
CARTOGRAFIA DAS DORES DO CUIDAR NO TRABALHO CLÍNICO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA¹

Silvia Matumoto², Cinira Magali Fortuna³, Lauren Suemi Kawata⁴, Silvana Martins Mishima⁵, Maria José Bistafa Pereira⁶

¹ Artigo resultado de estudo que recebeu auxílio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - Processo FAPESP n. 2008/00498-1.

² Doutora em Enfermagem. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, Brasil. E-mail: smatumoto@eerp.usp.br

³ Doutora em Enfermagem. Professora Doutora da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: fortuna@eerp.usp.br

⁴ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Pública da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: lsuemi@hotmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Titular da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: smishima@eerp.usp.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora Associado da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: zezebis@eerp.usp.br

RESUMO: Objetivamos cartografar o modo como enfermeiros se afetam na prática clínica com as dores dos usuários na atenção básica. Estudo qualitativo, pesquisa-intervenção que utilizou referencial teórico do movimento institucionalista e da micropolítica do trabalho em saúde. Realizamos oito encontros grupais com nove enfermeiros da atenção básica. Utilizamos instrumentos do método cartográfico para análise que resultou em quatro planos: Os significados das próprias dores e dos usuários para os enfermeiros; As dores dos usuários que mobilizam os enfermeiros para o cuidado; As dores dos usuários que afastam os enfermeiros do cuidado; e As estratégias para lidar com as dores no trabalho. Concluímos que na prática clínica o enfermeiro se depara com as dores do usuário como espelho, e a dor do cuidado como dor da alma expressa a falta de sentido do trabalho. A criação de espaços de discussão sobre trabalho pode possibilitar a produção da clínica ampliada inventiva.

DESCRIPTORES: Enfermagem. Atenção primária a saúde. Competência clínica. Relações enfermeiro-paciente. Assistência centrada no paciente.

MAPPING PAIN IN THE CLINICAL PRACTICE OF NURSES WITHIN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: We sought to map how nurses are affected during clinical practice by the pain of patients cared for in the Primary Health Care service. A qualitative study, intervention-research that used the theoretical framework of the institutionalist movement and the micro-politics of health work. Eight group meetings were held with nine nurses working within the Primary Health Care sphere. Instruments from the mapping method were used for analysis, which resulted in four plans: The meanings held by nurses concerning their own pain and that of patients; The patients' pain that mobilizes nurses to provide care; The patients' pain that discourages nurses from the supply of care; and Strategies adopted to deal with pain faced during practice. We conclude that nurses face, during clinical practice, the pain of patients as a mirror, and face the pain of providing care as pain of the soul that is expressed in terms of their work lacking meaning. The creation of spaces to discuss work may enable the production of an expanded, inventive practice.

DESCRIPTORS: Nursing, Primary health care. Clinical competence. Nurse-patient relations. Patient-centered care.

MAPA DE LOS DOLORES DEL CUIDAR EN LA PRACTICA CLÍNICA DEL ENFERMERO EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN: Objetivamos mapear el modo como enfermeros se afectan en la práctica clínica con dolores de los usuarios en la atención básica. Estudio cualitativo, pesquisa intervención que utilizó referencial teórico del movimiento institucionalista y micropolítica de trabajo en salud. Realizamos ocho reuniones grupales con nueve enfermeros de atención básica. Utilizamos instrumentos del método cartográfico para análisis que resultó en cuatro planes: Significados de los propios dolores y de los usuarios para los enfermeros; Dolores de los usuarios que movilizan enfermeros para el cuidado; Dolores de usuarios que distancian los enfermeros del cuidado; y Estrategias para lidiar con dolores en el trabajo. Concluimos que en la práctica clínica el enfermero se depara con dolores del usuario como espejo, y el dolor del cuidado como dolor del alma expresa la falta de sentido en el trabajo. La creación de espacios de discusión sobre trabajo puede posibilitar la producción de la clínica ampliada inventiva.

DESCRIPTORES: Enfermería. Atención primaria de salud. Competencia clínica. Relaciones enfermero-paciente. Atención centrada en el paciente.

INTRODUÇÃO

O trabalho dos enfermeiros na atenção básica vem sofrendo mudanças decorrentes do processo histórico-social de busca de modos de ofertar, organizar e gerir a atenção à saúde da população brasileira no Sistema Único de Saúde.¹⁻²

Um componente importante nesse processo é a opção nacional de ênfase na estratégia saúde da família.³⁻⁴ Essa estratégia vem modificando a natureza dos trabalhos desenvolvidos e as demandas dos usuários aos serviços de saúde, possibilitando manifestações que tradicionalmente não aportavam aos serviços, favorecidas pelo acesso e vínculo com os trabalhadores, especialmente agentes comunitários de saúde, embora sejam evidentes os limites dessa força de mudança.⁵

A prática clínica do enfermeiro na atenção primária vem se constituindo em meio a outras práticas e relações sociais fazendo-se reconhecida como tal, em movimentos que vão de momentos de justaposição de saberes e práticas e momentos de integração com os membros da equipe de saúde,⁶ como o médico, auxiliares e técnicos de enfermagem, odontólogos, farmacêuticos, e outros trabalhadores.

O trabalho clínico do enfermeiro e a produção do cuidado se dão pela intrínseca inter-relação de usuários com a equipe, em que cuidado é resultado da equação constituída pela tríade trabalhador-usuário-estabelecimento de saúde.⁷ Ambos, cuidado e clínica, emergem na interseção de diferentes necessidades, interesses, dificuldades, potencialidades, visões de mundo, concepções de saúde e modos de intervir, recursos disponíveis, entre outros. Essas diferenças geram tensões que são constitutivas desse processo.⁸

Ou seja, estamos falando que o trabalho clínico do enfermeiro se dá como produção em ato, em processos micropolíticos que expressam o modo como o trabalhador opera o cotidiano, construindo o cuidado no encontro com o usuário. A micropolítica caracteriza-se pela articulação de seus componentes operadores: o trabalho vivo, aquele que vai se dando em ato, e o trabalho morto utilizado como ferramenta ou matéria-prima, que representa um trabalho humano anterior. O trabalho vivo se efetiva pelo comando das tecnologias leves, que são utilizadas conforme o que se acionou no encontro trabalhador-usuário, passando pelo modo como esse trabalhador maneja a tomada de decisão em seu micro espaço, seu autogoverno.⁹

As tensões enfrentadas pelos enfermeiros na prática clínica na atenção básica vão desde espec-

tos estruturais e de organização do trabalho, como reconhecimento desta prática e ainda o trabalho realizado pela própria equipe.⁸

Além disso, a natureza dos problemas e demandas que os usuários apresentam aos enfermeiros e o esforço destes buscando operacionalizar em ações de cuidado a concepção de saúde ampliada,¹⁰ sob o comando das tecnologias leves, frequentemente colocam o trabalhador de saúde diante de situações complexas e inespecíficas¹¹ e para as quais seus saberes e habilidades técnicas não têm sido suficientes. Essa situação provoca no enfermeiro diferentes formas de enfrentamento, podendo este inventar novas soluções ou reproduzir práticas instituídas.^{8,12}

Nessa perspectiva, o trabalho clínico se constitui no encontro de sujeitos a partir de afetos mutuamente produzidos, em processos de produção de subjetividades.¹³

O trabalhador que se abre para esse afetar-se, que interroga o que se passa com o usuário, que mobiliza seu agir a partir da diferença, suspendendo ações padronizadas por normas, rotinas e protocolos, está trabalhando na perspectiva da Clínica com "K", a "klinica"¹⁴ que pode ser definida como produção de um bom encontro entre trabalhadores e usuários, que se guia pelo afetar e ser afetado, pela singularidade e busca da produção de acontecimento.¹³⁻¹⁴

No encontro entre enfermeiros e usuários, os afetos ali gerados podem ser expressos por movimentos de atração e repulsa de corpos.¹⁵ No caso do trabalhador, as demandas e dores dos usuários podem "chamá-lo" ou "afastá-lo" do cuidado.⁸ Assim, o presente artigo se propõe a explorar esse universo de afetos possíveis na prática clínica dos enfermeiros: o que o mobiliza para o cuidado? O que o afasta? Quais são as estratégias utilizadas para produzir sua clínica?

OBJETIVO

Cartografar o modo como os enfermeiros se afetam na prática clínica com as dores dos usuários na atenção básica.

MÉTODO

É um estudo de abordagem qualitativa, pesquisa-intervenção do tipo cartográfica,¹⁵⁻¹⁶ parte de uma pesquisa maior sobre a prática clínica do enfermeiro na atenção básica desenvolvida através de grupo de reflexão.

Essa modalidade de grupo se fundamenta nas técnicas de Kurt Lewin e Pichon-Rivière. Tem aplicação no campo do ensino e da formação, visa à resolução de ansiedades ligadas ao aprendizado, tensões geradas no trabalho assistencial e na convivência institucional.¹⁷

Participaram nove enfermeiros de unidades básicas de um distrito de saúde do município de Ribeirão Preto-SP-Brasil, sendo que cinco deles trabalhavam na estratégia Saúde da Família (ESF), três na Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e um trabalhava em Unidade Básica de Saúde (UBS) não vinculada a ESF ou EACS. Foram realizados oito encontros em sala na instituição de ensino de origem das pesquisadoras, por escolha dos participantes, no período de setembro a dezembro de 2008. Os encontros foram gravados em mídia digital. Os enfermeiros realizaram análise e reflexão sobre seu processo de trabalho, potencialidades, dificuldades e lacunas na realização da clínica, o que possibilitou ao próprio grupo re-significação de sentidos e aprendizagem para os participantes.

A análise dos dados ocorreu em dois momentos: um ao longo dos encontros grupais, nos momentos de supervisão da equipe de coordenação do grupo de reflexão, como parte do processo de pesquisa-intervenção e outro após o término dos grupos a partir das transcrições dos encontros, utilizando o método cartográfico. O planejamento de cada encontro envolveu análise do encontro anterior e tomando como balizador os objetivos da pesquisa-intervenção.¹⁶

A cartografia é criada a partir de relatos objetivos e subjetivos, compondo um desenho e acompanhando os movimentos de transformação dos sentidos de certos mundos,¹⁵ o mundo dos afetos decorrentes do exercício profissional do enfermeiro, da inserção do enfermeiro na atenção básica, da produção do cuidado, do trabalho em equipe e muitos outros mundos possíveis, a depender da perspectiva do cartógrafo e do grupo. Trata-se de experiências singulares de resignificação de sentidos ao mesmo tempo em que novos mundos de referência emergem,¹⁵ criando também novas práticas de saúde, novas práticas de enfermagem.

Nos resultados os fragmentos estão identificados pela letra "E" com número correspondente ao encontro do grupo e os enfermeiros pela sigla "Enf", seguida de número.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Protocolo n.

0832/2007). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Teve financiamento da Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo n. 2008/00489-1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão agrupados em quatro planos de exploração dos sentidos dos afetos na clínica dos enfermeiros¹³ e que são interdependentes: Os significados das próprias dores e dos usuários para os enfermeiros; As dores dos usuários que mobilizam os enfermeiros para o cuidado; As dores dos usuários que afastam os enfermeiros do cuidado e as estratégias adotadas para lidar com as dores no trabalho. A seguir os apresentamos:

Os significados das próprias dores e dos usuários para os enfermeiros

Uma das atividades propostas aos enfermeiros no grupo foi expressar através de massa de modelar a clínica que exercem e seus significados; nesse movimento manifestaram dores decorrentes desse trabalho. Uma das imagens foi uma interrogação ou bengala traduzindo a dor das incertezas e situações inesperadas que enfrentam:

[...] nosso dia a dia é sempre uma surpresa, uma interrogação [...]. Eu acho que é uma dor interrogada mesmo por tudo que a gente vive. Qual caminho que eu vou seguir, por onde que eu devo ir? Às vezes, eu to definida a fazer alguma coisa e eu mudo [...]. Por que será que o enfermeiro sempre cede? [...]. Pra mim ta sendo uma interrogação ser enfermeiro [...] por isso fiz uma interrogação [...]. Mas é porque eu estou me interrogando também. Mas é uma dor assim: vai e volta. Ou não, é uma bengala (E6 - Enf 2).

No trabalho da atenção básica a incerteza é constitutiva, pois tratamos com problemas de natureza inespecífica.¹¹ A ilusão de que um trabalho estruturado com rotina previsível seria menos desgastante, produziria menos dores e seria mais eficiente, não se confirma no cotidiano e traz sofrimento para o trabalhador.¹⁸

A dupla dimensão do trabalho do enfermeiro: assistência e gestão se configuram para esse trabalhador como momentos dissociados e concorrentes.¹⁹⁻²⁰ Ao mesmo tempo, a imagem da bengala sugere que ao fazer várias coisas sistematicamente, o enfermeiro pode se distanciar das ações organizadas dessa mesma clínica e gestão,

levando-o a um possível não comprometimento com os resultados do trabalho.

Outra forma de significar a dor foi através da representação de uma mão; esta foi relacionada à clínica ampliada, mas que agora estava “sem um dedo”:

[...] tem sido feito através da clínica mesmo, do exame físico, da mão representando essa clínica, e ao mesmo tempo, o contato, o calor humano, a mão que ajuda [...] e a dor como se tivesse faltando mesmo um dedo [...] a dor de faltar [...] (E6 – Enf 3).

Entendemos a clínica como um encontro singular de sujeitos¹³ que pode ser norteadada pela mesma finalidade do movimento institucionalista, de questionamento e raspagem das certezas e das “identidades” que são oriundas de lógicas binárias como a do SER e do TER.¹⁴ Na saúde e nos encontros entre trabalhadores e usuários, o TER manifesta-se como expressão da subjetividade capitalística, da posse e do consumo, como ter conhecimento, poder, acesso a consultas, medicamentos, e sua não obtenção gera sentimento de falta, doença, dependência e o SER manifesta-se em entidades como ser profissional, funcionário, doente, usuário, paciente, expressão do modo de funcionamento da sociedade.¹⁴

A raspagem dessas certezas, interrogando-as, coloca-nos ante a outra possibilidade de cuidar, aquela que se dispõe a vivenciar a busca, não no sentido de suprir as faltas com as “mãos cheias de dedos”, estancando as dores e cuidando “do outro”; o sentido do cuidar desloca-se para ocupar um lugar de passagem, de mais um dos elementos da composição e do encontro que se faz com o outro. Assim o cuidar é ato conjugado “com” e não “para” numa clínica que não escuta para formatar e dar um diagnóstico, mas uma clínica que emerge dos afetos intrínsecos a esta prática, em que afetar e ser afetado possibilita criação a partir desse inédito, possibilita aberturas para aquilo que produz vida.²¹

O trabalho na saúde tem gerado nos enfermeiros sentimentos ambíguos, dores e alegrias de cuidar de uns e de outros não. Os participantes assinalaram o sentido de uma grande dor por não poder cuidar de seus familiares como cuidam dos usuários.

A mistura que a gente convive no dia-a-dia, [...] você não tem direito do seu espaço, né? ao mesmo tempo, a alegria que você tem de dar o cuidado ao outro [...]. Ao mesmo tempo que, eu sou muito feliz de poder fazer coisas, ajudar as pessoas, atender as pessoas, há

momentos em que eu também to precisando ou que minha família ta precisando e eu não posso dar o cuidado pra uma pessoa próxima, eu tenho que dar o cuidado pra uma pessoa distante. Isso, às vezes, é um pouco doloroso (E6 – Enf 4).

A fala acima reitera a idéia de que é o enfermeiro que dá o cuidado ao outro: dar e receber provoca um ressentimento de que possa estar dando aos demais aquilo que deveria estar destinado aos seus, a seu clã, reiterando a lógica binária de TER ou SER.¹⁴

Há que se considerar ainda que as materializações da produção capitalística¹⁵ atravessam a micropolítica do trabalho em saúde com novas formas de aproveitamento do valor de troca em detrimento do valor de uso. O trabalhador produz algo de valor que não usufruí, reproduzindo a lógica capitalista da exploração e alienação.

O trabalho em saúde, enquanto trabalho afetivo produz valor que está diretamente implicado pelo modo como nos relacionamos com o outro e é este afeto o responsável pelos sentidos atribuídos ao próprio trabalho e ao cuidado por ele viabilizado.²¹

A dor vivenciada no cotidiano do trabalho também foi caracterizada como um emaranhado de emoções, como rede e suporte. Destacamos que essas foram expressões que emergiram ligadas às vivências na estratégia saúde da família.

Primeiro eu pensei na dor como um emaranhado de emoções que a gente vive no dia a dia. Ai depois, pensei na rede como suporte que preciso pra lidar com isso: com a dor, com as emoções, com o stress, com as situações que a gente vive que não são assim (E6 – Enf 5).

O encontro trabalhador de saúde-usuário em sua complexidade necessita de uma rede como suporte e apoio, que se multiplique como um rizoma, ampliando infinitamente os pontos de conexões possíveis para o cuidar e para a produção da “clínica”.¹⁴

Na micropolítica do trabalho em saúde, o trabalho vivo em ato configura potência de produção de redes de conexão, nem sempre visíveis, e que muitas vezes se opõem ao instituído, à rigidez das normas, favorecendo acesso e o cuidado aos usuários,⁹ mas que também pode ser subsumidos por elas. Essa é uma perspectiva tensionada no cotidiano que pode agenciar outros modos de lidar com as dores nas práticas “clínicas”.

Ainda houve a expressão das dores como um cubo mágico, um brinquedo lembrado na atividade, buscando expressar a diversidade de

situações, cada cor uma equipe, exigindo reflexões e posicionamentos. Mas, o cubo não virou cubo, virou roda: [...] *perceber que a dor do outro passa pelo seu. E aí, o cubo mágico me deu a idéia que pareceu de que [...] os componentes estão lá, [...] me dá milhões de possibilidades. É como se cada cor aqui pudesse representar uma equipe e aí, você pode mudar a sequência dessas cores e construí-la. Às vezes, você cria uma sequência que desencadeia, [...] não há como fazer clínica ampliada sem envolver. [...] A dor e a delícia de você ver o outro sofrer e se envolver com a dor [...]. Mas por outro lado, mesmo quando quer, às vezes, não consegue [...] Gente! [...] Acho que eu inventando a roda de novo! Mais pra bola do que pra cubo. Pelo menos a roda gira, né?* (E6 – Enf 6).

A ideia do brinquedo – cubo mágico, que virou brincadeira – a roda, é a expressão da produção de saúde como potência de vida. A potência da diferença de histórias, projetos, desejos e condições de vida que possibilita a mesma vida sua reinvenção através da inocência e alegria da criança, criando novos sentidos.²¹

As dores dos usuários que mobilizam os enfermeiros para o cuidado

Em um dos encontros os enfermeiros foram convidados a desenhar aspectos significativos da prática clínica. A dor escondida que se espalha foi retratada como aquela que os mobilizam para o cuidado.

É, para mim, essa dor é uma dor escondida [...] porque eu acho que ela tá escondida atrás da dor física, atrás da agressividade, da raiva, do riso, do choro, do quero falar com você só um minutinho. É uma dor doída mesmo, [...] que se espalha, [...] e dá um monte de outras interferências em outras... (E5 – Enf 7).

O “minutinho” de atenção esconde uma dor intensa com a qual o enfermeiro terá que lidar, gerando desconforto. Nesse momento da discussão grupal pairou no ar um sentido de exploração/expropriação da atenção, da energia.

Ao tratar do tema da dor ao prazer no trabalho estudiosos²² ressaltam a tríade: dor-desprazer-trabalho que em geral desdobra-se no tratamento individual do adoecimento do trabalhador ou em reivindicações trabalhistas orientadas para o conjunto. A exploração do trabalhador, a robotização das tarefas, a perda da finalidade do trabalho e dos processos criativos fazem com que se instale o esvaziamento do trabalho. O despreparo frente a situações complexas expande a desvalorização. Um caminho possível para enfrentar o adoecimento é

a invenção, a (re)criação do próprio trabalhador e de seu processo de trabalho.²²

No cotidiano dos enfermeiros essa tríade dor-desprazer-trabalho não é expressa, pelo contrário, funciona através da naturalização das práticas individualizantes e reverbera a concepção histórica e socialmente construída de uma profissão de abnegados, distanciando-se do que pode a clínica dos afetos.¹⁴

Na perspectiva da psicodinâmica do trabalho dejouriana, a reflexão coletiva dos sentidos dos sofrimentos decorrentes do trabalho repercutem positivamente, possibilitando a criação de novos sentidos para o trabalho.¹⁸

Outra dor que mobiliza os enfermeiros para o cuidado é a dor da alma:

[...] eu não consigo representá-la. Ou, o papel em branco pode ser a dor que eu acho que a enfermeira pode cuidar [...] uma dor que talvez só alguém pode sentar, ouvir, olhar nos olhos, falar, se disponibilizar, ofertar esse cuidado [...]. Então, talvez uma dor da alma [...] (E5 – Enf 3).

Dor que não se pode expressar, mas que também pode significar práticas e habilidades necessárias ao enfermeiro para cuidar. Por que “talvez uma dor da alma”? Seria uma dor pelo sofrimento e não realização no trabalho? O sentido para os participantes foi de dor do cuidado como dor da alma, o mesmo cuidado que deve ser a alma dos serviços de saúde.⁹

Os enfermeiros também referiram se sensibilizar pela dor em excesso, que transborda:

[...] é uma dor que vai aumentando, vai aumentando [...]. São emoções que vão transbordando como a chuva em excesso. Então, vai começando, vai pegando [...] a pessoa coitada, vai somatizando, uma coisa mais e outra... E a gente vai tendo que ouvir, tendo que ter esse contato e tá ouvindo [...]. Na conversa que você vai ver o sofrimento que a pessoa tá vivendo. E aí, quantas vezes a gente vai incorporando aquilo, e você também chora, você também sofre (E5 – Enf 2).

Outra dor que afeta é aquela que se compara a um fardo muito pesado, como uma pedra pesada. Ao descrever o desenho elaborado o enfermeiro diz:

[...] é um usuariozinho carregando um fardo imenso, pesado, pernas trêmulas, bracinhos trêmulos. E ele traz tudo aquilo pra gente, que é stress, dor, mágoa, falta de dinheiro, desprezo, falta de escola, de trabalho, fome, briga com a família, atendimento ruim, bolsa família, exame perdido, raiva [...]. Eu queria desenhar a enfermeira ajudando ele a carregar essa pedra, porque

é assim que eu me sinto. A gente ajuda, de certa forma, ele a carregar um pouquinho esse peso, a suportar um pouquinho a dor, ajudar ele na sustentação (E5 – Enf 1).

A possibilidade de trazer algum alívio ao usuário, de ajudá-lo a carregar o peso de sua dor também chama o enfermeiro para o cuidado, que apesar da afecção, não possibilita libertação e (re) invenção do viver.²¹ Destacamos o diminutivo “usuáriozinho”, expressão que revela hierarquia, apagamento da identidade e controle, que são aspectos da clínica instituída e que se pretende superar.²³

Ao longo da discussão além dos vários sentidos das dores dos usuários que chamam o enfermeiro para o cuidado, os participantes apontaram uma série de conhecimentos necessários para cuidar, tais como humanização, integração, vínculo, subjetividade, conhecimento de antropologia, de psicologia, de sociologia, de redes, conhecimento sobre o SUS. E também, semiologia, semiotécnica:

[...] e a semiologia e semiotécnica são técnicas que você utiliza, de inspeção e palpação, ausculta, pra identificar alguns sinais, sintomas, e ver, tentar concretizar a dor física, se ela existe ou não [...] (E5 – Enf 3).

Esses conhecimentos e habilidades são utilizados na realização do exame físico e para se estabelecer um plano de cuidados; são tecnologias leve-duras necessárias à prática clínica, mas podem aprisionar o trabalho vivo em ato se considerados como finalidade estrita do trabalho do enfermeiro.

Assim, destacamos o papel da formação acadêmica, que muitas vezes reifica as técnicas e fragmenta a formação contribuindo para a manutenção de um exercício profissional subalternizado e de grupo oprimido.²⁴

Os enfermeiros também exploram nos grupos os sentidos da produção de conhecimentos decorrentes da prática clínica, reconhecendo que há saberes adquiridos na prática, que não são ensinados na escola, e são importantes para resolução de problemas.

As dores dos usuários que afastam os enfermeiros do cuidado

A sensação de repetição dos problemas e a rotina parecem pouco estimulantes para o enfermeiro: *então, isso é um repeteco e lidando com todos: problemas sociais, problemas biológicos, problemas emocionais. Isso, acho que é um repeteco da clínica do enfermeiro (E3 – Enf 6).*

Além disso, algumas situações geram movimentos de afastamento para o cuidado.

Aí eu pensei em fazer essa bolinha do yin e yang, [...] então eu pus esse olhinho fechado e um olhinho aberto, que dor é essa que me toca [...]. Quis dar uma fechada no olho, porque tem dores que a gente, na proximidade com o outro, ela nos chega direto [...]. Eu acho que algumas dores mobilizam o enfermeiro de modo diferente [...]. A dor que bate no enfermeiro é a dor que ele dá conta de codificar [...] e, às vezes, a gente não tem sucesso (E5 – Enf 6).

Os enfermeiros perceberam que há momentos em que eles se fecham para as dores do usuário, não suportam a dor, e em algumas situações as dores do usuário são muito parecidas com a própria dor do enfermeiro. E, em um movimento de defesa e proteção, “fecham o olho”, afastam-se.

Referem-se a dor da própria história, de profissão excluída, submetida, com pouco espaço de visibilidade: *a gente só reconhece aquilo que conhece. E a gente tá falando de dores, de problemas, de enfrentamentos que o usuário traz pra gente [...] a gente já viveu isso. A nossa história da enfermagem, a gente já viveu isso [...] tá enraizado na nossa profissão [...] (E5 – Enf 1).*

O enfermeiro e a enfermagem construídos como minoria, assumem em seus corpos a fragilidade, e com isso, o “não-suportar”, tanto como repulsa às dores, quanto de impossibilidade de se fazer suporte ao outro. E, por mais que reafirme o modo instituído de cuidar, centrado no corpo biológico, buscando manter *status quo* de enfermeiro, que faz consulta de enfermagem, que faz sistematização da assistência de enfermagem, quando faz essa clínica, pode também não se reconhecer: afinal, que clínica é essa? É a mesma que a do médico?

Por outro lado, o “não suportar” pode funcionar como dispositivo para formas mais libertárias de cuidar, negando-se a reproduzir o modo hegemônico de fazer saúde.²¹

Houve a explicitação de afetos de repulsa produzidos nos encontros com os usuários:

[...] meu santo não cruza com o seu. Nós temos algumas pessoas assim [...] então, se eu to sozinha, eu vo atender a pessoa, não tem problema. Mas, se eu tenho uma companheira do meu lado, eu saio, até para não ter problema, não entrar em conflito. Acho que isso também é cuidado (E5 – Enf 7).

Os afetos são vibrações captadas pelo corpo, não visíveis,¹⁵ mas que são concretas no espaço relacional e na conformação do cuidado. Nesse movimento, os enfermeiros percebem o paradoxo

de a mesma dor que o faz se responsabilizar pelo cuidado, é também a dor que muitas vezes o faz fugir do atendimento ou se fechar para a escuta e estabelecimento de vínculo.

Enf7: a gente se vê também nas pessoas. Enf6: e, às vezes, chega uma pessoa, eu não me identifico com ela. Eu não tenho interação, eu não tenho empatia e aí não vai. Enf3: não aparece a dor (E5).

Os enfermeiros percebem que no trabalho clínico estão sujeitos a uma espécie de “anestesia”, a certa “cegueira” à dor do outro, situação paradoxal que compõe a realidade dos trabalhadores de saúde, uma vez que a base de qualquer técnica é a relação.²¹

A massa de modelar, brinquedo de criança transforma-se em objeto que inviabiliza a expressão, deixa o trabalhador, no encontro grupal, com medo de expressar o que sente, ou será que por ser muito maleável, mobiliza emoções primitivas e contidas? Nesse momento da discussão, a dor do enfermeiro transbordou em choro...

Eu não consigo olhar a minha dor!! [choro] (E6 – Enf 7)

Instala-se um clima acolhedor e solidário no grupo com reconhecimento mútuo do não-dito: cumplicidade, tensões e conflitos do cotidiano foram compartilhados. Histórias e histórias de dores e fazeres. Cuidados que se tecem em grupo da pesquisa-intervenção.

Ao invés de se perguntarem o que diz essa dor? No cotidiano ficam presas no fluxo das tarefas sem fim, e nem a permite emergir.

Mas, no grupo de reflexão perguntaram-se: Por que eu faço tudo? Relataram realizar ações como: ser responsável pela chave de tudo; ir à reunião não programada; cuidar de questões gerais; ter seu espaço de trabalho invadido por demandas de naturezas diversas. O fazer-tudo, também referida como polivalência,²⁰ gerou incômodo:

[...] mas foi depois que eu fui embora que caiu minha ficha, eu fiquei irritada com aquilo. Que eu podia ter feito e podia não ter me incomodado, né? (E6 – Enf 5).

[...] pelo que você contou, você gostaria de ter feito de um jeito diferente (E6 – Enf 2).

Mas, o fazer-tudo tem seus ganhos, quais seriam eles? Afirmção pessoal da capacidade de fazer? Mas, para fazer-tudo, deixa de fazer o que lhe é específico e o define como profissional enfermeiro, o que nos faz resgatar o trabalho clínico do enfermeiro, como uma prática singular, voltada para as necessidades do usuário como uma das atribuições do enfermeiro na atenção

básica. Estaria o enfermeiro de fato preparado para esta clínica?

As estratégias para lidar com as dores do cuidado

Compartilhar com o usuário e com outros trabalhadores aparece como forma de lidar com as dores do cuidado. A análise do processo de trabalho clínico levou o grupo a confirmar que a prática clínica é construída com o usuário e que a produção do cuidado envolve ajudá-lo a lidar com problemas de sua vida, considerando toda complexidade inerente à proposição de mudança.

Quando você entra em contato com ela e mostra a ela a importância dela assumir aquela medicação, como ela vai inserir aquilo no dia a dia dela, que é o que eu to entendendo que essa clínica ampliada, não há prescrição. Então a hora que você realmente trabalha com os outros aspectos sócio-políticos da mudança da situação de doença. E que isso a gente é chamada direto pra fazer (E2 – Enf 6).

Tal perspectiva corrobora com estudo sobre a perspectiva estética no cuidar e educar.²⁵

A possibilidade de contar com outros trabalhadores da equipe é importante, mas o trabalho em equipe constitui-se num interjogo de relações que se materializa dialeticamente movimentos de competição/cooperação.²⁶

O sofrimento que as pessoas trazem e a proximidade faz a gente entrar dentro da casa, da família, um contato muito próximo com o sofrimento na Saúde da Família [...]. O enfermeiro, acho que ouve muito, entra muito em contato com o sofrimento, mas eu vejo mais pessoas da equipe, o agente comunitário, que também tá na casa das pessoas [...] e lidam com o sofrimento, e levam para a equipe. A gente divide também (E5 – Enf 5).

A estratégia saúde da família também tem possibilitado aos membros da equipe a entrar em contato com a vida do usuário, com as dores e sofrimento das pessoas; e, possibilita o compartilhar com os outros a busca de formas de cuidar, de suportar, de superar, de conviver com a realidade. Assim, a construção coletiva do cuidado pode tomar o lugar daquele da fragmentação de saberes, da justaposição de fazeres. O fazer junto, em equipe, confirma-se como sentido para a prática clínica em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática clínica do enfermeiro na atenção básica foi aqui apresentada em quatro planos de

exploração de sentidos dos afetos a ela intrínsecos. Defrontar-se com as dores dos usuários coloca os enfermeiros frente às próprias dores, gerando movimentos que propiciam produção de cuidado e ao mesmo tempo em que podem gerar afastamentos e repulsa.

O estudo evidencia que no cotidiano a prática clínica está condizente com a formação dos enfermeiros centrada no corpo biológico e na doença, apesar de empreenderem esforços para desenvolver uma clínica em que se supere essa perspectiva. Assim, destaca-se a necessidade de investimentos na formação e capacitação dos enfermeiros para uma clínica mais condizente com a tarefa da atenção básica, em que seja possível a produção de cuidado, cuidando também de si e do outro.

Nesse sentido, o estudo mostra a relevância de se ater ao modo como vem sendo implantada a estratégia saúde da família e o trabalho do enfermeiro, pois necessitamos de trabalhadores com competências e habilidades de gestão e sistematização do trabalho de enfermagem voltado para as necessidades da população, com domínio das tecnologias necessárias para o exercício da clínica ampliada e do cuidado integral no contexto do nosso sistema de saúde.

A dor da alma expressa a dor do enfermeiro diante da falta de significado do próprio trabalho. Essa perda de sentido do que é estar sendo enfermeiro tem a potência de um “vir a ser” conectado a projetos, interesses e desejos do trabalhador, usuário e equipe, principalmente se essa perda de sentido for tomada como objeto de reflexão pelos enfermeiros.

Os espaços coletivos de reflexão sobre o trabalho cotidiano podem viabilizar a “clínica” da criação inédita de cuidados, cuja principal finalidade não é o diagnóstico e a orientação do outro e sim a recriação de si, do outro, do trabalho, enfim, da vida.

REFERÊNCIAS

1. Pereira MJB, Fortuna CM, Mishima SM, Almeida MCP, Matumoto S. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. *Rev Bras Enferm.* 2009 Oct; 62(5):771-7.
2. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP.* 2006 Dez; 40(4):533-9.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): MS; 2006.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília (DF): MS; 2006.
5. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saúde Pública.* 2009 Abr; 25(4):898-906.
6. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001 Fev; 35(1):10-9.
7. Pitta A. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. *Saúde Soc.* 1996 Ago-Dez; 5(2):35-60.
8. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev Latino-am Enferm.* 2011 Fev; 19(1):123-30.
9. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
10. Junges JR, Selli L, Soares NA, Fernandes RBP, Schreck M. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. *Rev Esc Enferm. USP.* 2009 Dez; 43(4):937-44.
11. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo (SP): Hucitec; 2005.
12. Oliveira DC, Vidal CRPM, Silveira LC, Silva LMS. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. *Rev Enferm UERJ.* 2009 Out-Dez; 17(4):521-6.
13. Vieira AN, Silveira LC, Franco, TB. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. *Trab Educ Saúde* [online]. 2011 Jun [acesso 2011 Set 06]; 9(1):9-22. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100002&lng=pt&nrm=iso
14. Barembliitt GF. Introdução à esquizoanálise. Belo Horizonte (MG): Instituto Felix Guattari; 1998.
15. Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo (SP): Estação Liberdade; 1989.
16. Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre (RS): Sulina; 2009.
17. Coronel LCI. Grupos de reflexão. In: Zimerman DE, Wainberg AK, Barros CASM, Baptista Neto F, Mazieres G, Viçosa GR, et. al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997. p. 345-9.

18. Martins JT, Robazzi MLCC, Bobroff MCC. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. *Rev Esc Enferm. USP*. 2010 Dez; 44(4):1107-11.
19. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB, Matumoto S, Fortuna CM. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2011 Apr [acesso 2011 Set 06]; 45(2):349-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000200007&script=sci_arttext
20. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2010 Jun; 44(3):520-7.
21. Bernardes AG, Pelliccioli EC, Guareschi NMF. Trabalho e produção de saúde: práticas de liberdade e formas de governabilidade. *Psicol Soc*. 2010 Jan-Abr; 22(1):5-13.
22. Barros RB, Barros MEB. Da dor ao prazer no trabalho. In: Santos-Filho SB, Barros MEB. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí (S): Ed Unijuí; 2007. p. 61-71.
23. Tfouni LV, Carvalho EC, Scochi CGS. Discurso, instituição, poder: análise de interação enfermeiro-paciente. *Rev Gaucha Enferm*. 1991 Jan-Jun; 12(1):20-5.
24. Moya JLM, Backes VMS, Prado ML, Sandin MP. La enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Dez; 19(4):609-17.
25. Santos I, Gauthier J, Figueiredo NMA, Tavares CMM, Brandão ES, Santana RF. A perspectiva estética no cuidar/educar junto às pessoas: apropriação e contribuição da sociopoética. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(Spe):31-8.
26. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005 Abr; 13(2):262-8.