



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

Maria Esther Souza Baibich

**VIVÊNCIA DE SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO POR TRABALHADORAS
DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM ATENÇÃO DOMICILIAR DO SUS**

Florianópolis
2023

Maria Esther Souza Baibich

**VIVÊNCIA DE SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO POR TRABALHADORAS
DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM ATENÇÃO DOMICILIAR DO SUS**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva da Universidade Federal de
Santa Catarina para obtenção do título de doutora
em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Verdi
Coorientador: Prof.^a Dr.^a Mirelle Finkler

Florianópolis
2023

Baibich, Maria Esther Souza

Vivência de Assédio Moral no Trabalho por Trabalhadoras de Equipes Multiprofissionais em Atenção Domiciliar do SUS /Maria Esther Souza Baibich ; orientadora, Marta Inez Machado Verdi , coorientadora, Mirelle Finkler , 2023.

110 p.

2. Sofrimento Moral no Trabalho. 3. Trabalho em Atenção Domiciliar. 4. Bioética. 5. Saúde Coletiva. I. Verdi ,Marta Inez Machado . II. Finkler , Mirelle . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Maria Esther Souza Baibich

Vivência de Assédio Moral no Trabalho por Trabalhadoras de Equipes Multiprofissionais em Atenção Domiciliar do SUS

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Marta Inez Machado Verdi
Orientadora PPGSC/UFSC

Prof.^a Dr.^a Mirelle Finkler
Coorientadora PPGSC/UFSC

Prof.^a Dr.^a Luzilena de Souza Prudêncio,
Membro Externo UNIFAP

Dr.^a Maria Cláudia Souza Matias
Membro Externo SMS Blumenau/SC

Prof.^a Dr.^a Flávia Regina Souza Ramos
Membro PEN/UFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Insira neste espaço a
assinatura digital

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a
assinatura digital

Prof.^a Dr.^a Marta Inez Machado Verdi
Orientadora

Florianópolis, 2023.

“A dor não surge apenas por estimulação periférica, mas também por uma experiência da alma, que reside no coração”.

Platão, s/d

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo geral a compreender a vivência de sofrimento moral frente aos problemas éticos encontrados no cotidiano de trabalho de trabalhadores em Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) do SUS, buscando identificar os principais problemas éticos e como se apresentam no cotidiano de trabalho em EMAD; analisar como a subjetividade, a saúde e a vida dos trabalhadores são afetadas pela vivência do sofrimento moral; e conhecer as estratégias de resistência e enfrentamento frente ao sofrimento moral utilizadas pelos trabalhadores. A pesquisa teve natureza qualitativa com design exploratório e descritivo, com coleta de dados primários por meio de entrevistas narrativas com 11 trabalhadoras de cinco EMAD localizadas nos Estados de Santa Catarina e São Paulo. Foi realizada análise descritiva e de conteúdo com apoio do software Atlas Ti. A pesquisa contou com financiamento do Ministério da Saúde pertencendo ao macroprojeto interinstitucional de Avaliação do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar para o SUS – educação a distância. Os resultados apontam para a existência de Problemas Éticos na organização e nas Relações Interprofissionais de Trabalho decorrem principalmente da precarização advinda com a privatização dos serviços de saúde e pela predominância do modelo hegemônico médico neoliberal, tanto na formação dos profissionais, como nas relações interprofissionais, organização e gestão dos SAD. Na categoria de Vivências de Sofrimento Moral, o sofrimento foi percebido pela expressão de sentimentos desagradáveis e indesejáveis, como frustração, impotência, tristeza, angústia, medo e culpa. Neste processo vivencial sua repetição e continuidade implicam em repercussões sobre a saúde mental e no viver do trabalhador. Para fazer frente à esta vivência de sofrimento moral, as trabalhadoras utilizam estratégias individuais ou coletivas de resistência ou enfrentamento. Concluiu-se que o sofrimento moral no trabalho é resultado de um processo contínuo, desencadeado por um estado afetivo-emocional de angústia e sofrimento diante de um conflito moral do trabalhador decorrente dos problemas éticos vivenciados no trabalho cotidiano. Faz-se urgente a reorganização dos modos de gestão, organização e produção do cuidado na AD, ressignificando o potencial positivo de satisfação e prazer no trabalho. É necessário realinhar com as políticas de educação permanente e humanização com a valorização do trabalhador, reforçando uma formação ética no trabalho.

Palavras-chave: Sofrimento Moral no Trabalho, Problemas Éticos no Trabalho em Atenção Domiciliar, Trabalho em Atenção Domiciliar, Bioética e Saúde Coletiva.

ABSTRACT

This research had the general objective of understanding the experience of moral distress in the face of ethical problems encountered in the daily work of workers in Multiprofessional Home Care Teams (EMAD) of the SUS, seeking to identify the main ethical problems and how they present themselves in the daily work in EMAD; analyze how the subjectivity, health and life of workers are affected by the experience of moral distress; and to know the resistance and coping strategies used by workers in the face of moral distress. The research had a qualitative nature with an exploratory and descriptive design, with primary data collection through narrative interviews with 11 workers from five EMAD located in the States of Santa Catarina and São Paulo. Descriptive and content analysis was performed with the support of Atlas Ti software. The research was financed by the Ministry of Health belonging to the interinstitutional macroproject of Evaluation of the Multicenter Program of Professional Qualification in Home Care for the SUS – distance education. The results point to the existence of Ethical Problems in the organization and in Interprofessional Work Relations, mainly due to the precariousness arising from the privatization of health services and the predominance of the hegemonic neoliberal medical model, both in the training of professionals, as in interprofessional relations, organization and management of SADs. In the category of Experiences of Moral Suffering, suffering was perceived by the expression of unpleasant and undesirable feelings, such as frustration, impotence, sadness, anguish, fear and guilt. In this experiential process, its repetition and continuity imply repercussions on the worker's mental health and life. To face this experience of moral suffering, the workers use individual or collective resistance or coping strategies. It was concluded that moral distress at work is the result of a continuous process, triggered by an affective-emotional state of anguish and suffering in the face of a worker's moral conflict arising from ethical problems experienced in daily work. It is urgent to reorganize the modes of management, organization and production of care in HC, re-signifying the positive potential of satisfaction and pleasure at work. It is necessary to realign with the policies of permanent education and humanization with the valorization of the worker, reinforcing an ethical formation in the work.

Keywords: Moral Suffering at Work, Ethical Problems at Work in Home Care, Work in Home Care, Bioethics and Collective Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição de profissionais cadastrados no PMC, conforme ocupação e tipo de equipe, Brasil, 2017.	35
Quadro 2 - Total de Procedimentos Realizados no período de 2012 a 2017.	36
Quadro 3 - Caracterização dos participantes da pesquisa.	60
Quadro 4 - Categorias e subcategorias oriundas do processo de análise	64

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	25
2.1	OBJETIVO GERAL	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3	MARCO CONTEXTUAL	26
3.1	AS TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO.....	26
3.2	O TRABALHO EM SAÚDE: REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR	29
3.3	O TRABALHO EM ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	31
4	MARCO CONCEITUAL	40
4.1	A CONSTRUÇÃO DA PERSONALIDADE MORAL	40
4.2	QUESTÕES ÉTICAS NO TRABALHO EM SAÚDE	44
4.3	O SOFRIMENTO HUMANO E O SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO EM SAÚDE.....	50
5	PERCURSO METODOLÓGICO	57
5.1	DESENHO DA PESQUISA	57
5.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA	59
5.3	COLETA DE DADOS	61
5.4	ANÁLISE DOS DADOS	62
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	64
6	RESULTADOS	67
6.1	ARTIGO 1: PROBLEMAS ÉTICOS NA ORGANIZAÇÃO E RELAÇÕES DE TRABALHO NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	67
6.2	ARTIGO 2: VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO MORAL POR TRABALHADORES DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO SUS	88
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
	REFERÊNCIAS	106
	APÊNDICE A – ENTREVISTA NARRATIVA	112

1 INTRODUÇÃO

As diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro definem que entre os fatores determinantes e condicionantes da saúde estão a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais, bem como o trabalho.

Para Dejours (1993, p.99), “a saúde não seria um estado, mas um objetivo”, ou seja, algo a ser alcançado sempre e que nunca é estático, é dinâmico. Em contrapartida, “a doença implica na quebra de equilíbrio”, o que desafia os profissionais da área da saúde a desenvolver ações para prevenir a doença e conquistar a saúde.

No que tange a categoria trabalho, a saúde buscaria o estado de equilíbrio entre os aspectos físicos, psíquicos e sociais. O que representa, não só a ausência de doença, mas a realização plena do potencial do trabalhador com bem-estar, alegria, produtividade e autoconfiança. Nesta perspectiva, o trabalho está associado a significados positivos, mas que infelizmente, não se reduzem a isso, podendo também ser cercado de significados negativos associados a violências, ansiedade, transtornos e sofrimento psíquico, mental e moral (CAMPOS, 2006).

O trabalho enquanto atividade de transformação entre o homem e a natureza é portador de significado e constitutivo da subjetividade, expressando-se na identidade como uma analogia entre o que eu sou e o que eu faço. Como fator identitário, constitui a autoestima, podendo ser tanto fonte de prazer e satisfação como de insatisfação e adoecimento, quando sua expressividade se reporta ao seu aspecto negativo de sofrimento e castigo, e não à sua potencialidade como fator de inserção e integração ao mundo social (BAIBICH; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2014).

Ressaltando este papel do trabalho na subjetividade do trabalhador, também o modo como ele é executado (a atividade e seu processo de realização) e o que resulta dele (o produto) são importantes na construção desta identidade humana e dizem respeito à questão do seu significado e da satisfação obtida por seu intermédio. Assim, o trabalho tem sido considerado como uma instituição social instituída e instituinte, à qual é inerente o caráter transformador e subjetivo, numa perspectiva dialética segundo a qual, ao trabalhar os sujeitos transformam algo e do mesmo modo são transformados como resultado deste ato (BAIBICH; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2014).

Ao descrever a psicodinâmica das relações entre trabalho, sofrimento e prazer, Dejours (2005, p.21, 27-8) afirma que:

O trabalho tem efeitos poderosos sobre o sofrimento psíquico. Ou bem contribui para agravá-lo, levando progressivamente o indivíduo à loucura, ou bem contribui para transformá-lo, ou mesmo subvertê-lo, em prazer, a tal ponto que, em certas situações, o indivíduo que trabalha preserva melhor a sua saúde do que aquele que não trabalha (...) há o sofrimento dos que temem não satisfazer, não estar à altura das imposições da organização do trabalho: imposições de horário, de ritmo, de formação, de informação, de aprendizagem, de nível de instrução e de diploma, de experiência, de rapidez de aquisição de conhecimentos teóricos e práticos e de adaptação à "cultura" ou à ideologia da empresa, às exigências do mercado (...).

A manifestação de uma forma de sofrimento, o psíquico, é comprovado por Machado (2010) para quem as estatísticas de órgãos de saúde e previdenciários confirmam essa tendência. A Organização Mundial de Saúde (OMS) registra a presença de 30% de trabalhadores com transtornos mentais leves e mais 5% a 10% com transtornos mentais graves relacionados ao trabalho. No Brasil, as estatísticas do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) apontam que os chamados "transtornos mentais e do comportamento" representam a terceira causa para o afastamento do trabalho (JACQUES, 2015).

O conhecimento dos fatores causadores de prazer e sofrimento pode ser o ponto de partida para que as organizações e os próprios trabalhadores impulsionem o labor em um sentido mais prazeroso e colaborativo, e conseqüentemente, mais humano e ético. Pode-se, assim, evitar doenças quer sejam físicas ou psíquicas, relacionadas ao sofrimento no trabalho (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Questões estas, que não são estranhas ao mundo do trabalho dos (as) profissionais de saúde, pelo contrário, fazem parte do seu cotidiano. Também em um estudo publicado pela Federação dos Trabalhadores nas Indústrias de Santa Catarina, o estado liderou o ranking brasileiro com maior número de doenças e acidentes de trabalho entre os anos de 2006 e 2013. Entre os setores campeões de doenças e acidentes de trabalho, as atividades de atenção à saúde humana aparecem em quarto lugar (FETIESC, 2016).

Atividades ligadas ao cuidar apresentam grande tendência em desenvolver transtornos mentais e comportamentais, como por exemplo, a Síndrome de Burnout, transtorno prevalente entre profissionais da educação e saúde. Em uma pesquisa realizada com profissionais de saúde, a maioria revelou que, apesar da exaustão

emocional relatada, a realização pessoal com o trabalho se apresentava como importante recurso para o alívio do sofrimento, oriundo tanto das condições precárias de trabalho a que muitas vezes está exposto, como frente aos modos de sua organização em que “guerra”, “luta” e o assédio moral não lhes eram fatores desconhecidos (JACQUES; CODO, 2003).

É necessário compreender que o trabalho e a natureza do trabalho em saúde também mudaram. Os riscos também são de outra natureza, mais amplos, alguns deles imateriais e invisíveis. Estão relacionados principalmente ao processo de trabalho, sua dinâmica, a forma como é organizado, seus ritmos, sua intensidade, as condições com que é realizado e principalmente, com o conteúdo mental do trabalho (MERHY, 2002).

A saúde coletiva já compreendeu essa nova dinâmica do trabalho e vem produzindo conhecimento nesse sentido. Entretanto, o setor saúde tem um limite de atuação e não tem dado conta de atuar de forma preventiva sozinho, necessitando de uma atuação intersetorial e interdisciplinar (HELLMANN; VERDI; GABRIELLI *et al.*, 2012).

As mudanças dos processos produtivos na saúde podem ser verificadas se olharmos a partir da incorporação de novas tecnologias de cuidado, nos processos produtivos, nas outras maneiras de organização do processo de trabalho e nas mudanças das atitudes dos profissionais no modo de cuidar do outro. Esses novos processos de subjetivação dos profissionais também podem determinar uma certa reestruturação produtiva, uma vez que impactam o modo de se produzir o cuidado (FRANCO, 2002).

Os produtos na saúde trazem a particularidade de uma certa materialidade simbólica, uma vez que a produção na saúde se realiza por meio do “trabalho vivo em ato”, ou seja, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas este “trabalho vivo” interage continuamente com instrumentos, normas, máquinas e diversos tipos de tecnologias. Forma assim um processo de trabalho que confere um certo sentido no modo de produzir o cuidado (MERHY, 2002).

No campo do trabalho em saúde, as mudanças ocorreram a partir dos mesmos dispositivos que provocaram a reestruturação produtiva, aos quais são acrescentados processos de subjetivação, que redefinem um modo de agir no mundo do trabalho em

saúde diferente do anterior, com o predomínio do trabalho vivo em ato e das tecnologias leves no processo produtivo (MERHY, 2002).

O grande incremento ocorrido com os novos recursos tecnológicos disponíveis que levaram à divisão e à multiplicação do conhecimento e ao surgimento de novas profissões, é com frequência, considerado como sinal de avanço científico. Mas é também, um sinal de avanço no cuidado em saúde, onde o indivíduo não pode mais ser visto como isolado de sua família, seu lazer, seu trabalho, suas experiências físicas e psíquicas. É preciso entender este indivíduo em sua integralidade, com direito a um cuidado integral e o respeito aos seus direitos individuais e coletivos (REGO, 2009).

Ao mesmo tempo, no Brasil, frente às diferenças e desigualdades sociais existentes, o cotidiano do trabalhador em saúde amplia o desafio permanente de decidir sobre questões morais.

A cada prescrição, internação, alta, indicação de vacina ou de procedimento, um gigantesco universo de perguntas e de questionamentos se apresenta na mente dos protagonistas - sem que estes, muitas vezes, tenham sido, em algum momento, preparados para tomar tais decisões (REGO, 2009, p.144).

O cuidado assume situações variadas, mutantes e também imprevistas, o que pode provocar condições diversas para avaliação se uma definição é correta ou não na forma de cuidado. Não esqueçamos que as pessoas também são protagonistas tanto na definição do cuidado que desejam quanto interferem ativamente na forma como ele é feito.

A necessidade de normas morais que sirvam para orientar a conduta dos indivíduos é tão antiga quanto a própria convivência social sendo, porém, um tema extremamente contemporâneo, tendo em vista os contínuos desafios éticos que estão postos para a vida em sociedade. A impregnação do sentido ético no trabalho representa a possibilidade do ser humano se desenvolver dentro de um contexto de trabalho favorável à construção de relacionamentos considerados saudáveis por meio de políticas e ações de gestão do trabalho, construindo pontes para a consolidação de uma cultura organizacional saudável e de excelência emocional (SILVA; TOLFO, 2011).

Berlinguer (2003, p.109) cientista, político, médico do trabalho e autor da Bioética Cotidiana, descreve a relação entre trabalho e saúde numa interface da

biologia humana e da economia, destarte, demonstrando um interesse crescente pela ética, relacionados a estes aspectos, a qual também acabou se envolvendo a bioética, “fortalecida na onda dos conhecimentos e dos progressos das ciências”.

Muitas questões e problemas que envolvem as atuais demandas, os direitos e a oferta de serviços em saúde, fazem interface com o tema da ética, uma vez que o trabalho em saúde exige de seus profissionais a reflexão constante e a tomada de decisões que envolvem conflitos morais, o que torna o desenvolvimento deste tipo de competência um grande desafio (BERLINGUER, 2003).

A vivência de problemas, conflitos e dilemas éticos no processo de trabalho dos profissionais de saúde tem sido cotidiana. Quando expressam uma inadequação entre o que acreditam que ‘deveriam fazer’ e o que conseguem realizar, podem desencadear sentimentos de frustração, insatisfação e insegurança, em um verdadeiro sofrimento moral de quem se considera totalmente inadimplente com suas obrigações morais (ZOBOLI, 2004).

O sofrimento moral surge no momento em que o trabalhador sabe o correto a ser feito, mas devido às limitações financeiras, socioculturais e morais provenientes da própria sociedade e que também se expressam nas instituições de trabalho, não realiza o que acredita ser correto. As consequências podem aparecer de diversas formas, já que o modo como cada uma estrutura sua moral é singular, com determinadas crenças e diferentes arranjos valorativos dos próprios valores humanos (BARLEM, 2013; LUNARDI, 2009).

Segundo Barth *et al.*, (2013), numa revisão bibliográfica, no período de 2007 a 2013, sobre o conceito de sofrimento moral e sua relação com a enfermagem, o sofrimento moral é definido como uma “perturbação psicológica” ocasionada por sentimentos de angústia e sofrimento que ocorrem quando o trabalhador sabe qual a escolha moralmente correta a seguir, mas devido a barreiras institucionais ou conflitos interpessoais, não consegue realizar as ações que julga moralmente corretas. As causas principais foram: a falta de condições adequadas de trabalho e de recursos materiais e pessoal e que levam à improvisação e à sobrecarga de trabalho, à falta de competência da equipe de trabalho, à obstinação terapêutica, à negligência e descaso, o desrespeito aos direitos e autonomia dos pacientes. Também a falta de tempo, relutância de chefias, constrangimentos legais e a pressão do poder médico e não exercer as suas funções conforme seus preceitos morais, foram outras causas encontradas (BARTH *et al.*, 2013).

Logo, o sofrimento moral está relacionado à violação da integridade moral que ao romper-se, pode fazer com que o trabalhador desenvolva sentimentos dolorosos de impotência, culpa, medo, ansiedade, frustração, raiva e mágoa, os quais podem levar ao seu adoecimento e mesmo ao abandono da profissão.

Assim como a construção do SUS implicou em uma reviravolta ética, a Atenção Domiciliar (AD) também passa a inserir novas questões éticas ao produzir novos modos de cuidar que atravessam os projetos dos usuários, dos familiares, da rede social e dos próprios trabalhadores da atenção domiciliar. A atenção domiciliar como política setorial prioritária e modalidade substitutiva de atenção à saúde requer sustentabilidade política, conceitual e operacional, bem como reconhecimento dos novos arranjos e articulação das propostas em curso (SANTOS, 2010).

Esta nova modalidade na produção de cuidado no domicílio exige dos profissionais maior implicação em reconhecer e respeitar a singularidade de usuário e família, desenvolvendo estratégias e intervenções terapêuticas diferenciadas, de acordo com a necessidade e o contexto de cada caso. A atenção domiciliar incorpora novas práticas adequadas a esse novo ambiente. Um ambiente não legitimado socialmente como campo de práticas da saúde, ao contrário dos hospitais e outras instituições de saúde, onde a equipe técnica se sente familiarizada e protegida pelas normas das instituições (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013; ANDRADE, 2017).

Santos (2017, p.42) realizou levantamento onde não encontrou dados que registrem a demanda judicial específica da Atenção Domiciliar. Todavia encontrou, entre as demandas judiciais prevalentes no âmbito do SUS que as mais frequentes relacionadas à Atenção Domiciliar “podem ser resumidas em: insumos, medicamentos, equipamentos e dietas; inclusão de paciente sem critérios corretos; manutenção indefinida da internação domiciliar sem critérios e enfermagem 24h”

A interposição de terceiros ou do sistema judiciário de forma rotineira, geralmente cria mais obstáculos do que soluções benéficas ao paciente. Ao romper um vínculo baseado na confiança, o transforma num jogo de desconfiança, chantagem e burocracia. Leva uma situação que por si só já é estressante, num conjunto de sentimentos negativos como raiva, angústia, ansiedade, desrespeito e “guerra”. Esse ambiente não traz proveito para o paciente, para a família, para os trabalhadores e para as instituições.

Para ofertar um cuidado humanizado na atenção domiciliar, é de extrema importância que os trabalhadores se sintam seguros, motivados e realizados com a

sua atuação para satisfazer tanto os aspectos objetivos quanto os subjetivos na relação com seu trabalho. Mas, se neste trabalho houver uma carga maior de sofrimento, seus reflexos impactam negativamente na qualidade e efetividade do atendimento e no vínculo com o usuário-família-cuidador. Do mesmo modo, poderá afetar a saúde e a vida do trabalhador em sofrimento.

Considerando a escassez de estudos sobre sofrimento moral no trabalho em saúde e a lacuna de estudos específicos no trabalho em atenção domiciliar, já que esta passou a ser política setorial prioritária no SUS, entende-se necessário compreender melhor quais são os problemas e conflitos éticos encontrados no cuidado em domicílio e suas implicações para o trabalhador. Capturar a complexidade da vivência do sofrimento moral, que pode se fazer presente neste processo de produção coletiva e que também se explicita pela trajetória singular de cada trabalhador na construção da personalidade e consciência moral autônomas.

Como profissional psicóloga, docente e pesquisadora há mais de 30 anos na área de saúde mental do trabalhador e somado ao fato de estar trabalhando na formação de trabalhadores e na avaliação do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a distância pela UFSC/UNA-SUS, vislumbrei a necessidade de investigar sobre os condicionantes presentes e que podem levar o trabalhador à uma vivência de sofrimento moral e ao adoecimento. Para que ao levantando as possibilidades de crítica e superação dos seus elementos produtores, também permita promover saúde e qualidade de vida aos trabalhadores.

Cabe aqui explicitar nossa adoção pela compreensão fenomenológica de Husserl para o sentido de 'vivência', entendida como a ressonância ou o impacto na subjetividade a partir da interação entre a consciência e a realidade. (ARRUDA, 1979).

Lersch *apud* Arruda (1971) propõe um processo composto por quatro elementos integrados e necessários à ocorrência do fenômeno psíquico designado como vivência, um círculo funcional: a tendência, a percepção, a afetação e a conduta ativa. Todos elementos possuem um caráter evolutivo ao longo do desenvolvimento humano, tornando-se cada vez mais complexos, desde o nascimento até a morte.

O ser vivente não reproduz internamente o mundo circundante de forma automática e passiva, mas vinculada às suas necessidades internas na forma de impulsos que, quando satisfeitos, promovem tanto o desenvolvimento quanto a conservação de sua existência. "(...) São essas necessidades, correspondentes ao

plano de construção do ser vivo, que realça certos setores do mundo circundante, colocando em estado de alerta a percepção” (ARRUDA, 1971, p. 166).

É mediante uma percepção seletiva e ativa diante da multiplicidade de estímulos externos, que o ser humano vai entrar em contato com o mundo exterior e se orientar nele. A afetação, terceiro momento do círculo funcional da vivência, se refere à repercussão no nosso mundo interno subjetivo. Em seus ‘estágios superiores’, originam os ‘sentimentos superiores’, tais como o amor, o medo, a inveja, o respeito, entre outros (ARRUDA, 1979).

A conduta ativa, último elemento do círculo funcional, é então, o movimento do ser vivente em direção ao mundo, no sentido de suas necessidades, percepções e afetividades.

O ser vivo animado projeta pela segunda vez no horizonte do mundo como o fez primeiramente na busca interrogante das pulsões e tendências. Se estas provêm de uma tensão das necessidades, a conduta ativa tende a dissolver aquela tensão (LERSCH *apud* ARRUDA, 1979, p.164).

A importância da vivência, portanto, reside no fato de ser uma referência fundamental na orientação da vida, mesmo não se tendo consciência clara dela. De acordo com Forghieri (1993), isso se dá porque o homem tem consciência de sua própria vida e daqueles com quem se relaciona e atribui significados às situações de sua existência. Assim, “as situações que alguém vivencia não possuem, apenas, um significado em si mesmas, mas adquirem um sentido para quem as experiencia, que se encontra relacionado à sua própria maneira de existir”. A autora ainda ressalta ser esse sentido uma experiência íntima, cuja observação externa frequentemente escapa (p. 58).

Este estudo buscará, então, ampliar o conhecimento sobre o universo de significados, valores e comportamento moral relacionados ao nosso objeto de pesquisa que é a vivência do Sofrimento Moral (SM) do trabalhador na relação com problemas e conflitos éticos presentes no trabalho em atenção domiciliar.

Com este propósito, pretende-se a elucidação da seguinte questão:

- Como o processo de sofrimento moral, originado de dilemas e conflitos de valores ou de deveres morais diante dos problemas éticos, é vivenciado no cotidiano de trabalho em atenção domiciliar?

Perante as reflexões até aqui aludidas e resultante de uma revisão crítica da literatura, principalmente em produções que retratam o atual contexto brasileiro e

ancorada na psicossociologia, psicologia do trabalho, psicologia moral e na bioética, estabelecemos a seguinte tese:

O sofrimento moral vivenciado por trabalhadores da Atenção Domiciliar origina-se a partir de dilemas e conflitos éticos do cotidiano de trabalho, os quais geram sentimentos dolorosos, incômodos, desagradáveis, e persistentes. Estes sentimentos levam à implicações na saúde e bem viver, exigindo do trabalhador mobilização subjetiva, por meio de estratégias de resistência e enfrentamento.

Como contribuições deste estudo, pretende-se aprofundar e buscar novos conhecimentos que contribuam para uma compreensão sobre esta vivência de sofrimento e sua significação nos processos de subjetivação, saúde e doença dos trabalhadores, permitindo vislumbrar e propor as transformações necessárias.

O aprofundamento teórico e o estudo sobre o tema poderão contribuir nos processos formativos e na educação permanente. E transversalmente, para o desenvolvimento e difusão de ferramentas coletivas e individuais que contribuam na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos trabalhadores e que teriam potencial para influenciar positivamente na efetividade e qualificação do cuidado ao usuário.

Do mesmo modo, poderá fornecer subsídios na construção de uma política de promoção de saúde para os trabalhadores do Programa Melhor em Casa, com ações voltadas para a melhoria das condições e relações de trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a vivência de sofrimento moral frente aos problemas éticos encontrados no cotidiano de trabalho de trabalhadores em Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) do SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os principais problemas éticos e como se apresentam no cotidiano de trabalho em EMAD;
- Analisar como a subjetividade, a saúde e a vida dos trabalhadores são afetadas pela vivência do sofrimento moral;
- Conhecer as estratégias de resistência e enfrentamento frente ao sofrimento moral utilizadas pelos trabalhadores em EMAD.

3 MARCO CONTEXTUAL

Sob as perspectivas da Psicodinâmica do Trabalho de Christopher Dejours e da Sociologia do Trabalho, esta seção inicia com a construção histórico-crítica da consolidação do capitalismo em nossa sociedade e como essa transformação e os novos modelos de administração do processo de trabalho, afetaram a saúde dos trabalhadores.

A seguir, abordam-se os impactos destas transformações no trabalho em saúde e os problemas e conflitos éticos que se apresentam neste campo.

Entendendo que o comprometimento da saúde dos trabalhadores também pode causar interferências diretas e indiretas sobre a assistência, por fim, apresentamos como se caracteriza a atenção domiciliar e sua regulamentação como política setorial prioritária do SUS.

Buscamos de tal modo, construir conhecimento teórico que nos permitirão reflexões a posteriori, sobre a realidade do ambiente, da organização, das condições e relações de trabalho nesta modalidade.

3.1 AS TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO

A consolidação do capitalismo compreendeu diversos ciclos de crescimentos e de crises. Um conjunto de transformações que vão desde as inovações tecnológicas, a qualificação do trabalhador, os modos de organização do trabalho e da produção, as estratégias empresariais, formas de controle sobre os trabalhadores, até o desempenho dos sindicatos e o papel do Estado (MARX, 2013).

Com a chegada da IIª Revolução Industrial, caracterizada como primeira etapa do capitalismo, o controle sobre o trabalhador se dá de forma absolutamente autoritária, materializada em agressões físicas, castigos, ameaças, multas e demissões. Com longas jornadas, de 12 a 15 horas diárias em condições de trabalho precárias e com salários aviltantes.

Tal precariedade foi exacerbada com a adoção dos modelos de Taylorismo e Fordismo, no final do século XIX e início do XX, ocasionando diferentes tipos de doenças profissionais, como dermatológicas, cardíacas, respiratórias e provocando alto nível de estresse físico e mental. Tal falta de proteção social, levou à morte crianças, mulheres e homens trabalhadores (ANTUNES, 2008).

O trabalho repetitivo e sistemático foi resultado da fragmentação de tarefas e da racionalização da produção. Desta forma, as normas e os procedimentos uniformes elaborados unilateralmente pelos empresários, sem a participação do principal ator envolvido, tornou o trabalho sem sentido e sem iniciativa nenhuma por parte do trabalhador.

Uma das questões que emergiram e afetam a saúde do trabalhador, foi o constante sentimento de medo. Uma vivência que pode originar-se na desestruturação da relação com os colegas, manifestando-se por meio da discriminação, da suspeição ou, ainda, de relações de violência e de agressividade, opondo trabalhadores entre si e com a hierarquia. Existe ainda a auto repressão, a qual deve manter comportamentos condicionados e o medo relativo à deterioração do corpo físico, relacionado às más condições de trabalho (DEJOURS, 2005).

A produção e o consumo de massa foram consolidados pelo fordismo, o novo modelo que ampliou mercados e estabeleceu um novo patamar de rendimentos para os trabalhadores. Entretanto, ao mesmo tempo em que o modelo de Henry Ford estimulou o consumo – uma meta a ser alcançada – convenceu o trabalhador a se submeter a um ritmo acelerado, deixando o prazer para o pós-trabalho (MARX, 2013).

O fordismo se fortaleceu tornando-se um modelo internacional, principalmente no ramo automobilístico, e à medida que precisava garantir o nível de emprego, buscou fornecer um forte complemento ao salário do trabalhador/consumidor, com um amplo programa de políticas públicas, como educação, saúde, habitação, seguro-desemprego, seguridade social.

Enquanto a competição se acirrava e a aplicação dos benefícios foi reduzido, já que a busca da diminuição dos custos de produção levou também a diversos países europeus nos anos 60, a introduzir mão de obra imigrante para pressionar os salários e ao mesmo tempo deteriorando as condições de trabalho.

O compromisso fordista entre o Estado, empregador e trabalhador começou a desfazer-se a partir de um outro contexto, na década de 70. A crise do combustível, a luta dos trabalhadores frente ao trabalho parcelado, repetitivo e com rígida disciplina mostra um novo momento na economia mundial e a Terceira Revolução, a Tecnológica (toyotismo) fez surgir um “colaborador” mais escolarizado, com raciocínio lógico, com capacidade de se relacionar com os colegas e de operar equipamentos diversificados e complexos, motivado para o trabalho e engajado com os objetivos da empresa.

Mas ao mesmo tempo em que o trabalho é flexibilizado, cresce o desemprego, já que as novas tecnologias poupam mão de obra e acabam trazendo novamente a cena, a precarização do trabalho com contratos por tempo determinado e subcontratos.

Carreiras antes estáveis, vínculos duradouros entre trabalhadores e empresa deixaram de fazer parte do dia-a-dia do mercado de trabalho. Um novo cenário se estabelece: o crescimento do liberalismo, onde o mercado aparece como regulador da sociedade, em especial, da relação entre o capital e o trabalho. E observa-se o estado mínimo e a privatização das empresas estatais com o enfraquecimento do movimento sindical.

Sem as políticas públicas e a desconstituição dos direitos sociais dos trabalhadores, surge a precarização do trabalho e a elevada taxa de desemprego, o que contribui, por sua vez, para a exclusão social e ainda por consequência, afeta a sua saúde física e mental.

As exigências de tempo, formação, de informação, de aprendizagem de nível de conhecimento e experiência se somam a necessidade de adaptação à cultura e ideologia da empresa, atualmente tão focada na competitividade. Uma reestruturação do trabalhador que acaba também por provocar o medo.

Nesse contexto de tendência à precarização das relações de trabalho e de risco constante de ingressar nas estatísticas alarmantes do desemprego, aumentam a ansiedade e o medo do trabalhador, a tal ponto que os desgastes físico e psicológico passam, muitas vezes, a ser banalizados e encarados como se fossem da forma normal de trabalhar e viver. Esse cenário apresenta-se sombrio, por isso, necessitamos reforçar conhecimentos, grupos, classes e movimentos sociais comprometidos com as lutas pela humanização do trabalho e da sociedade pode constituir-se na matriz de um outro padrão civilizatório (DEJOURS, 2000, p.97).

Vários autores compartilham a ideia e o entendimento de que a relação estabelecida entre o trabalho e a doença é complexa e ao mesmo tempo, resultado de múltiplos fatores e da interação entre condições biológicas e sociais (LAURELL, 1983).

Também compartilhamos da dimensão do trabalho e sua magnitude subjetiva no desenvolvimento das capacidades humanas, imaginária e criativa, com viés à sua repercussão na saúde produzindo doenças. Assim, consideramos que o trabalho é um dos fatores sociais de relevância ao relacioná-lo à saúde e suas implicações diretas e indiretas à qualidade de vida do sujeito, o que buscaremos refletir a seguir.

3.2 O TRABALHO EM SAÚDE: REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR

O trabalho tem sua relevância na explicação das muitas formas de sociabilidade humana na produção do ser-estar no mundo. Contudo, em sua historicidade, constata-se a reprodução estrutural de condições causadoras de impactos no processo saúde-doença coletivos, conferindo, assim, um duplo papel. Logo, intimidade da relação homem-trabalho que adquire complementaridade dialética (ANTUNES, 2008).

Os trabalhadores da saúde adoecem e, na maioria dos casos constantes, provocam outras implicações, tanto no nível individual quanto coletivo. De uma maneira geral o adoecimento se dá ou no trabalho ou mesmo por ele, o que reflete um movimento de paradoxo no setor de saúde.

O trabalho visto por sua historicidade e pelos seus aspectos da contemporaneidade, subsidia discussões sobre os impactos causados aos trabalhadores. Com implicações na saúde individual e coletiva, o trabalho se torna importante objeto de estudo com vista ao aprofundamento dos saberes e práticas, entrevendo possibilidades de intervenções que minimizem danos e promovam condições saudáveis de vida.

A equipe profissional de saúde também se encontra imersa na realidade neoliberal e têm seu trabalho influenciado. A comercialização da saúde, de seus procedimentos, produtos, rejeitos e sujeitos é uma realidade (BERLINGUER, 2004).

As pressões e tensões decorrentes da organização do trabalho também interferem nos trabalhadores da saúde, não diferente de outros setores do trabalho. A lógica capitalista cujo mercado é extremamente consumista e exige ao mesmo tempo uma adequação financeira, ocorrendo a necessidade de múltiplos vínculos empregatícios, evitando o desemprego, e buscando o esforço pela qualificação. Todos esses elementos contribuem para o adoecimento (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

É necessário compreender que o trabalho e a natureza do trabalho mudaram. Os riscos também são de outra natureza, mais amplos, alguns deles imateriais e invisíveis. Tem a ver, principalmente, com o processo de trabalho, sua dinâmica, a

forma como é organizado, seus ritmos, sua intensidade, as condições com que é realizado e principalmente, com o conteúdo mental do trabalho.

A saúde e a qualidade de vida dos profissionais de saúde constituem importante tema de reflexão. Considerando a importância desses trabalhadores no setor saúde e entendendo que esses devem estar preparados para o desempenho profissional, investiga-se a respeito da qualidade de vida desses profissionais.

Uma reflexão sobre o trabalho e sua correlação com a equipe de saúde: expõe uma contradição do trabalho no sentido de aliar a satisfação das necessidades cotidianas ao adoecimento e ao sofrimento.

As mudanças dos processos produtivos na saúde podem ser verificadas se olharmos a partir da incorporação de novas tecnologias de cuidado, nos processos produtivos, nas outras maneiras de organização do processo de trabalho e, até mesmo, nas mudanças das atitudes dos profissionais, no modo de cuidar do outro. Esses novos processos de subjetivação dos profissionais também podem determinar uma certa reestruturação produtiva, desde que impactam o modo de se produzir o cuidado (FRANCO, 2002).

Para Merhy e Franco (2002) “os produtos na saúde trazem a particularidade de uma certa materialidade simbólica, uma vez que a produção na saúde se realiza por meio do “trabalho vivo em ato”, ou seja, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas esse trabalho vivo interage o tempo todo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias as quais configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado.

Essa transição tecnológica aponta para as mudanças de sentido na produção do cuidado, de conceber o próprio objeto e a finalidade do cuidado, alterando de modo significativo a lógica de produção do cuidado de procedimental-centrada para relacional-centrada, olhando sempre e se subordinando ao mundo das necessidades de saúde, individuais e coletivas (FRANCO, 2003; MERHY, 2002).

Desde a década de 1970, o trabalho em saúde no Brasil passou a priorizar a composição de equipes de profissionais com diferentes formações. Apesar de trazer consigo o risco de fragmentação do trabalho, este modelo apresenta o benefício de incrementar as possibilidades terapêuticas, propondo uma prática estrutural que permite reciprocidade, onde o enriquecimento mútuo auxilia a ciência em relações profissionais horizontais. A prática interdisciplinar exige um “pensar com” e “mútuo”

sobre um tema que instigue o fazer institucional e o fazer clínico, para que sejam elaboradas estratégias teóricas, clínicas e políticas sobre as ações e seus efeitos. A prática interdisciplinar é um posicionamento ético e, portanto, contínuo (FRANCO, 2003; SCHRAMM, 2004).

Observa-se que muitas questões e problemáticas que envolvem as atuais demandas, os direitos e a oferta de serviços em saúde, requerem um olhar ético, uma vez que o trabalho em saúde exige de seus profissionais a reflexão constante e a tomada de posição ética, o que torna o desenvolvimento deste tipo de competência um grande desafio.

3.3 O TRABALHO EM ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O crescimento da modalidade de atenção domiciliar é uma tendência não só no Brasil como no mundo, uma vez que passamos por uma acelerada transição demográfica e epidemiológica em que o envelhecimento populacional tem resultado em custos crescentes dos serviços hospitalares e cobranças por uma abordagem mais humanizada. A partir dessa visão, o cuidado domiciliar é, de fato, uma potente ferramenta para uma atenção de qualidade, mais efetiva e humanizada. Ela permite ao usuário, adequar-se ao seu próprio ambiente, obtendo com isso mais conforto. Além disso, a proximidade com a família proporciona uma melhor qualidade de vida.

No Brasil, o processo de institucionalização da Atenção Domiciliar (AD) no SUS iniciou em 2011 com a Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Essa normativa já passou por diferentes revisões e atualizações, estando em vigor no momento, a Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016.

Assim, no SUS, a atenção domiciliar, que era uma antiga demanda, passou a ser política setorial prioritária visando a expansão e qualificação na rede SUS. Consiste em uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos prestados em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados (BRASIL, 2016).

A Atenção Domiciliar (AD) está ancorada em diferentes diretrizes adotadas no seu processo de institucionalização:

- Estruturar-se de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS.

- Incorporar-se ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde.

- Adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

- Estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

A partir da portaria nº 2029/11 que redefiniu a Atenção Domiciliar (AD) no domínio do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Melhor em Casa (PMC) passou a ser um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento.

O PMC visa proporcionar ao usuário um cuidado mais humanizado e próximo da rotina e atenção da família, que aliados à uma assistência em saúde adequada, são elementos importantes para a recuperação de doenças. Outros benefícios indicam que pacientes em recuperação cirúrgica, apresentam redução dos riscos de contaminação e infecção, quando atendidos em domicílio. O PMC representa um grande avanço para todo o SUS tanto com a redução de hospitalizações quanto com a desocupação de leitos, propiciando um melhor atendimento e regulação dos serviços de urgência dos hospitais. (BRASIL, 2016).

Assim, a atenção domiciliar foi concebida no âmbito do Programa Melhor em Casa como um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, e também substitutivo ou complementar à internação hospitalar. Tendo como objetivos a redução da demanda por atendimento hospitalar; a redução do período de permanência de usuários internados; e a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários.

No SUS, a atenção domiciliar está organizada por meio de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), que integram a Rede de Atenção à Saúde e compõem a Rede de Atenção às Urgências. O SAD deve contemplar ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de reabilitação, todas prestadas em

domicílio por Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), podendo contar também com uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

A atenção domiciliar é realizada na Atenção Básica pela Estratégia Saúde da Família/EAB, para casos de alta complexidade, mas de menor densidade tecnológica e de demanda de cuidados contínuos em termos de tempo, mas não de complexidade de situações. O SAD permite ampliar essa atenção, com base em três diferentes modalidades: AD1, AD2 e AD3, conforme a complexidade do cuidado, a caracterização do usuário, o tipo de atenção e os procedimentos utilizados para a realização do cuidado (LACERDA *et al.*, 2015).

A atenção domiciliar modalidade 1 (AD1) é de responsabilidade da Atenção Básica. Destina-se para o usuário com problema de saúde controlado/compensado e que necessitam de procedimentos de menor complexidade e atendimento médico com frequência maior que semanal.

Na modalidade 2 (AD2) é indicada para usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma UBS e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser provenientes de diferentes serviços da rede de atenção. Nesta modalidade, ainda que os usuários necessitem de procedimentos mais complexos, não há necessidade do uso de equipamentos. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da EMAD e da EMAP.

A atenção domiciliar na modalidade 3 (AD3) engloba também aqueles usuários que necessitam de uso de equipamentos ou de procedimentos especiais, com acompanhamento contínuo.

Para admissão no SAD, é realizada uma avaliação de elegibilidade que aborda aspectos clínicos, psicossociais e de condições da RAS, possibilitando uma admissão condizente com o que está previsto para sua atuação. Uma avaliação de elegibilidade qualificada e que aborde as condições do usuário integralmente, evitará a admissão de usuários que ainda não estão aptos a serem cuidados no domicílio, e dará subsídios para elaboração do Plano Terapêutico Singular, propiciando um melhor funcionamento do SAD (BRASIL, 2016).

O SAD passa então a ser o responsável pelo gerenciamento e operacionalização das EMAD e EMAP (BRASIL, 2016).

As equipes realizam a maior parte de suas atividades fora da sede, muitas vezes necessitando da disponibilidade e facilidade no deslocamento do material e dos

equipamentos, precisando contar com um espaço físico que otimize o uso dos equipamentos disponíveis. A viabilização dos equipamentos e materiais/insumos hospitalares é essencial para o funcionamento do SAD, que poderão ser compartilhados com outros serviços e não ficam necessariamente alocados na sede do SAD, sendo solicitados quando necessário (LACERDA *et al.*, 2015).

No campo da gestão, para implantar o SAD, são exigidos dos municípios os seguintes requisitos: ter porte populacional de 20 mil ou mais habitantes; estar coberto pelo SAMU; e possuir hospital de referência. Em municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes será aceito serviço de atendimento móvel de urgência equivalente ao SAMU. Municípios próximos com população igual ou superior a 20 mil habitantes, também podem apresentar proposta de implantação isoladamente ou por meio de agrupamento de municípios, desde que isso seja pactuado com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), se houver (BRASIL, 2016).

Nos processos administrativos, inclui-se diferentes processos de trabalho das EMAS, envolvendo o agendamento das visitas; o transporte das equipes; a discussão e aprovação dos trâmites burocráticos para disponibilização de materiais/insumos; a discussão e o acompanhamento da evolução dos diferentes projetos terapêuticos e nos respectivos contextos familiares e ambientais em que as equipes atuam; a viabilização dos espaços de educação permanente.

A EMAD é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado. A diferença entre as EMAD e as equipes de atenção básica está no tipo de atendimento prestado (especializado para pacientes domiciliados) e na composição da equipe profissional, que deverá conter, minimamente (BRASIL, 2016):

- I. 1 ou 2 profissionais médicos,
- II. 1 ou 2 profissionais enfermeiros,
- III. 3 ou 4 (pois pode ser 3 profissionais de 40h ou 4 profissionais de 30h);
- IV. Profissional fisioterapeuta e/ou assistente social.

Porém, nenhum profissional componente da EMAD poderá ter carga horária semanal inferior a 20 (vinte) horas.

A composição mínima das EMAP será determinada segundo as necessidades locais. Deve apresentar uma composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, cuja soma das cargas horárias semanais dos componentes acumule, no mínimo, 90 (noventa) horas semanais, dentre os seguintes profissionais: assistente

social; fisioterapeuta; odontólogo; psicólogo; fonoaudiólogo; farmacêutico; nutricionista; terapeuta ocupacional.

Ainda na normativa de 2016 considera que as EMAD devem ser organizadas com uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida. Se relacionam com os demais serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde, em especial com a Atenção Básica. Cada EMAD deverá atender uma população adstrita de 100 mil habitantes. Em municípios com população menor a EMAD atenderá população adstrita igual à população do município. Na EMAD Tipo 160 usuários e EMAD Tipo 2, 60 usuários.

A importância e o crescimento dos Serviços de Atenção Domiciliar, nos seus primeiros anos, são revelados pela cobertura de 26% da população brasileira em pouco mais de 5 anos de implantação. Os SAD se fazem presentes em 383 municípios e 25 Unidades Federativas brasileiras. Em 2017, contabilizou-se o registro de 1.023 equipes habilitadas, distribuídas em 657 EMAD e 366 EMAP. A distribuição segundo função e tipo de equipe dos 6.775 profissionais cadastrados no Programa Melhor em Casa pode ser visualizada no Quadro 1. É importante ressaltar que a partir de 2019 não houve mais investimentos para ampliação do número de equipes, o que representou a estagnação da implantação e a impossibilidade de consolidação do PMC no SUS.

Quadro 1 - Distribuição de profissionais cadastrados no PMC, conforme ocupação e tipo de equipe, Brasil, 2017.

(continua)

OCUPAÇÃO	EMAD	EMAP
Médico	929	-
Enfermeiro	899	-
Fisioterapeuta	661	222
Assistente Social	207	234
Aux./ Téc. Enfermagem	2.616	-
Fonoaudiólogo	-	209
Nutricionista	-	353
Odontólogo	-	69

Quadro 1 - Distribuição de profissionais cadastrados no PMC, conforme ocupação e tipo de equipe, Brasil, 2017.

(conclusão)

OCUPAÇÃO	EMAD	EMAP
Psicólogo	-	261

Farmacêutico	-	52
Terapeuta Ocupacional	-	63
TOTAL	5.312	1.463

Fonte: CGAD/DAHU/SAS/MS.BR. 2017.

Pelo quadro acima, observamos que os 5.312 profissionais que trabalham em EMAD representam a maioria de 78,4% do total dos profissionais cadastrados, enquanto que os que trabalham em EMAP constituem 21,6% do total. Nas EMAD a ocupação predominante é de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, que representam metade dos componentes da equipe. Nas EMAP, os Nutricionistas ocupam a função com maior representatividade, sendo 24% dos profissionais contratados.

Quadro 2 - Total de Procedimentos Realizados no período de 2012 a 2017.

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (até Jun.)
Total	124.903	622.596	1.319.390	1.752.776	3.320.362	1.708.420

Fonte: SIA/SUS, 2012 a 2015; SISAB 2016 e 2017

Mesmo com a mudança do sistema de informações que passou a operar através do e-SUS a partir de 2016, fato que pode ter comprometido a comparação em alguns parâmetros, podemos observar que houve uma grande ampliação quanto ao número de procedimentos realizados, desde sua implantação em 2012, conforme quadro acima apresentado. Entre os anos 2015 e 2016, passou-se de 1.752.776 para 3.320.362, quase o dobro de procedimentos.

Para o Ministério da Saúde, a AD caracteriza-se como um elemento importante para o aumento do acesso e da qualidade da atenção à saúde no SUS. A expansão e consolidação desta modalidade assistencial requer o esforço de formação e capacitação de profissionais qualificados e competentes para o atendimento domiciliar e a implantação de serviços. Para tal, foi estruturado um Programa Nacional de Formação e Educação Permanente em Atenção Domiciliar, que possa dar suporte à implantação e gerenciamento do Programa Melhor em Casa no âmbito do SUS (BRASIL, 2016).

Este modelo da AD procura romper com o modelo hospitalocêntrico, onde culturalmente, o hospital é visto como local em que as pessoas se sentem mais assistidas. Nem tanto pela qualidade do cuidado que recebem, mas pela oferta de

tecnologias, gerando um consumismo por procedimentos. Como resultado, observamos a superlotação, a escassa rotatividade que implica na limitação de vagas, principalmente para pacientes agudos e em situação de crise. Com isto, a AD permitiria o uso mais racional de recursos, aumentando a disponibilidade de leitos ao diminuir a permanência hospitalar.

O modelo da AD também está inserido no contexto da “transição de saúde”, podendo originar mudanças das condições de saúde (frequência, magnitude e distribuição das condições de saúde) e da atenção sanitária, enquanto resposta social organizada a essas condições, representada pelos modelos de atenção à saúde (SCHRAMM *et al.*, 2004).

Esta nova produção de cuidado no domicílio exige dos profissionais maior implicação em reconhecer e respeitar a singularidade de usuário e família, desenvolvendo estratégias e intervenções terapêuticas diferenciadas, de acordo com a necessidade e o contexto de cada caso. A atenção domiciliar incorpora novas práticas adequadas a esse novo ambiente, necessitando assim, utilizar tanto de tecnologias duras, como leve-duras e as leves.

As relações desenvolvidas em domicílio, são uma boa mostra de tecnologia leve, com a produção de vínculo, autonomia e acolhimento (MERHY, 2002). É importante, por exemplo, que os trabalhadores da AD, compreendam e acolham o significado da morte para a família e cuidadores que não estão preparados para vivenciar o processo de morte e do seu ente querido, sobretudo dentro das suas casas. Entender que o processo de luto é singular e pode ser encarado de diversas maneiras, é fundamental para o bem-estar individual, do grupo familiar e de toda equipe que estiver envolvida no cuidado.

No domicílio, assim como em outros espaços de cuidado, o diálogo entre equipe, família, cuidador e usuário, permite interações que desencadeiam transformação nas relações e processos de trabalho, no compartilhamento e formação de compromissos para melhoria e integralidade da atenção (MERHY, 2002).

Entretanto, em um estudo de relato de experiência do Programa de Atendimento Domiciliar da região Centro-Sul em Belo Horizonte, Oliveira encontrou que o processo de implantação da Atenção Domiciliar é construído com dificuldades, principalmente quanto aos mecanismos de entrada e continuidade após a alta da Atenção Domiciliar. Analisando três situações às quais chamou de pontos de tensão e que permitiram a análise da prática dos processos de trabalho, o pesquisador

entende que, a despeito dos avanços conquistados nos fluxos de trabalho, muito ainda tem de ser pactuado (OLIVEIRA, 2012).

Para garantir a continuidade do atendimento e suprir algumas necessidades de grupos particularmente vulneráveis é necessário o estabelecimento de responsabilidades compartilhadas em especial entre os distintos níveis da rede de serviços do SUS diante da constatação da desorganização e inadequação do processo de trabalho e que provoca também desgaste.

Compartilhar responsabilidades, equipes, equipamentos e, acima de tudo, conhecimento, pode ser elemento constitutivo das linhas de cuidados (OLIVEIRA, 2012).

A implementação da atenção domiciliar como estratégia inovadora requer reflexão sobre concepções de saúde que sustentam a organização das práticas no domicílio. É preciso que se considerem elementos como a integralidade do cuidado, a humanização, a racionalidade econômico-financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de saúde (OLIVEIRA, 2012, p.233).

Em outro estudo conduzido por Andrade; Silva; Seixas *et al.*, (2017), que realizaram uma revisão integrativa em 48 artigos analisados, os autores evidenciaram que a atuação do enfermeiro na atenção domiciliar possui complexidade e diversidade de ações que perpassam a supervisão clínica e administrativa e a assistência mediada por procedimentos relacionais, educacionais e técnicos, requerendo diferentes tecnologias leves, leve duras especialmente, e duras.

O enfermeiro necessita de formação específica para a atenção domiciliar e sua atuação no espaço domiciliar é fundamental e ampla. Ele se utiliza do conhecimento experiencial estruturado em recomendações científicas associadas à prática (ANDRADE; SILVA; SEIXAS *et al.*, 2017).

Entretanto, o número crescente de liminares indica uma tendência de judicialização na saúde e, mais especificamente, na Atenção Domiciliar, denotando a existência de problemas de comunicação entre as partes envolvidas. As causas relacionam-se à elegibilidade, o processo de autorização, a ausência de regulamentação da modalidade pela Agência Nacional de Saúde, a prevalência da longa permanência hospitalar de pacientes portadores de condições crônicas e necessidade de continuidade de cuidados, aparecem entre outras. Tanto no âmbito público como no privado, a elaboração e oferta de Planos de Atenção para o domicílio em vigência de liminares, sofrem interferências que podem repercutir na exigência de

oferta excessiva de estrutura, interferência no processo assistencial, na demarcação de desfechos e alta da Atenção Domiciliar (SANTOS, 2017).

Tais estudos apontam para a necessidade de fortalecimento de políticas nacionais para o SUS, como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de Humanização em Saúde (PNH).

A educação permanente em saúde é uma estratégia político-pedagógica que parte das necessidades advindas do processo de trabalho em saúde. Incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Para tal, considera as especificidades e a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade institucional já instalada na oferta de ações formais de educação na saúde. Objetiva assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL,2018).

Ainda nessa mesma direção, a PNH existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano da atenção e gestão. O HumanizaSUS procura a transformação das relações de trabalho incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, via ampliação do grau de contato e de comunicação entre pessoas e grupos envolvidos na produção do cuidado, tirando-os do isolamento e da hierarquização das relações de poder (BRASIL, 2010).

4 MARCO CONCEITUAL

Esta seção apresenta a base de pensamento e as concepções que sustentam o modo e o caminho que se pretende seguir nesta tese para compreender a vivência de sofrimento moral.

Para a compreensão da vivência de sofrimento moral, nos ancoramos em referencial teórico sobre o processo de formação da personalidade moral do indivíduo e a construção de consciência moral, bem como nas implicações dos problemas e conflitos éticos no trabalho e a subjetividade de um trabalhador moral de saúde, sob as óticas da Bioética do Cotidiano e Bioética Clínica Amplificada. Por último, abrange o fenômeno do sofrimento moral e as diferentes nomenclaturas, concepções e correntes teóricas que o definem. Encerra descrevendo suas causas, as variantes com que se apresenta, e as consequências sobre a vida e a saúde do trabalhador em sofrimento.

4.1 A CONSTRUÇÃO DA PERSONALIDADE MORAL

Os vários olhares da antropologia, sociologia, filosofia e economia acrescentam muito na discussão do fenômeno moral humano. Contar com a ciência psicológica também é fundamental para a questão dos valores morais, visto que a formação moral é um processo complexo.

Para desenvolver esta teoria da formação moral, iremos apresentá-la na perspectiva da Psicologia Moral, a partir das perspectivas de Puig (1998) e Taille (2006).

Iniciamos com a teoria de Puig (1998) para quem:

Os mecanismos e processos da formação moral, incluem diversas etapas de desenvolvimento, desde a aquisição de convenções sociais até a configuração da consciência moral autônoma. Esta põe em funcionamento vários dinamismos morais, desde o juízo e a reflexão até sua expressão em sentimentos e comportamentos, veiculados através de variados mecanismos que impulsionam tanto o desenvolvimento pessoal quanto a transmissão de conteúdos morais. (PUIG, 1998, p.23).

A educação moral pressupõe uma personalidade consciente, livre e responsável. E objetiva enfrentar a indeterminação humana movendo-se de forma

equilibrada nos planos pessoal e coletivo, viabilizando uma maneira de viver a partir do desejo individual e da coletividade.

A moralidade não está isenta de tensão, porquanto “a complexidade da natureza humana e dos desejos que convivem com as próprias limitações são fonte constante de conflitos” (PUIG, 1998, p.28).

Estas reações são produtos das criações culturais transmitidas de uma geração a outra e se firmam como posições pessoais adotadas por meio da ação moral. Cristalizam-se independentemente de se refletir ou deliberar a seu respeito.

Podemos inferir que a construção da personalidade moral parte, como primeiro princípio, da convicção de que a moral não é algo dado antecipadamente, ou simplesmente que o indivíduo escolhe ou sobre o que decide. A moral é resultado de um esforço de elaboração e reelaboração das formas de vida e dos valores que são considerados corretos e adequados para cada situação. “A moral é, portanto, um produto cultural cuja criação depende de cada sujeito e do conjunto de todos eles” (PUIG, 1998, p 70).

A experiência vivida nos apresenta pequenos e grandes problemas e gradativamente o indivíduo aprende a agir moralmente, administrando esses conflitos que ‘naturalmente’ surgem. Analisar pessoal e coletivamente os problemas morais nos permite entendê-los melhor e, às vezes, controlá-los ou resolvê-los. Um trabalho que contribui para a formação dos procedimentos de deliberação e direção moral, que reconstrói para cada indivíduo e cada comunidade, o sentido de valores.

A personalidade moral como aquilo que resulta da síntese da identidade moral procedimental, constituída pela consciência autônoma e pelos instrumentos de deliberação e ação, com a identidade moral substantiva, constituída pelo conjunto de guias de valor culturalmente estabelecidos e pelas formas de vida que cada sujeito elabora por si mesmo. Mesclando todos esses elementos, surge o modelo de ser moral de cada indivíduo: sua obra ou construção moral (PUIG, 1998, p.76).

Genoma, cérebro e consciência, são os três conceitos responsáveis pela regulação moral para Puig (1998). O genoma torna-se eficaz no controle da convivência em meio reduzido da família, círculo de pessoas conhecidas pessoalmente ou pequenos grupos, garantindo condutas pré-programadas e que permitam, pelo menos, relações no nível do aceitável.

Em consequência da exigência de uma maior complexidade no meio social e cultural, o genoma expande-se para além da família e de pequenos grupos, pois não

é suficiente para regular a convivência. O cérebro assume o controle e o comando do comportamento moral, pois está mais preparado para incorporar outras variáveis de acordo com o que a sociedade e a cultura estabeleceram. Mas em determinado estágio, o cérebro também se torna insuficiente nesta regulação, dando então lugar à consciência. A consciência não apresenta soluções concretas, mas mecanismos para isso. É uma reguladora que apela para princípios metamorais originados da ética que se assenta na metaética, nos conhecimentos da psicologia, sociologia, astrologia, antropologia, biologia, economia, entre outros.

A moralidade se forma construindo uma hierarquia de reguladores que vão aos poucos se tornando insuficientes, mas que continuam contribuindo com elementos na constituição da personalidade moral.

Numa análise dos reguladores morais, a consciência assume uma posição privilegiada e necessária. No entanto, perigosa, já que presume a perda de segurança e firmeza. Pode-se afirmar que os reguladores inferiores são estáticos mas seguros. A consciência, pelo contrário, está exposta ao auto engano e pode incorrer a grandes erros pela elaboração de expectativas pouco adequadas e conceitos firmados na consciência pessoal (PUIG, 1998).

Enfim, uma pergunta desafia todos: além da justiça legal e o cuidado com o outro não, seria importante tratar de objetivos, valores, emoções, personalidade e hábitos de ação? (PUIG, 1998).

Supostas verdades podem confundir o sujeito ao referir-se a si mesmo, tornando-o alienado do seu mundo exterior e interior. Para Puig (1998), desenvolver uma consciência moral autônoma não se trata de alcançar a verdade sobre si mesmo. Mas de construir um sujeito que se reconhece a partir da relação com o (s) outro (s), criando um espaço próprio onde seja possível pensar e dirigir-se de maneira autônoma.

Numa perspectiva análoga e mais contemporânea, Yves de La Taille (2006), psicólogo pesquisador e docente na Universidade de São Paulo (USP) conjectura que a Psicologia Moral apresenta sinais de esgotamento de seus referenciais teóricos clássicos, propondo novas perspectivas como a abordagem teórica que leva o nome de 'personalidade ética'.

Na nossa tradição filosófica e jurídica quase sempre usamos a palavra ética e a palavra moral como sinônimas, entendendo que um problema ético é um problema moral seriam transgressões às regras. Porém, existe uma outra possibilidade também

na tradição filosófica de René Descartes (1596-1650), Immanuel Kant (1724-1804), Émile Durkheim (1858- 1917) e Aristóteles (384-322 a.C).

À ética é reservada a questão do modelo de vida que se deseja ter, a questão da vida boa, da existência. E à moral, o que costuma ser a sua definição habitual: um conjunto de regras e deveres, que, se não forem seguidas, correspondem a transgressões. Portanto, podemos reservar à palavra moral a pergunta “Como devo agir?” e à palavra ética a pergunta “Que vida eu quero viver?” (TAILLE, 2006).

Para explicar como uma pessoa legitima o conjunto de regras morais é preciso saber que perspectivas éticas ela adota. A formação ética e moral caminhará nesse sentido.

Taille (2006) adota a definição de ética de Paul Ricoeur, que remete à dimensão de uma vida boa, ou seja, de uma vida que vale a pena ser vivida. Mas somente merece o nome de ética uma “vida boa” regulada pela moral, daí a referência ao outro: para o outro implica generosidade, com o outro implica igualdade e cooperação e instituições justas implicam tanto a dimensão da justiça quanto da política.

A dimensão moral é feita de princípios dos quais se derivam regras. Do ponto de vista do desenvolvimento psicológico, o primeiro contato da criança se dá com as regras, mas, se bem sucedido, caminhará em direção aos princípios. Logo, oferecer uma formação ética vai muito além da imposição de regras, pois envolve a razão de ser destas regras, ou seja, seus princípios, e a perspectiva de uma “vida boa” implicam investimentos existenciais.

Da moral, resgata a ideia de um dever para garantir a regulação da convivência humana. Comparar possibilidades de ação, perceber a necessidade do outro e pensar no que está em jogo fazem parte da dimensão intelectual envolvida no ato de agir bem. Mas, como o “saber” fazer pode não ser suficiente, é preciso um “querer” fazer. Essa é a dimensão afetiva do agir, que é traduzida pela palavra ética (TAILLE, 2006).

Para traçar essa linha do desenvolvimento afetivo, que começa no despertar do senso moral e termina com a formação da personalidade ética, vai de Jean Piaget aos autores contemporâneos. Nesse percurso, distingue a presença de sentimentos como culpa, indignação e simpatia.

Resumindo, sua tese é que para compreendermos os comportamentos morais (deveres) dos indivíduos, precisamos conhecer a perspectiva ética (vida boa) adotada por eles. Entre os invariantes psicológicos de realização de uma ‘vida boa’, está a necessidade de ‘expansão de si próprio’. Como tal expansão implica ter

'representações de si' de valor positivo, entre elas poderão estar aquelas relacionadas à moral. Se estiverem, o sujeito experimentará o sentimento de dever, do contrário, a motivação para a ação moral será inexistente ou fraca.

Contudo, somente tendo por si autorrespeito, é possível respeitar os outros. A autoestima corresponde a todo e qualquer estado subjetivo de valorização de si próprio enquanto o autorrespeito corresponde apenas à autoestima experimentada quando a valorização de si próprio incide sobre valores morais (TAILLE, 2006).

O autorrespeito é porquanto, um caso particular de autoestima. Ricoeur apud Taille (2006) afirma que o autorrespeito é a autoestima quando regida pela moral e a fronteira a partir da qual se torna em autorrespeito, depende dos conteúdos associados ao plano moral.

A moral kantiana, por exemplo, assevera que sempre devemos tratar a outrem e a nós mesmos como fins, e não como meios. Sobre alguém que realize a expansão de si próprio por conceber-se como profissional competente, dir-se-á que tem autoestima, e não autorrespeito - pelo fato de os conteúdos arrolados não terem relação com a moral. Em compensação, se o indivíduo associa às representações de si com valor positivo o "ser justo", deve-se falar em autorrespeito, pois a justiça é uma virtude central na moral, segundo Kant (TAILLE, 2006).

4.2 QUESTÕES ÉTICAS NO TRABALHO EM SAÚDE

Para Adela Cortina, Junger Habermas e outros, a imediatez da moral e a mediatez da ética são o traço diferenciador entre ambas. A ética seria uma parte da filosofia, mas a moral estaria fora desta, do mesmo modo que o direito ou a economia estão, na sua facticidade empírica e mesmo normativa, fora da filosofia, ainda que possuam raízes no interior do humus filosófico (CORTINA, 2003).

A filósofa Cortina, uma das principais autoras no âmbito da reflexão ética recente, salienta que a ética é um tipo de saber prático e que orienta a ação. É essencialmente um saber prático, para agir de um modo racional (CORTINA, 2003).

Afirma ainda, que há dois modos de saber ético (modos de orientar racionalmente a ação): aprender a tomar decisões prudentes, mediante a 'forja' do caráter; e aprender a tomar decisões moralmente justas, com respeito aos direitos humanos desde uma moral crítica (CORTINA, 2003).

Os fundamentos da ética surgem do fato de que: a) os seres humanos são estruturalmente morais; b) os seres humanos tendem necessariamente à felicidade; c) todos os seres vivos buscam o prazer (hedonismo); d) os seres humanos têm dignidade porque só eles são livres já que são autônomos; e) todos os seres humanos são interlocutores válidos (ética do diálogo) (CORTINA, 2003).

A autora aponta para três características da ética cívica: uma ética de mínimos, uma ética de cidadãos e não de súditos e um tipo de consciência moral baseada na autonomia. Por último, mantém que seus conteúdos mínimos devem ser: 1) os valores de liberdade, igualdade e solidariedade 2) os direitos humanos (primeira geração: direitos civis e políticos: liberdade) (segunda geração: direitos econômicos, sociais e culturais: igualdade) (terceira geração: direito a viver em paz, direito a viver em um meio ambiente são: solidariedade) 3) a tolerância ativa 4) um ethos dialógico (que busca compatibilizar dois componentes, o universalismo e o respeito à diferença) (CORTINA, 2003).

Por sua vez, Berlinguer (2003) médico, cientista, político e experto em medicina do trabalho e formulador da Bioética Cotidiana, afiança que vivemos uma crise nas esferas moral e ética.

O cotidiano atual nos revela uma disputa entre os que lutam pelos direitos coletivos e universais, com os que preferem “bandeiras” próprias de identidade (étnica, sexual, de gênero, entre outras) e os que buscam igualdade e equidade.

Para Berlinguer (2003), nas últimas décadas a elaboração e afirmação de princípios e regras morais que têm relação entre trabalho humano, economia e saúde, contribuíram para muitos avanços na sociedade. As leis civis e penais e as normas deontológicas das profissões de saúde, nem sempre dão respostas atualizadas aos problemas éticos manifestos em vários aspectos do trabalho moderno. Ressalta ainda que, dos conflitos entre valores e interesses diferentes, nenhum deles é capaz de anular os demais, já que cada um pode apresentar uma justificativa legítima. Ainda questiona: por que eles existem? Por que algumas vezes são interpretados de forma ideológica e observados pelo prisma da discordância?

Como vimos na seção anterior, para alguns estudiosos os conflitos surgem a partir de necessidades, interesses e pontos de vista diferentes, ou ainda, devido a situações de injustiça que possam interferir na convivência humana. Embora saibamos e reconheçamos os direitos de cada sujeito à sua felicidade, também

conhecemos o conflito frente às divergências nos valores, e os desejos contraditórios e esperanças contrapostas do interior de cada indivíduo (PUIG, 1998; TAILLE, 2008).

Valores desejáveis entram em conflito no jogo entre o individual e coletivo, isto é, na tensão para a otimização. Fatos que preocupam, inquietam e questionam e que colocam a moralidade em tensão.

As mudanças na forma de se organizar o cuidado em saúde tiveram efeito, quase 'natural' no contato dos trabalhadores de saúde com determinados conceitos que vão sendo produzidos por certo 'pensamento crítico', concebidos por um tipo de trabalhador, o "trabalhador moral" (CECÍLIO, 2007).

O trabalhador moral é aquele que fará adesão automática a determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e modos de se fazer a gestão, formulados por militantes/ intelectuais/ gestores, engajados na reforma sanitária, por serem eles, em princípio, justos e necessários (CECÍLIO, 2007, p. 345).

A concepção deste "trabalhador moral", no entanto, não deve ser confundida com o oposto de um trabalhador amoral ou imoral, mas com a de um trabalhador moralmente comprometido.

O "trabalhador moral" é aquele que adere completamente aos modelos de gestão mais participativos e democráticos propostos, e consegue implementar seus conceitos nas práticas cotidianas. Um trabalhador autônomo que pleiteia seus próprios projetos, sentidos e desejos, sujeitando suas práticas ao crivo coletivo nos espaços públicos instituídos (CECÍLIO, 2007).

Contudo, tal concepção funcional/moral é um problema, pois parece ir na direção contrária ao projeto ético-político que foi considerado inovador e necessário. Por mais público e coletivo que seja, terá obstâncias para superar a complexidade das relações institucionais em substituir as formas verticais de controle e "autoritárias", por outras de cunho mais normativo e horizontalizado. O trabalhador de saúde que vê sua autonomia ameaçada por mecanismos sutis (ou nem tão sutis) de captura, uniformização e padronização, não poderá, de forma verdadeira, contribuir para o fortalecimento da autonomia daquele de quem cuida.

O trabalhador só poderá entender e, o que é mais importante, praticar o conceito de que estar sadio é manter, recuperar ou ampliar a autonomia no modo de administrar a vida, na medida em que vivenciar sua própria autonomia, cultivada e amadurecida, a cada dia, nas relações concretas que estabelece com os demais atores que

constroem a sempre precária realidade organizacional. Sua autonomia referenciada, da forma mais plena possível, à autonomia do outro - um encontro de autonomias (CECÍLIO, 2007, p.363).

O respeito à autonomia e aos direitos individuais e coletivos, devem ser considerados como aspectos morais centrais no trabalho de cuidado em saúde.

Ao considerar a reestruturação e a reorganização do SUS a partir da Atenção Básica, emergem questões de ordem ética. Podem-se destacar nesse contexto os problemas em relação à organização dos processos de trabalho. As mudanças perpassam a superação da lógica hospitalar, baseada nas práticas curativas, para ações de promoção e prevenção da saúde, desenvolvidas pelo trabalho em equipe, acompanhamento das famílias no território, e a criação de vínculos entre os envolvidos. Essas circunstâncias ocorridas no processo de transformação da assistência à saúde, corroboram para a modificação da realidade de trabalho e conseqüentemente requerem dos trabalhadores uma mudança atitudinal (JUNGES *et al.*, 2012).

Nos últimos anos, percebe-se que muitos pesquisadores têm se dedicado a estudar problemas éticos vivenciados no âmbito hospitalar (JUNGES *et al.*, 2012; SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015; SIMAS *et al.*, 2016; ZOBOLI, 2004) e que abarcam problemas de ordem ética, envolvendo situações pontuais, dramáticas e que necessitam de reposta imediata. Cenário que difere da APS, onde os profissionais buscam objetivos a longo prazo, como a melhora dos indicadores de saúde, traduzindo a integralidade nos cuidados prestados à população.

Muitos conflitos éticos envoltos no processo de trabalho das ESF estão relacionados à comunicação e a compreensão entre as equipes, uma vez que o compartilhamento de conhecimentos, o diálogo e escuta qualificada, são imprescindíveis para o trabalho em equipe e manter-se a cultura do trabalho vivo com enfoque nessa relação dialógica (JUNGES *et al.*, 2012).

Outro problema ético reflete a formação profissional e uma inadequação de competência profissional para o trabalho na dinâmica do SUS. As instituições de ensino permanecem com o foco no paradigma do modelo biomédico, com a fragmentação do processo saúde-doença. Para mudar essa realidade é preciso fomentar estratégias que busquem a formação baseada na criatividade e criticidade dos indivíduos para resolução de problemas de saúde, cientes das questões sociais, ambientais e culturais que envolvem o processo pedagógico (JUNGES *et al.*, 2012).

Expandindo o escopo em relação aos problemas éticos identificados na eSF, a pesquisadora Zoboli (2004) agrupou-os em três categorias:

1) Problemas éticos na relação da equipe com o usuário e famílias, onde salienta aspectos relativos à relação propriamente dita como a interferência dos profissionais no estilo de vida dos usuários e famílias, o desrespeito, o preconceito e a discriminação da equipe em relação aos usuários, o pré-julgamento do usuário quanto aos serviços. Ao projeto terapêutico com imprecisões clínicas, prescrições que o usuário não conseguirá comprar, solicitação/exigência de exames e medicamentos pelos usuários. Em relação à informação, com sua omissão ao usuário, recusa ou não adesão ao tratamento e dificuldades para manter o sigilo e a privacidade do usuário e da família na assistência domiciliar, entre outros aspectos.

2) Problemas éticos na relação da equipe, como a falta de compromisso e companheirismo, desrespeito entre os profissionais da equipe, despreparo, omissão, dificuldades na definição do papel e responsabilidades de cada integrante e quebra de sigilo, entre outros.

3) Problemas éticos com a organização e o sistema de saúde, englobam a própria Unidade de Saúde da Família com a falta de estrutura, condições, apoio estrutural e da gestão, a precariedade no atendimento às urgências na UBS, falta de apoio e transparência da gestão. E os que se relacionam à Rede de Serviços de Saúde com excesso de famílias adscritas, dificuldades de acesso do usuário aos serviços e exames complementares, demérito dos encaminhamentos feitos pelos médicos da ESF, entre outros.

Frente à amplitude destes problemas éticos vivenciados, acredita-se que sejam problemas comumente verificados no cotidiano da atenção em saúde, que em muitos casos tornam-se “naturalizados” e dificultam sua percepção e enfrentamento.

Os problemas éticos compreendem conflitos de valores e deveres, para solucioná-los existem diversos cursos de ação, que devem ser deliberados e ponderados. Contudo, “não podem ser resolvidos com receitas prontas, mas exigem permanente criatividade para abrir o leque possível de soluções, no sentido da excelência ética da prática da atenção à saúde” (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2015).

Num país como o Brasil com tantas diferenças e desigualdade sociais, tornam-se frequentes as preocupações com a justiça e proteção dos indivíduos:

[...] a cada prescrição, internação, alta, indicação de vacina ou de procedimento, um gigantesco universo de perguntas e questionamentos se apresenta na mente dos protagonistas – sem que estes, muitas vezes, tenham sido, em algum momento, preparados para tomar tais decisões (REGO; PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p.144)

A bioética é a interlocutora legítima nos diálogos e ações relacionadas ao cuidado na saúde. Mais do que uma disciplina teórica no âmbito do saber aplicado a diversos problemas relacionados com o cotidiano das práticas em saúde, ela é capaz de se constituir numa ponte entre a prática clínica e a prática em saúde pública (REGO; PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

A relação entre a teoria ética e a bioética não é linear, ainda que a avaliação de um problema moral seja um aspecto fundamental para todos os trabalhadores envolvidos na produção do cuidado em saúde. A tomada de decisões é um dos aspectos centrais da prática clínica, onde uma das maiores preocupações é saber se a decisão tomada é a mais adequada para a promoção do bem para o paciente e não apenas uma adequação técnica- científica. Deve haver uma reestruturação na relação profissional de saúde-paciente em outras bases, e não na noção preconcebida de que é “um dever moral do profissional tomar as decisões em nome de seu paciente, mas na inserção desse encontro em outra dimensão: aquela própria da saúde pública” (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p.63).

Zoboli (2012) propõe aplicar a sistematização de procedimentos para a tomada de decisões práticas, prudentes e responsáveis dos problemas decorrentes de conflitos de valores e deveres cotidianos no trabalho na Atenção Básica em Saúde - ABS no Brasil. Para tal, ancora-se na Bioética da Responsabilidade e no método da deliberação moral de Diego Gracia, médico e filósofo espanhol, especialista em Psicologia e Psiquiatria, considerado por muitos o bioeticista ibero-americano mais importante (ZOBOLI, 2012).

A moral envolve as três faculdades da inteligência humana: a cognitiva (dos fatos), a emocional (valoração ou preferência dos valores, ligada à emoção e influenciada pelos sentimentos) e a volitiva (dos deveres, realização do que é mais propriamente moral, do ato voluntário). Desse modo, os juízos morais são edificados pelo encadeamento de fatos, valores e deveres (ZOBOLI, 2012).

Na deliberação moral proposta por Diego Gracia, esses âmbitos da experiência moral - fatos, valores e deveres – são as etapas do procedimento deliberativo (ZOBOLI, 2012).

A tudo que percebemos, necessariamente, atribuímos um valor. Não há fatos puros, pois eles vêm com os valores[...]. Argumentar sobre valores é difícil, pois vivemos em uma cultura da hegemonia dos fatos (ZOBOLI, 2013, p.393).

Os valores são os que nos obrigam 'moralmente' e não os fatos. São ao mesmo tempo, uma construção individual e social. Por ancorar-se nos fatos, incorporam facetas sociais, históricas e culturais.

Os profissionais de saúde decidem com base em fatos e valores. Entretanto, como nem sempre incluem a discussão sobre os valores nos atendimentos, acabam decidindo com base nos fatos clínicos e em seus próprios valores, muitas vezes desconsiderando as pessoas. "Por isso, nos encontros de cuidado é preciso dar espaço para a conversa sobre valores. Os valores conferem conteúdo aos deveres, que são o aspecto formal da obrigação moral" (ZOBOLI, 2013, p.396).

O dever admite dois níveis: o 'dever ideal' ou o 'deveria', e o 'dever realizável' ou 'deve'. Estes, podem entrar em conflito, asseverando a incongruência entre discurso e prática, por meio da máxima propagada de que "a teoria na prática é outra".

Por não fazerem a distinção entre 'deveria ser' e 'deve', reconhecendo o 'dever' como a concretização do 'deveria ser' no mundo real, vivenciam esta lacuna constitutiva da vida moral como falha pessoal no cumprimento dos deveres [...] (ZOBOLI, 2012, p.53).

Esta expressão da inadequação entre o que acreditam que 'deveriam fazer' e o que 'devem' realizar, pode levar os profissionais de saúde a se sentirem frustrados, insatisfeitos e inseguros, em um verdadeiro sofrimento moral de quem se considera totalmente inadimplente com suas obrigações morais.

4.3 O SOFRIMENTO HUMANO E O SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO EM SAÚDE

Etimologicamente, a palavra sofrimento vem do latim *sub ferre* (levar debaixo) e denota pena ou dor que se deve suportar (CASERA, 2001, p.1043).

Costumeiramente a dor, de modo comum, é apontada como sinal de tecidos corporais alterados e usualmente caracterizada como procedente de fatores fisiológicos e é auxiliar no diagnóstico clínico. Ainda no senso comum, quando isso não acontece, a dor se deve a "fatores psicológicos" (OLIVEIRA, 2016).

Mesmo entre alguns profissionais de saúde, há a falácia de que a dor não diagnosticada fisicamente, não existe, ou seja: não está no corpo. Essa “dor psicológica” (sofrimento) é avaliada como menos importante. Embora muitos pacientes sejam encaminhados a psiquiatras e saibam que o funcionamento neurológico abrange todo o corpo humano, eles próprios consideram um problema inferior (RIBEIRO, 2005)

O sofrimento é concebido de maneiras diferentes em várias culturas, estando muitas vezes associado à dor física. Em definições clássicas como a de Cassell citado por Ribeiro (2005) o sofrimento é um estado de aflição severa, associado a acontecimentos que ameaçam a integridade da pessoa. Envolve as emoções e os relacionamentos e pode impactar no corpo.

Pode ser detectado a partir de eventos externos como doenças, desemprego, perda de entes queridos. Mas como é sentido internamente, pode não ser reconhecido pelos outros e, ao mesmo tempo, pode vir a afetar algum órgão interno. Com isso, ainda que o sofrimento seja sentido internamente, suas causas podem ser externas e podem ser confundidas (OLIVEIRA, 2016).

Na cultura ocidental, em que está implícita a divisão espírito- corpo, fala-se em sofrimento físico quando atribuído ao corpo e mental quando análogo à mente. A investigação sobre sofrimento traduz grande proximidade conceptual, verificam-se experiências comuns e outras exclusivas que dependem não só da causa do sofrimento, mas também das especificidades do indivíduo. Ribeiro (2005) destaca outras concepções como a de Béfécadu (1993) para quem o "sofrimento do corpo" é a fonte física, o “sofrimento nas relações interpessoais” a fonte sociocultural, o “sofrimento na vontade”, a fonte existencial-espiritual e o “sofrimento no sentimento de unidade e coerência do ‘eu’ seria a fonte psicológica. Para Biscaia (1995) a dor e o sofrimento humanos são atributos da pessoa já que eles abarcam muito mais do que apenas o componente neurológico. Pressupõem a memorização e o repercutir psicológico, que lhe dão uma clara implicação em comportamentos futuros (RIBEIRO, 2005).

Mas o foco do sofrimento não se deve propriamente à causa, mas ao risco que representa para a identidade da pessoa. É uma experiência pessoal, egocêntrica e complexa que envolve um evento intensamente negativo ou uma ameaça percebida. O ser humano é o único dotado desse sentimento intrínseco, decorrente do excesso de algo, que incomoda, perturba ou provoca insatisfação.

O sofrimento é transversal nas várias dimensões do ser humano, atende características biopsicossociais e espirituais, podendo ser acompanhado de componentes físicos, cognitivos, afetivos, sociais e espirituais o que justifica a sua complexidade. Viver desestruturado, sem identidade e sentido para a vida constitui perigo não só para as pessoas em sofrimento, mas também para as comunidades e toda sociedade (RIBEIRO, 2005).

Alguns neurocientistas têm demonstrado muita coragem ao afirmar que a consciência de si, necessária para a experiência do sofrimento (mas não para a dor) emerge do funcionamento holístico do corpo humano. A corrente hegemônica biomédica é, há muito tempo, baseada na crença da causalidade linear, ou formal/eficiente. Declara que a causa de um sinal ou sintoma sempre está alicerçada na disfunção de algo fisiológico, o que exige exames contínuos na busca da precisão e na certeza de que será encontrada uma causa única e fisiológica. Paradigmas formados são difíceis de serem modificados ou contestados e se posicionar contra o paradigma biomédico dominante exige muita mais ousadia do que nos tempos de Galileu, lembra Feyerabend citado por Ribeiro (2005).

Formam-se profissionais em saúde que acreditam atuar sem crenças ou representações psicossocioespirituais, que creem que aquilo a que seus corpos foram sujeitos em sua existência não influencia o modo de cuidar dos outros. Defende-se o maior autocontrole emocional possível e, de preferência, a inexistência de emoções perante o sofrimento humano, embora saibamos que isso é impossível pois representa o resultado (por ele avaliado) de suas interações com outros. Mas finalmente, observa-se que a “concepção de sujeito que é também sujeitado pelo resultado das interações com outros vem sendo assumida em publicações para cuidadores não-formais e até mesmo para os formais” (OLIVEIRA, 2016, p. 230).

A admissão de que o nível de sofrimento surge das condições físicas e sociais nas quais as pessoas vive, é necessária. O sofrimento pode ser reduzido imensamente quando se aceita as condições nas quais se vive e tenta melhorá-las, não em função dos outros, mas valorizando as situações específicas (RIBEIRO, 2005).

Estudos indicam que profissionais de saúde que reclamam sobre sua formação nesta perspectiva, não conseguem recordar mais, que muito do que hoje sentem falta na prática assistencial, foi-lhes ministrado nas academias. “Pode-se inferir que os profissionais também são vítimas de uma formação que os treina para serem

autômatos sem emoções, conduzindo-os ao esgotamento em todos os níveis” (OLIVEIRA, 2016, p. 234).

No Brasil, grande parte das pesquisas e produções sobre sofrimento moral no trabalho em saúde, vêm sendo desenvolvidos pelo grupo de pesquisadores Barlem, Barth, Drago, Lunardi e Ramos nas Universidades Federais de Santa Catarina (Florianópolis), do Rio Grande do Sul (Pelotas e Rio Grande) e de Minas Gerais (São João del Rei e Viçosa).

Seus estudos, sobretudo na área de enfermagem, indicam existirem situações complexas e adversas no trabalho em saúde que podem desencadear vivências de sofrimento moral.

O sofrimento moral se manifesta como um desequilíbrio psicológico vivenciado por indivíduos ao se depararem com obstáculos que impossibilitam ou dificultam sua intervenção na realidade e inviabilizam a adoção de atitudes e comportamentos considerados corretos e em consonância com seu julgamento moral. (CAÇADOR, RAMOS, BRITO, 2016, p.23).

Sobre o conceito de sofrimento moral, identificamos uma divergência epistemológica entre os que utilizamos como nossos pressupostos teóricos e aqueles denominados como *distresse moral*, bem como o próprio conceito acima citado. Entendemos que expressões como “*perturbação*” e “*desequilíbrio psicológico*” remetem a uma abordagem medicalizante, que leva ao processo de patologização da vida, da saúde e da sociedade. Assim, estes conceitos poderiam estar corroborando com o modelo hegemônico biomédico e todas suas limitações para a compreensão da multidimensionalidade do sofrimento humano.

Nesse sentido, propomos não utilizar o termo “*desequilíbrio*”, mas sim a compreensão de que sofrimento moral é um processo contínuo, que resulta num estado afetivo-emocional de angústia e sofrimento, desencadeado pela vivência de conflitos éticos e de dilemas morais que se opõem aos valores ou deveres morais do trabalhador.

Neste processo vivencial de sofrimento, a interação entre consciência e julgamento moral diante da realidade irá afetar sua subjetividade, originando sentimentos indesejáveis e desagradáveis, como insatisfação, frustração, impotência, culpa e/ou medo e que poderão acarretar implicações na saúde e no viver do trabalhador.

Retomando os estudos dos pesquisadores supracitados, sofrimento moral é compreendido como fenômeno que compõe realidades invisibilizadas socialmente, reconhecidas como mecanismo de desintegração social e que retiram da pessoa sua condição de protagonista, destituindo-a de seu potencial de agir (BARTH, DRAGO, BARLEM *et al.*, 2013).

Nesse processo, o trabalhador entende como inadequada a sua participação (obrigação) moral, por não exercer as suas funções conforme seus preceitos morais, resultando na violação da integridade moral do trabalhador (BARTH *et al.*, 2013).

Para Lunardi, Barlem, Bulhosa *et al.* (2009), o agenciamento moral na enfermagem refere-se ao desejo de prover cuidados de qualidade, o que é tanto uma necessidade, quanto uma responsabilidade moral. Assim, o trabalhador torna-se agente moral do doente.

Nessa concepção, as situações conflitivas oriundas dos problemas éticos vivenciados podem ser divididas em três categorias: incerteza moral, dilema moral e sofrimento moral. A incerteza moral, ocorre quando reconhece uma situação inadequada ou “incorreta”, questiona-se e apresenta sentimentos de tensão, frustração e incômodo, mas não percebe esta situação como parte de um problema ético. Os dilemas morais são representados pela obrigação em escolher um determinado caminho entre dois ou mais cursos a seguir, porém com uma única opção de escolha. Vivenciar estas situações pode provocar sofrimento moral, uma vez que o trabalhador sabe o que é “correto” e o que deveria ser feito, mas não consegue seguir o rumo de sua consciência. Seja por obstáculos institucionais, falta de tempo, relutância das chefias, constrangimentos legais ou barreiras relacionadas ao poder médico, seja por dificuldades individuais de enfrentamento da situação (LUNARDI; BARLEM; BULHOSA *et al.* 2009).

Entre as principais causas do sofrimento moral em saúde encontram-se (BARTH *et al.*, 2013):

- Falta de condições adequadas de trabalho
- Falta de recursos materiais e pessoal (que levam os profissionais a improvisar)
- Falta de competência da equipe de trabalho
- A obstinação terapêutica
- A negligência e o descaso
- O desrespeito aos direitos e autonomia dos pacientes
- A falta de tempo, relutância de chefias,

- Constrangimentos legais e poder médico, que podem desencadear um processo de assédio moral.

O sofrimento moral se manifesta quando encontra dificuldade para executar situações moralmente adequadas, segundo sua consciência. Resulta em respostas no trabalhador como descontentamento com o trabalho; aumento no número de doenças laborais; redução da produtividade no trabalho; utilização de afastamento e frieza nas relações como recursos de defesa; visão do doente como uma atividade/trabalho e não como um ser humano; insônia, ansiedade, depressão e incapacidade de concentração; medo, raiva, mágoa; mudanças na personalidade; cinismo nas convicções religiosas ou espiritualidade; sentimento de culpa, fraqueza, de falta de apoio moral e profissional e solidão profissional. Vivenciá-lo de modo solitário, apenas intensifica este sentimento, podendo contribuir para a sensação de impotência e desamparo com o afastamento dos doentes e de seu cuidado, bem como para o abandono da profissão (LUNARDI; BARLEM; BULHOSA *et al.* 2009).

Tais vivências e sentimentos negativos podem levar ao acometimento transtornos ou danos de ordem física e psíquica, como a depressão e o Burnout. A Síndrome de Burnout é prevalente entre profissionais da educação, saúde e nas atividades ligadas ao cuidar. Consiste em um estado de esgotamento no qual o sujeito perde o sentido da sua relação com o trabalho, de tal forma, que as coisas já não importam mais. Conforme pesquisa realizada com profissionais de saúde, a maioria revelou que apesar da exaustão emocional relatada, a realização pessoal com o trabalho realizado se apresentava como importante recurso para o alívio do sofrimento oriundo tanto das condições precárias de trabalho a que muitas vezes está exposto, como aos modos de sua organização em que “guerra”, “luta” e o assédio moral não lhe são desconhecidos (JACQUES; CODO, 2003).

Ainda para Jacques e Codo (2003) quando se aborda um dos transtornos mentais com alta incidência como a depressão, constata-se que pessoas em fase economicamente ativa, uma vez deprimidas, apresentaram prejuízo no trabalho, inabilidade, absenteísmo, redução da produtividade no emprego, e afastamento do trabalho. O afastamento devido a aspectos psicossociais negativos no trabalho, dividem-se em quatro áreas: 1) limitações em atividades da vida diária da pessoa (relacionadas ao autocuidado, higiene pessoal, comunicação, repouso e sono); 2) funções sociais (capacidade de interagir apropriadamente e comunicar-se com outras

peçoas); 3) concentração, persistência e ritmo (capacidade de completar ou realizar as tarefas) e 4) deterioração ou descompensação no trabalho (falhas repetidas na adaptação a circunstâncias estressantes) (JACQUES; CODO, 2003).

Além das consequências sobre a saúde e subjetividade do trabalhador, as vivências de sofrimento moral no trabalho também podem repercutir no cuidado prestado, causando insatisfação e podem levar até mesmo ao abandono da profissão (BARLEM, 2013; LUNARDI, 2009).

A necessidade de normas morais para orientar as ações dos indivíduos, são tão antigas quanto a própria convivência social. Contudo, vão sendo atualizadas a cada geração. Por conseguinte, consideramos este tema do sofrimento moral no trabalho em EMAD extremamente contemporâneo, tendo em vista os contínuos desafios éticos e morais que estão postos para este modelo de cuidado e também para a vida em sociedade.

Face ao pluralismo moral existente, os trabalhadores de saúde precisam desenvolver reflexões e novas competências. Como por exemplo, as instrumentalizados pela bioética no método de deliberação moral de Diego Gracia, que podem servir como estratégia de proteção físico-psíquica-espiritual-moral nas relações, ambientes e condições de trabalho que conduzam ao sofrimento moral (REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 DESENHO DA PESQUISA

De acordo com Minayo (2006), o contexto ou local do estudo simboliza um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação.

O sofrimento moral, como um fenômeno subjetivo, não se presta a uma observação exata e, portanto, necessita ser analisada a partir de um fator externo que a simboliza e a expressa, como na competência da pesquisa qualitativa que é o mundo da experiência vivida, com a complexidade histórica do campo e o contexto do objeto pesquisado. “Trata-se de um conjunto de práticas materiais e interpretativas que torna o mundo visível. Estas práticas transformam o mundo” (DENZIN e LINCOLN, 2006, p.3).

A pesquisa qualitativa não se preocupa em quantificar, mas entender as relações sociais consideradas essenciais e resultantes da atividade humana criadora, afetiva e racional e que pode ser resgatada através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum.

A investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais: a abertura, a flexibilidade, a capacidade de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação (MINAYO, 2006, p.120).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Isso corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2006).

Para Minayo (2006, 2008), diferentemente da arte e da poesia que se concebem na inspiração, a pesquisa é um labor artesanal, que se não prescinde da criatividade, se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada em conceitos,

proposições, métodos e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular. A esse ritmo denomina-se "ciclo da pesquisa".

Neste estudo, adotou-se este desenho de pesquisa descrito por Minayo (2005) como "ciclo da pesquisa", desenvolvendo um processo de trabalho em espiral que começa com a pergunta de pesquisa e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações. O processo iniciou com a fase exploratória da pesquisa, com as interrogações preliminarmente sobre o objeto, os pressupostos, as teorias pertinentes, a metodologia apropriada e as questões operacionais para levar a cabo o trabalho de campo. Na sequência, desenvolve-se o trabalho de campo e por fim, a elaboração, com o tratamento do material recolhido no campo. Certamente esse ciclo nunca se fecha, pois toda pesquisa sempre produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para aprofundamento posterior (MINAYO, 2006, 2008).

Para este estudo, desenvolvemos um desenho exploratório, onde buscou-se conhecer, compreender, discutir e explorar a vivência do SM no trabalho em AD e quais suas implicações para os profissionais da EMAD.

Por tratar-se de uma pesquisa na área de bioética, é importante considerar que os estudos empíricos, têm entre suas funções, identificar e caracterizar os problemas éticos que emergem na atenção à saúde (ZOBOLI, 2014).

Inicialmente, optou-se por adotar a pesquisa narrativa que contribui na compreensão das práticas humanas, quando expressas em narrativas, de maneira analítica. Este tipo de pesquisa narrativa, utilizada atualmente em várias disciplinas, tem sido reconhecida como importante método de trabalho desenvolvido por Connelly e Clandinin (1998) inicialmente nos estudos em educação e aprendizagem de professores.

Teixeira Filho (1993) traduz *narrative inquiry* por pesquisa narrativa, usando o método de Connelly e Clandinin (1998) que consideram igualmente correto denominar-se de pesquisa da narrativa. Segundo seu conceito, narrativa é tanto fenômeno quanto método, compreendendo que:

Narrativa nomeia a qualidade estruturada da experiência a ser estudada e, também, nomeia os padrões de pesquisa (inquérito) para seu estudo. Para preservar esta distinção, usamos o razoável e já conhecido dispositivo de nomear o fenômeno de "história" e a pesquisa (*inquiry*) de "narrativa". Deste modo, dizemos que as pessoas, espontaneamente, moldam vidas, ao passo que pesquisadores guiados por este método descrevem essas vidas, coletam e contam suas histórias e escrevem narrativas de experiências (CONNELLY e CLANDININ, 1998, p.2).

O processo da pesquisa narrativa deve começar estabelecendo-se um cenário para esta narrativa, onde o papel dos participantes que não são sujeitos passivos fornecendo informações sobre suas experiências, mas também questionam, fazem sugestões e expressam suas dúvidas. Suas informações são compartilhadas, discutidas e interpretadas no processo de construção de sentidos *entre e pelo* pesquisador-participante (TEIXEIRA Filho, 1993).

Entretanto, esse papel ativo dos participantes, cenário considerado ideal no processo de construção da pesquisa narrativa, ficou comprometido com o início da pandemia de covid-19 em março de 2020. O aumento exponencial da demanda de usuários e a sobrecarga de trabalho das trabalhadoras participantes inviabilizou para que a maioria conseguisse participar da etapa em que devolveria as transcrições enviadas pela pesquisadora com suas sugestões, questionamentos ou reflexões.

Desta forma, optamos por utilizar apenas a entrevista narrativa inicial realizada presencialmente com cada trabalhadora.

5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa utilizou apenas dados primários originários de entrevistas narrativas realizadas com profissionais de nível superior de EMADs cadastradas no PMC e que são os responsáveis pelo cuidado de usuários do SUS, em internação domiciliar. Nas EMADs incluídas no estudo, a composição das equipes contava com médico, enfermeiro, fisioterapeuta e assistente social ou psicólogo.⁶⁻⁸

A seleção dos participantes seguiu ao critério de intencionalidade baseado “na concepção de que a posição que o indivíduo ocupa na estrutura social associa-se à sua construção social da realidade” (CAMPOS, FURTADO, PASSOS, BENEVIDES, 2008, p.252). Os critérios adotados para inclusão, foram que o trabalhador tivesse experiência mínima de seis meses em EMAD, estar trabalhando efetivamente na assistência, ter carga horária mínima de 20 horas semanais e ter realizado curso de especialização no PMQPAD, portanto, com escolaridade de nível superior. Para acessar os participantes, a pesquisadora utilizou-se de sua rede de relações profissionais enquanto pesquisadora da Pesquisa Avaliativa do e como membro da equipe pedagógica de alguns cursos do PMQPAD.

Participaram onze trabalhadores de EMAD localizadas em um município de grande porte no Estado de São Paulo (SP) e de outro de médio porte no Estado de Santa Catarina (SC).

De quatorze voluntários iniciais, participaram do estudo onze trabalhadoras de cinco diferentes EMADs, três localizadas em um município de grande porte no Estado de São Paulo (SP) e outras duas em um município de médio porte no Estado de Santa Catarina (SC).

A caracterização das participantes da pesquisa, com os codinomes escolhidos pelas mesmas para garantir seu anonimato, local de trabalho, profissão exercida na EMAD, tempo de experiência, regime de trabalho e carga horária semanal encontram-se no Quadro 3.

Quadro 3 - Caracterização dos participantes da pesquisa.

Codinome	Local	Profissão na EMAD	Tempo de trabalho na EMAD atual	Regime de Trabalho	Carga Horária Semanal
Annie	SP	Enfermeira	3,5 anos	Celetista	40 horas
Carmen	SP	Médica	4 anos	Celetista	40 horas
Fernanda	SP	Fisioterapeuta	3,5 anos	Celetista	30 horas
Lua	SP	Enfermeira	5 anos	Celetista	40 horas
Marie	SP	Enfermeira	8 anos	Estatutária municipal	30 horas
Margarida	SP	Assistente Social	3,5 anos	Celetista	30 horas
Nina	SP	Fisioterapeuta	4 anos	Celetista	30 horas
Dani	SC	Médica	4 anos	Estatutária municipal	40 horas
Marina	SC	Psicóloga	7 anos	Estatutária municipal	40 horas
Nati	SC	Enfermeira	8 anos	Estatutária municipal	40 horas
Rosa	SC	Enfermeira	7 anos	Estatutária municipal	40 horas

Fonte: Autora, 2021.

A caracterização dos 11 participantes mostrou que todas eram mulheres, brancas, faixa etária entre 33 a 60 anos, com idade média de 41,5 anos e tempo mínimo de trabalho na EMAD atual de 3,5 anos e tempo máximo de 8 anos quando foi implantado o PMC.

Quanto ao regime de trabalho, todas (4) entrevistadas do município catarinense são estatutárias municipais com carga horária de 40 horas semanais. No município

de São Paulo, a maioria (6) das trabalhadoras é celetista, contratadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS), com jornadas de 30 ou 40 horas semanais. A única trabalhadora estatutária de SP, cumpre jornada de 30 horas semanais e já atuava na assistência domiciliar no âmbito hospitalar, tendo solicitado sua transferência para trabalhar no SAD.

5.3 COLETA DE DADOS

Tendo como campo de pesquisa o trabalho em EMAD cadastradas no Programa Melhor em Casa, os trabalhadores de tais equipes foram contatados aleatoriamente por e-mail ou telefone em seus locais de trabalho. Buscando contemplar uma heterogeneidade quanto à sua distribuição geográfica (CAMPOS, FURTADO, PASSOS, BENEVIDES, 2008).

Para acessar os trabalhadores foram utilizados bancos de dados públicos (CNES, equipes cadastradas no PMC/MS, CGAD) e a lista de ex-alunos dos cursos à distância do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar para o SUS, mediante autorização das duas instituições gestoras, sendo elas a UFSC e a UNA-SUS.

No primeiro contato, após fornecer uma breve explicação sobre os objetivos e etapas da pesquisa, o trabalhador que atendia aos critérios de seleção, foi indagado se já havia sentido ou sentia alguma angústia, desconforto ou impotência que conflitavam, no seu trabalho na EMAD. Nos casos de respostas positivas, o trabalhador era convidado a participar da pesquisa.

Após o consentimento, a coleta de dados foi realizada através de entrevistas narrativas com trabalhadores da Equipe Multiprofissional em Atenção Domiciliar do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do SUS, no nível de atenção de média complexidade na modalidade (AD2) e que são os responsáveis pelo cuidado de usuários do SUS em internação domiciliar. O roteiro da entrevista e o detalhamento dos temas encontram-se no Apêndice A.

As entrevistas foram conduzidas pelo método de entrevistas narrativas, orientadas por temáticas pré-definidas e outras que emergiram no diálogo com as participantes e contemplavam os objetivos propostos. Foram temáticas abordadas: (1) Histórias acerca da escolha e trajetória profissional; (2) Histórias sobre seu trabalho em EMAD e acerca dos conflitos geradores de problemas éticos vivenciados no seu

cotidiano de trabalho; (3) Histórias acerca da vivência de sofrimento moral no trabalho; (4) Histórias acerca da contribuição dos cursos do PMQPAD para seu trabalho em EMAD.

A etapa de coleta das entrevistas ocorreu presencialmente, entre os meses de junho e novembro de 2019, conduzidas sempre pelo mesmo pesquisador e nos locais e durante a jornada de trabalho.

O ambiente para a realização das entrevistas foi pactuado com os próprios participantes e a Coordenação da EMAD que disponibilizou uma sala reservada e adequada para a realização das entrevistas. As entrevistas tiveram duração mínima de 50 e máxima de 120 minutos. Coube ao pesquisador interferir o mínimo possível nas narrativas, estimulando que o trabalhador expressasse livremente suas vivências.

Para viabilizar financeiramente este estudo, optou-se pela técnica de entrevista que pode ser realizada tanto presencialmente como virtualmente, por meio de programas que incluam áudio e vídeo, utilizando-se dos recursos tecnológicos da internet.

Já a etapa participativa de validação após a transcrição das entrevistas iniciou-se em fevereiro de 2020 tendo sido encerrada em abril de 2020, sem que porém tenha sido concluída. Conforme anteriormente explicado, a epidemia de covid-19 inviabilizou esta etapa.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Este foi o último ciclo da pesquisa, onde ocorreu a elaboração e o tratamento do material recolhido no campo. O tratamento do material nos conduziu à teorização sobre os dados, produzindo o confronto entre a abordagem teórica anterior e o que a investigação de campo aporta de singular como contribuição (MINAYO, 2008).

A análise qualitativa não prescinde do uso de técnicas formais para o tratamento dos dados, assim como nos métodos quantitativos. Os dados de uma pesquisa qualitativa em sua maioria são textuais. Esta fase de análise teve como finalidade estabelecer sua compreensão, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder às questões formuladas e assim ampliar o conhecimento sobre o tema investigado (TAQUETTE, MINAYO, 2015).

A ideia do ciclo de Minayo (2006) se solidifica não em etapas estanques, mas em planos que se complementam.

Neste estudo, os dados obtidos nas entrevistas narrativas, foram transcritos para possibilitar a realização de uma análise qualitativa, seguindo os passos da Análise Temática (CONNELLY; CLANDININ, 1998).

A análise de dados foi realizada fundamentada na Análise Temática objetivando alcançar um aprofundamento que ultrapassa os sentidos manifestos no material, ao estabelecer uma correlação entre as estruturas semânticas e subjetivas do conteúdo^{23,27}.

Para auxiliar na organização e análise dos dados, fez-se uso do Atlas Ti 9, um software específico para pesquisas qualitativas. Foram criados códigos à priori, embasados tanto na leitura flutuante das falas quanto no referencial teórico existente sobre o tema e que expressassem a diversidade dos problemas éticos encontrados. A partir desta codificação inicial dos documentos primários, os 44 códigos e suas 250 citações foram agrupados de acordo com a relação estabelecida entre eles, quando foi possível realizar sua categorização para o processo de análise.

O processo de análise, iniciou com a transcrição literal das entrevistas gravadas e na leitura inicial minuciosa, onde buscou-se as temáticas presentes nas falas, suas divergências e concordâncias e sua relação com o referencial teórico utilizado. Foram cumpridas as três etapas propostas neste modelo: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação^{18,19}.

Nesta etapa de análise da narrativa, as linhas dos temas tratados nas entrevistas foram:

- a) Histórias acerca de sua identidade pessoal e a escolha profissional;
- b) Histórias da sua trajetória profissional no campo da saúde; da primeira ocupação até o ingresso na EMAD.
- c) Histórias acerca do prazer e sofrimento vivenciados no seu cotidiano de trabalho na EMAD.
- d) Histórias acerca da vivência de sofrimento moral no trabalho: estratégias de enfrentamento, implicações na vida e saúde.

Connelly e Cladinin (1998) chamam esse processo de corroboração dos dados, com o propósito de uma possível produção de novos sentidos às considerações realizadas pelo pesquisador.

O primeiro nível de interpretação é onde cada pessoa assume um papel na interação. São conversas e também onde as pessoas fundamentam a ideia que têm de si mesmas. E por consequência, surge a imagem que as outras pessoas têm de

cada um. Chamados de “espectros interacionais” resumem a percepção que as pessoas têm e determinam sua interação entre si. Os espectros são produzidos por uma complexa e variada rede de práticas sociais, econômicas e linguísticas que se desenrolam ao longo da existência (TEIXEIRA Fº, 1993).

Assim, a tematização das transcrições das histórias realizada pelo pesquisador é o primeiro passo para análise visando a construção de narrativas. (TEIXEIRA Fº, 1993).

Assim as análises convergiram em duas categorias e duas subcategorias, conforme apresentadas no Quadro 4, abaixo:

Quadro 4 - Categorias e subcategorias oriundas do processo de análise

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS
Problemas éticos na Organização do Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Condições de Trabalho - Processo de Trabalho - Relações Interprofissionais entre equipe - Relações Interprofissionais com usuário (doente, família, cuidador) - Relações Interprofissionais com a Gestão
Vivências de Sofrimento Moral	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimentos dolorosos e indesejáveis - Implicações na saúde e no viver cotidiano - Resistência e enfrentamento

Fonte: autora, 2022.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os pesquisadores creem que a presente pesquisa não apresenta conflitos de interesses, mas sim interesses em refletir e problematizar seus resultados, sendo, portanto, um dispositivo ético.

Para a realização da pesquisa, foram adotadas as recomendações da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), uma vez que a pesquisa envolve a participação de seres humanos diretamente. A cada um dos participantes da pesquisa foi previamente entregue uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com as informações básicas do projeto a fim de garantir a compreensão de sua participação.

A devolução e o acesso aos resultados da pesquisa aos participantes e à sociedade também serão garantidos pela publicação de artigos.

Do balanço riscos *versus* benefícios.

Riscos: Entendendo que, conforme Resolução CNS 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, entendemos que o desenvolvimento desta pesquisa apresentou riscos mínimos, destacando-se os de caráter psicológico ao expor ideias que possam ser constrangedoras aos entrevistados.

A garantia do sigilo e anonimato das informações foram o melhor modo de controlar tais possíveis riscos, o qual assumimos o compromisso para tal, ainda que reconhecemos que o sigilo das informações sempre há o risco, ainda que remoto, involuntário e não intencional, de quebra do sigilo e anonimato. Embora os pesquisadores não consigam identificar outros riscos, caso identificáveis, estes serão controlados.

Benefícios: dentre os possíveis benefícios aos participantes, entendemos que a pesquisa propiciou espaço para a autorreflexão sobre seu trabalho em atenção domiciliar, bem como colaborou para a identificação de problemas éticos e quais estratégias possíveis para enfrentar o sofrimento moral e evitar o adoecimento. Acreditamos que ao refletir sobre o cotidiano de trabalho contribuímos aprendendo continuamente para melhorar o âmbito pessoal e também auxiliar a qualificar ainda mais os serviços oferecidos com o dinheiro público pelo SUS.

Do processo de consentimento livre e esclarecido:

Para atentar ao devido respeito e à dignidade humana, este estudo previu um processo para obtenção do consentimento livre e esclarecido. Para tanto, os participantes foram contatados pela pesquisadora, pessoalmente, por e-mail ou via

telefone, para fazer o convite da participação na pesquisa, a partir de uma lista de nomes e contatos fornecidos pelos gestores dos SADs.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B) foi elaborado de maneira a prestar todas as informações necessárias, em linguagem acessível aos participantes, o qual deverá ser lido e compreendido antes da concessão do seu consentimento livre e esclarecido. O mesmo foi elaborado em duas vias, todas assinadas pelos pesquisadores e participantes, ficando com o participante uma via. Como todos os participantes da pesquisa eram profissionais de saúde, entendeu-se que estes seriam plenamente capazes de fornecer, ou não, seu consentimento livre e esclarecido.

Por fim, como cuidados éticos ressalta-se que este estudo faz parte do macroprojeto Avaliação do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar para o SUS – educação a distância no 201805366, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFSC CAAE no 88965418.6.0000.0121.

6 RESULTADOS

De acordo com as normativas do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, os resultados desta pesquisa são apresentados no formato de artigos científicos, em consonância com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSC/UFSC). Posteriormente, os artigos serão formatados e submetidos de acordo com as normas dos periódicos selecionados para publicação.

O primeiro artigo, intitulado “Problemas éticos na organização e relações de trabalho no contexto do Serviço de Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde” busca identificar os principais problemas éticos e analisar como se apresentam no cotidiano de trabalhadores em Equipes Multiprofissionais em Atenção Domiciliar (EMAD) do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Sistema Único de Saúde (SUS).

O segundo artigo, intitulado “Vivências de Sofrimento Moral por trabalhadores de Equipes Multiprofissionais no Serviço de Atenção Domiciliar do SUS” tem como objetivo compreender como se dá o processo de vivência de sofrimento moral no cotidiano de trabalho de trabalhadores em Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) do SUS.

6.1 ARTIGO 1: PROBLEMAS ÉTICOS NA ORGANIZAÇÃO E RELAÇÕES DE TRABALHO NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Problemas éticos na organização e relações de trabalho no contexto do Serviço de Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde

Ethical problems in the organization and work relations in the context of the Home Care Service in the Brazilian National Health System

Maria Esther Souza Baibich

Marta Verdi

Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de campo que tem por objetivo identificar os principais problemas éticos e analisar como se apresentam no cotidiano de trabalhadores em Equipes Multiprofissionais em Atenção Domiciliar (EMAD) do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Sistema Único de Saúde (SUS). A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas narrativas com 11 trabalhadores de cinco equipes em municípios dos Estados de Santa Catarina e de São Paulo. Foi realizada análise descritiva e de conteúdo com apoio do software Atlas Ti. Os resultados foram organizados em duas categorias temáticas: Problemas Éticos Relacionados à Organização do Trabalho e Problemas Éticos nas relações interprofissionais. Na primeira categoria, foram identificados como problemas éticos a precarização das condições de trabalho e dos vínculos trabalhistas; o despreparo dos trabalhadores para atuar frente às novas competências relacionais e tecnológicas exigidas no trabalho domiciliar; dificuldades na pactuação dos fluxos de trabalho nas linhas de cuidado e com outras redes; a excessiva padronização e normatização de um cuidado que deveria ser singular. A categoria relativa aos Problemas éticos nas relações interprofissionais aponta para uma dificuldade no trabalho em equipe e estabelecer limites e responsabilidades; o exercício de poder entre os membros da equipe e junto aos usuários; as dificuldades relacionadas ao cumprimento do projeto terapêutico pelo usuário; e na relação com a gestão, foi identificada a falta de valorização profissional e do próprio SAD. Assim, pode-se considerar que a maioria dos problemas éticos encontrados neste estudo, decorre principalmente, da precarização advinda com a privatização dos serviços de saúde e pela predominância do modelo hegemônico médico neoliberal, tanto na formação dos profissionais, como nas relações interprofissionais, na organização e gestão dos SAD.

Palavras-Chave: Bioética; Problemas Éticos; Atenção Domiciliar à Saúde; Trabalhador da Saúde; Educação Interprofissional.

ABSTRACT

This is a qualitative, exploratory and descriptive research that aims to identify the main ethical problems and analyze how they present themselves in the daily lives of workers in Multiprofessional Home Care Teams (EMAD) of the Home Care Service (SAD) of the SUS. Primary data collection occurred through narrative interviews with 11 workers from five teams in municipalities in the states of Santa Catarina and São Paulo. Descriptive and content analysis was performed according to Bardin, with support from the Atlas Ti software. The results identified 2 thematic categories. In the Ethical Problems Related to Work Organization, we identified the precariousness of working conditions and bonds; work processes where workers do not feel prepared to act facing the new relational and technological competences required in home care work; difficulties in agreeing on work flows in the lines of care and with other networks; standardization and normalization of a care that should be singular. As for the Ethical Problems in Interprofessional Relationships, they point to a difficulty in teamwork and in establishing limits and responsibilities; the exercise of power among the team and with users; difficulties related to the fulfillment of the therapeutic project by the user; and in the relationship with management, the lack of professional appreciation and the SAD were identified. It was concluded that most of the ethical problems found in this study, derive mainly from the precariousness that comes with the privatization of health services and the predominance of the hegemonic neoliberal medical model, both in the formation of professionals, as well as in the interprofessional relationships, in the organization and management of SAD.

Keywords: Bioethics; Ethical Problems; Home Health Care; Health Care Worker; Interprofessional Education.

1. INTRODUÇÃO

As mudanças nos processos produtivos e na natureza do mundo do trabalho que levaram a uma reestruturação produtiva, também foram acompanhadas pelo campo da saúde, onde promoveram a introdução de novas tecnologias no cuidado, novos modos de organização do processo de trabalho e uma necessidade de mudanças de atitudes dos trabalhadores no cuidado do usuário.¹

Foi preciso lançar um novo olhar para o mundo do trabalho em saúde e seus resultados se expressam num modo de agir diferente do anterior, agora com o predomínio das tecnologias leves e do 'trabalho vivo em ato', ou seja, no exato momento em que é executado e que por sua vez, determina a produção do cuidado. O trabalho em saúde passa a englobar uma outra natureza, também imaterial e invisível, uma vez que, esses novos modos de organização e produção do cuidado afetaram os processos de subjetivação dos trabalhadores.

Fruto desta relação intrínseca entre trabalhador e usuário, os processos de subjetivação também podem determinar uma certa reestruturação produtiva. Por sua vez, não podemos esquecer que para a execução deste 'trabalho vivo' ainda continua sendo necessário interagir com normas, padronizações, instrumentos, equipamentos e diversos outros tipos de tecnologias. ^{1,2}

No Brasil, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), maior sistema público de saúde do mundo, se propôs buscar a justiça social, estabelecendo princípios para reduzir as desigualdades sociais que condicionam as condições de vida e saúde da população, implicando na necessidade de uma mudança radical para a concretização deste modelo de atenção à saúde. Foi preciso uma transformação no pensar e no fazer do trabalho em saúde, repensando o cuidado também em seus aspectos éticos, para além das normas deontológicas e das categorias profissionais. No cotidiano profissional, cada vez mais os trabalhadores de saúde passaram a se deparar com problemas éticos que exigem um olhar do campo da Bioética, que se dedica a refletir e estuda as implicações de valor nas práticas e desenvolvimento nas ciências da vida, na medicina e cuidados de saúde que exigem constantemente reflexões e decisões com base em valores morais que orientam suas ações, em cidadania, direitos humanos, democracia e justiça social. ³

Berlinguer⁴, bioeticista italiano cujos estudos resultaram no referencial da bioética cotidiana, destaca que o trabalho em saúde se tornou um grande desafio, visto que, muitas das questões e problemas que envolvem as atuais demandas, direitos e ofertas de serviços em saúde fazem interface com o tema da ética, exigindo reflexão e a tomada de decisões constantes no cotidiano de trabalho. Pensamento apoiado pela filósofa Cortina⁵ para quem a ética é um tipo de saber essencialmente prático e que orienta para uma ação, de modo racional.

Em geral, as políticas de saúde buscam produzir respostas sociais para as condições de saúde da população, entre elas, a necessidade de considerar a

acelerada transição demográfica e epidemiológica com o envelhecimento populacional. Nesse sentido, no Brasil, a Atenção Domiciliar (AD) passa a ser política setorial prioritária, buscando minimizar não só o aumento com custos dos serviços hospitalares, como também incrementar uma abordagem mais humanizada, basilar para a produção do cuidado no âmbito domiciliário. A partir da publicação da Portaria no 2.029/2011, o Ministério da Saúde (MS)⁶ estabeleceu o Programa Melhor em Casa (PMC), conferindo destaque à AD como modalidade de atenção complementar aos cuidados realizados na Atenção Básica (AB) e em serviços hospitalares e de urgência. O PMC visa proporcionar ao usuário um cuidado mais próximo da rotina familiar evitando hospitalizações desnecessárias ou muito longas, diminuindo o risco de infecções e proporcionando um cuidado muito mais humanizado.⁷

Para alavancar a política e sua organização no território nacional, o MS passou a financiar a implantação de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) que atendem três modalidades de atenção, conforme a complexidade do cuidado, a caracterização do usuário, o tipo de atenção e os procedimentos utilizados para a realização do cuidado. Sob a responsabilidade da AB, a modalidade AD1 acompanha usuários que necessitam de procedimentos de menor complexidade e frequência maior que semanal. A AD2 é dirigida para os usuários com dificuldade de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e necessita de acompanhamento contínuo, com procedimentos complexos, mas que não requer uso de equipamentos. Já a AD3 inclui o uso de equipamentos e procedimentos especiais em atenção contínua ao usuário. Para a prestação de assistência nas modalidades AD2 e AD3 existem dois tipos de equipes: a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).⁶⁻⁸

Para admissão no SAD é necessário que seja realizada uma avaliação de elegibilidade, abordando integralmente o usuário nos seus aspectos clínicos e psicossociais e as condições da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Uma avaliação de elegibilidade qualificada, é essencial para fornecer os subsídios para o planejamento e execução do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário, evitar a admissão de usuários que não estariam aptos a serem cuidados em domicílio. Do mesmo modo, pode contribuir para evitar a judicialização da AD, questão que tem impactado a efetivação das políticas públicas em saúde frente ao desafio de atingir o conceito ampliado de saúde.^{7,8}

A necessidade de qualificação para o trabalho em AD é um dos principais desafios para sua expansão no Brasil. Em vista disso, e em consonância com a política de Educação Permanente em Saúde para o SUS, em 2012 foi criado o Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância (PMQPAD) com o objetivo de ampliar a qualificação de gestores e trabalhadores de saúde do PMC, oportunizando seu contato com saberes, práticas e normativas e estimulando a refletirem sobre sua aplicação na realidade de trabalho do território e para que desenvolvam as ações de modo competente, com resolutividade, criticidade e sobretudo, mediante uma prática humanizada. ^{9,10}

Como políticas mais amplas que auxiliam a dar sustentabilidade

Considerando a distância entre a formação profissional e a necessidade de novos modos de produção do cuidado em domicílio, emergiram na AD, simultaneamente, novas questões técnicas e éticas que atravessam projetos singulares e coletivos de vários atores: usuários, familiares, cuidadores, da rede social e de apoio assim como dos próprios trabalhadores¹¹. O cuidado domiciliar, pode assumir situações variadas, mutantes e também imprevistas e que exigirão constantemente do trabalhador avaliar se sua decisão é correta ou não, tanto do ponto de vista técnico como ético. Para realizar este cuidado, seriam desejáveis uma série de competências, que a maioria dos trabalhadores em saúde não têm desenvolvidas, como a criticidade, a criatividade, a comunicação interprofissional e as relacionais como vimos anteriormente, que envolvem respeito, singularidade e autonomia do usuário e família. ^{6, 9,12-14}

No campo da ética, os trabalhadores poderão vivenciar problemas éticos, que decorrem do conflito entre valores e deveres, sendo impossível realizar um sem ferir o outro. O conflito, representa então, uma contradição entre os valores envolvidos e se manifesta como uma obrigação (moral) para a realização desses valores. A vivência de problemas, conflitos e dilemas éticos no trabalho, representa a expressão da incongruência entre os dois níveis de deveres: o 'dever ideal' que expressa aquilo que acreditam que 'deveriam fazer', em confronto com o outro nível, o do 'dever realizável' ou o que de fato 'conseguem realizar' no seu cotidiano. ¹⁵⁻¹⁷

Na saúde, os principais problemas éticos no trabalho foram compilados por Oliveira ¹⁸ a partir de estudos nacionais de Zoboli (2003, 2004, 2007 e 2014), Silva *et al.*(2006) e Lima *et al.*, (2009), em Cuba por Sánchez-Garcia *et al.*(2003) e nos Estados Unidos da América por Laabs (2005). Ramos *et al.*¹⁹⁻²² desenvolveram

estudos que discutem o conflito ético como desencadeador de sofrimento moral no trabalho de enfermeiros. A partir destes estudos, consideramos que os principais problemas éticos vivenciados pelo trabalhador da saúde podem ser sistematizados em dois grupos: (1) Problemas éticos na organização do trabalho relacionados às condições e processos de trabalho, tais como situações conflitivas relacionadas à falta de recursos materiais e financeiros, dificuldades de acesso à rede de serviços em saúde, despreparo para atuar no serviço de saúde, falta de visão interprofissional, carga de trabalho elevada, entre outras; e (2) Problemas éticos nas relações com o usuário, nas relações interprofissionais na equipe e com os gestores, revelando o assédio moral vertical e horizontal, o exercício do poder médico, o desrespeito ao usuário ou ao trabalho em equipe multiprofissional, ao projeto terapêutico com prescrição de tratamento ou orientações que o usuário não conseguirá seguir, à comunicação com o usuário, ao sigilo e confidencialidade, e outros.

Considerando que os problemas éticos possivelmente experienciados pelos trabalhadores na AD, de igual forma ou acrescidos de outras variantes que caracterizam o trabalho em AD, não estão suficientemente tratados na literatura específica, o objetivo deste estudo foi identificar os problemas éticos presentes no cotidiano de trabalho de trabalhadores de saúde da EMAD do PMC do SUS, descrevendo e analisando como se apresentam na organização do trabalho, assim como, nas relações com os usuários, com os gestores e entre a equipe multiprofissional.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

De acordo com os objetivos do estudo, trata-se de uma pesquisa de campo com design exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa que, segundo Minayo é apropriada para o campo das ciências humanas e sociais, uma vez que procura entender as relações sociais, consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, e que podem ser resgatadas através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum. Em bioética, os estudos empíricos, têm entre suas funções, identificar e caracterizar os problemas éticos que emergem na atenção à saúde. ²³⁻²⁵

Nesse artigo, apresenta-se um recorte do processo realizado na pesquisa de doutorado intitulada Vivências de Sofrimento Moral por trabalhadores de Equipes

Multiprofissionais de Atenção Domiciliar do SUS, que por sua vez está inserida na Pesquisa Avaliativa do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar (PMQPAD).^{9,10}

A pesquisa utilizou apenas dados primários originários de entrevistas realizadas com profissionais de nível superior de EMADs cadastradas no PMC e que são os responsáveis pelo cuidado de usuários do SUS, em internação domiciliar. Nas EMADs incluídas no estudo, a composição das equipes contava com médico, enfermeiro, fisioterapeuta e assistente social⁶⁻⁸. Os critérios adotados para inclusão neste estudo foram experiência mínima de seis meses em EMAD, estar trabalhando na assistência, ter carga horária mínima de 20 horas semanais e ter realizado pelo menos um curso do PMQPAD.

De quatorze voluntários iniciais, participaram do estudo onze trabalhadores de cinco diferentes EMADs, três localizadas em um município do Estado de São Paulo (SP) e outras duas em um município de médio porte no Estado de Santa Catarina (SC).

As entrevistas foram agendadas entre os meses de junho e outubro de 2019 e realizadas de forma presencial, em sala reservada e adequada, nos próprios locais de trabalho dos trabalhadores durante seu horário de trabalho.

A caracterização dos participantes da pesquisa, com os codinomes escolhidos pelos mesmos para garantir seu anonimato, local de trabalho, profissão exercida na EMAD, tempo de experiência, regime de trabalho e carga horária semanal encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa.

Codinome	Local	Profissão na EMAD	Tempo de trabalho na EMAD atual	Regime de Trabalho	Carga Horária Semanal
Annie	SP	Enfermeira	3,5 anos	Celetista	40 horas
Carmen	SP	Médica	4 anos	Celetista	40 horas
Fernanda	SP	Fisioterapeuta	3,5 anos	Celetista	30 horas
Lua	SP	Enfermeira	5 anos	Celetista	40 horas
Marie	SP	Enfermeira	8 anos	Estatutária municipal	30 horas
Margarida	SP	Assistente Social	3,5 anos	Celetista	30 horas
Nina	SP	Fisioterapeuta	4 anos	Celetista	30 horas
Dani	SC	Médica	4 anos	Estatutária municipal	40 horas

Marina	SC	Psicóloga	7 anos	Estatutária municipal	40 horas
Nati	SC	Enfermeira	8 anos	Estatutária municipal	40 horas
Rosa	SC	Enfermeira	7 anos	Estatutária municipal	40 horas

Fonte: autoras, 2021.

A caracterização dos 11 participantes demonstrou que eram mulheres, brancas, faixa etária entre 33 a 60 anos, com idade média de 41,5 anos e tempo mínimo de trabalho na EMAD atual de 3,5 anos e tempo máximo de 8 anos quando foi implantado o PMC. Quanto ao regime de trabalho, todas (4) entrevistadas do município de Santa Catarina são estatutárias municipais com carga horária de 40 horas semanais. No município de São Paulo, a maioria (6) das trabalhadoras é celetista, contratadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS), com jornadas de 30 ou 40 horas semanais. A única trabalhadora estatutária de SP, cumpre jornada de 30 horas semanais e já atuava na assistência domiciliar no âmbito hospitalar, tendo solicitado sua transferência para trabalhar no SAD.

As entrevistas foram conduzidas pelo método de entrevistas narrativas ²⁶, orientadas por temáticas pré-definidas e outras que emergiram no diálogo com as participantes e contemplavam os objetivos propostos. Foram cinco as temáticas abordadas: (1) Histórias acerca da escolha e trajetória profissional; (2) Histórias sobre o seu trabalho em EMAD e acerca dos problemas éticos vivenciados no seu cotidiano de trabalho; (3) Histórias acerca da vivência de sofrimento moral no trabalho; (4) Histórias acerca da contribuição dos cursos do PMQPAD para seu trabalho em EMAD. Neste artigo, focalizamos a análise na temática (2) Histórias sobre o seu trabalho na EMAD e problemas éticos vivenciados no seu cotidiano de trabalho.

A análise de dados foi realizada fundamentada na Análise Temática de Conteúdo objetivando alcançar um aprofundamento que ultrapassa os sentidos manifestos no material, ao estabelecer uma correlação entre as estruturas semânticas e subjetivas do conteúdo ^{23,27}. Para auxiliar na organização e análise dos dados, fez-se uso do Atlas Ti 9, um software específico para pesquisas qualitativas. Foram criados códigos à priori, embasados tanto na leitura flutuante das falas quanto no referencial teórico existente sobre o tema e que expressam a diversidade de problemas éticos encontrados. A partir desta codificação inicial dos documentos primários, os 44 códigos e suas 250 citações foram agrupados de acordo com a relação estabelecida entre eles, quando foi possível realizar sua categorização para o processo de análise.

Por fim, como cuidados éticos ressalta-se que este estudo faz parte do macroprojeto Avaliação do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar para o SUS – educação a distância no 201805366, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFSC CAAE no 88965418.6.0000.0121.

Foram adotadas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), uma vez que a pesquisa envolve a participação de seres humanos diretamente. Aos que participaram diretamente, foi entregue uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A devolução e o acesso aos resultados da pesquisa aos participantes e à sociedade também serão garantidos pela publicação de artigos.

3. Resultados e discussão

O processo de análise dos dados da pesquisa propiciou estabelecer duas categorias temáticas: 1 – Problemas éticos na Organização do Trabalho decorrentes das condições e processos de trabalho; e 2 – Problemas éticos nas Relações Interprofissionais entre os trabalhadores da EMAD os gestores, e com os Usuários (aqui incluídos o paciente, a família e o cuidador).

3.1 Problemas éticos na Organização do Trabalho decorrentes das condições e processos de trabalho

Os principais problemas éticos narrados sobre as condições de trabalho estão relacionados à escassez e/ou falta de recurso material, insumos e equipamentos; à falta de infraestrutura, com espaço físico adequado e equipado com instrumentos de trabalho; e dificuldade em dispor de transporte para realizar um acompanhamento contínuo do usuário. Tais situações se conflitam com os requisitos exigidos para a implantação e o funcionamento do SAD, onde é essencial a garantia de recursos para disponibilização de materiais, equipamentos e insumos, de transporte para o deslocamento das equipes e dos equipamentos assim como de local adequado para o trabalho das equipes na sede e atendimento aos familiares ⁸.

Cabe destacar que tais condições foram relatadas somente pelos trabalhadores das EMAD no município de SP, as quais são geridas por OSS. As OSS

são entidades jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, que após processo público, são habilitadas pelo Estado a fazer a gestão de serviços de saúde, tornando-se responsáveis por seu abastecimento, manutenção e fornecer trabalhadores para a execução das atividades.

Outro desafio importante é a falta de estrutura, às vezes né. Assim, de questões de estrutura de trabalho mesmo, como transporte, sala, material. [...] A gente tem que fazer um curativo, a gente não tem material para fazer um curativo, como que vai fazer o curativo? E as famílias são carentes, a gente não tem como falar – Olha, vão comprar essa cobertura aqui, para a gente usar nessa ferida para melhorar... Não vai comprar. [...]Então assim, a falta de material no programa, deixa muito frágil o programa. E às vezes a família cobra da gente isso, como se a gente tivesse culpa, como às vezes acabou a fralda. Carmem MSP.

A mesma precarização quanto a falta de recursos, é apontada em relação ao vínculo trabalhista, que indica uma falta de perspectiva profissional, porquanto não é oferecido um plano de carreira para os celetistas, e de insegurança quanto à estabilidade, pois alguns tipos de contratos precisam ser renovados periodicamente.

A cada seis meses tem mudanças do contrato né, do território, a nível de coordenadoria, e aí teve corte de gasto e aí eles acabaram cortando a carga horária dos coordenadores. Teve muitos coordenadores que foram demitidos nessa época, muitos foram convidados a voltar a ser só enfermeiro ou voltar a fazer aquela atividade laboral que já realizava antes, muitos. Os que não concordaram pediram a demissão.” Annie ESP.

Nas últimas décadas, o financiamento do SUS também vem sofrendo com os ataques oriundos do capitalismo contemporâneo sobre o Estado, que apoiado numa lógica de racionalização do mercado e modernização dos serviços e da administração pública, passou a transferir recursos públicos à gestão privada, como as OSS. Conseqüentemente, o mundo do trabalho no SUS também foi impactado, ampliando as tensões com a precarização das condições e processos de trabalho, a flexibilização das relações de trabalho, a precarização dos vínculos e uma gestão instrumentalizada na avaliação de desempenho que prioriza a produtividade ²⁸.

Ninguém visa a qualidade do profissional, só quer que ele trabalhe. Uma máquina que entrou e vai produzir, sei lá, 10 visitas? 10 visitas. Tem que fazer 100 atendimentos? 100 atendimentos hoje. Durante todo o dia, ninguém viu se ele estava com a mão doendo, se ele já tá estressado porque ele fez 100 atendimentos. No 100 ele já começa a ser grosseiro com a família, grosseiro com a pessoa que está sendo atendida. Carmem MSP

Espera-se que “os profissionais sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação”⁸. Entretanto, o que encontramos no seu cotidiano é o conflito frente a inadequação de sua formação perante as competências profissionais necessárias para atender as especificidades do trabalho na AD. São narradas situações que denotam tanto uma falta de visão interprofissional com o despreparo para este modelo de cuidado contínuo e em um cenário de domínio do usuário e que mais uma vez, envolvem a técnica e a ética.

Porque é assim, o programa ainda está muito novo, umas coisas de segurança no domicílio, a gente está aprendendo ainda. Tanto o programa, como todo mundo, tá aprendendo. [...] E a gente sabe de algumas situações que são coisas pesadas de abuso, de coisas assim, de negligência familiar em relação ao idoso, coisas super pesadas. Eu falo assim. - Gente como a gente (como médico) não tem essa formação? Carmem MSP

Eu acho que é um aprendizado muito grande, né? Pelo menos na época que eu fiz a faculdade, não existia cuidados paliativos, não se falava nisso, era só uma Medicina curativa, né? Preventiva um pouco também, mas essa questão dos cuidados paliativos a gente não tinha, né? Então é uma coisa que no começo eu sofria bastante. Dani MSP

Eles relatam a necessidade de avançar de um processo de trabalho apenas multiprofissional, em que apenas se trabalha junto, para um trabalho interprofissional, onde todos constroem novas práticas e conhecimentos coletivamente, onde a ação de um, modifica o conhecimento e a atuação do outro. São conscientes de que ainda é preciso qualificar muito suas atuações para que efetivamente sejam interprofissionais.

Na AD é imperativo que exista trabalho coletivo e colaborativo em equipes inter e multiprofissionais, para uma assistência longitudinal e integral à saúde e que requerem o uso de novas tecnologias assistenciais, com foco na abordagem Centrada na Pessoa (paciente/usuário) e singular por meio do Projeto Terapêutico Singular. Exige também competências educacionais, pois o cuidado é compartilhado com o cuidador responsável e sua família, por meio de orientações para realização de um conjunto de ações adequadas para cada paciente. Contudo, a formação destes profissionais foi totalmente ancorada em um modelo hegemônico biomédico e sua fragmentação do processo saúde-doença. Os trabalhadores se sentem despreparados, impotentes, incapazes e frustrados para a resolução de problemas de

saúde neste cenário específico do domicílio e que lhes demanda criatividade, criticidade e seu envolvimento com questões éticas, sociais, ambientais e culturais ²⁹.

Por outro lado, a admissão pela EMAD de usuários sem atenderem os critérios de elegibilidade foi narrada por todos das cinco EMADs de SC e SP, colocando esses trabalhadores frente a um paradoxo, se por um lado o cuidado exigido é singular, com Abordagem Centrada na Pessoa e PTS, simultaneamente, o cuidado é protocolizado e padronizado. Como se falar em cuidado integral e singularidade, se existem critérios rígidos e que podem lhes imputar problemas advindos da frequente judicialização na saúde?

O fato de 'adaptarem' os critérios para admissão no SAD, não ocorre pela falta de uma avaliação qualificada, mas motivados por seus valores morais, como altruísmo, empatia e solidariedade diante das fragilidades que se deparam cotidianamente no território domiciliar. Fragilidades de ordem socioeconômica, tais como as condições de vida e moradia e os diversos tipos de violências (físicas, psíquicas, sexuais, abandono).

Não poderia, mas às vezes a gente acaba assumindo casos que não seria ideal a gente assumir. Em função de que se a gente não assumir, o que vai acontecer? Vai ficar abandonado. Marina PSC

Do mesmo modo, o processo de avaliação para admissão gera angústia, mesmo quando estão dentro dos critérios, mas são casos que carecem de procedimentos de maior complexidade e os próprios trabalhadores podem se sentir despreparados para execução e ainda, inseguros em compartilhá-los com cuidadores e familiares que ficarão responsáveis. Aqui encontramos também, uma inadequação do acesso à própria EMAD, visto que a sua logística de funcionamento não disponibiliza acompanhamento e suporte contínuo à noite e finais de semana para o usuário.

Eu acho muito cruel com a família. Eu acho que a gente como AD deveria começar a pensar em alguns casos, que a gente mesmo tem dificuldades...esse caso de ventilação mecânica, de ficar um auxiliar na casa, de ter um auxiliar na casa, de ter um *home care* na casa pra esses pacientes. Porque você fica com medo né, de repente o oxigênio não ser entregue... tem várias coisas que podem acontecer, o aparelho quebrar, a bateria, de não conseguir fazer uma rolha, da família não conseguir aspirar. [...]A gente tem um caso desse porque a mãe ela é sozinha, ela cuida, então ela não consegue dormir há anos, porque ela tem medo do ventilador parar, então eu acho que é muita responsabilidade pra uma pessoa. Lua ESP

Encontramos assim, que os problemas éticos também emergem da dificuldade de acesso a outros serviços. Critérios de alta e encaminhamento, podem também fugir aos protocolos estabelecidos e serem 'readaptados' pela EMAD de acordo com a situação. Por exemplo, quando não confiam que a RAS irá admitir ou acompanhar 'seu usuário' encaminhado, ou quando acreditam que este não terá condições de se deslocar para a UBS ou para os serviços de especialidades. São muitas as histórias trazidas que envolvem dificuldades de acesso ou encaminhamento a serviços complementares ou especialidades, associadas a outras falhas na RAS, na formação de uma rede intersetorial ou falhas do próprio SUS.

A gente tem uma outra situação que eram três senhoras idosas, uma cuidando da outra, chegou uma hora que a que cuidava ficou acamada, aí eu tive que, três, uma andava com muita dificuldade, morava no andar de cima e duas senhoras, uma cama, uma que era da EMAD e aí no fim a que era cuidada acabou também ficou usando também (a EMAD), debilitada, e a gente acionou o CRAS, né que fala? A gente acionou. Levou, fez relatórios, é, tentamos um leito de retaguarda pra essa paciente pra que era acamada mesmo e demorou tanto que ela acabou indo a óbito. Então a gente tem situações que se resolvem no óbito né, é muito frustrante isso. Annie ESP

Apesar dos grandes avanços nos processos de implantação do SAD, o mesmo tem sido construído com dificuldades, principalmente, para a pactuação dos fluxos de trabalho nas linhas de cuidado resultando numa inadequação e desorganização no processo de trabalho e conseqüentemente, gerando desgaste nos trabalhadores. Para uma adequada implantação e gerenciamento do SAD, é indispensável que haja pactuação entre os distintos níveis de serviços da RAS, com o compartilhamento de responsabilidades, equipes, equipamentos e saberes ³¹.

3.2 Problemas éticos nas Relações Interprofissionais entre os trabalhadores da EMAD, gestores e com usuários.

No ambiente de trabalho, as relações tanto podem ser positivas, quando geram harmonia e satisfação, quanto negativas, quando geram conflitos e atritos. Esse campo das relações é bastante importante no mundo do trabalho em saúde, uma vez que as relações ocorrem de maneira ininterrupta, a partir da interação entre dois ou mais indivíduos ou grupos sociais e exercem importante função para que consigamos alcançar nossos objetivos ³².

Neste estudo, destacaram-se os problemas éticos nas relações interprofissionais estabelecidas entre os profissionais da EMAD, dos profissionais com os usuários e para com a gestão.

A habilidade no relacionamento interprofissional é competência essencial no campo da saúde, para lidar com a complexidade do trabalho e para que haja sinergia entre a equipe. Da mesma forma, o trabalho em equipe na AD, deve procurar reunir as diferentes disciplinas e promover o diálogo, o trabalho em conjunto e de maneira integrada entre os distintos trabalhadores que compõem a EMAD.

Entretanto, as narrativas sobre as relações interprofissionais entre equipe, demonstram o complicado diálogo de saberes e práticas, resultando numa dificuldade para o trabalho em equipe, em estabelecer limites, responsabilidades e mesmo no desrespeito ao trabalho do outro.

O obstáculo para uma colaboração interprofissional, que diz respeito à natureza da interação entre profissionais de diferentes campos do conhecimento, pode comprometer a atenção à saúde mais integral e adequada ao usuário ³³.

Nossa, trabalhar em equipe multiprofissional é uma batalha, cada um com seu diploma, com seu ego e com a sua sabedoria, é bem complicado. Cada um acha que ele tem mais razão, que tem a sua razão e o outro que tem a sua razão. Então quando se entra numa discussão, assim, dificilmente se chega a algum ponto. Rosa ESC

Mesmo composta por profissionais com tempo de experiência no trabalho em EMAD, alguns trabalhadores ainda expressam a defesa de territórios disciplinares e a dificuldade de abertura para esse encontro de saberes e de escuta do outro:

É, pra mim foi difícil esse trabalho com o enfermeiro, com os auxiliares assim, difícil não de relacionamento pessoal, mas de saber qual é o posicionamento mesmo entendeu? Com médico foi mais tranquilo, com assistente social eu acho difícil, tipo, são visões bem diferentes de cada profissional, é difícil assim pra mim. E ao mesmo tempo você tem que compartilhar a mesma visita com aquele profissional que não é da sua área, que às vezes, ele também não é obrigado a saber. Eu não julgo a pessoa... o profissional às vezes não entende o seu trabalho também, às vezes você não entende o trabalho da pessoa, mas aí com o tempo você vai ajustando. Mas foi difícil pra mim esse trabalho assim. Fernanda FSP

Torna-se evidente que o modelo assistencial que opera na EMAD, assim como nos demais serviços de saúde, continua dentro da lógica hegemônica do modelo médico neoliberal, cuja organização do trabalho subordina todos profissionais à lógica

e ao profissional médico. Relação que acaba sendo reproduzida e normalizada também pelos usuários.

E às vezes o médico, então fica como o coordenador do cuidado, porque quem é cobrado é sempre o médico. Carmem MSP

As relações autoritárias e assimétricas levam ao empobrecimento da prática do cuidado, submetendo a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar³.

[...]muitas vezes o médico quer ser o centro e [...] quer impor [...] você se sente sem autonomia, então muitas vezes é melhor você ter paz do que ter razão então [...]é difícil é complicado. Nina FSP

Os conflitos nas relações de poder entre os profissionais da EMAD são evidenciados na diversidade de posicionamentos e atitudes, na diferença de poder atribuído a cada categoria e na tentativa de dominação profissional com centralização da organização do serviço.

O mesmo tipo de relação de poder se apresenta na relação com o usuário, que ainda desconhece a existência do SAD e de seus direitos como usuário do SUS, estabelecendo um sentimento de gratidão e submissão, lógica que é alimentada pelos dois lados e acaba também, comprometendo a autonomia dos envolvidos no processo de cuidado.

Vinculado ao projeto terapêutico, existe uma preocupação constante dos profissionais com a capacidade do cuidador em compreender e executar adequadamente as orientações fornecidas pela equipe. Ainda que revele uma apreensão compreensível frente a algumas práticas e métodos considerados mais complexos, da mesma forma, reforça a construção social que habita o imaginário social em relação ao poder-saber científico dos profissionais de saúde e seu poder sobre a vida e a morte, especialmente a do médico³⁴.

Outra questão que causa conflito e angústia ao trabalhador relacionado ao projeto terapêutico, ocorre quando é feita a prescrição de tratamento, equipamentos ou medicamentos que não são fornecidos pelo SAD e que o usuário não terá condições de realizar ou comprar, como nas situações em que os trabalhadores se defrontam com a resistência ou recusa em seguir o tratamento e o projeto terapêutico prescritos, principalmente nos casos onde existe uma fragilidade social familiar, com abandono ou vínculos anteriores frágeis e rompidos entre a família e o sujeito enfermo.

Ainda, nesta relação, o desrespeito do usuário para com os profissionais da equipe se manifestou com a exigência da realização de procedimentos não prescritos ou que seriam de responsabilidade do cuidador, ou só aceitar o atendimento e indicação terapêutica do profissional médico, denotando o ideário socialmente construído em relação ao poder deste profissional.

É no encontro relacional entre trabalhador e usuário que a construção da autonomia do sujeito deve ser potencializada, com a constituição de vínculos e compromissos. Para isso, o ato de cuidar precisa ocorrer em uma relação dialógica, sem as amarras da hierarquia de poder-saber, para que assim, o sujeito enfermo, a família e o cuidador possam expressar suas dúvidas, angústias e vivências ³⁴.

E uma outra intervenção que a gente faz que é a visita pós-óbito, que também eu vejo que a equipe tem resistência, acaba deixando para o psicólogo. É para todo mundo, eu não banco. [...]Eu já deixei claro para a equipe: eu só vou naqueles que eu conheço, porque eu não conheço todos os pacientes, então eu só vou naqueles que eu tenho vínculo. Vai quem tem vínculo. E aí acaba não indo. Se não sou eu, que tenho vínculo, se não é a assistente social que tem vínculo, poucos são os que vão, isso se perde um pouco. Marina PSC

O relato anterior também remonta ao escopo das relações entre a equipe, onde outro problema apontado é quanto à divisão de responsabilidades, resultado da falta de visão interprofissional e de uma compartimentalização do cuidado.

Além de ser realizado exclusivamente no domicílio, um território que não é um campo de práticas hegemônicas, o trabalho da EMAD requer o uso de novas tecnologias relacionais e procedimentais, para as quais os profissionais que atuam, muitas vezes não se sentem preparados e os colocam frente a novos problemas e desafios. Há uma preocupação frente à dificuldade, tanto para manter a privacidade do usuário durante o atendimento domiciliário como para manter o sigilo e a confidencialidade dos atendimentos realizados.

A gente tem tentado reduzir (esses problemas) com as reuniões que a gente faz, mas, mesmo assim, a gente está no dia a dia, é todo mundo junto, sai no mesmo carro, enfim, sai 5 pessoas no mesmo carro, então é um desafio sim conseguir trabalhar com a hora de falar e a hora de se calar, conseguir ter esse feeling. Marina PSC

Já na Relação com os gestores, no âmbito municipal, a falta de investimento na educação permanente é trazida como um problema, corroborando com a identificação da existência de conflito decorrente da inadequação da formação perante

as competências profissionais necessárias para atender as especificidades do trabalho na AD, apontado anteriormente.

Então, existem algumas discussões né relacionadas à essa questão da educação continuada, mas o que se percebe é que fica só nas discussões né, tem a cobrança, quando nós vamos às reuniões sempre falam, ó precisa treinar isso, isso e isso. E aí fica naquela programação, né as programações mas elas parecem que nunca chegam até nós, são coisas que parecem que vão ficando pra depois. É como se a AD vai ficando de lado né! O que, que é prioridade é a AB? Então assim, nós hoje estamos dentro de uma AB, né, estamos inseridos dentro da AB e o que a gente percebe é que se perde a nossa função dentro da AB, é como se a EMAD ficasse esquecida ali dentro da AB. Annie ESP

Outra questão apontada é a falta de reconhecimento e valorização dos profissionais e do próprio SAD pela Gestão municipal, associada por exemplo, à própria falta de investimento na educação permanente, ao descaso com as condições de trabalho, como a falta de infraestrutura adequada, a alocação insuficiente de recursos econômicos e materiais, a demora na substituição de profissionais e a desvalorização dos profissionais do SAD em detrimento a outros profissionais externos contratados para prestarem consultorias ou serviços específicos.

4. Considerações Finais

A similaridade entre muitos dos problemas éticos encontrados no trabalho em EMAD e os problemas vivenciados da AB e na ESF mostrou-se evidente neste estudo. Entretanto, o contexto deste trabalho realizado exclusivamente e de modo contínuo no território domiciliar, parece agregar novos contornos e desafios. O trabalhador de EMAD vivencia situações de imprevistos e problemas na sua prática cotidiana, se deparando com vários conflitos éticos, provocados pela realidade da organização do trabalho que demandam ações não planejadas ou programadas e para as quais não se sente preparado.

A precarização dos vínculos empregatícios e das condições de trabalho, com falta de recursos materiais e financeiros, aliados ao sentimento de desvalorização do profissional e do SAD por parte da gestão, podem levar à rotatividade e à baixa qualificação profissional, que repercutirá negativamente no cuidado prestado.

Ainda, o modelo hegemônico de gestão e organização do trabalho das EMAD, continua reproduzindo a assimetria nas relações de poder entre gestores, trabalhadores e com os usuários, comprometendo não só as relações interprofissionais como uma atenção à saúde mais adequada e integral ao usuário.

Embora a prática no SAD esteja totalmente voltada para o exercício multiprofissional em equipe, no entanto, os trabalhadores se vêm amarrados por padronizações que contrapõem o próprio modelo de gestão do cuidado preconizado, bem como, nos microprocessos do trabalho em AD e nas práticas cotidianas de cada profissional, não foram pensadas estratégias para orientar uma ruptura com o modelo hegemônico vigente.

Como limitações do estudo, ressalta-se, que quando ocorreram as entrevistas, o percurso metodológico previsto era o da pesquisa narrativa participativa. No entanto, com o início da pandemia houve uma sobrecarga dos trabalhadores da EMAD, tornando-se inviável a participação das entrevistadas nas demais etapas de corroboração da transcrição das entrevistas e análise da narrativa. Com isso, fez-se necessário uma mudança no delineamento e análise do estudo. Outra limitação, diz respeito ao fato de que todos participantes são do gênero feminino, o que poderia trazer algum tipo de viés nos resultados. Porém, isso reproduz a realidade na composição das equipes participantes, onde há uma predominância quase absoluta do gênero feminino nas funções ligadas ao cuidado em saúde.

Referências

1. Andrade, A.M et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm; 2017 jan-fev;70(1):210-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0210.pdf>.
2. Franco, T.B; Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde; Tese de Doutorado, Campinas (SP); Unicamp, 2003. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311611/1/Franco_TulioBatista_D.pdf
3. Merhy, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
4. Berlinguer, G. Bioética Cotidiana. Capítulo 3. Trabalho e saúde: fundamentos e conflitos éticos. Brasília: UnB; 2003. p.109-171.
5. Cortina, A. O fazer ético: guia para a educação moral. São Paulo: Ed. Moderna, 2003. 119 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n o 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2011; 25 ago.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n o 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União 2016; 26 abr

8. Lacerda, J.T.; Colussi, C.F.; Calderón, D.B.L; Silveira, E.R. Implantação e Gerenciamento do SAD. In: Curso de Especialização em Atenção Domiciliar. Módulo 2. UFSC- UNASUS. Florianópolis/SC: 2015.
9. Savassi, LCM; Franco SM; Oliveira VA. Construindo um curso a distância de atenção domiciliar multicêntrico, multiprofissional, multi-institucional, multiformatos. In: Gusmão CMG, Borba VR, Menezes Jr. JV, Oliveira CAP, Nascimento EN, Oliveira VA, organizadores. II relato de experiências em tecnologias educacionais do sistema UNASUS 2015. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2015. p. 98-121.
10. Colussi, CF et al., Estudo de avaliabilidade do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância – PMQPAD. Cad. Saúde Pública 2021; 37(10):e00081920.
11. Santos, L. A. Judicialização da Saúde em Atenção Domiciliar. Módulo 6. In: Curso de Aperfeiçoamento em Atenção Domiciliar. UNA SUS- UFSC, Florianópolis: 2017.
12. Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Domiciliar- Volumes 1 e 2. Brasília; 2013. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/publicacoes>.
13. Andrade, AM; Silva, KL; Seixas, CT; Braga PP. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2017 jan-fev;70(1):210-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0210.pdf>.
14. Schramm, J M A et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2004;9(4):897-908.
15. Zoboli, E.L.C.P.; Fortes, P.A.C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1690-1699, nov-dez, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/28.pdf>
16. Zoboli, E. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. Bioethikos, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/91/a05.pdf>.
17. Gracia, D.; Pose, C. Fundamentación de la bioética. In: Introducción a la bioética: origen, fundamentación y método. Cap. 2. Madrid: Universidade Complutense de Madrid. 2009.
18. Oliveira 2015 Tese de Doutorado. Levantamento de Problemas Éticos no Trabalho em saúde.
19. Ramos, F. R. S. et al. Consequências do sofrimento moral em enfermeiros: revisão integrativa. Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 2, 2016a. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45247/28569>>
20. Ramos, F. R. S. et al. Marco conceitual para o estudo do distresse moral em enfermeiros. Texto & Contexto Enfermagem, v. 25, n. 2, p. 1-10, 2016b. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/714/71446259029.pdf>>.
21. Ramos, F. R. S. et al. Conflito ético como desencadeador de sofrimento moral: survey com enfermeiros brasileiros [Ethical conflict as a trigger for moral suffering: survey of Brazilian nurses][Conflicto ético como desencadenador de sufrimiento moral: encuesta con las enfermeras brasileñas]. Revista Enfermagem UERJ, v. 25,p.22646,2017a. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/22646>>

22. Ramos, F. R. S. et al. Construção da escala brasileira de distresse moral em enfermeiros-um estudo metodológico. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 26, n. 4, 2017b. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0990017.pdf>>
23. Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2006.
24. Minayo, M.C.S. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In: *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Abelardo & Rothschild Editores, 2008.
25. Zoboli, E. Bioética e Enfermagem. *RECOM*, v. 4, n, 2014.
26. Connelly, M.; Clandinin, J. Relatos de experiencia e investigación narrativa. In: Larrosa, J. *Déjame que te Cuente*. Barcelona: Laertes, 1998.
27. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. 3ª Reimpressão da 1. São Paulo: Edições, v. 70, 2016.
28. Lacaz, F.; Goulart, P.; Junqueira, V. *Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde*.
29. Elsevier. *Interprofessional collaborative practice in healthcare. Getting Prepared, Preparing to Succeed*. Maio de 2016. Disponível em: https://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0018/184050/Elsevier-Collaborative-CareWhite-Paper-Final_June-2016.pdf
30. Lopes, JMC; Sousa, A. *A Gestão do Cuidado na Atenção Domiciliar. Módulo 2*. In: *Curso de Aperfeiçoamento em Atenção Domiciliar*. UNA SUS- UFSC, Florianópolis: 2017.
31. Oliveira, R.S. Os processos de trabalho do Programa de Atenção Domiciliar. *Trabalho de Conclusão de Curso de Atenção Básica em Saúde da Família*. UFMG: 2012. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Os_processos_de_trabalho_do_programa_de_atencao_domiciliar_PAD_da_regiao_centro_sul_em_Belo_Horizonte_/460.
32. Bock, A.M.B; Furtado, O.; Teixeira, M:L:T
33. Matuda, et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva* 20 (8). Ago 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>
34. Villa, EA et al. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 1044-1052, Out-Dez 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vgrbvJsBZVZSznkgqXtTZg/?format=pdf&lang=pt>

6.2 ARTIGO 2: VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO MORAL POR TRABALHADORES DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO SUS

Vivências de Sofrimento Moral por trabalhadores de Equipes Multiprofissionais no Serviço de Atenção Domiciliar do SUS

Maria Esther Souza Baibich

Marta Verdi

RESUMO

Este artigo tem como objetivo compreender como se dá o processo de vivência de sofrimento moral no cotidiano de trabalho de trabalhadores em Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) do SUS. Desenvolveu-se um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com coleta de dados primários por meio de entrevistas narrativas com 11 trabalhadores de cinco EMAD localizadas nos Estados de Santa Catarina e São Paulo. Foi realizada análise descritiva e de conteúdo com apoio do software Atlas Ti e que de acordo com abordagens teóricas da psicologia do trabalho e da bioética, resultaram em 3 categorias analíticas: (1) Sentimentos desagradáveis e indesejáveis expressados frente aos Problemas Éticos no Trabalho, (2) Implicações na subjetividade e que afetam a saúde e o viver cotidiano dos trabalhadores, (3) Estratégias de resistência dos trabalhadores para o enfrentamento da angústia e sofrimento. Concluiu-se que o sofrimento moral no trabalho é resultado de um processo contínuo, desencadeado por um estado afetivo-emocional de angústia e sofrimento diante de um conflito moral do trabalhador decorrente dos problemas éticos vivenciados no trabalho cotidiano. O sofrimento foi percebido pela expressão de sentimentos desagradáveis e indesejáveis, como frustração, impotência, tristeza, angústia, medo e culpa. Neste processo vivencial sua repetição e continuidade implicam em repercussões que repercutem sobre a saúde mental e no viver do trabalhador (vida profissional). Para fazer frente à esta vivência de sofrimento moral, as trabalhadoras utilizam individual ou coletivamente, de algumas estratégias de resistência ou enfrentamento.

Palavras-Chave: Sofrimento Moral; Bioética; Atenção Domiciliar à Saúde; Trabalhador da Saúde

1. INTRODUÇÃO

A consolidação do capitalismo compreendeu uma reestruturação produtiva no mundo do trabalho e que afetou o viver e a saúde de seus trabalhadores, uma vez que, o trabalho passou a ocupar grande parte da vida das pessoas. Contexto este, que tem propiciado que os acometimentos de males decorrentes do sofrimento psíquico relacionados ao trabalho, já se encontrem como a segunda causa de afastamento do trabalho. ¹

No campo da saúde no Brasil, essa reestruturação produtiva aponta para uma transição tecnológica com mudanças de sentido na produção do cuidado, na forma de conceber o próprio objeto e na finalidade desse cuidado, as quais alteraram de modo significativo a lógica de produção do cuidado, saindo de um modelo procedimental-centrada para um relacional-centrada, com foco em atender o mundo das necessidades de saúde individuais e coletivas. A implantação do Sistema Único de Saúde- SUS, também fez surgir uma espécie de “trabalhador moral”, engajado e militante pró-reforma sanitária e que defende as diretrizes, princípios e valores do SUS, por serem eles justos e necessários. ^{2,3,4}

Tal constatação, vai de encontro aos estudos que indicam que muitas questões e problemas que envolvem as atuais demandas, direitos e a oferta de serviços em saúde, fazem interface com o tema da ética, uma vez que o trabalho em saúde exige de seus profissionais uma reflexão constante e a tomada de decisões que envolvem conflitos morais. O que torna o desenvolvimento deste tipo de competência um grande desafio, uma vez que a vivência de problemas éticos pelos trabalhadores de saúde compreendem conflitos de valores e deveres, têm sido cotidianas. ⁵

No Brasil, as desigualdades sociais existentes ampliam o desafio do cotidiano do trabalhador em saúde, onde o cuidado pode assumir situações variadas, mutantes e também imprevistas, o que pode provocar condições diversas para avaliação se uma definição é correta ou não, na forma de cuidado.

Neste sentido, também a Atenção Domiciliar (AD) implantada recentemente como uma política prioritária do SUS para atender às crescentes demandas do envelhecimento populacional e à necessidade de uma atenção mais humanizada e de menor custo do que a hospitalar, tende a agregar mais elementos às questões éticas vivenciadas no cotidiano, uma vez que este cuidado é totalmente realizado no

domicílio, um território ainda pouco conhecido para muitos, que não está sob o domínio do profissional em saúde e que inclui novos atores como usuários e corresponsáveis pelo cuidado. Além do paciente, precisarão se inter-relacionar com o cuidador responsável e a família do paciente, dentro do modelo relacional-centrado.

A AD está organizada em três modalidades de assistência: a AD1 de responsabilidade da AB para pacientes com problema de saúde controlado/compensado e com necessidades de procedimentos de menor complexidade com atendimento médico, com frequência maior que semanal; a AD2, realizada pelas EMAD junto à pacientes com necessidades de procedimentos mais complexos e de acompanhamento mínimo semanal e com uso de recursos/insumos contínuos ou temporários até estabilização do quadro, mas que não há obrigatoriedade de uso de equipamentos; e a modalidade AD3, onde além dos itens da AD2, o paciente necessita de acompanhamento contínuo com uso de equipamentos ou de procedimentos especiais.⁶

De caráter complementar à assistência na Atenção Básica (AB) ou complementar e substitutivo à internação hospitalar, o Serviço de Atenção Domiciliar é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Nos municípios que dispõem de tal serviço, é necessário possuir pelo menos uma EMAD, com equipe minimamente composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta ou assistente social.^{6,7}

Em relação às condições necessárias para admissão pela EMAD, existem critérios clínicos e administrativos e que devem ser aplicados em todos os casos: local de moradia no território de atuação da EMAD; existência de um cuidador no caso de dependência funcional; consentimento formal do paciente ou familiar responsável com a assinatura do Termo de Consentimento Informado; concordância e encaminhamento do médico assistente responsável da UBS, UPA, hospital ou outro serviço de saúde anterior; ambiência domiciliar minimamente adequada aos cuidados domiciliares (rede elétrica, água potável, espaço adequado ao uso de equipamentos).

^{6,7}

Entre os principais estudos encontrados, identificamos que a maioria dos problemas éticos na Atenção Primária no SUS, estão agrupados em três categorias: (1) Problemas éticos na relação da equipe com o usuário, (2) Problemas éticos na

relação entre equipe e (3) Problemas éticos com a organização do trabalho e o SUS e que englobam as condições e os processos de trabalho.⁸

Neste processo contínuo e inter-relacionado, a vivência de conflitos de valores ou de deveres morais frente aos problemas éticos do cotidiano de trabalho, poderá desencadear um estado afetivo-emocional de angústia e sofrimento, o qual dará origem ao sofrimento moral. A interação entre consciência e julgamento moral diante da realidade que obstaculiza ou se opõe ao seu juízo moral, irá afetar sua subjetividade, originando sentimentos dolorosos, indesejáveis e desagradáveis, como insatisfação, frustração, impotência, culpa e/ou medo e que trarão implicações na saúde e no viver do trabalhador.^{9,10,11,12}

O sofrimento moral pode ser considerado um construto, uma vez que não pode ser observado de forma direta, mas apenas inferido a partir de suas manifestações. Sua compreensão envolve um conjunto de problemas de competência moral, deliberação moral, julgamento moral e sensibilidade moral. Aponta que para que haja sofrimento moral são necessário três elementos essenciais: a consciência da ação correta, a existência de obstáculos reais que geram impotência e um conflito ético real e que impede o trabalhador de tomar a decisão que julga correta.^{9,10,11,12}

Podemos compreender que para a vivência do processo de sofrimento moral, é preciso que haja consciência do trabalhador de qual seria a ação moralmente correta associada à sua impotência frente aos obstáculos reais, o que causará o conflito moral. Como consequência, terá que tomar ações que julga moralmente inadequadas.^{9,10,11,12}

Os valores morais representam o que uma sociedade compreende como sendo o correto em um determinado período histórico. Assim, esses valores servem como uma bússola moral para a orientação das ações, o chamado senso moral - um sentido capaz de gerar sentimentos agradáveis como admiração, felicidade, orgulho ou sentimentos desagradáveis e dolorosos, como culpa, vergonha, tristeza.¹³

As repercussões do sofrimento moral podem repercutir em diversos âmbitos da vida e saúde do trabalhador, tais como: provocar doenças laborais; alterações psíquicas e comportamentais (insônia, irritabilidade, depressão, desatenção); descontentamento, afastamento ou desejo de abandono da profissão; redução da produtividade; distúrbios na personalidade; falta de visão humanizada do paciente, entre outros. Portanto, as consequências vão além da subjetividade e saúde do trabalhador, repercutindo também no cuidado prestado.^{9,10,11,12}

As situações que vivenciamos no trabalho, não possuem um significado apenas em si mesmas, mas se relacionam à nossa própria maneira de existir e ser no mundo. Isso é sentido como uma experiência íntima, cuja observação externa frequentemente escapa. Portanto, a importância de compreendermos esta vivência, reside no fato de ser uma referência fundamental na orientação da vida e do trabalho do trabalhador.

13,14

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Nesse artigo, apresentamos um recorte do processo realizado na pesquisa de natureza qualitativa e com design exploratório, da tese doutoral intitulada Vivências de Sofrimento Moral por Trabalhadores em Equipe Multidisciplinar do Serviço de Atenção Domiciliar do SUS, na linha de pesquisa Bioética e Saúde Coletiva, do Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva da UFSC.

A pesquisa faz parte do macroprojeto de Avaliação do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar para o SUS – educação a distância, uma pesquisa interinstitucional, com a participação da UNA-SUS, da Coordenação Geral em Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde e de pesquisadores docentes e discentes do Departamento de Saúde Coletiva da UFSC. A pesquisa teve fonte de financiamento próprio de recursos advindos do Ministério da Saúde.

A natureza qualitativa do estudo é apropriada para o campo das ciências humanas e sociais, uma vez que procura entender as relações sociais, consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, e que podem ser resgatadas através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum. Por sua vez, os estudos empíricos, têm entre suas funções, identificar e caracterizar os problemas éticos que emergem na atenção à saúde ^{15,16}.

Nesse sentido, este artigo organiza-se em torno da compreensão das vivências do processo de sofrimento moral, procurando descrever com riqueza seu contexto e como aparece na realidade estudada, por meio de dados primários coletados em entrevistas narrativas realizadas com trabalhadores de EMAD cadastradas no Programa Melhor em Casa.

Os critérios adotados para inclusão, foram que o trabalhador tivesse experiência mínima de seis meses em EMAD, estar trabalhando efetivamente na assistência, ter carga horária mínima de 20 horas semanais e ter realizado curso de

especialização no PMQPAD, tendo portanto, escolaridade de nível superior. Para acessar os participantes, a pesquisadora utilizou-se de sua rede de relações profissionais enquanto pesquisadora da Pesquisa Avaliativa e como membro da equipe pedagógica de alguns cursos do PMQPAD. Participaram onze trabalhadores de EMAD localizadas em um município de grande porte do Estado de São Paulo (SP) e outro de médio porte no Estado de Santa Catarina (SC).

As entrevistas ocorreram entre os meses de junho e outubro de 2019. Foram realizadas de forma presencial e conduzidas por esta pesquisadora, nos próprios locais e durante a jornada de trabalho em sala reservada e adequada, pactuada antecipadamente com a Coordenação da EMAD, visto que trabalham em uma sala coletiva pois a maior parte do tempo estão fora realizando o cuidado no domicílio. As entrevistas tiveram duração mínima de 50 e máxima de 120 minutos, sendo conduzidas pelo método de entrevistas narrativas¹⁷ e orientadas por temáticas pré-definidas e complementadas por outras que emergiram e que contemplavam os objetivos propostos para a tese.

Foi realizada a análise de conteúdo temática com apoio do software ATLAS.ti Versão 9.1.1. Realizou-se leitura detalhada e releitura das transcrições; identificação de códigos; correlação entre códigos, comentários dos participantes e categorias temáticas.^{15,16,18}

Para este artigo, aprofundou-se a análise das temáticas exploradas na entrevista narrativa: 1) Histórias acerca da escolha e trajetória profissional; 2) Histórias sobre o seu trabalho em EMAD e dos problemas vivenciados no cotidiano de trabalho; 3) Histórias acerca da vivência de sofrimento moral no trabalho.

As categorias temáticas que emergiram para compreensão do processo de vivência de sofrimento moral foram: 1) Sentimentos desagradáveis e indesejáveis frente aos problemas éticos, 2) Implicações na saúde e no viver cotidiano e 3) Estratégias de resistência ou enfrentamento ao sofrimento moral.

Quanto aos cuidados éticos, o estudo faz parte do macroprojeto de Avaliação do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar para o SUS – educação a distância no 201805366, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFSC CAAE no 88965418.6.0000.0121.

Foram adotadas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), uma vez que a pesquisa envolve a participação de seres humanos diretamente. Aos que participaram diretamente, foi garantido uma das duas

vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A devolução e o acesso aos resultados da pesquisa aos participantes e à sociedade também serão garantidos com a publicação de artigos.

3. VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO MORAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR DO SUS

3.1 AS TRABALHADORAS PARTICIPANTES

Participaram do estudo onze trabalhadoras de cinco EMAD modalidade AD2. Três delas localizam-se na mesma região periférica de um município de grande porte no Estado de São Paulo (SP) que concentra quase 30% da população total do município. Os territórios de abrangência destas três EMAD são caracterizados por grande número de invasões e aglomerados subnormais, popularmente conhecidas como “favelas”, com alta proporção de pessoas morando em setores de alta vulnerabilidade com elevada densidade habitacional e níveis de ocupação. Outras dimensões de vulnerabilidade estão fortemente relacionadas ao contexto em que vivem, com uma menor presença de serviços básicos como esgoto, pelas condições inadequadas de moradia, pela alta incidência de certos agravos de saúde pública ou, pelas elevadas taxas de homicídio entre a população jovem.¹⁹

As outras duas EMAD pertencem a um município de médio porte no Estado de Santa Catarina (SC) considerado um dos primeiros em qualidade de vida do país, sendo referência na educação, infraestrutura e mão de obra qualificada. Classificado entre os cem municípios mais ricos do país, sua economia é impulsionada pelos setores industriais e de serviços, com forte geração de empregos, motivo pelos quais atrai migrantes de várias regiões do país. Ainda assim, a maioria da população ainda é constituída por descendentes de imigrantes alemães e italianos. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com base no Censo 2010, cerca de 7,5% dos habitantes residem nas chamadas “aglomerações urbanas subnormais”, mais popularmente conhecidas como “favelas”.²⁰

Em relação às participantes, todas onze são mulheres, autodeclaradas brancas, na faixa etária entre 33 a 60 anos e com média de idade de 41,5 anos. O tempo de trabalho na EMAD atual varia entre 3,5 até 8 anos quando foi implantado o PMC. Quanto ao regime de trabalho, todas as 4 entrevistadas do município de Santa Catarina são estatutárias municipais com carga horária de 40 horas semanais. Em

São Paulo (SP) havia apenas uma única trabalhadora estatutária com jornada de 30 horas semanais e que, anteriormente, já atuava há bastante tempo na assistência domiciliar no âmbito hospitalar. As outras seis trabalhadoras de SP são celetistas, contratadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS), com jornadas de 30 ou 40 horas semanais.

Identificamos que essas trabalhadoras possuem bastante tempo de formação profissional, média de 17 anos, tendo terminado sua graduação entre 8 e 35 anos antes. Duas delas também possuem outra graduação anterior e todas cursaram pelo menos uma especialização no Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar UFSC-UNA SUS e seis concluíram outras especializações na área da saúde.

Quanto ao tempo de experiência, observamos que duas já trabalhavam no contexto da AD antes da implantação dos SAD. Considerando que o início do cadastramento de equipes deu-se há apenas 8 anos, encontramos quatro trabalhadoras que estão desde sua implantação e as outras sete com média de quatro anos de trabalho na EMAD. Majoritariamente, nove trabalhadoras permanecem na mesma EMAD desde sua contratação.

Cada uma das trabalhadoras escolheu seu próprio codinome e para garantir seu anonimato não serão informados outros dados como idade, tempo de profissão e de trabalho na EMAD. Para sua identificação neste estudo, após o codinome escolhido foi acrescentada uma sigla com abreviatura da atividade desenvolvida na EMAD e o Estado em que atua, sendo SC para Santa Catarina e SP para São Paulo.

Conforme vemos a seguir, existe uma predominância da profissão de enfermeira entre elas:

- Cinco Enfermeiras: Annie ESP, Lua ESP, Marie ESP, Nati ESC e Rosa ESC
- Duas Fisioterapeutas: Fernanda FSP e Nina FSP
- Duas Médicas: Carmen MSP e Dani MSC
- Uma Assistente Social: Margarida ASSP
- Uma Psicóloga: Marina PSC

As suas trajetórias profissionais no campo da saúde apontam para a construção de uma identidade que valoriza a ética e os valores éticos na relação com a profissão. Foi assim desde a escolha profissional, que teve como principal motivação a social, a qual foi expressa no desejo de contribuir e fazer a diferença nas vidas de outras pessoas por meio do cuidado em saúde. Depois, já inseridos no trabalho em AD, as narrativas dizem que as principais competências ressaltadas como necessárias para o trabalho nesta modalidade, são a responsabilidade, valores e ética para uma prática interprofissional.

Olha, pra trabalhar em EMAD eu acho que você tem que se pôr no lugar do próximo, eu acho que é essencial afetividade pra se trabalhar em uma EMAD. De você ter aquela empatia, de você não ser aquela pessoa que só cobra, você tem que ver que as pessoas têm dificuldade de entendimento, de assimilar as coisas, de que é uma situação nova, então eu acho que você tem que olhar pro próximo, como se fosse você, como você gostaria que aquele profissional te abordasse. Nina FSP

Colocam, também a ética como ponto central na construção de sua personalidade moral-profissional e em um fazer profissional humanizado, indo de encontro ao perfil de um “trabalhador moral”.⁴

3.2 O PROCESSO DE VIVÊNCIA DE SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO EM AD DO SUS

Ainda que cada experiência seja singular, própria da pessoa, ela pode ser reveladora, quando juntando a outros relatos forma um conjunto narrativo coletivo que se soma para compreensão sobre o processo coletivo de vivência de sofrimento moral no trabalho. É o que identificamos nas narrativas sobre os principais problemas éticos no trabalho em EMAD, em que seu conjunto as trabalhadoras experimentam um conjunto de sentimentos dolorosos, indesejáveis e desagradáveis e que são indicativos de que existe sofrimento tanto moral como psíquico, nesta relação com o trabalho em AD.

Como já trabalhados em artigo anterior, os problemas éticos na organização e relações de trabalho no contexto do Serviço de Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde, decorrem principalmente de uma insuficiência ou inadequação nas condições e processos de trabalho e nas relações interprofissionais entre equipe, com usuários e com a gestão.

No campo da psicologia, os sentimentos são considerados como experiências internas subjetivas e duradouras, geralmente acessíveis apenas à própria pessoa. Porém, podem ser expressados no mundo exterior quando verbalizadas pela pessoa. No campo da Ética, a expressão dos sentimentos está associada aos valores morais, assim, sentimentos “negativos” indicam a existência de um dilema ou conflito moral.¹⁴

21

Aqui cabe ressaltar, que não existe um sentimento único, ele surge entrelaçado com outros sentimentos, tornando-se plural nesse sentido. Pode se manifestar de diferentes formas, dependendo do contexto e da experiência singular de viver de cada pessoa.

A expressão de um conjunto inter-relacionado de sentimentos de insegurança, incapacidade, insatisfação, impotência levam à frustração, denotando o sofrimento moral nessa relação com um contexto organizacional que não viabiliza um pensar-agir-sentir de acordo com a realização de valores e princípios julgados como corretos. Assim, o pensar deslocou-se do fazer ético e tornou-se sinônimo de angústia, tristeza e medo.^{4,22}

Alguns óbitos são causados pela falta de retaguarda (da RAS) e insumos, às vezes. O pior do quadro, não o óbito em si (quando este é o desfecho natural) ...mas é o pior do quadro, entendeu? Por isso que eu falo, isso me deixa muito angustiada, porque eu vou na casa e a enfermeira fala: - ah aqui não tem...eu fui na casa e só passei soro. Aí você: - tá, então vamos rezar para não poder infectar essa ferida. Porque a chance de infectar vai ser muito maior. Isso não tem como deixar de ficar angustiada, é quase impossível! Eu tento me controlar na angústia, mas é complicado. Carmem MSP

Conforme veremos nas falas a seguir, medo e culpa também emergem como sentimentos angustiantes e entrelaçados que vêm associados à conflitos éticos e dilemas morais com o próprio PMC, como com o compartilhamento do cuidado com o usuário (família/cuidador responsável) e pela consciência de suas limitações profissionais para a complexidade deste tipo de cuidado. Da mesma forma, manifestam-se no embate entre a protocolização do cuidado em detrimento de um olhar mais humanizado sobre o usuário e suas necessidades de cuidado e sociais, as quais refletem na admissão de usuários fora dos critérios de elegibilidade ou também

pela recusa na admissão de usuários que se encontram em condição de grande vulnerabilidade social e abandonados pelo Estado ou pelos familiares, situações as quais, trazem consequências ético-morais e jurídicas.

O programa ainda está muito novo, umas coisas de segurança no domicílio, a gente está aprendendo ainda. Tanto o programa, como todo mundo, tá aprendendo. (...)algumas situações, a gente tem que barrar porque, vai causar insegurança no domicílio, porque o paciente está ao cuidado de uma pessoa leiga e tem coisas que a gente consegue ensinar, mas tem coisas que a gente tem um limite de ensinar né. (...)Vai causar estresse na família e se ele fizer coisas erradas quem ensinou foi a gente. Então é um risco para a gente (...) a equipe toda fica realmente angustiada(...) é uma luta todo o dia - Nossa, será que ele morreu? Será que ele está vivo hoje? (...)Você não tem culpa, o sistema (que) é falho(...) Você não tem culpa. Mas no fundo, no fundo, você se sente culpado. Carmem MSP

As trabalhadoras tendem a fazer uma avaliação negativa de si mesmas, se questionando constantemente o que fizeram de errado e acabam buscando em si mesmas os motivos da culpa. A exposição prolongada às situações conflituosas abala sua autoestima, por não se considerar competente e capaz, e vai corroendo seu autorrespeito porque não se atribui um valor positivo por não se achar “justo”, já que não consegue fazer aquilo que acha que deveria fazer, ou seja, o correto.

Percebemos o sofrimento moral, como uma vivência depressiva e que condensa um conjunto de sentimentos dolorosos e angustiantes e que atingem sua integridade, podendo levar à desestruturação da sua personalidade moral-pessoal-profissional. Sua somatória e constância, têm implicações na saúde e no viver das trabalhadoras.

Tais vivências podem levar ao acometimento de transtornos à saúde, levando à alterações físicas e psíquicas. Neste estudo, as principais alterações mostraram-se relacionadas à saúde mental, com a presença de quadros de depressão e tristeza com necessidade de acompanhamento psicoterapêutico e uso de medicamentos psicofármacos.

Não tem como né! Porque a gente fala: não vamos levar o trabalho para a casa, mas o trabalho vai junto entendeu? A gente tenta não levar né. Hoje eu faço até terapia, para poder tentar me controlar. Ser médica, ou trabalhar na saúde, qualquer área da saúde. Não é só médico não. Enfermeiro, psicólogo... Ele precisa de uma terapia. Porque a gente leva a angústia de

cada paciente para a casa, para dentro do nosso coração e isso vai consumindo a nossa energia. Carmem MSP

Vivenciar o sofrimento moral de modo solitário apenas intensifica os sentimentos dolorosos aumentando a sensação de impotência e desamparo, contribuindo para o afastamento dos doentes e de seu cuidado e para o abandono da profissão. A exaustão e o estado de esgotamento emocional no qual o sujeito se despersonaliza perdendo o sentido da sua relação com o trabalho, somados à ausência de realização profissional frente ao sentimento de incompetência no trabalho, caracterizam a Síndrome de *Burnout*, doença ocupacional prevalente em atividades profissionais ligadas ao cuidar.^{23,24}

Mas agora que eu estou em uma fase da vida, assim, que eu estou me sentindo um pouco esgotada. Chega o final do dia, eu me sinto muito, muito cansada, mas não é um cansaço físico, é um cansaço mental. Mas também são outras coisas que estavam acontecendo aqui no trabalho, que também acabavam desgastando, porque eu acho que quando você tem um trabalho tão difícil no dia a dia, você tem que ter um suporte. Em algum momento você tem que poder parar e dizer: “não, hoje eu não estou bem, eu não vou atender paciente se eu não estou bem”. (...)Então eu estava me sentindo, assim, como se fosse esgotada, como se alguém tivesse sugado todas as minhas energias e eu não conseguia mais avançar. Nati ESC

As respostas de enfrentamento ou resistência para lidar com tantas demandas que são considerados excedendo seus recursos individuais, são chamadas de estratégias, que se traduzem por esforços individuais ou coletivos, para reduzir, minimizar ou tolerar as situações de tensão geradoras do sofrimento em busca de possibilidades de reconfiguração identitária.^{25, 26}

Na literatura inglesa o termo *coping* representa as estratégias de resistência e também empregado como enfrentamento. Já para autores da Psicodinâmica do Trabalho, esse conceito é associado a estratégias defensivas para lidar com o sofrimento pelo confronto entre os desejos do sujeito e a resistência imposta pelo real. As formas de resistência dos trabalhadores podem se manifestar de diferentes modos e padrões, se expressando por duas possibilidades de expressão: enfrentamento ou passividade.²²

As estratégias podem ser tanto individuais como coletivas, sendo o mecanismo pelo qual os trabalhadores procuram modificar, transformar e minimizar sua percepção de uma realidade que os faz sofrer. ²²

As estratégias de enfrentamento coletivo adotadas e que mais se mostraram efetivas, passam pela organização e busca de suporte, compartilhamento com colegas e apoio na rede.

É importante conhecer todo o território, eu tenho contato com os agentes comunitários, eu vou nas outras EMAD, eu converso, o meu território ele tá bastante unido, a gente criou um grupo, então a assistente social me passa bastante casos. Às vezes falta material, muito comum, às vezes eu forneço, às vezes a gente troca entre a gente ou acaba comprando. Então o nosso território tá bem unido. Marie ESP

As estratégias de resistência individual se dão por meio da intervenção direta na busca de solução e pelo diálogo com usuários e com colegas da equipe para resolução dos conflitos tanto decorrentes da organização do trabalho como das relações interprofissionais.

Por sua vez, a passividade também é uma outra forma de resistência relatada pelas trabalhadoras e se expressa por meio da negação, resignação, desistência, omissão, assujeitamento e isolamento, como vemos em uma das falas a seguir:

Eu vejo... no fato de que eles querem que a gente admita paciente com ventilação mecânica e eu acho que se eu deixar um paciente com ventilação mecânica na casa e você dá toda a responsabilidade pra família, eu acho muito cruel com a família. (...) Às vezes eu me sinto (culpada) por estar num sistema que você tem que acabar sendo obrigado a admitir né? Sim, tem algumas coisas, não uma imposição assim... deixa eu ver como eu vou te explicar. É uma coisa que é meio natural né? Não que vá ser grosseiro, mas ele acaba impondo, pra equipe toda. Lua ESP

Ainda nesta fala, observa-se que as relações de poder e saber estão atreladas ao tema da resistência, visto que conforme Foucault, onde há poder há resistência. A questão do poder e', por natureza, o objeto de uma luta. E toda luta por sua vez, é sempre uma resistência dentro da rede de poderes. ²⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo compreendeu o sofrimento moral como um processo contínuo, que resulta num estado afetivo-emocional de angústia e sofrimento, desencadeado pela vivência de conflitos éticos e de dilemas morais que se opõem aos valores ou deveres morais das trabalhadoras.

O cotidiano de trabalho nos Serviços de Atenção Domiciliar, uma atividade relacional e que também exige domínio técnico na sua execução, mostrou-se marcado por situações provenientes de diversos dilemas morais e conflitos éticos relacionados tanto às condições e processos de trabalho quanto as relações interprofissionais, que se mostraram potencialmente geradores de sofrimento moral.

Neste processo vivencial de sofrimento moral, a imposição de situações conflituosas persistentes no cotidiano de trabalho e a interação entre sua consciência e julgamento morais, originaram experiências e sentimentos dolorosos e indesejáveis que corrompem sua integridade, afetam sua subjetividade e trazem implicações na saúde e no bem viver das trabalhadoras. Porém, as repercussões vão além da subjetividade e saúde do trabalhador, e se fazem sentir também no cuidado prestado.

Muitas trabalhadoras usam estratégias coletivas ou individuais, de enfrentamento ou de passividade, mas que todos estes modos expressam um direito de resistir e uma necessidade de lutar. A reclamação sobre o que causa o sofrimento no trabalho é uma das melhores estratégias de manifestação como forma de inconformismo e resistência diante de algo que considera errado ou abusivo.

A construção de estratégias de enfrentamento que envolvem ações coletivas, aliadas à uma atitude ativa de luta pela preservação da sua saúde e pela melhoria da organização, gestão e relações de trabalho, indicam serem as estratégias mais bem-sucedidas.

Referências

1. Tolfo, S.R.; Oliveira, R.T. Assédio moral no trabalho: características e intervenções. Lagoa Editora. Florianópolis, 2016.

2. Franco, T.B; Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde; Tese de Doutorado, Campinas (SP); Unicamp, 2003. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311611/1/Franco_TulioBatista_D.pdf. Último acesso em jun. 2018.
3. Merhy, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
4. Cecílio, L.C. O trabalhador moral em saúde: reflexões sobre um conceito. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.11, n.22, p.345-63, maio/ago. 2007.
5. Berlinguer, G. Bioética Cotidiana. Capítulo 3. Trabalho e saúde: fundamentos e conflitos éticos. Brasília: UnB; 2003. p.109-171.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2016. Disponível em: www.jusbrasil.com.br/diarios/113894163/dou-secao-1-26-04-2016-pg-33. Acesso em jan. 2017.
7. Lacerda, J.T.; Colussi, C.F.; Calderón, D.B.L; Silveira, E.R. Implantação e Gerenciamento do SAD. In: Curso de Especialização em Atenção Domiciliar. Módulo 2. UFSC- UNASUS. Florianópolis/SC: 2015.
8. Zoboli, E.L.C.P.; Fortes, P.A.C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1690-1699, nov-dez, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/28.pdf>
9. Ramos, F. R. S. et al. Consequências do sofrimento moral em enfermeiros: revisão integrativa. Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 2, 2016a. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45247/28569>
10. Ramos, F. R. S. et al. Marco conceitual para o estudo do distresse moral em enfermeiros. Texto & Contexto Enfermagem, v. 25, n. 2, p.1-10, 2016b. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71446259029.pdf>.
11. Ramos, F. R. S. et al. Conflito ético como desencadeador de sofrimento moral: survey com enfermeiros brasileiros. Revista Enfermagem UERJ, v. 25,p.22646,2017a. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/22646>
12. Ramos, F. R. S. et al. Construção da escala brasileira de distresse moral em enfermeiros-um estudo metodológico. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 26, n. 4, 2017b. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0990017.pdf>
13. Chauí, M. S. Convite à Filosofia São Paulo: Ática 1995.
14. Forghieri, Y. C. Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisas. São Paulo: Pioneira; 1993.
15. Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2006.

16. Minayo, M.C.S. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In: Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narrativa. São Paulo: Abelardo, & Rothschild Editores, 2008.
17. Connelly, M.; Clandinin, J. Relatos de experiência e investigação narrativa. In: Larrosa, J. Déjame que te Cuente. Barcelona: Laertes, 1998.
18. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Edições 70, Portugal. 1ª ed. 2009.
19. CEM-(anonimizado). Mapa da vulnerabilidade social da população da cidade de (anonimizado). P.18-37. Disponível em file:///C:/Users/esthe/Downloads/documento(anonimizado)-(18-38).pdf
20. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em : <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/>
21. Bock, A.M.B.; Furtado, O.; Teixeira, M.L.T. Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: Editora Saraiva. 13ª edição. 2008.
22. Caçador, B.S.; Ramos, F.R.S.; Brito, M.J. Processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Enfermagem em Foco. V.7, Ed.(3/4): p22-26. 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/910>
23. Lunardi, V.L. Barlem, E.L.D.; Bulhosa, M.S. et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. Rev. Bras. Enferm, Brasília, 2009; 62(4): 599-603.
24. Jacques, M. G. S. & Codo, W. (Org.). Saúde Mental & Trabalho. Leituras. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes; 2003. 2ª Edição.
25. Dejours, C.; Abdoucheli, E.; Jayet, C. et al. Psicodinâmica do trabalho. Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2009.
26. Brant, L. C.; Minayo-Gomez, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, 2004, v.9, n. 1, p. 213-223. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n1/19838.pdf>>.
25. Bordignon, S.S et al. Estudantes de enfermagem diante de sofrimento moral: estratégias de resistência. Rev. Bras. Enfermagem. V71. Ed. Suplementar 4: p.1760-7. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZwmGQ9SFYfgFgpyCSFJhvyD/?lang=pt&format=pdf>
27. Foucault, M. & Machado, R. (Orgs.) Microfísica do poder. 6ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho é fundamental na vida humana, uma vez que é condição da existência social, ocupando papel central na luta pela sobrevivência, na conquista da dignidade, da humanidade e na realização pessoal e profissional. São diversos os estudos que apontam historicamente o trabalho como elemento fundamental e ao mesmo contraditório em relação à proteção da saúde, quando se mostra criativo e prazeroso ou quando contribui na produção da doença, se alienado, penoso e sofrido.

Com a introdução de novas tecnologias decorrentes da reestruturação produtiva e o crescimento exponencial do setor terciário, a discussão da organização do trabalho no setor “serviços” (onde o cuidado em saúde se insere) indica que seu produto passou a ser subjetivo, imaterial e o “consumidor” / usuário, se apresenta como “objeto” da ação. No cuidado em Serviços de Atenção Domiciliar, esse sujeito-objeto passou a ser ainda mais ativo, delineando um novo cenário de trabalho, que agrega novos atores além do doente, como a família e o cuidador, em um novo território de domínio do usuário que é o domicílio e onde este tipo de cuidado acontece exclusivamente.

Ainda que as questões dilemáticas e os problemas éticos vivenciados no cotidiano de trabalho se assemelham aos encontrados em estudos anteriores no campo da saúde, percebemos que no Serviço de Atenção Domiciliar podem tomar proporções de grande sofrimento, visto que suas ações dependem de condições e processos de trabalho que obstaculizam aquilo que julgam correto e adequado, podendo levar ao agravamento das condições de saúde do doente, e ao óbito. Impotência, incapacidade, medo, culpa são alguns dos sentimentos frequentes associados aos conflitos morais e cuja repetição e frequência provocam o abalo na autoestima e a ruptura com o autorrespeito, elementos chaves da personalidade moral.

Neste processo espiral e crescente de sentimentos dolorosos, indesejáveis e angustiantes, o abalo à saúde mental dos trabalhadores traz implicações não só à saúde e ao bem-viver do próprio trabalhador, como também resulta em prejuízos à qualidade de um serviço que se propõe mais humanizado e com vistas à redução de custos com internações.

Para o trabalho qualificado e humanizado na AD é urgente a reorganização dos modos de gestão, organização e produção do cuidado, ressignificando seu potencial positivo de satisfação e prazer. São necessárias que as políticas e gestão de pessoas na saúde realmente invistam na educação permanente e na humanização e

valorização do trabalhador, reforçando uma formação ética e que capacite no método da deliberação moral para resolução de problemas éticos do cotidiano. Assim como, a flexibilização de normas e procedimentos, no apoio terapêutico e na desprecarização dos vínculos trabalhistas que têm atingido cada vez mais o setor público de saúde, entre outras.

Além disso, são fundamentais promover estratégias de proteção, preferencialmente coletivas e ativas, como de reconhecimento e valorização das manifestações de resistência, de fortalecimento dos vínculos e com ações que envolvam os trabalhadores na compreensão e enfrentamento da realidade.

Acreditamos que a impregnação do sentido ético no trabalho pode representar uma possibilidade para o ser humano se desenvolver de modo saudável em contextos de trabalho favoráveis, que reforcem relacionamentos interprofissionais, políticas e estratégias de promoção da saúde e dos direitos humanos iguais para todos.

Por fim, indicamos que este estudo possui as limitações próprias do recorte que com que foi construído, bem como pelo fato de ter se desenvolvido apenas com trabalhadoras mulheres. Ainda assim, acreditamos que nossos resultados trarão novas contribuições na construção do constructo de sofrimento moral no trabalho em saúde e na compreensão do processo e de como é vivenciado por trabalhadores neste modelo de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE AM, SILVA KL, SEIXAS CT, BRAGA PP. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm** [Internet]. 2017 jan-fev;70(1):210-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0210.pdf>. Último acesso: jun.,2018.

ANTUNES, R. **Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho?** In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO. São Paulo; 2008.

ARRUDA, E. **A estrutura da pessoa, segundo Lersch.** Arq. bras. Psic. Rio de janeiro: 31 (1): 161-171; jan./mar. 1979. Disponível em: [file:///C:/Users/Maria/Downloads/18022-33910-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Maria/Downloads/18022-33910-1-PB%20(1).pdf). Último acesso: jul., 2018.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa.** São Paulo: Cengage Learning; 2009.

BAIBICH, M.E.S; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. Reflexões acerca das contribuições da psicologia no campo da saúde mental e trabalho. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147. Florianópolis (SC), v.6, n.13, p.21-46; 2014. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2968>

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 70 ed. Lisboa, Portugal; 1979.

BARLEM, E.L.D. et.al. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2013; 21(Spec): [09 telas].

BARLEM, E.L.D. Vivência do sofrimento moral no trabalho da enfermagem: percepção da enfermeira. **Rev. Esc. Enferm USP** 2012; 46(3):681-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/21.pdf>. Último acesso: maio., 2018.

BARTH, P.O; DRAGO; L.C; BARLEM, E.L.D; RAMOS, F.R.S. Sofrimento Moral e a interface com a enfermagem: uma breve revisão sobre o tema. **Anais 17º SENPE.** 03 a 05 de junho de 2013. Disponível em: www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1581po.pdf. Último acesso: mar. 2018.

BERLINGUER, G. **Bioética Cotidiana.** Capítulo 3. Trabalho e saúde: fundamentos e conflitos éticos. Brasília: UnB; 2003. p.109-171.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, 2004, v.9, n. 1, p. 213-223. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n1/19838.pdf>. Acesso: 10 nov. 2017.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990-SUS.** Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acesso: abril, 2016.

BRASIL, MS. **HumanizaSUS. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS.** Brasília, 2010. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/rede-humanizasus/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf Acesso: fevereiro, 2023.

BRASIL, MS. **Portaria GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011.** Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html. Acesso: março, 2016.

BRASIL, MS. **Cadernos de Atenção Domiciliar-** Volumes 1 e 2. Brasília; 2013. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/publicacoes>. Acesso: mar., 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016.** Redefine a Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2016. Disponível em: www.jusbrasil.com.br/diarios/113894163/dou-secao-1-26-04-2016-pg-33. Acesso em jan. 2017.

BRASIL, MS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: 2018. 73 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf Acesso: fevereiro, 2023

CAÇADOR, B.S.; RAMOS, S.R.; BRITO, M.J.M. **Processo de Angústia/Sufrimento Moral em enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.** Enfermagem em Foco; 2016. 7(3/4) p 22-26. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/910>.

CAMPOS, M.I. **Diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais e sua relação com o trabalho dos servidores públicos estaduais.** Dissertação de Mestrado, Florianópolis (SC); UFSC; 2006.

CAMPOS, R.O. FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade.** São Paulo: Abelardo, & Rothschild Editores, 2008.

CASERA, D. (2001). **Sufrimento.** In: Leone, S., Dicionário de Bioética. 2001.

CECÍLIO, L.C. O trabalhador moral em saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22, p.345-63, maio/ago. 2007.

CONNELLY, M.; CLANDININ, J. **Relatos de experiência e investigação narrativa.** In: LARROSA, J. Déjame que te Cuente. Barcelona: Laertes, 1998.

CORTINA, A. **O fazer ético: guia para a educação moral**. São Paulo: Ed. Moderna, 2003. 119 p.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2000.

_____, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Ed. Paralelo 15; 2005.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FETIESC. **Revista Movida**, 2016. Disponível em: <http://www.fetiesc.org.br/site/category/movida/>

FORGHIERI, Y. C. (1993). **Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisas**. São Paulo: Pioneira; 1993.

FRANCO, T.B; **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**; Tese de Doutorado, Campinas (SP); Unicamp, 2003. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311611/1/Franco_TulioBatista_D.pdf. Último acesso em jun. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.

HELLMANN, F.; VERDI, M.; GABRIELLI, R. **Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos**. FAPESC. Florianópolis (SC): DIOESC; 2012.

JACQUES, M. G. S. **Desafios e questões relacionadas ao mundo do trabalho para o (a) s psicólogo (a) s**. Brasília: Jornal do CFP de 25.09.2015.

JACQUES, M. G. S. & CODO, W. (Org.). **Saúde Mental & Trabalho**. Leituras. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes; 2003. 2ª Edição.

JUNGES, J.R. et al. Hermenêutica dos problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária. **Rev Bioét**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p.97-105, 2012. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/649. Último acesso em: 28 jun. 2018.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, 2010; v. 44, n.4, p.1107-11. Disponível em: < www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 15 nov. 2016.

NUNES, E. D. (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global; 1983.

LACERDA, J.T.; COLUSSI, C.F.; CALDERÓN, D.B.L; SILVEIRA, E.R. **Implantação e Gerenciamento do SAD**. In: Curso de Especialização em Atenção Domiciliar. Módulo 2. UFSC- UNASUS. Florianópolis/SC: 2015.

LUNARDI, V.L. BARLEM, E.L.D.; BULHOSA, M.S. et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, 2009; 62(4): 599-603.

MACHADO, J.; SORATTO, L.; CODO, W. (Org.). **Saúde e trabalho no Brasil. Uma revolução silenciosa**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes; 2010.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. do C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm USP** 2010; 44(4):1107-11. São Paulo: 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/36.pdf>. Último acesso: jun. 2018.

MARX, K. **O processo de trabalho**. In: O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo, SP: Boitempo, 2013. 255-263 p.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2006.

MINAYO, M.C.S. **A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde**. In: Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Abelardo, & Rothschild Editores, 2008.

NORA, C. R. Dalla; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, n. 1, p.112-121, 2015. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/48809>>. Último acesso em: 29 abr. 2018.

OLIVEIRA, C.C. **Para compreender o sofrimento humano**. Revista bioética (impr.), Brasília, v. 24(2). p.225-234, 2016.

OLIVEIRA, R.S. **Os processos de trabalho do Programa de Atenção Domiciliar**. Trabalho de Conclusão de Curso de Atenção Básica em Saúde da Família. UFMG: 2012. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Os_processos_de_trabalho_do_programa_de_atencao_domiciliar_PAD_da_regiao_centro_sul_em_Belo_Horizonte_/460. Último acesso: dez., 2017.

PUIG, J.M. A construção da personalidade moral. São Paulo: Ed. Ática, 1998.

PORTO, T.; MOREIRA, H.; MENEGON, F.A. **Sobrecarga mental em trabalhadores da Atenção Básica de municípios da grande Florianópolis**. In: Anais do congresso brasileiro de epidemiologia, 2017. Resumos. Campinas/SP: Galoá, 2018. Disponível em: <<https://proceedings.science/epi/trabalhos/sobrecarga-mental-em-trabalhadores-da-atencao-basica-de-municipios-da-grande-florianopolis>> Acesso em: 18 jun. 2018.

REGO, S. PALÁCIOS, M. SIQUEIRA-BATISTA. **Bioética para profissionais da**

saúde. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2009. 160p. (Coleção Temas em Saúde).

RIBEIRO, JLP. **Introdução à Psicologia da Saúde**. Coimbra: Quarteto, 2005.

SANTOS, L. A. **Judicialização da Saúde em Atenção Domiciliar**. Módulo 6. In: Curso de Aperfeiçoamento em Atenção Domiciliar. UNA SUS- UFSC, Florianópolis: 2017.

SCHRAMM, J M A et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doenças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004;9(4):897-908. 6. Ministério da Saúde.

SCHWARTZ Y; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Ed UFF; 2007.

SENA, R. R. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo técnico assistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, fev. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>. Último acesso: jun., 2018.

SIMAS, K.; SIMÕES, P.; GOMES, A. et al. (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1481-1490, maio 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501481 & script= sci_abstract & tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501481&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Último acesso em: 25 abr. 2018.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A.; MOTTA, L.C. et al. (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Rev. Saúde e Sociedade**. São Paulo, Viçosa, v. 24, n. 1, p.113-128, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000100113 & script= sci_abstract & tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000100113&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 25 abr. 2018.

SILVA, N.; TOLFO, S.R. **Assédio Moral e Felicidade**. II Seminário Estadual de Prevenção do Assédio Moral no Trabalho. Florianópolis, agosto de 2011. Disponível em: www.assediomoral.ufsc.br

TAILLE, Y. de La. **Moral e ética: dimensões intelectuais e afetivas**. São Paulo: Artmed; 2006.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M.C.S. *The perceptions of medical researchers on qualitative methodologies*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. V.31(4), p.1-11. 2015. Disponível: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2015000400722&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: Jul., 2018.

TEIXEIRA Fº, F.S. **Temas em Psicologia da SBP**. Ribeirão Preto: SBP; 1993.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Ed. Atlas; 1998.

ZOBOLI, E.L.C.P.; FORTES, P.A.C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1690-1699, nov-dez,

2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/28.pdf>>. Último acesso em: 27 abr. 2018.

_____, E. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. **Bioethikos**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/91/a05.pdf>. Acesso: Mar., 2017.

APÊNDICE A – ENTREVISTA NARRATIVA

ENTREVISTA NARRATIVA

Sobre a identidade pessoal e profissional.

- Motivação para escolher sua profissão.
- Tempo de formação
- Realização ou não, com a escolha profissional.

Sobre o trabalho em saúde

- Tempo de trabalho em saúde.
- Quando iniciou o trabalho em AD e a motivação
- Tipo de vínculo empregatício atual.

3. Sobre o trabalho na EMAD

- Perfil profissional desejável para o trabalho em AD.
- Relato de caso de usuário que lhe causou satisfação, independente do desfecho.
- Relato de caso de usuário que lhe causou tristeza ou angústia, independente do desfecho.

Sobre a vivência de sofrimento moral

- Situações e problemas no cotidiano de trabalho na EMAD que causam mais angústia ou incômodo.
 - Sentimentos provocados.
 - Como afetam a saúde e a vida profissional- pessoal-familiar-social.
 - Como faz para lidar com isso.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **VIVÊNCIA DE SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO POR TRABALHADORES DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS EM ATENÇÃO DOMICILIAR DO SUS**. O cerne do estudo é compreender como é vivenciado o processo de sofrimento moral originado do conflito de valores ou de deveres morais, diante dos problemas éticos encontrados no cotidiano de trabalho em EMAD atenção domiciliar. Acredita-se que o trabalho na atenção domiciliar levanta problemas éticos derivados de novos modos de produzir cuidado, para os quais os trabalhadores em saúde não estão preparados para lidar adequadamente, podendo gerar vivências de sofrimento moral. O motivo que nos leva a propor este estudo tem origem na necessidade em aprofundar estudos sobre o tema, colaborando com as políticas de gestão dos serviços, da saúde do trabalhador em saúde e na formação dos trabalhadores. Sua relevância está em que apesar de sua importância, não se fez até o momento, nenhuma análise aprofundada no campo da atenção domiciliar. Espera-se que os resultados da pesquisa subsidiem o desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação no campo da atenção domiciliar de forma ética e sustentável para o Brasil. A pesquisa será conduzida por mim, Psicóloga, Doutoranda Maria Esther Souza Baibich sob orientação da Prof^{ra} Dra Marta Verdi, na linha de pesquisa Bioética e Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina/Florianópolis

OBJETIVOS: Compreender a vivência de sofrimento moral originado do conflito de valores e deveres morais com os problemas éticos encontrados no cotidiano de trabalho de trabalhadores em Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) do SUS. Os objetivos específicos incluem: levantar os principais problemas éticos percebidos pelos trabalhadores de EMAD no seu cotidiano de trabalho; identificar e descrever o conflito de valores e deveres morais com os problemas éticos do cotidiano de trabalho; analisar como a subjetividade e a saúde dos trabalhadores são afetadas pela vivência do sofrimento moral; conhecer as estratégias de enfrentamento do sofrimento moral utilizadas pelos trabalhadores em EMAD.

METODOLOGIA: trata-se de uma pesquisa qualitativa a qual será realizada com trabalhadores de Equipes Multiprofissionais em Atenção Domiciliar – EMAD do SUS. A coleta de dados será feita via entrevistas individuais em profundidade, no modo presencial ou por tecnologia virtual e se possível, será gravada. Serão cinco temas a serem abordados, todos sobre aspectos relacionados com a vivência de sofrimento moral no trabalho EMAD. Estima-se que a entrevista tenha a duração de 60 a 90 minutos. Cada entrevista será transcrita e reescrita em uma primeira análise, de acordo com as temáticas propostas. Após, será enviada via *e.mail* a(o) entrevistada(o) que a concedeu e que permanecerá com ela até por um mês, para sua apreciação e comentários. Após sua devolução, as pesquisadoras procederão à sua análise final.

Do balanço riscos versus benefícios: Riscos: Entendendo que, conforme Resolução CNS 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, esta pesquisa prevê riscos mínimos, destacando-se os de caráter psicológico ao expor ideias que possam ser constrangedoras aos entrevistados. Entendemos que a garantia do sigilo e anonimato das informações sejam o melhor manejo de controlar tais possíveis riscos, o qual assumimos o compromisso para tal, ainda que reconhecemos que o sigilo das informações sempre há o risco, ainda que remoto, involuntário e não intencional, de quebra do sigilo e anonimato. Embora os pesquisadores não consigam identificar outros riscos, caso identificável, estes serão controlados. Benefícios: entendemos que um dos possíveis benefícios aos participantes seja a autorreflexão sobre seu trabalho em atenção domiciliar, bem como colaborar para a identificação de problemas éticos e quais estratégias possíveis para enfrentar o sofrimento moral e evitar o adoecimento. Acreditamos que ao refletir sobre o cotidiano de trabalho estamos aprendendo continuamente para melhorar o âmbito pessoal e também auxiliar a qualificar ainda mais os serviços oferecidos com o dinheiro público pelo SUS.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Você poderá solicitar esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer etapa do estudo. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de justificção. A sua participação é voluntária e anônima e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios. As pesquisadoras asseguram que sua identidade será preservada e que o sigilo será mantido de forma absoluta. Você receberá as publicações que possam resultar deste estudo e não será identificado (a) em nenhuma delas.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira. Caso houver algum custo de sua participação na pesquisa, por favor informar para que os pesquisadores possam realizar o ressarcimento do mesmo. Se você tiver algum constrangimento ou dano psicológico poderá entrar em contato com a pesquisadora que prestará apoio e fará os encaminhamentos que se fizerem necessários, sem custo para você ou para o Sistema Único de Saúde. As pesquisadoras deste estudo garantem a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa a serem custeados pelas próprias pesquisadoras.

Eu _____
 RG _____
 E.mail _____

Fui informado (a) sobre o teor do projeto e dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que receberei uma cópia deste Termo e a outra ficará em posse do pesquisador. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações ou retirar meu consentimento. As pesquisadoras me garantem plena liberdade como participante da pesquisa, de recusar-me a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. As responsáveis pela pesquisa certificaram-me de que todos os meus dados serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei chamar uma das pesquisadoras responsáveis, Maria Esther Souza Baibich, cel. (48) 999718694, estherbaibich@hotmail.com ou contatá-la em seu endereço Avenida Luiz Boiteux Piazza, nº 4410 casa 45, Florianópolis/SC ou, ainda, com o CEP da Universidade Federal de Santa Catarina (48) 3721-6094.

Declaro que concordo em participar desse estudo.

Assinatura do Participante: _____

Município: _____

Data: ____/____/____

Assinatura das pesquisadoras:

Profa. Dra. Marta Verdi

Dda Maria Esther Souza Baibich

Entrevistado (a) por: Maria Esther Souza Baibich

Assinatura

