2.

A perspectiva do contexto aqui discutida, conflui com a ideia de agenciamento proposta por Guattari, que ultrapassa a compreensão de estrutura ou sistema. O agenciamento não se trata apenas do contexto a que se pertence, mas guarda relação com a trama variada que compõe a realidade, tanto de natureza biológica quanto imaginária, social, maquínica e gnosiológica. Esta realidade, embora coletiva e partilhada pelo conjunto da sociedade, é incorporada de forma singular por cada indivíduo que com ela se relaciona. Assim, os agenciamentos coletivos dizem respeito às modulações que afetam a subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

A subjetividade assume natureza mutável e sua produção, ou não produção, é mediada pelos agenciamentos de enunciação. Tais agenciamentos dizem respeito aos dispositivos coletivos que produzem, em larga escala, novas formas de subjetividade. Significa que a subjetividade individuada se revela como a superfície e, em uma camada mais profunda, estão os processos de subjetivação, o *background* da subjetividade individuada, o qual precisa ser reconhecido e compreendido. Como processo, a subjetivação diz respeito a um movimento permanente de rupturas de equilíbrios até então estabelecidos, sendo a força produtiva do desejo, a mola propulsora para fabricação dos objetos, bem como das formas de subjetivação referentes a estes objetos (GUATTARI, ROLNIK, 2005).

Para elucidar tal contexto, em que os agenciamentos se revelam, propõe-se o desenvolvimento de quatro bases de argumentação:

1. Da noção de flexibilidade como nova centralidade dos processos organizacionais e geradora de impactos na vivência do trabalho;

2. Do reconhecimento do caráter ético das relações contraditórias, entre a ordem flexível e a subjetividade, ou de sua produção em um cenário de conflito entre valores incompatíveis, tal como controle e liberdade e entre escolhas possíveis e determinações (SENNETTI, 2012);
3. Da noção de subjetivação apoiada pela compreensão da permanente reconfiguração dos modos de existência e do desejo como força produtiva, face aos múltiplos agenciamentos coletivos (DELEUZE; GUATTARI, 2015);
4. Da tessitura da prática profissional (CORTINA, 2005) no campo da saúde em meio ao contexto de transformações paradigmáticas, organizacionais e ideológicas mobilizadas pelo SUS.

Dentre as inúmeras mudanças que marcam o século XXI há que se destacar, no âmbito das organizações, os desdobramentos do paradigma da flexibilidade. A rigidez e a burocracia são alvos de críticas incessantes, bem como se ataca toda forma de rotina destituída de crítica. Nessa lógica, exige-se dos trabalhadores a agilidade e o desenvolvimento de competências e habilidades que os tornem aptos a aderirem às mudanças a curto prazo. Além disso, cumpre ao trabalhador sustentar sua prática de modo cada vez autônomo em relação às normas e aos procedimentos formais (SENNETTI, 2012).

Trazer a flexibilidade para a centralidade dos processos organizacionais confere novo significado ao trabalho e as palavras a ele correlatas. Diferentemente da noção que imperou por muitos anos, o trabalho não mais se traduz com a conotação de linearidade. Anteriormente, o indivíduo canalizaria sua inserção no mercado econômico durante toda sua vida, em que se imperava laços de identificação organizacional, apreendidos de forma inconsciente pelo trabalhador, sendo dificilmente rompidos, haja vista que se operavam no nível ideológico (SENNETTI, 2012).

A ideia de “capitalismo flexível” reconfigurou a trajetória do trabalhador a partir de um cenário em que ele passou a permutar em diferentes tipos de trabalho (SENNETTI, 2012, p.9). Daí que a flexibilidade confere ao trabalho a conotação do termo inglês *job*, como bloco passível de ser transportado ou de sujeitos que fazem blocos de trabalho ao longo da vida; o termo “emprego” é substituído pela palavra projeto, denotando sua natureza volátil e; a forma piramidal que delineava o desenho organizacional é substituída pelo modelo de redes. As redes pressupõem uma facilidade em sua decomposição e rearranjo, permitindo acompanhar e retroalimentar o ritmo veloz de produção (SENNETTI, 2012).

O paradigma da flexibilidade confere às pessoas maior liberdade para delinear suas vidas. A dinamicidade do mercado atribui um ritmo acelerado que impulsiona o desejo de retornos rápidos, além de uma mutação constante nos processos produtivos. Assim como é necessário desconstruir a burocracia rígida, ao indivíduo cabe a adoção de riscos. A singularidade e a potência da incerteza nos dias atuais é sua pulverização na vida cotidiana sem que seja necessária a presença de uma ameaça ou um desastre histórico, mas pertence às entranhas do capitalismo em vigor. Entretanto, isto não significa o afrouxamento do controle, mas a instauração de novos e, por vezes, camuflados e sutis dispositivos de controle. Por esta razão, o capitalismo flexível se apresenta na forma de um sistema de poder turvo, cuja leitura se torna mais difícil e enigmática (SENNETTI, 2012).

A capacidade de influenciar o caráter pessoal é o que confere à flexibilidade o seu tom enigmático. O caráter diz respeito ao “valor ético que atribuímos aos nossos próprios desejos e às nossas relações com os outros” (SENNETTI, 2012, p. 10). Assim, o caráter diz da singularidade dos sujeitos, uma vez que faz referência aos desejos e aos sentimentos que os habitam, que nem sempre são revelados e que pertencem a uma dimensão muito íntima. O caráter está diretamente relacionado, a longo prazo, com a experiência emocional e com a eleição de valores a serem defendidos e que guiarão as posições quando situações conflituosas e emblemáticas se apresentarem. Assim, “caráter são os traços pessoais a que damos valor em nós mesmos, e pelos quais buscamos que os outros nos valorizem” (SENNETTI, 2012, p. 10). Na lógica do trabalho, cabe articular a noção de virtude como um valor que compõe o caráter pessoal, visto que se refere aos hábitos e às atitudes que os trabalhadores adotam para buscar a excelência no fazer (CORTINA, 2005).

As contradições entre a nova ordem flexível e a subjetividade emergem quando a escolha de valores duradouros, como a virtude, é incoerente com uma sociedade fortemente marcada pelo imediatismo, pelas relações fluídas e pela incapacidade de saber esperar. Quando aspirações por metas a longo prazo chocam com uma economia regida pela noção de curto prazo; ou quando desafiam indivíduos a cultivar valores de lealdade e de compromisso recíproco com organizações continuamente reconfiguradas, corriqueiramente, lidam com os trabalhadores como objetos de descarte e inviabilizam a criação de laços sociais sólidos (SENNETTI, 2012), o que destitui o profissional da busca pelo melhor no seu fazer, isto é, desvaloriza a virtude, haja vista que ele não possui tempo para realizar a atividade conforme ele desejava, a organização não possui um ambiente que favoreça a dedicação, sendo conseqüente à vivência de sofrimento moral.

As modulações subjetivas do paradigma da flexibilidade possuem interfaces éticas importantes na medida em que a nova ordem impõe diferentes valores, os quais, de algum modo, influenciam as escolhas de caráter pessoal. Assim, o imperativo do curto prazo implica em certa corrosão da confiança, da lealdade e do compromisso mútuo que compõem a trama dos laços sociais. Significa, pois, que o valor que está sendo cultivado por essa nova ordem é da mudança fugaz, do descompromisso e do não sacrifício, que faz colocar a seguinte questão ética: Como defender valores que são construídos a longo prazo em uma sociedade ditada pela lógica do curto prazo? A corrosão do caráter, acontece quando se destrói “aquelas qualidades de caráter que ligam os seres humanos uns aos outros, e dão a cada um deles, um senso de identidade sustentável” (SENNETTI, 2012, p.27)

No que tange os processos de subjetivação que se deflagram em amplos e complexos agenciamentos, chega-se ao pressuposto de Guattari sobre o modo como as transformações sociais afetam a configuração do inconsciente, não apenas como assimilador passivo, mas como inconsciente capaz de protestar e como local de produção dos territórios existenciais. Entretanto, a contradição se apresenta quando nossas experiências não conseguem acompanhar o ritmo das mudanças. A cartografia produzida pela força do desejo sofre também o processo de economia do desejo, de tal modo que, antes mesmo de ser possível delinear um jeito de viver dentro de um determinado contexto, esse modo de ser torna-se defasado em face da velocidade das transformações. Há, pois, um processo de “sucateamento de modos de existência promovido pelo mercado que faz e desfaz mundos: treinamos, dia após dia, nosso jogo de cintura para manter um mínimo de equilíbrio nisso tudo e adquirir agilidade na montagem de territórios” (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 15).

Considerando a abordagem de Guattari e Deleuze, o território constitui a base sobre a qual os seres se organizam do ponto de vista subjetivo. Esses territórios delimitam a subjetividade em determinados modos de ser ao mesmo tempo em que se articulam com outras forças e seres existentes. Território significa, dessa forma, apropriação, pertença e uma forma de subjetividade fechada. Traduz o conjunto de representações e de projetos os quais mobilizam uma série de escolhas, investimentos, comportamentos e definições sociais, culturais, estéticas e cognitivas

Já a desterritorialização diz respeito ao movimento de abertura do território a outras conformações possíveis, mediante as linhas de fuga. A reterritorialização compreende o processo de recomposição de um território transformado por um processo de desterritorialização (GUATTARI; ROLNIK, 2015).

Em meio às transformações nos processos organizacionais, há uma produtividade subjetividade no mundo do trabalho a qual impulsiona os trabalhadores a reconfigurarem seus modos de ser e suas práticas profissionais.

#### **2.4. Desdobramentos políticos e éticos no campo da saúde coletiva**

Considerando o campo externo da Figura 2 como o conjunto transformações políticas e éticas mobilizadas pela saúde coletiva no Brasil, entendida como campo de saberes e práticas, analisar-se-á os desdobramentos de tais transformações na produção das práticas profissionais. Aproximando-se dos campos internos da Figura 2, desvela-se a necessidade de reflexão sobre algumas especificidades dos agenciamentos produzidos para profissionais de saúde, os quais são desafiados a construção de territórios existenciais em circunstâncias históricas próprias. Neste aspecto, a principal base de argumentação recai na proposição de que reconfigurações paradigmáticas inscritas no capitalismo pós-moderno e no modelo de atenção à saúde no Brasil, com o SUS e a ESF como importantes dispositivos de mudança, se capilarizaram na vida dos sujeitos, em desdobramentos nos processos de viver, adoecer e cuidar e, especificamente, nos processos de subjetivação e construção identitária dos profissionais de saúde.

Guattari discute o processo de reconstrução coletiva do processo democrático instaurado no Brasil na década de 80, contexto em que o país se preparava para as primeiras eleições diretas, após duas décadas de regime militar. O autor acredita que o período de redemocratização do país foi marcado por um movimento de enfraquecimento de um processo de subjetivação alicerçado em quinhentos anos de história marcada por exclusão, marginalidade e segmentação, desenhando uma cartografia perversa de desigualdade social instituída. “No processo de redemocratização, revitaliza-se não só a consciência social e política da sociedade brasileira, mas também o seu inconsciente, de diferentes modos e em diferentes graus” (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 15).

Além do processo de redemocratização que se estendia por diversos países da América Latina, ocorria também um movimento de transformação, em âmbito internacional, da lógica inscrita no regime capitalista. Guattari denomina essa reconfiguração do capitalismo de Capitalismo Mundial Integrado (CMI), o qual é marcado por intenso processo de instrumentalização das forças de desejo, de ação e de criação. Tal instrumentalização constitui-se como principal dispositivo de captação da mais-valia em detrimento da histórica extração da força mecânica do trabalhador.

Ainda na década de 80, o Brasil foi palco de grandes transformações políticas e estruturais no campo da saúde. Trata-se da deflagração do movimento da Reforma Sanitária brasileira que teve como conquista a criação do SUS como política pública. Além disso, propôs e defendeu um novo paradigma de saúde que ultrapassa questões organizacionais do modelo assistencial ao contemplar princípios de justiça social na sua constituição (MERHY, 2002).

Assim, a consolidação do SUS tem sua maior relevância no estabelecimento de uma reconfiguração ideológica, propondo um novo olhar sobre a saúde e suas determinações históricas e sociais. A concepção de saúde que emerge da Reforma Sanitária exige novas formas de organizar os processos de trabalho (FEUERWERKER, 2005; GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2007).

A saúde passa a ser compreendida como um componente do viver humano e da condição de sua existência e, por este motivo, abrange todas as esferas sociais. É reconhecido que as determinações históricas de vida e de trabalho criam condições diferenciadas de experimentar, sentir e viver a saúde de acordo com a classe social a que o indivíduo pertence. Significa dizer que o processo saúde-doença-cuidado envolve uma complexa teia de relações da qual fazem parte aspectos físicos, sociais, ambientais, psicológicos e espirituais das pessoas, bem como da atribuição de significados que elas conferem a todos os elementos envolvidos nesta construção (AYRES, 2007).

Segundo o *Institute of Medicine Committee on the Future of Primary Care*, o que caracteriza a APS é a prestação de cuidados de saúde acessíveis e realizados de forma integrada pelos serviços. A prática em saúde, no contexto da APS, tem como potencial ser capaz de lidar com a maioria das necessidades de cuidados de saúde individual e coletiva, bem como o desenvolvimento de uma sustentada e prolongada relação de vínculo com os usuários, tendo como foco a família (LAABS, 2005).

No contexto brasileiro, a APS é compreendida e assumida do ponto de vista político como o dispositivo para nortear a organização do sistema de saúde. Para que seja capaz de responder às necessidades de saúde da população e de construir práticas de saúde sustentadas em sua lógica, a APS exige o reconhecimento da saúde como direito social, bem como o enfrentamento da determinação social do processo saúde-doença-cuidado (GIOVANELLA et al., 2009). Na visão de Zoboli e Fortes (2004), há um chamamento para uma reviravolta ética na produção das práticas em saúde.

O chamamento feito a partir da implantação da saúde da família tem por intuito materializar as primícias ideológicas do SUS, configurando novos modos de fazer saúde e de

ser profissional. O conceito de território adquire, assim, novas conotações, passando a ser entendido em sua dinamicidade. Sendo vivo, o território convoca as equipes de saúde da família para implementar práticas de cuidado que dialoguem com o contexto histórico, social, cultural e simbólico das comunidades. Nesses moldes, o conceito ampliado de saúde ganha materialidade e a integralidade alcança o cotidiano dos serviços (BORGES, 2015).

Considerando que as reconfigurações paradigmáticas inscritas no capitalismo pós-moderno e no modelo de atenção à saúde no Brasil, compreendemos que, a partir do SUS, eclodiu um chamamento para uma reviravolta ética nas práticas de saúde. O cenário de atuação do enfermeiro na saúde da família é, portanto, marcado por desafios éticos que perpassam as reconfigurações políticas, sociais e paradigmáticas dos modelos de gestão de atenção à saúde no Brasil, os quais estabelecem interface com o processo de subjetivação desses profissionais e as vivências de angústia/sofrimento moral experimentadas no cotidiano.

## **2.5. Prática profissional, subjetivação e sofrimento moral**

No campo mais interno da Figura 2, o destaque é dado aos conceitos que fundamentam a compreensão do objeto de pesquisa e que, vistos em suas inter-relações, instrumentalizam a apropriação mais articulada e crítica de sua complexidade. De forma sintética, as bases argumentativas vão se ampliando, nas seguintes proposições:

- O sofrimento moral não pode ser visto como fenômeno pontual, mas como processo que integra não apenas o ato, mas as experiências de trabalhar;

- Novos modos de fazer saúde e de ser profissional indicam que práticas profissionais são reconstruídas ao mesmo tempo em que são reconfigurados processos de subjetivação e de formação de identidade;

- A prática profissional de enfermeiros não sofre apenas transformações tecnológicas pois estas estão implicadas com a ética, com o sujeito da ação, sua razão, valores e escolhas;

Considera-se que mudar o desenho organizacional do sistema, por meio da introdução de novas diretrizes, normatizações e leis orgânicas não é suficiente para sustentar uma efetiva transformação se não vier acompanhada por um processo de mudança nos modos de ser dos profissionais de saúde, o que implica em uma reconfiguração de seus saberes e das práticas a ele associadas. Por outro lado, e, ao mesmo tempo, os arranjos organizacionais afetam a subjetividade dos trabalhadores, ora viabilizando sua potência criativa e autonomia, ora

sequestrando-a, fazendo com que processos de angústia/sofrimento moral pertençam ao cotidiano de trabalho na saúde.

Mediante o processo de desenvolvimento da sociedade, de reconfiguração de sua dinâmica e das mudanças culturais a elas associada, a ética ganha destaque na prática profissional em saúde na ESF. Tal prática se desenrola na essência da comunidade (território), sendo isso, fundamental para o desenvolvimento da identidade moral dos profissionais, haja vista ser um processo socialmente mediado. A identidade moral refere-se à capacidade de o profissional exercer a agência moral e desenvolver a prática ética, isto é, encontrar no fazer o valor que o suporta (PETER; SIMMONDS; LIASCHENKO, 2016). Desse modo, a ética situa-se no cerne da análise da vida moral sustentada na sensibilidade moral e na capacidade de identificar e perceber conflitos, bem como na coerência na solução de tais conflitos. Nesse sentido, a ética se encontra no centro do processo de tomada de decisão em que os enfermeiros estão envolvidos (SCHAEFER; VIEIRA, 2015).

São muitos os desafios que perpassam a prática profissional do enfermeiro no contexto da saúde da família, uma vez que se interpõem enfrentamentos de ordem estrutural e subjetiva aos quais se associa as fragilidades que acompanha o processo histórico e social de consolidação, (in)visibilidade e reconhecimento da categoria no Brasil.

Deste modo, a reconfiguração das práticas em saúde prescinde do reconhecimento pelo sujeito da ação, neste caso, o trabalhador de saúde, de que as leis morais que discorrem sobre humanização e prática ética, são leis que ele oferecia a si mesmo de modo que encontre razões para considerá-las como suas (CORTINA, 2005). Pode-se afirmar que este movimento interno, sugerido por Cortina, que precisa acontecer no sujeito para que ele encontre razão suficiente para reconhecer uma lei como sua, à luz da construção teórica de Guattari, trata-se do processo de desterritorialização e reterritorialização.

Segundo Cortina, é mediante o processo de socialização que ocorre o aprendizado de valores e de leis. Entretanto, é necessário que cada sujeito considere válidos as leis e os valores aprendidos, sendo este movimento de legitimação uma tarefa de cada sujeito. Para que as leis e os valores sejam legítimas pelos sujeitos é preciso que eles convençam sua razão e afetem seus sentimentos. Isto porque o ser humano é a união de “intelecto e desejo, de razão e de sentimento” (CORTINA, 2005, p. 15). Aí está a fundamental diferença entre a ética do dever e a ética da virtude. A ética do dever se opera entre as obrigações e deveres, entre o certo e o errado, no nível deontológico, enquanto na ética da virtude, a moralidade está na apreensão do

valor. Assim, o indivíduo persegue o caminho da ética da virtude por nele acreditar (HOOFT, 2013).

Por esta razão, se os valores morais e as leis que se pretendem humanizadoras não se assentarem na razão dos seres humanos e não afetarem seus sentimentos, a “falta de humanidade é insuperável” (CORTINA, 2005, p.15), daí a importância do processo de socialização.

Segundo Dubar (2013), a socialização profissional participa do processo de configuração identitária e de construção de si do trabalhador por meio da prática profissional. Significa que os modos de ser profissional são influenciados pela socialização que ocorre no processo de profissionalização, inclusive a apreensão de valores.

Considerando que o modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS tem como pressuposto fundamental o resgate da dimensão cuidadora das práticas de saúde, faz-se necessário investir em modelos de gestão participativos e dialógicos em que o controle social e a participação comunitária instiguem o sentimento de pertença a essa proposta de assistência à saúde que afeta a estrutura da sociedade e também o processo de profissionalização. Ademais, é necessário investir em processos formativos coerentes com o novo paradigma proposto. Por fim, não menos importante, necessário se faz superar as lacunas e as fragilidades estruturais do sistema de saúde brasileiro, o qual carece de maior investimento econômico e político (FEUERWERKER, 2014).

Face aos dos desafios que o sistema de saúde brasileiro apresenta, torna-se um imperativo pensar as questões éticas inscritas na prática profissional em meio ao cotidiano conflituoso da saúde pública, haja vista que em cenários adversos, torna-se um desafio premente manter o que Laab (2007) denomina de integridade moral.

O enfermeiro é considerado o agente de acessibilidade do sistema, reconhecendo as necessidades de cuidado dos pacientes e direcionando-os. Nesta perspectiva, extrapola sua identidade moral para a comunidade, reconhecendo-a no trabalho e nas ações que lhe são destinadas, tendo importantes configurações identitárias e profissionais (PETER; SIMMONDS, LIASCHENKO 2016). Assim, o papel que assume e o lugar que ocupa na equipe de saúde torna o enfermeiro suscetível a vivenciar situações eticamente conflituosas quando emergem dúvidas sobre qual seria a decisão mais correta a ser tomada (RAMOS et al., 2016). Além da incerteza moral da conduta mais apropriada a seguir, o enfermeiro, muitas vezes, preso nas artimanhas do sistema e das políticas se vê impossibilitado de agir em consonância com sua responsabilidade moral, levando a experimentar o sofrimento moral.

A prática profissional do enfermeiro é, portanto, permeada por conflitos éticos o quais podem gerar vivências de sofrimento moral. O sofrimento moral está associado a perda da capacidade de cuidar, bem como o desenvolvimento de esgotamento profissional, impactando na configuração da identidade do enfermeiro. Necessário se faz, segundo Oh; Belgium (2015), desenvolver estratégias de natureza organizacional no contexto de trabalho que ofereçam suporte aos enfermeiros que experimentam o sofrimento moral em seu cotidiano para que sejam mobilizados a desenvolverem estratégias de enfrentamento.

Deste modo, a prática profissional do enfermeiro traduz-se em um esforço moral de tal modo que problemas morais são inerentes ao seu fazer. Quando problemas morais não são resolvidos, compromete-se a integridade moral do enfermeiro, resultando em experiências de angústia/sofrimento moral, caracterizada por raiva, impotência, culpa e frustração. Tais vivências têm sido associadas com a perda da capacidade de cuidar, além de certa tendência em evitar o contato com o paciente. Assim, quanto maior o sofrimento, maior a probabilidade de abandono da profissão (LAAB, 2005).

Embora a demanda ética no processo de tomada de decisão em saúde seja cada vez mais crescente, são raras as iniciativas no âmbito organizacional que ofereçam respaldo para os profissionais nesse processo. Nesse contexto, a “falta de tempo, a falta de apoio organizacional, os conflitos com outros profissionais, as políticas institucionais e os diferentes limites éticos e legais associados ao processo de tomada de decisão” acarretam o desenvolvimento do processo de angústia/sofrimento moral (SCHAEFER; VIEIRA, 2015, p. 564).

O sofrimento moral refere-se ao sofrimento psicológico, fisiológico e emocional que pode ocorrer com os enfermeiros em virtude de constrangimentos circunstanciais que os impelem a participar de irregularidades morais por eles percebidas ou se omitirem no enfrentamento de conflitos éticos. Trata-se de um fenômeno que compõe realidades invisibilizadas e corresponde a um conjunto de experiências físicas, psicológicas e emocionais decorrentes da impossibilidade de se agir em consonância com seus valores morais. As manifestações podem ser de raiva, frustração e ressentimento bem como ansiedade e tristeza. Também pode ocorrer sentimento de vergonha, constrangimento, culpa, medo e depressão. Pode envolver ainda sensações como apatia, desamparo e impotência, auto-culpa e perda da auto-estima. Do ponto de vista fisiológico, pode ocorrer palpitações cardíacas, diarreia, dores de cabeça e insônia (McCARTHY; GASTMAN, 2015).

Na última década, pesquisas sobre sofrimento moral se intensificaram e muito se tem debatido sobre o impacto das restrições impostas aos profissionais em sua prática cotidiana e

as consequências desse contexto na qualidade do cuidado ao paciente. Paralelamente ao aumento pelo interesse no fenômeno do sofrimento moral, percebe-se um aumento nas críticas relacionadas à falta de clareza conceitual do fenômeno bem como distorções na aplicação do conceito. Torna-se, pois, fundamental revisitar de forma cuidadosa os pressupostos epistemológicos que sustentam os conhecimentos sobre o fenômeno (MUSTO, RODNE, 2016).

Musto e Rodne (2016), fazem uma crítica à perspectiva epistemológica que sustenta a compreensão conceitual linear sobre sofrimento moral, conferindo-lhe uma dimensão de causa e efeito a partir de uma perspectiva limitada que o relaciona apenas as restrições contextuais. Os autores defendem que se faz necessário uma abordagem ampla que contemple a complexidade do processo de angústia e sofrimento moral. Assim, nos convida a refletir sobre posições ontológicas e epistemológicas que permitam melhor compreender os agentes morais que atuam nos contextos organizacionais e fomentam o desenvolvimento de tais vivências.

Neste ensaio teórico, acrescenta-se ao debate a dimensão da subjetivação como participante do fenômeno, seja pela sensibilidade moral que desperta a cascata de vivências do fenômeno, seja pelo processo de deliberação moral que perpassa elementos constituintes de características singulares e subjetivas de cada sujeito. É por esta razão que sob mesmo contexto organizacional existem profissionais que vivenciam o fenômeno e outros não. Acreditamos que analisar o fenômeno à luz da articulação de abordagens filosóficas e psicológicas, oferece uma perspectiva diferenciada de compreensão do fenômeno coerente com a complexidade que lhe é inerente.

Assim, em meio a transição do modelo de atenção à saúde, tangenciado por sucessivos movimentos de desconstrução e reconstrução das formas de pensar e agir em saúde, o cenário de atuação do enfermeiro na saúde da família é marcado por desafios éticos que perpassam as reconfigurações políticas, sociais e paradigmáticas dos modelos de gestão de atenção à saúde no Brasil, os quais estabelecem interface com o processo de subjetivação desses profissionais, sua construção identitária e as vivências de angústia/sofrimento moral experimentadas no cotidiano.

Há que se destacar, entretanto, que nem todo sofrimento no trabalho é sofrimento moral. A sociedade contemporânea tem assumido uma concepção perigosa, e às vezes até utópica, de busca por uma felicidade absoluta. Ao se propor uma reflexão teórica sobre sofrimento moral no trabalho, não se pretende negar que sua existência é inerente ao viver humano, mas sim problematizar sobre as múltiplas dimensões implicadas em sua gênese para melhor compreender o fenômeno e contribuir para que sua análise não seja limitada e pontual. O

sofrimento pertence ao dinamismo da existência, assumindo uma dimensão positiva (RAMOS *et. al*, 2016).

O sofrimento constitui a natureza da vida humana, sendo uma marca por meio da qual o homem reconhece sua humanidade. O sofrimento pode estar relacionado a um fenômeno exterior, o qual passa a fazer parte da realidade interior quando a ele os sujeitos encontram-se comprometidos, implicados e afetados. Assim, o sofrimento faz morada nos sujeitos e por meio dele o ser humano pode entrar em contato consigo e com a existência (MINKOWSLI, 2000). Há, dessa forma, uma produtividade nas vivências de sofrimento a partir das reconfigurações de si mesmo por ele mobilizadas.

Aceitar a imanência do sofrimento ao viver humano não significa busca-lo ou conformar-se a ele. Distintos sentimentos, como desamparo e depressão pode se manifestar, mas tais sentimentos não traduzem o sofrimento em si, são apenas manifestações provocadas no ser humano (MINKOWSLI, 2000). Entretanto, tais manifestações e a própria percepção do sofrimento acontece de modo singular em cada ser humano, mesmo que sob as mesmas influências externas.

Há, pois, na gênese do sofrimento importante componente subjetivo que evidencia a configuração identitária presente neste processo. Assim, a sensibilidade moral que permite ao sujeito se afetar por determinada realidade guarda forte relação com a identidade do trabalhador (RAMOS *et al.*, 2016). Da mesma forma, o modo e a intensidade com que o sujeito vivencia o sofrimento moral também é subjetivada de modo particular, estando articulada com o modo de ser do sujeito. Por fim, o processo de deliberação moral e enfrentamento perante as vivências de sofrimento moral também são influenciadas pelo processo de subjetivação e configuração identitária do trabalhador, as quais delineiam seu modo de ser e estar no mundo, a ele pertencer e tecer suas relações.

Seria, portanto, possível intervir nos fatores externos potencialmente causadores de sofrimento para aniquilar sua existência? Seria tão linear sua produção de modo que ao retirar os elementos desencadeadores, seriam anuladas tais vivências no ser humano? Não. Isto porque, mesmo tendo influência de fenômenos externos, por sua natureza, o homem sempre conhecerá o sofrimento. Trata-se de uma condição ontológica e reconhecendo tal essência, este ensaio não se propõe a pensar o sofrimento moral como um fenômeno ameaçador sobre o qual há necessidade de pensar estratégias de sua extinção no contexto de trabalho, mas sim, em sua produtividade (RAMOS *et al.*, 2016).

A experiência de sofrimento moral pelos profissionais integra o processo de socialização, levando em consideração que, ao longo da vida, o indivíduo passa por sucessivos processos de socialização que o compõe em termos de subjetividade e identidade. Assim, sofrer moralmente, significa que o profissional vivenciou o estranhamento e/ou a inquietação frente a um problema moral, isto é, foi capaz de reconhecê-lo como tal. Nessa perspectiva, o sofrimento moral faz parte da construção do sujeito ético (RAMOS et al., 2016), desvelando sua produtividade nos processos de subjetivação, os quais compõem a prática profissional.

Analisar o sofrimento moral considerando suas interfaces com a prática profissional e subjetivação é um convite a tentar se aproximar da complexidade inscrita no fenômeno. Sem ter a pretensão de esgotar o debate, o ensaio busca contribuir para a compreensão das vivências de sofrimento moral de enfermeiros na saúde da família, tendo em vista as transformações paradigmáticas que afetam sua prática e sua construção de si no processo de trabalho.

Guattari denomina território existencial, que corresponde à própria vida em seus processos e formações. Para Guattari, a problemática da micropolítica situa-se no âmbito da subjetividade e não das representações (GUATTARI; ROLNIK, 2005). Os processos de formação da identidade e do acervo social do conhecimento são processos que acontecem simultaneamente na sociedade, sendo disso que a sociedade vive. Estar em sociedade significa, então, participar da dialética desse processo e ser um ser social é fazer parte desse mecanismo de interiorizar, subjetivar e exteriorizar, objetivar (BERGER; LUCKMANN, 1999).

Para Guattari, a constituição do sujeito ocorre por meio de um processo de fabricação, de modulação, conferindo à subjetividade um caráter industrial. Assim, existem diferentes tipos de máquinas de produção de subjetividade. Essas máquinas de produção de subjetividade mudam de acordo com o contexto histórico. O autor compara o processo de produção de subjetividade ao processo de fabricação material de um produto. Nesse sentido, afirma que o leite imprime suas moléculas em diferentes formas de apresentação como produto alimentício. De modo análogo, defende que o processo de produção subjetiva perpassa a introdução de um conjunto de significações em determinados grupos. Seguindo essa lógica, Guattari sustenta que a macro e a micropolítica são indissociáveis e em meio a esta relação ocorre o processo de subjetivação (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

O autor reconhece o lugar que relações sociais possuem na configuração da subjetividade mas, sinaliza como substrato da produção de subjetividade a “vontade de potência produtiva” (GUATTARI, ROLNIK (2005, p. 34) que é capaz de revolucionar o processo

produtivo por meio de inúmeras revoluções biológicas e científicas que imprimem sua força nos dispositivos coletivos e midiáticos.

Indo além, essa articulação conforma o modo de fazer do profissional na busca pelos bens internos e/ou externos da profissão, definindo sua valorização ou sua corrupção, isto é, sendo determinantes na construção da prática profissional. A prática profissional na visão de Cortina (2005) é composta por “bens interno” e “bens externos”. Por “bem interno” entende-se a racionalidade que é da própria profissão, é o fim dela própria, não cabendo ao profissional deliberar sobre ela. Ao passo que, o “bem externo” é adquirido mediante a busca pelo bem interno, sendo comum às atividades, não sendo um elemento que as distingue. Como “bem externo” tem-se o dinheiro, o status, o prestígio e o poder (CORTINA, 2005).

A busca pelo bem interno da profissão, exige que os profissionais incorporem valores e hábitos, como a virtude, a fim de alcançá-lo (CORTINA, 2005). Tal busca está imbricada nas tomadas de decisões que se impõe ao profissional no cotidiano de trabalho, estando aqui, a articulação com o sofrimento moral. O profissional, quando no exercício da sua prática profissional, julga e opta por uma conduta, parte-se do pressuposto que ele a faz com base no bem interno, uma vez que lhe é próprio. Assim sendo, quando impossibilitado de agir, o profissional, além de não agir como sujeito ético, também não é capaz de defender sua profissão, o que nos faz entender as consequências de abandono da profissão devido o sofrimento moral. O profissional não encontra sentido e não se reconhece no fazer, perdendo sua legitimação social, levando a rupturas identitárias.

Para Cortina (2005) cada profissão precisa torna claro quais são os *hábitos* que precisam ser incorporados pelos profissionais em suas práticas de modo a permitir alcançar o bem interno da profissão. Cortina argumenta ainda que o alcance dos bens internos de uma prática impele aos profissionais que a praticam, desenvolvam hábitos próprios denominados, pela autora, de virtudes. A virtude de uma profissão, por sua vez, é entendida como “excelência de caráter” (CORTINA, 2005, p.124).

Considerando que cada sujeito possui aptidões distintas e se encontram em processos existenciais singulares, o que se propõe é o alcance das virtudes não como produto de uma competição desenfreada entre os profissionais. Cortina, ao contrário, defende uma base de pensamento pautada na solidariedade e argumenta que há que se exigir que todo profissional busque ser o mais competente possível e que se empenhe o máximo que for capaz no sentido de alcançar o bem interno de sua prática (CORTINA, 2005).

## 2.6. O enfermeiro na saúde da família: novos territórios existenciais?

No campo da saúde, a partir da inscrição das premissas ideológicas e filosóficas do novo modelo de atenção à saúde, o objeto é a produção do cuidado por meio do qual se espera efetivar promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação, reabilitação, tratamento, cura e, mesmo que não haja cura, formas de morrer com dignidade. Assim, do ponto de vista teórico e jurídico, o arcabouço institucional do SUS diz de um modelo de atenção comprometido com a produção do cuidado (MERHY, 2006).

O cotidiano de trabalho do enfermeiro na saúde da família é permeado por múltiplos desafios decorrentes das lacunas estruturais, legais, simbólicas e culturais que separam o SUS constitucional do SUS que se materializa no cotidiano dos serviços (CAÇADOR *et. al*, 2015). No âmbito do SUS, as práticas profissionais são desenvolvidas mediante desafios paradigmáticos que tencionam as disputas macropolíticas e micropolíticas. Assim, entre os embates financeiros, ideológicos e políticos da compreensão de saúde como direito de cidadania e saúde como mercadoria a ser consumida, são desenhadas as condições estruturais e simbólicas de exercício das práticas profissionais no sistema público brasileiro (FEUERWERKER, 2014).

Em meio às disputas ideológicas, o SUS impele a uma mudança substantiva na natureza das práticas profissionais que precisam produzir cuidado e não mais apenas procedimentos. No que tange aos processos indenitários, os profissionais são convocados a resignificarem seu papel sendo necessário, portanto, repensar todo processo formativo historicamente implicado com uma produção fragmentada e descontextualizada de atos de saúde, sustentados no paradigma flexneriano (CAÇADOR *et. al* 2015). Segundo Feuerwerker (2014), os saberes profissionais encontram-se territorializados em seu campo profissional de ação. Entretanto, a partir do SUS, há a necessidade de uma sobreposição por um território que marca a dimensão cuidadora das práticas de saúde a qual possui natureza transversal sobre qualquer ação profissional.

A compreensão da saúde da família como dispositivo de transformação das prática profissional significa que urge, na atualidade, a necessidade de repensar os valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Isto porque há um deslocamento do centro de produção das práticas de uma lógica que visa acúmulo de procedimentos para outra que tem o cuidado como finalidade. Amplia-se, pois, a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumenta-se seus

limites e suas possibilidades de atuação, mobilizando, nesses atores, novas habilidades bem como o (re) pensar de suas identidades (CAMPOS; GUERRERO, 2008) e dos processos de subjetivação a ela relacionados.

Analisando este contexto sob a perspectiva de Guattari sobre subjetivação, significa dizer que o SUS instiga o desenvolvimento de processos de desterritorialização abrindo possibilidades para que novos territórios existenciais aconteçam a partir de processos de reterritorialização. Isto porque há um movimento de transformação das práticas profissionais e também de seu sentido.

Ocorre que, na Enfermagem, diferente de outras profissões da saúde, do ponto de vista teórico, a dimensão cuidadora já é ontológica na prática deste profissional. O cuidado é considerado na literatura como objeto e essência da enfermagem (ACIOLI et al., 2014) antes mesmo da criação do SUS. O cuidado é compreendido como objeto epistemológico da Enfermagem (SOUZA et al., 2005). Significa que, enquanto o debate sobre produção de cuidado pode ter causado estranhamento e desconforto em certas práticas profissionais, para a Enfermagem o debate vem reforçar o que historicamente tem sido delineado como bem interno da profissão: a produção de cuidado.

Tal ressonância evidencia um contexto político e institucional mobilizado pelo SUS que, teoricamente, reforça um paradigma que encontra eco na prática profissional do enfermeiro. Por esta razão, a saúde da família é reconhecida na literatura (GOMES; OLIVEIRA, 2008) como o lugar em que o enfermeiro experimenta altos graus de autonomia de sua ação profissional, diferente do que ocorre nas instituições hospitalares, onde o formato das práticas instituídas de saúde são hegemônicas e reproduzem formas de fazer saúde pautadas e centradas no saber médico, na cura e no tratamento.

Tem-se como pressuposto que a enfermagem já possui aproximações epistemológicas com a nova abordagem proposta, ainda que se reconheça que também são reproduzidos no cotidiano um modo fragmentado de pensar e fazer saúde, orientado pela dimensão técnica. Entretanto, há uma compreensão de que existe uma aproximação da enfermagem com a perspectiva do cuidado anterior ao advento do SUS, mesmo que sua forma de concretizar reproduza as modulações maquínicas do modo produção em saúde tecnocentrado e fragmentado.

Essa aproximação da Enfermagem como o cuidado produz uma convergência autêntica com as primícias do SUS, delineando um potencial de transformação. Significa dizer que o contexto atual, do ponto de vista dos arranjos organizacionais e da prática discursiva, tem

enveredado esforços em defender um modelo e uma forma de agir que pertence aos valores internos da profissão do enfermeiro. Trata-se de uma potência de transformação pois a Enfermagem encontra no sistema público um terreno fértil para impulsionar a essência da profissão e o reencontro com sua natureza por vezes desviada pelas modulações que a desviam de seus bens internos.

Entretanto, a despeito de todas as possibilidades que se apresentam para o enfermeiro no contexto da saúde da família, há que se considerar que esse cotidiano é marcado por uma disputa entre modos instituídos e instituintes de fazer saúde. O instituinte trata-se de um processo produtivo-desejante tendo natureza dinâmica. O instituinte constitui a crítica do que existe, seja para bem, seja para o mal (GUATTARI; ROLNIK, 2005). Já os modos instituídos constituem as práticas em saúde centradas na produção de procedimentos, na cura e no tratamento. Práticas estas descontextualizadas que trazem em seu bojo a concepção de sujeito como objeto (FEUERWERKER, 2014).

Merhy (2002) define tal disputa como tensão entre atos produtivos de modo que o trabalho vivo em ato busca se evidenciar no contexto das práticas em saúde, em detrimento ao modo predominante de fazer saúde, marcado pelo trabalho morto. Assim, de acordo com Franco (2006) o cotidiano com predominância do trabalho vivo em ato revela possibilidades de criação, inventividade e potência do instituinte e de sua possibilidade de governança sobre a produção do cuidado

Tendo em vista o conjunto de transformações paradigmáticas, políticas e institucionais nas formas de pensar e fazer saúde o Brasil e, considerando que a Enfermagem do ponto de vista histórico e epistemológico, já possui aproximação com o novo conceito de prática que emerge do SUS, questiona-se: Estariam os enfermeiros de saúde da família ressignificando seu lugar social a partir da construção de novos territórios existenciais? Como tem sido o processo de subjetivação de enfermeiros na saúde da família mediante a inserção de práticas profissionais coerentes com seu bem interno?

## **2.7. Reflexões sobre a articulação teórico-filosófica**

As reflexões teóricas tecidas mediante o diálogo ente Senneti, Guattari, Cortina e os clássicos da saúde coletiva no Brasil mobilizam a reflexão acerca das mudanças subjetivas que o SUS, como modelo organizacional das práticas de saúde no país, podem produzir nos

trabalhadores. Nessas bases, acredita-se que, do ponto de vista teórico, o SUS impulsiona mudanças na consciência moral social mediante a mudança da conformação das práticas bem como a partir da introdução de novos sentidos a elas com a introdução da lógica usuário-centrada fazendo frente a hegemonia das práticas pautadas na produção de procedimentos e objetificação dos usuários. Há, pois, um chamamento a uma mudança nos modos de ser dos profissionais. Tal mudança perpassa por uma transformação nas práticas profissionais e nos territórios existenciais dos trabalhadores da saúde.

O sofrimento moral do trabalhador da saúde, nesse contexto, pode estar relacionado ao reconhecimento dos princípios do SUS como bases eticamente corretas para se sustentar a prática profissional. Entretanto, os constrangimentos políticos e institucionais ainda distanciam o SUS prescrito do SUS real de modo que a vivência de sofrimento moral pode decorrer da incapacidade de traduzir nas práticas cotidianas, o paradigma emancipatório inscrito nos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Considerando que essas reflexões são conjecturas que, teoricamente se articulam, buscou-se no cotidiano da estratégia saúde da família analisar sua materialidade ou não mediante pesquisa empírica cujo recorte se deu sob a vivência de enfermeiros da saúde da família de um município da região metropolitana de Belo Horizonte cuja saúde da família acontece há mais de quinze anos.



(Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis)

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma de nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo de travessia e, se não ousarmos fazê-lo, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”*

*(Fernando Pessoa)*

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Natureza do estudo**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. A pesquisa qualitativa tem como pressuposto a investigação de fenômenos humanos, repletos de singularidades, permitindo aos indivíduos atribuir significados aos fatos e às pessoas em interações sociais que podem ser descritas e analisadas e não mensuradas quantitativamente (BOSI, 2012).

Dessa forma, a pesquisa qualitativa trabalha com o mundo dos significados, desejos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos. A pesquisa qualitativa adota, nesse sentido, uma perspectiva de análise de fenômenos que reconhece a pluralidade cultural e a relevância dos sujeitos, incluindo a voz dos atores sociais (BOSI, 2012). O encontro entre pesquisador e objeto de pesquisa, acontecimento singular do ato de pesquisar, é redimensionado pela luz que a pesquisa qualitativa lança sobre os métodos, conceitos e técnicas de pesquisa (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

As autoras afirmam que são muitas as correntes teóricas e metodologias incorporadas às pesquisas qualitativas ao longo dos anos de tal modo que existe uma multiplicidade de discursos implicados neste tipo de pesquisa. Ademais, são diversas as formas e as visões dos pesquisadores qualitativistas a respeito do modo de pesquisar e da natureza do pesquisador. Nesse sentido, Ferigato e Carvalho (2011) defendem que, sendo a linguagem marcada por instabilidade de seus referentes, torna-se impossível apreender a totalidade de significado de um texto, de um fenômeno ou de uma ação. Deste modo, a pesquisa qualitativa constitui-se como uma prática que se define a partir do contexto na qual se insere, do lugar onde acontece bem como do encontro entre o observador, o objeto de análise e seu entorno. Assim, “a pesquisa qualitativa significa diferentes coisas em distintos momentos” (FERIGATO, CARVALHO, 2011, p. 665).

A pesquisa foi desenvolvida em dez unidades de saúde da família de um município da região metropolitana de Belo Horizonte. A trajetória de mais de quinze anos de implantação da saúde da família no município. A escolha das unidades foi aleatória, segundo critério de manifestação de desejo, por parte da gerência, em participar do estudo, haja vista que todos foram convidados. As singularidades do cenário foram descritas na primeira sessão dos

resultados por considerar as reflexões do pesquisador como análise da paisagem encontrada e, à luz da cartografia, este movimento já produz a realidade sob investigação.

Participaram do estudo 14 enfermeiros que, voluntariamente, consentiram contribuir para a investigação. Têm-se como premissa que os dados são produtos do encontro entre o pesquisador e suas fontes os quais, juntos imprimem suas implicações nesse movimento de produção, sendo necessário, portanto, reconhecer as singularidades de ambos (GALAVOTE et al., 2013).

Para a produção dos dados empíricos, elegeu-se como técnicas a entrevista aberta orientada por roteiro semiestruturado (APÊNDICE A). O roteiro direcionou o encontro do pesquisador com o enfermeiro no sentido de compreender o cotidiano de trabalho, os agenciamentos que influenciam a construção da prática profissional, as contradições entre valores ético-morais e a prática realizada bem como as significações construídas neste terreno.

Durante a imersão no campo de estudo, foram realizadas anotações em diário de campo e gravações sobre reflexões tecidas pelo pesquisador que emergiram do encontro do pesquisador com o campo e com os participantes do estudo. Ademais, foi realizada ainda observação não participante do cenário da pesquisa com posterior registro no diário de campo a fim de buscar as pistas e compor as paisagens do contexto de estudo.

Os dados foram coletados até que fosse alcançada a denominada por Fontanella et al. (2011) amostragem por saturação teórica processo no qual a coleta de dados é interrompida em virtude da constatação de que não emergem novos elementos do campo de observação. Significa dizer que o pesquisador reconhece que, de sua interação com o campo de pesquisa, não mais pulsam elementos que de algum modo possa contribuir para a teorização a que se pretende com a pesquisa. As entrevistas foram gravadas e sua transcrição foi efetivada na íntegra.

Para composição desta tese, tomei por matéria-prima as falas dos participantes desta pesquisa, enfermeiros que, na saúde da família, exercem sua prática profissional e, por meio desta prática e com ela, constroem a si mesmos. Nessa trama subjetiva, vivenciam o processo de angústia/sofrimento moral e tecem suas significações, constroem seus territórios existenciais.

O sofrimento moral é um fenômeno complexo uma vez que diz respeito a aspectos referentes à subjetividade dos sujeitos. Tendo a pesquisa como finalidade alcançar aspectos referentes ao processo de angústia/sofrimento moral, de enfermeiros na ESF, a opção pela pesquisa qualitativa decorre do fato de a mesma permitir a aproximação com a realidade por

meio da inflexão, da dobra, do mergulho necessário do pesquisador nos elementos particulares da história de vida pessoal e profissional dos enfermeiros que atuam na ESF bem como de seus desejos, afetos, sentidos, não sentidos, angústias e significações construídas no exercício profissional. Sendo, pois, o sofrimento moral do enfermeiro na ESF um aspecto subjetivo a ser analisado, faz-se necessária a adoção de estratégias metodológicas que possibilitem a intercessão com as singularidades das vivências de enfermeiros que atuam na ESF.

Os dados foram tratados e analisados à luz do método filosófico conceitual por meio do qual se buscou discutir e provocar reflexões acerca do sofrimento moral do enfermeiro no contexto da saúde da família, por ser esta uma problemática cujo debate ainda se mostra incipiente. No método filosófico-conceitual o conceito apresenta-se como “método propositivo de novas formas de estar no mundo” (BORGES, 2015, p.109). Assim, a análise do sofrimento moral dos enfermeiros da saúde da família foi realizada à luz dos conceitos de Guattari e Deleuze sobre subjetivação, de Adela Cortina sobre prática profissional e de Dubar sobre identidade.

A análise dos dados mediante o método filosófico-conceitual é pertinente nesta investigação uma vez que tal método é utilizado “para pensar problemas, da área da saúde por exemplo, que não foram os que os filósofos pensaram quando criaram suas filosofias e seus conceitos. Problemas contemporâneos, nossos, de agora, do tempo presente” (MARTINS, 2004, p. 956). Assim, o método foi usado para problematizar as questões éticas inscritas no cotidiano de trabalho do enfermeiro de saúde da família tendo como eixo de reflexão o processo de angústia/sofrimento moral e os processos de subjetivação a ele relacionados. Assim, foi possível redimensionar a compreensão sobre o objeto esta investigação.

No método filosófico-conceitual a filosofia é entendida como dispositivo que permite a invenção de novos modos de ver problemas atuais. Martins (2004, p. 956) acrescenta ainda que o aporte filosófico permite que sejam desvendadas as “condições de possibilidade paradigmáticas e epistêmicas” tanto de concepções quanto de práticas no campo da saúde. Assim, o método filosófico-conceitual permite a desconstrução de percepções por vezes cristalizadas na conjuntura analítica atual, reconfigurando o lugar do instituído abrindo possibilidades para a invenção do novo, tanto no que tange a produção de novos conceitos, quanto a possibilidade de reinvenção de nós mesmos e de nossa possibilidade de nos afetarmos (MARTINS, 2004).

Como forma de organizar os dados coletados, utilizou como ferramenta auxiliar o Atlas Ti. O ATLAS.ti é um software desenvolvido em 1994. na Universidade de Berlim, na

Alemanha, É considerado como potente dispositivo para análise de dados qualitativos em diferentes áreas do conhecimento (WALTER; BACH, 2009). O significado da sigla “ATLAS” no idioma alemão refere-se a *Archiv fuer Technik Lebenswelt und Alltagssprache* o qual traduzido quer dizer “Arquivo para Tecnologia, o Mundo e a Linguagem Cotidiana” e a sigla “TI” é proveniente de *text interpretation*, ou seja, interpretação de texto (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNGA, 2003).

São quatro os princípios norteadores de análise do ATLAS ti, a saber: a) visualização a qual possibilita ao pesquisador gerenciar o processo de análise mediante a organização e praticidade de acesso aos dados, permitindo, assim, o contato permanente do pesquisador com os dados; b) integração, em um projeto único, da base de dados e todos os elementos construídos na análise. Esta característica potencializa ainda mais a capacidade de organizar os dados; c) casualidade por meio da qual é possível produzir insights instantâneos; d) exploração do material mediante a qual se procede a articulação entre os diferentes elementos constitutivos do programa, fomentando novas inspirações e descobertas (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNGA, 2003).

Dentre as vantagens do software destaca-se a viabilização do contato do pesquisador com o conjunto de dados e a facilidade de acessá-los bem como de visualizá-los (WALTER; BACH, 2009). Inscreve-se, pois, um processo de trabalho no contexto da pesquisa que favorece a fluidez do pensamento pela interação que se pode estabelecer com a totalidade dos dados brutos. O trabalho do pesquisador acontece com menos rupturas e de forma menos exaustiva pois depende-se menos tempo para organização dos dados e busca pelos mesmos. Além disso, as conexões teóricas e as inspirações podem ser registradas por meio da criação de notas de pesquisa, comentários e memos (lembretes) fazendo com que redes de pensamento possam ser visualizadas por recurso gráfico.

Em consonância com a perspectiva de Minayo (2011), acredita-se que a pesquisa científica constitui um processo de trabalho contraditório em que se alcança um fim materializado em um produto provisório. Simultaneamente e de forma imediata à chegada deste fim, se produzem novas interrogações provenientes dos resultados da investigação que dão início a um novo ciclo de investigações que não terão fim. É por meio deste processo que o conhecimento humano vai sendo reconstruído ao longo da história. À luz da cartografia, novos desejos vão sendo produzidos e o território do pesquisador vai sendo reconfigurado pela própria experiência da pesquisa.

A respeito dos aspectos éticos, ressalta-se que este estudo consiste em um recorte de um macro projeto multicêntrico denominado “O processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde”, aprovado pela Universidade Federal de Santa Catarina (ANEXO A). Ademais, o subprojeto foi encaminhado para apreciação do comitê de ética do município que abriga os cenários deste estudo, a fim de respeitar os princípios éticos da pesquisa, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde. Foram respeitados os direitos dos enfermeiros da ESF, garantindo-lhes a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento no decorrer do trabalho. Aos enfermeiros que aceitaram participar da presente pesquisa foi entregue um termo de consentimento livre e esclarecido que foi preenchido e assinado. Também foi assegurado o caráter anônimo dos sujeitos e das instituições, bem como suas identidades foram protegidas

### **3.2 A cartografia como referencial metodológico**

*Enquanto a gente sonhar a estrada permanecerá viva. É para isso que servem os caminhos, para nos fazerem parentes do futuro. (Mia Couto)*

No campo da geografia, a cartografia constitui a representação, por meio de um desenho, dos diferentes movimentos de reconfigurações, mudanças e transformações da superfície terrestre e de suas paisagens. Tendo como pressuposto tal definição, Deleuze e Guattari criam uma forma de analisar a subjetividade e as paisagens que a constituem (ANDRADE; ROMAGNOLI, 2010).

Guattari e Deleuze assumem uma compreensão de vida e de mundo bem distinta da forma tradicional de pensar a filosofia. A forma de pensar desses autores, tem como premissa de que o mundo é transformado mediante a produção desejante dos sujeitos. Assim, a vida traduz-se como autêntico desejo de produção e de forças que tem por intuito a inventividade, o novo, a criação. Nessa forma de pensar, a razão seria apenas mais uma das múltiplas dimensões de produção (AMADOR; FONSECA, 2009).

O entendimento de mundo de Deleuze e Guattari se sustenta em uma crítica ao modo cartesiano de compreender a realidade. Para os autores, a fragilidade do pensamento de

Descartes foi acreditar que a fragmentação em partes permite a separabilidade das coisas. Assim, a ideia de que se pode separar a matéria em sucessivas partes não é possível uma vez que a matéria, por natureza, é fluida, elástica e porosa. É a curvatura da matéria que faz com que sua natureza não se divida, mas se dobre sobre si mesma. Assim, a matéria não se constitui de partes, mas de molas que lhe conferem movimento (DELEUZE, 2012)

A subjetividade é entendida, na presente investigação, como processo inacabado e não como produto. Ademais, os sujeitos permanentemente reinventam seus modos de existência. Os autores reconfiguram a ideia de desejo presente na abordagem psicanalítica freudiana, compreendendo-o como o transbordamento da existência, o excesso e sede por mais e variadas conexões. Assim, o método cartográfico é essencialmente processual, contemplando análises igualmente processuais. Significa dizer que não existe, na cartografia, um modelo de investigação a priori. A investigação ocorre mediante aproximações e dispositivos que constituem estratégias concretas (BARROS, KASTRUP, 2015).

A compreensão da produção de subjetividade tem como eixo analítico a processualidade, o movimento e a transformação. Por esta razão, quando se pretende investigar o fenômeno da subjetividade, há que se adotar métodos capazes de acompanhar o processo já em andamento. Neste ponto encontra-se um dos maiores desafios ao pesquisador que precisa aprender, ao mesmo tempo em que atua na investigação, a compreender um processo, já em curso. Significa desprender-se da busca pelos produtos provenientes dos processos e, ainda, compreender que o objeto de estudo se encontra em movimento, de modo que se torna inviável e incoerente tentar aprisioná-lo em categorias fixas (BARROS, KASTRUP, 2015).

A cartografia é um método que, por suas características, contribui para estudos que tem a subjetividade como objeto de análise. Sobre as características do método cartográfico, há que se esclarecer que por natureza, a cartografia não se apresenta como um método acabado, embora a literatura sinalize formas e caminhos sobre como praticá-lo. Barros e Kastrup (2015) afirmam tratar-se de um método que não é aplicável, mas praticável. Essa ideia traduz um dos maiores desafios da cartografia, qual seja a indissociabilidade entre a feitura do processo e a feitura de si mesmo, que ocorre ao fazer o processo. Assim, pesquisador e pesquisa são construídos e reconstruídos simultaneamente, distinguindo-se da ideia tradicional de pesquisa, na qual o pesquisador faz uso de um método, externo a ele, e o aplica em uma determinada realidade a fim de alcançar um produto. No método cartográfico não há separação entre método e pesquisador e por esta razão, os autores afirmam que ocorre a prática cartográfica e neste processo, pesquisador e pesquisa nascem e renascem em um movimento permanente de

construção. Assume-se, pois, que, sendo permanente o movimento, não importa o produto, mas sim a compreensão do próprio movimento.

Dessa forma, considerando que os processos são singulares e historicamente influenciados, não existem regras universalizáveis a serem aplicadas em casos específicos. Ao contrário, a cartografia como método também se reconstrói a cada caso investigado. Existem, pois, cartografias praticadas em contextos particulares (KASTRUP, BARROS, 2015)

Os autores afirmam que a abordagem cartográfica de Deleuze e Guattari é geográfica e transversal, evidenciando a coerência com a processualidade dos processos de subjetivação os quais são produzidos mediante uma série de forças e elementos que, de modo concomitante, atuam. Assim, o processo de subjetivação não se produz apenas por influências históricas uma vez que guarda em si uma processualidade que lhe confere potência de movimento (BARROS, KASTRUP, 2015). Além de processual, o método cartográfico é também um método transversal ao desconstruir os eixos cartesianos (horizontal/vertical) e suas categorias previamente definidas. Deste modo, sua natureza transversal confere ao método cartográfico a potência de captar movimentos que compõem as formas e não os produtos. Assim, o método vai se constituindo na medida em que acompanha a dinâmica de movimentos da subjetividade e dos territórios (BARROS, KASTRUP, 2015).

O método cartográfico impulsiona um processo de desmonte das certezas. Ao desestabilizar as certezas, convida o pesquisador a mover o olhar para os “entres” que estão inscritos nos processos em andamento bem como contemplar a indeterminação presente nas mudanças (ROMAGNOLI, 2009).

A dificuldade de viver o método cartográfico consiste em estar aberto para as transformações subjetivas que ele provoca no pesquisador ao mesmo tempo em que a pesquisa está em andamento. Significa que há um processo concomitante de produção do pensamento científico ao mesmo tempo em que uma reconstrução de si do pesquisador que se depara com a desconstrução dos modos de fazer pesquisa cristalizados e delineados à luz da perspectiva cartesiana hegemônica. Deste modo, “mais do que procedimentos metodológicos delimitados, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo” (ROMAGNOLI, 2009, p. 169). Nesse sentido, a cartografia pode ser considerada como uma pesquisa-intervenção na medida em que sua produção é tecida ao mesmo tempo em que o pesquisador se produz a partir do encontro com o objeto de estudo. No encontro do pesquisador com seu objeto de estudo, muitas são as forças, os desejos e os afetos presentes, de tal modo que, pesquisador e objeto, já não são mais os mesmos depois do encontro.

Assim, a cartografia propõe, em sua forma de ser método, uma outra modalidade de o fazê-lo, uma vez que não busca se enquadrar nas formatações tradicionais acerca do método e da pesquisa, pautados no rigor sistemático e nas diretrizes instituídas sobre o que é ou não é ciência, moldadas pelo paradigma moderno



(Santo Antônio de Lisboa – Florianópolis)

*“A verdade mora no silêncio que existe em volta das palavras. Prestar atenção ao que não foi dito, ler as entrelinhas. A atenção flutua, toca as palavras sem ser por elas enfeitiçada. Cuidado com a sedução da clareza! Cuidado com o engano do óbvio!”*  
(Rubem Alves)

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. Nos bastidores do caminho, as pistas e as paisagens...

*“Numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é, ele mesmo, uma parte de sua observação” (Lévy Sttrauss)*

A pesquisa de campo foi realizada em terreno arenoso e sombrio, atravessado por contradições entre a realidade descrita pela literatura e aquela tateada, aos poucos, em cada aproximação. O município em questão, por meio dos representantes da saúde, concedeu anuência para realização da pesquisa, entretanto, a efetiva inserção no campo de prática demorou ainda algum tempo. Tempo este destinado à busca incansável pelos gerentes das unidades de saúde onde atuam os enfermeiros sujeitos do estudo.

Por um mês dediquei-me a tentar contato telefônico e também por e-mail com os gerentes. Nesse processo, já me causou estranhamento o receio com que as pessoas que atendiam aos telefones das unidades expressavam, seja por perguntas insistentes sobre quem eu era, de onde eu falava e porque eu queria falar com a gerência, seja pela negação em me passar qualquer informação que fosse por contato telefônico.

Não raro, em meio às minhas reflexões, eu indagava qual razão de tamanha burocracia para se ter acesso ao campo de estudo, mesmo com a aprovação do Comitê de Ética do município. Houve quem me dissesse que não sabia quantos profissionais trabalhavam na equipe, que não sabia me dizer o nome dos enfermeiros e que não sabia o horário de trabalho deles. Houve ainda gerente que exigiu cópia por e-mail da aprovação do comitê de ética e de um resumo da pesquisa.

Assim, eu optei por enviar um e-mail aos gerentes, com uma cópia da aprovação da pesquisa bem como uma breve explicação da pesquisa. Além disso, solicitei junto aos superiores dos gerentes, participar da reunião mensal para que fosse possível apresentar-lhes a proposta da pesquisa. Com estas estratégias busquei avançar na relação com a gerência, pois ciente estava de que criar um clima de aversão e animosidade poderia influenciar de modo negativo na pesquisa.

Tendo em mãos a aprovação do comitê e ética, do ponto de vista legal, eu poderia chegar ao cenário e proceder a pesquisa. Entretanto, tão logo percebi a existência de algo que eu não sabia nomear, mas que existia, resolvi persistir no diálogo. Na prática, soava-me como se a pesquisa não fosse bem. O desconhecido mobiliza pensamentos e fantasias e deparar-me com esta realidade inusitada e uma suposta aversão à pesquisa povoava minha mente com especulações e conjecturas. Sentia-me tateando no escuro. Mesmo questionando-me acerca da necessidade de tamanha burocracia, fui fiel em cumpri-la e somente cheguei no campo de pesquisa quando, após um mês de tentativa, consegui me comunicar com os gerentes.

Houve momentos em que pensei em desistir do cenário e recomeçar tudo em outro lugar. O tempo passava e muitos receios pairavam em minha mente, principalmente sobre o desafio de mergulhar em um universo tão singular e explorado de modo tão incipiente ainda na literatura em um contexto que se apresentava hostil e fechado. Como e de que forma adentrar os processos de produção do sofrimento moral no cotidiano da saúde da família sem que me parecesse possível o desejo pelo encontro por parte dos envolvidos no estudo? Como ultrapassar as barreiras por mim identificadas e que são desenhadas pelo modelo de gestão do município? Como apreender aspectos da subjetividade quando o cenário da pesquisa se apresentou envolto por um clima de desconfiança e, por vezes, hostilidade? Como me aproximar da dimensão subjetiva em um cenário marcado por medo e desconfiança, por posturas arredias e pouca (ou nenhuma) abertura ao diálogo?

Foi preciso, portanto, assumir alguns cuidados para não tornar estéril qualquer possibilidade do devir. Assim, respeitei com integridade as barreiras de acesso ao campo, ultrapassando-as, com delicadeza e cuidado, a fim de não tornar minha presença mais invasora do que ela me parecia. Para tanto, fiz uso de mecanismos que viabilizassem um consentimento na relação, transpondo a formalidade legal da aprovação em instância designada para tal. Investi, pois, tempo, dedicação e persistência nas inúmeras formas de contato que foram estabelecidas até que finalmente eu consegui comunicar-me com os gerentes.

Pensava eu, com alguma ingenuidade, que o problema fora resolvido e que a partir de então o processo de pesquisa de campo seria mais fluido. Entretanto, somente ao tocar a realidade concreta que fui compreendendo nebulosa que, aos poucos, me ia descortinando, em cada fala, em cada silêncio, em cada questionamento sobre a origem e natureza da pesquisa.

Percebi ainda, que a viabilização de minha entrada em campo pelos gerentes, ao mesmo tempo em que me possibilitou chegar mais próximo de meu objeto, também dele, em um primeiro momento, me distanciou.

Aos poucos, fui percebendo, que dada a dificuldade de entrar no campo, a presença de alguém que houvesse conseguido esse feito, soava para alguns atores com alguma desconfiança, criando resistência. Tal resistência se manifesta por diversas estratégias (linhas de fuga) como agendar a entrevista e não estar presente no dia, como ocorreu por três vezes. Houve ainda quem me dissesse que eu entrei no campo por ser “amiguinha” do gerente, evidenciando uma ironia repleta de significações sobre o contexto que eu estava mergulhando. Compreendi que alguns participantes pareciam estar sendo impelidos pelos gerentes a participarem do estudo, mesmo não sendo seu desejo. Nesse sentido, inventaram modos de manifestar seu incômodo com a situação, mesmo sem o dizê-lo.

Sobre os participantes com os quais consegui encontrar-me para viver com eles a pesquisa, por alguns momentos, seus discursos me pareciam intencionalmente isentos de criticidade na medida em que pouco ou nada manifestavam com relação às contradições e dificuldades do cotidiano. Percebia medo em seus silêncios e na necessidade de retratar um cotidiano harmônico e tranquilo. Por outro lado, houve também aqueles sujeitos que criaram seus modos de resistir no momento da entrevista. Exerciam, assim, de forma declarada algum tipo de oposição à gestão, e versavam discursos inflamados sobre o caos instaurado no município. Entre a expressão polar dos retratos de uma realidade tranquila e caótica, entre o medo e a insatisfação, múltiplas forças atravessavam meu encontro com os enfermeiros, permitindo com que eu, aos poucos, compreendesse as paisagens, os movimentos e o terreno onde se misturam vivências de sofrimento moral, processos de subjetivação e construção dos modos de ser enfermeiro de saúde da família.

Transitar entre realidades tão polares, por vezes, me causou estranhamento. Neste momento, me deparei com a natureza de minha angústia: receio de não encontrar o que eu procurava. Refletindo sobre o medo e o receio, vestígios fortes de um modo de fazer pesquisa sustentando no cartesianismo e na pretensão de controlar a realidade e prever os resultados que nela serão encontrados, me coloquei a olhar mais atentivamente para a riqueza do novo, do inesperado, do não imaginado. E foi assim que me debrucei pela análise do processo que se abria aos meus olhos, mas para o qual eu me cegava porque queria enxergar um fim. Tendo acolhido essa limitação e, feito abertura para os processos de mutação que em mim se processavam, consegui me aproximar do universo subjetivo dos participantes desta pesquisa.

Ao deparar-me, portanto, com o cenário de pesquisa com a natureza dos dados apreendidos, da realidade sentida e dos olhares, silêncios, aproximações e distanciamentos percebidos, comecei a ter dúvidas a respeito da consonância entre meu objeto e a vida real que

eu tocava. Em meio a essa angustia, comecei a tecer reflexões sobre as expectativas que eu havia construído acerca do que seria encontrado no campo. Foi então que identifiquei, com maior clareza, o território onde eu historicamente havia construído minha prática como pesquisadora e as inclinações estruturalistas presentes nesse território, que me pertenciam e que, de modo inconsciente, me impulsionavam a caminhar em direção ao encontro do que meu desejo queria e não acolher a riqueza do inesperado que, por natureza, a realidade guarda.

Observava, ainda, que os participantes da pesquisa que se apresentavam com menos receio e mais tranquilidade, eram aqueles que possuíam algum vínculo acadêmico recente. O contrário também se revelou verdadeiro de modo que aqueles profissionais que já se encontravam distanciados das atividades acadêmicas percebiam minha presença e a presença da pesquisa como uma ameaça. Percebi que alguns participantes compreendiam a pesquisa como estratégia perversa de exercício de controle para saber quem julgava de modo inapropriado a gestão municipal.

As conversas, sobretudo aquelas após a entrevista e, engatilhadas pelo desligar do gravador, me trouxeram elementos que aos poucos - como se eu tivesse retirando a areia de uma obra de arte submersa na praia - me permitiram enxergar o cenário deste estudo a partir da realidade concreta que me era descortinada pelas pessoas que compõem a malha dessa trama social. Estes momentos posteriores à entrevista, constituíram um substrato de análise a partir das informações que me eram compartilhadas, de um modo mais livre, com uma fala menos tensa e menos preocupada em “acertar”. Foi assim que pude me aproximar ainda mais da realidade inscrita no município do estudo.

Com o passar dos dias, junto à minha parceira de pesquisa, fui amadurecendo as reflexões e aos poucos me percebi transformada até que em um dado momento eu não mais sentia medo da realidade, mas desejosa estava de cada vez mais mergulhar em suas dinâmicas para melhor compreendê-la.

No decorrer da pesquisa, pude perceber que as situações foram ganhando novos contornos mediante a mudança de minha forma de olhar para o cenário. Associada à minha mudança, movimentos ocorreram na dinâmica do mundo vida desses enfermeiros mediante as trocas sobre a vivência do estudo. Assim, em algumas unidades de saúde da família, os enfermeiros já sabiam da pesquisa mediante informação dos colegas e, percebi que nestas situações, o acolhimento conosco foi maior. Tais transformações – no pesquisador e na realidade - contribuíram para que os encontros gradativamente fossem se tornando mais vivos e transbordantes de significações, afetos, desejos.

Resgatei minhas interrogações iniciais sobre: Como ultrapassar as barreiras por mim identificadas e que são desenhadas pelo modelo de gestão do município? Como apreender aspectos da subjetividade quando o cenário da pesquisa se apresentou envolto por um clima de desconfiança e, por vezes, hostilidade? Como me aproximar da dimensão subjetiva em um cenário marcado por medo e desconfiança, por posturas arredias e por pouca (ou nenhuma) abertura ao diálogo?

Então fui percebendo que nesta realidade marcada por barreiras, hostilidade e desconfiança, a subjetivação gritava. Entendi a subjetividade não era um lugar que eu alcançaria e encontraria a resposta para todas as minhas perguntas de pesquisa, como uma espécie de caça ao tesouro. Mas a subjetividade era e é tudo isso que se processava na composição da paisagem, do território e da realidade que a mim se apresentava. Nesse processo compreendi que a natureza da prática do cartógrafo, qual seja,

“dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias” (ROLNIK, 2006, p. 23).

Dobrada nas reflexões sobre mim, percebi que, por mais que teoricamente eu assumia a natureza processual do fenômeno do *distress moral*, na prática, eu desejava mesmo, encontrar o objeto recortado e pronto para ser aplicado na literatura, de uma forma absolutamente linear e que me permitisse, de algum modo, comprovar aquilo que eu trazia como pressuposto. A pesquisa permitiu, assim que eu me desinstalasse de certas zonas de conforto, questionasse meu modo de ser pesquisadora e me abrisse à construção de novos territórios.

A cartografia se produz no território existencial do pesquisador e com as linhas duras que o compõem. Ao mesmo tempo, no processo de feitura da pesquisa, ocorrem processos de desterritorialização, criação de linhas de fuga e abertura ao novo que surge, mediante os afetos experimentados e os novos sentidos construídos (ROMAGNOLI, 2009).

Em meio às reflexões mobilizadas, me encontrei “com” e “na” cartografia e por meio dela, vivi um método capaz de apresentar a dinamicidade do processo que envolve os problemas morais, as vivências ou não de sofrimento moral e o processo de subjetivação de enfermeiros que trabalham na saúde da família.

Do encontro com o campo, com os participantes e comigo mesma, foram tecidas as análises, reflexões, interrogações, buscas teóricas e produção de desejos relacionados aos afetos

que me foram produzidos pela vivência da pesquisa. Entre sentimentos de angústia, frustração, empolgação, raiva, tristeza e esperança, procedeu-se a análise dos dados, a leitura da paisagem e a construção do mapa vivo que traduz a realidade investigada.

Nesse sentido, os dados foram organizados em cinco eixos de reflexão:

O primeiro eixo trata da apresentação da reconfiguração do Marco Conceitual de análise do sofrimento moral à luz da cartografia de produção de subjetividades. A intenção desta reflexão é apresentar a forma como a realidade investigada foi observada, descrita e compreendida.

O segundo eixo refere-se à apresentação do terreno onde os territórios existenciais, as disputas de força e os desejos dos enfermeiros se encontram. Apresenta-se, portanto, o desenho organizacional do município estudado, compreendendo este formato como agenciamentos coletivos que participam da fabricação dos processos de subjetivação dos enfermeiros. Trata-se, pois, do pano de fundo, a macropolítica onde o estudo se desenvolveu.

O terceiro eixo diz respeito aos agenciamentos normativos e à forma como os processos organizativos têm direcionado a prática profissional do enfermeiro na saúde da família. Neste eixo, caminha-se em direção a articulação das deliberações organizacionais com a prática profissional do enfermeiro na saúde da família. Nesta dimensão de análise, evidencia-se que a conformação da lógica de produção do cuidado na saúde da família produz processos de angústia/sofrimento moral em enfermeiros.

O quarto eixo traz reflexões sobre a prática profissional do enfermeiro e os conflitos éticos a ela relacionados. Assim, apresenta aspectos relacionados à tensão existente entre o SUS, entendido como valor moral, e as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros para alcançar tais princípios. Nesta dimensão de análise, é possível perceber a trama complexa entre o papel de advocacy do enfermeiro na saúde da família e o desconforto moral vivenciado em decorrência das fragilidades estruturais do sistema de saúde.

O quinto eixo aborda a subjetivação do enfermeiro em meio ao contexto político, organizacional e estrutural da saúde da família. Nesta dimensão de análise é possível perceber que, entre práticas instituídas e instintivas, o enfermeiro reproduz o modo tradicional de fazer saúde e também produz desejo de criar novas formas de produzir cuidado. Suas significações subjetivas transitam entre atos de atribuição sobre si que lhe conferem o reconhecimento de “ser tudo” ao mesmo tempo em que se percebem como “nada”. Desta trama ambígua, emergem vivências de angústia e sofrimento que se articulam com a produção de seus modos de ser enfermeiro de saúde da família.

## **4.2. Marco conceitual para o estudo do distress moral em enfermeiros à luz da cartografia dos processos de subjetivação**

A reflexão sobre as questões éticas que permeiam o cotidiano de trabalho em saúde vem ampliando o escopo de sua análise e sendo objeto de reflexões filosóficas e produções científicas em diversas áreas do conhecimento. De acordo com Ramos et al. (2016), a problematização ética tem sido construída por meio de duas dimensões complementares: a primeira está relacionada às questões e problemas éticos que implicam diretamente na prática profissional como erros, danos e falhas éticas as quais incorrem diretamente sobre a qualidade do cuidado e o bem-estar das pessoas com as quais são estabelecidas relações de cuidado. Sobre estas pessoas também incidem as consequências das deliberações inscritas nas práticas profissionais, bem como a priorização de determinadas condutas em detrimento de outras. A segunda dimensão diz respeito a vivência dos profissionais, os quais ao se depararem com conflitos e problemas éticos, possuem diferentes instâncias deliberativas que se relacionam com a competência técnica e moral, bem como com o grau de autonomia.

Trata-se, pois, da dimensão do problema ético que impacta diretamente no profissional que, ao vivenciar o conflito ético, tem afetado seu modo de ser e de atribuir significados às experiências que se apresentam, impactando, inclusive, no sentimento de pertença à sua prática profissional e cotidiano de trabalho.

Presume-se que a vivência de problemas éticos afeta a forma como o profissional se percebe no cotidiano das práticas. Com relação aos problemas éticos, destaca-se o fenômeno do sofrimento moral o qual, ao ser vivenciado pelo profissional, tem como potência produzir reflexões sobre si próprio. Ao mesmo tempo, o problema moral só é percebido mediante o desenvolvimento da sensibilidade moral que, por sua vez, associa-se aos modos singulares de ser dos sujeitos, possuindo forte caráter identitário (RAMOS et al., 2016). Além do efeito do sofrimento moral na reconfiguração das experiências de si do trabalhador, as modulações subjetivas, ou seja, o processo de transformação das referências de si, vivenciado pelo trabalhador, o afetam de tal modo que a vivência do fenômeno lhe provoca distanciamentos da prática de cuidado. Tal distanciamento decorre de sentimentos de repulsa, de aversão sobre si mesmo quando o trabalhador não se reconhece na prática profissional.

Considerando que o sofrimento moral afeta a construção identitária do sujeito e, ao mesmo tempo, é por ela influenciado, defende-se que existe uma articulação teórica entre o

processo de angústia/sofrimento moral apresentado no Marco Conceitual (RAMOS et al., 2016) e o método cartográfico de produção de subjetividade. Esta interface será descrita a seguir e representada na FIG 4.

Do ponto de vista conceitual, compreende-se sofrimento moral como o processo de angústia que se manifesta quando o profissional se depara com um conflito ético, tece seu julgamento a respeito da conduta certa a ser tomada, mas por constrangimentos institucionais, políticos e de fatores externos e internos, não consegue agir em consonância com seu julgamento moral (RAMOS et al., 2016). Processo entendido como a “ruptura permanente dos equilíbrios estabelecidos” (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p, 387).

A cartografia é compreendida como estratégia metodológica de produção de subjetividade, ou seja, como “modo de mapear a realidade, de acompanhar processos de produção, de possibilitar o acompanhamento de movimentos e intensidades dos sujeitos que compõem a complexa produção de cuidados em saúde” (MARTINES et al, 2013, p. 203).

O método cartográfico permite o mapeamento da paisagem psicossociais, da geografia dos afetos, dos movimentos e das intensidades. Cartografia tem sua origem na esquizoanálise, compreendida como filosofia da diferença, Tem como fonte de construção, bases filosóficas, arte música , pintura, cinema. Na esquizoanálise, a noção de inconsciente e de subjetividade é reconfigurado de modo que o inconsciente é entendido como uma máquina de fabricação que atua na esfera social, nas contingências presentes, permeando os territórios dos sujeitos e suas relações. Assim, a subjetividade não se refere a existência de um “eu” isolado. A contrário, ela é múltipla. Deste modo, as trajetórias dos sujeitos e suas identidades pertencem ao eterno movimento de desterritorialização e reterritorilização, tecendo o devir. O devir é compreendido como a passagem para o inacabado (MARTINES et al., 2013).

Na cartografia, o objeto de investigação não é dissecado da realidade em que ele habita e se produz. Ao contrário, a compreensão do fenômeno de estudo prescinde do reconhecimento das forças que o interceptam e com as quais ele se conecta, considerando as articulações históricas e integração com o presente (MARTINES et al., 2013).

Considerando a abordagem de Guattari e Deleuze, o território constitui a base sobre a qual os seres se organizam do ponto de vista subjetivo. Esses territórios delimitam a subjetividade em determinados modos de ser, ao mesmo tempo em que se articulam com outras forças e seres existentes. Território significa, pois, apropriação, pertença e uma forma de subjetividade fechada, traduzindo o conjunto de representações e de projetos que mobilizam uma série de escolhas, investimentos, comportamentos e definições sociais, culturais, estéticas

e cognitivas. A desterritorialização, por sua vez, diz respeito ao movimento de abertura do território a outras conformações possíveis, mediante linhas de fuga. Finalmente, a reterritorialização compreende o processo de recomposição de um território transformado por um processo de desterritorialização. Assim, “o território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até de seu curso e se destruir”. Já a reterritorialização “consistirá numa tentativa de recomposição de um território engajado num processo desterritorializante” (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p,388)

FIGURA. 3: Dinâmica de construção de territórios existenciais



(Fonte: elaborado pela pesquisadropa para fins deste estudo, 2016).

Guattari compreende o homem como um ser segmentário. A segmentaridade constituinte do ser humano corresponde às múltiplas dimensões que o compõe quais sejam, a biológica, a social, a afetiva e a política. Deste modo, o ser humano é segmentarizado por linhas de diferentes naturezas, podendo ser divididas em três tipos: linhas de segmentaridade dura, de segmentaridade flexível e as linhas de fuga. Os três tipos de linhas são inter-relacionados, implicando-se mutuamente, de tal modo que uma linha participa da configuração da outra, fazendo com que haja uma complexa rede de relações entre elas. Da relação entre as linhas são produzidos os seres, pessoas, grupos, famílias e comunidades (GAUTTARI, ROLNIK, 2005).

As linhas de segmentaridade duras se conformam de maneira binária, se apresentando dicotomicamente, fabricando diversas máquinas binárias: criança-adulto, mulher-homem, público-privado, claro-escuro. Tais máquinas binárias se enfrentam e se comunicam de forma permanente. Assim, as máquinas binárias operam de modo polar e produzem uma série de escolhas que transcendem as opções binárias iniciais. Nas linhas de segmentaridade duras, se revela o instituído, sendo este produto de um processo que tem como característica ser estável e estático. O instituído é o que existe. Os segmentos duros conformam dispositivos de poder que

operam enunciados hegemônicos e dominantes, bem como determinam a ordem estabelecida em uma dada sociedade. Na linha de segmentaridade dura opera, ainda, a máquina abstrata, cuja função é regular as relações e manter a ordem estabelecida em uma sociedade. O Estado constitui um agenciamento que impulsiona a máquina abstrata e a faz funcionar. Em meio as linhas de segmentaridade dura operam o molar e o instituído (GUATTARI, ROLNIK, 2005).

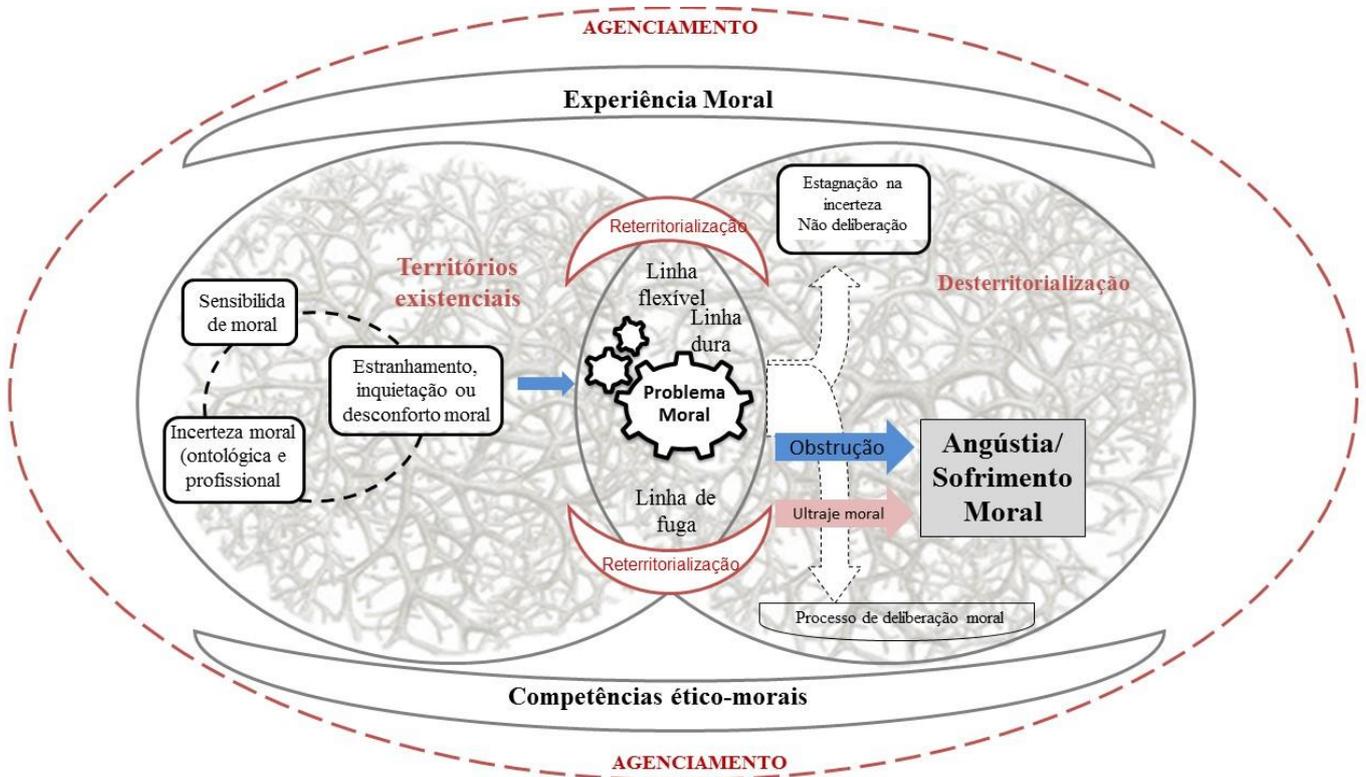
Na segmentaridade das linhas flexíveis, há uma conformação diferente da primeira. Nelas, os segmentos são medidos pelos seus fluxos e intensidades, constituindo blocos de devir e devires. O Devir significa o fluxo permanente, traduzindo um movimento ininterrupto que tem como potência dissolver, criar e transformar todas as realidades. Assim, o Devir é entendido como a força do vir a ser (DELEUZE, GUATTARI, 2015).

As linhas flexíveis constituem linhas moleculares que transcendem as oposições molares das linhas duras permitindo a passagem de fluxos de desterritorialização, impulsionando os sujeitos a se deslocarem para outros lugares. É do encontro entre a linha dura e a linha flexível que surge a terceira linha: as linhas de fuga, as quais precedem as outras linhas, ao mesmo tempo em que delas se originam. As linhas de fuga produzem uma espécie de máquina mutante, responsável por fabricar os movimentos de desterritorialização constituindo o plano do instituinte e da invenção (GUATTARI, ROLNIK, 2005).

A superação da forma dicotômica e dual de ser e de estar, é produzida quando o sujeito, ao estabelecer conexões com a sensibilidade (reconhecendo as causas de desconforto, estranhamento e mal-estar, podendo aqui ser entendido como mal-estar ético), encontra outra alternativa que ultrapassa os limites da polaridade que compõe o instituído.

Mediante a apresentação das concepções do marco teórico do sofrimento moral (RAMOS et al, 2016), apresentado na FIG 4 que consiste no Marco teórico do distress moral reconfigurado à luz da cartografia dos processos de subjetivação. O Marco reconfigurado traz a articulação da abordagem teórica de Guattari sobre a cartografia de produção subjetiva junto com o processo de angústia/sofrimento moral, tomando como referência suas interfaces e o caráter processual de ambos.

FIG. 4: Marco teórico do distress moral reconfigurado por meio da cartografia dos processos de subjetivação



(Fonte: Elaborado pelo pesquisador para fins deste estudo, 2016).

O ponto de partida para a apresentação do Marco Conceitual sobre o sofrimento moral é o **problema moral**, intencionalmente representado por uma engrenagem. Assim como o problema moral é disparador principal para a análise do sofrimento moral, a compreensão da metáfora da máquina, utilizada por Deleuze e Guattari é necessária para explicar os mecanismos que configuram o processo de subjetivação.

A máquina é usada como metáfora não por sua dimensão técnica, mas por uma compreensão de que a máquina é teórica e também social. Assim, as máquinas “engendram-se umas às outras, selecionam-se, eliminam-se, fazendo aparecer novas linhas de potencialidades”. (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p,389). Nesse sentido, há o reconhecimento de que máquinas não podem funcionar de modo isolado, mas por relações ou agenciamentos. “ O que faz a máquina, falando propriamente, são as conexões, todas as conexões que conduzem à desmontagem” (DELEUZE, GUATTARI, 2015, p. 148).

Para Deleuze e Guattari (2015), a noção de máquina transcende a dimensão técnica habitual, alcançando a dimensão social, da qual homens e mulheres fazem parte das engrenagens e por isso, participam de seu movimento. Homens e mulheres integram a máquina por meio das estruturas materiais, das condições de trabalho e também por meio de seus sonhos, amores, afetos e inquietações (DELEUZE; GUATTARI, 2015). Cabe salientar que o instituído, em algumas situações, captura esses desejos e sonhos, mesmo de que forma inconsciente, fazendo com que o sujeito reproduza os padrões de ser e de fazer determinados.

A desmontagem da máquina decorre dos agenciamentos maquínicos de desejo e dos agenciamentos coletivos de enunciação. Cabe aqui salientar, que os agenciamentos permitem a criação de novas engrenagens para a máquina, não sendo, contudo, suficientes para produzir seu desmonte. Tal desmonte depende do desejo, o qual é fabricado por linhas de segmentaridade flexível que proporcionam o deslocamento de territórios.

No marco reconfigurado, a **incerteza moral**, o **desconforto moral** e a **sensibilidade moral** estão inscritos no **território existencial** revelando a singularidade desses elementos. A percepção do problema moral só é possível mediante a sensibilidade moral, a qual difere entre os sujeitos, a depender da experiência moral que desenvolvem. Os territórios existenciais constituem o lugar das pertencas e das identificações, sendo a base de referência construída pelo sujeito mediante os agenciamentos, socializações e experiência moral no decorrer da vida. Diferentes territórios existenciais mobilizam formas distintas de percepção ou não um problema moral e de desenvolvimento da sensibilidade moral.

Avançando na apresentação do marco conceitual sobre sofrimento moral à luz de Guattari, no que concerne ao reconhecimento do problema moral, serão discutidos aspectos subjetivos relacionados à incapacidade de agir em consonância com seu julgamento ético (sofrimento moral). Assim, a vivência de sofrimento moral pode mobilizar deslocamentos e instigar a força do desejo, bem como o desmonte da forma como as engrenagens estão constituídas. Neste caso, ocorre o processo de **desterritorialização** revelando a potência de produtividade do sofrimento moral. Assim, a vivência do sofrimento moral pode ser um disparador do desejo, mobilizando a desconstrução de certos modos de ser, abrindo possibilidades de inventar novas formas de constituir-se como sujeito e criando novos territórios existenciais, caracterizando a **reterritorialização**.

De outra parte, pode ocorrer que a vivência do sofrimento moral reforce o instituído, fazendo com o sujeito reproduza modos de ser hegemônicos, sob modulação da subjetividade maquínica, que se traduz em maneiras inconscientes de permanecer no mesmo território. No

campo da saúde percebe-se que, nesse contexto, o trabalho morto prevalece, podendo gerar sentimentos negativos de frustração, impotência e distanciamento das práticas de cuidado.

Ressalta-se em relação à matriz teórica reconfigurada, que as linhas de segmentaridade flexível, dura e linhas de fuga foram situadas, de modo intencional, na zona de confluência dos territórios existenciais e da desterritorialização. A intenção foi evidenciar que essas linhas integram as engrenagens de produção dos territórios, de desterritorialização e de retorritorialização, compondo a base do processo de subjetivação na perspectiva de Deleuze e Guattari.

No Marco reconfigurado, a experiência moral foi situada em paralelo às competências ético-morais a fim de sinalizar que ambas são desenvolvidas mediante as vivências subjetivas. Assim, situações como vivenciar o processo de sofrimento moral, deparar-se com um problema ético, mesmo que não haja deliberação moral, vivenciar situações de ultraje moral, podem provocar processos de reflexão sobre si e sobre sua prática. Mediante as reflexões geradas pelas experiências vivenciadas são desenvolvidas as competências ético morais e a experiência moral.

No Marco reconfigurado, acrescentou-se o conceito de **ultraje moral** entendido como outro tipo de problema moral, distinto do sofrimento moral, estando a ele relacionado, e que se trata de um sentimento de indignação moral que surge quando se assiste ao ato imoral do outro, mas sente-se impotente para detê-lo (LAAB, 2005). Assim, o ultraje moral está situado no Marco Reconfigurado, paralelo à obstrução pelo fato de os dois elementos fazerem referência à prática. A obstrução significa a existência de algum obstáculo que impede o sujeito de realizar uma prática considerada eticamente adequada, podendo gerar vivências de sofrimento moral. A obstrução também se relaciona às múltiplas condições que impelem o sujeito a assumir uma prática com qual não concorda, mas precisa ser agente desta forma de atuar, podendo também produzir vivências de sofrimento moral. E o ultraje moral diz respeito à situação em que o sujeito assiste o ato imoral do colega e sofre moralmente por não possuir governança para impedir a ação. Por estabelecer relação com a prática profissional, mesmo que de outra pessoa, o ultraje moral também pode provocar vivências de sofrimento moral.

Por fim, tendo em vista que a cartografia é comparada a lógica de um rizoma, o fundo da figura retrata essa conformação rizomática. Segundo Martines et al. (2013), o rizoma faz referência ao que possui capacidade de enraizar-se sendo composto por muitas ramificações. A ideia de rizoma retrata ainda uma característica da cartografia, que é a conexão dos diferentes. Assim, cada parte, ponto, pedaço do rizoma consegue estabelecer conexão com outros rizomas,

outras tramas, outras conformações. Não há, desta forma, uma linearidade, causalidade ou ordem estabelecida previamente. Não começo nem fim.

A lógica da articulação entre o processo de sofrimento moral e a cartografia de produção de subjetividade está retratada na figura, mas não pretende cristalizar a processualidade da fabricação subjetiva, que por natureza é móvel, fluida e dinâmica. Nesse sentido, retratar o rizoma é uma estratégia de conferir à figura sua lógica de movimento e de intensidade.

O rizoma não é homogêneo, mas diverso. Não há hierarquias nem prioridades entre essas diversidades. O que existe são linhas que se apresentam sobre um plano. Essas linhas podem ser rompidas em qualquer ponto da mesma forma com que podem ser recompostas em qualquer lugar. Essas linhas podem ser de segmentaridade que conferem ao rizoma uma espécie de organização territorial, mas também existem linhas de fuga que são responsáveis pelas rupturas dessa organização e construção de processos de desterritorialização. As linhas de fuga compõem o rizoma ao mesmo tempo em que o desconfiguram, evidenciando a lógica do movimento de tessitura que constrói, desconstrói e reconstrói permanentemente (MARTINES et al., 2013)

Todo o processo descrito na Figura 4 estabelece confluências com múltiplos agenciamentos que permeiam o cotidiano de trabalho e do mundo vida. Desta forma, a articulação entre o processo de angústia/sofrimento moral e o processo de subjetivação, retratados no Marco reconfigurado, ofereceu subsídios para a compreensão dos dados que serão apresentados nos capítulos a seguir.

### **4.3. Modelos de gestão na saúde da família, agenciamentos políticos e as vivências de sofrimento moral de enfermeiros**

O presente eixo de reflexão trata da forma como os processos organizacionais acontecem no contexto estudado, reconhecendo-o como uma realidade histórica e temporal que se configura como pano de fundo das vivências retratadas a seguir. Assim, os modelos de gestão são compreendidos como agenciamentos coletivos que participam da fabricação dos modos de ser enfermeiro no cenário em questão.

A inserção na realidade por meio da pesquisa de campo permitiu compreender as linhas que conformam o terreno das práticas dos enfermeiros e as vivências de sofrimento moral experimentadas neste contexto.

As organizações, segundo Feuerwerker (2005) constituem-se como arena de intervenção de diferentes sujeitos que se confrontam cotidianamente e travam suas disputas acerca da orientação das práticas e das normativas instituídas.

No presente estudo, acrescenta-se a dimensão ética dos desafios que se apresentam à gestão do SUS, conforme apontado por E1 quando fala que as questões políticas do município culminam com falta de ética:

Mas a politicagem aqui é tão grande para manter as aparênciasmol que aqui eles têm um negócio de manter a aparência, falta de ética aqui, tipo, tudo é lindo, mas ninguém está aqui no dia-a-dia para ver que não é bem assim (...) A questão da política atrapalha muito, muito. **Chega a ser podre por causa da política** (...) A saúde do [município] é muito vinculada em política. Então tem muita coisa que acontece aqui, por causa disso, acaba sendo coisa, falta de ética mesmo (...). Então a política aqui faz com que as coisas sejam muito sem ética né? Sem moral (E1)

Nunes (2010) discute as mudanças no pensamento gerencial que foram produzidas pelo processo de redemocratização do país. Com a Constituição de 88, foram criados novos partidos políticos e colocou-se em pauta a necessidade de profissionalizar e qualificar os serviços públicos. Entretanto, o autor afirma que, a despeito da transformação possível da configuração política no país, houve, na realidade, uma forma adaptada de fazer política com predominância da influência partidária e a manipulação que esta prática permite. Além disso, o fortalecimento de uma lógica que elege atores privilegiados, cooptando-os a manterem interesses privados bem como a burocratização dos processos. Há um esvaziamento das ideologias que sustentam o bem público e legitimação de relações de poder que manipulam e excluem trabalhadores.

Em meio a este desenho organizacional, no presente estudo, a competência do enfermeiro é desconsiderada e a influência político partidária é o caminho de acesso à progressão na carreira, conforme depoimento de E2:

É ... aqui também, mas eu acho que eu vejo de forma geral que eu já trabalhei, também em outras cidades, aqui é **difícil essa questão política partidária**, por que você pode ser um enfermeiro maravilhoso coordenar maravilhosamente bem, mas você só vai ser um cargo de gerência, uma referência técnica se você tiver um apoio ou você apoiar um político e, de alguma forma a política, né? (E2)

Não sendo a ascensão dos enfermeiros na carreira decorrente de critérios de competência, também não parte da competência a escolha para assumir os cargos de gerência. Assim, a fala do enfermeiro sugere que a delegação do cargo de gerência está relacionada com a articulações políticas e não com critérios de competência, formação ou habilidade para tal.

Ah mas os gerentes aqui é tudo cargo político, tem gerente em unidade que é faxineiro, não o daqui. Mas tem unidade que é faxineira! Você tem ideia o que é você ser gerido por uma pessoa que não tem a mínima noção, não tem a mínima noção de saúde? Do que que precisa do que que não precisa. A nossa gerente aqui é uma técnica de enfermagem, entende de saúde mais ou menos. Mas assim, questão de processo de trabalho essas coisas ela não tem noção nenhuma (E10)

Paim e Teixeira (2007, p.1820) a Reforma Sanitária é entendida como um processo que acumula avanços e também desafios. Dentre os desafios, destaca os problemas da gestão relacionados à “falta de profissionalização dos gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços”. Tais desafios, segundo os autores, fragilizam o reconhecimento e credibilidade do SUS junto à sociedade e aos trabalhadores.

Nesse sentido, os depoimentos acima apresentam-nos o terreno político onde as práticas profissionais dos enfermeiros são construídas e seu processo de subjetivação é produzido. Trata-se de um cenário marcado por forte interferência político-partidária nas deliberações da gestão, colimando em questões éticas importantes. Ademais, configura-se um clima de medo dada a descontinuidade dos processos, a qual decorre de uma lógica gerencial que serve aos interesses partidários. Assim, há rupturas nos programas em curso gerando clima de medo e tensão nos trabalhadores, conforme retrata E2:

**Política aqui a gente tem medo**, por que o histórico que tem aqui, mudou a política mudou tudo, então tudo que você fez é perdido, isso é histórico comum aqui, com os outros funcionários mais antigos. A gente ainda não teve oportunidade de vivenciar isso não. Vamos ver que que vai acontecer, mas que dá medo dá né? Igual a gente estava numa estrutura, trabalhando aí há dois anos numa estruturação local, ai quando chega lá, entra outro partido, você perde tudo, desorganiza tudo (E2)

E3 acrescenta que não há continuidade dos programas e projetos implementados no município em decorrência das disputas político-partidárias que parecem sobressair em detrimento da qualidade do cuidado. Quando um político assume um cargo gerencial, há uma desconstrução dos processos iniciados na gestão anterior. Assim, em meio as disputas partidárias dos gestores, o trabalho do enfermeiro na saúde da família vai sofrendo delineado

Então assim, é eles voltam assim com outro projeto, às vezes, até com outro nome sabe? Então, às vezes, o serviço começa dando certo, começa a caminhar depois muda o mandato, muda a política. A política aqui (...) é muito forte. Nó muito! Esse ano já vai começar, né. Por causa do ano que vem, e brigas de força mesmo, minha filha (E3)

Dentro deste terreno político, os gerentes das unidades de saúde constroem suas práticas de modo a fortalecer o modelo instituído, delineando o processo de trabalho do enfermeiro na saúde da família e também agenciamentos que participam da subjetivação destes profissionais. Assim, o depoimento de E2 expressa a realidade do município investigado em que o gerente da unidade assume papel de fiscalizador dos trabalhadores, utilizando de dispositivos de controle e vigilância. Este contexto gera um clima de medo, ainda que todos os trabalhadores da realidade estudada tenham garantia da estabilidade mediante aprovação em concurso público:

O gerente ele é normalmente um cargo político né? Então ele está de acordo com o que a prefeitura está andando. Já aconteceu de, por exemplo, o gerente não está de acordo com o profissional e já transferir esse profissional sem nem mesmo falar com ele. Já aconteceu de falar “Olha amanhã você está trabalhando em tal lugar”. Então é muito, volátil os desejos da prefeitura. “Ah vamos paralisar porque estamos com insatisfações”. **Ai todo mundo tem medo.** Já chegou, por exemplo, uma vez, não só com os enfermeiros mas todos os profissionais, de passar uma lista do tipo assim, “Você vai mesmo fazer paralização? Quero ver se está ciente que se tiver uma paralização é isso, e isso e isso pode acontecer”. Já passou uma lista aqui que o sindicato depois falou, não assinem que isso está errado que isso não pode ser feito (E2)

Assim, pelo depoimento é possível perceber que o modelo de gestão adotado pelo município, território da presente investigação, é marcado por rigidez e autoritarismo. Paim e Teixeira (2007) discorrem sobre a condução político gerencial do SUS e necessidade de haver coerência entre as práticas de gestão e os princípios organizativos do SUS – descentralização e participação social. Entretanto, apresentam o desafio de superar práticas de gestão cristalizadas nos moldes de uma cultura organizacional essencialmente autoritária, burocrática, patrimonialista e dominada por interesses privados.

No contexto da globalização e das políticas neoliberais, surgiram novos paradigmas de produção e organização do processo de trabalho. É nesse contexto que a tônica da flexibilidade ganha evidência (ROSA, 2010). As estruturas rígidas das organizações tradicionais não mais contemplam as demandas organizacionais atuais. Isto porque a burocracia rígida é incoerente com a dinâmica social do mundo contemporâneo que, mais que nunca, exige organizações flexíveis. Esta nova realidade imprime como desafio a necessidade de transpor as barreiras ideológicas e instrumentais estabelecidas pelas concepções rígidas, tecnocráticas e autoritárias das estruturas organizacionais (BRITO et al., 2010) O desafio se potencializa quando se reconhece que o padrão tradicional de pensar e fazer gestão ainda povoam o imaginário de muitos atores que atuam na gerência em diversos níveis.

Ademais, E3 afirma que o modelo de gestão adotado no município é autoritário e diretivo de modo que os trabalhadores não possuem espaço para diálogo e manifestações.

Oh.. Tem épocas que dependendo da gestão é assim **de cima para baixo, cumpre-se!** Entendeu? Então assim, às vezes, estou sentindo na pele com essa implantação tem os tutores, os profissionais que. da secretaria que acompanham as unidades e orientam olha é dessa forma, dessa forma, **dessa forma meio que imposto.** (...) Então assim **a gente não tem muita voz ativa não** (E3)

A relação vertical entre gestão e equipe de saúde da família é retratada por E13 e E10, os quais evidenciam a existência de um modelo de gestão centralizado e com canais de diálogo frágeis. Assim, as deliberações são impositivas e os enfermeiros se sentem excluídos do processo:

Então as vezes a ordem chega de forma superficial, ninguém vem aqui reunir com a gente, ver que se o trabalho que a gente já vem sendo construído nesses 3 anos 5 anos. Não! É pra fazer! Chega uma ordem que agora o município pactuou, a gente escuta muito isso, o município pactuou que as metas para o programa x são essas... e dentro dessas metas a função do enfermeiro é essa. Fim. (E13)

Para que o projeto ético-político da Reforma Sanitária seja concretizado e materializado no cotidiano dos serviços, além da superação dos reconhecidos constrangimentos financeiros e dos desafios da formação em saúde, é urgente a necessidade de novos modelos de gestão e estruturas organizativas coerentes e comprometidas com os princípios do SUS (CECCIM E FEUERWERKER, 2004).

E por mais que você tente, eles [gestão] não deixam nem você falar nessas reuniões. Na hora que você vai reclamar de alguma coisa, aí já abafa o assunto, já muda o assunto ali. Então assim (...) e ai eles não querem te escutar não. Eles dão o curso lá, eles falam lá tudo que você tem que fazer mas na hora da prática você não consegue. (...). Na hora que você vai reclamar essas coisas eles não querem nem saber. Ai eles **querem impor e impõe e você tem que fazer...**entendeu? (E10)

Hennington (2008) afirma que a mudança do modelo de atenção à saúde está diretamente ligada à mudança no modelo de gestão de maneira que seja possível aos trabalhadores, usuários e gestores, assumirem protagonismo no processo de produção de cuidado. Afirma ainda que, um obstáculo importante para a melhoria do SUS constitui “os modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho, impedindo ou dificultando o protagonismo e a autonomia dos sujeitos envolvidos diretamente na execução das políticas e na produção de saúde” (HENNINGTON, 2008, p.2)

Os enfermeiros são tratados pela gestão como receptáculos acrílicos e esvaziados cuja função é assimilar as normas e fazer com que sejam cumpridas. Assim, segundo Feuerweker

(2005) por meio de capacitações há uma tentativa de padronizar as práticas e orientar as ações no sentido de ordená-las. A autora afirma que modos de organização de processos de trabalho centralizados e fragmentados tendem a proporcionar desinteresse por parte dos trabalhadores bem como alienação. A alienação, por sua vez, impulsiona o movimento de desresponsabilização e distanciamento com o resultado final de sua prática, fragilizando assim, sua implicação com a prática profissional. Tal desinteresse pode ser reconhecido na fala de E8:

Então assim, a prefeitura não tem incentivo para a gente para nada, você não tem incentivo pra trabalhar aqui. **Aí você vai perdendo o interesse do serviço, vai perdendo a motivação e eu arrependi de ter vindo** (E8)

O desinteresse manifesto por E8 está relacionado com o contexto de produção de sua prática profissional o qual é fortemente marcado por cobrança de metas e produção e sem apoio institucional. Assim, o modelo de gestão da realidade estudada provoca desconforto no enfermeiro decorrente da predominância da lógica produtivista da gestão em detrimento da qualidade.

Além disso, o depoimento de E5 sugere que o modelo de gestão não oferece respaldo institucional nem apoio aos profissionais.

Só que eu acho que isso gestão não tá... acho que eles querem muito número sabe? Eles não querem muita qualidade, eles querem muita quantidade **e isso me incomoda muito. Uma das coisas que mais incomoda né?** A gestão também não ajuda muito porque tem hora também que a gestão tem que pegar na nossa mão e falar “vamos juntos” e eles falam “se virem e vejam o que que dá pra fazer”. (E5)

A gente não tem muita condição de trabalho porque são tantas outras rotinas burocráticas que acaba não tendo muita qualidade nas outras questões (...). Acho que é muita cobrança e pouca condição, e acaba interferindo na qualidade (E12)

Os depoimentos de E5 e E12 evidenciam importante contradição na gestão na medida em que o SUS convoca os trabalhadores, gestores e usuários para produzirem encontros que sejam efetivamente capazes de produzir cuidado. Esses encontros precisam ser pautados por práticas dialógicas e escuta qualificada, premissas da Política de Nacional de Humanização (HENNINGTON, 2008). Trata-se, pois, de aspectos que qualificam os atos produtivos no campo saúde. Entretanto, a contradição se assenta no fato de que, se por um lado os profissionais são estimulados a reconfigurar suas práticas sobre bases humanizantes e tendo em vista a qualidade do cuidado, por outro lado, os arranjos organizacionais que desenham tais práticas se sustentam na lógica quantitativista de produção. Desta contradição, emergem, nos enfermeiros, sensações de incômodo e desconforto.

O enfermeiro no cenário investigado, entende que a gestão delibera por práticas e formas de organização que muitas vezes não encontram eco na realidade, sendo dissonantes com o contexto. Assim, são obrigados a implementarem e serem agentes de operacionalização de certos modos de produzir saúde que consideram inadequados, como o Protocolo de Manchester na Atenção Primária.

Então deixa tudo para a gente e a **cobrança está cada vez maior** neh? A prefeitura vai empurrando as coisas ne? **Chega uma ordem lá você tem que fazer protocolo de Manchester**. E vai empurrando. Não quer saber se vai funcionar, se não vai! Como é coisa do dinheiro do ministério que vem a verba, você tem que se virar pra fazer. A gente faz do jeito que da... Igual te falei, as vezes a gente tem 5 vagas e 40 pacientes. E aí? Na teoria todo mundo teria que ser atendido pelo Manchester, por mais que demore 4 horas um azul um verde, mas tem que ser atendido no dia, não é o que acontece. Esses azuis e verdes a gente vai adiando.. (E10)

O Protocolo de Manchester é compreendido neste estudo como importante problema moral no cotidiano de trabalho da saúde da família. O Protocolo de Manchester foi adotado pela gestão municipal como dispositivo de organização do fluxo assistencial. Entretanto, o enfermeiro não concorda com esta prática e não encontra sentido em sua relação por considerar que a lógica do Manchester desconstrói os pressupostos de vínculo e integralidade inscritos na saúde da família:

O protocolo de Manchester não é feito para a atenção básica, não é! Não é! Tosse, não tem ou a palavra tosse, o que mais vem aqui é gente tossindo, tem lá dispneia em adultos, mas nem todo mundo que tosse, está em dispneia, aí tem lá, mal-estar em adultos, que é o que a gente usa, eu tenho que medir glicemia, uma pessoa que está tossindo? Eu não tenho nem fita de glicemia (...) O Manchester é dificultador, não tem nada a ver com saúde da família! (E2)

Manchester não presta, eu não vou fazer acolhimento de três minutos (...) eu tenho que avaliar ela por inteiro, por que eu tenho sete vagas com o médico e se eu tiver que mandar ir embora eu vou ter que avaliar ela do pé até a cabeça. Então muitas vezes vou ter que olhar garganta, ouvido, vou ter que fazer ausculta pulmonar, vou ter que fazer saturação, isso não demanda três minutos (E2)

Por que a gente não é UAI, não é UPA, a gente não tem que ter passar todo mundo pelo médico né? Então nem todo mundo tem que passar pelo médico, as vezes a pessoa precisa só de uma orientação, as vezes a pessoa está iniciando um quadro viral, então a gente orienta, mãe é muito preocupada né? (E8)

O Protocolo de Manchester consiste em uma modalidade de acolhimento por classificação de risco. De acordo com Souza e Bastos (2008) o acolhimento com classificação de risco é um eficaz e decisivo dispositivo de organização de fluxo assistencial. Tendo como base protocolos norteia o atendimento de acordo com a gravidade clínica e não a ordem de

chegada. Os autores afirmam ainda que todos que buscam o serviço de urgência e são classificados mediante critérios de risco, serão atendidos. Porém, a dinâmica, natureza e estrutura da organização da saúde da família sustenta-se em outra lógica. A começar pelo fato de que a unidade não permanece aberta por 24 horas e, que nem todas as demandas são de natureza médica.

Sobre as contradições do Protocolo de Manchester na APS, Moreira et al. (2015) afirmam que os enfermeiros de saúde da família consideram a modalidade de acolhimento sem Protocolo e Manchester mais efetiva e coerente com a lógica das práticas deste ponto de atenção da rede. Isto porque havia tempo e espaço para a escuta das necessidades de saúde não relacionadas especificamente aos domínios biológicos. Os enfermeiros do referido estudo consideram o Manchester adequado para atenção secundária sendo inviável sua operacionalização na íntegra na saúde da família. Neste contexto, o enfermeiro vivencia conflitos éticos e tensões relacionadas ao que acreditam ser a prática eticamente adequada na saúde da família e o que vem sendo instituído. Ademais, o usuário permanece mais tempo na unidade aguardando atendimento do que antes da implantação do Manchester.

Merhy (2002) afirma que o desafio do sistema de saúde brasileiro é reconfigurar os modos de produção em saúde sendo, por isso, um desafio de reestruturação tecnológica da composição do trabalho. Para o autor, tal composição precisa ter como eixo condutor as tecnologias leves. Concordamos com tal perspectiva e com a argumentação de que o trabalho em saúde, para ser efetivo e coerente com complexidade das necessidades de saúde, precisa ser centrado no trabalho vivo em ato. Compor um trabalho vivo em ato exige que ato produtivo não seja capturado pela lógica do trabalho morto, retratado pelos equipamentos e tecnologias duras.

Nesse sentido, os depoimentos sugerem que o Protocolo de Manchester na APS pode se constituir como um dispositivo capaz de aprisionar o trabalho vivo em ato na medida em que sequestra a possibilidade de que sejam produzidos encontros de subjetividades. Isto porque o formato do Manchester instrumentaliza o encontro e inviabiliza a intercessão entre enfermeiro e usuário.

O enfermeiro, responsável por operacionalizar o Manchester na Atenção Primária, não encontra coerência nesta estruturação de fluxo assistencial no contexto da saúde da família. Entretanto, a gestão municipal não viabiliza espaços de discussão, reflexão e debate sobre processos de trabalho e a implantação do Manchester ocorreu por imposição da gestão.

Tendo em vista que o enfermeiro não concorda com a implantação do Manchester na APS mas, ao mesmo tempo, não possui governança para fazer enfrentamentos diretos com relação a esta deliberação da gestão sobre organização de fluxos assistenciais, o enfermeiro então cria rotas de fuga. Tais rotas de fuga constituem suas estratégias de enfrentar o problema moral, mesmo que indiretamente, inventando mecanismos de adaptação e renormalização que fazem com que encontre algum sentido na realização dessa prática:

Manchester é um dificultador, hoje em dia a gente adaptou, a gente mesmo adaptou, faz do nosso jeito, da nossa forma, igual, por exemplo, colocam no Manchester renovação de receita, isso é Manchester? Problema da recepção também, isso é Manchester, não é! (E10)

O Manchester em si, a gente nem considera mais como Manchester não. A gente faz da nossa forma adaptada para a saúde da família (E1)

Sete horas eu tenho que ir embora eu tem que fechar, que que eu faço com esses pacientes que as vezes foram classificados e não tiveram condição de atendimento, por que não tem estrutura pra isso, então não ...o Manchester é adaptado né? A gente classifica a gente consegue classificar, as urgências né? O tempo de atendimento, a gente consegue fazer essa classificação de prioridade, mas aqueles que não se enquadram são agudos leves, vamos dizer assim, aqueles que o enfermeiro pode dar as orientações e de acordo com o protocolo de [nome do município], algumas medicações que a gente se arrisca né? A gente libera ele, claro sempre com muita orientação né? (E2)

Tais reconfigurações da norma sobre a forma como o Manchester tem sido implantado retratam os enfermeiros produzindo inventividade a partir do desejo de construir sua prática profissional em consonância com os pilares de equidade e universalidade do acesso. A resistência do enfermeiro frente à deliberação da gestão por processos de trabalho com os quais não concorda, impulsiona o enfermeiro a viver processos de desterritorialização, abrindo possibilidades para construção de novos territórios existenciais. Deste modo, se historicamente o enfermeiro vivenciou relações dissimétricas de poder e assumiu alguma condição de subalternidade, hoje evidencia-se movimento de produção de resistências, de conformação de linhas de fuga aos modelos instituídos.

O sofrimento moral experimentado por enfermeiros da presente investigação, emerge, portanto, da contradição com a qual se depara o enfermeiro ao ser agente de materialização de uma prática que reforça da lógica médico centrada que vem tentando ser desconstruída ao longo do processo de implantação do SUS. Assim, o enfermeiro considera o Manchester como um recurso que imprime e fortalece a tônica da urgência na saúde da família.

Assim, o enfermeiro não concorda com tal deliberação, mas é impelido a ser o agente de perpetuação da lógica de produção de saúde instituída, a qual exclui outras dimensões do viver humano que não aqueles de ordem biológica.

Eu acho que com essa implantação da classificação de risco, parece que eles estão querendo implantar aqui uma UAI porque, igual eu falei com o [nome do enfermeiro] ontem, sinceramente, eu estou na dúvida se eu estou trabalhando na UAI ou se é no PSF porque está perdendo o vínculo, tá perdendo tudo, então não tá mais aquela coisa. Meu sonho era trabalhar em PSF sabe? Mas quando você chega aqui é totalmente diferente. O gerente não quer... chega paciente ali, ele não quer saber de quem é, se é urgência, se não é, ele não quer nem saber não (E7)

Olha o Manchester na Atenção Primária, bom, o Manchester foi feito pra urgência ne..ele é basicamente, o protocolo em si, até mesmos as queixas que a gente observa, ele é feito pra urgência, ele é voltado totalmente pra urgência, e eu acho que não funciona muito pra atenção básica (E11)

Ao priorizar a abordagem sobre o corpo e sobre a doença traduzida na linguagem de sinais e sintomas clínicos pode-se inferir, com base nos depoimentos, que a implantação do Protocolo de Manchester na AB reforça as estratégias de biopoder (FOUCAULT, 1979) nas práticas de saúde. Os enfermeiros não concordam com essa lógica ao mesmo tempo que são agenciadores de sua operacionalização. Este contexto gera vivências de angústia e sofrimento moral.

Os depoimentos convocam para a reflexão a respeito da implantação do Protocolo de Manchester na APS à revelia, sem debate com os trabalhadores. Tal postura revela, dessa forma, o modo vertical e centralizador com o qual a gestão tem estabelecido arranjos organizativos no cotidiano da saúde da família que provocam sentimentos de angústia no enfermeiro

É assim, o secretário quer centralizar tudo, né. Porque, assim **a gente não concorda assim com o Manchester na Atenção Básica**, e sendo tudo que a gente pergunta, por exemplo, pra quem deu o curso de Manchester pra gente, eles não sabem responder. Tipo assim, o teórico ok, mas, o prático, do treinamento em si não tem né? Porque, às vezes, é, meu médico tem uma agenda a ser cumprida, né. E aí todo paciente que eu tenho que classificar eu tenho que atender e aí? Onde esse paciente entra? Porque anterior a isso, de uma certa forma, no acolhimento a gente é priorizava. Chegou uma crise asmática, chegou uma crise renal, uma crise hipertensiva, a gente priorizava, entendeu? Agora não, aí eu tenho que falar que assim, pelo Manchester a gente não pode agendar o que é verde o que é azul. Aí ele me fala que a gente pode agendar sim. Aí eu falei: “Cadê um documento que a prefeitura soltou pra todas as unidades respaldando o enfermeiro que ele pode é agendar consultas?” Uai, porque quem vai nos respaldar? O usuário ele tem direito de ser atendido. Ele tem obrigação de ser atendido. Então assim, às vezes, coisas que a gente pergunta não tem resposta, entendeu? Então tipo assim **“se vira que o filho é teu”!** (E3).

Quando o enfermeiro assume seu desconforto moral com relação a implantação de um modo de organizar a prática que, segundo seu julgamento, não é a forma mais correta, ele

participa do processo de desenvolvimento do sofrimento moral. Isto porque, o sofrimento moral ocorre quando se sabe a conduta certa a ser tomada, entretanto restrições institucionais tornam quase impossível seguir o curso correto da ação (McCARTHY; GASTMANS, 2015).

As vezes eu acho que não, por exemplo, a tentativa da inserção da classificação de risco na atenção primária, eu acho que você pode perguntar pra qualquer enfermeiro da saúde da família que a resposta é universal, é unificada, não se enquadra. **Nós estamos destruindo um modelo que estamos tentando construir.** Uma coisa não se encaixa na outra (E13).

Pode-se inferir que o SUS é compreendido por E13 como um valor moral de tal forma que estratégias que distanciam a prática do alcance dos princípios do SUS mobilizam experiências de sofrimento neste enfermeiro.

Segundo Andrade *et al.* (2006) a ESF traduz o modelo da APS tendo como eixo central a unidade familiar e como locus operacional a esfera comunitária. No âmbito do sistema público de saúde, a ESF representa o ponto de atenção da rede com maior capilaridade na vida dos sujeitos, uma vez que se localiza no território onde os processos de viver, adoecer e cuidar são (re)construídos, reproduzidos e também transformados. De acordo com Assis *et al.* (2010, p. 39) a ESF constitui-se como principal “dispositivo de mudança do cuidado em saúde”, sendo potencialmente capaz de promover a reorganização e a reorientação das práticas assistenciais, a fim de consolidar um novo jeito de pensar e fazer saúde no Brasil.

O sofrimento moral afeta os enfermeiros em diferentes cenários de atuação profissional e constitui-se como um grave problema que pode provocar sentimentos de aflição, insatisfação e sintomas físicos. Pode também gerar rotatividade de profissionais e até abandono da profissão, impactando na qualidade do cuidado ofertado (SCHAEFER; VIEIRA, 2015).

Então, eu acho que está perdendo o vínculo. Sinceramente, eu perdi totalmente o interesse de trabalhar em PSF (E7)

Oh e Belgium apresentam o conceito de sofrimento moral desenvolvido por Hanna, a qual compreende o sofrimento moral como um ato de aversão interior, decorrente da percepção de ameaça de violação ao fim moral. Assim, o sofrimento moral pode gerar um processo de desconexão de si mesmo e também de desconexão com outro, mesmo quando a violação não se manifesta claramente. Deste modo, o sujeito pode experimentar sofrimento moral quando compromete seus valores os quais constituem a base da agência moral de uma pessoa (OH; BELGIUM, 2015).

Ademais, além de deliberar por práticas incoerentes com a lógica da Atenção Básica, os gerentes forçam os trabalhadores a manterem o serviço em funcionamento sem, no entanto, oferecer condições para tal. A imposição pela gestão de metas e objetivos destituídos de respaldo institucional, compõe, segundo Oliveira e Veloso (2012), estratégia de dominação e violência no contexto de trabalho

Aqui a gente tem os setores que é um profissional para um setor. É... **e a gestão ela fica de cima cobrando que o serviço ele tem que funcionar de 7 da manhã às 18 horas que é o horário de funcionamento da unidade.** Aí eu não tenho funcionário no serviço, por um motivo ou outro, ou ele pegou uma folga ou ele está de atestado ou ele não compareceu por um motivo particular. Você tem que abrir o serviço, você tem que abrir o setor e você não tem funcionário para isso. Então você tem que se virar nos trinta para colocar aquele setor funcionando de alguma forma. Ou escalar um funcionário para atender em dois setores, ou você ir assumir o setor e deixar o seu serviço de lado, como algumas vezes eu já tive que desmarcar prevenção para fazer outro serviço. O serviço tem que funcionar, **mas você não tem as condições para o funcionamento** (E14).

O cotidiano do enfermeiro na saúde da família é permeado vivências de sofrimento moral decorrentes da “falta de condições de trabalho e de atendimento, a atenção transformada numa pura aplicação rotineira de procedimentos padronizados, a falta de foco nas necessidades do usuário, levando a uma sobredeterminação da demanda porque os problemas não são resolvidos e o usuário volta sempre de novo, além de o profissional não estar satisfeito no seu trabalho” (JUNGES, 2009, p. 90)

Além das questões organizativas incoerentes com a lógica da saúde da família, o enfermeiro vivencia sofrimento moral decorrente da postura do gerente. O enfermeiro vivencia angústia quando, por determinação do gerente, é impelido pelo a tomar determinada conduta com o paciente que extrapola seu escopo de intervenção. Assim, mesmo não concordando, se sente obrigado a acatar as imposições do gerente.

Mas é mais com o paciente, às vezes, o paciente chega, ele exige uma coisa e, às vezes, você quer tomar uma decisão aí ele não aceita, aí ele vai no gerente, **o gerente vem e quase obriga a gente a fazer aquilo que o paciente quer sabe?** (...) o gerente vem quer que você resolve. Às vezes, você não pode. Aí você tem que passar por cima daquilo que você não pode, é ordem do gerente né (E8)

O clientelismo, segundo Nunes (2010), trata-se de um modo de dominante de relação entre a sociedade e a organização política, sendo uma prática característica da República Velha. Assim, as práticas e os valores do clientelismo ainda estão arraigados na configuração da sociedade e modulam a forma como a sociedade se relaciona com seus direitos e com o sistema político.

Significa que o clientelismo e as barganhas partidárias delineiam a troca social que perpetua modelos instituídos de fazer política no Brasil uma vez que se utiliza a máquina

pública para satisfazer interesses pessoais em detrimento do bem coletivo e dos princípios de justiça e equidade que fundamentam o SUS

A contradição reside no fato de que a Constituição de 88 e o desenho organizativo do SUS propõe novos processos gerenciais pautados em uma lógica liberal, de gestão participativa e maior governança dos trabalhadores sobre seu processo de trabalho.

O enfermeiro deste estudo experimenta sofrimento moral por ser obrigado a fazer visita domiciliar por deliberação da gestão. A angústia decorre do conflito ético de não conseguir fazer visita aos acamados que, no julgamento moral do enfermeiro são os que mais necessitam, e, em contrapartida, ser compelido a fazer visita a alguém que apresenta critério clínico que justifique a priorização.

Ah, já aconteceu uma vez que, eu atendo uma área descoberta, e tinha uma paciente que ela não era acamada. A gente faz visita em acamado, ela não era acamada, mas teve que, por questões políticas, a gente teve que ir fazer visita domiciliar na casa dela. Fui contra o meu princípio mas foi meio que uma ameaça entendeu? Ai eu tive que ir la (E11)

Para McCarthy; Gastmans (2015) portanto, o sofrimento moral refere-se ao sofrimento psicológico, fisiológico e emocional que pode ocorrer com os enfermeiros em virtude de constrangimentos circunstanciais que os impelem a participar de irregularidades morais por eles percebidas ou se omitirem no enfrentamento de conflitos éticos.

Diante dessa vivência, o enfermeiro experimenta desconforto moral por ser agente de realização de uma prática com a qual não concorda, mas, que não que não se percebe com condições de mobilizar enfrentamento.

Ah você se sente frustrado nesse sentido. Você está ali, os acamados que você tem você não conseguindo visitar. Ai tem que ir visitar uma pessoa que não é acamada, que não é dependente, que pode vir até o serviço de saúde porque foi deliberado né? Porque foi imposto. É complicado, é revoltante. (E11)

A situação descrita caracteriza vivências de sofrimento moral. O sofrimento moral é entendido como produto da articulação entre a existência/percepção de uma situação moral (questão ética) associada a uma decisão moral sobre a ação correta a ser tomada em relação a esta situação moral (problema moral) bem como o reconhecimento da incapacidade para agir (deliberação moral) culminando em sentimentos dolorosos de angústia e desequilíbrio psicológico (RAMOS *et. al*, 2016; LAAB, 2005).

Para McCarthy; Gastmans (2015) portanto, o sofrimento moral refere-se ao sofrimento psicológico, fisiológico e emocional que pode ocorrer com os enfermeiros em virtude de

constrangimentos circunstanciais que os impelem a participar de irregularidades morais por eles percebidas ou se omitirem no enfrentamento de conflitos éticos.

Outra situação que gera sofrimento moral no enfermeiro da saúde da família no cenário investigado, diz respeito à interferência política de vereador deliberando sobre a ordem de prioridade para realização de exame. Assim, o enfermeiro se depara com o conflito ético de reconhecer o usuário que tem maior necessidade clínica de realizar o exame e assiste sua longa permanência na fila de espera. Enquanto isso, o vereador delibera que alguém com menos necessidade clínica acesse com prioridade o exame. Esta situação gera sentimentos de angústia e impotência, conforme relatado por E10

A politicagem aqui é muito grande. Então assim, favor atrás de favor.. A política aqui é assim..A gente não pode nem falar essas coisas sabe...Uma coisa que mata a gente de raiva. A gente sabe de gente que as vezes está há dois anos esperando uma endoscopia. Aí chega um fulano de tal amigo de político e passa na frente de todo mundo. Então assim, aqui é terrível. A parte de política aqui da vontade de você sair correndo. É só politicagem. Você sabe que tem, você vê o gerente fazendo isso, você vê os outros lá na prefeitura. Então assim é muito triste. (E10)

O sofrimento moral ocorre quando se sabe a conduta certa a ser tomada, entretanto restrições institucionais tornam quase impossível seguir o curso correto da ação (McCARTHY; GASTMANS, 2015). A conduta julgada como moralmente adequada pelo enfermeiro é a garantia de critérios de justiça quando na organização do fluxo de acesso a exames. Entretanto, o conflito ético se apresenta quando, por influências políticas, um usuário é privilegiado e com anuência do gerente. Essa situação provoca sentimentos dolorosos de tristeza no enfermeiro e vivências de angústia uma vez que o enfermeiro se percebe impelido a protagonizar um modo de fazer saúde que considera injusto e eticamente inadequado.

Para Cortina, a assistência digna às pessoas e comunidades bem como o desejo pela justiça são causas defendidas, do ponto de vista dos discursos, pela maioria dos partidos políticos. Porém, a autora afirma que o cuidado com os votos sempre sobressai.

Então assim, a gente fica chateada porque você vê o paciente, você sabe que o paciente está precisando daquele exame, que tem alguma coisa errada. Ai ele vai e tem que esperar um ano. Aí vem outro de fora, nem é aqui da área, mas que o vereador conhece e passa na frente. E assim, é descarado. Todo mundo sabe entendeu? Então assim, são umas situações muito complicadas. É uma impotência sabe (E10).

A contradição incide no fato de que o processo da Reforma Sanitária se constituir, na ótica de Paim e Teixeira (2007), um projeto de civilização pelo fato de impulsionar valores de

justiça na sociedade, tendo a saúde como base central de transformação. Assim, a interferência no SUS na sociedade extrapola o setor saúde na medida em que o SUS se configura com uma política de fortalecimento da democracia que tem por base a redução das desigualdades sociais, inclusão social, respeito às pessoas e melhoria das condições de vida. Se a gestão se estrutura mediante viés político partidário e com práticas que privilegiam as pessoas sem critério de justiça, ocorrem rupturas no processo de consolidação do SUS e delinea-se um contexto de importante desafio ético.

Além disso, as deturpações éticas na gestão, imprimem uma lógica perversa que modula a subjetividade da comunidade, criando problemas no cotidiano do serviço. Isto porque o favorecimento do acesso de usuários pelos vereadores gera na comunidade uma construção subjetiva de que este é o mecanismo de se conseguir resolver suas questões. Assim, o enfermeiro E2 relata o cotidiano marcado por brigas decorrentes de usuários que ameaçavam ligar para o prefeito para conseguir privilégios. Retrata uma realidade em que as influências políticas são compreendidas como modos de acessar o serviço e os enfermeiros vivenciam conflitos éticos decorrentes das injustiças inscritas nesse formato de organizar o fluxo assistencial.

Que isso é uma questão política é aqui é muito forte assim, da gente chegar no início quando a gente chegou, chegar gente brigando, gritando na recepção, que se você não me atender eu vou ligar para o prefeito e você tem que me atender por que eu sou amiga do vereador (E2)

Conflitos éticos são inerentes à prática profissional do enfermeiro, podendo ter como desfecho vivências de sofrimento moral. O sofrimento moral está associado a perda da capacidade de cuidar bem como o desenvolvimento de esgotamento profissional, impactando na percepção que o enfermeiro tem sobre si e sobre sua prática profissional. Necessário se faz desenvolver estratégias de natureza organizacional no contexto de trabalho que ofereçam suporte aos enfermeiros que experimentam o sofrimento moral em seu cotidiano para que sejam mobilizados a desenvolverem estratégias de enfrentamento (OH; BELGIUM, 2015).

A análise de Cortina sobre a conjuntura da saúde pública na Espanha é coerente com o contexto brasileiro no que tange a fragilidade em seus princípios morais no que tange à equidade. A saúde pública perde qualidade do modo acentuado e acelerado e, se essa tendência permanecer, culminará com a configuração de um serviço beneficente para população mais vulnerável.

No presente estudo, os conflitos éticos estão diretamente relacionados aos modelos de gestão do município bem como as influências político-partidárias no cotidiano da saúde da família. Tais influências produzem tensionamentos e disputas de forças que produzem vivências de sofrimento moral em enfermeiros.

No Brasil, o cotidiano da saúde pública no país, por vezes, expressa uma realidade caótica e dinâmica, mas nem por isso, deixa de ser promissora. Os desafios que permeiam o processo de consolidação do SUS, a despeito de suas contradições, podem impulsionar novos modos de ser, de pensar e de fazer a atenção a saúde no país, podendo emergir uma multiplicidade de possibilidades de criação a partir dessa permanente transformação do real. Dessa potência que permanecemos na luta e na crença de que, mesmo em meio às adversidades e constrangimentos políticos, estruturais e econômicos que permeiam o SUS, é possível construirmos novas formas de ser, de pensar e de agir, mobilizando resistências.

#### **4.4. O cuidado na saúde da família entre autonomia e dominação: vivências de sofrimento moral em enfermeiros<sup>1</sup>**

No contexto atual de saúde, assiste-se a eclosão de novos discursos no campo da saúde pública que convocam os gestores, profissionais e também a sociedade na luta pela reconstrução das práticas sanitárias, introduzindo novos paradigmas. Assim, são muitas as transformações nos modos de pensar e fazer saúde os quais exigem reflexões e debates sobre a prática profissional e o cuidado prestado (AYRES, 2004).

No Brasil, tendo em vista a perspectiva de transformação da atenção à saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu como uma forma de reorganização e reorientação das práticas assistenciais, a fim de consolidar o modelo de atenção primária à saúde no país. A compreensão da ESF como dispositivo de mudança dos modos de fazer saúde significa repensar as práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Isto porque se amplia a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam seus limites e suas possibilidades de atuação, requerendo, desses atores, novas habilidades bem como o (re) pensar de suas identidades e dos processos de subjetivação a ela relacionados (CAÇADOR *et al.*, 2015).

<sup>1</sup> Trabalho publicado no Congresso Ibero Americano de Pesquisa em Enfermagem (2016).

Em face ao desafio de transformar as formas de pensar, organizar e prestar a atenção à saúde no Brasil, a prática profissional do enfermeiro apresenta-se permeada por conflitos éticos, os quais podem gerar vivências de sofrimento moral. O sofrimento moral está associado à perda da capacidade de cuidar, bem como ao desenvolvimento de esgotamento profissional, impactando na configuração da identidade do enfermeiro (OH & BELGIUM, 2015).

O termo sofrimento moral tem sido usado para descrever um tipo de sofrimento físico, emocional e psicológico que enfermeiros e outros profissionais vivenciam quando sua ação é incoerente com seus valores éticos e com seu julgamento moral. (MCCARTHY & GASTMANS, 2015). Nesse sentido, o processo de angústia/sofrimento moral relaciona-se diretamente com a prática profissional efetivada, tendo como referência os valores morais que sustentam tais práticas.

Há que se ressaltar que tanto no contexto hospitalar quanto na Atenção Primária à Saúde (APS) os enfermeiros referem angústia por terem sua prática limitada por forças externas, que os impelem a agir de modo contraditório ao seu julgamento moral. Além disso, experimentam indignação perante as ações que consideram incoerentes dos outros. Se comparadas com as questões dramáticas que envolvem vida e morte no contexto hospitalar, as questões éticas inscritas no cotidiano da APS tendem a se apresentar de modo mais sutil e de difícil discernimento. A autonomia do enfermeiro no contexto da APS é maior, assim como, o nível de responsabilidade também aumenta se comparado ao hospital, onde o cuidado tende a ser compartilhado com diversos membros da equipe (LAABS, 2007).

Importa destacar que, embora sejam reconhecidas as consequências do processo de sofrimento moral, as vivências e situações potencialmente geradoras na APS ainda são uma incógnita, assim como, é desconhecida a forma com a qual os enfermeiros de APS manejam e enfrentam os problemas éticos. Nesse sentido, é fundamental compreender o processo pois, caso contrário, se torna invisíveis as estratégias de enfrentamento, seja no âmbito individual e/ou organizacional (LAABS, 2007).

O contexto de atuação do enfermeiro na saúde da família é, portanto, marcado por desafios éticos que perpassam as reconfigurações políticas, sociais e paradigmáticas dos modelos de gestão de atenção à saúde no Brasil, os quais estabelecem interface com o processo de subjetivação desses profissionais, sua construção identitária e as vivências de angústia/sofrimento moral experimentadas no cotidiano. Nesse sentido, o objetivo do estudo foi compreender vivências de sofrimento moral de enfermeiros na saúde da família.

Por natureza, a prática profissional de enfermagem traduz-se em um esforço moral, de tal modo que, problemas morais se tornam inerentes ao fazer do enfermeiro. Quando problemas morais não são resolvidos, compromete-se a integridade moral do enfermeiro, resultando em experiências de angústia/sofrimento moral, caracterizada por raiva, impotência, culpa e frustração. Tais vivências têm sido associadas com a perda da capacidade de cuidar, além de certa tendência em evitar o contato com o paciente. Assim, quanto maior o sofrimento, maior a probabilidade de abandono da profissão (LAABS, 2005).

Na saúde pública, tem sido pauta de debate e reflexão as questões bioéticas relativas ao limite tênue entre a responsabilização e a autonomia dos sujeitos. Assim, a questão emblemática que se apresenta é sobre a fronteira entre o tipo de controle exercido sobre os comportamentos daqueles sujeitos que possuem modos de andar a vida que de algum modo sejam agressivos a si. Portanto, o desafio se assenta na necessidade de se preservar as liberdades individuais ao mesmo tempo em que é preciso garantir acesso a formas saudáveis de viver. Tem-se como ideal garantir a universalidade do acesso associado ao desenvolvimento das potencialidades humanas. Logo, a dimensão ética, dessa questão, inscreve-se na relação entre a proteção da saúde daqueles que necessitam e as liberdades fundamentais inerentes a todo ser humano. Constitui-se, pois, como desafio ético cotidiano na saúde da família refletir e ponderar sobre o discurso da proteção de vulneráveis e as armadilhas biopolíticas inscritas nas práticas sanitárias (GAUDENZI & SCHRAMM, 2010).

Eles acham que a responsabilidade é da gente. Tem um paciente da saúde mental aqui, que só anda com a pressão lá em cima. Então, assim, ele não quer tomar o remédio, aí família dele não dá. Aí, a família vem em cima. Acha que a culpa é da gente. É eu que tenho que ir lá e fazer ele tomar o remédio, porque ele não quer tomar. Então, assim, eles não querem ter responsabilidade, eles querem que a gente cuida, que a gente tem responsabilidade e, às vezes, a gente não dá conta (...), não é pra jogar em cima da gente, que a gente tem que ser responsável por aquela pessoa. (E10)

O que tá posto hoje é que a responsabilidade é só da equipe. A gente é responsável por tudo. O usuário... a gente tenta responsabilizar, mas nem sempre ele se dá conta disso, ele não se vê responsável pela sua... pelo seu... pela sua saúde mesmo e a culpa acaba sendo da Saúde da Família. Tudo vem em cima da gente. Igual a gente fala aqui que às vezes também é a gestão que quer jogar tudo na Saúde da Família. A gente que é culpado pelo paciente que agudiza, a saúde da família que é culpada o paciente crônico que não está estabilizado, a gente que é culpado de tudo. E a gente que é cobrado, só que às vezes também não tem muito elemento pra trabalhar. (E5)

A realidade evidenciada nos depoimentos sinaliza para contradições na lógica da bioética da proteção. A bioética da proteção pertence a um subconjunto da bioética que trata problemas contemporâneos da população na era da globalização. Tem como foco a defesa pelo acesso das coletividades aos serviços de saúde bem como a defesa de um processo de

conscientização desses povos de modo que sejam os atores principais no processo de mobilização para mudanças sociais nas realidades onde vivem. Em locais de grande vulnerabilidade social, como na América Latina, ganha relevância o ato de proteger os vulnerados, ou seja, aquela população cuja precariedade das condições de vida e de existência não podem ser desconsideradas no âmbito das políticas públicas, as quais precisam empreender ações de proteção a estes sujeitos.

O debate a respeito do acesso à saúde às comunidades vulneradas perpassa a discussão sobre justiça sanitária, inclusão social, cidadania e autonomia. Assim, o direito à saúde prescinde da prestação coletiva de meios para se alcançar a saúde, mas também da proteção da autonomia individual dos sujeitos (MARQUES *et al.*, 2014).

À luz da bioética da proteção, a realidade estudada revela um processo mutilado de garantia do acesso à saúde, de modo a ferir o princípio da autonomia e do desenvolvimento de consciência para intervenção nessa comunidade. Assim, os enfermeiros vivenciam sofrimento moral por não considerarem, do ponto de vista moral, legítima a intervenção que lhes é outorgada de controlar os comportamentos e a vida dos sujeitos sob sua responsabilidade sanitária. Entendem que essa prática, de algum modo, fere a autonomia dos sujeitos e sua responsabilidade moral com sua saúde, bem como prejudica o desenvolvimento de seu processo de responsabilização com seus modos singulares de andar a vida. O sofrimento moral ocorre quando se sabe a conduta certa a ser tomada, entretanto, restrições institucionais tornam quase impossível seguir o curso correto da ação (MCCARTHY & GASTMANS, 2015).

Neste caso, os enfermeiros do estudo consideram como conduta eticamente adequada, sustentar sua prática profissional em ações que promovam a autonomia dos usuários e, não, em práticas que reforcem dependência dos usuários ao serviço de saúde e aos profissionais. Deste modo, a gestão delibera sobre dispositivos de controle sobre os usuários que reforçam a lógica de dominação. Os enfermeiros, mesmo não concordando com este processo e julgando-o inadequado moralmente, são os agentes que operam, no cotidiano, esta prática. Dessa contradição emergem as vivências de angústia e sofrimento moral. Nessa perspectiva, quando os enfermeiros encontram no cotidiano de trabalho obstáculos para efetuar uma prática por eles considerada a mais adequada e eticamente fundamentada, sentem-se impelidos a comprometerem seus valores e padrões morais pessoais e até profissionais, configurando vivências de sofrimento moral (DALMOLIN, LUNARDI, BARLEM & SILVEIRA, 2012; BARLEM, LUNARDI, LUNARDI, DALMOLIN & TOMASCHEWSKI, 2012).

Tem dia que dá um desânimo também, né? Então, eu falo que enfermeiro de saúde da família é você cuidar tanto do outro, que você tira a responsabilidade do próprio usuário, então você toma aquela responsabilidade que deveria ser da própria pessoa pra você, então ser enfermeira de saúde da família eu acho que você toma, não a liberdade, mas a responsabilidade do outro, você tem que tomar conta do outro o tempo inteiro (...) A pessoa é totalmente dependente de você (E7)

Vivências de sofrimento moral podem ocasionar sentimentos de frustração, angústia, raiva, ansiedade, culpa e outros acometimentos de ordem física. Tais manifestações, por sua vez, são geradoras de baixa autoestima e de perda da habilidade de proporcionar cuidados adequados ao paciente, culminando, em certas ocasiões, em sentimentos de insatisfação com o trabalho e até mesmo com o abandono da profissão. Assim, o sofrimento moral se manifesta, tanto na dimensão pessoal do enfermeiro, quanto na esfera profissional, podendo comprometer o cuidado por ele prestado (DALMOLIN, LUNARDI, BARLEM & SILVEIRA, 2012).

Schaefer & Vieira (2015) afirmam que as situações que geram sofrimento moral são vivenciadas, inclusive, por enfermeiros mais experientes, evidenciando a necessidade de se desenvolver estratégias que ajudem os enfermeiros a fortalecerem sua capacidade de enfrentamento, de modo a aprenderem a lidar de forma positiva com as demandas éticas que se apresentam em sua prática profissional. O sentimento de impotência gera no enfermeiro sentimentos de angústia e desespero.

Wallis (2015) afirma que o sofrimento moral ocorre quando a integridade moral de um sujeito é comprometida, seja pelo fato de sentir-se incapaz de agir em consonância com os valores que elegem como fundamentais, seja pelo fato de considerar que suas ações não conseguem alcançar o resultado esperado. A vivência de sofrimento moral afeta o sujeito a partir do denominado resíduo moral, compreendido como a sensação de ter comprometido seus valores. Quando as vivências de sofrimento moral se tornam recorrentes, o resíduo moral se acumula, podendo levar às rupturas identitárias. Assim, há uma ruptura identitária e também na integridade moral na medida em que o enfermeiro não consegue perceber sentido profissional em sua prática. Para ter integridade moral é preciso sentir-se bem sobre si mesmo, de modo a se perceber como um profissional que desempenhou um bom trabalho e como um sujeito de personalidade que se esforça para viver uma vida moral. São propriedades da integridade moral as virtudes, o compromisso e a vivência em consonância com os ideais, de modo a preservar os valores na prática (LAABS, 2007).

Com relação à identidade, Dubar (2009) faz referência aos atributos que os sujeitos assumem para si como referências subjetivas de seu modo de ser e de estar no mundo. Além disso, participam da constituição do sujeito as atribuições que lhes são referidas pelos sujeitos

com os quais se relaciona no cotidiano. Entre a forma como o indivíduo se percebe e a forma com a qual ele é percebido pelos demais existem as pertencas e as rupturas identitárias. Deste modo, os atributos assumidos para si constituem a base de um jeito singular, mas também coletivo, de ser e compõem a trama de identificação e pertencimento dos sujeitos. O ambiente de trabalho constitui-se como locus privilegiado de enfrentamento e por isso lugar importante para a configuração identitária.

Nesse sentido, quando o enfermeiro não reconhece com legitimidade a prática por ele desempenhada, experimenta um processo de ruptura identitária, relacionada ao comprometimento de sua integridade moral quando se vê impelido a assumir, como prática profissional, um fazer incoerente com os valores que defende.

Então assim, às vezes o paciente ele não quer ter responsabilidade sobre aquilo, e busca ativa, busca ativa, busca ativa. Então a gente, nosso trabalho, mesmo as vezes não achando justo, o paciente as vezes.. "ah, não quero fazer o pré natal" né? É direito dela não fazer, mas nós, enquanto profissionais, a gente tem que ficar correndo ali atrás. "Ah, não quero fazer puericultura do neném" Nós temos que justificar porque que ela não tá fazendo né? (E9)

Então o negócio é muito complicado. Então, a própria pessoa não tá nem aí. Então, assim, a pessoa não se importa com ela própria, a gente que fica. Sempre tem que ficar preocupado e, qualquer coisa, eles vêm em cima da gente. "Por que você não fez busca ativa? Por que você não fez isso? Por que você não fez aquilo?". É muito difícil, é muita responsabilidade, é uma carga muito pesada em cima da gente, no PSF. Ah, gera muito sofrimento! Porque, às vezes, você fica revoltado, né? Você quer fazer seu serviço, mas você não consegue fazer.(...) Então, assim, eles mesmos não tá nem aí, na hora que chega aqui ruim, eles jogam pra cima da gente, a culpa é da gente. Eles tentam culpar a gente de qualquer jeito. (...) Eles acham que a responsabilidade é da gente (E7).

Essa situação causa vivências de sofrimento moral no enfermeiro que não reconhece essas práticas como legítimas, uma vez que não promovem a autonomia dos sujeitos e, sim, reforçam sua dependência aos profissionais de saúde. Logo, os enfermeiros se percebem impelidos a se responsabilizarem pelo trabalho que lhe é atribuído e, ainda, pelas ações que os usuários não querem desempenhar para o autocuidado e, dessa forma, os profissionais se percebem obrigados a fazê-las por eles.

Além das vivências de sofrimento moral advindas da relação entre enfermeiros e usuários, os participantes do estudo apontaram que são obrigados, pela gestão, a desempenharem práticas de dominação sobre os usuários para que consigam contemplar o alcance de metas pactuadas, assumindo uma perspectiva que parece ser importante na produção quantitativa dos dados produzidos pelo serviço em detrimento da qualidade do cuidado ofertado:

Só que eu acho que isso a gestão não tá... acho que eles querem muito número sabe? Eles não querem muita qualidade, eles querem muita quantidade e isso te incomoda muito. Uma das coisas que mais incomoda né? A gestão também não ajuda muito porque tem hora também que a gestão tem que pegar na nossa mão e falar “vamos juntos” e eles falam “se virem e vejam o que que dá pra fazer”. (E5)

Ademais, no que tange a dimensão da macropolítica, as questões éticas relacionadas ao sistema de saúde estão relacionadas à falta de recursos materiais e ao contingente inadequado de trabalhadores. Além disso, quando o profissional não consegue desempenhar uma prática por ele considerada adequada por falta de tempo e de recursos ele se sente frustrado, conforme evidenciado no depoimento abaixo:

Me sinto desesperada! Porque a gente gostaria de realizar um trabalho melhor so que a gente não consegue exercer isso devido a esses nós, a esses entraves que a gente tem..entendeu? igual por exemplo, as vezes você ta aqui e chega paciente de uma urgência e você não consegue encaminhar pra UAI, ai você fica desesperado.(...) e essa angustia é por causa disso, a gente gostaria de poder fazer mais, mas a gente trava em algumas coisas que estão acima da gente..que a gente não consegue resolver (E10)

Muitas vezes por, por barreiras da estrutura, do fluxo, ou da demanda também que você quer dar conta, mas você vê que você não vai da conta, e você tem medo de não da conta, então ai, o medo ai é um fator que impede, angustia. (E2)

Vivências de sofrimento moral podem ocasionar sentimentos de frustração, angústia, raiva, ansiedade, culpa e outros acometimentos de ordem física. Tais manifestações, por sua vez, são geradoras de baixa autoestima e da perda da habilidade em proporcionar cuidados adequados ao paciente culminando, em certas ocasiões, em sentimentos de insatisfação com o trabalho e até mesmo com o abandono da profissão. Assim, o sofrimento moral se manifesta, tanto na dimensão pessoal do enfermeiro quanto na esfera profissional, podendo comprometer o cuidado por ele prestado (DALMOLIN, LUNARDI, BARLEM & SILVEIRA, 2012).

Faz-se necessário desenvolver estratégias de natureza organizacional no contexto de trabalho, que ofereçam suporte aos enfermeiros que experimentam o sofrimento moral em seu cotidiano, para que sejam mobilizados a desenvolverem estratégias de enfrentamento (OH & BELGIUM, 2015). Schaefer & Vieira (2015) afirmam que as situações que geram sofrimento moral são vivenciadas, inclusive, por enfermeiros mais experientes, evidenciando a necessidade de se desenvolver estratégias que ajudem os enfermeiros a fortalecerem sua capacidade de enfrentamento, aprendendo a lidar, positivamente, com as demandas éticas que se apresentam em sua prática profissional.

Percebe-se ainda, uma crise de identidade do enfermeiro ao sentir-se compelido a realizar um modo de atuar que não é condizente com as primícias ideológicas por ele consideradas coerentes com o papel a ser desempenhado na ESF na reconfiguração do modelo de atenção à saúde no Brasil. Assim, o enfermeiro acredita na potência da autonomia do usuário nos seus modos de andar a vida, porém, se percebe impelido a instituir um fazer profissional que dociliza o usuário reforçando sua submissão aos imperativos tecnológicos do campo da saúde e seus desdobramentos de poder. Assim, o processo de angústia/sofrimento moral emerge da relação entre o enfermeiro e o espaço desenhado pela saúde da família, bem como dos arranjos que lhe configuram (ou não) como estratégia prioritária de reorganização do modelo assistencial.

Neste contexto, são produzidas novas formas de ser enfermeiro, a partir dos encontros estabelecidos e das vivências de sofrimento moral. Assim, a subjetividade assume um caráter essencialmente processual, dinâmico e em permanente movimentação, construída por meio de diversos agenciamentos. Da mesma forma, a identidade é tecida em meio aos enfrentamentos cotidianos e aos conflitos entre o que se deseja ser e a forma com a qual é percebido pelos sujeitos com os quais se relaciona.

O estudo permitiu compreender as vivências de sofrimento moral de enfermeiros que atuam na saúde da família. Tais vivências se relacionam com o a prática profissional que lhes é outorgada pela gestão macro e micropolítica. Os enfermeiros experimentam angústia e sofrimento por serem impelidos a assumir uma prática que fere seus valores morais. Assim, sentem que seu fazer reforça estratégias de dominação dos sujeitos, fortalecendo sua dependência aos serviços de saúde e aos profissionais. Assim, os usuários não se responsabilizam pelo seu processo de cuidado e esta lógica é perpetuada pela gestão, a qual delibera sobre o trabalho do enfermeiro na saúde da família.

Pensar a subjetividade do enfermeiro na saúde da família no que tange suas vivências de sofrimento moral exige a compreensão dos desafios que lhes são impostos ao inserir sua prática profissional em um cenário ainda em processo de legitimação social e em busca de sua sustentabilidade política e econômica. As contradições que interpelam o fazer cotidiano do enfermeiro na saúde da família delineiam seu modo de profissional.

Tais contradições estabelecem interfaces com a macropolítica, embora se revelem nos territórios existenciais dos sujeitos. Com relação às limitações deste estudo, há que se ressaltar as particularidades inscritas na organização política do município. Revela-se a importância de estudos qualitativos para aprofundar análises teóricas sobre sofrimento moral no âmbito da

atenção primária no sentido de identificar as situações potencialmente geradoras do processo para que seja possível elaborar dispositivos de enfrentamento institucionalmente respaldados. Cabe salientar que a pesquisa qualitativa permite que o pesquisador aprofunde na temática do sofrimento moral, de forma a apreender as nuances desse processo complexo, que se dá no cotidiano de trabalho da saúde e, especificamente, na APS nas relações estabelecidas pelo profissional, gestão e usuário.

#### **4.5. Prática profissional do enfermeiro na saúde da família: advocacy e sofrimento moral**

Como toda atividade humana, as práticas em saúde constituem atos produtivos na medida em que transformam a matéria e produzem elementos novos. São, portanto, trabalho uma vez que tem por objetivo produzir transformação, bem como, alterar o estado das coisas. Desse modo, no campo da saúde, as práticas sustentam-se tanto pelo aporte científico quanto pela necessidade social de sua realização, considerando que a necessidade social é construída e definida socialmente ao longo da história (FEUERWERKER, 2014)

Para Cortina (2005) são três os elementos que caracterizam uma prática social: bens, valores e virtudes. Os bens são conquistados por meio da prática. Os valores impulsionam as pessoas a buscar a finalidade da prática e as virtudes direcionam as atitudes que são necessárias para alcançar os bens. Perpassa o caminho de busca pelos bens, as diferentes éticas existentes, as quais definem sobre quais valores ou virtudes se é possível alcançar os bens possíveis de serem conquistados com determinada prática. Os bens de uma prática profissional podem ser de dois tipos: internos (constituem a natureza da prática) e externos (reconhecimento e prestígio social pela excelência da prática) (CORTINA, 2005).

Com relação à prática profissional do enfermeiro, na realidade investigada, é possível perceber conflitos éticos relacionados à dificuldade em equalizar as demandas de saúde apresentadas pelo usuário e a capacidade do serviço em oferecer respostas. Assim, o enfermeiro sente desconforto moral ao se deparar com a inviabilização do acesso do usuário ao serviço de saúde, conforme relatado por E1:

Por que eu fico angustiada daquela pessoa, não, não sair dali com o problema dela resolvido, sabendo que eu poxa, teoricamente eu sei, como resolver, eu sei qual que é a essência do e, do problema dela e que, teoricamente dá pra eu resolver né? Então eu fico pensando, poxa, o pessoal vai ter que voltar aqui amanhã? Por que que eu não posso resolver isso agora, entendeu? Por que que eu não posso dá uma definição para ela entendeu? Por que que eu não posso deixar para amanhã uma coisa que eu posso resolver hoje, sabe? (...) **É angustiante quando você não consegue , resolver o problema daquela pessoa, sabe? Você sabe que você pode, mas você não.. você não** deve (E1)

O depoimento de E1 evidencia que o enfermeiro compreende como conflito ético a não resolutividade do problema do usuário em situações em que ele se considera capaz de resolvê-lo, mas, do ponto de vista legal, não há respaldo para se assumir a prática. Assim, o enfermeiro se responsabiliza pela resolutividade do problema apresentado pelo usuário como se dependesse apenas de seu fazer e experimenta angústia quando se percebe impedido de realiza-lo. Tal impedimento, no caso, trata-se de barreiras legais acerca do escopo de sua intervenção. E1 explicita os conflitos éticos relacionados à prescrição medicamentosa na saúde da família:

A gente prescreve coisas que se o COREN viesse aqui eu nem sei!!!! A gente prescreve tipo assim, cetoconazol, não nada antibiótico, nada disso, não vai nem ibuprofeno. Mas por exemplo, ohh, eh, dexametasona as vezes, por que não tem medico, a gente for mandar embora a pessoa para casa? Vai mandar pra UAI? A gente carimba (...) e pega na farmácia aqui do posto. Às vezes eu oriento a pessoa, eu falo assim: “oh, faz isso, compra, essa é, dexametasona, compra na farmácia, eu não deveria tá fazendo isso, não é nem minha função fazer isso!” Mas **eu** não tenho vaga para passar uma dermatite atópica e a pessoa está coçando, **a pessoa está incomodada e ela tem o direito entendeu?** (E1)

Assim, ao assumir o direito de acesso à saúde como um valor moral, os enfermeiros E1 e mobiliza em assumir práticas, como prescrição de medicação, que não são respaldadas pelo órgão que fiscaliza a profissão a fim de que o acesso do usuário ao cuidado buscado seja garantido.

De acordo com Martiniano et al. (2015) a lei 7498/86 e o Decreto 94.406/87 que dispõem sobre o exercício profissional da enfermagem, regulamentam a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro inserido na equipe de saúde que atua com saúde pública. Entretanto, mesmo amparado por protocolos municipais, os limites da atuação do enfermeiro na prescrição de medicação parecem ainda muito imprecisos para a comunidade, para a equipe e, sobretudo, para os próprios enfermeiros (MARTNIANO et al., 2015). O conflito ético em meio a esta imprecisão reside no fato de o enfermeiro considerar que pode fazer porque afirma saber fazê-lo, mas reconhece que não deve, pois não está respaldado pelo conselho da profissão. Esta barreira legal produz angústia no enfermeiro E2:

“Ah vou ali prescrever esse remedinho aqui, prescrever esse remedinho aqui ta, né? E  **você sabe que é uma coisa que não está certa!** Então assim, essa questão ética de prescrição de enfermagem. Eu acho que aqui é o que mais berra por que você acaba prescrevendo muito, para você da conta né? Da conta da demanda da população e você tem aquele medo..você sabe que você está prescrevendo a coisa certa. Sabe que o que o médico faria o mesmo, mas você sabe que não é sua função. Assim, que se der um problema vai da um problema muito grande, então isso acho que é o maior problema que eu tenho de ética assim eu acho que é o maior (...) E gera sofrimento... Muitas vezes, você fica angustiada, sim, de eu sei que eu estou fazendo certo, mas eu não ... teoricamente eu não posso fazer isso né? (E2)

A angústia experimentada por E2 decorre de sua implicação moral com a resolutividade do problema do usuário. Assim, considera virtuoso responder à necessidade do usuário, ainda que não seja seu dever fazê-lo.

Há uma trama complexa entre o reconhecimento pelo enfermeiro do direito universal ao acesso a saúde como um valor que merece ser defendido e buscado. Ocorre que o SUS constitucional ainda se distancia do SUS materializado no cotidiano e são muitas as barreiras que inviabilizam o acesso. Em meio a estes agenciamentos políticos e organizacionais, o enfermeiro mobiliza suas estratégias singulares de responder aos constrangimentos institucionais do sistema de saúde, conformando práticas que distanciam de sua ética do dever, mas são movidos pela ética da virtude. Segundo Hooft (2013) a ética do dever tem como foco a preocupação com a ação. Já a ética da virtude tem como ênfase o agente.

Nesse sentido, constitui problema moral para o enfermeiro da saúde da família a negação do direito ao acesso a saúde por constrangimentos políticos, estruturais ou institucionais da política de saúde bem como a não resolutividade da demanda que o usuário apresenta. Laab (2005) define problema moral como uma fonte de perplexidade, angústia ou aflição as quais estabelecem interface com noções sobre o que deveria ser feito à luz de julgamentos sobre o certo e o errado, o bom e o ruim, e uma perspectiva reflexiva que ultrapassa os aspectos descritivos ou técnicos.

Segundo Laabs (2007) em cenários adversos, torna-se um desafio premente manter a integridade moral. Assim, o SUS real ainda se distancia substancialmente das potencialidades presentes no SUS prescrito. Em meio às contradições do SUS possível e do SUS real, emergem os conflitos éticos com os quais se deparam os enfermeiros de saúde da família. Assim, o enfermeiro E2, ao ser questionado sobre porque ele faz as prescrições médicas mesmo sabendo que não é sua atribuição e que, sob perspectiva legal, não deveria, afirma fazê-lo para dar sustentabilidade ao fluxo do sistema de saúde:

Para dar continuidade... para fazer o fluxo andar. Então as vezes... ah eu sei... uma medicação pra dor eu sei, por que é uma realmente, uma dor leve.. Você vai lá e dá um paracetamol, porque você sabe que é isso mesmo que vai ser prescrito. Pela sua experiência profissional. Mas que dá um conflito interno da! Por que dá um medo sim de vim o COREN e avaliar isso e você perder seu registro, seu poder de exercer sua profissão. Isso dá sim, e eu sei que não é só aqui, eu sei que é e todas as unidades, porque a gente já até teve reunião com o COREN, falando sobre a questão de medicação, de prescrição né? O que que a gente pode prescrever ou não, e todo mundo ficou muito assustado no dia (E2)

A complexidade dessa vivência de angústia situa-se no fato de que não há uma deliberação institucional, gerencial ou hierarquicamente superior que o obrigue a assumir condutas da prática médica para dar seguimento e mais fluidez ao processo de trabalho. O enfermeiro impele a si mesmo a assumir práticas que não concorda, mas que constituem a única forma encontrada para não penalizar o usuário pelas fragilidades do sistema de saúde. Mobilizado pela dimensão do advocacy, assume para si a responsabilidade de ser resolutivo e, assim, assumindo, com isso, a carga das fragilidades do sistema de saúde.

Percebe-se que o problema moral, no caso, não se inscreve no fato de ser eticamente desviante do ponto de vista da deontologia das profissões. É considerado problema ético para o enfermeiro o fato de o sistema de saúde não possuir estrutura e condições de responder às necessidades de saúde do usuário.

Assim, os depoimentos evidenciam que a base de referência moral para deliberar sobre a própria prática não está no código e ética (ética do dever), mas no imperativo ético de que todo usuário tem direito a ter acesso a saúde (ética da virtude). Portanto, o compromisso do enfermeiro com a comunidade gera a dimensão do advocacy em sua prática profissional. Advocacy tem sido definido na literatura como a postura do enfermeiro de ser voz do usuário bem como seu defensor quando perante enfrentamentos estruturais do sistema de saúde ou em situações de exercício de poder. Tem, pois, como propósito defender os direitos do usuário e bem como garantir o acesso ao cuidado e cuidado de qualidade. Advogar pelo paciente pode proporcionar reconhecimento e valorização da enfermagem. A advocacy é compreendida, portanto, como uma obrigação moral do enfermeiro (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016).

Assume-se parcialmente a perspectiva do advocacy no presente estudo uma vez que há que se refletir sobre o reconhecimento e valorização da enfermagem como produto do advocacy como posicionamento ético-político do enfermeiro em relação ao usuário.

O advocacy expressa o ethos profissional do enfermeiro na medida em que move o enfermeiro a agir em defesa do usuário não porque é seu dever normativo, mas porque deseja alcançar essa perspectiva, porque reconhece o benefício do usuário como valor moral. Para

Cortina (2005, p. 127) a prática profissional é tangenciada pelo *ethos burocrático* e o *ethos profissional*. O primeiro corresponde às leis que determinam o que deve ser feito. Assim, o profissional faz porque há uma determinação legal de se fazer. Já o *ethos profissional* diz da realização da prática não porque é dever, mas porque se aspira a excelência e há o reconhecimento de que o compromisso de uma prática não é com a burocracia, mas sim “com as pessoas de carne e osso”.

Balizado pela dimensão do advocacy, o enfermeiro assume para si a responsabilidade pela resolução do problema das pessoas, mesmo que a resposta não pertença ao escopo de sua prática. O reconhecimento da saúde como direito é compreendido como questão ética suprema, um valor moral, que se sobressai às demais questões. Assim, para garantir o acesso do usuário ao direito à saúde, o enfermeiro assume, sem que ninguém o obrigue, práticas que lhe desviam do bem interno da profissão.

Claro que eu, como enfermeira, eu não posso e nem vou nunca prescrever um antibiótico, mas uma medicação que por exemplo, lá na farmácia eu compro sem receita, eu posso as vezes dar esse remédio. É bom sabe? Então assim, essa questão de medicação que eu acho que atrapalha, que a gente não quer prescrever, eu não quero ser o médico, prescrevendo, não é isso que eu quero, eu não prescrevo não é por isso, **eu prescrevo por que, eu não tenho quantidade suficiente de medico, para atender** (E2)

Assim, tendo como norteador da prática a perspectiva da resolutividade e como bem interno reconhecido a ajuda ao outro, o enfermeiro amplia a sobrecarga que experimenta na saúde da família ao assumir para si práticas profissionais que não lhe pertencem. A essa obrigação interna denominamos moralidade interna. Segundo Newhan (2013), a discussão sobre o conceito de moralidade interna tem sido pautada nas questões relacionadas às medicações e tem sustentando o debate sobre ações adequadas para a medicina. Embora não exista com clareza na literatura a menção sobre o conceito de moralidade interna na enfermagem, existem reflexões relacionadas ao tema ao debater a prática adequada a enfermagem baseada em uma perspectiva filosófica “realista” e o autor defende equiparar tal discussão com a perspectiva de moralidade interna da enfermagem a qual, segundo o mesmo autor, contribui para a compreensão de questões emblemáticas que perpassam o fazer profissional do enfermeiro.

Os imperativos éticos que movem os enfermeiros relacionam-se ao direito universal à saúde e à responsabilização com o cuidado à saúde do paciente. É nessa trama simbólica de verdades e compromisso éticos assumidos para si, que o enfermeiro se sente obrigado, cotidianamente, a oferecer respostas às demandas que lhes são apresentadas. Considerando que

as demandas e necessidades de saúde são reconhecidas e legitimadas pelo paradigma da integralidade, sendo, inclusive, perspectiva de a saúde da família captar as necessidades ocultas dos sujeitos, significa que o enfermeiro assume como compromisso ético, responsabilizar-se pela infinita possibilidade de necessidades que os usuários possam vir a apresentar-lhes e também ocultar-lhes.

Nessa lógica, o enfermeiro experimenta sentimentos ambíguos e contraditórios de pertença ideológica com a proposta da saúde da família ao mesmo tempo em que experimenta o gosto amargo da impotência e do desespero mediante o reconhecimento de sua incapacidade em responder a toda essa complexidade. Assim, não são raras as vezes em que se percebe na fala dos enfermeiros relatos de um cotidiano no qual se entregam de modo integral, investindo grandes esforços em prol de um cuidado para o qual ele nem teve formação específica, para uma demanda inusitada que ele compreende ser sua responsabilidade, seja ela de natureza social, psíquica, existencial ou biológica.

Porém, além de se mover pela resolutividade do problema do usuário, o enfermeiro também é impulsionado pela lógica de subjetivação maquínica de reprodução do modelo instituído. Não interroga, dessa forma, a demanda do usuário e a medicalização como um importante agenciamento que induz a busca pelos serviços de saúde. Não produzir um processo de reflexão a este respeito, faz com o que enfermeiro se torne agente de perpetuação da lógica de produção em saúde que tem.

A relação entre demanda e necessidade social traz para o debate elementos importantes para se analisar a mobilização dos enfermeiros em ser resolutivos. Para Cecílio (2000) a demanda é busca pela oferta que historicamente os serviços de saúde ofereceram, traduzidas, muitas vezes, em procedimentos e técnicas descontextualizadas da produção social de saúde. Já a necessidade de saúde constitui a essência do problema que pode ser o gerador de diversas manifestações clínicas ou não. Há que se destacar, todavia, que além do usuário possuir uma pertença simbólica à demanda de saúde como demanda por procedimentos que foi historicamente modulada, a medicalização social e o cientificismo cego impulsionam a população a compor a busca por práticas que respondam a essas expectativas.

Nesse contexto, quando o enfermeiro se dedica integralmente em responder ao modo instituído, há uma economia de desejo que desvitaliza a potência de se apropriar do território que a saúde da família apresenta como possibilidade de reconstrução das práticas do enfermeiro e também de seu reconhecimento perante a sociedade. Gera, assim, um ciclo perverso de sofrimento retroalimentado pela própria prática do enfermeiro e impulsionado por sua

mobilização interna de mover a engrenagem em funcionamento.

Assim, a despeito de todas as possibilidades de inventar práticas mais coerentes com a produção social de saúde e mais libertas dos instrumentos tecnicantes que limitam a abordagem, o enfermeiro percebe sua prática profissional sequestrada pela demanda excessiva, demanda essa que expressa uma forma de produzir atos de saúde que se distancia do cuidado, da integralidade e do bem interno da enfermagem.

Ainda sobre os desafios saúde da família, o depoimento de E4 traduz a contradição paradigmática inscrita no cotidiano da saúde da família: ao mesmo tempo em que se constitui, do ponto de vista organizacional, o principal dispositivo para transformação das práticas profissionais, é também o lugar onde o modo instituído de fazer saúde é hegemônico. Esta realidade imprime uma lógica de produção tecnológica em saúde que não responde à concepção de prática profissional presente no arcabouço teórico e ideológico do SUS. Significa que, mesmo em novas molduras e formatações, prevalece o jeito tradicional de produzir saúde centrado na queixa-conduta em detrimento da produção de atos de cuidado.

Né? Assim é, a proposta do Ministério eu acho maravilhosa, mas a nossa realidade local, ainda não, sabe? É muito distante, muito distante eu acho maravilhoso, adoro trabalhar no SUS, gosto de continuidade da assistência, entendeu? Que eu acho que para você ter um, um bom andamento da saúde, você tem que ter continuidade na assistência, tem que conhecer seu paciente. Mas as vezes a gente não tem o tempo, nem de conversar com o paciente e é importante, e é importante você conversar, é importante você conhecer né? Não é não é só uma queixa o paciente, ele não é só uma queixa ele é muito mais além disso né? Então ainda, ainda é muito distante a realidade entendeu? (E4)

Do ponto de vista teórico, o conceito de território na saúde da família adquire novas conotações passando a ser entendido em sua dinamicidade. Sendo vivo, o território convoca as equipes de saúde da família para implementar práticas de cuidado que dialoguem com o contexto histórico, social, cultural e simbólico das comunidades. Nesses moldes, o conceito ampliado de saúde ganha materialidade e a integralidade alcança o cotidiano dos serviços (BORGES, 2015).

Significa que os trabalhadores da saúde são convocados para protagonizarem um processo de transformação significativa dos modos de produzir e pensar a saúde os quais, por conseguinte, precisam vir acompanhados de mudanças nas matrizes curriculares dos cursos de graduação bem como nos métodos pedagógicos utilizados a fim encontrar coerência com o perfil profissional necessário ao SUS. É preciso ainda difundir toda essa reconfiguração ideológica e operacional do sistema de saúde a toda população para que seja possível ao SUS pertencer a trama simbólica que tece os fios subjetivos da comunidade e que, de algum modo,

participam das escolhas por determinados modos de andar a vida e de acessar os serviços de saúde (FEUERWERKER, 2014). Entretanto, essa potência de transformação é sequestrada pela lógica de organização dos fluxos que tem como eixo o atendimento da demanda espontânea:

O que demanda muito tempo é mais o acolhimento mesmo, que é uma coisa que, não tem como a gente, não tem como evitar, eu acho que a gente faz coisas além do que deveria ser feito no acolhimento, mas por que? Porque a gente é a porta de entrada né? Então a gente tenta solucionar o maior nível de a maior quantidade de problemas por que a gente não tem tantas vagas com médico, a gente não consegue tem uma disponibilidade total, as vezes do médico poder atender aquele tanto de pessoas né? (E1)

Chegou no sistema de demanda espontânea, demanda espontânea, a gente ficou praticamente um ano chorando todo dia no acolhimento louco assim, de noventa, cem pessoas por dia, aí aos poucos a gente foi organizando. Claro que a gente ainda sofre muito, falar que é mil maravilhas, não é! (E2)

Nesse contexto, o enfermeiro reafirma em sua prática desviante seu não-lugar o qual é legitimado pelo usuário que não reconhece, muitas vezes, a prática do enfermeiro como expressão de cuidado, conforme evidenciado abaixo:

Limitação de vaga de consulta, que as vezes a gente tem que ter um jogo de cintura muito grande com o paciente mesmo a gente sabendo que o paciente não é urgência é. Ele quer passar pelo médico de qualquer forma, **ele não aceita ter orientação do enfermeiro, isso gera uma angustia muito grande**, porque a gente tem um número muito maior de pessoas, uma demanda ne muito maior do que o número de vagas. Então a gente chega no acolhimento, você olha assim você tem 5 vagas para 40 pessoas. Aí você fala assim nossa, o que que vou fazer? Como que eu vou mandar embora? Então assim a gente tem que ter um jogo de cintura assim muito grande. Então no momento eu acho que isso é o que mais gera sofrimento. É a demanda grande para pouca vaga. É o que mais hoje em dia é o que mais gera sofrimento é isso. (E2)

Mas eu sofro muito por que a gente não tem reconhecimento, a gente não é valorizada. A gente é tudo, mas não é nada, a gente **tem que resolver tudo!** A gente as vezes pensa, poxa não tenho vaga para medico, vou ter que mandar ir embora para casa? Eu sofro as vezes com a pessoa, com o idoso que as vezes vem agendar, igual tem dia de agendamento. Ah, não conseguiu agendar naquele dia? Eu burlo o sistema! As vezes porque a pessoa tem oitenta e cinco anos ela vai ter que voltar aqui? Vem hoje aqui na terça, vem na terça, ai não é o dia do seu agendamento, seu agendamento é na sexta, eu vô lá e agendo. Porque? Porque vai ter que voltar aqui sexta-feira? Sendo que mora lá em baixo? Entendeu? (E1)

Assim, o enfermeiro dedica seu tempo, mobiliza seus saberes e investe sua potência na realização de uma prática que não pertence ao seu escopo de ação e, por isso, não possui legitimidade. Para tanto, depois de proceder o desenvolvimento do ato produtivo, o enfermeiro solicita a chancela do profissional médico para validar a construção que fizera. Do ponto de vista social, esta realidade fortalece experiências de invisibilidade social (DORNELLAS *et. al*, 2012).

A invisibilidade é reconhecida como um mecanismo de desintegração social que retira dos sujeitos sua condição de protagonistas ativos da vida social, destituindo-os de seu potencial de agir, fazendo com que se entreguem às circunstâncias (FERNANDES *et al.*, 2012; BENDASSOLLI, 2011).

Eu faço o encaminhamento, eu faço avaliação, eu sei que está alterado, que tem alteração. Eu tenho que vim aqui, eu escrevo o encaminhamento e peço para o médico carimbar (E2)

Como consequência deste contexto de distanciamento do enfermeiro de seu exercício profissional, há um processo de invisibilidade da profissão decorrente do distanciamento daquilo que Cortina (2005) define como bem interno da profissão. Negligenciar o bem interno da profissão, segundo Cortina (2005), fragiliza o reconhecimento social da prática e sua valorização. Da ausência de valorização e reconhecimento social emergem sentimento de frustração, sofrimento e angústia. Significa que, movido pela defesa do direito do usuário de acessar o serviço de saúde, o enfermeiro obriga a si mesmo a desviar-se de sua prática e tal conduta o levará a experimentar sentimentos dolorosos decorrentes do distanciamento do bem interno da profissão.

Eu acho que eu vejo como uma desvalorização do trabalho do enfermeiro e às vezes a falta de reconhecimento mesmo sobre o que é a função do enfermeiro (...) Enfermagem é uma classe extremamente desunida, **eu acho que é uma profissão que não tem um foco sério do que deve fazer**. O pessoal fica muito apagando incêndio e **não faz o que deveria fazer mesmo**, e isso desvaloriza mesmo (E12)

Em meio ao distanciamento com a natureza do fazer profissional do enfermeiro, há uma transformação na forma como o enfermeiro se reconhece no seu exercício profissional uma vez que cria rupturas identitárias e cria-se atos de pertencimento depreciativos sobre si, de modo que não reconhecem o valor de sua prática. Ao contrário, reconhecem-na como estratégia para suprir a ausência de outros trabalhadores, conforme evidenciado a seguir:

Eu acho que também por uma demanda que eles [médicos] não conseguem da conta, dela. Ai vamos incluir a consulta de enfermagem como uma forma de tentar tirar muito essa consulta médica.. foi por parte delas [as médicas] colocarem isso na agenda do enfermeiro. “Não, tem que ter consulta de enfermagem, tem que ta intercalada com a gente “Então por parte delas sabe? Ocupando buraco de coisa que o médico não da conta ou não quer fazer mais (E6).

Ai essa questão de estar tapando buraco é maior ainda. Essa sensação de porque eu estou fazendo? Será que é o mais certo de eu fazer, não como pessoa, mas assim, profissionalmente falando? E só que ai

you see that really you, or you do or not have to attend that person. Then, it is the best that you can do at that moment. **Então muda sim, sua visão como enfermeira** (E2)

The testimony of E2 reveals the ethical conflict lived by the nurse when he perceives that his work is a strategy to fill the absence of other professionals. Thus, his moral experience is affected in the measure that such experience mobilizes reflection on what would be the correct professional action to be taken. Even not finding this answer, the nurse questions himself about his practice, being able to produce new territories. The ethical question that he presents respects the fact that the nurse does not find another possibility of action to provide the care that is not to assume the role of another professional category. In this sense, the value that sustains the decision is to attend to the need of the user, expressing that the criterion of choice is not obligation and duty, but virtue. The ethics of virtue stands out when the nurse sustains his action in what he considers the most adequate response to be assumed as a person.

On the other hand, the good internal to the profession, in the present study, is recognized by the nurse as this inclination to help and resolve the problem of the other, be it of any nature.

Then the people feel very gratified to be able to do something to help those who need it. I think that the good of our profession is always ready to attend to those who seek it. Whether it is psychological, whether it is physical, whether it is material (...) We do not have all the ways, we do not have all the forms, the people do not have in reality we do not have formulae, but the people have many ways when the people have a good will to engage, **pra ajudar mesmo que fuja da competência do serviço**, the people only care about the fact that you stop, talk, listen to what the person says. The moment that the person is passing through, this brings a benefit, well-being for the people, a very great benefit for those on the other side (E14)

Being the good internal to the help of the other, the motivation to remain in the work despite all the challenges is the user:

Ahh...some returns that the people of the patient when the people see that you did what you could do, you managed to help, you managed to get the person out of a serious situation, I think that it is the greatest reward that the people have that makes them continue. If it depended on other things, I think that the people would not continue in the profession...But I think that it is this reward that the people have from the patients, that the people do for their sake, not for the sake of the city, not for anything... it is for the sake of the patients (E10).

There is a subjective configuration of practice that feeds the acts of attribution of users in relation to the work of the nurse. Thus, the deviant practices of the profession are understood by the community as being within the scope of actions

que o enfermeiro deve fazer. Desse modo, ele passa a ser cobrado pela realização de práticas que não pertencem ao seu exercício profissional, do ponto de vista ético e legal. Deste modo, cria um ciclo de sobrecarga do enfermeiro na saúde da família, dada as inúmeras atribuições que já lhe competem associadas àquelas que não compõem o escopo de sua prática, mas que foram p

or eles agregadas com o intuito de ser resolutivo.

Então assim, acho que o mais, o principal mesmo de coisa que a gente faz que a gente não deveria estar fazendo é essa coisa de receita, de atender certas demandas (...) Mas a gente faz muito isso (E1)

Também colabora para o distanciamento da prática profissional do enfermeiro na saúde da família dos seus bens internos, o acúmulo de atribuições que lhes são delegadas pela gestão municipal. Assim, aspecto importante e emblemático relacionado ao acúmulo de atribuições na saúde da família refere-se à ampliação legitimada pela gestão e por instancias de regulamentação da profissão de práticas profissionais. Há perspectivas teóricas de compreensão que considera essa ampliação como expressão do aumento da autonomia dos enfermeiros, como os estudos de Gomes e Oliveira (2009).

Entretanto, embora se reconheça que a inclusão de práticas conferiu mais autonomia ao enfermeiro, os participantes desse estudo problematizam a natureza dessa tendência de permitir ao enfermeiro ampliar, de modo legítimo e não nos bastidores, o escopo de sua ação. Questionam, dessa forma, se tal ampliação não estaria, na verdade, configurando um modo de exploração do trabalho do enfermeiro, impelindo-o a assumir parte da prática médica. Assim, a gestão utiliza da mão de obra mais barata do enfermeiro para produzir ações da prática médica e o médico permite esse lugar até o limite que o convém. Os depoimentos abaixo expressam essa crítica:

Demanda de mercado, então você faz um preventivo por que hoje tem muito ginecologista de unidade básica claro que não tem interesse de fazer preventivo, você faz o pré-natal porque o médico tem cinquenta gestantes e ele não dá conta né? Então você cobre muito buraco, parece, tem hora (E2)

O enfermeiro é mão de obra barata. Então muita coisa que as vezes eles não conseguem pagar o médico para fazer ele põe para o enfermeiro fazer, como esse teste de acuidade visual que eu estou te falando. Quando é que fui treinada para isso? O município treina, mas assim, na minha faculdade não lembro de ninguém ter falado que eu ia fazer isso, que era uma atribuição minha. Então é como se fosse uma pré-consulta de oftalmo. Aí tem aquela questão: Ahh você não pode encaminhar para o oftalmo, você não é médica né? Ai como você faz? Como que faz nesses que você tria lá que estão alterados e como que vai para o oftalmo? Eles [gestão] querem muitas vezes é que você preenche e que o médico carimba. Como assim? Se você vai fazer a ação, você não é responsável por ela? Você não tem que assinar, carimbar? Né? Então, umas coisas assim meio sem sentido.(E9)

Esta realidade determina um sentimento de desvalorização do enfermeiro com relação a sua prática profissional.

Quando é pra você fazer função deles pra dar menos serviço pra eles, pra eles trabalharem menos aí você pode fazer ne, mas se você for pegar uma parte da medicina ali que isso não for trazer benefício pra eles..”Uai, a medica aqui sou eu”. É mais ou menos assim..(E9)

As inter-relações estabelecidas entre as práticas profissionais produzem fios de conexão e fluxos de trocas que compõem uma cartografia no contexto da micropolítica (FRANCO, 2006). Cada modo de ser profissional guarda um conjunto de signos que são singulares para cada ser e a subjetividade inscreve-se na interdependência constitutiva do humano, onde se é processo e produto simultaneamente. No processo permanente de refazer-se como sujeito, há uma disputa e tensionamento de forças que acabam por deslocar os sujeitos de seus lugares existenciais (GUATTARI, ROLNIK, 2005). Assim, a prática profissional é tecida em meio a trama complexa de relações humanas e trocas subjetivas no contexto de trabalho.

Ainda sobre elementos que contribuem para a sobrecarga de atribuições na prática do enfermeiro, destaca-se a imposição pela gestão de determinados atos produtivos que o desviam da essência da prática:

Eu acho que a maior dificuldade é a quantidade de serviço mesmo porque é muito serviço. é muita coisa pra gente fazer e a gestão também tem hora que quer jogar tudo na atenção básica. E nem sempre tudo é nosso né? Eu acho que a gente faz tanta coisa que não deveria ser a gente que faz, que na hora a gente até meio que confunde né? (E5)

E tudo é para cima do enfermeiro, tudo!! Se estragou computador, se a porta não quer abrir, não pede ninguém, vai perguntar ao enfermeiro porque que a porta não quer abrir. É verdade sabe! Então assim, isso incomoda, e tem muitos enfermeiros assim que assim, parece que são secretariado. Parece que não sabe fazer as funções deles e fica fazendo que não deveria. Tem muito muito muito. Eu acho até que eles [gestão] sabem o que enfermeiro deveria fazer, mas as vezes fecha os olhos e vê o enfermeiro como a solução dos problemas. As vezes se faltou um profissional específico, eles acham que é o enfermeiro que tem que saber daquilo ali (E12)

O depoimento sugere que a gestão não reconhece o núcleo de práticas do enfermeiro e, por esta razão, compreende que este profissional é apto a resolver qualquer que seja demanda que se apresente. O enfermeiro entende que a gestão o percebe como solução simples e barata para grande parte dos problemas e desafios da saúde da família.

Este eixo de reflexão revela que existem situações em que o enfermeiro experimenta angústia em decorrência de seu contexto de trabalho ser marcado por fragilidades estruturais do sistema de saúde ao mesmo tempo em que os princípios do SUS o convidam a orientar sua prática pela integralidade, universalidade e equidade. O vínculo é um valor e um dispositivo fundamental para que o cuidado na saúde da família alcance integralidade.

Por outro lado, os depoimentos evidenciam além do sofrimento moral do enfermeiro por não conseguir ser resolutivo com relação à demanda do usuário, revela sua estratégia de enfrentar o conflito percebido como moralmente inadequado: a não concretização do direito à saúde por obstáculos institucionais. Assim, cria como linha de fuga, a renormalização do sistema mediante subversão das regras para atender seu julgamento moral de que o usuário não precisa.

Assim, o sofrimento é decorrente de um processo ambíguo em que o próprio enfermeiro se impõe determinadas imperativos éticos os quais impulsionam a força de seu desejo para agir. A contradição incide no fato de que, em nome de valores éticos que o enfermeiro elege para si tendo como parâmetro o bem coletivo da comunidade em que atua, é a razão pela qual o enfermeiro se vê obrigado a imprimir certas práticas eticamente conflituosas no que tange à normatização de seu exercício profissional.

Percebe-se ainda uma crise de identidade do enfermeiro ao sentir-se compelido a realizar um modo de atuar que não é condizente com as primícias ideológicas por ele consideradas coerentes com o papel a ser desempenhado na ESF mediante o desafio de se reconfigurar o modelo de atenção à saúde no Brasil.

O cuidado é um conceito complexo e, por mais que se apresente de forma pulverizada na fala cotidiana das pessoas e até mesmo na literatura científica, sua natureza guarda uma dimensão prática, mas também filosófica que precisa ser reconhecida e compreendida para adentrar nos conflitos identitários que perpassam a profissão do enfermeiro. Isto porque o cuidado é o modo principal de prática do enfermeiro que o permite alcançar o fim máximo da profissão: preservar a vida do humano e com contribuir para que essa vida tenha o máximo de qualidade possível em determinadas condições existenciais e materiais.

#### 4.6. Entre ser tudo e ser nada: a subjetivação do enfermeiro na saúde da família

Neste eixo de reflexão, buscou-se apresentar os movimentos e intensidades que permeiam a prática profissional do enfermeiro mediante as significações construídas. Tendo apresentado o contexto organizacional em que são construídas as práticas profissionais dos enfermeiros da saúde família e, considerando as tensões e conflitos éticos que permeiam esta prática, trata-se agora de produzir reflexões sobre as inflexões e singularidades dos enfermeiros de saúde da família.

A análise dos depoimentos permitiu evidenciar que os enfermeiros da saúde família experimentam sentimento de angústia decorrentes da dualidade que se apresenta no cotidiano no que diz respeito à sobrecarga de atribuições, de um lado, e do outro o (des) prestígio e frágil reconhecimento social acerca de sua prática profissional. Os depoimentos dos participantes retratam a dualidade ao relatarem que o significado de ser enfermeiro da saúde família é, ao mesmo tempo, ser tudo e ser nada.

É angustiante também, porque a gente é um tudo, mas ao mesmo tempo não é nada. O povo tem uma referência nossa, por exemplo, que ele só chega no médico se passar no enfermeiro. Então, a gente é só um entrave, uma porta para eles. Eles não enxergam a gente como essencial, cuidado, essas coisas. Então assim, não tem uma valorização, eu acho que a gente é tudo aqui ao mesmo tempo, ao mesmo tempo não é nada, da essa angústia sabe? (E1)

Eu acho que para o usuário a gente tem como referência, mas no geral a gente não é tão valorizada assim não, poderia ser mais. O PSF quem carrega nas costas é o enfermeiro. Então, a demanda em cima do enfermeiro é muito grande. É a demanda do técnico, do auxiliar, do ACS, do gerente e do usuário. O enfermeiro é o centro, ele organiza todo o processo. Então, aí eu acho que é o enfermeiro que faz a coisa andar, entendeu? Porque eu acho que é uma postura, o técnico desempenha a função dele, mas não é como o gestor, né?! O enfermeiro. O técnico faz o que demandado para ele, né?! O médico gosta que a gente mastiga as coisas para ele, falta só moer tem hora. (E3)

Percebe-se que o “Ser tudo” constitui a importância da prática profissional do enfermeiro para a operacionalização da saúde da família, evidenciando a construção subjetiva que vincula a prática profissional ao compromisso com um sistema de saúde ainda em construção e distante do que se propõe do ponto de vista normativo. E o “Ser nada” evidencia o frágil valor externo, que os enfermeiros percebem do que é atribuído pela sociedade e por aqueles que partilham de sua prática no cotidiano, representado pela pouca valorização de sua prática e questionamentos acerca da legitimidade pela sociedade e pelos seus pares.

Para Guattari e Rolnik (2005) identidade e singularidade são conceitos diferentes. A singularidade refere-se aos processos existenciais do sujeito. Já a identidade diz respeito à

construção de referências e identificações. Articulando esses conceitos com a análise da prática do enfermeiro e das significações dela advindas, pode-se dizer que a identidade do enfermeiro é tecida em meio ao conjunto da sociedade, das trocas econômicas, culturais, dos processos históricos que compõem a prática profissional do enfermeiro e com os mecanismos de linguagem. Todos esses elementos são referências para milhões de enfermeiros, pois referem-se a aspectos gerais que permeiam a categoria profissional. Já a singularidade, diz respeito à forma única com que cada enfermeiro estabelece as relações ímpares com esse contexto e produz suas significações.

A identidade, para Cortina (2005, p. 156) constitui-se de um movimento simultâneo de reconhecimento de si pelo próprio indivíduo, bem como do reconhecimento pelo outro. Assim, o indivíduo escolhe às pertencas com as quais mais se identifica. Entretanto, este movimento não ocorre descolado do necessário reconhecimento de sua identidade por aqueles denominados pela autora de “outros significativos”, fazendo com que a construção da identidade perpassa um processo de negociação e de luta por reconhecimento.

Assim como Cortina, Dubar (2013) analisa o processo de configuração identitária mediante o reconhecimento do outro na tessitura das referências de si. Assim, há uma indissociabilidade entre os atos de pertencimento (formas de percepção sobre si) e os atos de atribuição (formas de reconhecimento pelo outro), evidenciando o caráter individual, mas também coletivo de produção subjetiva.

Os depoimentos abaixo expressam que sentimentos de angústia e sofrimento estão relacionados ao frágil reconhecimento do usuário sobre a natureza e a importância da prática profissional do enfermeiro:

Mas eu sofro muito porque a gente não tem reconhecimento e não é valorizado. A gente é tudo, mas não é nada. A gente resolve tudo e não é nada para eles (*usuário*) (E1).

Sofro muito, porque eu não vejo reconhecimento dentro da enfermagem. Aqui assim, é triste eu falar isso, porque eu devia pensar no cara, no moço lá sabe?! Porque ele me reconheceu, mas é essa coisa sabe? A gente fica nessa angústia, nesse sofrimento diário de querer fazer as coisas e de, às vezes, as pessoas não aceitam, não aceitam seu atendimento. “Eu quero passar para medica”. É direito dele. Lógico que é. Mas assim, vai passar pelo médico, o médico, às vezes, vai ter a mesma conduta que a minha, entendeu? (E2).

Ah... sofro. Falar assim: “Nossa, como quero ser enfermeira o resto da minha vida. É a profissão que eu estou realizada”. Não é. Eu tenho dúvidas todo dia. Eu acho que eu faço meu trabalho bem, mas que, tipo assim, a gente chora todo dia. Mas que a gente não tem valor sabe? É uma luta! (E3).

Eu não sei o que que nós precisamos de mudar para poder ser realmente reconhecido, visto, entendeu? É muito mais individual da minha forma de ser do que da minha forma de ser enfermeira entendeu? Eu acho que eles reconhecem muito mais, o meu jeito de tratar ou de ser com eles do que ser enfermeira. Sabe? (E4).

Os depoimentos revelam que o enfermeiro, embora reconheçam o trabalho que realizam, não são valorizados pelos usuários. Estudos (ARAUJO, OLIVEIRA, 2009; GOMES et al., 2007; GOMES, OLIVEIRA, 2005; GOMES, OLIVEIRA, 2008) apontam que, na saúde da família a prática profissional do enfermeiro é fundamental para a organização e funcionamento da unidade, o que se apresenta como potência para a construção de uma prática profissional autônoma e com prestígio social. Contudo, o reconhecimento social do enfermeiro ainda não acontece da forma como eles desejam, culminando com tensões polares vividas por este profissional que experimenta satisfação com sua prática e também angústia com o frágil reconhecimento que tais práticas lhe conferem. Em meio a disputa de forças, delineiam seu processo de subjetivação entre as significações de “ser tudo” e “ser nada”.

Ainda a respeito do reconhecimento que os enfermeiros percebem dos usuários, o participante E5 aponta para a contradição que existe no trabalho da saúde da família, sendo por vezes reconhecido ao mesmo tempo que não.

Só que tem assim, tem os dois lados, eu acho, porque o usuário, do mesmo jeito que ele desvaloriza, ele valoriza muito a gente. Eu acho que tem hora que ele prefere muito mais o atendimento da Enfermagem do que o atendimento médico. E tem hora que ele fala: "eu não quero passar pelo enfermeiro não, eu quero conversar com o médico". O usuário, às vezes, faz isso. Eu acho que quem desvaloriza mais a gente somos nós mesmos. Quem mais desvaloriza o profissional da Enfermagem, é a Enfermagem. A gente não acredita no que a gente é capaz. Eu acho que é bem isso (E5).

Observa-se que na saúde da família existe um território de produção que é indispensável para os usuários: sua expectativa de ser cuidado, de poder contar com trabalhador/equipe que o conheça, o escute, o informe, que se interesse e o ajude a diminuir seu sofrimento e que tenha disposição e ferramentas para vincular-se e responsabilizar-se, juntamente com ele, pela construção de um plano de cuidados (FEUERWERKER, 2014). Nessa lógica, o usuário vai transitar entre os profissionais na busca pela expectativa de ser cuidado, seja com o médico ou com o enfermeiro, apesar dos depoimentos anteriores demonstrarem que a opção de escolha, na maioria das vezes, é pelo profissional médico.

Em face à expectativa de ser cuidado, necessário se faz articular diferentes práticas e saberes para ser possível atender à demanda, mas, sobretudo, intervir de modo efetivo no processo saúde e doença das pessoas. Para tal, o reconhecimento da saúde como produção social se mostra essencial para que o enfermeiro desenvolva uma prática independente e segura. Nesse sentido, o participante E2 descreve essa possibilidade no fato de a saúde da família permitir que

ele apreenda o contexto social, histórico, político, geográfico, econômico e cultural em que o usuário está inserido.

Então, a saúde da família me permite ter uma independência, ter uma tranquilidade, porquê? Porque eu conheço aquela pessoa. Então, ser enfermeira de saúde da família me traz tranquilidade, quando se trata de cuidar daquela pessoa, de saber bem da gestante, da criança, do adulto, do idoso, de saber quando que é atestado, quando que não é. A gente tem essa visão, eu pelo menos consigo ter. (E2)

O enfermeiro descreve como seu interesse de atuação as prerrogativas que compõem a ESF, isto é, em consonância com as premissas acerca do vínculo, co-responsabilização e reconhecimento da saúde como produção social de tal modo que é preciso incorporar a análise da determinação social no processo de cuidado. A esse respeito, Merhy (2002) defende que a ESF consiste em uma aposta política para a concretização do SUS, se traduzindo em um dispositivo organizacional que pretende reordenar os fluxos assistenciais e as práticas dos profissionais de saúde, com enfoque para a produção social da saúde.

Para tanto, a ESF tem como eixo, a atuação de equipes multiprofissionais em territórios adscritos de modo a ser possível conhecer o contexto de produção social do processo saúde doença (GIL, 2006). Além disso, busca-se capilarizar a atenção a saúde de modo que seja o contato preferencial das pessoas, famílias e comunidades com o serviço de saúde (GIOVANELLA, L; *et al*, 2009).

A ESF emerge com a proposta de fazer frente à lógica de produção de técnicas e do modelo curativista, no sentido de romper com os modos instituídos de produzir saúde no Brasil direcionando a atuação para que o profissional conheça a composição social que envolve os usuários, a família e a coletividade, regendo uma trama subjetiva na produção do cuidado (AYRES, 2009). Tal trama é explicitada na fala do participante E5, que percebe, na saúde da família, a possibilidade de exercer a prática profissional embasada em uma perspectiva integral do usuário e do trabalho multiprofissional.

Eu acho assim que ser enfermeira de saúde da família é uma coisa maravilhosa, por que o enfermeiro ele não olha só para a doença. Ele consegue olhar para os vários aspectos que aquele paciente está precisando, entendeu? Então, ser enfermeira da saúde da família é uma coisa muito importante. Eu acho que o enfermeiro tem um olhar diferenciado, sabe? Por exemplo, a gente olha a pessoa que está, vamos supor, você vê que aquele idoso mora sozinho. Então, você vê que alí, você precisa de uma parte do serviço social, da assistência social. Você escuta aquela pessoa que te fala assim, por exemplo: “eu tenho uma paralisia facial e, por causa disso, eu não consigo ficar no trabalho.” “Por que?” “Eu vejo que as pessoas, eu acho que as pessoas tão mexendo comigo o tempo inteiro”. Você vê que aquela pessoa precisa de algo além para poder digerir aquela situação né? É uma orientação para os hipertensos, não só medicamentosa, mas para a mudança de hábitos. Então assim, acho que ser enfermeiro de saúde da família tem uma função muito ampla entendeu? Vai de coordenação, à promoção da saúde, prevenção e cura da doença. Então assim, tem vários significados pra mim, eu acho muito bacana. (E5)

Percebe-se que a saúde da família possibilita o movimento de transformação da lógica de pensar e fazer saúde, a qual restringia o sujeito a determinada patologia. Permitindo, pois, criar formas de agir e organizar planos de cuidado incorporados aos planos constitutivos do viver humano, reconhecendo como legítimos os diferentes modos de andar a vida e de viver com autonomia. Essa lógica, culmina com a (re)organização dos processos de trabalho e de intervenção em saúde e a promoção de outras práticas que apontem para diferentes sentidos e significações dos fenômenos inerentes ao viver humano (FEUERWERKER, 2014).

A enfermagem carrega, em sua constituição histórica e ontológica, uma abordagem ampliada sobre o processo saúde e doença, a qual é pautada em teorias que reforçam a integralidade como condição para as ações voltadas para o cuidado (SANNA, 2007). Há, pois, convergência entre a formulação das práticas de saúde propostas pelo modelo de atenção que rege o SUS e a natureza da prática profissional da enfermagem.

Tal convergência significa a possibilidade de reconfigurar o lugar invisibilidade que a enfermagem, atualmente, tem assumido no contexto da saúde (BAGGIO; ERDMANN, 2010), potencializando o movimento de ruptura com os padrões tradicionais de pensar e fazer a saúde no Brasil. Para as autoras, a invisibilidade da enfermagem relaciona-se com “o modelo biomédico é prevalente no senso comum, sendo a enfermagem pouco ou não reconhecida pela sociedade por seu trabalho, entendido como complementar e submisso ao do médico” (BAGGIO, ERDMANN, 2010, p. 748).

No que o movimento de ruptura com os paradigmas do modelo biomédico, os depoimentos revelam que o enfermeiro se sente responsável por resgatar os modos de fazer saúde, sendo um profissional fundamental para o desenvolvimento do serviço e do trabalho em equipe multiprofissional, sendo essa incorporação advinda desde a formação e esperada por quem consome os serviços e pelos outros profissionais.

Eu acho que o enfermeiro é aquele agente que contribui no resgate, em todos os sentidos, da saúde, da educação e da técnica. Eu acho que o enfermeiro é um ser essencial no serviço. É o elemento que vê a organização do serviço, o material e vê a escala de serviço dele (E6)

Olha, eu acho que o enfermeiro ele é um profissional multiprofissional. Aí a gente já vem com essa formação de que a gente tem que fazer a coisa funcionar. As pessoas esperam muito da gente. Tanto a equipe quanto os usuários, eles esperam muito que você resolva todos os problemas e faça milagre (E14).

Observa-se nos depoimentos que o enfermeiro oferece respostas às expectativas criadas com relação ao seu papel na saúde da família. Considerando a perspectiva de Zoboli e Fortes (2004) sobre a implantação do SUS como dispositivo de mudança da prática de atenção à saúde

e da expectativa do usuário em ser cuidado (FEUERWERKER, 2014), infere-se que o lugar social ocupado pelo enfermeiro na saúde pode ser decorrente das transformações advindas da implantação do SUS. As mudanças nos modos de produzir cuidado implicam na reconfiguração da identidade do enfermeiro, haja vista que as mesmas exigem uma “reviravolta ética” (p. 169) da prática de atenção à saúde.

A saúde da família constitui-se com um terreno eticamente conflituoso mas, potencialmente capaz de proporcionar ao enfermeiro o desenvolvimento de sua experiência moral e de sua sensibilidade moral. Por esta razão, os desafios apresentados podem constituir-se como uma convocação para processos de desterritorialização a partir de deslocamentos e desinstalação de modos instituídos de pensar e fazer saúde. Assim, o enfermeiro transitar em meio aos territórios instituídos mas, também, instituintes ao assumirem protagonismo, em meio aos desafios éticos. Nesse sentido, ser tudo e ser nada evidenciam essa polarização e a tessitura dessa trama é feita junto ao processo de angústia e sofrimento moral experimentado. Na multiplicidade de composições subjetivas, transitar nessa polarização pode provocar movimentos de desterritorialização, abrindo possibilidades para construção de novos sentidos a partir da reinvenção de si e da prática profissional do enfermeiro na saúde da família.

Com relação às essas mudanças, embora tenha sido apontado em outros depoimentos a falta de reconhecimento do fazer do enfermeiro, os participantes E7 e E2 enfermeiros destacam que a atuação da enfermagem na saúde da família está sendo aceita pelos usuários, inclusive na realização de procedimentos que antes eram legitimados como da prática médica, conferindo independência e proximidade com os usuários.

Mas eu acho, assim, que de atuação, a Enfermagem melhorou muito, sabe? Hoje ela é mais evidenciada junto à sociedade, sabe? A sociedade reconhece mais, ela aceita, muitas vezes, que o enfermeiro faça diversos procedimentos que, às vezes, só fazia com o médico, igual coleta de prevenção, citologia oncológica, a consulta de pré-natal, sabe? Então, assim, eu acho que ela sente isso, que é importante. Depois ela vai criando muito vínculo com você (E7)

Eu sou muito frustrada né? Você sabe. Mas mesmo assim, é na saúde da família, por incrível que pareça, o lugar que eu mais me encontrei, por que eu tenho um certo tipo de independência e eu gosto muito do fato de que eu conheço muitas pessoas, eu conheço os usuários! (E2)

Percebe-se que os participantes se sentem reconhecidos e possuem identificação pelo fazer que conquistaram na saúde da família. A natureza do trabalho do enfermeiro, por ser essencialmente relacional e a prestação do cuidado prescindir da interação com os pacientes, familiares e trabalhadores da equipe, o enfermeiro sente a necessidade do contato e de estabelecer vínculos com os usuários (SCHAEFER; VIEIRA, 2015).

Ademais, o enfermeiro presta cuidados diretos e indiretos e sua prática abrange aspectos gerenciais, assistenciais, educativos e políticos, de tal forma, que ocupa um lugar central na equipe de saúde, dada sua capacidade de visualizar o processo de cuidado na totalidade e de arquitetar os fluxos, os processos e as pessoas implicados na produção de cuidado (BAGGIO, ERDMANN, 2010).

Contudo, o papel central que o enfermeiro assume na saúde da família e o lugar que ocupa na equipe multiprofissional se traduz em uma multiplicidade de tarefas, tornando o enfermeiro suscetível às vivências de situações eticamente conflituosas quando emergem dúvidas a respeito da melhor decisão a ser tomada e, até mesmo, sobre a abrangência do escopo de sua prática profissional. Nesse sentido, os depoimentos apontam para a sobrecarga de trabalho enfrentada pelos enfermeiros na saúde da família, cujas demandas, muitas vezes, extrapolam o escopo da prática profissional.

A sobrecarga da enfermagem. A gente é muito cobrada, o tempo inteiro e de todas as formas. É um computador que não está conseguindo entrar, chama o enfermeiro que, às vezes, ele dá conta de resolver um problema tecnológico. Então, a gente é cobrada de coisa, por exemplo, bolsa família que é um serviço da assistência social, mas, entra a saúde também para acompanhamento. Então, você tem muitos cronogramas a seguir e isso é dificultador também. Essa sobrecarga, então, de estar coordenando, fazendo escala. Isso você não tem um tempo para isso, é ao mesmo tempo que você tem que estar atendendo, né? Você não pode deixar a população sem o atendimento, isso é um dificultador grande assim, um empecilho. (E2)

Olha aqui [nome do município] o enfermeiro ele é bem... Tudo é centrado no enfermeiro, todos os programas da prefeitura envolvem o enfermeiro. É bem cansativo (E11)

Então, tudo é o enfermeiro. A organização do processo é o enfermeiro, entendeu? Por isso que a gente tinha que ser mais valorizada, mas também, a gente não briga pela essa valorização. Nós também temos culpa nisso, porque uma que o enfermeiro é o centro e, se ele não organiza, a coisa não caminha não. Porque tudo gira em torno de você (E3).

Percebe-se que os enfermeiros se sentem responsáveis pela viabilização dos fluxos assistenciais, gerenciais e de programas referentes à saúde pública no contexto da ESF, sobrecarregando o seu fazer. Dessa forma, a centralidade do enfermeiro, reforçada por Schaefer e Vieira (2015) é deturpada por uma lógica que, ao mesmo tempo que entende a potencialidade do enfermeiro para a operacionalização da ESF, não confere legitimação social. Daí a percepção defendida nesse estudo de que o enfermeiro se sente “tudo” na ESF, relacionado à sobrecarga e “nada” do ponto de vista do reconhecimento social.

O não reconhecimento decorre, dentre os motivos já discutidos nesse estudo, do fato de o enfermeiro ser visto como um obstáculo para os usuários conseguirem atendimento médico,

relegando a dimensão cuidadora realizada pelo enfermeiro à um plano de insignificância proeminente, como expresso pelo depoimento do participante E2 e E10.

A maioria acha que a gente é só uma barreira para chegar, né?! “Eu venho aqui e vocês não me deixam passar pelo médico. Eu quero passar, mas vocês nunca me deixam passar”. Não entendem que o acolhimento seria um lugar de queixas, para gente avaliar e, se ele quer passar pelo médico assim, para uma consulta de queixa crônica, de resolver os problemas, ele acha que não é ali no acolhimento que ele vai resolver. Eles não entendem isso (E2).

Então, falta um pouco de informação da população, falta um pouco deles acreditarem mais no trabalho do enfermeiro. Não é que eles desfazem, mas não dão muito credibilidade para o enfermeiro, acham que o enfermeiro não é nada, não sabe nada. (E10)

Os depoimentos revelam que o enfermeiro percebe que a população desqualifica o seu cuidado em detrimento do atendimento médico. Embora o enfermeiro na saúde da família, sinalize seu papel na arquitetura do cuidado, o reconhecimento e valorização por parte dos usuários ainda é centrado na prática médica e no escopo das ações que reforçam o endeusamento da medicação e dos exames, traduzindo uma produção subjetiva que entende cuidado como intervenção tecnológica dura.

A esse respeito, a lógica médico-hegemônica e a medicalização da vida podem ser consideradas agenciamentos coletivos que influenciam a construção da percepção de atenção à saúde e de cuidado da população. No contexto da saúde da família, o trabalho precisaria transcender a lógica reducionista atual, direcionando para a produção do cuidado que visa ampliar a capacidade de andar a vida dos usuários de modo autônomo, permitindo que a vida produza vida, produção invenção e desejo, isto é, conferindo vida a modos de existência mortificados (MERHY, 2002). Na ótica de Feuerwerker (2014) e Merhy (2002) para que a ESF consiga atingir essa proposta, exige um trabalho essencialmente complexo que exige interdisciplinaridade, intersetorialidade e modelos de gestão mais participativos.

Entretanto, a realidade concreta apresentada no depoimento remete ao que Guattari e Deleuze (2005) chamam de formas molares, as quais representam modos de agir em saúde duros e cristalizados, cujas ações dos profissionais estão subjugadas à lógica dominante do trabalho médico, esvaziando o núcleo cuidador do enfermeiro. Assim, pode-se inferir que o modelo médico-hegemônico e a racionalidade que nele se inscreve constitui um conjunto de construções que atravessam molarmente a todos os envolvidos (trabalhadores de saúde, os gestores e os usuários), o que sustenta concepções diferentes de mundo, de vida e de sociedade, instituindo uma disputa.

Na saúde da família, a força que tensiona consiste na disputa entre o que é ou não cuidado, se encerrando na legitimação de determinado modo de fabricar o cuidado sustentada em certos paradigmas – o biomédico, por exemplo - em detrimento de outras formas de produzir, pautadas em outros referenciais. Assim, no cotidiano da saúde da família, a prática profissional do enfermeiro é atravessada por fluxos molares (instituído) e moleculares (instituintes) de produção:

“Os mesmos elementos existentes nos fluxos, nos estratos, nos agenciamentos, podem organizar-se segundo um modo molar ou segundo um modo molecular. A ordem molar corresponde às estratificações que delimitam objetos, sujeitos, representações e seus sistemas de referência. A ordem molecular, ao contrário, é a dos fluxos, dos devires, das transições de fases, das intensidades” ((GUATTARI; ROLNIK, 2005, p.389)

Do ponto de vista teórico, a saúde da família possui uma potência latente que, perspectiva de Feuerwerker (2014), está na criação de vínculos fortes com a comunidade. O vínculo permite deslocar a dimensão cuidadora das práticas de saúde de um lugar marginal para o núcleo da atenção. Tal deslocamento é possível, uma vez que a saúde da família convoca os trabalhadores a deslocarem o centro do cuidado para o indivíduo, considerando o contexto onde habita e se produz como sujeito. Assim, sustentada em múltiplas práticas, dentro das unidades de saúde e também fora dela, com intervenções na comunidade e no domicílio, a saúde da família impulsiona a produção de cuidado tanto no território institucional como fora dele (MERHY, 2002). O trabalho vivo em ato tem potência de ser pulverizado e difundido onde quer que exista encontro trabalhador-usuário. O trabalho vivo em ato é instituinte de inventividade e invenção, abrindo possibilidade para construção de práticas de cuidado novas e inovadoras, o qual destitui o espaço da ESF de práticas orientadas por modelos rígidos e molares e enfocadas na prática médica (FRANCO, 2003).

Significa que, em meio às modulações que delinham a forma instituída de fazer saúde, operando sob a égide do capitalismo, a sensibilidade e elementos que lhe despertam e são mobilizados por ela – como tecnologias leve, vínculo, etc – constituem como que dispositivos de resistência ao contexto biopolítico. Para Bernardi (2011) apud Silva e Lima (2013, p.505) a sensibilidade é a capacidade de entender sinais que não são verbais, nem verbalizáveis. É a faculdade de discernir o indiscernível, aquilo que é demasiado sutil para ser digitalizado”.

Os depoimentos dos enfermeiros revelaram que, a despeito da potência da saúde da família em instituir novas práticas e novos lugares de fazer saúde, na realidade, a potencialidade da saúde da família é abortada pelo sequestro das práticas de cuidado pela lógica capitalista de

produção. O enfermeiro percebe que certas práticas que assume são destituídas de sentido pelo fato de responderem a uma demanda de mercado. Assim, sua realização não decorre de sua competência em desempenhá-las, mas pela necessidade de preencher lacunas de um sistema falho.

Demanda de mercado, então você faz um preventivo, porque hoje, tem muito ginecologista de unidade básica, claro que não tem interesse de fazer preventivo. Você faz o pré-natal porque o médico tem cinquenta gestantes e ele não dá conta né? Então, você cobre muito buraco, parece, tem hora (risos). (E3)

O enfermeiro é mão de obra barata. Então, muita coisa que, às vezes eles (*usuário*) não conseguem pagar, o médico põe para o enfermeiro fazer, como nesse teste de acuidade visual que eu estou te falando. Quando é que fui treinada para isso? O município treina, mas assim, na minha faculdade não lembro de ninguém ter falado que eu ia fazer isso, que era uma atribuição minha. Então, é como se fosse uma pré-consulta de oftalmo. Aí tem aquela questão: “ah você não pode encaminhar para o oftalmo, você não é medica né? Ai como você faz? Ai esses que você tria lá e que estão alterados, como que vai para o oftalmo? O que eles querem, muitas vezes, é que você preenche e que o médico carimbe. Como assim? Se você vai fazer a ação, você não é responsável por ela? Você não tem que assinar, carimbar? Então, umas coisas assim meio sem sentido (E9)

Percebe-se que o enfermeiro não desempenha uma prática voltada para o fortalecimento da potencialidade da saúde da família em virtude das modulações maquínicas. As modulações maquínicas constituem a fabricação de certos modos de subjetivação influenciados pelo sistema capitalista. Isto porque, para Guattari e Rolnik (2005, p. 387) “a existência desta ou daquela subjetividade depende de um agenciamento de enunciação produzi-la ou não”. Como exemplos desses agenciamentos os autores destacam: “o capitalismo moderno, através da mídia e dos equipamentos coletivos, produz, em grande escala, um novo tipo de subjetividade) ”.

Dessa forma, mesmo que do ponto de vista teórico o SUS seja o arco da utopia de construção das práticas profissionais, na realidade dos serviços, o modelo biomédico configura a hegemonia de modos de fazer saúde centrados no domínio médico e técnico científico, nos quais, nem sempre, há espaço para produção de cuidado. Assim, o enfermeiro, que na divisão técnica e social do trabalho na saúde, ainda constitui força de trabalho precarizada, é impelido a assumir prática profissional do médico, fazendo com se perpetue a lógica hegemônica, mesmo que sob novos arranjos organizacionais e na promessa de ênfase no cuidado.

Ocorre que, dada a hegemonia do modo de fazer saúde centrado nas especialidades, há uma tendência de as tecnologias duras e leve duras encontrarem um terreno fértil para se estabelecerem como centro em relação a outros núcleos, sequestrando o trabalho vivo. Dessa forma, a lógica de produção do cuidado é um chamamento ético para se reorientar a ação profissional a partir das tecnologias leves. Há, dessa forma, uma convocação para

transformações nas práticas profissionais, constituindo uma reviravolta ética (ZOBOLI, FORTES, 2004). Para tanto, é preciso investir em dispositivos que viabilizem a redefinição dos espaços de relações entre os diferentes atores implicados neste processo, sendo necessário, ainda, mudar a missão dos serviços de saúde, bem como a forma de gerir e avaliar os processos de trabalho em saúde.

Para que a dimensão cuidadora se repositone no sentido de ocupar lugar central nas práticas de saúde, necessário se faz novos arranjos e combinações tecnológicas a fim de conferir às tecnologias leves maior legitimação e que a centralidade dos modos de fazer saúde sejam as necessidades dos usuários (FEUERWERKER, 2014). A reconstrução ética, política e técnica da prática profissional prescinde de um do reconhecimento de aspectos subjetivos como vínculo, identidade, projeto de felicidade, responsabilidade e confiança como imprescindíveis para produção do cuidado (AYRES, 2004)

Os modos de fazer na saúde da família são delineados pelo que o profissional deve realizar enquanto prática profissional, mas também na sua contribuição social. A esse respeito, Cortina (2005) faz referência a Diego Gracia ao afirmar que em todo exercício profissional existe a virtude física, ou seja, as competências e habilidades que são específicas da profissão. Assim, como existe a virtude moral, a qual diz respeito à aplicação dessas habilidades com intuito de responder às necessidades sociais. Considerando a virtude física e moral, necessário se faz que o profissional busque realizar o trabalho em sua máxima excelência. Para a autora, a ética profissional (*ethos* profissional) precisa transcender o cumprimento de requisitos mínimos legais (*ethos* burocrático). Significa que, mais que cumprir regras, os profissionais precisam aspirar por excelência. Isto porque não está, na burocracia, seu compromisso principal, mas sim, no seu compromisso com as pessoas.

A questão que surge no presente estudo consiste no fato de que o enfermeiro da saúde da família tem se tornado um fazedor de coisas, as quais estão relacionadas ou não ao bem interno de sua profissão. Esta realidade tem sido fonte de sofrimento, uma vez que o enfermeiro se percebe sem condições de buscar excelência moral no seu fazer, bem como de agir em consonância com sua virtude.

Na concepção teórica de Cortina, a prática profissional precisa ser legitimada socialmente. Se o enfermeiro na saúde da família não consegue reconhecer a essência de sua prática, como esperar dela a legitimação social que sustente o processo de valorização deste trabalhador?

Assim, entre ser tudo e ser nada, o enfermeiro reconstrói seu modo de ser, vivenciando a polarização ambígua de ser fundamental para o andamento da unidade, mas, ao mesmo tempo, ser descartável no que tange a valorização. Os depoimentos evidenciam que, por ser responsabilizado por tudo, assumindo uma dimensão ampliada de prática, o enfermeiro se distancia e perde o foco do que seria de fato a essência de sua prática profissional.

O acolhimento é muito visado em acolhimento, acolhimento, acolhimento. Se não tem enfermeiro não faz. Aí o médico, às vezes, “Ah, não tem enfermeiro eu não vou fazer acolhimento”. Entendeu? Então, o enfermeiro tem essa visão de saber do almoxarifado, do balão de oxigênio, dos medicamentos, de como tem que funcionar a farmácia, saber até questão de RDC 50, entende? Tipo isso, então acaba que **têm um papel de tudo, mas por ele ser tudo, ele não tem um foco, então o povo não consegue visualizar isso, entendeu?** Então, por mais que eu seja frustrada, eu gosto dessa questão de ter esse conhecimento da minha população. Mas, a minha população, da equipe verde, eles me conhecem. As outras, talvez não me conhecem. **Mas ainda falta conhecer realmente qual que é a essência do enfermeiro, entendeu?** (E1)

A gente mesmo como profissional tem tanta demanda que a gente não sabe se realmente ah.... Eu sei o que que um fisioterapeuta faz, ele reabilita, ele faz algumas ações. Eu sei o que um nutricionista faz, ele programa uma dieta, acompanha peso, baixo peso. E enfermeiro (risos), qual é o foco do enfermeiro? É o cuidado. Mas, todo profissional de saúde, o foco dele é o cuidado. E aí? “Ah é ferida”. Porque é o que a gente gosta né? Nós somos muito bons em feridas, e aí, tem um dermatologista também, que é muito bom que estuda muito mais para isso. Assim, a gente é muito sem foco. Então não sei te falar se eu estou saindo da minha.... Eu sei fazer aquilo, por que eu fui treinada para isso e estudei abrangente, então você sabe muito,  **você sabe de tudo um pouco, mas muito superficial. Então, eu acho muito desfocada a nossa profissão, isso atrapalha a gente muito defender ela também, por que nem a gente mesmo entende muito, qual que é o nosso foco não, então?** (E3).

Os depoimentos demonstram que o enfermeiro, em meio a multiplicidade de fazeres, perde o enfoque da sua prática profissional, não se reconhecendo em si mesmo e pela comunidade. Se nem o enfermeiro consegue identificar seu bem interno, como poder-se-ia haver reconhecimento social de seu fazer?

A prática profissional possui um bem interno que lhe é própria, cultural e tradicionalmente (CORTINA, 2005). Contudo, no cotidiano de saúde da família, a prática profissional do enfermeiro, com seu bem interno existente a priori, se engaja com as necessidades sociais (conjunto das necessidades da sociedade e com as singulares de cada usuário), as quais são tecidas pelas molaridades que se fabricam no contexto capitalista. Desse modo, o modo de fazer e agir torna-se balizado em um consumo por saúde traduzido em tecnologias duras de saúde, que mobilizam a busca e o comportamento das pessoas (FEUERWEKER, 2014). Nesse contexto, o depoimento de E2 revela que a prática assumida pelo enfermeiro modula a percepção de si que ele constrói.

Comecei a me ver como médica. Estou brincando! (risos) Não, na verdade, muitas vezes a gente fica, angustiada. A gente fala assim: “Pô! Enfermeiro, enfermeiro mesmo eu não estava sendo. Eu estava sendo outra coisa”. Mas assim, você acaba sendo enfermeiro, porque enfermeiro abrange tanta coisa né? Mas assim acaba que você fica nessa visão, assim será que eu podia ter feito? (E2)

O não reconhecimento, pelo enfermeiro, da essência de sua prática, implica em questões identitárias importantes na constituição de seu modo de ser e de seu processo de subjetivação. Para Cortina (2005, p. 155), a ideia de identidade é vista “como horizonte moral que nos permite definir o que importa”. O enfermeiro não se percebendo como tal se perderá no fazer de sua prática profissional, uma vez que ele não sabe quem é.

A identidade para Dubar (2005) é uma construção social em permanente movimento e alicerçada nas interações entre os sujeitos, os quais propiciam o revelar de si mesmos (DUBAR, 2005; BRITO, 2010). A identidade é, nessa perspectiva, fruto de intensas e constantes socializações e assegurada pela individualização. Significa dizer que a identidade se constrói ao longo da vida, tendo início na infância e permanecendo em constante processo de refazer-se (DUBAR, 2005). A individualização refere-se ao processo de ressignificação e reorganização do conjunto de elementos que compõem a trajetória histórica dos sujeitos. As socializações são processadas e interiorizadas de acordo com a visão de mundo dos sujeitos em determinado tempo-espço. É a inserção do sujeito no mundo que lhe propicia a (re) construção e o (re) conhecimento de si mesmo (DUBAR, 1997).

A identidade é um fenômeno complexo, dinâmico e em constante reconstrução, que emerge da interação entre o sujeito e a sociedade. É por meio dessas relações que a identidade é remodelada. Ressalta-se ainda que o ambiente de trabalho se constitui como locus privilegiados para a formação das identidades sociais mediante as vivências ali experimentadas (CAÇADOR et al., 2015).

Em meio aos desafios do cotidiano na saúde da família, o enfermeiro reconstrói sua experiência de si, compondo novos modos de ser, de enfrentar e resistir. A estratégia mobilizada por E2 para resistir ao contexto foi de ampliar sua capacidade paciência e acolher o sofrimento uma vez que se percebe impotente para enfrentar as circunstâncias que o geram.

**Sofro todos os dias.** A gente chorava todo dia, mas agora a gente já está acostumada. E é verdade, a gente saia daqui chorando todo dia e **agora a gente já se acostumou**, por que igual o que eu te falei, a gente vai trabalhando a paciência, a gente vai trabalhando isso, claro que eu chego em casa, tem dia que eu quero, matar! (E2)

Já E14 criou como estratégia para evitar o sofrimento, dedicar-se integralmente ao trabalho no horário de serviço. Assim, ele acredita ser capaz de eximir-se de qualquer culpa que

possa existir mediante a não realização de algo como esperava ou quando há um desfecho diferente do que aquele que julgava mais correto. Dessa forma, consegue desconectar-se das questões emblemáticas do trabalho e evitar sofrimento:

Me dedicar no horário de trabalho. A estratégia que eu uso é isso. Eu me dedico no horário de trabalho para não me sentir culpado depois. O tempo inteiro que eu estou aqui, eu estou trabalhando. Eu me desdobro, eu viro do avesso para tentar ajudar, para resolver o problema, para não ter problema para levar pra casa. Deu 6 horas é meu horário de ir para casa. O que é serviço fica aqui, do portão para fora eu num.... As pessoas até falam que eu não tenho muito jeito de enfermeiro, porque quando eu não estou trabalhando, eu sou bem diferente do que eu sou como profissional, bem diferente mesmo. Então, eu não misturo a minha vida pessoal com a minha vida profissional. Chego em casa, final de semana, não penso 1 segundo em trabalho, não penso porque eu não deixo pendências também. Mas, às vezes, assim, eu estou em casa sexta-feira, não deu tempo de eu fazer, aí eu chego em casa e falo assim: “Vixe, segunda-feira tem uns dois relatórios que eu tenho que enviar. Segunda-feira ficou pendente isso”. Mas, isso não me causa sofrimento, não me causa angústia, desespero não (E14).

O mundo globalizado, pautado no paradigma da flexibilidade, confere aos trabalhadores maior liberdade para delinear suas vidas. Entretanto, isto não significa que no contexto atual de trabalho houve afrouxamento dos dispositivos de controle, mas sim a implantação de novos e, por vezes, metamorfoseadas estratégias de controle que fazem com que o tempo do não trabalho se confunda com o tempo do trabalho. Assim, o capitalismo flexível se revela como um sistema de poder turvo, cujos limites entre a vida particular e a profissional se confundem (SENNETTI, 2012).

Em meio a esse contexto, o participante E14 cria mecanismos de enfrentamento e modos de ser enfermeiro para lidar com a imprecisão entre o limite do horário de dedicação ao trabalho e o tempo da vida privada. Tal estratégia é importante para que o enfermeiro não se sinta culpado por não trabalhar e/ou se preocupar com as questões do serviço no momento em que está em casa. A esta forma de enfrentamento, Deleuze e Guattari denominam linhas de fuga, haja vista que abrem possibilidades de escapar às modulações capitalistas que intentam capturar a subjetivação dos trabalhadores, construindo a trama simbólica de que é preciso continuar produzindo mesmo fora do trabalho.

Nesse sentido, a linha de fuga é a abertura de um campo de imanência que promove uma desmontagem. O desejo move o funcionamento das engrenagens, fazendo-as funcionar (DELEUZE, GUATTARI, 2015). Significa, portanto, a:

constituição de modos de existência, ou de invenção de possibilidades de vida... Trata-se de inventar modos de existência, Segundo regras facultativas, capazes de resistir ao poder, bem como se furtar ao saber, mesmo se o saber tenta penetrá-lo e o poder tentar apropriar-se dele. Mas os modos de existência ou possibilidades de vida não cessam de se criar e surgem novos. (Deleuze, 1992, p. 116)

O processo de subjetivação trata da fabricação de si pelo sujeito, mediante as experiências, agenciamentos e disputas de força que o envolvem. Os modos instituídos e instituintes compõem a trama subjetiva que delineiam a forma singular com que o sujeito individualiza sua experiência social e, devolve ao seu entorno, as significações construídas mediante essa troca. O processo de reinvenção do mundo e da vida acontece quando, por força do desejo, são mobilizadas resistências (DELEUZE; GUATTARI, 2015).

Guattari e Rolnik (2005) compreendem o homem como um animal segmentário. A segmentaridade constituinte do ser humano corresponde, portanto, às múltiplas dimensões que nos compõem, tais como a biológica, a social, a afetiva e a política. Para Deleuze (2015, p. 154) “os segmentos são, a um só tempo, poderes e territórios: também captam o desejo, territorializando-o, fixando-o, fotografando-o (...) dando-lhe uma missão, extraíndo dele uma imagem de transcendência à qual ele se prende”.

Deste modo, o ser humano é segmentarizado por linhas de diferentes naturezas, as quais podem ser divididas em três tipos: linhas de segmentaridade dura, de segmentaridade flexível e as linhas de fuga. Os três tipos de linhas são inter-relacionados, implicando-se mutuamente, de tal modo que uma linha participa da configuração da outra, fazendo com que haja uma complexa rede de relações entre elas. Da relação entre as linhas são produzidos os seres, pessoas, grupos, famílias e comunidade (GUATTARI, ROLNIK 2005).

As linhas de segmentaridade dura se conformam de maneira binária, apresentando-se dicotomicamente e fabricando diversas máquinas binárias, como criança-adulto, mulher-homem, público-privado, claro-escuro. Tais máquinas binárias se enfrentam e se comunicam de forma permanente, operando de modo polar e produzindo uma série de escolhas, as quais transcendem as opções binárias iniciais. É nas linhas de segmentaridade dura que se revela o instituído (GUATTARI, ROLNIK 2005).

O instituído é o que existe, sendo produto de um processo que tem como característica ser estável e estático. Os segmentos duros conformam dispositivos de poder, os quais operam enunciados hegemônicos e dominantes, bem como determinam a ordem estabelecida em uma dada sociedade. A esse respeito, pode-se retomar o papel da lógica médico-hegemônica que sequestra o lugar da prática do enfermeiro, na saúde da família, além de conformar o

comportamento da população na expectativa pelos serviços de saúde que serão prestados. Ademais, na linha de segmentaridade dura opera a máquina abstrata cuja função é regular as relações e manter a ordem estabelecida em uma sociedade. Nesse contexto, o Estado constitui um agenciamento que impulsiona a máquina abstrata e a faz funcionar. O agenciamento possui, ainda, “pontas de desterritorialização, ou (...) que ele tem sempre uma linha de fuga pela qual ele mesmo foge e faz escoar suas enunciações ou suas expressões que se desarticulam, não menos que seus conteúdos que se deforma ou se metamorfoseiam” (DELEUZE, 2015, p. 154).

Na segmentaridade das linhas flexíveis, há uma conformação diferente da primeira. Nelas, os segmentos são medidos pelos seus fluxos e intensidades, constituindo blocos de devir e devires. Devir significa um fluxo permanente, traduzindo o movimento ininterrupto cuja potência dissolve, cria e transforma todas as realidades. Significa dizer, que devir pode ser entendido como a força do vir a ser (GUATTARI, ROLNIK, 2005). Assim, as linhas flexíveis constituem linhas moleculares que transcendem as oposições molares das linhas duras, permitindo a passagem de fluxos de desterritorialização, impulsionando os sujeitos a se deslocarem para outros lugares.

Sendo possível dizer que, a potencialidade teórica prevista para a saúde da família, a qual prevê que o profissional estabeleça vínculos e se relacione diretamente com a comunidade, se dá como um devir, haja vista a composição da saúde da família pelo trabalho vivo.

Daí a importância de retomar o trabalho vivo como parte da racionalidade que compõe a saúde da família. O trabalho vivo, segundo Franco (2006) permite a criação de fluxos e conexões, os quais compõem a cartografia dos processos de trabalho, podendo ser associado ao desenho de um mapa aberto. Neste mapa, existem variadas conexões que perpassam diferentes territórios, assumindo heterogeneidade de sua conformação. Dada a heterogeneidade, o trabalho vivo tem como potência produzir alto grau de criatividade ao mesmo tempo que pode ser capturado pelas normatizações que definem o processo de trabalho na saúde da família. Diante disso e por delinear-se como um processo compondo a cartografia, o trabalho vivo permiti criar linhas de fuga a partir das ressignificações dos sujeitos e da criação de novos territórios que conferem sentido a produção de cuidado.

As linhas de fuga surgem do encontro entre a linha dura e a linha flexível, as quais precedem as outras linhas ao mesmo tempo em que delas se originam. As linhas de fuga produzem uma espécie de máquina mutante responsável por fabricar os movimentos de desterritorialização constituindo, assim, o plano do instituinte e da invenção. Em Deleuze (2015), significa permitir escoar para uma linha de fuga, para um processo de transformação.

Em meio ao contexto conflituoso e impreciso da prática do enfermeiro na saúde da família sob a égide dos agenciamentos do modelo biomédico, os participantes do estudo apresentem algumas estratégias de enfrentamento as quais se expressam como linhas de fuga no cotidiano de trabalho:

Se eu ver que sua ideia faz sentido, eu vou participar com você até o fim. **Mas agora você não vai chegar para mim e me socar as coisas e fazer eu engolir e eu sabendo que é errado, eu aceitar? Eu não aceito.** Isso não é só aqui. Eu trabalhei em hospital particular, trabalhei em outras unidades e sempre fui assim. E graças a Deus me dei muito bem na minha vida profissional. Saí dos lugares que eu saí, sempre quiseram que eu voltasse. Até hoje me ligam, alguns lugares que eu trabalhei, para eu voltar. Mas assim, sair sem problemas, **mas também sem ser submisso a ninguém.** Eu acho que isso é importante, a pessoa saber o que ela quer, ser bem informada, saber qual que é a função, o porquê fazer e como fazer para poder se colocar (E10)

Porque é tipo assim "ah, atende, faz isso aqui, dá um jeitinho aqui, dá". Eu não acho que a população está aqui para dar jeitinho para ela. Ela está aqui para caminhar, progredir pelos seus próprios meios, sem eu ter que ficar dando jeitinho, porque ela não vai encontrar gente que dê jeitinho para ela todo dia. Porque você dá jeitinho hoje, dá jeitinho amanhã, a hora que você não pode fazer, você não vale nada. Então assim, é muito complicado (E10).

Romper com os modos hegemônicos de operar a saúde da família, seja pela lógica do “jeitinho” instituída em muitos serviços, seja pela imposição sem diálogo de determinadas práticas, constitui exercício importante de enfrentamento para que a essência da saúde família conquiste espaço em um contexto que, embora do ponto de vista jurídico e normativo exista chamamento para o cuidado, do ponto de vista operacional ainda predomina a lógica de produção pautada nos formatos médico-centrados.

As linhas de fuga criadas no presente estudo para operar a lógica de cuidado próxima do considerado ideal pelos enfermeiros, sustenta-se no saber sobre sua prática e ter capacidade argumentativa para sustentar determinados posicionados que fazem frente a submissão. Colocando-se, pois, diante de uma máquina de expressão.

A máquina de expressão para Deleuze (2015, p. 57) guarda a capacidade de “desorganizar suas próprias formas, e de se organizar as formas de conteúdos para liberar puros conteúdos que se confundirão com expressões de uma mesma matéria intensa”. Nesse sentido, a expressão tem por finalidade “quebrar as formas, marcar as rupturas e as ligações novas”. “A ruptura do fazer parece ser uma condição fundamental para a invenção” (FEUERWERKER, 2014, p. 55).

Outra contradição que se encontrou nesse estudo é o fato de que a saúde da família, da realidade estudada, tem se constituído como uma disputa entre demanda programada e demanda

espontânea, e na ausência de processos organizativos eficientes, tem se buscado acolher tudo a todo custo. Entretanto, esta realidade é criticada por E10 o qual acredita que a saúde da família se desloca de seu foco ao assumir o atendimento do agudo com tanta ênfase. Já E14, embora considere como demasiada a demanda, sua estratégia de enfrentamento é criar condições pessoais para responder a realidade.

Se você estava fazendo um grupo, paciente batendo na porta. Você vai fazer pré-natal e o paciente batendo na porta. É assim, uma loucura. Então, eu cheguei para o gerente e conversei: "Olha, assim não dá. Ou a gente vai fazer Saúde da Família ou então, a gente vai montar uma mini UAI, porque é isso que vocês estão querendo". Aí, de tanto bater o pé, bater o pé, foi muito desgastante. Nós tivemos, assim, muitos problemas, não foram poucos não. Foram muitos mesmo, mas eu comprei a briga. (E10)

Então basicamente, o maior problema que nós temos é essa demanda que não para. É o tempo inteiro, chega na recepção, os usuários nem apresentam a queixa, a primeira coisa que eles falam é que quer falar com o enfermeiro. Então, está muito assim, vai para o serviço, a vai lá falar com o enfermeiro: "Eu preciso falar com o enfermeiro. O enfermeiro está aí?" Então, é sempre o tempo inteiro a gente é chamado pra uma coisa ou outra, fora quando a gente tá em atendimento, algumas urgências que acontece, pacientes em crise. Nós temos uma unidade que tem uma sala de observação, então, o paciente chegou passando mal, a gente para o atendimento para ir prestar atendimento de urgência para esse paciente. E aí quem está com a consulta agendada programada, a gente para o atendimento, e quando conseguir a gente volta para o atendimento. E aí quando isso acontece já está quase na hora de finalizar as atividades, você não preencheu produção, você não atendeu as consultas agendadas, você não conseguiu organizar o serviço do outro dia. O serviço ele é muito tumultuado, **tem que tem um jogo de cintura** muito grande, porque a gente dentro da unidade de saúde a gente cumpre as atribuições da A a Z, e se você não cumprir, você é chamado a atenção por causa disso (E14).

Nessa arena de delimitações fluidas e imprecisas, o enfermeiro se percebe como aquele que, simultaneamente é responsável por esse todo infinito de atribuições para as quais se dedica. A transformação da realidade dialoga de modo intermitente com os modos de fazer dos profissionais, sendo elas modos instituídos ou instituintes. Os modos instituídos reproduzem o processo que está colocado e os modos instituintes tem potência de reconfigurar a dinâmica de trabalho e criar possibilidade de o novo acontecer. É por esta razão que no município estudado cada unidade de saúde da família apresentava um modo particular de organização.

Os enfermeiros também criam formas de enfrentamento que fogem do embate direto, mas que, nem por isso, deixam de ser enfrentamento e constituir linhas de fuga. Eles, para operarem do modo como consideram adequado e para fugir das imposições e interpelações da gestão optam por investir em confrontos indiretos.

Não bater de frente. Se eu não conseguir com argumento, então, você manda outra pessoa atender, porque, se não, não dá certo não. Não dá certo bater de frente (E13)

Olha, eu fui em uma reunião lá na prefeitura, porque eles têm as reuniões de gerente deles, e eles falaram que a gente tem que ter um colegiado de gestor aqui para melhorar nossa situação. Você monta o colegiado para nós? ” Monto. “Você ajuda? ” Ajudo. Você acha que eu dou conta de fazer o colegiado de gestor com mil e uma funções? Claro que não! Mas eu não ousou em dizer que eu não vou fazer mais nada do que eles me pedem, porque é sempre conflituoso, é visto de uma forma contorcida (E13)

Os enfermeiros buscam meios para agir em consonância com o que acreditam ser o certo, de tal forma criando e transformando modos de ser e agir na saúde da família, compondo o processo de subjetivação. Para Deleuze (2015) o processo de desmontagem subjetiva é constituído de processos, nos quais não é possível definir se na submissão não estaria inscrita a maior raiva ou se no enfrentamento direto por combate não existiria a pior adesão.

Cumpram destacar que não é possível o simples nivelamento ou o uso indiscriminado dos conceitos de subjetivação, agenciamento e territórios existenciais, como similares aos de socialização e identidade de Dubar. Ao contrário, há que se pensar em suas diferenças e, a partir delas, exercitar aproximações aos objetivos da reflexão que se pretende. No caso deste ensaio, os conceitos de Guattari foram transversais, pois amparam o próprio entendimento do contexto, territórios ou campos políticos sociais amplos, nos quais processos focalizados se desenvolvem.

Os conceitos de socialização e identidade se referem, exatamente, ao foco pretendido, no que diz respeito aos específicos processos dos indivíduos, mas que também nunca serão isolados de suas circunstâncias, enfim de seus territórios e agenciamentos (Guattari), de suas relações com o outro e a sociedade (Dubar) ou de implicações éticas que estas relações produzem para o sujeito.

A saúde da família possui uma potência latente de produzir linhas de fuga e produzir atos cuidadosos de saúde que desloquem o centro da prática para o usuário. Do ponto de vista epistemológico e normativo, há uma tendência e predominância do debate sobre a saúde da família constituir-se como território privilegiado para produção de trabalho vivo em ato e materialização dos princípios do SUS. Entretanto, na micropolítica da saúde da família, os agenciamentos ainda impelem os trabalhadores para uma produção seriada e delineada pela subjetivação maquínica que reproduz os modos instituídos característicos do modelo biomédico.

Em meio a esse embate, o enfermeiro constrói seus modos de ser profissional, tecendo novos territórios e também reproduzindo formas hegemônicas de produção de saúde, mesmo que essas últimas o distanciem da essência da profissão.

Os depoimentos dos sujeitos provocaram reflexões acerca do escopo da prática profissional do enfermeiro na saúde da família. Nas vivências heterogêneas e conflituosas em

seu cotidiano de trabalho da saúde da família, os sujeitos deste estudo sustentam a percepção que possuem sobre seu fazer e os atravessamentos que o permeiam. É urgente pensar sobre os limites da prática profissional do enfermeiro. Limites que denotam não as dificuldades encontradas no cotidiano, mas no sentido de pensar qual é escopo das ações do enfermeiro em um contexto que, paradigmaticamente, se sustenta em uma perspectiva de saúde ampliada e tem o cuidado como estratégia principal de encontro com o usuário, família e comunidade. Para compreender a complexidade inscrita na prática do enfermeiro nesse contexto, importa refletir sobre o conceito de cuidado e a abrangência de sua natureza, bem como as imprecisões relacionadas ao fazer do enfermeiro na saúde da família.

Assim, a cartografia da subjetivação do enfermeiro na saúde da família é delineada por um contexto com múltiplos agenciamentos, a saber: as reconfigurações paradigmáticas do mundo do trabalho no contexto do capitalismo, as mudanças organizacionais e filosóficas no modelo de atenção à saúde e à historicidade da categoria em que a identidade da profissão ainda é alvo de muitas reflexões e ausência de um consenso que permita ao enfermeiro compreender o escopo de sua prática profissional.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu compreender o processo de angústia/sofrimento moral de enfermeiros na saúde da família por meio da cartografia dos processos de subjetivação. O contexto político de consolidação do SUS e seus os contrangimentos institucionais e econômicos produzem agenciamentos que participam da fabricação dos modos de ser enfermeiro, de produzir as práticas de cuidado bem como suas formas singulares de perceber o problema moral e de enfrentá-los.

As práticas profissionais tensionam entre modos instituídos e instituintes de maneira que, um mesmo trabalhador, vive diferentes modulações de prática a depender das contingências e agenciamentos e também das formas singulares com que subjetivam as trocas e relações com o contexto. O estudo relevou que os modelos de gestão do município em questão compõem a paisagem do mapa e os modos de fazer dos gestores deliberam por processos de direcionamento da prática profissional que provocam conflitos éticos cotidiano de trabalho. Tais conflitos relacionam-se à forma autoritária e impositiva com que os gerentes das unidades coordenam a dinâmica do trabalho.

Ademais, a implantação do Protocolo de Manchester na Atenção Primária provoca sentimentos de angústia e sofrimento moral nos enfermeiros que se percebem impelidos a protagonizarem um modo de fazer saúde com o qual não concordam. Mas, em meio ao contexto conflituoso de produção da prática profissional do enfermeiro, há sempre um recorte de liberdade por meio do qual se produz negociações, inventa e cria novas engrenagens que o conferem certo protagonismo. Assim, os enfermeiros criam linhas de fuga e estratégias de implantar o Manchester de modo mais aproximado com os valores ético-morais que defendem.

Os enfermeiros vivenciam, ainda, ultraje moral ao sentirem desconforto moral com a prática de clientelismo realizada pelo gerente e vereadores que, em troca de benefícios pessoais e partidários, criam mecanismos de privilégio no acesso a exames e consultas, ferindo o princípio da equidade. Os enfermeiros se sentem sem governança para fazer frente a essa prática e, por não se sentirem capazes de impedir sua ocorrência, vivenciam sentimentos de angústia, revolta e frustração.

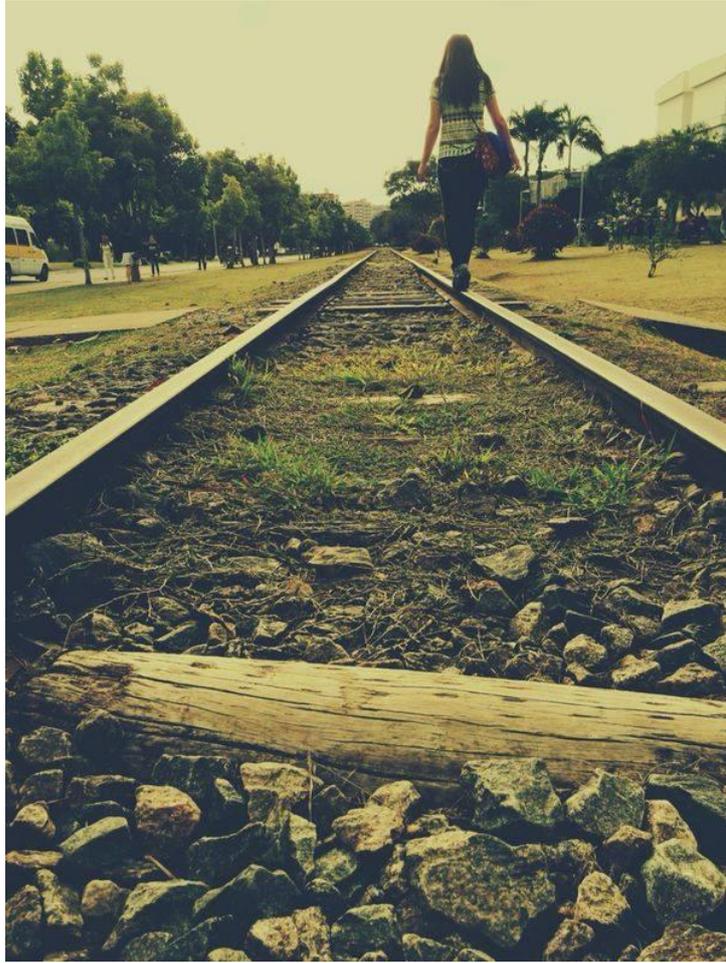
O enfermeiros experimentam processo de angústia/sofrimento moral em decorrência dos arranjos organizacionais da saúde da família os quais, sob o discurso da responsabilidade sanitária, determinam aos enfermeiros práticas de cuidado pautadas no controle excessivo e na subtração da autonomia dos usuários. Os enfermeiros não concordam com este processo de

trabalho tão menos com esta forma de cuidar, ao mesmo tempo em que são os agenciadores desse modo de produzir saúde.

Quando, porém, há uma obstrução da concretização dos valores ético-morais inscritos na prática profissional, predominam vivências de sofrimento e de luta dentro dos territórios de significações, seja pelo não reconhecimento do valor social da prática do enfermeiro, seja pela medicalização da vida, que modula a demanda dos usuários. As forças que permeiam o cotidiano da saúde da família contribuem para o sequestro da potência da prática do enfermeiro pelas modulações do capitalismo e da lógica de mercado ao ser impelido, pela gestão ou por sua agência moral, a assumir práticas que poderiam ser desenvolvidas por outros profissionais.

Por fim, mediante tais agenciamentos e desenhos organizacionais, os enfermeiros de saúde da família fabricam seu processo de subjetivação transitando entre significações polares de “ser tudo” e “ser nada”, decorrentes da sobrecarga de trabalho, de um lado, e do outro, da ausência de reconhecimento e legitimidade social de sua prática profissional.

Nesse sentido, os modos de ser dos enfermeiros de saúde da família são fabricados em meio a trama subjetiva de construção social de sua prática profissional bem como da defesa dos valores éticos que desejam materializar em seu fazer. As vivências de sofrimento moral estabelecem interfaces com a construção identitária dos enfermeiros tanto por deflagarem sentimentos de aversão moral em virtude da realização de práticas em que não se reconhecem, quanto pelo produtividade que geram ao mobilizarem novos territórios existenciais,



(Universidade Federal de Viçosa – Foto por Lucas Lobato)

*Por tanto amor, por tanta emoção  
A vida me fez assim  
(...)  
Vou me encontrar, longe do meu lugar  
Eu, Caçador de mim (Milton Nascimento)*

## 6. EPÍLOGOS

(ou sobre os novos territórios existenciais que em me habitam e sobre/com os quais prossigo “sendo”)

*Questions of science, science and progress  
Don't speak as loud as my heart  
Questões da ciência, ciência e progresso  
Não falam tão alto quanto meu coração  
(The scientist – Coldplay)*

O exercício da construção da tese serviu, simultaneamente, para a desconstrução e reconstrução de mim mesma. Recordo-me que, ao inclinar sobre a temática do sofrimento moral e sua relação com a configuração identitária do enfermeiro na saúde da família, eu trilhava no sentido de estabelecer uma relação linear e, por que não, causal entre essas duas categorias analíticas. A cada aproximação com o método cartográfica, eu percebia-me em crise constante comigo, com minha prática como pesquisadora e com os caminhos que eu desbravava. Foram muitos os momentos de angústia ao perceber que o método cartográfico não encontrava consonância com a forma com a qual eu havia desenhado o projeto de pesquisa. Vivia a ambiguidade do deslumbramento e sedução com a perspectiva de análise de subjetividade proposta por Guattari e Deleuze, mas, ao mesmo tempo, me questionava sobre a coerência metodológica de inseri-los na minha caminhada, considerando que eu já me encontrava em movimento. Sentia um arrependimento estranho por não ter acessado tal perspectiva anteriormente e, por isso, sentia-me presa e escrava de um modo de pensar que já não me pertencia. Neste momento, a intervenção de minha orientadora foi fundamental e trouxe luz à minha escuridão ao me permitir compreender que a riqueza da tessitura de uma tese está justamente no processo de análise permanente de nossos passos e, de reconhecer, que não somos os mesmos. A trajetória nos transforma e faz de nós produtores e produtos da tese.

Assim, ao caminhar, entre distanciamentos e aproximações de meu objeto, eu fui compreendendo que eu fazia a pergunta errada pois não se trata de saber quem gera o que, ou qual é produzido por quem. Mas a questão crucial consiste em compreender o movimento neste estudo denominado de interface entre sofrimento moral e identidade. E, ao compreender que a

essência do pensamento deleuzo-guattarriano estava no movimento, foi possível direcionar meu olhar para a forma como a relação, a interface e este movimento acontece.

Há que se ressaltar que por ser um método que tem como linha central o movimento, significa que não há uma estrutura a priori como nos formatos tradicionais de pesquisa. Esta realidade gera um certo desconforto e até insegurança no pesquisador. Para Deleuze e Guattari importa questionar sobre a imanência do surgimento de novas estruturas de sentido. Por esta razão, não possui como ponto de partida, desenhos prontos e acabados.

Em minha trajetória de pesquisa, dedicava-me, com frequência, pela busca de sentido proposto por modelos sociológicos representativos. Assim, importava interpretar os sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas condutas. Foi preciso desconstruir este lugar existencial para mergulhar no convite feito pela perspectiva filosófica de Deleuze e Guattari na medida em que aos autores não importa investigar e compreender o sentido mas sim questionar sobre o fundamento primeiro que se revela na concretização de atos.

Foi então que compreendi que na cartografia, a produção de conhecimento é indissociável da reconstrução de si mesmo e de nossos territórios existenciais. Há, pois, uma reinvenção do pesquisador no próprio processo de pesquisa e, em meio a este processo de coprodução, há um reencontro da pesquisa com a vida.

No processo de construção da tese foi possível perceber que a interface que eu buscava entre sofrimento moral e identidade poderia ser traduzida teoricamente na análise da subjetividade dos enfermeiros que atuam na saúde da família. Por esta razão, neste estudo, assumimos a construção teórica de Guattari e Deleuze sobre subjetividade para evidenciar a interface entre sofrimento moral e identidade de enfermeiros no contexto da saúde da família.

Dentre as grandes dificuldades de praticar o método, há que se destacar que sua inserção no mesmo acontece anteriormente ao processo de consciência deste movimento. Isto porque enraizados que estamos de lógicas cartesianas de pesquisar, são dedicados tempos de estudo e pesquisa teórica a fim de encontrar subsídios teóricos sobre cartografia que apresentem o passo a passo do método, suas regras e formulas predefinidas a serem aplicadas. Neste processo de busca e na ausência de respostas a essas perguntas, o pesquisador vai e defrontando com a realidade da cartografia: de que não há essas respostas e essas prontas. Entretanto, o que o pesquisador ainda não tem consciência é que neste processo de busca, há um movimento subjetivo de reconstrução de seus paradigmas como pesquisador. Inicia-se, mesmo que se tenha consciência neste momento, um processo de desterritorialização abrindo possibilidade para a reconstrução de territórios existenciais.

Assim, no processo de busca e de não encontrar o que se ansiava, que o pesquisador se encontra vivendo o método, ainda que sem consciência. E por não possuir clareza de seu processo, é permeado por intensas aflições com relação a coerência metodológica uma vez que habitamos estamos a partir de pressupostos prontos e, tendo eles em mãos, ir em busca do produto da investigação. É no processo de mergulho nas bases teóricas da cartografia que você vai se dando conta de que a cartografia te convida a ir para um outro lugar, um lugar que não está pronto, mas cujo movimento de construção já acontece desde o movimento em que você se coloca a compreendê-lo. E mesmo sem entender, ou seja, mesmo sem produto, o processo por si só já compõe a substância de movimento necessário para que a cartografia seja prática e não instrumento de pesquisa. São muitos os distanciamentos e aproximações entre pesquisador e objeto de pesquisa no decorrer dessa trajetória uma vez que, ao desconstruir os referenciais que constituíam nossos territórios até então, há um certo medo e desconforto com relação à própria prática como pesquisador. É como se nos fosse retirado o chão sobre o qual sempre pisamos e que de certa forma nos conferia certa segurança na caminhada. De repente, você se depara com uma ausência de caminhos prontos e questiona-se acerca de sua competência para continuar caminhando.

É curioso quando nos damos conta da indissociabilidade do processo. Os distanciamentos e aproximações com o objeto, são convites de distanciamentos e aproximações conosco. Nesse permanente processo de refazer-se como pesquisador é que voltamos nosso olhar para o objeto interagindo com ele a partir dos novos territórios existenciais construídos em decorrência da interação com este objeto, que já não é visto e percebido da forma inicial que gerou o interesse pela pesquisa.

Vivi momentos de tamanha angústia com esse não saber e esse não lugar que me coloquei a questionar a relevância de meu objeto de pesquisa. Era mais fácil questionar a relevância do objeto do que defrontar-me com as formas metodológicas que de certo modo me aprisionavam em um território bem circunscrito de pensamento e prática científica os quais, regidos por regras sistematicamente desenhadas e definidas, não me permitiam passos desviantes.

É interessante que, em meio ao processo, não sei delimitar exatamente quando foi o dia ou o momento exato em que tomei consciência do processo que acontecia em mim. E percebi que não se tratava mesmo de um dia ou um momento especial de lucidez ou clareza, mas que tudo pertencia ao movimento e essa clareza teve início quando optei por pertencer ao movimento. Assim, a consciência do processo não é algo em que nós nos respaldamos para

iniciar a trajetória. Ao contrário, ela se processa também junto com toda caminhada, e de repente, sem motivo especial, ela emerge dando luz a um movimento que já existia embora você não soubesse descrever, analisar ou definir teoricamente. Paradigmaticamente, é uma transformação muito forte tendo em vista todos os pressupostos científicos que delinearão a caminhada na pesquisa.

O método cartográfico “desencadeia um processo de desterritorialização no campo da ciência, para inaugurar uma nova forma de produzir o conhecimento, um modo que envolve a criação, a arte, a implicação do autor, artista, pesquisador, cartógrafo” (MAIRESSE, 2003, p. 259). A tendência de nossa formação como pesquisadores é de perseguir verdades por meio da fragmentação e racionalização da prática científica.

A sensação que se tem, após compreender a trajetória trilhada é que o pensamento vive ruminando dentro de você, estabelece certas guerras e enfrentamentos interiores, e essa disputa acontece em meio a sua vida cotidiana que permanece seguindo o curso de seu trabalho, família, amores, desejos.

É interessante que, no momento do despertar, é possível perceber que tudo e movimento e já acontecia mesmo que você não soubesse teorizar, dar nome ou exercer sobre ele qualquer outra estratégia de controle, dá-se início a um processo interessante de vivenciar. Os medos e inseguranças permanecem, o que muda é nosso olhar sobre eles que se transforma em um olhar acolhedor que receber esses medos e angústias, convida-os para sentar na sala e lhe oferece um café. Ao lidar melhor com essas imprecisões, configura-se uma transformação subjetiva de acolher as imprecisões da vida, do mundo e de nossa prática cotidiana.

Como disse Drummond sobre o fazer poético: “*Convive com teus poemas, antes de escrevê-los. Tem paciência se obscuros. Calma, se te provocam. Espera que cada um se realize e consume com seu poder de palavra e seu poder de silêncio. Não forces o poema a desprender-se do limbo. Não colhas no chão o poema que se perdeu. Não adules o poema. Aceita-o como ele aceitará sua forma definitiva e concentrada no espaço.*”

Sinto que o processo cartográfico está para o pesquisador assim como a poesia está para Drummond. Ao praticar o método cartográfico, inicia-se um processo de reconstrução subjetiva do pesquisador de tal modo é preciso conviver com essas mudanças, com esses novos territórios antes de se colocar a escrever sobre eles. É tudo processo e movimento, não é possível forçar sua existência. A beleza e riqueza consiste justamente em viver o pensamento que vai sendo tecido nesse processo para então traduzi-lo em palavras. As inquietações reflexões e

contrapontos teóricos ruminam dentro de nós para então, um dia, emergirem como se tivessem sido produzidos instantaneamente

Assim, tendo em vista a necessidade de evidenciar a construção do pensamento científico em palavras para fins de avaliação da tese, aceito-o como esta forma em processo de construção, que se apresenta concentrado nessas linhas, mas cujo movimento continua se processando em mim, me refazendo. Como um bom filme que, mesmo quando termina, continua acontecendo dentro de nós, também a tese e as provocações geradas por meio dela, habitam em mim e compõem meu movimento de ser e vir a ser.

*Aprendizado*

*Do mesmo modo que te abriste à alegria  
Abre-te agora ao sofrimento  
Que é fruto dela  
E seu avesso ardente*

*Do mesmo modo  
Que da alegria foste  
ao fundo  
e te perdeste nela  
e te achaste  
nessa perda  
deixa que a dor se exerça agora  
sem mentiras nem desculpas  
e em tua carne vaporize  
toda ilusão*

*que a vida só consome  
o que alimenta*

*(Ferreira Gullar)*



(“Janela” - Viçosa)

*“A verdade é que eu não volto mais no tempo, nem por um dia  
eu tento viver cada dia como se tivesse voltado propositalmente pra esse dia  
pra curtir-lo como se fosse o último dia inteiro da minha vida extraordinária e comum  
todos estamos viajando no tempo juntos, todos os dias de nossas vidas  
tudo que podemos fazer é nosso melhor  
e aproveitar esse passeio maravilhoso”  
(Trechos do Filme – About time)*

## REFERÊNCIA

ACIOLI, Sônia et al., Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2014 set/out; 22(5):637-42.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de et al.. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco Drumond Júnior, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, p.783-836; 2006

ANDRADE, Laura Freire; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. O Psicólogo no CRAS: Uma Cartografia dos Territórios Subjetivos. **Psicologia ciência e profissão**, 30 (3), 604-619. 2010

AMADOR, Fernanda; FONSECA, Tânia Mara Galli Fonseca. Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa – considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 1, 2009

ASSIS, Marluce Maria Araújo Assis et al.. Produção do cuidado no programa saúde da família de um município da região nordeste da Bahia: encontros e desencontros. In: ASSIS, MMA., et al. orgs. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. 180p. Salvador: EDUFBA, 2010.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude soc.** v.18, suppl.2, p. 11-23, 2009.

AYRES, José Ricardo C. M.. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, Apr. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100004&lng=en&nrm=iso)>. Access on 09 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.8, p.73-92, set.2003-fev.2004.

BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. (In)visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. *Acta paul. enferm.*[online]. 2010, vol.23, n.6 [cited 2016-12-08], pp.745-750. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600005&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600005>.

BANDEIRA-DE-MELLO, R., & CUNHA, J.C.A. (2003). Operationalizing the method of grounded theory in research strategy: technique sandanalysis procedures with the support of Atlas / ti software. Operacionalizando o método da grounded theory nas pesquisas em estratégia: técnicas e procedimentos de análise com apoio do software Atlas/ti. In: Encontro de Estudos em Estratégia, ANPAD, Rio de Janeiro.

BARLEM, E. L. D. Vivência do Sofrimento Moral no Trabalho da Enfermagem: percepção da enfermeira. Rio Grande: FURG, 2009. 105 p. Dissertação (**Mestrado em Enfermagem**) –

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.

BARLEM, E. L. D. Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão foucaultiana. 202f. Tese (**Doutorado em Enfermagem**) -Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2012.

BERGER, P. L. B.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: um livro sobre a sociologia do conhecimento**. 2ª edição. Tradução: Ernesto de Carvalho. Dinalivro

BEUMER CM. Innovative solutions: the effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. *Dimens Crit Care Nurs* 2008; 27: 263–267.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):575-586, 2012

BORGES, Silier Andrade Cardoso. Territórios existenciais ético-estéticos em saúde coletiva. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 107-113, maio-ago. 2015.

BRITO, Maria José Menezes; MONTENEGRO, Livia Cozer; MARILIA, Alves. Experiências relacionais de poder e gênero de enfermeiras-gerente de hospitais privados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, p. 952-959, Oct. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000500016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000500016&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000500016>

CAÇADOR, B. S. et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev Min Enferm**; v.19, n.3,p. 612-619,jul./set. 2015.

CAMPOS, G. W. S; GUERRERO, A. V. (orgs). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada** Ed HUCITEC, p.411, 1ª Edição, 2008

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, Oct. 1998. Available from <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400029>

CECCIM, Ricardo Burg.; FEUERWERKER, L. C. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41. 2004

CORTINA, A. **Cidadãos do mundo**: para uma teoria da cidadania. São Paulo: Edições Loyola, 2005, 210p.

DALMOLIN, G. L; LUNARDI, V. L; BARLEM, E. L. D; SILVEIRA, R. S. Implicações do sofrimento moral para os (as) enfermeiros (as) a aproximações com o Bournaut. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012, Jan-Mar; 21(1): 200-8

DALMOLIN, Grazielle de Lima. Sofrimento moral na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras: uma revisão integrativa. 2009. 97p. Dissertação (**Mestrado em Enfermagem**) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

DALMOLIN, G.L.; LUNARDI, Valéria. Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson. D. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Revista Enfermagem (UERJ)**. 2009; 17(1):35-40.

DALMOLIN, Grazielle de Lima et al. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o burnout. **Texto Contexto Enferm**. 2012; 21(1): 200-8.

DALMOLIN, Grazielle de Lima. **Sofrimento moral e síndrome de Burnout: relações nas vivências profissionais dos trabalhadores de enfermagem**. 2012. 166f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

DALMOLIN, Grazielle de Lima; LUNARDI, Valéria Lerch. **O sofrimento moral para os trabalhadores de enfermagem no desempenho profissional: aproximações e distanciamentos de duas realidades**. [Monografia]. Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2007.

DELEUZE, G. **A dobra: Leibniz e o barroco**. 6ª edição. Campinas, São Paulo, Papiros, 2012.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Kafta: Por uma literatura menor**. Tradução: Cintia Vieira da Silva. Revisão da tradução: Luiz B. L. Orlandi. 1ª edição, 2ª reimpressão. Belo Horizonte, Autêntica Editora, 2015.

DORNELAS et al. **Portugal invisível**. Primeira reimpressão. Editora Mundos Sociais. 2012

DUBAR, C. **A crise das identidades: a interpretação de uma mutação**. Tradução de Mary Amazonas Leite de Barros. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 292p. 2009

EPSTEIN, Elizabeth G., DELGADO, Sarah. Understanding and Addressing Moral Distress OJIN: **The Online Journal of Issues in Nursing**.2010; 15(3):25-34.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al., Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2):389-394, fev, 2011.

FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011

FEUERWERKER, L. M. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FEUERWERKER, L. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação/** Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). 1ª edição. Porto Alegre. Editora Rede Unida. 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979

FRANCO, T.B.; **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**, in Pinheiro e Mattos (Orgs.) , *Gestão em Redes*; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

GUATTARI F; ROLNIK, **Micropolítica: cartografias do desejo**. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2005, 439p.

GALAVOTE, H.S. et al. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface** (Botucatu) 2013.

GAUDENZI, P.; SCHRAMM, F.R. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.243-55, abr./jun. 2010.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 6, n. 22, p.1171-1181, 2006.

GIOVANELLA L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):783-794, 2009

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Esc. Enferm. USP**, v. 2, n. 39, p.145-53, 2005.

GOMES, A. M. T; OLIVEIRA, D. C; SÁ, C. P. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 9, n. 2, p.109-125, 2007.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 2, n. 61, p. 178-85, 2008.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. A enfermagem entre os avanços tecnológicos e a inter-relação: representações do papel do enfermeiro. **Rev. enferm. UERJ**, v. 2, n. 16, p. 156-61, abr/jun, 2008.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm.** v. 4, n. 57, p. 393-8, jul- ago, 2005.

HARDINGHAM L. B. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. **Nursing Philosophy**. v. 5, n. 1, p. 127-34. 2004.

HENNINGTON, Élide Azevedo. Management of work processes and humanization in health care: an ergological perspective. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 3, p. 555-561, jun. 2008 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000300024&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300024&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 04 dez. 2016. Epub 18-Abr-2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000022>.

HOFT, Stan van. **Ética da virtude**. Tradução de Fábio Creder, Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

JAMETON A. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. **J Bioeth Inq**; 10(3): 297–308; 2013

JUNGES, J.R. Direito à saúde, biopoder e bioética. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.29, p.285-95, abr./jun. 2009

LAABS, Carolyn A.. Moral Problems and Distress among Nurse Practitioners in Primary Care. **Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners**. Volume 17, issue 2, february 2005

LAABS Carolyn Ann. Primary care nurse practitioners' integrity when faced with moral conflict. **Nursing Ethics** 2007 14 (6)

LUNARDI Valéria Lunardi, BARLEM Edoson Luís Devos, DALMOLIN, Grazieli Silva; Moral distress and the ethical dimension in nursing work. **Rev. Bras. Enferm.** 2009; 62(4):599-63.

LÜTZÉN K, DAHLQVIST V, Eriksson S, et al. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. **Nurs Ethics** 2006; 13: 187–196.

MARTINS, André. Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico-conceitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(4):950-958, jul-ago, 2004

MARTINES, Wânia Regina Veiga; MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO Luciana de Almeida . A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde . **Rev Tempus Actas Saúde Col** / v. 7, n 2. 203-211 – 2013

MINKOWSKI, Eugène Breves reflexões a respeito do sofrimento (aspecto pático da existência) Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. III, núm. 4, diciembre, 2000, pp. 156- 164 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental São Paulo, Brasil

MERHY, Emerson Elias. **SAÚDE: A cartografia do trabalho vivo**. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145). ISBN: 85-271-0580-2

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª edição. Editora Hucitec.2004.

McCARTHY, Joan; GASTMAN, Chris s. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. **Nursing Ethics** 2015, Vol. 22(1) 131–152

MOREIRA, D. A.; TIBAES, H. B. B. ; BATISTA, R. C. R. ; CARDOSO, C. M. L. ; SANTOS, C. S. ; BRITO, M. J. M. . Manchester Triage System In Primary Health Care: A New Hosting Way?. **International Archives of Medicine**, p. 1-9, 2015.

MUSTO Lynn C. RODNE, Patricia A. Moving from conceptual ambiguity to knowledgeable action: using a critical realist approach to studying moral distress. **Nursing Philosophy** (2016), 17, pp. 75–87

NUNES, Edson de Oliveira. **A gramática política do Brasil: clientelismo, corporativismos e insulamento burocrático**. Editora: Garamond, Rio de Janeiro, 2010

OH, Younjae; BELGIUM, Leuven. Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. **Nursing Ethics**, 2015, Vol. 22(1) 15–31

PIRES, M. R. G. M.; GOTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev. bras. enferm.** v.2, n. 62, pp. 294-299, 2009.

PETER Elizabeth ; SIMMONDS, Anne LIASCHENKO, Joan . Nurses’ narratives of moral identity Making a difference and reciprocal holding. **Nurs Ethics** May 24, 2016

RAMOS Flávia Regina Souza et al., Marco conceitual para o estudo do distresse moral em enfermeiros. **Texto Contexto Enferm**, 2016; 25(2):e4460015

ROSA, Mardióli Dalla. A globalização e a organização do processo de trabalho. **Cadernos da Escola de Direito e Relações Internacionais**, Curitiba, 13: 496-513 vol.1 ISSN 1678 – 2933, 2010

RICE EM, RADY MY, HAMRICK A, et al. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. **J Nurs Manag** 16: 360–373. 2008

ROMAGNOLLI, R.C.A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 166-173, 2009.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem . **Rev Bras Enferm**, Brasília 2007 mar-abr; 60(2):221-4

SCHAEFER, Rafaela , VIEIRA. Margarida Competência ética como recurso de enfrentamento do Sofrimento moral em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 563-73.

SCHRAIBER, Laura. B. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. v. 12, p.45-50, 1996.

SENNETTI, Richard, **A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Tradução: Marcos Santarrita – 17ª Ed – Rio de Janeiro, Record, 2012.

SILVEIRA, Lia Carneiro and BRAGA, Violante Augusta Batista. A equipe de saúde mental numa aproximação sociopoética: das relações interpessoais à produção de subjetividade. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2004, vol.38, n.4, pp. 429-437. ISSN 1980-220X

SILVA, Juliana Araujo; LIMA, Elizabeth Maria Freire. Habitando uma vitrine-membrana: entre dentro e fora. **Interface comunicação saúde educação** v.17, n.45, p.497-508, abr./jun. 2013

SIQUEIRA-BATISTA Rodrigo; GOMES, Andreia Patrícia; MOTTA, Luís Cláudio de Souza; RENNO, Lucas, LOPES, Túlio Correia; MIYDAHIRA, Renato; VIDAL, Selma Vaz; COTTA, Rosângela Minardi Mitri. (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saúde Soc. São Paulo**, v.24, n.1, p.113-128, 2015

WALLIS, Laura. Moral distress in nursing. **American journal of nursing** [0002-936X] yr:2015 vol:115 iss:3 pg:19 -20

WALTER, S.A.; BACH, T.M. (2009). Goodbyepaper, highlighters, scissorsandglue: innovatingtheprocessof contente analysis through Atlas.ti. Adeus papel, marca-textos, tesoura e cola: inovando o processo de análise de conteúdo por meio do Atlas.ti. In: Seminários de Empreendedorismo e Educação, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. 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, 20(6):1690-1699, nov-dez, 2004

## APÊNDICE

### Apêndice A: ENTREVISTA COM ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO



PERFIL PROFISSIONAL		
Nome:		
Número da entrevista:		Data:
Cenário:		Idade:
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino	Estado Civil:	Número de filhos:
Escolaridade:	Formação Profissional:	
Instituição de graduação:	Tempo de formação:	
Nível de Qualificação: ( ) Capacitação ( ) Especialização ( ) Residência ( ) Mestrado ( ) Doutorado		
Jornada de trabalho diária:	Flexibilidade de Horário: ( ) sim ( ) não	
Cargo(s) ocupados na unidade:	Tempo de serviço na unidade:	
Número de empregos atualmente:	Jornada de trabalho em outras instituições:	
Cargos ocupados em outras instituições:		

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que significa ser para você enfermeiro da Estratégia Saúde da Família?
2. Fale sobre o trabalho que você realiza no seu cotidiano
3. Fale sobre o trabalho que você gostaria de realizar no seu cotidiano.
4. Fale sobre o trabalho que você acredita que deveria realizar no seu cotidiano.
5. Fale sobre os problemas/conflitos éticos que você vivencia no seu cotidiano de trabalho.
6. Como você lida com esses problemas/conflitos?
7. Quais princípios éticos você julga relevante na sua atuação profissional?
8. Mediante os problemas/conflitos éticos, como você sustenta suas decisões?
9. Relate situações em que você agiu de forma contrária ao seu desejo/julgamento ético.
10. O que você sentiu ao agir de modo contrário com o que você julga correto?
11. Como você se percebe como enfermeiro antes e depois de agir de forma contrária ao que você acredita?
12. Que motivos fazem com que você permaneça na Enfermagem?
13. Que razões te motivam a sair da Enfermagem?
14. Você recomendaria o curso de Enfermagem para alguém que fosse escolher uma profissão? Fale sobre isso.
15. Você gostaria de acrescentar algo?

## ANEXO

## Anexo A



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

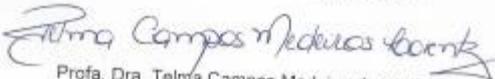
Projeto: CAAE – 47259115.1.0000.5149

Interessado(a): Profa. 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 05 de agosto de 2015, o projeto de pesquisa intitulado "**Ética e sofrimento moral: vivências de profissionais e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde**" 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 através da Plataforma Brasil.

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

Av. Pádua Castanho, 6527 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2003 – Cep 31270-001 – BFMG  
Telefone: (031) 3409-4192 - e-mail: coep@ufmg.br