

GEISA PIRES BRIESE

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E VIVÊNCIA DE SOFRIMENTO MORAL
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

RIO GRANDE

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E VIVÊNCIA DE SOFRIMENTO MORAL
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

GEISA PIRES BRIESE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós –
Graduação em Enfermagem, da Universidade
Federal do Rio Grande, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem
- Área de Concentração: Enfermagem e Saúde
Linha de Pesquisa: Ética, Educação e Saúde

ORIENTADORA: VALÉRIA LERCH LUNARDI

RIO GRANDE

2011

B853e Brieze, Geisa Pires

Estratégia de saúde da família e vivência de sofrimento moral dos agentes comunitários de saúde / Geisa Pires Brieze. – 2011.

73 f.

Orientadora: Valéria Lerch Lunardi
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2011.

1. Enfermagem. 2. Saúde da família. 3. Ética em enfermagem. 4. Saúde pública. Título. II. Lunardi, Valéria Lerch

CDU: 616-083:174

GEISA PIRES BRIESE

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E VIVÊNCIA DE
SOFRIMENTO MORAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

Mestre em Enfermagem

e aprovada na sua versão final em 30 de agosto de 2011, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Helena Heidtmann Vaghetti

Dra. Helena Heidtmann Vaghetti - Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. *Valéria Lerch Lunardi*

Valéria Lerch Lunardi. – Presidente (FURG)

Dra. *Ceres Arejano de Medeiros*
Ceres Arejano de Medeiros - Membro (Prefeitura Municipal do Rio Grande)

Dra. *Nalú Pereira da Costa Kerber*
Nalú Pereira da Costa Kerber - Membro (FURG)

Dra. *Eliana Pinho de Azambuja*
Eliana Pinho de Azambuja- Suplente (FURG/ IFRS)

RESUMO

BRIESE, Geisa Pires. ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E VIVÊNCIA DE SOFRIMENTO MORAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. 2011. 73f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Trata-se de um estudo qualitativo com o objetivo geral de compreender como o trabalho desempenhado pela equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família contribui para a vivência de sofrimento moral pelos agentes comunitários de saúde e, como objetivo específico, conhecer as estratégias por eles adotadas para enfrentar situações de sofrimento moral. A partir da observação participante e de entrevistas semi- estruturadas com agentes comunitários de saúde de duas Unidades de Saúde da Família do município do Rio Grande, realizou-se a análise textual discursiva dos dados, definindo-se duas categorias. A primeira - Estratégia de Saúde da Família: Sofrimento moral dos agentes comunitários de saúde – aborda a proximidade com a comunidade, a organização do trabalho e modos de viver da comunidade, o que está associado ao modo como o trabalho se organiza e à aparente falta de percepção dos conflitos morais decorrentes, os quais envolvem valores, crenças, sentimentos e conhecimentos. A segunda - Estratégias dos agentes comunitários de saúde das equipes de Saúde da Família para enfrentar o sofrimento moral- enfoca a tomada de decisão na equipe, capacitações promovidas e grupos de educação em saúde. Considera-se que a análise e discussão organizada e sistemática na equipe multiprofissional de situações que envolvam questões éticas e valores no contexto de trabalho, do mesmo modo que intensificar capacitações de toda a equipe, com o uso de propostas pedagógicas transformadoras, fortalecendo o conhecimento da dimensão moral presente nas diferentes ações, mostram-se estratégias a serem valorizadas e implementadas.

Descritores: Enfermagem. Ética. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

BRIESE, Geisa Pires. FAMILY HEALTH STRATEGY AND EXPERIENCE OF THE MORAL DISTRESS OF THE HEALTH COMMUNITY AGENTS. 2011. 73f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

This paper is about a qualitative study done in order to understand how the Family Health Strategy multipurpose professional team contributes to moral distress existence of the health community agents and, to know the strategies used by these agents to face moral distress situations. Starting from participation observation and half structural interviews with the two Rio Grande Family Units' Healthy community agents we have done data speech textual analysis and have defined two analysis categories. The first one – Family Health Strategy: Health Community agents moral distress approaches the close connection to the community, work organization, and, live community ways, what is associated with the work is organized and the apparent lack of understanding about the resulting moral conflicts about values, beliefs, feelings and knowledge. The second one – Family Health Team community agents strategies to face moral distress situation approaches the resolutions done by the team, professional training offered and health education groups. We consider these strategies as privileged spaces to moral distress socialization, to community agents, to all the team, for the Permanent Education implementation starting from work context discussion and from involved ethical aspects and to adopt new and participant health education methodology.

Descriptors: Nursing. Ethics. Family Health Program.

RESUMEN

BRIESE, Geisa Pires. ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA Y VIVENCIAS DE SUFRIMIENTO MORAL DE LOS AGENTES COMUNITARIOS. 2011, 73f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

Este trabajo está hecho a partir de un estudio cualitativo y su objetivo general es comprender cómo el trabajo desempeñado por el grupo multifuncional de Estrategia de Salud de la Familia contribuye en la vivencia del sufrimiento moral por los agentes comunitarios de salud. El objetivo específico es conocer las estrategias adoptadas por ellos para enfrentar situaciones de sufrimiento moral. A partir de la observación participante y de entrevistas semiestructuradas con agentes comunitarios de salud de dos Unidades de Salud de la Familia de la ciudad de Rio Grande, se ha realizado un análisis textual discursivo de los datos, definiendo dos categorías: “Estrategia de Salud de la Familia: Sufrimiento moral de los agentes comunitarios de salud”; y “Estrategias de los agentes comunitarios de salud de los grupos de Salud de la Familia para enfrentar situaciones de sufrimiento moral”. La primera categoría habla sobre la proximidad a la comunidad; la organización del trabajo; y las formas de vivir de la comunidad, que está asociada a la manera cómo el trabajo está organizado y la aparente falta de percepción de los conflictos morales que envuelven valores, creencias, sentimientos y conocimientos. La segunda, tiene por enfoque la tomada de decisión en el grupo, las capacitaciones promovidas y los grupos de educación en salud. Se considera que estas estrategias pueden ser espacios privilegiados para la socialización del sufrimiento moral vivenciado por los agentes comunitarios de salud para todo el grupo, para implementar la Educación Permanente a partir de la problematización del contexto de trabajo y de las cuestiones éticas existentes, y adoptar metodologías innovadoras y participativas de educación en salud.

Descriptores: Enfermería. Ética. Programa salud de la familia.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBSF - Unidades Básicas de Saúde da Família

USF - Unidade de Saúde da Família

SM - Sofrimento Moral

SIAB - Sistema Nacional de Informações na Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

VD - Visita domiciliar

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	10
2.REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1.ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
2.2.1.TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO DO ACS.....	17
2.2. A ÉTICA NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL.....	20
2.2.1.SOFRIMENTO MORAL: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO.....	22
3.TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	24
3.1.TIPO DE ESTUDO	24
3.2. LOCAL DO ESTUDO.....	24
3.3.INFORMANTES DO ESTUDO.....	25
3.4. COLETA DE DADOS.....	25
3.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	27
3.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4.RESULTADOS.....	29
4.1.ARTIGO 1 - ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SOFRIMENTO MORAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	30
4.2.ARTIGO 2 - ESTRATÉGIAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA ENFRENTAR O SOFRIMENTO MORAL.....	43
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXOS	
ANEXO A- APROVAÇÃO DO CEPAS	
ANEXO B- NORMAS DE FORMATAÇÃO DO PERIÓDICO CIÊNCIA, CUIDADO E SAÚDE	
ANEXO C- NORMAS DE FORMATAÇÃO DO PERIÓDICO REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM	

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém – nascido ao idoso, de usuários saudáveis e doentes, de forma integral e contínua. A primeira etapa de sua implantação foi iniciada em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de 1994, foi criado o PSF pelo Ministério da Saúde, começando a ser constituídas as primeiras equipes do Programa, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2001).

Considerado como uma estratégia para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o propósito de substituir o modelo tradicional na atenção básica, a ESF pretende estabelecer vínculos e criar laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Para isso, propõe que seja realizado o acompanhamento da saúde da população de maneira inter e multidisciplinar, atribuindo, à Unidade Básica de Saúde, a responsabilidade integral sobre o monitoramento de saúde da população que reside na sua área de abrangência (BRASIL, 2006).

Portanto, diferentemente da concepção presente em vários programas, com um caráter mais centralizador, a ESF não deve se constituir em uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde: é uma estratégia que possibilita a integração com instituições e organizações sociais, e promove estas atividades em um território definido (BRASIL, 2001).

A ESF, denominação adotada a partir de 1997 pelo Ministério da Saúde para o Programa Saúde da Família (PSF), é comumente implantada em áreas de maior exclusão social, priorizando indivíduos economicamente mais vulneráveis, muitas vezes vivendo em situação de extrema pobreza, em moradias com alto grau de risco social, com muitas pessoas convivendo no mesmo espaço e em precárias condições sociais. Esta estratégia busca aproximar o serviço de saúde à comunidade a fim de ampliar o acesso das famílias cadastradas, incentivando a participação popular, procurando respeitar valores, atitudes e crenças do grupo ao qual se dirige (SEOANE; FORTES, 2009).

A equipe multiprofissional organizada pela ESF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Esses últimos são selecionados oriundos das próprias comunidades das áreas onde serão desenvolvidas as ações da ESF para que, pela proximidade de seu trabalho com o modo de viver das famílias, possam estabelecer vínculos,

com toda a equipe, que contribuam para transformar a realidade da comunidade, melhorando o acesso aos serviços de saúde e contribuindo para a construção da cidadania (BRASIL, 2006).

No entanto, os profissionais que atuam na ESF em geral realizaram sua formação acadêmica, segundo um paradigma ainda predominantemente curativo e fragmentado da saúde, em que as especialidades são valorizadas, em detrimento da compreensão global do ser humano e do processo de adoecer. Durante a atuação profissional em uma equipe de Saúde da Família (SF), comumente, os profissionais são exigidos por conhecimentos técnicos generalistas não suficientemente aprendidos em sua formação (REIS; HORTALE, 2004).

Neste sentido, os profissionais podem sofrer inquietações diante da demanda de responsabilidades que extrapolam sua capacidade de intervenção, encontrando-se, muitas vezes, entre as exigências administrativas de resultados quantificáveis preconizados pela ESF e a demanda de necessidades das famílias (GABARDO; JUNGES; SELLI, 2009), o que pode lhes provocar intensos questionamentos, dúvidas e sofrimento. Como referem Zoboli, Fortes (2004), os profissionais que atuam na ESF têm de exercer uma nova prática marcada pela humanização, pelo cuidado, pelo exercício da cidadania e também alicerçada na compreensão de que as condições de vida definem o processo saúde-doença das famílias, de modo a assegurar uma prática humanizada, apesar dos valores, crenças e práticas dos usuários poderem ir de encontro aos indicadores, expectativas e resultados desejados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Município e a Coordenação local da ESF.

O profissional de saúde, para trabalhar na ESF, necessita, além de prestar cuidados assistenciais, adequar-se às normas técnicas e organizacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Município e Coordenação local; conviver com enfermidades e mortes evitáveis; sobrecargas de demandas funcionais, como de supervisão, assistência e gerenciamento, no caso das enfermeiras; lidar com situações de risco à contaminação; percorrer quilômetros, numa área delimitada, a fim de exercer a função de vigilância à saúde, com o ACS cumprindo suas atribuições, precisando responder aos anseios da família, usuários e instituição com êxito, muitas vezes, com condições insuficientes de materiais e de medicamentos necessários para uma adequada assistência (LOPES, 2001; CAMELO, 2006).

Neste sentido, o cuidado de enfermagem envolve aspectos éticos e morais, por compreender a relação da enfermagem com o usuário, seus familiares, outros membros da equipe de saúde, num processo de escolha e tomada de decisão, envolvendo valores, crenças, saberes. A necessidade de uma tomada de decisão dos trabalhadores de saúde e de enfermagem quanto ao cuidado do usuário e ao seu compromisso neste fazer, podem

constituir-se em situações de conflito e provocar dilemas, pelas implicações éticas tanto para si, como para a própria comunidade por eles assistida, para a própria equipe de saúde e para a sociedade (LUNARDI et al, 2004). A relação profissional entre a enfermeira e o ACS durante a atuação na ESF é fundamental para o desempenho do trabalho em equipe, principalmente, pela realização da supervisão, orientação e capacitação do ACS, que se constituem em atribuição da enfermeira responsável pela UBSF.

Portanto, o que é preconizado pelo Ministério da Saúde para a ESF, pode encontrar-se em disparidade com as situações reais vivenciadas em muitas das equipes, relacionando-se, principalmente, ao controle da produtividade das atividades desempenhadas pelos profissionais da saúde, à organização do trabalho multiprofissional com sobrecargas de demandas funcionais, dificuldades nas tomadas de decisão pelas suas implicações éticas, insuficiência de recursos materiais e medicamentos necessários para a demanda assistida. O enfrentamento de tais situações pode constituir-se em problemas éticos gerando dilemas morais, pela dificuldade de tomar uma decisão a respeito, com manifestações de sofrimento moral (SM) nos profissionais.

Assim, conflitos ou problemas morais, no cotidiano de trabalho, podem ocorrer quando há diferenças no modo de perceber uma determinada situação, as quais não podem ser adequadamente comunicadas, compreendidas e resolvidas, podendo acarretar dilemas e SM. Os dilemas morais são representados pela obrigação em escolher um determinado caminho entre dois ou mais lados a seguir, porém, com uma única opção de escolha, sem que nenhum deles seja mais correto do que os demais (HARDINGHAM, 2004). Ocorrem quando a indecisão por uma ação recai sobre valores contraditórios ou cursos incompatíveis de ação (JAMETON, 1993); desse modo, vivenciar problemas e dilemas morais pode provocar SM.

O SM foi descrito, inicialmente, como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando o indivíduo não pode executar situações moralmente adequadas, segundo sua consciência (JAMETON, 1984). Nathaniel (2002) afirma que o SM ocorre quando o indivíduo reconhece sua responsabilidade frente aos conflitos, sabe a ação correta a seguir, sendo impedido de colocá-la em prática, por constrangimentos institucionais e/ou dos colegas de trabalho, percebendo como inadequada sua participação moral. O SM pode afetar a mente, o corpo e as relações profissionais.

Assim, os profissionais que atuam na ESF podem enfrentar diversos dilemas éticos em relação à situação de trabalho existente e às condições sociais nas quais as famílias assistidas se encontram, o que pode lhes ocasionar SM em relação à tomada de decisão quanto ao que fazer, de modo a preservar seus princípios e valores profissionais.

Enfermeiros e médicos que atuavam em UBSF, no município de São Paulo, identificaram a ocorrência de problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde, destacando: dificuldades para preservar a privacidade das famílias em decorrência de problemas na estrutura física e nas rotinas da UBSF; falta de apoio estrutural para discutir e resolver os problemas éticos; falta de transparência da direção da UBSF na resolução de problemas com profissionais; excesso de famílias adstritas para cada equipe; restrição de acesso dos usuários aos serviços; falta de consideração dos encaminhamentos feitos pelos médicos da ESF; dificuldades no acesso a exames complementares, e de retorno e confiabilidade dos resultados de exames laboratoriais; falta de estrutura na UBSF para a realização de visitas domiciliares (VD) e para o atendimento de urgência e de retaguarda de serviço de remoção (SILVA; ZOBOLI; BORGES, 2006).

Segundo, Zoboli; Fortes (2004), outros problemas éticos foram identificados a partir da relação dos trabalhadores com o usuário e a família em relação à sua privacidade e à confidencialidade, destacando-se a discussão de detalhes da situação clínica do usuário na sua presença, dificuldades para manter a privacidade nos atendimentos domiciliários e para o ACS preservar o segredo profissional; e a não solicitação de consentimento da família para o relato de sua história em publicação científica.

A formação dos ACS inserido neste contexto fértil de problemas éticos está baseada em competências técnicas, éticas e humanísticas que englobam diversos tipos de saberes, como: interação com os indivíduos e seu grupo social, respeito aos valores, culturas e individualidades ao propor práticas profissionais; busca de alternativas diante de situações adversas, com postura ativa; encaminhamento de problemas identificados à equipe de saúde; consideração da pertinência e oportunidade na decisão quanto às ações e procedimentos que realiza; trabalho em equipe, com o objetivo de favorecer a organização e eficácia das práticas de saúde (BRASIL, 2004).

A profissionalização dos ACS* favorece o preenchimento de lacunas da equipe, com um papel imprescindível devido ao seu duplo vínculo: fazem parte da equipe, recebendo o treinamento técnico o qual os habilita a trabalhar como profissionais na equipe de saúde, e, também, pertencem à comunidade a qual assistem, conhecendo melhor as necessidades daquela população (CARDOSO, 2004; FORTES; SPINETTI, 2004). Esse profissional atende aos moradores de cada casa com questões relacionadas à saúde: identifica problemas, orienta,

* LEI Nº 10.507, de 10 de julho de 2002, estabelece a criação da profissão de ACS.

encaminha e acompanha a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade. É fundamental na comunicação entre a equipe e a família, pois trabalha diretamente com a população (OLIVEIRA; SPIRI, 2006); realiza VD, estabelecendo relações que favorecem o levantamento das informações sobre a saúde individual e familiar daqueles com quem se relaciona na comunidade, funcionando como agente multiplicador, integrando o discurso científico ao saber popular (CARDOSO, 2004; FORTES; SPINETTI, 2004). Por outro lado, essa proximidade com famílias da comunidade em que vive e com as quais, quase que simultaneamente, se relaciona profissionalmente, podendo conhecer como vivem na sua intimidade, seus hábitos, valores, práticas de cuidado e de descuido de saúde, atuando como um elo com os demais trabalhadores da ESF, pode lhes provocar desconforto e SM.

Em estudos realizados acerca da temática sofrimento moral no ambiente hospitalar (BULHOSA, 2006; BARLEM, 2009; DALMOLIN, 2009), especificamente no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES/FURG), enfocando como as enfermeiras vivenciam problemas morais e SM, foram constatadas situações que geraram esse sentimento, relacionadas à organização do trabalho, a relações interpessoais no trabalho e ao desrespeito para com o paciente em relação à morte (DALMOLIN; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2009). Foi evidenciado, também, o insuficiente controle das medicações a serem administradas aos pacientes, gerando falta e sobra dos mesmos e o não reconhecimento do respaldo institucional pelas enfermeiras para o exercício de sua autonomia em situações de conflito (BULHOSA, 2006), além da falta de competência na equipe de trabalho (BARLEM, 2009).

Não se identificaram estudos sobre SM associados ao trabalho realizado na ESF, porém acredita-se que a organização e o ambiente de trabalho na ESF podem desencadear aos ACS o enfrentamento de diferentes manifestações de problemas morais. Assim, considerando as características do trabalho desempenhado pelos ACS e a relevância da sua atuação na ESF e para a atuação da Enfermagem, além da inexistência de estudos enfocando, especificamente, o sofrimento moral dos trabalhadores que atuam em equipes de SF, apesar dos achados relacionados à ocorrência de problemas morais nesses ambientes de trabalho, perguntamos:

- como o trabalho desempenhado pela equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família contribui para a vivência de Sofrimento Moral dos Agentes Comunitários de Saúde?

OBJETIVOS

- Compreender como o trabalho desempenhado pela equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família contribui para a vivência de Sofrimento Moral dos Agentes Comunitários de Saúde.
- Conhecer as estratégias adotadas pelos Agentes Comunitários de Saúde das equipes de Saúde da Família para enfrentar as situações de Sofrimento Moral.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, abordaremos a ESF, a ética no exercício profissional, além de conceitos relacionados a problemas morais, dilemas morais e SM, finalizando com estratégias de enfrentamento do SM.

2.1. ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com os preceitos do SUS, a SF constitui-se em estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica (BRASIL, 2006). A Atenção Básica compreende um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças, com o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, através do trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Atende o sujeito em sua singularidade e complexidade, na integralidade e na inserção sócio- cultural, buscando a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

Os fundamentos da Atenção Básica são os princípios da universalidade¹, da integralidade², da equidade³ e do controle social⁴ além do desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, valorizando os profissionais de saúde através de capacitação, avaliação e acompanhamento dos resultados alcançados (BRASIL, 2006).

A ESF, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), deve ter caráter substitutivo em relação à Atenção Básica tradicional, atuar em território estabelecido, com a realização do cadastramento domiciliar e do diagnóstico situacional, através da realização de ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua,

¹ Universalidade: acesso universal e contínuo aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (BRASIL,1990).

² Integralidade: conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL,1990).

³Equidade: igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL,1990).

⁴Controle social: a participação da população na definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas de saúde, nas conferências de saúde , conselhos de saúde, associação de moradores (BRASIL,1990).

desenvolvendo atividades de acordo com o planejamento e a programação com base no diagnóstico situacional. Tem, como foco, a família e a comunidade, buscando a integração com instituições e organizações sociais, constituindo-se em um espaço de construção de cidadania. Além disso, propõe a articulação e a interação com as famílias e a comunidade, de modo a entender e a perceber seu ambiente físico e social, permitindo, às equipes, maior amplitude na compreensão do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções para o conhecimento de sua realidade e o desenvolvimento de ações que visam tanto à cura e à reabilitação, como a promoção da qualidade de vida (HEIDEMANN, 2006; SILVA, ZOBOLI; BORGES, 2006).

Nesse sentido, a ESF, proposta pelo Ministério da Saúde, tem as seguintes finalidades: integrar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, racionalizar recursos destinados à atenção secundária e terciária, solucionar problemas de urgências e emergências, promover a integração do SUS com as universidades e definir políticas de recursos humanos para atender os serviços de saúde (BRASIL, 2006).

De acordo com Zoboli (2003, p. 231)

“Assim, atuar na Atenção Básica reorganizada pela ESF requer um redirecionamento da prática clínica, mas também do equacionamento ético, desfocando-se do cuidado hospitalar especializado que marcam a conformação do sistema de saúde e a formação dos profissionais. (...). Porém, isso reforça a necessidade de sensibilidade e compromisso éticos por parte dos profissionais na atenção básica, pois, a efetivação da ESF não se resume a uma nova conformação da equipe ou da UBS”.

Por esse motivo, principalmente, a formação do profissional de saúde deve capacitá-lo para o novo modelo de assistência à saúde, com ênfase não apenas no atendimento das necessidades físicas dos pacientes, mas nas múltiplas dimensões que envolvem o indivíduo e o processo saúde/doença (GABARDO; JUNGES; SELLI, 2009).

2.1.1. TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO DO ACS

O processo de trabalho em equipe na ESF ocorre quando os profissionais atuantes nessa modalidade de serviço de saúde são comprometidos com a assistência e os seus resultados, com a integração de saberes, conhecimentos e habilidades para a resolutividade das situações identificadas nas famílias assistidas.

A equipe de SF precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada e competente que envolva ações de prevenção de doenças, promoção da saúde, recuperação e reabilitação das famílias (BRASIL, 2001).

As atribuições profissionais comuns das equipes de SF são: realizar ações de atenção integral, garantir o atendimento da demanda espontânea, a busca ativa e a notificação de doenças e agravos, proporcionar o atendimento humanizado, participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, promover a mobilização e a participação da comunidade, garantir a qualidade dos registros das atividades no Sistema Nacional de Informações na Atenção Básica (SIAB), participar das atividades de educação permanente e, além disso, realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2006).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2006), os profissionais de enfermagem e da medicina tem atribuições mínimas, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

As atribuições da enfermeira são: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na UBSF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações) em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal: realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme protocolos; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelo ACS, supervisionar e coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBSF (BRASIL, 2006).

As atribuições do auxiliar e do técnico de enfermagem são: participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBSF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações); realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBSF (BRASIL, 2006).

As atribuições do médico são: realizar assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases de desenvolvimento humano; realizar consultas clínicas e procedimentos na

UBSF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia; cirurgias ambulatoriais; pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins diagnósticos; encaminhar, quando necessário, os usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando os fluxos de referência e contrareferência locais; indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar; contribuir e participar das atividades de educação permanente e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBSF (BRASIL, 2006).

A partir da LEI Nº 10.507, de 10 de julho de 2002, foi criada a profissão de ACS que se caracteriza pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do seu gestor local (BRASIL, 2002). Assim, as atribuições do ACS são: desenvolver ações que procurem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; trabalhar com a adscrição de famílias em uma microárea; desenvolver ações educativas, visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos; cadastrar e manter atualizado o cadastro de todas as pessoas de sua microárea; orientar as famílias quanto aos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de vigilância em saúde, por meio de VD e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; acompanhar todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, por meio de VD, de acordo com as necessidades da equipe; e cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e dengue (BRASIL, 2006).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, o processo de trabalho da Saúde da Família é implementado por uma equipe multiprofissional, valorizando os diversos saberes e práticas nas perspectivas de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito, promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, execução e avaliação das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006).

Assim, a partir da reestruturação do modelo de atenção, denominado ESF, modificam-se os paradigmas, as concepções de saúde e doença, os objetivos e a ênfase das ações, transformando as atitudes e comportamentos dos profissionais, surgindo, assim, dificuldades técnico - administrativas relacionadas à dimensão emocional. Os sentimentos de angústia e de impotência gerados pela mudança no modelo de atenção e o enfrentamento de situações de

extrema miséria, para a maioria dos profissionais, torna-se muito desgastante; anteriormente à ESF, o enfrentamento dessas situações não pertenciam à esfera da sua prática profissional (REIS; HORTALE, 2004).

Além disso, quando os clientes requerem o saber dos profissionais de saúde, frente ao qual esses trabalhadores podem não se sentir suficientemente preparados para responder, tais situações, comumente, podem representar sofrimento, dor, entre outros sentimentos, especialmente pelo compromisso de dar respostas aos usuários a respeito de suas necessidades.

Neste sentido, obstáculos de natureza subjetiva manifestam-se através dos conflitos interpessoais que prejudicam a realização do trabalho em equipe, como ponto primordial da estratégia (REIS; HORTALE, 2004). Deste modo, os profissionais que compõem a equipe de ESF se confrontam com situações que envolvem conflitos e violência, que lhes causam dilemas éticos quanto à intervenção adequada em cada situação como, por exemplo, situações de desrespeito aos usuários e aos profissionais, situações privadas que envolvem a violência doméstica, principalmente contra a mulher e as crianças (LANCMAN et al, 2009).

2.2. A ÉTICA NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL:

A ética no exercício profissional é abordada durante o processo de formação e antes da inserção na prática profissional, pois o fazer da enfermagem e o trabalho em saúde implicam princípios, valores e crenças pessoais. Valores universais, tais como a pessoa como um valor em si, a dignidade humana, a liberdade, a igualdade e a fraternidade, observados na relação profissional, somente existirão na prática se forem conhecidos e compreendidos, e também incorporados pelos profissionais no seu universo de saberes, permitindo, assim, a sua efetivação na relação profissional- doente- cliente- comunidade (SCHIRMER, 2006).

Os conceitos de valores, de moral e de ética são compreendidos a partir da experiência de vida. Assim, o conceito de valor é uma crença duradoura em um modelo específico de conduta ou estado de existência, sendo embasado em uma conduta preexistente. Os valores expressam os sentimentos e o propósito de nossas vidas, tornando-se, muitas vezes, a base de nossas lutas e compromissos (SEGRE; COHEN, 2002).

Assim, pode-se entender a moral como:

“um sistema de valores, resultantes de normas consideradas corretas por uma determinada sociedade. A moral é um conjunto de normas e costumes que regulamentam o agir das pessoas e, ao mesmo tempo, oferece oportunidade para a

sua reflexão sobre o valor do agir humano, sendo parte da vida concreta e da prática real das pessoas, expressando-se em costumes, hábitos e valores culturalmente estabelecidos. Pressupõe três características: seus valores não são questionados; são impostos; a desobediência às regras pressupõe um castigo. A moral é imposta, determinada externamente ao indivíduo; enquanto que para que a ética seja atuante, deve ser apreendida pelo indivíduo, vir de seu interior” (SEGRE; COHEN, 2002, p.15-16).

Já a ética pode caracterizar-se:

“pela percepção dos conflitos da vida psíquica (emoção x razão) e na condição, que podemos adquirir, de nos posicionarmos de forma coerente diante desses conflitos. Assim, a ética se fundamenta em três pré- requisitos: percepção dos conflitos, ter consciência dos conflitos e problemas morais; autonomia, ter condição de posicionar-se entre a emoção e a razão, sendo que essa escolha de posição é ativa e autônoma; e a coerência (posicionar-se entre a emoção e a razão para construir sua eticidade)” (SEGRE; COHEN, 2002, p.17).

A ética visa a interiorização das convicções pessoais, baseia-se em princípios, valores e sentimentos que cada um traz dentro de si; a partir de sua própria escolha, é possível se aproximar ou se distanciar dos valores de outras pessoas. Cada pessoa apresenta um modo de agir único, determinando suas condutas de acordo com aquilo que acredita e aceita como verdade (FERNANDES; FREITAS, 2006).

Somente o ser humano é constituído como ser ético, por causa do uso da razão, capacidade, liberdade e consciência dos seus próprios atos, envolvendo a si mesmo, o outro e a sociedade (FERNANDES; FREITAS, 2006). Para que um indivíduo possa ser considerado ético, deve apresentar uma maturidade emocional que lhe permita lidar com as emoções conflitantes, uma força de caráter, um equilíbrio de vida interior e um adequado grau de adaptação à realidade do mundo (SEGRE; COHEN, 2002).

O princípio fundamental da ética é o respeito ao ser humano, como sujeito atuante e autônomo. Os códigos de ética das diferentes categorias profissionais enfatizam as mesmas bases conceituais em relação às condições de respeito à privacidade, à livre escolha do profissional por parte do paciente e do consentimento informado (SEGRE; COHEN, 2002).

Para Beauchamp, Childress (2002), a autonomia, termo derivado do grego, *auto* (próprio) e *nomos* (lei, regra, norma), é a capacidade especificamente humana de agir de acordo com sua vontade, por meio de escolhas que estão ao seu alcance, diante de objetivos por ela estabelecidos, isto é, a autodeterminação, o autogoverno, o poder da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico- psíquica e suas relações sociais.

Considera-se que a pessoa autônoma é aquela que exerce sua liberdade de pensamento, livre de coações internas ou externas, para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas. Para existir uma ação autônoma, é necessária a existência de alternativas de ação, pois se existe apenas uma alternativa, um único caminho a ser seguido, uma única forma de algo ser realizado, não há o exercício da autonomia (FORTES, 1998).

A autonomia dos usuários dos serviços de saúde pode ser afetada por diversas causas como: ansiedade, medo de saber, desinteresse, dificuldade ou incapacidade de compreensão, excessiva confiança nos profissionais de saúde, o que pode contribuir para que os usuários, na maioria das vezes, não se importem de não serem informados ou até mesmo não queiram ser informados. Além disso, a relação assimétrica entre o profissional e o paciente com dificuldades de comunicação, pelo abismo entre eles e a existência de conflitos de interesses por parte do profissional; as condições desfavoráveis do sistema de saúde, como a dificuldade de acesso e a falta de opções para o usuário; e o não- reconhecimento ou a desvalorização de seus direitos, podem limitar a possibilidade de manifestação de sua autonomia (MASSAROLLO; SACCARDO; ZOBOLI, 2006).

Na Atenção Básica, a enfermeira tem encontrado um espaço de amplo desenvolvimento para sua atuação profissional através da realização de consultas de enfermagem e da educação em saúde em nível individual e coletivo. Considera-se que a autonomia profissional é construída a partir da definição de uma identidade que explicita as características próprias da profissão e possibilite uma troca com a equipe e com a sociedade de forma única e singular (GOMES; OLIVEIRA, 2005). Neste sentido, o profissional ACS, na realização do seu processo de trabalho, apresenta autonomia nas trocas implementadas com a equipe e com os usuários de sua área de atuação.

Assim, uma ferramenta importante para o estabelecimento da autonomia profissional é o conhecimento, visto que um novo saber abre possibilidades de relações de poder, que mais dificilmente serão exercidas sem sua sustentação; além disso, outro elemento central que demonstra o caráter da autonomia em enfermagem é a responsabilidade, indicando um comportamento pessoal e profissional necessário para a sua obtenção (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

2.2.1 SOFRIMENTO MORAL: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

O Sofrimento Moral (SM) ocorre quando o indivíduo reconhece sua responsabilidade frente aos conflitos, sabe a ação correta a seguir, sendo impedido de colocá-la em prática, por

constrangimentos, limitações institucionais e/ou dos colegas de trabalho, reconhecendo como inadequada sua participação moral. O SM pode afetar a mente, o corpo e as relações profissionais (JAMETON, 1984; NATHANIEL, 2002).

Neste sentido, quando o SM ocorre nos profissionais da saúde, o impacto para o usuário pode ser a falta de advocacia e situações em que os trabalhadores evitam o contato com os doentes, causando um aumento no desconforto e no próprio sofrimento do cliente frente à doença e ao tratamento (CORLEY, 2002). Esse sofrimento pode resultar em respostas no trabalhador como o descontentamento com o trabalho; possibilidade de aumento no número de doenças laborais; redução da carga de trabalho; afastamento, frieza nas relações, como recursos de defesa; visão do usuário como uma atividade/trabalho e não como um ser humano; insônia, ansiedade, depressão e incapacidade de concentração; medo, trauma; mudanças de personalidade freqüentes, assim como sentimentos de culpa; cinismo nas convicções religiosas ou atitudes de maior fé; sentimentos de fraqueza, de falta de apoio moral e de apoio profissional e solidão profissional (CORLEY, 2002; ELPERN, 2005).

Uma estratégia para o enfrentamento do SM é o desenvolvimento de programas de educação e ética direcionados aos trabalhadores da enfermagem e saúde, discutindo uma variedade de temas, de acordo com a necessidade da instituição e os componentes éticos no cuidado (LUNARDI et al., 2009). Esses programas devem abordar valores da profissão, identificação do social frente à moralidade privada, preservação da integridade moral, advocacia do doente, cuidado como função primordial da enfermagem, julgamento moral em enfermagem, poder das enfermeiras frente às decisões médicas (HAM, 2004).

As possibilidades de estratégias de prevenção e enfrentamento do SM referem-se à dimensão educativa, incluindo o processo de formação e educação permanente (TANG et al., 2007); à dimensão comunicativa, o que inclui a comunicação multiprofissional, comunicação estruturada, fóruns, simulações e palestras (RICE et al., 2008) e à dimensão organizacional, incluindo a inserção de enfermeiras no planejamento de políticas organizacionais, com o aumento de contratação de enfermeiras, investimento em ações de educação à saúde e medidas de prevenção de agravos e melhorias nas condições de trabalho (MELTZER, HUCKABAY, 2004; TANG et al., 2007; PETER, LIASCHENKO, 2004).

Além disso, outra medida que pode reduzir o SM é manter uma adequada relação interpessoal no ambiente de trabalho, envolvendo aspectos como aceitar as diferenças e respeitar individualidades e limites, para que possamos ter uma boa convivência, mesmo percebendo a complexidade das relações humanas que envolve diferentes necessidades,

expectativas, desejos, crenças, maneiras de pensar, falar e agir diante de uma mesma situação (DALMOLIN, LUNARDI, LUNARDI FILHO, 2009).

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritivo – exploratória que procura trabalhar com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, visando aprofundar a investigação da temática e proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses (MINAYO, 2002; SILVA, MENEZES, 2001).

3.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município do Rio Grande (RS), em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).

Conforme o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), o município do Rio Grande apresenta 18.299 famílias cadastradas, atendendo aproximadamente 61.020 indivíduos pelas Equipes de Saúde da Família (SIAB, 2008). No ano de 2009, a ESF compreendia dezenove unidades atuantes, doze nos bairros da zona urbana e sete na zona rural. As equipes da zona urbana estão distribuídas em doze Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) nos seguintes bairros: Aeroporto, Bernadeth, CAIC, Castelo Branco, Marluiz, Profilurb, Santa Rosa, São João, São Miguel I, São Miguel II, Cidade de Águeda e Querência. As equipes da zona rural estão distribuídas em sete UBSF, nos seguintes bairros: Quinta, Quintinha, Povo Novo, Domingos Petrolina, Ilha da Torotama, Ilha dos Marinheiros e Taim. Na UBSF Castelo Branco atuam 03 equipes de ESF, nas UBSF Marluiz, Profilurb, São Miguel I e Povo Novo atuam duas equipes de ESF e nas demais atua apenas uma equipe.

O município do Rio Grande dispõe, assim, de vinte e cinco (25) Equipes de Saúde da Família, com a atuação de vinte e cinco (25) enfermeiras, vinte e cinco (25) médicos generalistas, cinquenta (50) auxiliares de enfermagem e aproximadamente cento e cinquenta (150) agentes comunitários de saúde nas equipes, além de duas (02) enfermeiras na Coordenação da ESF. Nas duas UBSF onde foi desenvolvido este estudo, atuam equipes formadas pelos seguintes profissionais: uma enfermeira e um médico generalista, dois

auxiliares de enfermagem e seis a sete agentes comunitários de saúde. As Unidades escolhidas atuam em bairros em que ocorrem situações de vulnerabilidade social como: violência, desemprego, drogas, baixo nível de escolaridade e baixa renda familiar.

A estrutura das unidades apresenta-se da seguinte forma: sala de recepção, sala de vacinas, sala de triagem e procedimentos de enfermagem, consultório médico, consultório de enfermagem, sala de reuniões, almoxarifado, banheiros e copa. O processo de trabalho/dinâmica ocorre através do agendamento de consultas médicas, consultas de enfermagem, coleta de exames laboratoriais e citopatológico com limite de fichas a serem atendidas diariamente; também ocorre a realização de vacinação, curativos e outros procedimentos de enfermagem, conforme a demanda/necessidade.

3.3. INFORMANTES DO ESTUDO

Os informantes do estudo foram onze agentes comunitários que atuam nas duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) selecionadas⁵.

3.4. COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada no período de junho a setembro de 2010. Inicialmente, realizei observação participante da atuação de cinco ACS na UBSF em visitas domiciliares a quinze famílias da área adscrita de uma das UBSF estudadas e entrevistas semi-estruturadas, gravadas, com esses ACS, além de outros seis, que atuam em outra UBSF, totalizando onze ACS.

A seleção das duas UBSF ocorreu devido a semelhança das características dos bairros de atuação e a situação de vulnerabilidade social das comunidades atendidas pelas equipes das UBSF.

O processo de inserção nas UBSF ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS/FURG) e da autorização do Núcleo Principal de Educação Permanente em Saúde – NEPEs da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande para a realização do trabalho. Primeiramente, apresentei a proposta à enfermeira responsável pelas UBSF, além das cópias das autorizações. Após, realizei uma apresentação da proposta aos trabalhadores de saúde em uma reunião em uma das UBSF e, na outra, apresentei, de

⁵ Para assegurar o sigilo, a privacidade e a confidencialidade no que se refere às UBSF em que o estudo foi realizado e os profissionais envolvidos, as UBSF não serão identificadas.

forma individual aos ACS, explicitando os objetivos e a metodologia do projeto, convidando-os a participar. A partir da aceitação inicial dos ACS e de sua assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), os acompanhei às VD. Nas residências dos usuários, primeiramente, me apresentei como enfermeira, e, a seguir, explicitarei a proposta do estudo, convidando-os a participar.

A observação participante ocorreu com um planejamento das ações e com objetividade. Nas VD realizadas a quinze famílias, buscou-se não olhar somente o que estava acontecendo, mas observar além, em busca de acontecimentos específicos relacionados ao fenômeno do estudo, ou seja, o enfrentamento de possíveis problemas morais, dilemas morais e SM por parte dos ACS.

Assim, a pesquisadora do estudo vivenciou pessoalmente o evento em análise para melhor entendê-lo, percebendo e agindo de acordo com as suas interpretações daquele mundo, procurando participar nas relações sociais e entender as ações no contexto da situação observada (MINAYO, 2002). Durante a observação participante das VD às famílias, ocorreram situações nas quais foram realizadas orientações de enfermagem aos usuários, como no que se refere ao uso correto de medicamentos prescritos; a importância de usuários com hipertensão e diabetes retornarem às consultas; cuidados em relação à mordedura de cão, entre outras.

As observações enfocaram, especialmente, o modo como o ACS se conduzia em relação às informações dos usuários, manifestações de dúvidas, situações de violência doméstica, uso de drogas, atendimento na UBSF, entre outros. As observações implementadas oportunizaram a identificação de elementos reconhecidos como problemas morais que foram posteriormente resgatados e explorados, além de outras questões possivelmente relacionadas a problemas morais e SM vivenciados no ambiente de trabalho, os quais se constituíram em dados relevantes tanto para a sua análise quanto para complementar e enriquecer o roteiro previsto para a entrevista. Os eventos observados foram registrados em diário e, nas anotações de campo, foram registradas informações, a síntese e a compreensão dos dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Considerando-se que as observações implementadas subsidiaram tanto as entrevistas quanto a análise em processo, partiu-se do pressuposto que as observações realizadas em uma das UBSF mostraram-se suficientes para o processo de coleta de dados.

A entrevista semi - estruturada consistiu em realizar questões abertas (Apêndice C), não se restringindo a respostas a alternativas preestabelecidas, possibilitando encorajar os

entrevistados a relatarem e a aprofundarem o que julgavam importante sobre o fenômeno do estudo. Possibilitou enumerar de forma mais abrangente as questões a serem abordadas no campo de investigação, a partir dos pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação (POLIT et al, 2004; MINAYO, 2002).

Assim, a entrevista semi - estruturada, com todos os onze ACS, ocorreu mediante um roteiro previamente construído, após a realização das observações da realidade local do estudo, através das VD. A média de duração de cada entrevista foi de aproximadamente 40 minutos.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme o determinado na Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), iniciando-se a coleta de dados após a aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde – CEPAS (Parecer 30/2010) (ANEXO A) e a autorização do Núcleo Principal de Educação Permanente em Saúde – NEPES do município. Os participantes (ACS) foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Os usuários que aceitaram participar do estudo, foram solicitados a assinar o TCLE (Apêndice B), apesar de não se constituírem em informantes do estudo.

A identificação dos informantes foi com a inicial maiúscula da categoria profissional dos agentes comunitários (A) seguidos do número (1.2....) correspondente.

Os registros das entrevistas e observações do estudo encontram-se em posse da pesquisadora e permanecerão guardados por um período de 5 anos, conforme os requisitos éticos.

3.6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram submetidos à análise textual discursiva, que apresenta três elementos principais: - o processo de unitarização, que implicou em examinar os registros das observações e as transcrições das entrevistas em seus detalhes, fragmentando-as no sentido de atingir unidades constituintes, com enunciados referentes aos fenômenos estudados; - o processo de categorização, que envolveu a construção de relações entre as temáticas, combinando – as e classificando-as para a formação de conjuntos que congregaram elementos

próximos, resultando um sistema de categoria e; -o metatexto, que representou um esforço de explicitar a compreensão dos elementos identificados, como o produto de uma nova combinação dos elementos construídos ao longo dos passos anteriores e o processo auto – organizado, do qual emergiram novas compreensões (MORAES, GALIAZZI, 2007).

Desse modo, mediante a unitarização, e a categorização, construíram-se duas categorias, apresentadas em formato de artigos: 1) Estratégia de saúde da família: sofrimento moral dos agentes comunitários de saúde, composta pelas sub-categorias: proximidade com a comunidade; organização do trabalho e modos de viver da comunidade; e 2) Estratégias dos agentes comunitários de saúde das equipes de saúde da família para enfrentar o sofrimento moral, constituída pelas sub-categorias: tomada de decisão na equipe; capacitações promovidas e grupo de educação em saúde.

4. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados, a partir da análise dos dados, em dois artigos respectivamente formatados de acordo com as normas dos periódicos *Ciência, Cuidado e Saúde*, e *Revista Gaúcha de Enfermagem*, apresentados a seguir.

4.1. ARTIGO 1

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SOFRIMENTO MORAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDEGeisa Pires Brieese^IValéria Lerch Lunardi^{II}Nalú Pereira Kerber^{III}Eliana Azambuja^{IV}

RESUMO: O trabalho desenvolvido na Estratégia da Saúde da Família (ESF) pode desencadear nos agentes comunitários de saúde (ACS) o enfrentamento de distintas manifestações de problemas morais que lhes podem provocar sofrimento moral (SM). Com o objetivo de compreender como o trabalho desempenhado pela equipe multiprofissional na ESF contribui para a vivência de SM pelos ACS, realizou-se um estudo qualitativo descritivo - exploratório. A partir da observação participante e de entrevistas semi- estruturadas realizadas no período de junho a setembro de 2010 com onze ACS de Unidades de Saúde da Família do município do Rio Grande (RS), realizou-se análise textual discursiva dos dados, definindo-se três categorias: proximidade com a comunidade; organização do trabalho; modos de viver da comunidade. Muitas dessas situações vivenciadas pelos ACS envolvem questões éticas que decorrem do modo como o trabalho se organiza e da falta de percepção dos conflitos morais decorrentes, os quais envolvem valores, crenças, sentimentos e conhecimentos. A aparente invisibilidade, silêncio e, até, desconhecimento deste sofrimento por parte dos ACS e dos demais trabalhadores da equipe pode estar contribuindo para a continuidade de situações que poderiam e deveriam ser evitadas, de modo a favorecer a atenção à saúde da comunidade.

Palavras-chave: Enfermagem. Ética. Saúde Pública.

^IEnfermeira, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: geisabrieese@yahoo.com.br.

^{II}Enfermeira, Docente da Escola de Enfermagem da FURG e do Programa de Pós- graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Doutora em Enfermagem, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Orientadora. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: vlunardi@terra.com.br.

^{III} Enfermeira, Docente da Escola de Enfermagem da FURG e do Programa de Pós- graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Doutorado em Enfermagem, Líder do Programa Viver Mulher. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: nalu@vetorial.net.

^{IV} Enfermeira, Docente do Curso Técnico de Enfermagem do Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS) - Campus Rio Grande e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Doutora em Enfermagem, Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: gama@vetorial.net.

^{**} Trabalho originado de dissertação de mestrado intitulada: “ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E VIVÊNCIA DE SOFRIMENTO MORAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE”.

*O artigo foi formatado de acordo com as normas do periódico CIÊNCIA, CUIDADO E SAÚDE”.

FAMILY HEALTH STRATEGY: MORAL DISTRESS OF HEALTH COMMUNITY AGENTS

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) work can trigger of the confrontation with the different expressions of moral problems to health community agents (HCA) that can cause moral distress (MD). In order to understand how the work of FHS multipurpose professional team helps to understand the moral distress of HCA we have done a qualitative study. Starting from participating observation and half structured interviews with eleven HCA from Family Health Unities, we have done data speech textual analysis and we have defined three categories: the close connection with the community, work organization, life community ways. Many of these situations are consequences of the way the work is organized and the lack of perception of resulting moral conflicts that involve values, feelings and knowledge. The apparent invisibility, silence and even lack of knowledge by HCA and other team workers can contribute to the continuity of situations that could and should be avoided, in order to help the attention for the health community.

Keywords: Nursing. Ethics. Public health.

ESTRATEGIAS DE SALUD DE LA FAMILIA: SUFRIMIENTO MORAL DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

RESUMEN

El trabajo desarrollado en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) puede desencadenar a los agentes comunitarios de salud (ACS) el enfrentamiento de distintas manifestaciones de problemas morales que les pueden provocar el sufrimiento moral (SM). Se ha realizado un estudio cualitativo con el objetivo de comprender cómo el trabajo desarrollado por el grupo multifuncional en ESF contribuye con la vivencia del SM por los ACS. A partir de observación participante y de entrevistas semiestructuradas con los ACS de Unidades de Salud de la Familia de la ciudad de Rio Grande, se ha realizado un análisis textual discursivo de los datos, y definido tres categorías: proximidad a la comunidad; organización del trabajo; modos de vivir de la comunidad. Muchas de esas situaciones resultan del modo como el trabajo se organiza y de la falta de percepción de los conflictos morales existentes, los cuales envuelven valores, creencias, sentimientos y conocimientos. La aparente invisibilidad, silencio y el desconocimiento de este sufrimiento por parte de los agentes y de los demás trabajadores puede estar contribuyendo con la continuidad de situaciones que podrían y deberían ser evitadas, a fin de favorecer la atención a la salud de la comunidad.

Palabras clave: Enfermería. Ética. Salud pública.

Introdução

Este texto se origina da dissertação de mestrado intitulada: “Estratégia de saúde da família e vivência de sofrimento moral dos agentes comunitários de saúde”⁽¹⁾.

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o trabalho é desenvolvido através da assistência integral, de ações preventivas, curativas e de promoção da saúde, com o apoio de um trabalho de base feito pelo agente comunitário de saúde (ACS) que realiza o monitoramento das condições de saúde dos usuários de forma contínua, isto é, o diagnóstico situacional local⁽²⁾.

A formação dos ACS está baseada em competências técnicas, éticas e humanísticas que englobam diversos tipos de saberes, como: interação com os indivíduos e seu grupo social, respeito aos valores, culturas e individualidades ao propor as práticas profissionais; busca de alternativas diante de situações adversas, com postura ativa; encaminhamento de problemas identificados à equipe de saúde; consideração da pertinência e oportunidade na decisão quanto às ações e procedimentos que realiza; trabalho em equipe, com o objetivo de favorecer a organização e eficácia das práticas de saúde⁽³⁾.

A profissionalização dos ACS favorece o preenchimento de lacunas da equipe, com um papel imprescindível devido ao seu duplo vínculo: fazem parte da equipe, recebendo o treinamento técnico o qual os habilita a trabalhar como profissionais na equipe de saúde, e, também, pertencem à comunidade a qual assistem, conhecendo melhor as necessidades daquela população^(4,5).

Esse profissional atende aos moradores de cada casa em questões relacionadas à saúde: identifica problemas, orienta, encaminha e acompanha a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção, recuperação/ reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade. É fundamental na comunicação entre a equipe e a família, pois trabalha diretamente com a população⁽⁶⁾; realiza visitas domiciliares (VD), estabelecendo relações que favorecem o levantamento das informações sobre a saúde individual e familiar daqueles com

quem se relaciona na comunidade, funcionando como agente multiplicador, integrando o discurso científico ao saber popular^(4,5). Por outro lado, essa proximidade com famílias da comunidade em que vive e com as quais, quase que simultaneamente, se relaciona profissionalmente, podendo conhecer como vivem na sua intimidade, seus hábitos, valores, práticas de cuidado e de descuido de saúde, atuando como um elo com os demais trabalhadores da ESF, pode lhes provocar desconforto e sofrimento moral.

Deste modo, o trabalho desenvolvido na ESF pode desencadear, aos ACS, o enfrentamento de diferentes manifestações de problemas morais: a) incerteza moral, quando identifica um problema como uma situação imprópria; b) dilema moral, quando reconhece duas opções a seguir, porém apenas uma pode ser selecionada; e c) sofrimento moral⁽⁷⁾ (SM) quando identifica sua responsabilidade frente aos conflitos, sabe a ação correta a seguir, sendo, no entanto, impedido de colocá-la em prática, por constrangimentos institucionais e/ou dos colegas de trabalho, reconhecendo como inadequada sua participação moral, o que pode afetar sua mente, corpo e relações profissionais⁽⁸⁾.

Assim, considerando as características do trabalho desempenhado pelos ACS e a relevância da sua atuação na Estratégia de Saúde da Família e para a atuação da Enfermagem, teve-se como objetivo compreender como o trabalho desempenhado pela equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família contribui para a vivência de sofrimento moral pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritivo – exploratória que procura trabalhar com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, visando aprofundar a investigação da temática e proporcionar maior familiaridade com o problema⁽⁹⁾.

O estudo foi realizado no município do Rio Grande (RS), em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), com onze agentes comunitários no período de junho a setembro de 2010. A coleta dos dados foi realizada por meio de duas fontes: observação participante da atuação de cinco ACS de uma das UBSF em VD a quinze famílias e de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, com os onze ACS.

As observações enfocaram o modo como o ACS se conduzia em relação às informações dos usuários, manifestações de dúvidas, situações de violência doméstica, uso de drogas, atendimento na UBSF, entre outros. Considerando-se que as observações implementadas oportunizaram a identificação de várias situações que se constituíram em dados relevantes tanto para a sua análise quanto para complementar e enriquecer o roteiro previsto para a entrevista, partiu-se do pressuposto que as observações realizadas em uma das UBSF mostraram-se suficientes para o processo de coleta de dados.

Os eventos observados foram registrados em diário e, nas anotações de campo, foram registradas informações, a síntese e a compreensão dos dados. Elementos identificados na observação participante, reconhecidos como problemas morais (questões de violência doméstica e uso de drogas) foram resgatados e explorados durante a entrevista, além de outras questões possivelmente relacionadas a problemas morais e SM vivenciados no ambiente de trabalho. A média de duração de cada entrevista foi de aproximadamente 40 minutos.

Os dados foram submetidos à análise textual discursiva, que apresenta três elementos principais: - o processo de unitarização, que implicou em examinar os registros das observações e as transcrições das entrevistas em seus detalhes, fragmentando-as no sentido de atingir unidades constituintes, com enunciados referentes aos fenômenos estudados; - o processo de categorização, que envolveu a construção de relações entre as temáticas, combinando – as e classificando-as para a formação de conjuntos que congregaram elementos próximos, resultando um sistema de categoria e; -o metatexto, que representou um esforço de

explicitar a compreensão dos elementos identificados, como o produto de uma nova combinação dos elementos construídos ao longo dos passos anteriores e o processo auto – organizado do qual emergiram novas compreensões⁽¹⁰⁾. Assim, construíram-se três categorias: proximidade com a comunidade; organização do trabalho e modos de viver da comunidade.

A Resolução 196/96 foi respeitada⁽¹¹⁾, iniciando-se a coleta após a aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde – CEPAS (Parecer 30/2010). Os participantes (ACS) foram solicitados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. A identificação dos informantes foi com a inicial maiúscula da categoria profissional dos agentes comunitários (A) seguidos do número (1.2....) correspondente.

Resultados e Discussão

Os onze ACS apresentaram os seguintes dados sócio-demográficos: predominantemente do sexo feminino, na faixa etária entre 22 à 48 anos; a maioria com nível de instrução de ensino médio e em menor número com nível superior e pós- graduação; e o tempo de atuação na equipe compreendeu entre 1 ano e 11 meses até 5 anos, com uma média de 2 anos.

A partir da análise dos dados, constatamos que o SM dos ACS está relacionado à sua proximidade com a comunidade, à organização do trabalho e aos modos de viver da comunidade, que se constituem nas categorias a serem abordadas.

PROXIMIDADE COM A COMUNIDADE - as vivências de SM dos ACS estão fortemente relacionadas à sua proximidade com a comunidade, ao decorrente conhecimento de seu processo de saúde-doença, de problemas e situações de vulnerabilidade social, encaminhamentos realizados, além de cobranças de resolutividade da própria comunidade:

[...] identificamos o problema, notificamos e quando chega para a resolução dos problemas, muitas vezes, a equipe não dá o devido valor; dessa maneira somos nós que somos cobrados pela comunidade (A9).

Os problemas morais e o decorrente SM enfrentados pelos ACS decorrem da sua dificuldade de estabelecer limites aos usuários, pois são freqüentemente solicitados para o fornecimento de orientações e esclarecimentos sobre saúde e recursos de saúde do serviço da UBSF, independentemente do horário e do local da comunidade em que estejam:

[...] a gente é agente comunitário sábado e domingo também, porque às vezes eles procuram a gente fora do horário, fora de dia; mas tem gente que mora dentro da microárea que não tem direito a ter domingo, eles perguntam coisas[...] (A7).

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO – vivências negativas relacionadas à organização do trabalho da UBSF como troca do agendamento de consulta médica, sem prévia consulta da disponibilidade do usuário; demora no atendimento por especialistas; suspensão do atendimento de procedimentos previstos, como vacinas; não atendimento da solicitação feita pelo ACS de VD a usuários que requerem avaliação médica e/ou de enfermagem podem provocar SM nos ACS:

[...] falta agilidade, lá do agendamento porque às vezes vem consultas para nós e aí tu avisas, vai atrás. Aí chega lá o paciente e trocou a consulta, trocou o dia e o horário, trocou tudo, fica nesse impasse, ‘ah ela ligou e trocou a minha consulta’, acho muito desorganizado, tem especialistas que demora anos [...] (A3).

Ainda, os ACS realizam VD mensais, identificando problemas, realizando orientações e encaminhamentos, conforme a rotina estabelecida na equipe. Assim, os usuários buscam a resolução de seus problemas junto à equipe da UBSF, freqüentemente por orientações dos próprios ACS, não encontrando, no entanto, o acolhimento desejado e necessário, como quando:

uma usuária com sangramento intenso compareceu ao posto de saúde precisando de atendimento e a recepcionista falou que não haveria atendimento naquele horário porque tinha capacitação na unidade (A1).

Os ACS reconhecem que o modo como o trabalho está organizado pode lhes causar um dilema moral, pois se sentem em dúvida quanto a como enfrentar os usuários, como nesta situação mencionada.

Informações sigilosas e confidenciais relacionadas ao uso de drogas, violência intra-familiar, criminalidade, entre outras, comunicadas ao ACS pelo usuário numa “relação de confiança” podem constituir-se em objeto de dilema e de SM para esse trabalhador diante da necessidade de comunicar tais dados aos demais membros da equipe multiprofissional, especialmente frente aos demais ACS que pertencem a essa comunidade:

Temos que resguardar a privacidade das famílias que nos confiam seus segredos e doenças, salvo se esse segredo põe em risco sua saúde; devemos procurar ajudá-las da melhor forma possível procurando sua aprovação para buscarmos orientação e ajuda (A8).

A dificuldade do ACS de organizar seu tempo de trabalho frente às exigências quanto a sua produtividade mensal pode lhes provocar SM:

[...] a produtividade podia ser diferente, falta humanização; está bem ultrapassada a produtividade, porque tem coisas que a gente faz, ninguém diz nada e para a gente é muito mais importante[...] tem uma pessoa com AIDS que não entra em estatística nenhuma. A AIDS não entra na produtividade e a gente visita sempre; quando está doente, quando está carente, quando está depressivo, ela te procura, e eu não preciso visitar ela. Claro, no número não vai, mas enquanto pessoa e ser humano, eu acho que ela precisa muito mais que outra pessoa; todos precisam na real, porque todo mundo precisa de uma visita, mas eu acho que a pessoa que tem AIDS, teria que entrar na produtividade, porque ela é uma pessoa muito problemática, muito carente,...e outras pessoas também, outros carinhos que a gente faz que não entra (A5).

MODOS DE VIVER DA COMUNIDADE - o modo de viver de alguns usuários da comunidade, o convívio com a violência doméstica, a violência contra o idoso e a criança, o uso de drogas no ambiente doméstico por adolescentes e seus pais parecem práticas, por vezes, reconhecidas como normais, confrontando valores culturais e morais. As dificuldades de enfrentamento dessas situações, os questionamentos provocados, as diferentes tentativas de resolução, assim como as decorrentes ameaças de represália dos agressores aos ACS, pode lhes provocar SM:

[...] usuários de droga, casa sim, casa não, tem uma boca de fumo; está perigosa essa área; a dificuldade é porque a gente nunca sabe quem vai achar na casa, nunca é o dono que está, é agregados, é amigos que usam droga (A8).

[...] usuário de drogas violentou adolescente grávida na rua e a ACS foi ameaçada pelo usuário que não deveria mais passar por aquela rua (A9).

Uma outra fonte de SM relaciona-se, mais especificamente, à situação de usuários que optam por não modificar seu modo de viver e aderir aos cuidados consigo, seja como portadores de doenças crônicas, seja como dependentes de drogas. Os sentimentos manifestados relacionados às situações vivenciadas na atuação profissional dos ACS são bastante negativos:

[...]infelicidade, frustrações[...] (A1)

Impotente, mal para ajudar, defender a família (A2).

O ACS enfrenta situações no seu ambiente de trabalho que podem desencadear SM devido a sua proximidade com a comunidade, constituindo-se no profissional da equipe de saúde na UBSF que é referência para as famílias. Simultaneamente, morador da área e trabalhador institucional, torna-se fonte de informação sobre o processo de organização dos serviços de saúde, porém, enfrenta dificuldades de impor limites à população adstrita. Comumente, é procurado independentemente do seu horário de trabalho, o que lhes gera incômodo, ansiedade e angústia, apesar do reconhecimento do seu papel social⁽¹²⁾.

Reconhecendo-se como próximo à comunidade, e apesar de identificar suas necessidades, o ACS precisa preservar-se, pela necessidade de se cuidar e de não permitir que o trabalho absorva o tempo de sua vida, o que lhe é assegurado pelo estabelecido na ESF, ou seja, que sua carga horária de trabalho é de quarenta horas semanais, distribuídas em oito horas diárias⁽¹³⁾; limites que devem ser impostos pelo próprio ACS, numa relação respeitosa com a comunidade, explicitando tanto seus deveres quanto seus direitos.

A organização do trabalho na ESF expõe os trabalhadores a situações de violência, por vezes invisível; à falta de fronteiras entre aspectos profissionais e pessoais; ao convívio intenso com situações de violência doméstica e social; medo do risco de exposição; sensação de integridade moral e física ameaçadas e temor de represália⁽¹⁴⁾, intensificado pelo convívio

cotidiano com situações de violência que lhes geram sofrimento, medo e sentimentos de vulnerabilidade, o que pode, por vezes, dificultar as tentativas do ACS de impor limites à comunidade em que vive no que se refere a sua relação profissional.

As condições de vida da população acompanhadas pelos ACS que atuam em UBSF caracterizam-se pela pobreza, falta de alimentos, condições de moradia insalubres, desemprego, inexistência de recursos, sendo fatores a serem considerados no planejamento das ações de saúde no nível local e questões com as quais os agentes se sentem impotentes para lidar⁽¹⁵⁾, o que favorece suas manifestações de SM, como identificado nesse estudo.

Além disso, como também constatado nesse estudo, os profissionais de saúde inseridos na ESF ficam expostos à realidade da comunidade adstrita com recursos escassos para atender as complexas demandas, como também, a falhas na rede de atenção à saúde que se refletem no trabalho e na resolutividade das ações^(15,16).

Dessa forma, o ACS realiza um trabalho que pode ir além de suas competências e possibilidades de resolução. Como seu trabalho não atende às múltiplas demandas da população, essa pode não reconhecer a qualidade das ações do ACS, nem os seus esforços para realizá-las, independentemente dos resultados alcançados, exigindo deste profissional uma atuação efetiva e resolutiva. Essa cobrança é fortalecida pelo constante contato que os moradores da comunidade mantêm com o agente, ao freqüentarem os mesmos espaços sociais e terem acesso à sua casa, considerando-o como vizinho, antes mesmo de ACS⁽¹⁷⁾ o que lhe provoca SM frente às necessidades identificadas na comunidade e à falta de resolutividade percebida.

Assim, essa falta de resolutividade pode lhe provocar sofrimento adicional, devido ao contato próximo, ininterrupto e ao vínculo que estabelece com a comunidade, o que o faz se sentir responsável pelos seus clientes, assim como testemunhar e partilhar as conseqüências dessa inoperância no agravo da saúde e no sofrimento dos familiares⁽¹⁷⁾.

O SM que os ACS enfrentam no cotidiano de trabalho ocorre principalmente pelo conflito de interesses, valores e crenças da equipe e das situações envolvendo a saúde dos usuários com a falta de compromisso e responsabilidade para a obtenção da resolutividade para a qualidade da assistência e de vida da comunidade, devido ao insuficiente compromisso de alguns profissionais que atuam na ESF e à organização do trabalho proposto.

Além disso, as pessoas da comunidade buscam primeiramente o ACS, seja para fazer reclamações, obter informações, ou a resolução de um problema mais grave, requerendo respostas, numa relação constante de cobranças e exigências nem sempre tranqüila. Por este motivo, o que também foi evidenciado nesse trabalho, o SM do ACS está muito baseado na quantidade e na intensidade de estímulos a que é submetido e nos muitos recursos que dele são exigidos a fim de concretizar a Vigilância à Saúde do território sob sua responsabilidade⁽¹⁸⁾.

Assim, o vínculo estabelecido pelo ACS com a comunidade por meio do convívio facilita a aderência dessa comunidade à ESF e a abordagem da equipe. Porém, sentimentos de impotência e frustração são evidenciados pela limitação da participação do ACS na resolução dos problemas na comunidade por demandar intervenções fora do seu poder de resolução, com o envolvimento do próprio sistema e de outros setores, com a prática da intersetorialidade e a integração das ações, no sentido da promoção da saúde e prevenção de doenças^(6,16,19).

Ainda, a organização da ESF estabelece prioridades de atendimento, principalmente a idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças menores de três anos, sendo o ACS o profissional que executa as VD mensais a estes grupos de usuários. Desse modo, sem que sua qualidade seja avaliada, é cobrado pela produtividade entendida como quantidade de atendimentos, de modo a cumprir metas determinadas para assegurar o repasse de verbas para a ampliação e manutenção da ESF. No entanto, o ACS pode identificar prioridades

diferenciadas em sua microárea, para a realização de VD, como usuários com diagnóstico de AIDS, com manifestações de depressão, enfrentando dificuldades para gerenciar de modo autônomo, seu tempo de trabalho, o que também lhes pode trazer SM.

A invisibilidade, silêncio e, até, desconhecimento deste sofrimento por parte dos ACS e dos demais trabalhadores da equipe compreende uma relevante dimensão ética, e pode estar contribuindo para a continuidade de situações que poderiam e deveriam ser evitadas, de modo a favorecer a atenção à saúde da comunidade. Muitas dessas situações relacionam-se ao modo como o trabalho se organiza e à aparente falta de percepção dos conflitos cotidianos decorrentes, os quais envolvem valores, crenças, sentimentos e conhecimentos⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que se mostra necessária e urgente descortinar e valorizar os problemas morais do cotidiano do trabalho dos ACS, além da construção de estratégias para amenizar o seu SM. A análise e discussão organizada e sistemática na equipe multiprofissional de situações que envolvam questões éticas e valores no contexto de trabalho, visando a sua melhor resolutividade tanto para os usuários como para os trabalhadores parece fundamental. Do mesmo modo, intensificar capacitações, com o uso de propostas pedagógicas transformadoras, para a qualificação de toda a equipe, mediante a problematização das vivências e dos diferentes conflitos do cotidiano do trabalho, fortalecendo o conhecimento da dimensão moral presente nas diferentes ações e omissões, assim como nas múltiplas tomadas de decisão, mostra-se uma estratégia a ser valorizada e implementada.

REFERÊNCIAS:

1. Briese GP. Estratégia de saúde da família e vivência de sofrimento moral dos agentes comunitários de saúde [Dissertação]. Rio Grande(RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande; 2011. 73 p.
2. Martinez WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007; 41(3): 426-33.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2004. 64p.
4. Cardoso CL. Relações interpessoais na equipe do programa saúde da família. *Rev. APS.* 2004; 7(1): 47-50.
5. Fortes PAC, Spinetti SR. A informação nas relações entre os Agentes Comunitário de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. *Saude Soc.* 2004; 13(2): 70-5.
6. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. saude publica.* 2006; 40(4): 727-33.
7. Jameton A. *Nursing Practice: the ethical issues*: Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.
8. Nathaniel A. Moral distress among nurses. *The Am Nurs Assoc Ethics and Hum Rights Issues Updates.* 2002; 1(3).
9. Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 20^a. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.
10. Moraes R, Galiazzi MC. *Análise textual discursiva*. Ijuí(RS): Unijuí; 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/96. Brasília(DF): CNS; 1996.
12. Lunardelo SR. O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto [Dissertação]. Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem Ribeirão Preto; 2004. 154p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4^a. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2007. 68 p.
14. Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek TA. Repercussões da violência na Saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev. saude publica.* 2009; 43(4): 682-8.
15. Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Cienc. saude colet.* 2011; 16(1): 349-60.
16. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2010; 44(2): 274-9.
17. Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface comum saude educ.* 2009; 13(28): 123-35.
18. Telles H, Pimenta AMC. Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saude Soc.* 2009; 18(3): 467-78.
19. [Azambuja EP](#), [Fernandes GFM](#), [Kerber NPC](#), [Silveira RS](#), [Silva AL](#), [Gonçalves LHT](#) et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. *Texto & contexto enferm.* 2007; 16(1): 71-9.
20. Souza MG, Mandú ENT. Percepções de enfermeiros sobre a estratégia saúde da família. *Ciênc cuid saude.* 2010; 9(4): 643-50.

4.2. ARTIGO 2

SOFRIMENTO MORAL: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDEGeisa Pires Brieese^IValéria Lerch Lunardi^{II}**RESUMO**

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo-exploratório cujo objetivo foi conhecer as estratégias adotadas pelos Agentes Comunitários de Saúde das Equipes de Saúde da Família para enfrentar as situações de Sofrimento Moral (SM). A coleta dos dados ocorreu a partir de observação participante e de entrevistas semi-estruturadas com onze ACS de duas Unidades de Saúde da Família do município do Rio Grande (RS) no período de junho a setembro de 2010. A partir da análise textual discursiva dos dados, foram definidas três categorias: - Tomada de decisão na equipe; - Capacitações promovidas e - Grupos de educação em saúde. Considera-se que essas estratégias podem ser espaços privilegiados para a socialização dos problemas morais e do SM vivenciados para toda a equipe, a implementação de atividades de Educação Permanente mediante a problematização das situações que emergem do contexto do trabalho, enfocando questões éticas presentes no processo de trabalho da ESF, com a adoção de metodologias inovadoras e participativas de educação em saúde.

Palavras- chave: Enfermagem. Programa Saúde da Família. Educação em saúde.

^IEnfermeira, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: geisabrieese@yahoo.com.br

^{II}Enfermeira, Professora Associada II da Escola de Enfermagem da FURG, Doutora em Enfermagem, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Orientadora. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: vlunardi@terra.com.br

^{**} Trabalho originado de dissertação de mestrado intitulada: “ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E VIVÊNCIA DE SOFRIMENTO MORAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE”.

^{*} O artigo foi formatado de acordo com as normas do periódico Revista Gaúcha de Enfermagem”.

FAMILY HEALTH TEAMS COMMUNITY HEALTH AGENTS' STRATEGIES TO FACE MORAL DISTRESS***ABSTRACT***

The health community agents that work with the Family Health Strategy confront situations that involve moral problems on their work environment related to intro-family, drug use and difficulty to access to specific health services that can trigger off moral distress to these health agents associate with other factors as close connection with the community, Family Health Strategy organization and the life community ways. We searched for Family Health Teams strategies used by these agents to face moral distress situations. We have made a qualitative study that used data collected in participating observation and half structured interviews with Rio Grande Unity Health community agents. Starting from data speech textual analysis we

have defined three categories: team decisions, professional training offered and health education groups. We consider these as privileged spaces to the socialization of moral problems and moral distress by the team, for the Permanent Education implementation starting from work situation discussions; we tackle ethical aspects that involve the Family Health strategy work and the adoption of a new and participant group health education.

Descriptors: Family Health. Ethics. Health Education.

ESTRATÉGIAS DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD DE LOS GRUPOS DE SALUD DE LA FAMILIA PARA ENFRENTAR EL SUFRIMIENTO MORAL

RESUMEN

Los agentes comunitarios de Salud (ACS) que actúan en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) enfrentan situaciones que envuelven problemas morales en su ambiente de trabajo que les puede resultar en sufrimiento moral (SM) asociado a cuestiones relacionadas a su proximidad a la comunidad, a la organización del trabajo, a la propia organización de las ESF y a la forma de vivir de las personas de la comunidad. Se buscó conocer las estrategias adoptadas por los ACS de los Grupos de Salud de la Familia para enfrentar las situaciones de SM, a través de un estudio cualitativo, cuya colecta de datos ocurrió a partir de la observación participante y de entrevistas semiestructuradas con los ACS de Unidades de Salud de la Familia de la ciudad de Rio Grande. A partir de un análisis textual discursivo de los datos, se han definido tres categorías: tomada de decisión del grupo; capacitaciones promovidas; y grupos de educación en salud. Se considera que esas estrategias pueden ser espacios privilegiados para la socialización de los problemas morales y SM vivenciados para todo el grupo, para la implementación de actividades de Educación Permanente a partir de la problematización de situaciones que emergen del contexto de trabajo, enfocando cuestiones éticas que envuelven el proceso de trabajo de las ESF y que adoptan metodologías innovadoras y participativas de educación en salud.

Descritores: Salud de la Familia. Ética. Educación en salud.

INTRODUÇÃO

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a atuação profissional do Agente Comunitário de Saúde (ACS) visa a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita, sendo, destaque as seguintes atribuições: o desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e comunidade para a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos; realização de atividades de vigilância em saúde, por meio de Visita Domiciliar

(VD), mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco e o acompanhamento de todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades da equipe⁽¹⁾. Deve-se enfatizar que a enfermeira é responsável pela supervisão e orientação da atuação profissional do ACS, que está diretamente relacionada à população adscrita, o que pode favorecer a vivência de situações no ambiente de trabalho envolvendo questões éticas.

A organização e o ambiente de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) podem desencadear, aos agentes comunitários de saúde (ACS), o enfrentamento de diferentes manifestações de problemas morais: a) incerteza moral, quando identificam um problema como uma situação imprópria; b) dilema moral, quando reconhecem duas opções a seguir, porém apenas uma pode ser selecionada; e c) sofrimento moral (SM)⁽¹⁾ quando reconhecem sua responsabilidade frente aos conflitos, sabem a ação correta a seguir, sendo, no entanto, impedidos de colocá-la em prática, por constrangimentos institucionais e/ou dos colegas de trabalho, percebendo como inadequada sua participação moral, o que pode afetar suas mentes, corpos e relações profissionais⁽²⁾.

Estudo com membros da equipe de saúde que atuam em Unidades de Saúde da Família (USF) revelou a ocorrência de problemas éticos/morais nas relações com a organização e no sistema de saúde, destacando principalmente: dificuldades para preservar a privacidade das famílias em decorrência de problemas na estrutura física e nas rotinas da USF; falta de apoio estrutural para discutir e resolver os problemas éticos; falta de transparência da direção da USF na resolução de problemas com profissionais e o excesso de famílias adscritas para cada equipe⁽³⁾; tais elementos identificados podem desencadear SM nos trabalhadores da equipe.

Os membros da equipe de saúde que atuam na ESF, principalmente os ACS, enfrentam diversas situações que envolvem problemas morais em seu ambiente de trabalho como as relacionadas à violência intra-familiar, uso de drogas e dificuldade de acesso ao

serviço de saúde especializado, entre outras, que podem desencadear SM, especialmente pela sua proximidade com a comunidade, pela organização do trabalho e da própria ESF e pelo modo de viver das pessoas da comunidade⁽⁴⁾. Em decorrência do SM, acredita-se que os ACS podem desenvolver estratégias para minimizar este fenômeno.

Assim, refletindo sobre o SM vivenciado pelos ACS, em decorrência de problemas morais enfrentados na ESF, o objetivo deste estudo foi conhecer as estratégias adotadas por ACS para enfrentar situações de sofrimento moral.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritivo – exploratória que procura trabalhar com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, visando aprofundar a investigação da temática e proporcionar maior familiaridade com o problema^(5,6).

O estudo foi realizado no município do Rio Grande (RS), em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), com onze agentes comunitários de saúde que atuam nessas unidades. A coleta dos dados foi realizada no período de junho a setembro de 2010, através da observação participante da atuação de cinco ACS na UBSF e em visitas domiciliares (VD) a quinze famílias da área adscrita de uma das UBSF estudadas, e de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, com esses ACS, além de outros seis, que atuam na outra UBSF, totalizando onze ACS.

As observações enfocaram o modo como o ACS se conduzia em relação às informações dos usuários, manifestações de dúvidas, situações de violência doméstica, uso de drogas, atendimento na UBSF, entre outros. Considerando-se que as observações implementadas oportunizaram a identificação de várias situações que se constituíram em dados relevantes tanto para a sua análise quanto para complementar e enriquecer o roteiro

previsto para a entrevista, partiu-se do pressuposto que as observações realizadas em uma das UBSF mostraram-se suficientes para o processo de coleta.

Os eventos observados foram registrados em diário e, nas anotações de campo, foram registradas informações, a síntese e a compreensão dos dados⁽⁷⁾.

Assim, como referido, elementos identificados na observação participante, reconhecidos como problemas morais e fonte de SM foram resgatados e explorados durante a entrevista, além de outras questões possivelmente relacionadas a problemas morais e SM vivenciados no ambiente de trabalho. A média de duração de cada entrevista foi de aproximadamente 40 minutos.

Os dados foram submetidos à análise textual discursiva, que apresenta três elementos principais: - o processo de unitarização, que implicou em examinar os registros das observações e as transcrições das entrevistas em seus detalhes, fragmentando-as no sentido de atingir unidades constituintes, com enunciados referentes aos fenômenos estudados; - o processo de categorização, que envolveu a construção de relações entre as temáticas, combinando – as e classificando-as para a formação de conjuntos que congregaram elementos próximos, resultando um sistema de categoria e; -o metatexto, que representou um esforço de explicitar a compreensão dos elementos identificados, como o produto de uma nova combinação dos elementos construídos ao longo dos passos anteriores e o processo auto – organizado, do qual emergiram novas compreensões⁽⁸⁾.

Os aspectos éticos foram respeitados⁽⁹⁾, iniciando-se a coleta após a aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde – CEPAS (Parecer 30/2010). Os participantes (ACS) foram solicitados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados, constata-se que as estratégias adotadas pelos ACS das Equipes de Saúde da Família para enfrentar as situações de SM estão relacionadas com a

tomada de decisão na equipe; participação em capacitações e grupos de educação em saúde, que se constituíram nas três categorias, a seguir apresentadas.

TOMADA DE DECISÃO NA EQUIPE - Uma estratégia adotada pelos ACS do estudo para o enfrentamento de situações de SM está relacionada à tomada de decisão na equipe. Para tanto, destacam o uso do diálogo com liberdade de expressão, a abertura para comunicar os casos vivenciados e os problemas identificados, mediante relações de confiança e de vínculo entre os integrantes da equipe multiprofissional; possibilidade de esclarecimentos nas reuniões da equipe ou, inicialmente, de modo individual, com a enfermeira para a resolução das situações vivenciadas no ambiente de trabalho, o que parece amenizar o SM desses trabalhadores:

A5. Eu sempre tento conversar com a minha equipe; sempre tento agir na equipe[...].

A2. [...] a gente pede a opinião, não faz nada sem a opinião do outro, tem que respeitar. Acho que um respeitando o outro, vai tudo dar certo; tudo que me dizem, eu aceito, porque eu não vou jogar a minha responsabilidade em cima do outro, mas eu consulto. A médica opina, a enfermeira diz isso e eu digo outro; mesmo que se contradiz, tem que chegar num comum acordo. [...] A gente consegue se entender bem, nunca faço nada por conta própria; [...] não tomo nenhuma decisão, eu pego o problema e trago para equipe assim, assim e resolve desse jeito e sempre deu certo[...].

CAPACITAÇÕES PROMOVIDAS – A qualificação profissional, mediante a participação efetiva em capacitações promovidas para os profissionais da equipe da ESF, periodicamente, com temáticas reconhecidas como relevantes e bastante relacionadas aos problemas predominantemente vivenciados, como violência contra criança, adolescente e idoso e o uso de drogas parecem contribuir para amenizar o SM dos ACS:

A11. [...]o aprendizado ocorre diariamente, conforme surgem as situações no ambiente de trabalho.

A9. Palestras, está sempre dando orientação sobre o assunto em todos os grupos e outros meios.

GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE – Outra estratégia adotada pelos ACS do estudo para o enfrentamento de situações de SM, especialmente associada ao modo de viver das

peessoas da comunidade, está relacionada à realização de grupos de educação em saúde para os usuários da comunidade adscrita. Essa estratégia possibilita a qualificação dos próprios ACS por sua aproximação com o saber predominantemente dominado pelos outros profissionais da equipe, além de contribuir para possíveis mudanças no estilo de vida dos usuários, podendo amenizar o SM desses trabalhadores.

A2. [...] é tentar trazer para grupos educativos ..., mas é muito difícil trabalhar. É difícil tu chega em casa, tu chega a sonhar, é tentar levar como uma aprendizagem e tentar passar para outras pessoas, é bem difícil.

A4. [...] a gente primeiro estuda o assunto em cada grupo, geralmente: tenta passar o mesmo assunto em todos grupos, mesmo que a minha colega tem que falar sobre hipertensão, no outro dia específico tenha que falar sobre a violência, eu também falo sobre a violência, independente do assunto do grupo, a gente fala,[...]. No geral, a gente tenta passar a mesma coisa nos grupos: tem padrinho nos grupos: técnico, enfermeira, médica. O padrinho tem que dar sua palavrinha também e orientar; quanto mais pessoas orientar, melhor.

DISCUSSÃO

O processo de tomada de decisão é essencial para o desenvolvimento do trabalho em equipe na ESF, pois ocorre o envolvimento e o comprometimento dos profissionais atuantes para a resolução dos problemas identificados, principalmente os ACS, estabelecendo-se e priorizando-se estratégias resolutivas, através do diálogo e da discussão reflexiva. Assim, as reuniões podem constituir-se em um espaço privilegiado para tomadas de decisão coletivas, a partir da socialização dos problemas morais e SM vivenciados pelos ACS, em decorrência da organização do trabalho da equipe e da ESF.

Neste sentido, a Educação Permanente representa uma possibilidade de mudança nas práticas de capacitação dos trabalhadores de saúde, principalmente o ACS que se encontra em maior proximidade com a comunidade, com enfoque no ensino – aprendizado, incorporando a vida cotidiana das organizações e práticas laborais, no contexto real em que ocorrem; colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento com a ampliação dos espaços educativos nas organizações e na comunidade⁽¹⁰⁾. Considerando que

supervisionar, coordenar e realizar atividades de Educação Permanente dos ACS e dos profissionais da equipe de enfermagem constituem-se em atribuições da (do) profissional enfermeira (o)⁽¹¹⁾, é fundamental que essa capacitação permanente emergja e se articule fortemente com a problemática vivenciada pelos profissionais no contexto do trabalho.

Assim, o processo de Educação Permanente realizado pelos profissionais que atuam na ESF visa instrumentalizar e capacitar os membros da equipe para analisar a situação da sua área de abrangência, nos aspectos demográficos, sócioeconômicos, ambientais e sanitários (morbi-mortalidade e fatores de risco), na identificação dos problemas e das potencialidades existentes⁽¹²⁾. Desse modo, a produção de conhecimentos em saúde ocorre através de um processo gerado no próprio ambiente de trabalho que resulta do confronto de diferentes experiências entre a equipe de saúde e a comunidade. Além disso, o foco do processo ensino - aprendizagem das equipes de ESF deve contemplar as necessidades de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, que são os elementos essenciais para a resolução dos problemas identificados nas áreas de abrangência⁽¹²⁾.

Como constatado nesse estudo, o uso de metodologias educacionais ainda em moldes tradicionais para grupos de educação em saúde pode contribuir para reduzir o SM dos ACS, possivelmente por se constituir em uma atividade que requer a participação e envolvimento dos profissionais da saúde mais qualificados, a ampliação do conhecimento dos próprios ACS, além da sua percepção de estarem contribuindo para uma mudança no estilo de vida dos usuários. No entanto, poder-se-ia questionar se a implementação desses grupos têm contribuído para as mudanças almejadas, em especial, para a adesão ao tratamento e aos cuidados de usuários com doenças crônicas, uso de drogas, prevenção da gravidez precoce, entre outros.

Já a utilização de metodologias de abordagem inovadora, nos grupos de educação em saúde, através da problematização dos próprios sujeitos, da dramatização e de outros recursos

que estimulem sua participação e reflexão, podem transformar esses grupos em espaços relevantes de troca e produção de conhecimentos, com uma maior participação e envolvimento da comunidade. Neste sentido, a Educação em Saúde em moldes não tradicionais, valoriza a troca de saberes, favorecendo a criação de vínculos, estimulando a construção do processo de autonomia, abandonando o caráter informativo e as técnicas tradicionais que não favorecem o diálogo⁽¹³⁾, assim como o conhecimento e a valorização do outro, e das suas formas de viver e de se cuidar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SM parece ser vivenciado de maneira latente e silenciosa pelos ACS, aparentemente, não sendo objeto de discussão e enfrentamento nas e pelas equipes da ESF desse estudo.

As estratégias utilizadas pelos ACS do estudo para o enfrentamento das situações de SM, ou seja, as tomadas de decisão na equipe, as capacitações promovidas e grupos de educação em saúde, parecem contribuir para reduzir seu sentimento de SM.

Frente às manifestações dos ACS em relação às estratégias por eles utilizadas para o enfrentamento do SM, considera-se que o ambiente de trabalho e os espaços de reunião de equipe construídos podem ser privilegiados para a socialização dos problemas morais e do SM vivenciado para toda a equipe. A implementação de atividades de Educação Permanente mediante a problematização das situações que emergem do contexto do trabalho, enfocando questões éticas presentes no processo de trabalho da ESF, e a adoção de metodologias inovadoras e participativas de educação em saúde, preferentemente em grupos, parecem bastante relevantes. A implementação de tais estratégias pode contribuir não apenas para favorecer o enfrentamento do SM, mas principalmente para uma atuação dos trabalhadores da ESF sensível e comprometida com as necessidades de saúde da comunidade em que está inserida.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2007. 68 p. [Série E. Legislação de Saúde]; [Série Pactos pela Saúde 2006; 4]
2. Jameton A. Nursing Practice: the ethical issues. Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice – Hall;1984.
3. Nathaniel A. Moral distress among nurses. The American Nurses Association Ethics and Human Rights Issues Updates [periodic on line]. 2002; 1(3). Disponível em: 10/03/10.<http://www.nursingworld.org>.
4. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. [tese].São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2003.
5. Brieze GP. Estratégia de saúde da família e vivência de sofrimento moral dos agentes comunitários de saúde. [Dissertação]. Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG; 2011. 73 p.
6. Minayo MCS, organizador. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 20ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.
7. Silva EL, Menezes EM. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 3ª. ed. rev. Atual, Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. 121 p.
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem Métodos, avaliação e utilização. 5ª. Ed. Thorell, A, tradutor. Porto Alegre: Artmed; 2004. 488 p.
9. Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva. Ijuí: Unijuí; 2007. 224 p.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde; 2009. 64 p. [Série B].
12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2007. 68 p. [Série E. Legislação de Saúde]; [Série Pactos pela Saúde 2006; 4]
13. Brasil. Ministério da Saúde.Treinamento Introdutório/Milton Menezes da Costa Neto, org. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2000. 16 p. [Treinamento Introdutório; 2].

14. Heringer A, Ferreira VA, ACIOLI S, Barros ALS. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS). 2007 dez.; 28(4): 542-8.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que o ACS em seu ambiente de trabalho enfrenta diversas situações que podem desencadear SM. Foi constatado que a proximidade com a comunidade, a organização do trabalho, a organização da ESF e os modos de viver da comunidade podem favorecer a vivência desse fenômeno nos trabalhadores.

A aparente invisibilidade, silêncio e, até, desconhecimento desse sofrimento por parte dos ACS e dos demais trabalhadores da equipe pode estar contribuindo para a continuidade de situações que poderiam e deveriam ser evitadas, favorecendo, possivelmente, a atenção à saúde da comunidade. Muitas dessas situações relacionam-se ao modo como o trabalho se organiza e à falta de percepção dos conflitos decorrentes, os quais envolvem valores, crenças, sentimentos.

As estratégias utilizadas pelos ACS do estudo para o enfrentamento das situações de SM, ou seja, as tomadas de decisão na equipe, as capacitações promovidas e grupos de educação em saúde, parecem contribuir para reduzir o sentimento de SM desses trabalhadores. Frente às manifestações dos ACS em relação às estratégias por eles utilizadas para o enfrentamento do SM, considera-se que esses espaços podem ser privilegiados para a socialização dos problemas morais e SM vivenciados para toda a equipe, para a implementação de atividades de Educação Permanente a partir da problematização das situações que emergem do contexto do trabalho, enfocando questões éticas que envolvem o processo de trabalho da ESF, e para a adoção de metodologias inovadoras e participativas de educação em saúde em grupos. Acredita-se que a implementação de tais estratégias pode contribuir não apenas para favorecer o enfrentamento do SM, mas principalmente para uma atuação dos trabalhadores da ESF sensível e comprometida com as necessidades de saúde da comunidade em que está inserida.

Desse modo, mostra-se necessária e urgente a construção de estratégias para amenizar o SM dos ACS. A análise e discussão organizada e sistemática na equipe multiprofissional de situações que envolvam questões éticas e valores no contexto de trabalho, visando a sua melhor resolutividade tanto para os usuários como para os trabalhadores parece fundamental. Do mesmo modo, intensificar capacitações, com o uso de propostas pedagógicas transformadoras, para a qualificação de toda a equipe, mediante a problematização das vivências e dos diferentes conflitos do cotidiano do trabalho, fortalecendo o conhecimento da dimensão moral presente nas diferentes ações, assim como nas múltiplas tomadas de decisão, mostra-se uma estratégia a ser valorizada e implementada.

Finalizando-se esse estudo, entende-se que sua realização em apenas duas UBSF, com características bastante semelhantes, pode ser um limitante, assim como sua implementação tendo como sujeitos da investigação apenas ACS. Nesse sentido, destacam-se as dificuldades enfrentadas para entrevistar os demais profissionais da equipe, como originalmente havia sido planejado, com recusas justificadas pela sua falta de tempo e/ou pelo receio de exposição da sua UBSF, apesar do esclarecimento acerca do compromisso com o sigilo, privacidade e confidencialidade.

Assim, considera-se como relevante a ampliação desse estudo para outras UBSF, enfocando a vivência de SM por parte dos demais profissionais da ESF.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, Maria Marlene Marques. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, jan. 2011.

AZAMBUJA, Eliana P. et al . Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p.71-9. Jan-Mar. 2007.

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

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002. 574 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10/06/10.

_____. **Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf>. Acesso em: 10/04/09.

_____. **Educação Permanente**. Milton Menezes da Costa Neto (Org.). Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000a. 44 p. Caderno 3.

_____. **Treinamento Introdutório**. Milton Menezes da Costa Neto (Org.). Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000b. 16 p. Treinamento Introdutório. Caderno 2.

_____. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **LEI nº 10.507, DE 10 DE JULHO DE 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/lei10507_10_07_02.pdf>. Acesso em: 10/5/11.

_____. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde:** área profissional saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2007. 68 p.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B).

_____. Ministério da Saúde. SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 10/03/09.

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

BRIESE, Geisa Pires. Estratégia de saúde da família e vivência de sofrimento moral dos agentes comunitários de saúde. 2011. 73 p. **Dissertação.**(Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2011.

CAMELO, Silvia Helena Henriques. Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das Equipes de Saúde da Família e estratégias de gerenciamento. 2006. 161p. **Tese de doutorado.** Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2006.

CARDOSO, Claudia Lins. Relações interpessoais na equipe do programa saúde da família. **Revista APS,** Juiz de Fora, v.7, n.1, p. 47-50, jan./jun. 2004.

CORLEY, M C. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. **Nurs Ethics.** USA, 2002, v. 9, n. 6, p. 636-50.

DALMOLIN, Grazielle de Lima. Sofrimento moral na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras: uma revisão integrativa. 2009. 95f. **Dissertação.** (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.

DALMOLIN, Grazielle de Lima; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Rev. enferm. UERJ,** Rio de Janeiro, jan./mar. 2009, v. 17, n. 1, p. 35-60.

ELPERN, E. H.; COVERT, B.; KLEINPELL, R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. **Am J Crit Care**, 2005, v. 14, n. 6, p. 523-30.

FERNANDES, Maria de Fátima Prado; FREITAS, Genival Fernandes de. Fundamentos da ética. In: OGUISSO, Taka; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Orgs.). **Ética e bioética: desafios para enfermagem e saúde**. Barueri: Manole, 2006. 233 p. ISBN 85-204-2339-6.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos**. São Paulo: EPU, 1998.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; SPINETTI, Simone Ribeiro. A informação nas relações entre os Agentes Comunitário de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13,n.2, p. 70-75, maio/ ago. 2004.

GABARDO, Roseclér Machado; JUNGES, José Roque; SELLI, Lucilda. Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 2009; 43(1):91-7.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denise Cristina. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, jun. 2005a, v. 39, n. 2, p.145-53.

_____. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, 2005b jul./ ago., v. 58, n. 4, p. 393-8.

HAM K. Principled thinking: a comparison of nursing students and experienced nurses. **J Contin Educ Nurs.**, USA, v. 35, n. 2, p. 66- 73. 2004.

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

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss. A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. 2006. 296 f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2006.

HERINGER, A. et al. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 542-8. dez. 2007.

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, São Paulo, v. 13, n. 28, p. 123-35. jan./mar. 2009.

JAMETON A. **Nursing Practice**: the ethical issues. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice – Hall, 1984.

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

JUNGES, Jose Roque; MAZARI, Carla Kowalski; SELLI, Lucilda. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciê & saúde coletiva**, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3230>. Acesso em: 15/06/10.

LANCMAN, Selma et al. Repercussões da violência na Saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-8. 2009.

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

LUNARDELO, Simone Renata. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto**. 2004. 154 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

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

LUNARDI, Valéria Lerch; BARLEM, Edison Luis Devos; BULHOSA, Michelle Salum; Santos, Silvana Sidney Costa; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; SILVEIRA, Rosemary Silva da; BAO, Ana Cristina Pretto; DALMOLIN, Grazielle de Lima. Sofrimento moral e a dimensão ética do trabalho da enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v.62, n.4, p.599-603. jul- ago. 2009.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-33. set. 2007.

MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga; SACCARDO, Daniele Pompei; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Autonomia, privacidade e confidencialidade. In: Oguisso, Taka; Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone (Orgs.). **Ética e bioética**: desafios para enfermagem e saúde. Barueri: Manole, 2006.

MELTZER, L.S.; HUCKABAY, L. M. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. **American Journal of Critical Care**, v. 13, p. 202-08. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria do Carmo. **Análise textual discursiva**. Ijuí: Unijuí, 2007. 224p.

NATHANIEL A. Moral distress among nurses. **The American Nurses Association Ethics and Human Rights Issues Updates**, v.1, n.3. 2002, Disponível em: <<http://www.nursingworld.org>>. Acesso em: 10/03/10.

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SPIRI, Wilza Carla. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-33. ago. 2006.

PETER, E.; LIASCHENKO, J. Perils of proximity: a spatiotemoral analysis of moral distress and moral ambiguity. **Nurs Inquiry**, v. 11, n. 4, p. 218-25. 2001.

POLIT, Denise F; BECK, Cherryl, Tatano; HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Tradução: Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 488p.

REIS, Cláudia da Costa Leite; HORTALE, Virginia Alonso. Programa saúde da família: supervisão ou “convisão”? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 492-501. mar./abr. 2004.

RICE, E. M. et al. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses in adult acute tertiary care hospital. **Journal of nursing management**, USA, v. 16, n. 3, p. 360-73. April 2008.

SCHIRMER, Janine. Ética Profissional. In: Oguisso, Taka; Elma Lourdes Campos Pavone, Zoboli (Orgs.). **Ética e bioética**: desafios para enfermagem e saúde. Barueri: Manole, 2006.

SEGRE, Marco; COHEN, Claudio. Definição de Valores, Moral, Eticidade e Ética. In: Segre, Marco; Cohen; Claudio (Orgs.). **Bioética**. São Paulo: USP, 2002.

SEOANE, Antonio Ferreira; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho A Percepção do Usuário do Programa Saúde da Família sobre a Privacidade e a Confidencialidade de suas Informações. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 18, n.1, p.42-9. 2009.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. 121p.

SILVA, Luana Torelli da; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; BORGES, Ana Luiza Vilela. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 133-42. maio/ago. 2006.

SOUZA, Márcia Goulart de; Mandú, Edir Nei Teixeira. Percepções de enfermeiros sobre a estratégia saúde da família. *Ciênc cuid saude*. v.9, n.4, p. 643-50. Out/Dez. 2010.

TANG, P. F.; JOHANSSON, C.; WADENSTEN, B.; WENNEBERG. Chinese Nurses' Ethical Concerns in a Neurological Ward. **Nurs Ethics**, v. 14, p. 810-24. 2007.

TELLES, Heloisa; PIMENTA, Ana Maria Carvalho. Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p.467-478. Sept. 2009 .

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999.

TRINDADE, Letícia de Lima; LAUTERT, Liana. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 274-9. Jun. 2010.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. [tese].São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2003.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 6, p. 1690-99. nov./dez. 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
CURSO DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Eu, Geisa Pires Briesse (RG:1074373083, Tel: (53) 32300446, geisabriesse@yahoo.com.br), venho respeitosamente, através do presente, solicitar sua colaboração no sentido de participar do estudo que será por mim desenvolvido com o título: **“ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E VIVÊNCIA DE SOFRIMENTO MORAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE”**.

O objetivo deste é compreender como o trabalho desempenhado pela equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família contribui para a vivência de sofrimento moral pelos agentes comunitários.

Pretendo realizar observações de situações do processo de trabalho que envolve o atendimento aos usuários na Unidade Básica de Saúde da Família e nas visitas domiciliares pelos profissionais da equipe multiprofissional e entrevistas, abordando o trabalho que desenvolves na Estratégia de Saúde da Família, os possíveis problemas e dilemas morais enfrentados, os sentimentos decorrentes e as estratégias adotadas. Estas entrevistas serão gravadas e após análise dos dados escreveremos artigos que serão publicados em periódicos da área da enfermagem.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa, e da metodologia do trabalho através de entrevista individual. Fui igualmente informado(a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança de que não serei identificado(a) e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais durante ou após o término do trabalho;
- De que o consentimento livre e esclarecido será emitido em duas vias, sendo uma cópia entregue ao participante da pesquisa e a outra cópia ficará com o pesquisador;
- De compromisso de acesso a todas as informações em todas as etapas do trabalho bem como da análise da coleta de dados.

Nome do (a) participante:

Local e Data:

Assinatura do Participante:

Assinatura do Pesquisador:

Orientadora Valéria Lerch Lunardi: 32338855

APÊNDICE B:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS USUÁRIOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
CURSO DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Eu, Geisa Pires Brieze (RG:1074373083,Tel:(53)32300446, geisabrieze@yahoo.com.br), venho respeitosamente, através do presente, solicitar sua colaboração no sentido de participar do estudo que será por mim desenvolvido com o título: **“ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E VIVÊNCIA DE SOFRIMENTO MORAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE”**.

O objetivo deste é compreender como o trabalho desempenhado pela equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família contribui para a vivência de sofrimento moral pelos agentes comunitários.

Pretendo realizar observações da relação dos profissionais de saúde com os usuários durante o atendimento na Unidade de Saúde da Família e nas visitas domiciliares sem intervenção no processo de trabalho realizado.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa, e da metodologia do trabalho através de observação participante. Fui igualmente informado(a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança de que não serei identificado(a) e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais durante ou após o término do trabalho;
- De que o consentimento livre e esclarecido será emitido em duas vias, sendo uma cópia entregue ao participante da pesquisa e a outra cópia ficará com o pesquisador;
- De compromisso de acesso a todas as informações em todas as etapas do trabalho bem como da análise da coleta de dados.

Nome do (a) participante:

Local e Data:

Assinatura do Participante:

Assinatura do Pesquisador:

Orientadora Valéria Lerch Lunardi: 32338855

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: **“ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E VIVÊNCIA DE SOFRIMENTO MORAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE”**.

Fui igualmente esclarecido(a) do objetivo proposto e metodologia que será desenvolvida nessa pesquisa. Concordo em participar dela e que as informações que eu prestar sejam utilizadas em sua realização.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Local e data: _____

Data da saída do estudo: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

Pesquisador: Geisa Pires Briese 32300446

Orientadora: Valéria Lerch Lunardi 32338855

APÊNDICE C:

ENTREVISTA REALIZADA COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Dados de identificação dos informantes

Profissão:

Nível de Formação/ Escolaridade:

Tempo de atuação na Unidade de Saúde da Família:

Idade:

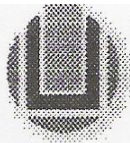
Sexo:

1. Como você percebe o seu trabalho na ESF?
2. Vivências dificuldades no trabalho desenvolvido na Unidade de Saúde da Família? Podes abordar esta questão?
3. Se resposta afirmativa, diante das dificuldades vivenciadas, quais os sentimentos provocados pelo trabalho que realiza?
4. Como você percebe/é/vê essas situações:
 - a) tua relação profissional- usuários/ famílias. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
 - b) teu relacionamento interpessoal dos membros da equipe. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
 - c) teu compromisso e envolvimento profissional. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
 - d) preparação/ curso introdutório para atuar na ESF. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
 - e) tua tomada de decisão/ autonomia. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
 - f) relações de poder quanto ao conhecimento, hierarquia e opinião. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
 - g) o número de famílias adscritas de tua responsabilidade. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
 - h) produtividade exigida na tua área de atuação. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
 - i) segredo profissional/ privacidade das informações no teu trabalho. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
 - j) realidade de saúde/ doença das famílias que acompanhas. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
 - l) o agendamento de consultas médicas para atendimento médico geral e especialistas da tua área de atuação. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
 - m) renovação de receitas da tua área de atuação. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
 - n) agendamento de exames laboratoriais, citopatológico e imagens da tua área de atuação. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
 - o) ocorre falta de recursos materiais (seringas, agulhas, gaze, fitas de HGT, vacinas, medicamentos) no posto da tua área de atuação. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
 - p) quais as condições para o atendimento de emergência da tua área de atuação. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
 - q) o serviço de remoção (ambulância) da tua área de atuação. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?

- r) ocorre interferência da equipe no estilo de vida das famílias e usuários na tua área de atuação. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
- s) ocorre violência doméstica (mulher, adolescente e criança) na tua área de atuação. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item?
- t) existe o acompanhamento de famílias com usuários de drogas (maconha, cocaína, crack, alcoolismo) na tua área de atuação. Como você percebe/é/vê essas situações/Como te sente diante deste item/situação?
7. Quais os sentimentos diante dessas situações te provocam?
8. Quais as estratégias adotadas para enfrentar esses problemas morais vivenciados no ambiente de trabalho?

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO CEPAS

**CEPAS****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE****Universidade Federal do Rio Grande**

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP

Avenida Itália km 08 – Campus Carreiros - Caixa Postal 474 - Rio Grande – RS - CEP: 96201-900

Telefone: 3233 6736 -

Fax: 3233 6822

E-Mail: propesp@furg.brHomepage: www.propesp.furg.brcepas@furg.brHomepage: www.cepas.furg.br

Fone: 32330235

PARECER Nº 30/ 2010

PROCESSO Nº 23116.001722/2010-60

CEPAS 07/2010

TÍTULO DO PROJETO: “Estratégia de saúde da família: vivências de problemas e dilemas morais da equipe”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Valéria Lunardi.

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando o atendimento às pendências informadas no Parecer 27/2010, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto “Estratégia de saúde da família: vivências de problemas e dilemas morais da equipe”.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 01/09/2010.

Rio Grande, RS, 15/04/2010.

Profa. MSc. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS

ANEXO B- NORMAS DE FORMATAÇÃO DO PERIÓDICO CIENCIA, CUIDADO E SAÚDE

Normas para apresentação dos trabalhos

1) Aspectos gerais

- Serão aceitos trabalhos redigidos em português, inglês e espanhol.
- Nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão fazer referência ao número do parecer aprovado pelo Comitê de Ética que analisou a pesquisa, bem como explicitar o processo adotado para atendimento das prerrogativas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.
- Os artigos deverão ser digitados em “word for windows” 98 ou superior, fonte “Times New Roman”, tamanho 12, com espaçamento duplo, com margens de 2,5 cm e papel A4.
- Ilustrações coloridas (figuras) não serão aceitas para publicação, devendo ser adaptadas para tons de cinza ou preto. Figuras e tabelas devem ser limitadas (os) a cinco no total.

2) Organização

a) Página de identificação

Não numerada, contendo título do trabalho com as devidas informações em nota de rodapé: se o trabalho foi financiado por algum órgão ou instituição, se já foi discutido em evento científico ou publicado em revista estrangeira e se originário de dissertação ou tese.

- Indicação da seção a que o texto se destina, conforme exposto no parágrafo introdutório;
- Nome completo do(s) autor(es), logo abaixo do título (máximo de seis autores). Em nota de rodapé deverão constar: formação profissional, titulação e/ou cargo atual, instituição a que pertence(m) e endereço eletrônico.
- Endereço do autor principal para contato.

b) Manuscrito

Exige-se correção de português, inglês e espanhol e não deverá conter notas de rodapé.

Deverá apresentar a seguinte estrutura:

- Título: em português, inglês e espanhol;
- Resumo em português contendo no mínimo 150 e no máximo 200 palavras;
- Palavras-chave: 3(três) a 5 (cinco) palavras ou expressões que identifiquem o tema, utilizando termos listados nos "Descritores em Ciências da Saúde- DECS-LILACS", elaborado pela BIREME;
- Resumos em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen): devem corresponder à versão do resumo em português e seguido pela expressão Palavras-chave (Keywords e Palabras clave).
- Texto propriamente dito (Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão /considerações finais, Agradecimentos e Referências).

Observações:

- o depoimento dos sujeitos deverá ser apresentado em espaço simples, em itálico, com recuo à esquerda, fonte tamanho 10, sem aspas e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes [...], e intervenções ao que foi dito devem ser apresentadas entre chave { };
- citação "ipsis literes" de até três linhas, usar aspas, na sequência do texto; acima de três linhas, colocar em espaço simples, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10. Nos dois casos fazer referência ao número da página de onde foi retirado o trecho em questão

Exemplo(19:6).

3) Referências

- Não ultrapassar o limite de 20 (vinte). No texto devem ser numeradas, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez.
- Devem ser identificadas no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem a menção aos autores, exceto quando estritamente necessária à construção da frase. Nesse caso

além do nome (sem o ano), deve aparecer o número correspondente.

- Ao fazer a citação seqüencial de autores, separe-as por um traço (ex. 3-5); quando intercalados utilize vírgula (ex. 5,8,12).
- As referências devem ser listadas na mesma ordem de citação no texto, ignorando a ordem alfabética de autores.
- Devem constar os nomes de todos os autores até 6, quando ultrapassar este número, citar os seis primeiros autores e em seguida utilizar a expressão et al.
- As referências devem ser alinhadas à esquerda.
- A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

ANEXO C - NORMAS DE FORMATAÇÃO DO PERIÓDICO REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM

Devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Times New Roman* 12, espaçamento duplo, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo em maiúsculas e negrito; *resumen* e *abstract* em maiúsculas, negrito e itálico; seção primária em maiúsculas e negrito; e seção secundária em minúsculas e negrito. Ex.: **TÍTULO**; **RESUMO**; **RESUMEN**; **ABSTRACT**; **INTRODUÇÃO** (seção primária); **Histórico** (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto.

Os manuscritos devem conter:

Título (inédito) que identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

Resumo conciso, em até 150 palavras, elaborado em parágrafo único, acompanhado de sua versão para o Espanhol (*Resumen*) e para o Inglês (*Abstract*), devem ser apresentados começando pelo mesmo idioma do trabalho. Os artigos originais devem apresentar um resumo contendo: objetivos, método, resultados, discussão e conclusões. Os demais artigos devem apresentar nos seus resumos: introdução, objetivos, resultados e considerações finais.

Descritores: de 3 a 6 que permitam identificar o assunto do trabalho, em Português (Descritores), Espanhol (*Descriptores*), e Inglês (*Descriptors*), conforme os “Descritores em Ciências da Saúde” (<http://decs.bvs.br>), que apresenta os descritores nos três idiomas, podendo a Revista modificá-los se necessário;

Título em outros idiomas: apresentá-lo nas versões que completem os três idiomas que a Revista adota: Português (**Título**), Espanhol (*Título*), e Inglês (*Title*). As versões do título devem ser apresentadas logo após os descritores do seu respectivo idioma;

Citações: utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem mencionar o nome dos autores. Quando se tratar de citação seqüencial, separar os números por hífen, quando intercaladas devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta), devem ser utilizadas aspas na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso.

Exemplos:

Pesquisas apontam que...(1-4).

Alguns autores acreditam que...(1,4,5).

“[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu”(7).

Referências: devem ser atualizadas e preferencialmente de periódicos. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utilizando lista numerada no final do trabalho, deve ser composta por todas as obras citadas no texto, na ordem de ocorrência, conforme a norma de *Vancouver*, não gerando mais de um número para a mesma obra. Indicar prenomes dos autores abreviados. Deve ser incluída, no mínimo, uma referência da Revista Gaúcha de Enfermagem.

Os trabalhos poderão ainda conter:

Depoimentos: são frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa. Não utilizar aspas e seguir a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses codificada a critério do autor, e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]” e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Ilustrações: poderão ser incluídas até **quatro** (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- **gráficos e quadros** devem ser numerados consecutivamente com algarismos arábicos.

Apresentar o título (que identifique o assunto) logo abaixo dos mesmos e conter localização

geográfica, fonte e período/data de abrangência dos dados;

- **tabelas** devem ser utilizadas quando o dado numérico se destaca como informação central. Devem ser numeradas consecutivamente, inclusive as de anexo, quando houver, com algarismos arábicos, encabeçadas por seu título (que deverá identificar o assunto), e contendo localização geográfica e período/data de abrangência dos dados. As tabelas devem conter todos os dados que permitam sua compreensão, com explicações sobre símbolos e abreviaturas. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. A fonte dos dados deve ser mencionada logo abaixo da tabela;

- demais **ilustrações** tais como fotografias, desenhos, etc., devem ser escaneadas com resolução igual ou acima de 300 dpi, enviadas como figura, citadas como figura, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, e com o título abaixo da mesma. As ilustrações devem permitir uma perfeita reprodução, obedecendo a normas de desenho para fins de enquadramento nas colunas da Revista;

Símbolos, abreviaturas e siglas: devem ser explicitados na primeira vez em que forem mencionados. Usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo;

Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e **anexos** (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).